

Dokąd zawiodą nas mapy potrzeb zdrowotnych

MAPOWANIE

ZDROWIA



Fot. ImageZoo/Corbis

Rysowane w Ministerstwie Zdrowia mapy potrzeb zdrowotnych na długie lata ustalą porządek na rynku świadczeń medycznych. To na ich podstawie niektóre szpitale i przychodnie dostaną kontrakt, a inne nie. Być może te ostatnie trzeba będzie zamknąć. Jak powstają mapy? Gdzie są poprawne, gdzie zawierają błędy? Wreszcie, jak ma wyglądać proces wprowadzania wniosków wynikających z map? No i pytanie podstawowe – co z tego na koniec wyniknie? Przedstawiamy analizę Rafała Janiszewskiego.

Od wielu lat w kolejnych kampaniach wyborczych przewijał się temat konieczności oceny faktycznych potrzeb zdrowotnych. Niejednokrotnie stawiano tezę, że niewystarczająca ilość pieniędzy w systemie nie jest kwestią oczywistą. Być może było ich dość, ale były nieracjonalnie wydawane. Podnoszono konieczność rzeczywistej oceny zapotrzebowania na świadczenia oraz zasobów świadczeniodawców w aspekcie bezpieczeństwa zdrowotnego.

I tak by dywagowano jeszcze przez lata, gdyby się nie okazało, że warunkiem dalszego uzyskiwania środków na zdrowie z dotacji UE jest ich uzasadnienie w ramach map potrzeb zdrowotnych. Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadziła w rozdziale IVa mechanizm oceny potrzeb zdrowotnych, gdzie podstawową jednostką terytorialną poddaną ocenie jest województwo. Tu sporządza się mapę regionalną, która w założeniach ma uwzględniać specyfikę lokalnych społeczności. Raz na 5 lat wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą do spraw potrzeb zdrowotnych ma zbudować podstawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w regionie. W ślad za nowelizacją ustawy z 14 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 marca 2015 r. dotyczące zakresu treści map zdrowotnych. Zgodnie z rozporządzeniem regionalna oraz ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych będą się składały z analizy: demograficznej i epidemiologicznej, stanu i wykorzystywania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych.

Wskaźniki

W części demograficznej powinny być opracowane dane dotyczące liczby ludności, urodzeń, struktury ze względu na płeć i wiek czy zagęszczenie ludności. Dzięki temu obrazowi możliwe będzie właściwe opisanie grup pacjentów w poszczególnych obszarach terapeutycznych. Analizę ma uzupełnić opis przyczyn zgonów.

W części dotyczącej infrastruktury medycznej powinny się znaleźć informacje o liczbie świadczeniodawców wraz z podziałem na zakres udzielanych przez nich świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mapy będą zawierać informacje o strukturze jednostki czy częstości korzystania z poradni specjalistycznych. W przypadku podmiotów realizujących hospitalizacje analizowana będzie liczba i rodzaje oddziałów szpitalnych, a także liczba łóżek. Dane te pozwolą na dokonanie opisu, którego celem jest dostarczenie informacji o alokacji przestrzennej świadczeniodawców i zakresie zaspokajanych przez nich potrzeb zdrowotnych populacji.

Uzupełnieniem informacji o infrastrukturze świadczeniodawców jest część map odnosząca się do udzielonych świadczeń, których realizacja jest skorelowana z identyfikacją schorzeń według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdro-

ZEBRANIE HISTORYCZNYCH I STATYSTYCZNYCH

DANYCH NA TEMAT ZJAWISK W SYSTEMIE

OCHRONY ZDROWIA NIE SPRAWIŁO

WOJEWODOM SZCZEGÓLNEJ TRUDNOŚCI,

ALE PRZEŁOŻENIE TYCH DANYCH

NA FAKTYCZNE POTRZEBY I PLANY

STAŁO SIĘ NIE LADA KŁOPOTEM

wotnych ICD-10. To pozwoli na wskazanie świadczeniodawców zaspokajających dany typ potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem realnych potrzeb populacji.

