



Fot. iStockphoto.com

Od jakiegoś czasu na łamach „Menedżera Zdrowia” toczy się dyskusja na temat polskich szpitali – padają pytania o ich obecną i docelową liczbę, sposób zorganizowania sektora szpitalnego i jego rolę w polskim systemie ochrony zdrowia. Uczestnicy tej debaty spoglądają na temat z różnych perspektyw – profesjonalistów medycznych, zarządzających, ekonomistów i prawników. Mój artykuł to próba dodania do dyskusji kontekstu unijnego – staram się pokazać, jak Bruksela zapatruje się na szpitalnictwo w ogóle i w systemach ochrony zdrowia państw członkowskich Unii Europejskiej.

FILIP DOMAŃSKI

Zacznę od tego, że zgodnie z art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej finansowanie i organizowanie systemów ochrony zdrowia to wyłączna kompetencja państw członkowskich, wpływ Komisji Europejskiej (KE) na to, co dzieje się w tej materii w poszczególnych krajach, jest ograniczony. Opinie KE w tej sprawie nie są prawnie wiążące, ale ich ciężar gatunkowy bierze się z tego, że „idą za nimi” – lub

nie – pieniądze oraz wsparcie w formie uczestnictwa w różnych przedsięwzięciach. Zasady przyznawania dofinansowania z Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFSI), potocznie określanych mianem funduszy unijnych, i ocena propozycji zawartych w krajowych planach odbudowy i zwiększania odporności (KPO) odzwierciedlają politykę unijną w obszarze zdrowia.

Nie można jednak sprowadzać naszego członkostwa w Unii Europejskiej tylko do pieniędzy. Bycie w tej wspólnocie to także wyśmienita okazja do uczenia się od innych – 27 państw i jeszcze większa liczba systemów ochrony zdrowia (np. Hiszpania i Włochy mają ich tyle, ile regionów) to rozległy poligon doświadczalny. Unijny program zdrowotny na lata 2021–2027, zwany „Programem UE dla zdrowia”, finansuje przedsięwzięcia, dzięki którym możliwa jest wymiana doświadczeń i uczenie się od innych, którzy niejednokrotnie mają już za sobą realizację pomysłów reformatorskich pojawiających się w polskim systemie ochrony zdrowia. To jakie działania wesprze ten program, zależy między innymi od spojrzenia na rolę szpitali w systemach zdrowotnych.

Komisja Europejska o szpitalach – jak być powinno

W kwietniu 2014 r. Komisja Europejska opublikowała komunikat w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej. Ten dokument był próbą podsumowania ówczesnego stanu debaty o roli systemów zdrowotnych w Unii Europejskiej. Kilka miesięcy wcześniej, w grudniu 2013 r., Rada Unii Europejskiej – ministrowie zdrowia – zakończyła dwuletni proces refleksji nad nowoczesnymi, elastycznymi i stabilnymi systemami opieki zdrowotnej (notabene proces zainicjowany na początku 2011 r. formalnie rozpoczął się jesienią tego samego roku podczas polskiego przewodnictwa w Radzie – Polska koordynowała prace grupy dyskutującej nad integracją opieki zdrowotnej). Był on okazją do wymiany poglądów pomiędzy państwami członkowskimi i KE dotyczących takich zagadnień, jak inwestowanie w systemy ochrony zdrowia, ocena skuteczności ich działania czy integrowanie opieki zdrowotnej. Wiosna 2014 r. to także czas, gdy w ramach semestru europejskiego coraz więcej miejsca poświęcano ochronie zdrowia i jej znaczeniu społecznemu oraz gospodarczemu.

Komunikat, co sugeruje już sam jego tytuł, skupia się na trzech aspektach działania systemów zdrowotnych: wzmocnieniu ich skuteczności, zwiększeniu dostępu do świadczeń i poprawie odporności systemów. Jedną z metod zwiększenia skuteczności opieki zdrowotnej jest zdaniem autorów komunikatu jej integrowanie. Przy tej okazji pojawia się wątek „zmniejszenia uzależnienia systemów opieki zdrowotnej od opieki szpitalnej”. To wyraźny sygnał, że KE postrzega jako problem to, jak znaczący jest udział leczenia szpitalnego w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia. W komunikacie zaproponowano między innymi lepsze przyjrzenie się przypadkom, w których leczenie ambulatoryjne może być co najmniej tak samo skuteczne jak szpitalne, a nawet skuteczniejsze. Kolejna kwestia to dążenie do ograniczenia liczby zbędnych hospitalizacji.

