

Jak wyglądają, a jak powinny wyglądać mapy potrzeb zdrowotnych

Szpitalne łóżka: wystawiać czy odkurzać

Fot. istockphoto.com

Ministerstwo Zdrowia intensywnie pracuje nad przygotowaniem regionalnych map potrzeb zdrowotnych na lata 2016–2029, które w dużym stopniu mogą zadecydować o przyszłości ok. 980 polskich szpitali – wojewódzkich i powiatowych. Z ministerialnych analiz wynika, że tysiące łóżek szpitalnych w Polsce jest niepotrzebnych. Właśnie rozesłano mapy potrzeb zdrowotnych do urzędów wojewódzkich i innych partnerów społecznych celem konsultacji. Opublikowane już mapy z zakresu onkologii i kardiologii, a ostatnio z zakresu leczenia szpitalnego wzbudziły sporo kontrowersji, co spowodowało, że Ministerstwo Zdrowia zaczęło się wycofywać i korygować pierwotne wersje map.

System ochrony zdrowia w Polsce ma już ponad 40 lat. Został ukształtowany w latach 70. XX wieku, gdy dokonano m.in. zespolenia organizacyjnego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, tworząc tzw.

zespoły opieki zdrowotnej (ZOZ). W 1999 r. dokonano zmiany podziału administracyjnego Polski, wprowadzając trzystopniową strukturę podziału terytorium kraju (województwa, powiaty, gminy). W tym samym

roku weszła w życie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, na mocy której dotychczasowy „budżetowy” system opieki zdrowotnej zastąpiono systemem ubezpieczeniowym. W 2003 r. utworzono centralę NFZ i 16 oddziałów wojewódzkich. W 2011 r. weszła w życie ustawa o działalności leczniczej, której głównym postulatem było m.in. przekształcenie szpitali publicznych w spółki prawa handlowego i ich komercjalizacja celem poprawy zarządzania gospodarką finansową szpitali oraz redukcji ich zadłużenia. W ustawie o działalności leczniczej zastąpiono pojęcie „zakład opieki zdrowotnej” pojęciem „podmiot leczniczy”. W bieżącym roku ustawowo powstrzymano proces komercjalizacji szpitali. Zapowiedziano również powrót do „budżetowego” systemu finansowania opieki zdrowotnej.

Należy mieć nadzieję, że obecne kierownictwo resortu zdrowia nie podejmuje próby wprowadzenia systemowych zmian w nieefektywnym i niewydolnym od lat systemie opieki zdrowotnej w Polsce, ograniczając swoje działania jedynie do cząstkowych, bieżących działań o charakterze kosmetycznym i w dużej mierze politycznym. Byłoby szkoda, gdyby stało się inaczej. Bo skoro mają nastąpić zapowiadane „dobre zmiany”, to może warto podejść do nich całościowo?

Kilka liczb

Polska to dzisiaj 16 województw, 380 powiatów i 2478 gmin. Nasz kraj liczy przy tym oficjalnie ok. 38,5 mln mieszkańców, co daje średnio na powiat nieco ponad 101 tys. ludzi, a na gminę nieco ponad 15 tys. Jednak średnie te, jak każda średnia, są całkowicie fałszywe, chociażby dlatego, że tak naprawdę nie wiemy, gdzie i kto mieszka. Cytowana aktualna liczba ludności Polski obejmuje osoby, których fizycznie nie ma, bo dawno wyemigrowały z kraju (według różnych źródeł: od 2,5 mln do 3,5 mln osób), a także nie uwzględnia faktu, że ludzie nieustannie migrują wewnątrz kraju, nie zmieniając zameldowania przy faktycznej przeprowadzce. Dla przykładu: liczba mieszkańców Opola wynosi oficjalnie 120 tys., faktycznie to 100 tys., z kolei Kraków zamieszkuje prawdopodobnie nie 750 tys., ale ponad 900 tys. osób, podobnie Warszawa liczy niemal dwa razy więcej mieszkańców, niż jest oficjalnie zameldowanych osób w stolicy. Aby sprawę skomplikować, wspomnijmy, że w kraju przebywa względnie stale ok. miliona Ukraińców, w większości niezameldowanych.

