

Poznań, 12 grudnia 2019 r.

*Szanowni Panowie*

**Lukasz Szumowski**

**Minister Zdrowia**

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

**Adam Niedzielski**

**Prezes NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia

ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa

**List otwarty do Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ, związany z aktualną sytuacją na rynku  
ochrony zdrowia**

*Szanowny Panie Ministrze, Panie Prezesie,*

FORMEDIS jest firmą od ponad 10 lat zajmującą się audytowaniem działalności podmiotów leczniczych, w tym w szczególności szpitali publicznych, oraz opracowywaniem – na bazie wniosków wynikających z przeprowadzonych audytów – programów restrukturyzujących ich działalność oraz restrukturyzujących ich zadłużenie.

Niestety – z przykrością – musimy stwierdzić, że z roku na rok sytuacja finansowa audytowanych przez nas szpitali publicznych jest coraz gorsza, a już z nieukrywanym przerażeniem obserwujemy wyniki finansowe szpitali generowane w bieżącym roku.

Bardzo niska ocena polskiego rynku ochrony zdrowia, to nie jest tylko nasze spostrzeżenie – w rankingu poziomu ochrony zdrowia Euro Health Consumer Index, polska ochrona zdrowia od lat postrzegana jest jako jedna z najgorszych w Europie - w 2018 zajęliśmy 32. miejsce na 35. sklasyfikowanych krajów europejskich (za nami znalazły się tylko: Węgry, Rumunia, Albania).

Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że jakkolwiek przyczyna aktualnej trudnej sytuacji finansowej szpitali, jak i odległa – w ww. rankingu - lokata polskiej ochrony zdrowia, jest konsekwencją wieloletnich zaniedbań i ciągłych – często błędnych i nieskoordynowanych - zmian polskiego systemu ochrony zdrowia, to Panowie, jako osoby aktualnie wytyczające kierunki polityki zdrowotnej kraju, mają możliwość, a zarazem ogromną szansę, „uzdrowienia” systemu.

Z całą odpowiedzialnością stwierdzamy, że brak radykalnych - systemowych – zmian w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia doprowadzi do kompletnego załamania się całego systemu, co w sposób katastrofalny odbije się na pacjentach.

W związku z powyższym od lat wskazujemy podstawowe problemy z jakimi boryka się rynek oraz kierunkowe rekomendacje ich rozwiązania.

Podstawowe problemy - w kolejności odzwierciedlającej pilność ich rozwiązania – to:

1. problemy kadrowe – szczególnie braki kadrowe w obszarze grup zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych,
2. brak kompleksowych – skoordynowanych – działań profilaktycznych,
3. wadliwa – a przez to – nieefektywna organizacja rynku ochrony zdrowia,
4. niewystarczające i nieefektywne finansowanie ochrony zdrowia,
5. zbyt niska jakość realizowanych świadczeń.

W tym miejscu chcielibyśmy podkreślić, że celowo niewystarczające i nieefektywne finansowanie ochrony zdrowia umieściliśmy dopiero na czwartym miejscu naszej listy problemów, ponieważ bez wcześniejszego rozwiązania problemów kadrowych, bez wdrożenia skoordynowanych działań profilaktycznych i bez systemowych zmian w organizacji rynku ochrony zdrowia, system nadal będzie przysłowiową „studnią bez dna”.

Braki kadrowe postawiliśmy na pierwszym miejscu, ponieważ bez kadry lekarskiej i pielęgniarskiej nie będzie możliwe leczenie pacjentów. Jak pokazują dane OECD Stat 2018 wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wynosi w Polsce 2,4 (ostatnie miejsce wśród 24 krajów, dla których podano dane), przy wskaźniku 5,2 w Austrii i średniej dla sklasyfikowanych krajów europejskich wynoszącej 3,7 lekarzy na 1 tys. mieszkańców. Ten sam wskaźnik w przypadku grupy zawodowej pielęgniarek i położnych wynosi w Polsce 5,1 pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców (23. miejsce wśród 26 krajów europejskich, dla których dane były dostępne), przy 17,8 w Norwegii, 8,1 w Czechach i średniej dla krajów europejskich, dla których były dostępne dane wynoszącej 9,4 pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców.

W celu zatrzymania niekorzystnych trendów i zwiększenia liczby kadry lekarskiej należy pilnie wdrożyć między innymi następujące działania:

- + zwiększenie liczby miejsc na uczelniach lekarskich (m.in.: o miejsca komercyjne - aktualnie przeznaczone dla obcokrajowców),
- + zwiększenie liczby miejsc specjalizacji,
- + zwiększenie liczby placówek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji,
- + skrócenie okres specjalizacji,
- + znaczące zwiększenie poziomu wynagradzania lekarzy rezydentów i stażystów, a także specjalistów tuż po specjalizacji,
- + wdrożenie systemu stypendiów fundowanych dla studentów kierunków lekarskich i lekarzy będących w trakcie specjalizacji (opłacanych przez podmioty tworzące szpitale),

- + ułatwienie procesu nostryfikacji dyplomów dla obcokrajowców,
- + przekazanie jak najwięcej kompetencji lekarskich pielęgniarcom i położnym, przy jednoczesnym ograniczeniu ich obowiązków opiekuńczych, przejętych przez opiekunki medyczne,
- + wprowadzenie stanowisk (normy uzależnione od wielkości i typu komórki organizacyjnej) asystentów lekarzy / sekretarek medycznych (zwolnienie lekarzy z prac biurowych).

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek i położnych należy:

- + zwiększyć liczbę miejsc na uczelniach i w szkołach pielęgniarstwach,
- + znacząco zwiększyć poziom wynagradzania pielęgniarek i położnych,
- + zwolnić pielęgniarce i położne z funkcji opiekuńczych - ustawowe wprowadzenie do systemu zawodu „opiekunki medycznej” i przejęcie funkcji opiekuńczych przez opiekunki – zmniejszenie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w przypadku zatrudniania opiekunek medycznych,
- + wdrożyć działania promujące zawód pielęgniarce i położnej.

Jednocześnie należy nadmienić, że działania w obszarze kadrowym nie mogą zostać ograniczone wyłącznie do grupy zawodowej lekarzy oraz pielęgniarek i położnych. Równie istotnymi grupami zawodowymi są: ratownicy medyczni, diagnostyci laboratoryjni, fizjoterapeuci, elektroradiolodzy, itd.

Jedną z głównych zasad wdrażanych na najbardziej efektywnych rynkach zdrowia jest „trzymanie pacjentów z dala od szpitali”. Wdrożenie tej zasady przynosi fundamentalne korzyści - przede wszystkim dla pacjentów - zmniejszenie wskaźnika umieralności oraz dla systemu i podmiotów leczniczych - redukcja kosztów leczenia szpitalnego.

Zasadę tę można realizować pod trzema warunkami:

- + wdrożenia kompleksowych i skoordynowanych działań profilaktycznych,
- + posiadania sprawnej podstawowej ochrony zdrowia,
- + posiadania efektywnej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Jak wykazał opracowany w 2017 r. Raport Najwyższej Izby Kontroli, nakłady ponoszone w Polsce na diagnostykę laboratoryjną są wielokrotnie niższe niż w innych krajach europejskich, a przyczyną tego jest ograniczenie dostępu do badań diagnostycznych, co wynika m.in. ze sposobu finansowania. Jak pokazują dane, wartość wydatków na diagnostykę laboratoryjną na 1 mieszkańca wynosi w Polsce ok. 9,8 €, przy ok. 54,9 € w Szwajcarii (1. miejsce w rankingu poziomu ochrony zdrowia Euro Health Consumer Index 2018 wśród krajów europejskich), ok. 15,8 € w Czechach, przy średniej dla krajów europejskich na poziomie 19,8 €. Dodatkowo 85% badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanych jest w Polsce w trakcie leczenia szpitalnego, a zaledwie 3% w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Rozwiązaniem tego problemu będzie:

- + zwiększenie środków finansowych na profilaktykę,

- + zmiana struktury wydatków – przesunięcie głównego ciężaru wykonywania badań laboratoryjnych na podstawową opiekę zdrowotną (dzisiaj w naszym systemie 85% badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanych jest w szpitalach),
- + wdrożenie systemu obowiązkowych badań diagnostycznych, koordynowanych przez lekarza POZ – zakres pakietu badań oraz częstotliwość ich wykonywania byłyby zależne od wieku i stanu zdrowia pacjenta; niewykonanie badań w wyznaczonym terminie skutkować powinno wzrostem składki zdrowotnej, a w ostateczności usunięciem pacjenta z systemu powszechnego ubezpieczenia,
- + promocja zdrowia i zdrowego trybu życia – kompleksowa kampania medialna, oraz wdrożenie edukacji z zakresu promocji zdrowia i zdrowego trybu życia (sport, dieta) już od przedszkola.