„Nie można sprowadzać naszego członkostwa w Unii Europejskiej tylko do pieniędzy. Bycie w tej wspólnocie to także wyśmienita okazja do uczenia się od innych – 27 państw i jeszcze większa liczba systemów ochrony zdrowia to rozległy poligon doświadczalny”



Fot. Adobe Stock

Kilka lat później rozpoczął się proces zatytułowany „Stan zdrowia w UE”. Jesienią 2017 r. ukazały się krajowe profile zdrowotne, które pokrótce prezentowały systemy ochrony zdrowia wszystkich państw członkowskich, a także ich problemy, w tym z zakresu zdrowia publicznego i epidemiologii. Autorami profili są eksperci Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Europejskiego Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych. Biorąc pod uwagę ustalenia i problemy poruszone w profilach, KE opublikowała sprawozdanie towarzyszące, w którym wskazała pięć zagadnień kluczowych w polityce zdrowotnej Unii Europejskiej: poświęcenie większej uwagi profilaktyce i społecznym determinantom zdrowia, wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej, integracja opieki, tworzenie zasobu profesjonalistów zdrowotnych gotowych na wyzwania przyszłości oraz poprawa jakości danych pochodzących bezpośrednio od pacjentów.

Zarówno sprawozdanie, jak i „Stan zdrowia w UE” w ogóle kontynuują podejście zaproponowane w komunikacie z 2014 r., czyli skupienie się na skuteczności, dostępności i odporności systemów ochrony

„Niejednokrotnie z powodu braku odpowiednich struktur opieki długoterminowej w szpitalach przebywają osoby, które nie potrzebują świadczeń zdrowotnych jako takich”



zdrowia. Ponownie pojawia się wątek „szpitalocentryzmu”, czyli organizowania systemów zdrowotnych tak, że szpitale odgrywają w nich kluczową rolę. Jednym z mierników używanych w „Stanie zdrowia w UE” do oceny skuteczności systemów zdrowotnych jest liczba hospitalizacji możliwych do uniknięcia (np. w przypadku pacjentów z cukrzycą czy przewłokłą obturacyjną chorobą płuc). Prawidłowo działająca opieka ambulatoryjna, szczególnie POZ, może skutecznie chronić chorych przed pogorszeniem się stanu ich zdrowia, a tym samym przed koniecznością leczenia szpitalnego. Jest wiele systemów ochrony zdrowia, w których powinno się dążyć do ograniczenia liczby hospitalizacji, obecnie nadmiernej.

Komisja Europejska o szpitalach – jak jest

Wspomniane wyżej dokumenty określają podejście KE do sektora szpitalnego w Unii Europejskiej. Mają one charakter niejako teoretyczny. Pokazują pożądaną sytuację, ale nie w pełni odnoszą się do tego, jak wygląda rzeczywistość.

Lepszy ogląd stanu faktycznego daje działalność KE w ramach semestru europejskiego. Semestr jest mechanizmem wyznaczającym ramy koordynacji polityki gospodarczej w Unii Europejskiej. Umożliwia on państwom członkowskim w określonych momentach w ciągu roku omawianie planów budżetowych i gospodarczych oraz monitorowanie poczynionych postępów. Historia semestru sięga lat 2010–2011 i prób wy-

prowadzenia gospodarek Unii Europejskiej z kryzysu finansowego 2008 r.

Jednym z pierwszych działań podejmowanych w odpowiedzi na wspomniany kryzys było ograniczanie wydatków publicznych, by równoważyć budżety. Finansowanie systemów zdrowotnych stanowi na ogół widoczną część wydatków publicznych, dlatego dość szybko zaczęto rozważać, jak zmniejszyć budżety zdrowotne w poszczególnych krajach. Liczne głosy podnoszące fakt, że pieniądze przeznaczane na cele zdrowotne to nie tyle wydatki, co inwestycje, spowodowały, że do cięć w tej sferze podchodzono rozważnie. Po pierwsze należało się dowiedzieć, gdzie ewentualnie możliwe jest zmniejszanie budżetów zdrowotnych. Następnym krokiem było określenie, jak dokonywać takich działań. Tak w wielkim skrócie wyglądają powody, dla których systemy ochrony zdrowia znalazły się wśród obszarów analizowanych w ramach semestru europejskiego.

W rocznym cyklu semestru, obecnie zaburzonym z powodu pandemii COVID-19 i kryzysu, który wywołała, poczesne miejsce zajmują sprawozdania krajowe. Te dokumenty zawierają podsumowanie analiz sytuacji gospodarek i systemów budżetowych każdego z państw członkowskich dokonywanych przez KE. Ostatnie raporty KE opublikowała w lutym 2020 r., wydanie kolejnych jest zaplanowane na maj przyszłego roku.