Dodatkowo warto wspomnieć, że zarówno powiaty, jak i województwa nie są sobie równe – 67 z 314 powiatów ziemskich, czyli ponad 20 proc., ma mniej niż 50 tys. mieszkańców, czyli raptem połowę wyliczonej powyżej średniej. Podobnie jest z województwami. Największe, mazowieckie, liczy ponad 5,3 mln mieszkańców, czyli tyle, ile z grubsza łącznie ma pięć województw najmniejszych pod względem liczby ludności:

„System ochrony zdrowia w Polsce ma już ponad 40 lat. Został ukształtowany w latach 70. XX wieku, gdy dokonano m.in. zespolenia organizacyjnego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, tworząc tzw. zespoły opieki zdrowotnej (ZOZ)”

opolskie, lubuskie, podlaskie, świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie¹.

Podobna sytuacja ma miejsce w odniesieniu do liczby szpitali, ich lokalizacji i ilości łóżek szpitalnych.

Zabrzmie to paradoksalnie, ale na dobrą sprawę nie wiemy, ile mamy w Polsce szpitali. Według różnych danych źródłowych ich liczba mieści się gdzieś w przedziale między 966 a ponad 1050. Według rocznika statystycznego GUS na koniec 2014 r. w Polsce było 979 szpitali, zaś w dokumencie Ministerstwa Zdrowia dotyczącym map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego czytamy, że było ich wówczas 1234. Różnica w liczbach prezentowanych przez dwie instytucje państwowe jest zaiste znacząca – 255 szpitali, tj. 26 proc. Powstaje pytanie: którą z tych liczb uznać za wiarygodną i stosować w dalszych analizach?

Dzieje się tak m.in. dlatego, że nie istnieje jedna definicja, jaki obiekt można nazwać szpitalem. Trywializując – może być nim podmiot leczniczy dysponujący tylko jednym łóżkiem szpitalnym, byleby spełniał wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. Brak spójności terminologicznej poważnie utrudnia badania statystyczne i tworzenie baz wiedzy dotyczących liczby szpitali, a szerzej – systemu ochrony zdrowia.

Trudno zatem reformować opiekę zdrowotną, jeśli nie można dokładnie jej opisać, w tym – zmierzyć jej potencjału. To jest właśnie paradoks polskiej reformy ochrony zdrowia.

Kogel-mogel

Daleko odeszliśmy od sprawdzonego modelu opartego na stopniach referencyjnych szpitali. Kiedyś było tak, że małe szpitale powiatowe i miejskie wykonywały rutynowe zabiegi na tzw. oddziałach podstawowych, a szpitale o wyższym stopniu referencji (województkie, specjalistyczne i kliniki uniwersyteckie) zajmowały się skomplikowanymi przypadkami, wdrażały nowe technologie medyczne, a niektóre z nich prowadziły

” Statystycznie rzecz ujmując, mamy w Polsce ok. 1,5 szpitala w każdym powiecie. Ich rozmieszczenie i odległości między nimi wynikają ze starych, historycznych uwarunkowań, głównie infrastrukturalnych, które dzisiaj nie znajdują już uzasadnienia ”

także dydaktykę. Twarde prawa rynku wykoślawiły to modelowe rozwiązanie². Wydaje się, że dzisiaj niemal wszyscy zapomnieli o tym sprawdzonym podziale ról i kompetencji. Należy zatem powrócić do zasady, że specjalistyczne procedury powinno się przeprowadzać w szpitalach wysokospecjalistycznych, a „podstawową” opiekę zdrowotną powinny zapewniać szpitale miejskie i powiatowe.

Statystycznie rzecz ujmując, mamy w Polsce ok. 1,5 szpitala w każdym powiecie. Ich rozmieszczenie i odległości między nimi wynikają ze starych historycznych uwarunkowań, głównie infrastrukturalnych, które dzisiaj nie znajdują już uzasadnienia. Szpitale te, w większości przestarzałe funkcjonalnie, wyeksploatowane i wymagające dużych nakładów na modernizację i dostosowanie do współczesnych wymagań sanitarno-technicznych, wykorzystują swoje zasoby łóżkowe w ok. 60–65 proc., a niekiedy nawet w mniej niż 50 proc.