Najtrudniejszym do wdrożenia elementem reformy rynku wydaje się być wdrożenie radykalnych - systemowych – zmian w organizacji rynku ochrony zdrowia.

Najistotniejszym elementem rynku powinien być lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz POZ powinien być koordynatorem oraz przewodnikiem pacjenta po systemie ochrony zdrowia. To on powinien koordynować działania profilaktyczne, decydować kiedy i do jakiego lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub do leczenia stacjonarnego pacjent powinien być skierowany, a w celu koordynowania procesu leczenia - mieć ciągły kontakt z lekarzem AOS lub lekarzem prowadzącym pacjenta podczas leczenia szpitalnego. Oczywiście wymaga to zwiększenia liczby lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej na rynku (wzrost prestiżu, wzrost finansowania) oraz zmniejszenia maksymalnej liczby deklaracji, jaka powinna przypadać na jednego lekarza POZ.

Najgłębsze zmiany powinny dotyczyć rynku funkcjonowania szpitali. Po pierwsze w każdym województwie powinien być jeden podmiot tworzący dla szpitali publicznych (poza szpitalami klinicznymi i resortowymi). Dzisiaj – w jednym województwie – funkcjonują: szpitale marszałkowskie, miejskie, powiatowe, gminne i każdy z nich prowadzi niezależną od faktycznych potrzeb regionu politykę zdrowotną. Podmiotem tworzącym dla wszystkich szpitali publicznych funkcjonujących w danym województwie (oprócz szpitali klinicznych i resortowych) powinien być marszałek województwa. To on – na bazie dokładnie opracowanych, wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych - powinien decydować o strukturze i programach medycznych szpitali funkcjonujących w województwie.

Z opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia map potrzeb zdrowotnych, ale również z naszych prac audytorskich wynika, że w Polsce mamy zbyt wiele niepotrzebnych łóżek szpitalnych, co naszym zdaniem wynika ze zbyt dużej liczby szpitali, a w szczególności ze zbyt dużej liczby szpitali powiatowych. Średnia populacja objęta opieką szpitalną przez jeden szpital w Polsce to średnio mniej niż 50 tys. mieszkańców, przy jednoczesnych doświadczeniach krajów zachodnioeuropejskich, z których wynika, że jeden wieloprofilowy szpital powinien przypadać na 100–150 tys. mieszkańców.

Dodatkowo należy zauważyć, że duża liczba jednorodnych oddziałów w regionie, oprócz niewykorzystanych łóżek, powoduje znaczne rozdrobnienie wartości kontraktów z NFZ na

poszczególne szpitale, co w konsekwencji przekłada się na wartość przychodów niewystarczającą do osiągnięcia rentowności.

W związku z powyższym proponujemy wprowadzenie poniższej organizacji leczenia szpitalnego w Polsce:

- 1) utworzenie z najlepszego - z aktualnie funkcjonujących na danym obszarze (jako „obszar” definiujemy tutaj obszar 3-4 sąsiadujących ze sobą powiatów, które wspólnie zamieszkuje populacja ok. 150 – 200 tys. mieszkańców) - „szpitali powiatowych” i/lub tzw. „szpitali wojewódzkich” (chodzi o te zlokalizowane w byłych miastach wojewódzkich sprzed reformy podziału administracyjnego kraju w 1999 r.) - „**szpitala regionalnego**”, posiadającego w swojej strukturze zarówno oddziały zachowawcze, jak i zabiegowe, w tym między innymi: szpitalny oddział ratunkowy, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział ginekologiczno-położniczy wraz z zespołem porodowym, oddział neonatologiczny, oddział chirurgii ogólnej, oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, oddział pediatryczny, inne oddziały wynikające z map potrzeb zdrowotnych, ratownictwo medyczne (zespoły podstawowe i specjalistyczne), blok operacyjny, centralną sterylizatornię, zespół pracowni diagnostyki laboratoryjnej, zespół pracowni diagnostyki obrazowej, zespół pracowni diagnostyki kardiologicznej, pracownię endoskopii, zespół poradni AOS, zakład patomorfologii, inne komórki medyczne podstawowe i pomocnicze wynikające z map potrzeb zdrowotnych,
- 2) przeprofilowanie (lub w razie konieczności likwidacja) aktualnie funkcjonujących na rynku „szpitali powiatowych”, które na danym obszarze nie zostałyby zakwalifikowane do grupy „Szpitali Regionalnych”, w „**szpitala pierwszego kontaktu**”, które w swoich strukturach posiadałyby następujące funkcje: 24 godzinne ambulatorium chirurgiczne i internistyczne wraz z salą zabiegową, oddziały opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, oddziały rehabilitacyjne, pracownię diagnostyki laboratoryjnej (lub punkt pobrań), pracownię RTG, zespół poradni AOS, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, zespół podstawowego ratownictwa medycznego,
- 3) pozostawienie „szpitali wojewódzkich” w ich aktualnej strukturze (tych zlokalizowanych w aktualnych miastach wojewódzkich), które nazywane będą „**szpitalami wojewódzkimi**”, z oddziałami wynikającymi z map potrzeb zdrowotnych.

W obszarze finansowania ochrony zdrowia naszym zdaniem niezbędne jest:

- + natychmiastowy wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych do poziomu 6,3% wartości PKB (średni poziom finansowania ochrony zdrowia w Europie),
- + zagwarantowanie docelowego (2025 r.) poziomu finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych na poziomie 9,0% wartości PKB,

co wiąże się z koniecznością sukcesywnego wzrostu składki zdrowotnej oraz dodatkowego dofinansowania ochrony zdrowia z budżetu Państwa,

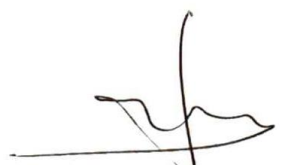
- + wprowadzenie na rynek prywatnych - suplementarnych i komplementarnych – ubezpieczeń zdrowotnych,
- + wdrożenie systemu współpłacenia przez pacjentów (np. 10 zł) za korzystanie ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – wdrożenie systemu, w którym pięć pierwszych wizyt (łącznie z zakresu POZ i AOS) w trakcie roku byłaby bez dopłat, od szóstej wizyty obowiązywałaby ustalona płatność za wizytę (ubezpieczenie prywatne obejmowałoby współpłacenie); jednocześnie byłoby konieczne wyłączenie ze współpłacenia dzieci i młodzieży do 18 roku życia,
- + wyłączenie z koszyka świadczeń gwarantowanych stomatologii dla ubezpieczonych powyżej 18 roku życia (ubezpieczenie prywatne obejmowałoby świadczenia stomatologiczne),
- + połączenie funduszu zdrowotnego NFZ z funduszem chorobowym ZUS - szacowana strata PKB z tytułu absencji chorobowej Polaków w 2018 roku wyniosła ok. 83,7 mld zł.

Istotnym elementem mającym wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, a zarazem na koszty systemu ochrony zdrowia jest jakość realizowanych świadczeń. W tym obszarze w trybie pilnym należy:

- + wdrożyć ustawę o jakości w ochronie zdrowia,
- + wdrożyć obowiązkową akredytację szpitali,
- + zaostrzyć kontrolę monitorowania w szpitalach zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- + zaostrzyć kontrolę monitorowania w szpitalach rehospitalizacji, których skutkiem jest niska jakość leczenia,
- + promowanie jakości realizowanych świadczeń poprzez stworzenie systemu płacenia za „wyleczenie”, a nie za „leczenie”.

*Szanowny Panie Ministrze, Panie Prezencie,*

jesteśmy przekonani, że tylko szybkie, odważne, skoordynowane i kompleksowe działania mogą uchronić polski rynek ochrony zdrowia przed całkowitą zapaścią do jakiej zmierza. W związku z tym, w celu wypracowania optymalnego i docelowego systemu organizacji rynku ochrony zdrowia w Polsce – ponadpolitycznego i mającego poparcie wszystkich grup społecznych oraz wszystkich interesariuszy rynku ochrony zdrowia - proponujemy zorganizowanie „okrągłego stołu”, w którym udział wezmą wszyscy interesariusze systemu.



Piotr Magdziarz  
Partner Zarządzający