



fot. istockphoto.com

## A poza tym uważam, że wydatki na zdrowie **muszą radykalnie wzrosnąć**

Po długim oczekiwaniu Ministerstwo Zdrowia opublikowało w maju założenia do reformy szpitali – dokument ciekawy, pokazujący sposób postrzegania funkcjonowania szpitali przez obecnych urzędników z resortu i wizję zmian.

Na początek wypada się zgodzić, że system opieki zdrowotnej, w tym szpitale, wymaga redefinicji. Wynika to ze zmieniającej się demografii i wyzwań epidemiologicznych. Trudno zignorować wydarzenia ostatniego roku. Pandemia wirusa SARS-CoV-2 zdemolowała nasze życie, pracę i zdrowie – zniszczyła także system opieki zdrowotnej w Polsce. Oczywiście jest, że to zjawisko epidemiologiczne, które zresztą jeszcze się nie skończyło, dotknęło systemy opieki zdrowotnej. Zostały one mniej lub bardziej nadwyrężone – w Polsce bardziej. Przemyslenie działania systemu opieki

zdrowotnej stało się niezbędne, dlatego fakt powstania dokumentu „Założenia reformy podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne” oceniam pozytywnie. Jest wreszcie punkt wyjścia do – mam nadzieję – merytorycznej dyskusji.

### Mierniki zdrowia

W obecnej sytuacji ważne jest, by prawidłowo określić cel zmian. Moim zdaniem powinno nim być poprawienie stanu zdrowia ludzi, obywateli naszego państwa. Takie przedstawienie celu może wydawać się zbyt „oble” – ogólnikowe i niewnoszące nic nowego. Precyzując zatem, powinniśmy powiedzieć, że celem zmian powinno być obniżenie negatywnych mierników zdrowia, takich jak zapadalność, umieralność, chorobowość, śmiertelność. Zgodnie ze sztuką, wiedzą naukową,

ale i racjonalnym myśleniem każde działanie modyfikujące system opieki zdrowotnej powinno choć teoretycznie wywierać pozytywny wpływ na zdrowie ludzi, opisywane m.in. powyższymi miernikami.

Tak więc analizę rządowego dokumentu należy zacząć od oceny wyznaczonego celu zmian. Co znajdujemy w opisie? Cytuję: „do podstawowych celów proponowanych przez zespół zmian należą:

1) koncentracja świadczeń, poprawiająca wyniki leczenia, a w jej ramach:

- brak kwalifikacji dla oddziałów położniczych o zbyt małej liczbie porodów,
- brak kwalifikacji dla oddziałów zabiegowych z niskim udziałem operatywy;

2) racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności, a w jej ramach:

- eliminacja niewydolnych kosztowo oddziałów (przede wszystkim zabiegowych) poprzez odejście od kosztów całodobowej gotowości;

3) racjonalizacja wydatków płatnika:

- oddzielenie finansowania części ambulatoryjnej, pozwalające na odzyskanie wpływu płatnika na zwiększenie wolumenu świadczeń,
- włączenie jednoimiennych poradni, pozwalające na udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym przez wszystkie oddziały stacjonarne,
- umożliwienie realizacji świadczeń zabiegowych w trybie jednodniowym,
- możliwość reagowania adekwatnego do zapotrzebowania na świadczenia (kolejki oczekujących na świadczenia planowe);

4) konkurencja z przejrzystymi zasadami jako metoda wymuszania poprawy standardu świadczeń, a w jej ramach:

- upublicznienie informacji o jakości udzielanych świadczeń,
- informacja zwrotna od pacjentów jako narzędzie oceny jakości z punktu widzenia klienta,
- narzędzia o charakterze finansowym, premiujące wysoką jakość,
- narzędzia o charakterze finansowym pozwalające pokryć koszty większego popytu na świadczenia podmiotów o potwierdzonej wysokiej jakości (pieniądz za pacjentem)”.

W oczy rzuca się przesunięcie zmian w kierunku finansowo-ekonomicznym. Oczywiście, że sposób finansowania opieki zdrowotnej ma kolosalne znaczenie, ale w tym dokumencie nie mówimy o koniecznym wzroście nakładów na świadczenia zdrowotne, tylko o modyfikacji funkcjonowania podmiotów medycznych w ramach – wydaje się – tego samego budżetu.

