

Miały być drogowskazem, a nie spełniają oczekiwań



# Mapy, ale właściwie czego?

Na odpowiednio skonstruowane mapy potrzeb zdrowotnych czekamy od wielu lat, gdyż miały być drogowskazem, w jaki sposób powinniśmy rozmieszczać miejsca udzielania usług, aby zapewniły one bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Mapy przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia, pomimo ich objętości, nie spełniają jednak tych oczekiwań.

Do pewnego stopnia zrozumiała jest niedoskonałość jakichkolwiek map, które mogłyby być wytworzone w obecnych warunkach. Powszechnie wiadomo, że nie posiadamy rzetelnych, a zwłaszcza spójnych rejestrów. Od rejestrów podmiotów leczniczych prowadzonych przez wojewodów po rejestry wykonywanych usług zdrowotnych zbierane przez NFZ. Ponadto twórcy map z wielu względów pracowali pod presją czasu, więc wynikające z nich i tak dość nieśmiało wnioski są, delikatnie mówiąc, wątpliwe.

### Mapy czy inwentaryzacja, wady metodologiczne

Czym powinny być mapy potrzeb zdrowotnych? Intuicyjnie rzecz ujmując, powinny to być wskazania powszechności występowania wybranych schorzeń bądź zagrożeń tymi schorzeniami na określonych terenach wraz z potrzebną, docelową siecią usługodawców w takiej ilości i z takimi zasobami finansowymi i ludzkimi, aby były w stanie zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców. Mapy powinny swoimi wnioskami „wyprzedzać” stan obecny i być regularnie, tzn. minimum co 5 lat, korygowane, aby uwzględniać zmieniające się potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Tymczasem przedstawiony nam dokument, pomimo jego objętości, to w zasadzie tylko inwentaryzacja, spis istniejących – używając nomenklatury NFZ – zakresów świadczeń w poszczególnych województwach, a wewnątrz nich w powiatach. Dokonano przeglądu zawartości rejestrów podmiotów leczniczych, importując z nich ujęte w mapach oddziały i liczbę zarejestrowanych łóżek, oraz rejestrów NFZ, importując z kolei uproszczoną analizę produktową sprawozdawanych usług i takie dane, jak średni czas pobytu czy czas oczekiwania na przyjęcie. Pobrano także inne informacje: ilość wybranego sprzętu medycznego, liczba lekarzy i pielęgniarek, stołów operacyjnych, wskaźniki śmiertelności okołoperacyjnej czy zakażeń wewnątrzszpitalnych. Nasuwa się pytanie: co z tego wynika?

Po pierwsze, jak wspomniano wyżej, rejestry są niedoskonałe. Rejestry podmiotów leczniczych, pomimo konieczności ich aktualizowania – aktualizowane nie są. Ani pod względem posiadanych komórek organizacyjnych, ani zwłaszcza funkcjonujących w nich łóżek szpitalnych. Dane NFZ oparte są również na informacjach częściowo wadliwych. W zakresie udzielanych usług opieramy się na danych sprawozdawanych, one zaś są przez wiele szpitali „optymalizowane” tak samo jak podatki przez korporacje. Przedstawia się to, co się lepiej rozlicza, a nie to, co było podstawową przyczyną przyjęcia do szpitala. Kolejnym powodem niepełnej wiarygodności tych danych jest następstwo zasady *fee for service* – przyjmowanie do szpitali osób, których leczenie jest lepiej finansowane przez NFZ. Przez to wykonywane świadczenia nie są odpowiednikiem potrzeb zdrowotnych Polaków. Jeżeli leczymy ludzi z dobrze finansowanym schorzeniem X, a ustawiamy w kolej-

” Liczba łóżek nie koresponduje z wymogami dotyczącymi zatrudnienia, te zaś stanowią podstawowy koszt funkcjonowania oddziałów ”

kach ludzi z deficytowym schorzeniem Y, to na mapach widzimy, że podstawowym problemem zdrowotnym Polaków jest schorzenie X, co wcale nie musi być prawdą. I nad tym twórcy kolejnych map muszą się pochylić.

### Niepewne prognozy demograficzne

Prognozy demograficzne to bardzo dobre narzędzie, ale należy pamiętać, że narzędzie to ma swoje ograniczenia. W opiece zdrowotnej są jeszcze inne czynniki, które trzeba brać pod uwagę, a częstokroć mają one znacznie większą moc prognostyczną. Prognozy demograficzne pokazują nam, jak będzie wyglądać nasze społeczeństwo na kilkanaście, kilkadziesiąt lat, ale opierając się na trendach wynikających z danych retrospektywnych. Jeżeli weźmie się pod uwagę średni wiek kobiet i ich przeciętną dzietność w określonym powiecie, to można wnioskować, ile dzieci się tam urodzi w kolejnych latach (jeżeli nic się nie zmieni). Podobnie oceniamy czas przeżycia. Ale czy ktoś wziął pod uwagę, że dzietność może się zmienić z nieznanymi jeszcze powodów, co zburzy wszystkie prognozy demograficzne tworzone dzisiaj? Historia uczy, że po każdej wojnie dzietność gwałtownie rosła, co stanowiło swoistą reakcję na zwiększenie się bezpieczeństwa obywateli i wzrost poziomu życia. Boże, chroń nas przed wojną, ale jeżeli wzrośnie poziom życia obywateli, do czego przecież dążymy, to dzietność kobiet w Polsce może się znacznie poprawić. Ba, po wydłużeniu urlopu macierzyńskiego mieliśmy niewielki *baby-boom*, zaś nikt nie potrafi rzetelnie przewidzieć, jaki wpływ na demografię będzie miał program „Rodzina 500+”.

Mapy w swoich prognozach nie zwracają natomiast większej uwagi na to, że w przypadku wielu chorób zmienia się ich częstość i agresywność. Warto przytoczyć kilka przykładów. Gdybyśmy tworzyli mapy przed ponad 50 laty, to musielibyśmy prognozować bardzo gęstą sieć szpitali i oddziałów ftyzjatrycznych, gdyż gruźlica była wtedy chorobą powszechną (społeczną). Zresztą dla administracji chyba nadal jest, ponieważ zachorowalność na nią podlega nadal osobnej, indywidualnej sprawozdawczości i analizom. Obecnie musimy ją brać pod uwagę, jak wiele innych chorób, ale chorobą społeczną na pewno już nie jest. Podobnie 40 lat temu często występującą chorobą była choroba wrzodowa żołądka, a 20–30 lat temu choro-



„Mapy powinny wnioskami wyprzedzać stan obecny i być regularnie, tzn. minimum co 5 lat, korygowane”

ba wrzodowa dwunastnicy. Ileż wykonywano wtedy radykalnych zabiegów chirurgicznych, ileż osób hospitalizowano. Wprowadzenie eradykacji i blokerów pompy protonowej, a z drugiej strony obiektywne zmniejszenie się liczby zachorowań sprawiają, że choroby te są obecnie w znakomitej większości leczone ambulatoryjnie bez potrzeby hospitalizacji. Co się zmieni w ciągu najbliższych 20–30 lat? Na pewno starają się to przewidywać epidemiolodzy, ale nikt nie tworzy twardych prognoz.

#### Odwieczny bożek – łóżko

Od lat za jedną z głównych przyczyn trudnej sytuacji finansowej większości szpitali uważa się zbyt dużą liczbę łóżek krótkoterminowych. Programów i prac naukowych (?), w których udowodniano, że zmniejszenie liczby tych łóżek doprowadzi do sanacji finansowej systemu, nie sposób zliczyć. Tymczasem łóżko to tylko jeden z parametrów, luźno na dodatek związanych z podstawowymi problemami. Na przykład nie ma

żadnych standardów, poza bodajże psychiatrią, łączących liczbę łóżek z potrzebą zatrudnienia odpowiedniej liczby lekarzy. Żadne rozporządzenie koszykowe ani odpowiednie zarządzanie prezesa NFZ nie łączy liczby łóżek na oddziale z zatrudnieniem pielęgniarek. Jedyną nowość, choć jeszcze niefunkcjonująca, to rozporządzenie ministra Zembali odnoszące się do liczby zatrudnionych pielęgniarek na oddziałach intensywnej terapii. Tyle że łóżek intensywnej terapii akurat mamy obiektywnie za mało. Jak widać, liczba łóżek nie koresponduje z wymogami dotyczącymi zatrudnienia, te zaś stanowią podstawowy koszt funkcjonowania oddziałów. Można sobie zatem wyobrazić, że oddziały zredukują dla zadowolenia reformatorów liczbę łóżek, zwłaszcza w sytuacji, kiedy posiadany kontrakt pozwala na obłożenie na poziomie 40–50%, bo i tak często bywa. Tylko że nic z tego nie będzie wynikać. Zresztą sami twórcy map zauważają, że istnieją oddziały funkcjonujące przy niskim wykorzystaniu łóżek, a jednocześnie raportujące długie kolejki oczekujących, i wyciągają słuszny wniosek, że jest to efekt zbyt niskiego finansowania ich działalności.

Kolejnym znanym powszechnie faktem jest obiektywny brak łóżek długoterminowych i w efekcie nadmierne obłożenie oddziałów wewnętrznych. To samo dotyczy łóżek rehabilitacji stacjonarnej, gdzie na przyjęcie na odpowiedni oddział czeka się często ponad rok. W tym przypadku mamy do czynienia z efektem zaniedbania finansowania rehabilitacji w całości. Ba, czę-

sto uznawania, że fizjoterapia ambulatoryjna to niemal fitness. Kiedy ograniczano środki na rehabilitację, nikt nie brał pod uwagę, że zwiększy się liczba wizyt lekarskich, nadmiernej farmakoterapii, absencji chorobowej z dość banalnych przyczyn, ale też inwalidyzacji wobec braku usprawnienia po zabiegach chirurgicznych czy udarach mózgu. Obecnie chce się wprowadzić leczenie kompleksowe w przypadku zawałów serca i endoprotezowania, co ma zagwarantować pacjentom rehabilitację po leczeniu inwazyjnym. I bardzo dobrze, ale to tylko maleńka wysepka na oceanie nierozwiązanych problemów. Zresztą problemów, których tworzone mapy jeszcze nie obejmują, jest dużo, dużo więcej.

### System taki sam i już

Wydaje się, że jednym z największych zarzutów, nie wobec twórców map, którzy wykonywali tylko swoje zadanie, ale wobec organizatorów opieki zdrowotnej na poziomie ministerialnym, jest brak jakiegokolwiek wizji systemu w przyszłości. Tak jakbyśmy mieli tylko zmniejszyć liczbę łóżek, no może w porywie odwagi zmniejszyć liczbę jednoimiennych oddziałów. Zresztą twórcy map takie właśnie nieśmiało wnioski wyciągają, pisząc o ograniczeniu oddziałów intensywnej terapii do szpitali posiadających szpitalne oddziały ratunkowe czy prezentując tezę, że liczbę oddziałów zabiegowych należy zmniejszyć, pozostawiając te wykonujące najwięcej zabiegów, bo z pewnością są one najbardziej doświadczone, więc mają najmniej powikłań. Takie podejście w wersji grzecznej nazwałbym mentalnym konserwatyzmem, w wersji mniej grzecznej – beznymi wnioskami opartymi na niesprawdzonych danych i mającymi na celu wyłącznie zmniejszenie się w ograniczonych zasobach finansowych. Bez jakiegokolwiek refleksji o oczekiwaniach społeczności lokalnych, bez analizy już poniesionych wydatków, bez próby zagospodarowania i tak bardzo ograniczonych zasobów ludzkich. Przypomina to sytuację, gdy w latach 90. likwidowaliśmy „nierentowne” polskie zakłady przemysłowe, bez próby ich sensownej sanacji, generując potężne bezrobocie i jeszcze większe problemy, z którymi walczymy do dziś, włącznie z emigracją młodych.