Wnioski praktyczne

Taka metodologia opracowania danych ma stanowić podstawę do określenia faktycznego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na najbliższe



Fot. PAP/Marcin Olsza

Stanisław Radowicki

konsultant krajowy
w dziedzinie ginekologii
i położnictwa

Mapy to potrzebny i od dawna wyczekiwany przez nas instrument. Mam nadzieję, że dadzą pełny obraz zapotrzebowania na świadczenia w ginekologii i położnictwie. To dziedzina, na którą od dawna zwracaliśmy uwagę. I dużo wcześniej niż autorzy map dostrzegliśmy, że w Polsce jest za dużo oddziałów położniczych. Są takie, na których nie ma nawet stu porodów rocznie, a zakładamy, że granicą opłacalności jest ok. trzystu porodów. Spostrzegli to też autorzy map. Mam nadzieję, że zauważą również, że wraz ze spadkiem liczby narodzin i wzrostem średniej długości życia zmienia się zapotrzebowanie na świadczenia w dziedzinie ginekologii. Widać to szczególnie ostro w onkologii ginekologicznej – tu potrzeba więcej świadczeń. Od dawna rekomendowaliśmy takie przeorganizowanie ginekologii, by uwzględniała ten fakt. Mam nadzieję, że autorzy map, po ich dopracowaniu, dostrzegą nie tylko spadek zapotrzebowania na miejsca na oddziałach położniczych, lecz także rosnące potrzeby w innych dziedzinach ginekologii.



Foto: Imagetia/Corbis

W TRAKCIE OPRACOWYWANIA MAP

DOSZŁO DO ZMIANY WŁADZY.

NOWI WOJEWODOWIE POCHYLILI SIĘ

NAD OPRACOWANYMI

PRZEZ POPRZEDNIKÓW PLANAMI.

NIE BEZ ZNACZENIA JEST FAKT,

ŻE PIS MA ODMIENNĄ FILOZOFIĘ

ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA

5 lat. Jeśli mapy zostaną wykonane rzetelnie i oparte na prawdziwych danych (w mojej ocenie powinny one pochodzić z wielu źródeł, w tym od świadczeniodawców), to uzyskamy realne zapotrzebowanie na świadczenia. Nie chodzi tu o liczbę łóżek, oddziałów, świadczeniodawców, ale o zakres zaopatrzenia niezbędnego do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych regionu. W dalszej kolejności minister zdrowia zatwierdza mapy w terminie do 1 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map, co może być poprzedzone dokonaniem przez niego stosownych zmian w mapach. Tak wyznaczony cel może oczywiście wskazywać na konieczność zwiększenia lub zmniejszenia zasobów świadczeniodawców, przemodelowania budżetu NFZ albo co najtrudniejsze, zwiększenia nakładów na finansowanie świadczeń. Cóż, wszak po to właśnie tworzymy mapy.



Fot. PAP/Piotr Polak

Janusz Bohosiewicz

konsultant krajowy
w dziedzinie chirurgii
dziecięcej

Nie tylko o chirurgii dziecięcej, lecz o całej polskiej pediatrii słyszymy od wielu tygodni: skoro w Polsce dzieci ogółem jest coraz mniej, to i zapotrzebowanie na świadczenia medyczne dla dzieci jest mniejsze. Wcale tak nie jest. Proszę zwrócić uwagę na obniżanie się wieku narodzenia dzieci, na to, że coraz więcej przypadków kiedyś uznawanych za beznadziejne dziś potrafimy wyprowadzić na prostą, że ratujemy coraz więcej dzieci, że lepiej radzimy sobie z wadami rozwojowymi. To wszystko wymaga zintensyfikowania opieki, lepszej profilaktyki, częstszych kontroli. Mówię to nie po to, by bronić niepotrzebnych gdzieś tam łóżek szpitalnych, ale by rozsądnie zaplanować środki na rosnące wymagania, jakie stają przed medycyną dziecięcą. Jest jeszcze jedno. Mówimy dziś o wymiarze medycznym zapotrzebowania na świadczenia dla dzieci, nie możemy pominąć ekonomicznego. Ale jest jeszcze inny wymiar, który zawsze odgrywał i będzie odgrywać ważną rolę. Chodzi o wymiar społeczny. Nawet najlepszy kompromis między racjami ekonomicznymi i medycznymi będzie niewiele wart, jeśli nie weźmiemy pod uwagę czynnika społecznego. Jeśli pacjenci będą niezadowoleni z forsowanych zmian, w końcu cała reforma, tak jak kilka innych przed nią, stanie pod znakiem zapytania.