Dla zobrazowania wykorzystania łóżek szpitalnych w Polsce weźmy pod uwagę dwa województwa – pomorskie i śląskie. W województwie pomorskim funkcjonują 54 szpitale dysponujące ok. 9237 łózkami, natomiast w województwie śląskim jest aż 149 szpitali dysponujących ok. 25 625 łózkami (na Śląsku obydwie liczby są najwyższe wśród wszystkich województw). Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców wynosi poniżej 40 (najniższy wskaźnik w kraju) w województwie pomorskim i 56 (najwyższy wskaźnik) w województwie śląskim. W obydwu województwach wskaźnik wykorzystania łóżek jest identyczny i wynosi 236 dni (65 proc.) w roku, co oznacza, że łóżka te są zajęte przez pacjentów tylko przez 8 miesięcy, a przez 4 miesiące stoją puste³.

Kolejnym problemem związanym z tzw. fotografią aktualnego stanu polskich szpitali, będącą podstawą projektowania map potrzeb zdrowotnych, jest liczba procedur wykonywanych w szpitalach. O ile zasoby

materialne (np. liczba i rodzaj aparatury medycznej czy liczba łóżek) i kadrowe nie budzą raczej wątpliwości, o tyle dane dotyczące rodzaju i liczby wykonanych świadczeń już tak. Nie wiemy bowiem, czy placówki raportują do NFZ rzeczywiście wykonane procedury czy tylko te, które są najlepiej wyceniane. Nie wolno też zapominać, że nowe technologie medyczne rewolucjonizują dzisiaj leczenie wielu schorzeń i w krótkim czasie mogą mieć znaczący wpływ na rozdźwięk między faktycznymi potrzebami zdrowotnymi a tymi zaplanowanymi w mapach potrzeb zdrowotnych.

Takiej sytuacji nie sposób dłużej utrzymywać i broń, uwzględnianie jej w procesie tworzenia map potrzeb zdrowotnych na kolejne lata całkowicie nie znajduje uzasadnienia.

Co z tym zrobić?

Wydaje się, że Polska staje przed poważnym wyzwaniem dostosowania struktury i zasobów ochrony zdrowia do wyzwań współczesności. I nie chodzi tu tylko o zmiany demograficzne, głównie o wyludnienie się kraju (przewiduje się, że do 2050 r. liczba ludności spadnie do ok. 31 mln, czyli o 20 proc.), zmiany epidemiologiczne (spodziewany wzrost zachorowalności na tzw. choroby cywilizacyjne i wzrost zapotrzebowania na odpowiednie procedury medyczne) czy zmiany technologiczne (pojawienie się nowych metod diagnostycznych) oraz postęp w badaniach nad nowymi lekami i nowoczesnymi terapiami. Chodzi przede wszystkim o relację kosztów do jakości. Powszechnie bowiem wiadomo, że duże szpitale dostarczają usługi o wyższym standardzie medycznym, a duże samorządy mogą dopłacać do notorycznie niedofinansowanej służby zdrowia.

Dlatego zamiast działań doraźnych, bazujących na niekompletnych lub wręcz nieprawdziwych danych, polegających na opisaniu istniejącej, lecz zdeformowanej sytuacji, należałoby raczej podjąć trud opracowania kompleksowej wizji, a następnie strategii ochrony zdrowia Polaków na najbliższe 20–25 lat. Dopóki sytuacja ta się nie zmieni, niezwykle trudnym lub wręcz niemożliwym zadaniem będzie długofalowa poprawa opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Problemy do rozwiązania jest bez liku. Wśród nich można wymienić m.in.: źródła i poziom finansowania systemu ochrony zdrowia, budowanie polityki zdrowia publicznego, opracowanie map rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, opracowanie kosztów gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, koordynowanie opieki zdrowotnej, poziom jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych, dalsza komercjalizacja (a może dla odmiany nacjonalizacja?) ochrony zdrowia czy wreszcie zweryfikowanie i zaprojektowanie nowego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Temu ostatniemu zagadnieniu chcielibyśmy poświęcić nieco więcej uwagi.



Fot. iStockphoto.com

Podstawowa opieka zdrowotna

W opinii autorów niniejszego artykułu podstawowa opieka zdrowotna (POZ) powinna stanowić fundament skoordynowanej opieki zdrowotnej nad Polakami, a lekarz POZ powinien być demiurgiem i koordynatorem tej opieki, stanowiąc główny element polskiego systemu ochrony zdrowia. Lekarz POZ musi być prawdziwym „lekarzem rodzinnym” i znać wszystkie aktualne potrzeby zdrowotne pacjentów będących pod jego opieką. Ma być opiekunem pacjenta i jego przewodnikiem po labiryncie ochrony zdrowia oraz brać czynny udział w leczeniu pacjenta na każdym etapie tego procesu.