### W jaki sposób wyciągać wnioski i po raz kolejny korygować mapy?

Dobrze, że mapy powstały, gdyż jest to pierwsza w miarę spójna próba przedstawienia potencjału polskiego szpitalnictwa. Powiem wręcz, że oczekuję na mapy dotyczące pozostałych rodzajów usług zdrowotnych, w tym ambulatoryjnych. Zwłaszcza te ostatnie mogłyby pokazać, jak nierównomiernie mamy rozmieszczoną sieć poradni specjalistycznych, które gremialnie znajdują się w metropoliach. Krótko mówiąc, taka inwentaryzacja jest wręcz niezbędna. Ale potrzebne są kolejne kroki, leżące po stronie organizatorów systemu na poziomie Ministerstwa Zdrowia. Po odpo-

wiednim dialogu ze wszystkimi interesariuszami trzeba opisać docelowy system. Jaka będzie rola podstawowej opieki zdrowotnej? Czy specjaliści mają działać jak do tej pory, czy może będą finansowani nie bezpośrednio przez publicznego płatnika, ale przez lekarza POZ? Czy oddziały zabiegowe mogą być jednoimienne, czy może powinno się maksymalnie zwiększyć liczbę profili realizowanych na jednym oddziale? Czy nie byłoby sensowne wspieranie szpitali zajmujących się wyłącznie wykstrahowanym problemem zdrowotnym, np. leczeniem zaćmy czy endoprotezowaniem? Może w takim przypadku kilka prywatnych podmiotów rozwiązałoby nierozwiązywalne do tej pory publiczne problemy? Takich pytań jest wiele, na dyskusję nad nimi może trzeba poświęcić nawet kilka lat. Ale dopiero wtedy, kiedy będziemy wiedzieli, jak nasz system ma wyglądać, tworzenie map dotyczących przyszłego rozmieszczenia miejsc udzielania świadczeń będzie miało sens. Poza tym mapy podstawowe (inventaryzacyjne) i mapy przyszłe muszą odpowiadać na inne pytania. Jeżeli mamy w miejscowości X wybudowany za setki milionów złotych szpital, który zatrudnia kilkaset wykwalifikowanych osób, to jak widzimy jego przyszłość? Nie wystarczy powiedzieć: uwaga, zamykamy dwa oddziały, sami martwcie się, co dalej. Po analizie potrzeb zdrowotnych trzeba powiedzieć: sorry, okulistyka i ortopedia tutaj nie ma sensu, ale bardzo jest nam potrzebna rehabilitacja narządu ruchu i hospicjum stacjonarne.

System działa nie najlepiej, choć za takie pieniądze i tak jest bardzo efektywny, ale to jest przede wszystkim żywy organizm, wart miliardy złotych i zatrudniający setki tysięcy osób. Jeżeli chcemy go przebudować, to nie na podstawie liczących nawet po ponad 1000 stron dla każdego województwa map samego tylko lecznictwa szpitalnego, stworzonych na podstawie zimnej analizy biurokratów. Opartych na dodatku na nie do końca sprawdzonych danych. Przebudować go musimy na podstawie głębokiej strategii, której do tej pory nie ma. To nie mapy mają nam wskazywać, co mamy robić. Najpierw musimy wiedzieć, co chcemy zrobić, a mapy mogą pokazać, jak to będzie w przyszłości wyglądać i co musimy zmienić w porównaniu z sytuacją obecną.

Krótko podsumowując – obecne mapy są tylko opisem rzeczywistości. Jeżeli uznajemy, że rzeczywistość nie jest doskonała, to na podstawie map nie możemy wyciągać wniosków restrukturyzacyjnych, ponieważ będziemy pogłębiać istniejące błędy. Musimy stworzyć wizję systemu w przyszłości i zacząć rysować kolejne „etapowe” mapy przybliżające nas do tej wizji. Przy takim podejściu obecne mapy mogą być bardzo przydatne, bo pozwolą nam wykonywać krok po kroku.

Maciej Biardzki

Autor jest prezesem Wielospecjalistycznego Szpitala w Miliczu, byłym dyrektorem ds. medycznych wrocławskiego oddziału NFZ.