Pierwsza uwaga krytyczna – dokument skupia się bardziej na optymalizacji kosztów funkcjonowania podmiotów medycznych niż na modyfikacji negatywnych mierników zdrowia. Warto przypomnieć, że nadmiarowość zgonów to problem występujący od kilku lat, a nie

„Cieszę się, że rządzący odchodzą od idei szpitali działających *nie dla zysku*, którą przez lata forsowali. W tym należy obecne kierownictwo resortu mocno wspierać”

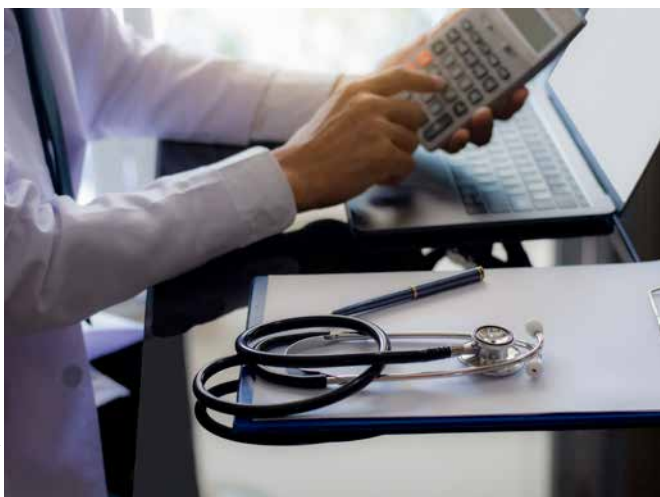
tylko ostatnich miesięcy. Mierniki zdrowia, zwłaszcza te negatywne, dają obiektywną ilustrację stanu systemu opieki zdrowotnej w danej populacji, więc oczekiwałbym, by założenia reformy choćby częściowo się do nich odnosiły.

Cieszę się, że rządzący odchodzą od idei szpitali działających „nie dla zysku”, którą przez lata forsowali. W tym należy obecne kierownictwo resortu mocno wspierać. Od lat powtarzam, że podmioty medyczne, w tym szpitale, są uczestnikami życia gospodarczego i reguły ekonomiczne dotyczą ich jak wszystkich innych. Szpital zadłużony nie ma możliwości rozwoju, odtwarzania zasobów, inwestowania w kadry, a na koniec to szpital niebezpieczny – ograniczający wydatki na leki, sprzęt, badania, zapobieganie zakażeniom, żywienie pacjentów.

#### Dane statystyczne

Celem zmian systemowych nie powinna być jednak restrukturyzacja poszczególnych podmiotów medycznych. To trochę postawienie sprawy na głowie. Działalność operacyjna szpitala i jego finanse to domena zarządów i właścicieli. Ministerstwo Zdrowia powinno definiować warunki funkcjonowania podmiotów medycznych, projektować zmiany prowadzące ostatecznie do poprawy stanu zdrowia populacji, zwiększenia bezpieczeństwa i efektywności świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom. Warto się zatem zastanowić, czy recepta zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia uzdrowi system.

Autorzy dokumentu rekomendują reorganizację lecznictwa szpitalnego poprzez zwiększenie centralnego nadzoru nad szpitalami. Zaproponowano podział podmiotów medycznych na cztery kategorie w zależności od osiągniętych wyników finansowych, przy czym decyzja o objęciu danego podmiotu restrukturyzacją ma być podejmowana wyłącznie na podstawie sytuacji ekonomicznej, a nie np. dodatkowej oceny niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji. Operatorem prowadzącym działania nadzorcze i restrukturyzacyjne ma być nowa Agencja Rozwoju Szpitali. Zakładając, że większość szpitali prowadzi działalność nierentowną, można przyjąć, że w przeważającej liczbie będą one podlegać przymusowej restrukturyzacji. Na podstawie wcześ-



Fot. iStockphoto.com

„Od lat powtarzam, że podmioty medyczne, w tym szpitale, są uczestnikami życia gospodarczego i reguły ekonomiczne dotyczą ich jak wszystkich innych”

niejszych wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia można się domyślać, że tak naprawdę chodzi o zmianę struktury, a być może również liczby szpitali. Biorąc od uwagę obecny stan infrastruktury szpitali i braki kadrowe, wydaje się, że ten kierunek myślenia wart jest przynajmniej merytorycznej dyskusji. Ale czy proste przekształcenie redukujące działalność „nierentowną” wpłynie pozytywnie na zdrowie populacji oraz dostępność, jakość, efektywność udzielanych świadczeń z punktu widzenia pojedynczego pacjenta? Mam poważne wątpliwości. Aby ocenić wpływ zmian, należy się odwołać do danych statystycznych. Posłużę się najnowszą publikacją OECD: „Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle” (<https://doi.org/10.1787/82129230-en>).