Oczywiście takiego rezultatu nie da się osiągnąć, jeżeli lekarz POZ będzie miał nadal pod opieką do 2750 pacjentów. Liczbę tę należałoby ograniczyć do maksymalnie 750–1000 pacjentów przy jednoczesnym podniesieniu stawki kapitałowej. W tym miejscu mogą odezwać się głosy sceptyków, że mamy dzisiaj za mało lekarzy POZ i wobec tego powstaje pytanie, skąd ich wziąć. Nie zapomnijmy jednak, że brak lekarzy POZ wynika przede wszystkim z ich niskiego prestiżu w hierarchii lekarzy funkcjonujących na rynku. Rola koordynatora procesu leczenia, a więc podniesienie prestiżu lekarza POZ na rynku ochrony zdrowia, oraz wzrost jego wynagrodzenia z pewnością wpłyną na zwiększenie roli i znaczenia lekarza POZ zarówno wśród pacjentów, jak i w środowisku medycznym, co w konsekwencji przyczyni się do zwiększenia liczby chętnych wśród absolwentów studiów lekarskich do podjęcia specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej.

W obszarze zainteresowania lekarza POZ powinny się znaleźć profilaktyka i diagnostyka, albowiem należą one do najważniejszych elementów kształtujących skuteczność ochrony zdrowia. Im wcześniej wykryjemy dane schorzenie, tym jego leczenie będzie skuteczniejsze i tańsze. Niestety, bezpłatne programy profilaktyczne (np. program profilaktyki raka szyjki macicy czy program profilaktyki raka prostaty) pokazały niską świadomość zdrowotną społeczeństwa i małe zainteresowanie możliwością skorzystania z bezpłatnych badań profilaktycznych. Taki sam problem mamy z regularnymi badaniami diagnostycznymi, tym bardziej że aktualny system powoduje, iż lekarze POZ nie są skłonni do „nadmiernego” kierowania pacjentów na profilaktyczne badania diagnostyczne.

Wobec tego w systemie ochrony zdrowia powinien się pojawić obowiązek sporządzania przez lekarza POZ dla każdego ze swoich podopiecznych harmonogramu (grafiku) obowiązkowych badań diagnostycznych dostosowanych do wieku i płci pacjenta oraz jego schorzeń, a system powinien „wymuszać” na pacjencie przeprowadzanie tych badań diagnostycznych, jak również uczestnictwo w programach profilaktycznych. Pacjent, który nie realizowałby zaleconych badań diagnostycznych, ponosiłby konsekwencje w postaci np. podniesienia składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a w skrajnych przypadkach nawet skreślenia z wykazu osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnej służby zdrowia.

Nierozdzielalnym i niezmiernie istotnym elementem POZ powinno być również miejsce i rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.



Fot. iStockphoto.com

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W ślad za wzmocnieniem roli lekarza POZ (zwane często potocznie „lekarzem pierwszego kontaktu” lub „lekarzem rodzinnym”) powinna nastąpić również w systemie ochrony zdrowia zmiana w podejściu do roli i zadań ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Dzisiejsza niewydolność AOS, przejawiająca się nierzadko wielomiesięcznym oczekiwaniem na wizytę w gabinecie lekarza specjalisty, wynikająca m.in. z częstego nadużywania przez pacjentów – a w pewnym stopniu również przez lekarzy POZ – łatwości dostępu do specjalisty, mogłaby być skutecznie i szybko wyeliminowana poprzez wprowadzenie obowiązku współpłacenia przez pacjentów za każdą wizytę w gabinecie specjalisty symbolicznej kwoty za „trzaśnięcie drzwiami gabinetu”, podobnie jak w taksówce płacimy opłatę stałą za „złamanie koguta”. Takie współpłacenie powinno dotyczyć tylko osób powyżej 18. roku życia i mieć charakter symboliczny (np. 5 zł za każdą wizytę specjalistyczną). Te drobne opłaty pozwoliłyby – obok ograniczenia niepotrzebnego naporu pacjentów z błahymi schorzeniami na gabinety specjalistyczne – wzmocnić finansowo ten segment systemu opieki medycznej. Kolejnym elementem finansowego wzmocnienia AOS powinno być stopniowe „przesuwanie” przez płatnika środków finansowych z lecznictwa szpitalnego na ambulatoryjne. Dynamika pobytów szpitalnych w największych krajach europejskich spada w tempie ok. 11–12 proc. rok do roku, a wzrost wykazują procedury ambulatoryjne. Taki sam trend powinniśmy wdrażać w Polsce w myśl zasady „trzymania pacjenta jak najdalej od szpitala”.

Leczenie szpitalne

Leczenie szpitalne – hospitalizacja – jest najdroższym elementem systemu i to zarówno w obszarze kosztów operacyjnych (tzw. *opex*), jak i niezbędnych nakładów inwestycyjnych (tzw. *capex*). Aktualnie jednym

z największych wyzwań dla rządzących krajem jest restrykturyzacja i zoptymalizowanie organizacji leczenia szpitalnego w Polsce. Podstawą do takich działań powinny być rzetelnie wykonane mapy potrzeb zdrowotnych. Odpowiedzą one m.in. na pytanie, ile i jakich szpitali (oddziałów szpitalnych) dany region kraju potrzebuje, a jakich ma nadmiar lub wręcz są one zbędne.

Z pierwszych wersji map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w Polsce mamy zbyt wiele niepotrzebnych łóżek szpitalnych, co naszym zdaniem jest efektem zbyt dużej liczby szpitali, w szczególności powiatowych. Średnia populacja objęta opieką szpitalną przez jeden szpital w Polsce to mniej niż 50 tys. mieszkańców, przy jednoczesnych wyliczeniach krajów zachodnioeuropejskich, że jeden wieloprofilowy szpital powinien przypadać na ok. 100–150 tys. mieszkańców.

Dodatkowo należy zauważyć, że duża liczba jednorodnych oddziałów w regionie, oprócz niewykorzystanych łóżek i nieracjonalnego wykorzystania ograniczonych zasobów ludzkich, powoduje znaczne rozdrobnienie kontraktów z NFZ na poszczególne szpitale. W konsekwencji osiągają one przychody niewystarczające do uzyskania choćby minimalnej rentowności. Szczególnie jest to widoczne na oddziałach położniczych, które często są od siebie oddalone o 20–30 km i przyjmują po 200–300 porodów rocznie, co powoduje, że wszystkie są nierentowne. Warto w tym miejscu wspomnieć, że dla uzyskania minimalnej rentowności oddział położniczy powinien przyjmować minimum 600–800 porodów rocznie.

W związku z powyższym – przy okazji tworzenia map potrzeb zdrowotnych – proponujemy wprowadzenie opisanej poniżej organizacji leczenia szpitalnego w Polsce.

1. Przekształcenie aktualnie funkcjonujących na rynku szpitali powiatowych w **szpitale pierwszego kontaktu**, które w zależności od podmiotu tworzącego nazywałyby się szpitalami powiatowymi, szpitalami miejskimi lub szpitalami gminnymi. Szpitale te w swoich strukturach posiadałyby następujące komórki organizacyjne:
 - całodobową izbę przyjęć z całodobowym ambulatorium chirurgicznym,
 - pracownię RTG,
 - pracownię USG,
 - laboratorium diagnostyczne (lub punkt pobrań),
 - pracownię endoskopową,
 - oddział wewnętrzny lub wieloprofilowy oddział zachowawczy,
 - nocną i świąteczną opiekę zdrowotną,
 - ambulatorium – zespół poradni specjalistycznych z punktem pobrań materiału do badań diagnostycznych; oraz ewentualnie (dodatkowo) inne oddziały zachowawcze wynikające z analizy map potrzeb zdrowotnych, np.: zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład opie-

kuńczo-pielęgnacyjny, oddział geriatryczny, oddział opieki paliatywnej.

2. Utworzenie z najlepszego (kryteria wyboru to przede wszystkim: szpitalny oddział ratunkowy, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, stopień dostosowania budynków i pomieszczeń, w tym w szczególności bloku operacyjnego, zespołu porodowego, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, centralnej sterylizatorni, do wymagań określonych przepisami prawa) z aktualnie funkcjonujących na danym obszarze (jako „obszar” definiujemy tutaj teren 3–4 sąsiadujących ze sobą powiatów, które wspólnie zamieszkuje populacja ok. 100–150 tys. mieszkańców) szpitali powiatowych i/lub tzw. szpitali wojewódzkich (chodzi tutaj o jednostki zlokalizowane w byłych miastach wojewódzkich, sprzed reformy podziału administracyjnego kraju w 1999 r.) **szpitala regionalnego**, składającego się z podstawowych komórek organizacyjnych, z jakich dzisiaj składa się przeciętny szpital powiatowy:

- szpitalny oddział ratunkowy,
- pracownia diagnostyki obrazowej (aparat RTG, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny),
- pracownia diagnostyki laboratoryjnej,
- pracownia USG,
- pracownia endoskopowa,
- inne pracownie – wynikające z analizy map potrzeb zdrowotnych,
- oddział chorób wewnętrznych,
- oddział chirurgiczny,
- oddział ginekologiczno-położniczy,
- oddział neonatologiczny,
- oddział pediatriczny,
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
- blok operacyjny,
- zespół porodowy,
- centralna sterylizatornia,
- oddziały psychiatryczne (lub umiejscowione w wybranym szpitalu pierwszego kontaktu),
- inne oddziały – wynikające z analizy map potrzeb zdrowotnych,
- poradnie przyszpitalne – zespół poradni jednoimiennych z funkcjonującymi w ramach struktury szpitala oddziałami,
- ambulatorium – zespół poradni specjalistycznych.

3. Pozostawienie w aktualnej strukturze szpitali wojewódzkich, czyli tych zlokalizowanych w aktualnych miastach wojewódzkich, które w dalszym ciągu nazywane będą szpitalami wojewódzkimi, z oddziałami wynikającymi z map potrzeb zdrowotnych.

4. Bez zmian funkcjonowałyby szpitale kliniczne oraz szpitale resortowe.

Naszym zdaniem wprowadzenie powyższego systemu organizacji lecznictwa szpitalnego:

- zwiększyłyby przychody (konsolidacja kontraktów z 3–4 szpitali), co z kolei pozwoliłoby na osiągnięcie

„ Kreślenie map potrzeb zdrowotnych na podstawie niekompletnych, a niekiedy wręcz nieprawdziwych danych wyjściowych i polegające jedynie na opisaniu stanu zastałego może szybko doprowadzić nas wszystkich donikąd ”

rentowności oddziałów szpitalnych, a w szczególności zabiegowych oddziałów szpitalnych,

- ograniczyłyby o ok. 60–75 proc. (jeden z 3–4 szpitali) niezbędne nakłady inwestycyjne na dostosowanie szpitali do wymagań określonych przepisami prawa (w szczególności poprzez ograniczenie liczby kosztochłonnych komórek organizacyjnych, takich jak: blok operacyjny, zespół porodowy, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, centralna sterylizatornia),
- zwiększyłyby poziom wykorzystania łóżek szpitalnych,
- zapobiegłyby występującym na rynku brakom personelu lekarskiego w specjalnościach zabiegowych oraz specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii,
- poprawiłyby bezpieczeństwo pacjentów (koncentracja lekarzy specjalistów, możliwości inwestycyjne szpitali).

Rehabilitacja lecznicza, w skład której wchodzi m.in.: rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna, rehabilitacja psychiatryczna, stanowi niezmiernie istotny i w dalszym ciągu zaniedbywany element procesu leczenia pacjentów, umożliwiający ich szybki powrót do pełni zdrowia. W finansowanie rehabilitacji leczniczej (oprócz rehabilitacji psychiatrycznej – finansowanej z budżetu państwa w ramach kompleksowej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) w znacznie większym zakresie powinien być zaangażowany Zakład Ubezpieczeń Społecznych, bo to od niej w dużej mierze zależy, jak szybko pacjent powróci do pracy i przestanie korzystać z zasiłków chorobowych i świadczeń rentowych.

Kolejnym obszarem wymagającym zmian są świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Liczba mieszkańców kraju w wieku 65+ wzrośnie w ciągu najbliższych 20 lat o ok. 3 mln. Stąd obserwowany już dzisiaj wzrost

„Kiedyś było tak, że małe szpitale powiatowe i miejskie wykonywały rutynowe zabiegi na tzw. oddziałach podstawowych, a szpitale o wyższym stopniu referencji zajmowały się skomplikowanymi przypadkami. Daleko odeszliśmy od tego sprawdzonego modelu”

popytu na usługi opieki długoterminowej. W naszej koncepcji zakłady pielęgnacyjne i opiekuńcze byłyby lokalizowane w szpitalach pierwszego kontaktu. Postulowane jest zwiększenie środków publicznych przeznaczonych na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.

W opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – za sprawą Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2010–2015 – miał nastąpić długo wyczekiwany zwrot. Niestety, nic takiego się nie stało, gdyż zabrakło finansowania. Nadzieję na zmiany w pożądanym kierunku daje... kolejna edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020. Od poprzedniej wersji różni ją przypisanie bezpośrednio do programu finansowania oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za wprowadzenie zmian w życie – personalnie ministra zdrowia. Podstawowe problemy psychiatrii dzisiaj to: brak kompleksowości ochrony psychiatrycznej, zbyt małe środki na psychiatrię i leczenie uzależnień (średnie wydatki w psychiatrii w krajach europejskich sięgają ok. 6 proc. budżetu przeznaczanego na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a w Polsce jest to zaledwie 3,4 proc.), niska wycena przez NFZ świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień (proponuje się finansowanie kompleksowej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień bezpośrednio z budżetu państwa), braki kadrowe, nadmierna centralizacja łóżek (problem trudny do rozwiązania ze względu na braki kadrowe). Nadarżającej się szansy na poprawę sytuacji w psychiatrii nie wolno ponownie zmarnować.

Leczenie stomatologiczne to kolejny obszar zaniedbania. Naszym zdaniem opieką ze środków publicznych powinny być objęte wyłącznie osoby do 18. roku życia. Postuluje się przesunięcie wszystkich środków finansowych w stomatologii na dzieci i młodzież.

Wstydem jest, że w dalszym ciągu u dzieci i młodzieży masowo występuje próchnica zębów i proces ten stale przyspiesza, a studenci kierunków medycznych z krajów zachodnich przyjeżdżają do Polski, bo jest to dla nich jedyna szansa, aby zobaczyć, jak próchnica wygląda „na żywo”. Osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie leczenia stomatologicznego (osoby do 18. roku życia) byłyby zobowiązane pod rygorem utraty prawa do ubezpieczenia do wykonywania okresowych przeglądów jamy ustnej w koordynacji i pod nadzorem lekarza POZ.

Co powinno być pierwsze – jajo czy kura?

Co w dzisiejszej rzeczywistości – trudnej, zmagowanej i obciążonej wieloma błędami popełnionymi w przeszłości – powinien zrobić regulator systemu ochrony zdrowia w Polsce? Czy podejść do rozwiązywania problemów w sposób systemowy – odważny, kompleksowy, całościowy i strategiczny, otwierając nowy rozdział w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia? Czy raczej zachowawczo – jak poprzednicy – grzebać się w szczegółach systemu i dalej go komplikować, wnikając w drobne, niszowe elementy większej całości celem zapoznania się z istotą jej materii lub wręcz tylko po to, aby odnaleźć w mroku drogę do celu cząstkowego?

Wydaje się, że kreślenie dzisiaj map potrzeb zdrowotnych na podstawie niekompletnych, a niekiedy wręcz nieprawdziwych danych wyjściowych i polegające jedynie na opisanie stanu zastalego może szybko doprowadzić nas wszystkich donikąd. Sporym kosztem i wysiłkiem zostanie stworzony kolejny dokument, który po krótkim czasie okaże się nieprzydatny, a być może nawet szkodliwy. Stąd nasza propozycja, aby zacząć raczej od nakreślenia szerokiej wizji systemu ochrony zdrowia w Polsce XXI wieku, która już nie jest taka sama jak jeszcze kilka lat temu, a będzie się zmieniać w coraz szybszym tempie pod względem demograficznym, migracyjnym i epidemiologicznym. Bo bez jasnej i konkretnej wizji przyszłości nie sposób opracować strategii jej osiągnięcia, a potem ją zrealizować.

Ciąg dalszy nastąpi...

W kolejnych artykułach przedstawimy autorską propozycję kolejnych działań strategicznych mających na celu poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, a także ekspertem Formedis Management and Consulting.

Piotr Magdziarz jest prezesem zarządu Formedis Management and Consulting.

¹ Cytowane dane liczbowe pochodzą z artykułu Piotra Dzika pt. „Nieszczęściem Polski są gminy”, opublikowanego w Nr 63 (4210) „Dziennika Gazety Prawnej”.

² Pisaliśmy więcej o tym fenomenie w numerze 2/2016 „Menedżera Zdrowia”.

³ Dane zaczerpnięto z „Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia” opracowanego w 2015 r. przez CSIOZ.