Decydenci

Wykonanie tak trudnego opracowania wymaga zaangażowania kompetentnych instytucji i osób, będących w stanie dostarczyć wiarygodnych informacji oraz ich interpretacji. Zgodnie z art. 95b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tworzy się wojewódzką radę do spraw potrzeb zdrowotnych. W skład tej rady wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz 8 członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym:

- jeden przedstawiciel wojewody,
- jeden przedstawiciel marszałka województwa,
- jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ,
- jeden przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny,
- jeden przedstawiciel wojewódzkiego urzędu statystycznego,



Fot. PAP/Radek Pietruszka

Jerzy Gryglewicz

ekspert Uczelni Łazarskiego

Jest już pierwszy pozytywny efekt prac nad mapami potrzeb zdrowotnych. Wiemy, w których dziedzinach mamy za dużą liczbę łóżek szpitalnych. Przypomnę: w Polsce na lecnicstwo szpitalne wydajemy ok. 50 proc. budżetu zdrowotnego, podczas gdy średnia unijna wynosi ok. 30 proc. Zaletą map jest wskazanie, w których dziedzinach powinniśmy z łóżek zrezygnować, a w których nie. Mapy dostarczają też kapitalnych danych, których po odpowiedniej analizie można użyć do racjonalnego premiowania jakości. Chodzi mi nie tylko o przywoływany często wskaźnik powikłań czy powtórných, nieplanowanych przyjęć, lecz także o wskaźnik migracji, to jest o to, ilu pacjentów pochodzi z bezpośredniego sąsiedztwa, a ilu wybiera konkretny szpital mimo konieczności dalszych dojazdów. Słabość obecnych map wynika natomiast z braku pełnych danych. Ten brak, niedocenianie wartości, jakie może przynieść odpowiednia statystyka, to słabość całej polskiej medycyny i będzie to trzeba w szybkim czasie naprawić.

- jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa,
- jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa,
- jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców.

Trudno podważyć zasadność powołania któregośkolwiek z członków rady, bowiem wszyscy na swój sposób mają coś wspólnego z ochroną zdrowia. Wiedza płatnika z zakresu udzielanych świadczeń, zasobów świadczeniodawców i dotychczasowych wydatków na ochronę zdrowia jest z całą pewnością największa.

Co PO narysowało, to PiS przerysowuje

O ile zebranie historycznych i statystycznych danych na temat zjawisk zachodzących w systemie ochrony zdrowia w województwie nie sprawiło wojewodom szczególnej trudności, o tyle przełożenie tych danych na faktyczne potrzeby i plany stało się nie lada kłopotem. Nałożyła się na to również zmiana partii rządzącej, a co za tym idzie – zmiany w urzędach wojewódzkich. Piastująca władzę koalicja PO i PSL poszukiwała kompromisu w ustalaniu kształtu opieki zdrowotnej w regionie pomiędzy niepublicznymi podmiotami będącymi w rękach prywatnych a lecznicami prowadzonymi przez władze samorządowe. Doskonałym

**SZUMNIE ZAPOWIEDZIANE
MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH
NIE BĘDĄ MOTOREM ZMIAN
ZMIERZAJĄCYCH DO ROZWOJU,
SKUPIANIA ŚRODKÓW
W OBSZARACH KLUCZOWYCH
I WŁAŚCIWEGO DZIELENIA ZASOBÓW**

spoiwem był plan finansowy i możliwości płatnicze regionalnego NFZ.