Z danych zawartych w tym opracowaniu wynika, że mamy w Polsce 2,4 lekarza na 1000 osób, przy średniej dla krajów Unii Europejskiej 3,8. Oznacza to braki w zakresie kadr lekarskich w wysokości ok. 37 proc. Aby osiągnąć średnią unijną, powinniśmy zwiększyć liczbę lekarzy o 50 tys. Różnica ta w zakresie lekarzy POZ jest jeszcze większa. W Polsce odsetek lekarzy POZ wynosi 9 proc. przy średniej europejskiej 21 proc. Mamy więc zdecydowanie mniej lekarzy praktykujących w ramach POZ, niż wynosi średnia w krajach Unii Europejskiej. Podobnie jest z deficytem pielęgniarek i pielęgniarzy. To w sposób oczywisty przekłada się na obciążenie pracą. Średnia liczba konsultacji przypadająca na jednego lekarza w krajach Unii Europejskiej wynosi 1939 na rok, podczas gdy w Polsce 3197. Mimo powtarzanej przez

niektórych tezy o zbyt dużej liczbie łóżek szpitalnych nie mamy ich istotnego nadmiaru. W Polsce jest ich 6,4 na 1000 mieszkańców (tyle co w Czechach) przy średniej europejskiej 5 na 1000 mieszkańców. Oczywiście można dyskutować na temat rozkładu łóżek szpitalnych i ich profilu. Na koniec liczba hospitalizacji przedstawiana w dokumencie jako liczba wypisów. Dla Polski jest to 175 na 1000 mieszkańców przy średniej unijnej 173. Jak widać, trudno mówić wprost o ogólnej nadmiernej liczbie hospitalizacji.

Dane te pokazują, że nie mamy żadnych rezerw w systemie opieki zdrowotnej, dlatego każde redukcje zasobów leczenia stacjonarnego odbije się negatywnie na dostępie do świadczeń zdrowotnych. Rzekłbym, że dotyczy to zwłaszcza szpitali powiatowych uzupełniających braki w dostępie do diagnostyki i leczenia specjalistycznego w warunkach ambulatoryjnych na obszarach położonych peryferyjnie w stosunku do dużych miast. To oczywiście, że takie zorganizowanie systemu opieki zdrowotnej jest nieprawidłowe, ale jak widać na podstawie zaprezentowanych danych, nie ma możliwości, by w prosty sposób, bez ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych zastąpić zrestrukturyzowane (zredukowane) „deficytowe” zasoby leczenia stacjonarnego zasobami ambulatoryjnymi.

### System ochrony zdrowia

Być może reformę uda się zrealizować wedle założeń autorów omawianego dokumentu, ale szansa, że wpłynie ona korzystnie na negatywne mierniki zdrowia ludności, jest niewielka.

Co w taki razie zrobić? Na pewno rozmawiać w gronie szerszym niż wśród urzędników Ministerstwa Zdrowia. Nie można takich zmian, koniecznych w jakimś wymiarze, przeprowadzać w sposób izolowany bez analizy wpływu na całość systemu ochrony zdrowia. Rozumiem sytuację, w jakiej znajdują się rządzący, dlatego moje wnioski mają charakter konstruktywnego ostrzeżenia. Zmieniając strukturę leczenia stacjonarnego, trzeba jednocześnie przemyśleć, jak zwiększyć pojemność i efektywność leczenia ambulatoryjnego. A ze względu na olbrzymie deficyty kadr i infrastruktury (w tym sprzętu) nie uda się tego zrobić bez wymyślenia nowej struktury, nowych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarze pozaszpitalnym. Właśnie systemu ochrony zdrowia, a nie tylko opieki zdrowotnej, czyli medycyny naprawczej. Paradoksalnie klucz do skutecznej reformy szpitalnictwa leży poza szpitalami, w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego, rehabilitacji, świadczeń opiekuńczo-pielęgniarskich, socjalnych.

A na koniec parafraza zdania Katona Starszego: A poza tym uważam, że wydatki na zdrowie muszą radykalnie wzrosnąć.

*Marcin Pakulski, były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia*