

Bez rzetelnych map potrzeb zdrowotnych nie będzie unijnych pieniędzy



Wodzenie na... zglajszachtowanie*

Diabeł tkwi w szczegółach, ale przede wszystkim w intencjach. A dobrymi intencjami diabeł interesuje się szczególnie, w celu wybrukowania nimi piekła. Mowa o mapach potrzeb zdrowotnych. Bo kto nie zostanie na nie naniesiony, tego... nie ma.

Polski system ochrony zdrowia czeka rewolucja. Nie tylko dlatego, że polityka po niedzieli 24 maja i drugiej turze wyborów prezydenckich zmieniła bieg, ale ze względu na zapisy, które usankcjonują za chwilę dokument o strategicznym znaczeniu dla relacji świadczeniodawcy – pacjent – lekarze.

Planowanie

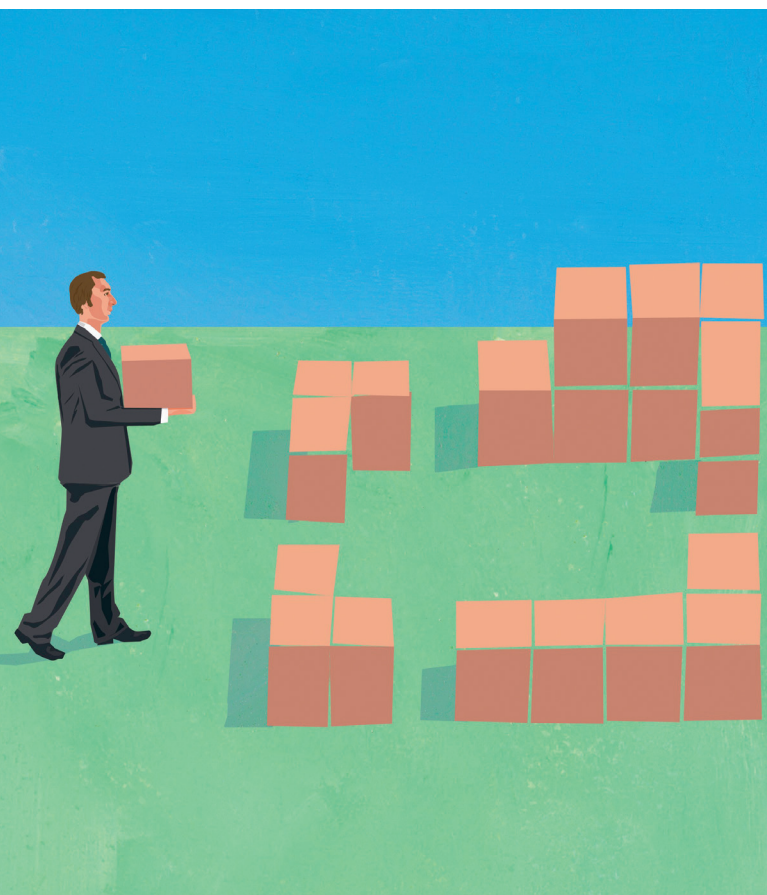
Mapy potrzeb zdrowotnych są racjonalnym pomysłem mającym uporządkować system, przywrócić mu logikę planowania, dostosowywania się do sytuacji demograficznej, prognoz epidemiologicznych, migracji i umiejscowienia aktywów leczniczych względem tych wcześniej wymienionych parametrów. Na pozór wygląda to niezłe, ale zarówno wspomniane szczegóły, jak i intencje stworzenia map mogą się okazać przekleństwem i przeszkodą dla polskiego systemu ochrony zdrowia na lata. A czasu wbrew pozorom mamy niewiele i tolerancji na kolejne błędy coraz mniej. Znamy bowiem kalendarz tworzenia kolejnych wersji map. Ale znamy także datę kryzysu wynikającego z końca środ-

ków unijnych, wejścia w wiek poprodukcyjny „nowych” emerytów, gwałtownych zmian demograficznych – to 2020 r. To ściana, do której nieuchronnie się zbliżamy. Co zrobić, by uniknąć zderzenia? Rzetelnie przygotować się do tego czasu, planując, analizując, wyciągając wnioski – jeszcze nie jest za późno, mamy 5 lat. Ale to i dużo, i mało, zwłaszcza w makroekonomii.

Kilka pytań, co nienowe...

Jakie jest otoczenie systemu ochrony zdrowia na najbliższe lata? Po pierwsze, pojawi się Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 – zgodnie z projektem ustawy o zdrowiu publicznym będzie to narzędzie pełnomocnika ds. zdrowia publicznego do realizacji polityki zdrowotnej. Ma on zawierać listę zagrożeń i determinant zdrowotnych i stanowić swego rodzaju biblię zdrowia na najbliższe lata. Będzie zatwierdzany przez Radę Ministrów. Druga zmiana, ściśle powiązana z pierwszą – to mapy potrzeb zdrowotnych: dokument centralny i jego mutacje regionalne. Będzie to najważniejszy dokument wpływający na priorytety zdrowotne, po-

* Zglajszachtować to słowo pochodzenia niemieckiego, ale polskie. W języku Ślązaków, Pomorzan i Wielkopolan oznacza tyle co zabetonować – najpierw wymieszać wszystko z wszystkim, a potem utrwalić na długie lata.



dział funduszy i przeznaczenie ich na profilaktykę oraz świadczenia uzasadnione epidemiologicznie i społecznie w danym regionie.

Co mają zawierać mapy? Po pierwsze, analizę demograficzną i epidemiologiczną, a więc liczbę i strukturę ludności, prognozy dalszego trwania życia, liczbę urodzeń, gęstość zaludnienia, przyczyny zgonów, chorobowość i umieralność. Po drugie, analizę stanu i wykorzystania zasobów: liczbę świadczeniodawców, łóżek, stopień wykorzystania aparatury medycznej, liczbę udzielonych świadczeń, średni czas pobytu, dane dotyczące migracji powiatowej i wojewódzkiej oraz zasobów kadrowych. I po trzecie, prognozy potrzeb zdrowotnych: prognozę liczby chorych i łóżek oraz zapotrzebowania na świadczenia.

Jaki wpływ mogą mieć mapy na system ochrony zdrowia? Zamrożą nawet na 10 lat zakres kontraktów w leczeniu szpitalnym. Wyznaczona na ich podstawie maksymalna liczba świadczeniodawców w regionie ograniczy rynek, co doprowadzi do koncentracji kontraktów u mniejszej liczby świadczeniodawców. Wskazane na ich podstawie priorytety zdrowotne ustalą kierunki wzrostu wydatków NFZ, a jednocześnie mogą zmniejszyć finansowanie pozostałych dziedzin, nieobjętych priorytetem. Wyrzucenie poza mapy może wykluczyć świadczeniodawców z aspirowania o pieniądze (np. z programów unijnych), o uwagę decydentów zdrowotnych i liderów opinii.

„Według raportu GUS rośnie u nas liczba szpitali i łóżek szpitalnych (ciężkie szpitalnictwo) w przeciwieństwie do praktyk lekarskich. Gdzie tu logika?”

Niepokojące tendencje

Dane statystyczne wskazują niepokojącą tendencję, od której już cała nowoczesna medycyna na świecie się odwraca. Według raportu GUS rośnie u nas liczba szpitali i łóżek szpitalnych (ciężkie szpitalnictwo) w przeciwieństwie do praktyk lekarskich (w tym stomatologicznych), których systematycznie ubywa. To wbrew trendom wskazywanym dziś jako model nowoczesnego systemu ochrony zdrowia, polegający na odwróceniu piramidy świadczeń i zastępowaniu ciężkiego szpitalnictwa siecią szpitali jednodniowych, świadczeń ambulatoryjnych czy świadczeniami lekarzy POZ. Wszystkie analizy i raporty z ostatnich lat wskazują, że w Polsce mamy do czynienia z nadmiarem łóżek szpitalnych i faworyzowaniem leczenia szpitalnego kosztem ambulatoryjnego. Niektóre szacunkowe dane wskazują, że redukcja liczby łóżek szpitalnych powinna sięgać 30, 40 proc. Tymczasem mamy do czynienia z decyzjami i inwestycjami (np. samorządowymi) wymykającymi się takim analizom. To oczywiście kwestia polityczna, która wymagałaby odpowiedzialności i odwagi przeprowadzenia prawdziwej reformy systemu i wdrożenia od lat zapowiadanej i dyskutowanej opieki koordynowanej mającej na celu lepszą efektywność leczenia za mniejsze pieniądze. Jeśli mapy potrzeb nie będą przygotowane rzetelnie, możemy na lata, na dziesiątki lat zabetonować taki anachroniczny model ochrony zdrowia: nieefektywny, kosztochłonny, nieelastyczny.

Zrozumiała to już „stara” Europa, która promuje nowoczesne rozwiązania, wychodząc naprzeciw wyzwaniom demograficznym i epidemiologicznym starzejących się społeczeństw. Brak refleksji i decyzji w tym zakresie spowoduje za kilka lat, że pieniądze wchłonięte przez szpitalnictwo będą tak ogromne, że nie będzie możliwe stworzenie i funkcjonowanie podstawowej opieki koordynowanej rozumianej w ujęciu europejskim jako *Community Based Care*. To w zasadzie ostatni moment, ostatni dzwonek dla rządzących, by podjąć decyzje. Tylko czy kwestie rzutujące na nasz system ochrony zdrowia z efektami odsuniętymi w czasie o 5–10 lat przebiją się do świadomości decydentów?



Fot. iStockphoto

„Mapy zdrowotne zamrożą nawet na 10 lat zakres kontraktów w leczeniu szpitalnym”

Odpowiedzią niech będzie sformułowanie zaczerpnięte z ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.). Dwie pierwsze edycje mapy potrzeb zdrowotnych sporządza się wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, a wykonawcą jest minister właściwy do spraw zdrowia. W imieniu Ministerstwa Zdrowia, tj. ustawowo zobowiązanego wykonawcy map potrzeb zdrowotnych, mapy opracowuje Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Następnie kompetencja tworzenia map zostanie przekazana Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny. Sfinalizowanie dwóch pierwszych map przyczyni się do wypracowania ścieżki współpracy z podmiotami wskazanymi w ustawie jako współtworzące mapy. Wykorzystanie map jest istotne z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania świad-

czeń, a dla poszczególnych wojewodów – w zakresie analizy zasadności planowanych inwestycji.

Komu w rękę ołówki

„Strażnikami” rzetelności tworzenia map miały być rady ds. potrzeb zdrowotnych tworzone przy każdym wojewodzie, składające się z konsultantów wojewódzkich oraz wskazanych przedstawicieli: wojewody, marszałka, oddziału NFZ, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, urzędu statystycznego, szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych, konwentu powiatów województwa oraz organizacji pracodawców z regionu. Na ogół te ciała mają liczyć... ok. 80 osób. Wyobrażają sobie Państwo sprawne procedowanie czegokolwiek w takim gronie?

Bez rzetelnych map nie będzie pieniędzy unijnych. I być może w tym stwierdzeniu jest jedyna nadzieja, by wymusić rzetelność, sumiennosc i całościowe podejście do zagadnienia tworzenia map.

Jaka będzie rzeczywistość – niedługo zobaczymy. Mimo wszystko trzeba mieć świadomość wagi tego dokumentu. Nie wątpię, że intencje ustawodawcy były dobre. Czy same intencje wystarczą, by nie zmarnować kolejnej – niewykluczone, że ostatniej na lata – szansy zreformowania polskiego systemu ochrony zdrowia?

*Grzegorz Ziemiak
Autor jest ekspertem Instytutu Zdrowia i Demokracji.*