Budowany przez lata model regionalnej odpowiedzialności samorządowej zadziałał skutecznie, dzięki czemu plany wojewódzkie w dużej mierze gruntowały dotychczasowe poziomy dostępności, finansowania i organizacji dostępu. Można było odnieść wrażenie, że celem tworzenia map potrzeb zdrowotnych jest tylko formalne spełnienie warunku uzyskiwania pieniędzy z UE. W trakcie opracowywania map wojewódzkich doszło do zmiany opcji politycznej, a nowi wojewodo-

wie pochyłili się nad opracowanymi przez poprzedników planami. Nie bez znaczenia jest fakt, że PiS ma odmienną filozofię organizacji ochrony zdrowia. Jest ona nacechowana dużą dozą polityki socjalnej, stawiającej przede wszystkim na uwydatnianie obowiązków państwa względem pacjentów. Podkreśla fakt, że środki publiczne nie mogą podlegać regulacjom wolnorynkowym, a udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi zadanie publiczne, które nie może być zadaniem komercyjnym. Wskazuje to na potrzebę innego sposobu budowania map potrzeb zdrowotnych i określania niezbędnych zasobów do zapewnienia dostępu do leczenia. Korzystna dla procesu zmian w ochronie zdrowia jest niedawna nowelizacja ustawy o działalności leczniczej zwiększająca kompetencje wojewodów, gdzie obok doprecyzowania przepisów dotyczących przeprowadzania kontroli wprowadza się regulacje zmieniające dotychczasowe rejestrowanie podmiotów leczniczych na decyzję o zarejestrowaniu. Jeśli połączymy ten fakt z koniecznością zmiany nazewnictwa przedsiębiorstw podmiotu leczniczego i obowiązkiem dokonania zmian w statutach i rejestrach podmiotu, to wyobraźnia zaczyna działać.

Narzędzie polityczne, nie menedżerskie

Mapy potrzeb zdrowotnych wpisują się więc w szereg instrumentów, jakie mogą być zastosowane do przeprowadzenia gruntownej zmiany w organizacji i finansowaniu świadczeń. Zapowiadana likwidacja płatnika i przejście na system budżetowy może wymagać opisanie zarówno bazy wykonawczej podmiotów leczniczych, jak i wielkości nakładów potrzebnych do zapewnienia dostępu do świadczeń. Jednak bez względu na to, jaki kształt będzie miał system, potrzebna jest prawdziwa wiedza o tym, jakie mamy zapotrzebowanie na świadczenia i czy zasoby lecznicze zdołają je zaspokoić.

Jeśli jednak opracowanie map potrzeb zdrowotnych nie przewiduje przyszłości na tyle dobrze, to będziemy mieli przynajmniej spełniony warunek uzyskiwania środków z NFZ. To marne pocieszenie wobec faktu, że kulejąca od lat służba zdrowia boryka się z podstawowym problemem, jakim jest korelacja nakładów z priorytetami polityki zdrowotnej i oczekiwaniami pacjentów. Mogę przypuszczać, że szumnie zapowiedziane mapy potrzeb zdrowotnych nie będą motorem zmian zmierzających do rozwoju, skupiania środków w obszarach kluczowych, wyłaniania istotnych problemów zdrowotnych i właściwego dzielenia zasobów świadczeniodawców na wielopłaszczyznowe ich rozwiązywanie.

Pierwsze doświadczenia

Przypuszczam tak na podstawie opracowanych już map potrzeb zdrowotnych w onkologii. O ile metodologia zbierania danych i analiza danych historycznych nie budzi specjalnych wątpliwości (choć pominięto szereg ważnych kwestii), o tyle wnioski, jakie z nich



Andrzej Fal
kierownik Kliniki
Chorób Wewnętrznych
i Alergologii Centralnego
Szpitala Klinicznego MSW
w Warszawie

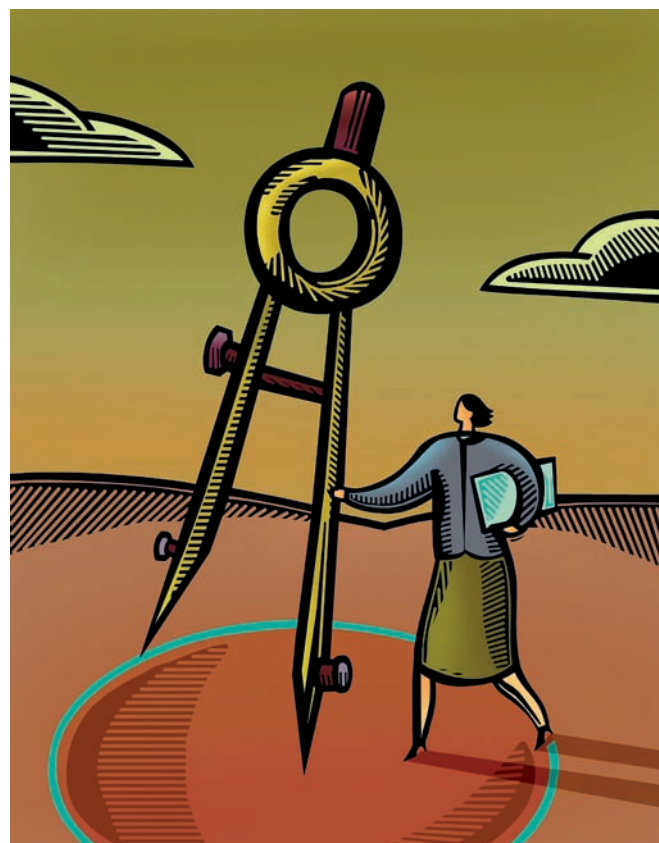
Nie do końca zgadzam się z metodyką i tempem prac narzuconych przez konstruktorów obecnych map potrzeb zdrowotnych. Cóż, gdy nie wiadomo, o co chodzi, chodzi o pieniądze. W tym wypadku unijne, przeznaczone na wsparcie polskiej ochrony zdrowia. Ten argument musi być brany pod uwagę i uszanowany. Tyle że pracując w ten sposób, nie dopracujemy się prawdziwych map, a jedynie szkiców potrzeb zdrowotnych. Te prawdziwe muszą powstawać latami, na ich pierwsze wersje i przymiarki muszą być nanoszone poprawki, modyfikacje. Ustawowo w przyszłości ma być za to odpowiedzialny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. To dobry wybór i sądzę, że tak jak inne kraje, tak i my w końcu się tych map dorobimy. Szkoda, że od ich pierwszej, niepełnej i niedoskonałej wersji zależeć będzie aż tak wiele.

wyciągnięto, daleko odbiegają od trendów europejskich i nijak się mają do dotychczasowych zjawisk obserwowanych w tej dziedzinie. Z analizy wynika m.in., że maksymalna liczba umów na udzielanie świadczeń w zakresie „pakietu onkologicznego” w 2018 r. powinna być zmniejszona w niektórych zakresach w stosunku do roku 2015. Sumarycznie dla Polski maksymalna liczba umów w 2018 r. będzie największa dla chirurgii onkologicznej (381 umów), z czego najwięcej w województwie mazowieckim (67), a najmniej w województwie opolskim (9). Z kolei w 2024 r. liczba umów w zakresie chirurgii onkologicznej powinna wynieść maksymalnie 410 (34 proc. wszystkich umów w zakresie skojarzonym nielimitowanym – „pakiet onkologiczny”), z czego znów najwięcej w województwie mazowieckim (72), a najmniej w opolskim (10). Najmniej umów przewidzianych jest w zakresie chirurgii plastycznej – 1 (województwo zachodniopomorskie). To dość śmiało wnioski wobec faktu, że szacuje się, iż w latach 2016–2029 liczba nowych zachorowań na nowotwory wzrośnie ze 180 tys. do 213 tys. Może w trakcie opracowania danych należało uwzględnić informacje z list oczekujących, gdzie ogromna liczba chorych czeka na diagnostykę, a niejednokrotnie, dzięki regulacjom pakietu onkologicznego, czeka również na leczenie.

Pytanie o radę

Może warto było uwzględnić informacje bezpośrednio z ośrodków onkologicznych, które stale obserwują zmiany epidemiologii i dość trafnie prognozują potrzeby na kolejne lata. Istotną kwestią dotyczącą map potrzeb zdrowotnych w onkologii powinno być nakierowanie na świadczenia w rozumieniu kompleksowości i koordynacji. W takim rozumieniu należy zawrzeć zarówno profilaktykę, edukację, jak i diagnostykę na wszystkich poziomach.

Pominięcie opieki ambulatoryjnej w zakresie dostępności rozpoznawania chorób nowotworowych to błąd. Mapy potrzeb w tak kluczowej dziedzinie współczesnej medycyny powinny być tworzone ze zrozumieniem istoty leczenia onkologicznego. Istoty zawartej w kompleksowości, która opiera się na interdyscyplinarnej sieci centrów onkologii oraz skoordynowanej opiece ośrodków peryferyjnych. Odpowiedni podział kompetencji w zakresie opieki onkologicznej powinien wskazywać na potrzeby w obszarach, które są ze sobą powiązane i których działania niejednokrotnie determinują wartości rynku świadczeń. Jeśli jednak wrócimy do pytania, po co stworzono mapy potrzeb zdrowotnych, to może odpowiemy sobie, że wcale nie po to, aby zmierzyć się z wyzwaniem, przeorganizować zasoby, zoptymalizować wydatki. Może celem stworzenia map było właśnie ugruntowanie dotychczasowych proporcji wydatków oraz ich zamrożenie poprzez ograniczenie rozbudowy zasobów świadczeniodawców. W przestrzeni publicznej



Fot. ImageZoo/Corbis

MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH

TO POTRZEBNA REGULACJA.

NIE DLA UZYSKANIA ŚRODKÓW Z UE

(CHOĆ TE SĄ Z CAŁĄ PEWNOŚCIĄ POTRZEBNE),

ALE DLA ODWAŻNEGO POWIEDZENIA SOBIE,

NA CO NAS NIE STAĆ

I JAK WYKORZYSTAĆ TO, CO MAMY

panuje z jednej strony opinia, że mamy za dużo łóżek szpitalnych, a z drugiej, że mamy wieloletnie kolejki do świadczeń. Oczywiście najprościej wysnuć wniosek, że mamy za mało pieniędzy. Jednak jeśli by tak było, to w żadnym z zakresów świadczeń nie występowałyby tzw. niedow wykonania. Warto przeanalizować ilości aneksów zmieniających plany finansowo-rzeczowe świadczeniodawców (w tym w zakresie onkologii), aby dojść do wniosku, że niejednokrotnie mamy do czynienia z koszulą ciasną w kołnierzyku i ze zbyt długimi rękawami. Materiału by wystarczyło, tylko skrojone nie na miarę.

W mojej ocenie mapy potrzeb zdrowotnych to bardzo potrzebna regulacja. Nie dla uzyskania środków

Fot. Michał Lepecki/Agencja Gazeta



Krzysztof Kusza
konsultant krajowy
w dziedzinie anestezjologii
i intensywnej terapii

Mapy są potrzebne, nikt nie neguje sensu ich powstawania.

Ale zebrany materiał w zakresie mojej specjalności trudno nazwać projektem mapy potrzeb zdrowotnych. To co najwyżej zbiór danych statystycznych, które nie mogą aktualnie stanowić punktu wyjścia do określenia potrzeb zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Rekordy, które przygotowaliśmy w tym celu kilka lat temu, służące do przygotowania rejestrów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, dotychczas nie zostały uwzględnione, gdyż powołana wcześniej przez resort Rada ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii oczekuje na ponowne jej powołanie. O małej przydatności otrzymanych danych poinformowałem właściwy departament MZ, uczynili to w województwach także niektórzy konsultanci wojewódzcy. Zapotrzebowanie na świadczenia w anestezjologii warunkowane jest w dużej mierze przez zapotrzebowanie na świadczenia w innych specjalnościach. Być może po dokonaniu analizy potrzeb w dziedzinach zabiegowych i diagnostyce należy na samym końcu określić, jaka liczba kadry, stanowisk znieczulenia i stanowisk intensywnej terapii może temu zadaniu sprostać. Wystarczy chociażby zapoznać się z odpowiednimi przepisami, które regulują to zagadnienie, a więc z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą z grudnia 2012 r. wraz z bardzo ważnymi załącznikami. Zła ocena zapotrzebowania na świadczenia anestezjologiczne może uniemożliwić realizację zapotrzebowania w innych dziedzinach medycyny.

Dlatego martwi mnie małe zaawansowanie prac nad mapami w mojej dziedzinie. A cieszy zapowiedź ministerstwa powrotu do koncepcji powołania Rady ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

z UE (choć te są z całą pewnością potrzebne), ale dla odważnego powiedzenia sobie, na co nas nie stać, w czym powinniśmy się zmienić, jak jeszcze lepiej wykorzystać to, co mamy. Jednak aby powiedzieć prawdę, trzeba wiedzy i odwagi.

Dokąd zawiodą nas mapy potrzeb zdrowotnych? Czy poprowadzą do stabilnej, niezakłóconej wichrem kolejnej reformy służby zdrowia podobnej jak w czasach PRL? A może zawiodą nas do ściany niemożności zrealizowania wyzwań i oczekiwań, które dzięki ma-

Fot. Archiwum



Tadeusz Pieńkowski
dyrektor medyczny
Radomskiego Centrum
Onkologii, prezes Polskiego
Towarzystwa do Badań
nad Rakiem Piersi, były
prezydent Międzynarodowego
Towarzystwa Senologicznego

Nie zgadzam się z zarzutem, że tempo powstawania map było za szybkie. Przeciwnie – dokumenty te powstawały bardzo powoli. Nie rozumiem, dlaczego ogłoszone mapy potrzeb w dziedzinie onkologii są zmieniane. Nie wiadomo, jakie zmiany zostaną wprowadzone. Autorzy map zebrali wszystkie informacje dotyczące zasobów w dziedzinie ochrony zdrowia. Policzone zostały przychodnie, szpitale i zakłady diagnostyczne. Określono ich położenie. Wiadomo zatem, jak w poszczególnych regionach wygląda faktyczna dostępność diagnostyki i leczenia. Drugim elementem uwzględnianym przy tworzeniu map były dane demograficzne i epidemiologiczne, a szczególnie informacje o zapadalności, umieralności i chorobowości związanej z poszczególnymi chorobami. Na podstawie zebranych danych można określić, w jakim stopniu zabezpieczone są bieżące potrzeby i jakie zmiany należy wprowadzić w przyszłości. Mapy mają być narzędziem, które ułatwi planowanie działań w przyszłości, jednak nie zawierają odpowiedzi na wszystkie istotne problemy. Fundamentalnym zagadnieniem jest niezwykle utrudniony i ograniczony dostęp do nowatorskich leków. Bez nich w onkologii ani rusz. Chciałbym też przestrzec przed myśleniem, że aby zapewnić odpowiednie leczenie, należy je skoncentrować w minimalnie małej liczbie ośrodków. Większość współczesnych terapii onkologicznych w praktyce polega na wizytach w ośrodkach onkologicznych czy terapii jednodniowej. Takie ośrodki powinny być w sąsiedztwie miejsca zamieszkania pacjenta, niezbyt oddalone. A więc duże akademickie centra, najlepiej o charakterze uniwersyteckim, powinny zajmować się edukacją i leczeniem rzadkich nowotworów. Powinniśmy dążyć do tego, by onkologów jak najbardziej przybliżyć do miejsca zamieszkania pacjenta.

pom będziemy mieli skatalogowane i szczegółowo opisane? W jednym i w drugim przypadku, choć z mapy nie wyczytamy kierunku dalszej drogi, to dowiemy się może więcej na temat otaczającej nas rzeczywistości, którą od lat maluje się kolorami projektów ustaw, pakietów, zmian na lepsze. Może właśnie nie będzie to lepsze, ale będzie choć przez jakiś czas niezmiennie.

Rafał Janiszewski
Autor jest ekspertem rynku ochrony zdrowia,
właścicielem kancelarii doradczej.