Semestr europejski 2020 był ostatnim, który obejmował także Zjednoczone Królestwo, zatem na początku zeszłego roku ukazało się 28 sprawozdań. W maju 2022 r. będzie ich już tylko 27. Na potrzeby tego artykułu sięgnąłem do dwóch ostatnich edycji, czyli 2019 i 2020. Na 56 raportów przygotowanych przez KE w tym czasie w 21 znalazło się odniesienie do sektora szpitalnego w poszczególnych państwach członkowskich.

Problemem dotyczącym szpitalnictwa, który przede wszystkim wskazywały sprawozdania, jest między innymi zbyt długie poleganie na opiece zamkniętej („szpitalocentryzm”). Niejednokrotnie z powodu braku odpowiednich struktur opieki długoterminowej w szpitalach przebywają osoby, które nie potrzebują świadczeń zdrowotnych jako takich. To jeden z powodów zbyt długich hospitalizacji. Sposoby płacenia za świadczenia także mogą prowadzić do nadmiernego wydłużania pobytu pacjentów w szpitalach, jeśli wymagane jest, by hospitalizacja trwała co najmniej wskazany czas.

Obok zbyt długiej hospitalizacji problemem bywa także ich liczba. Wynika to między innymi z prowadzenia hospitalizacji diagnostycznych w sytuacji, gdy takie same badania można wykonać w warunkach ambulatoryjnych bez konieczności zatrzymywania pacjentów w szpitalach nawet przez kilka dni. Jeśli do tych problemów dodać bardzo dużą liczbę łóżek, które generują koszty nawet wtedy, kiedy nie są wykorzystywane, wyraźnie widać czynniki powodujące

wysokie wydatki na opiekę szpitalną. To powoduje, że sektor ambulatoryjny jest często niedofinansowany.

W różnych analizowanych systemach zdrowotnych powyższe zjawiska występują w różnych kombinacjach, z różnym natężeniem i spowodowane są różnymi czynnikami. Wszystkie one powodują jednak takie rozłożenie akcentów w systemach zdrowotnych, które jest wbrew dążeniu do ich skuteczności, dostępności i odporności.

Budżet wieloletni Unii Europejskiej (2021–2027) i szpitale

W styczniu 2021 r. zaczął obowiązywać nowy budżet wieloletni Unii Europejskiej, na lata 2021–2027. Budżet zasila różne fundusze, finansuje wiele programów i polityk unijnych. Dla przeciętnego zjadacza chleba najbardziej widoczne są chyba wspomniane już

rozumieć, że inwestycje zdrowotne mieszczą się przede wszystkim właśnie w wymiarze społecznym i spójności terytorialnej.

Co ciekawe, nawet rozporządzenia o poszczególnych funduszach praktycznie nie wspominają o opiece szpitalnej. Wśród celów, których realizacji mają służyć pieniądze z EFSI, jest wspieranie podstawowej opieki zdrowotnej, a także przechodzenia od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej i środowiskowej.

To wyraźnie pokazuje pożądaną rolę państw członkowskich i między wierszami odpowiada na pytanie, które rodzaje opieki zdrowotnej widziane są jako wymagające szczególnego wsparcia. Braku wzmianki o szpitalach nie należy interpretować tak, że żaden szpital w całej UE nie dostanie nawet eurocenta, jednak nie należy liczyć na to, że „pieniądze unijne” będą szerokim strumieniem płynąć do szpitali, a opieka

„W wielu krajach opieka szpitalna jest zbyt rozbudowana, ponieważ udziela także świadczeń, które powinny być częścią działań opieki ambulatoryjnej. Leczenie szpitalne jest kosztowne, dlatego jego dominacja zaburza równowagę budżetów zdrowotnych. Tę sytuację należy zmienić”



Fot. Adobe Stock

EFSI, między innymi Europejski Fundusz Społeczny + (EFS+) i Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR). To one finansują liczne przedsięwzięcia, także w Polsce, w tym w systemie ochrony zdrowia.

Starając się pokazać w prosty sposób prawodawstwo regulujące fundusze unijne, trzeba wspomnieć o tzw. rozporządzeniu ogólnym, które określa między innymi cele polityki finansowane przez poszczególne fundusze. Ponadto działanie każdego z funduszy, w tym EFS+ i EFRR, jest doprecyzowane stosownym rozporządzeniem.

Rozporządzenie ogólne wspomina o zdrowiu tylko w załącznikach. We właściwych przepisach jest ogólnie mowa o wymiarze społecznym polityk unijnych czy o dążeniu do spójności terytorialnej. Dopiero lektura stosownych rozporządzeń o EFS+ i EFRR pozwala zro-

ambulatoryjna pozostanie bez wsparcia. Raczej będzie odwrotnie.

Nieco inny charakter niż EFS+ czy EFRR ma wspomniany „Program UE dla zdrowia”. O ile gros decyzji o konkretnych wydatkach z tych funduszy podejmują same państwa w ramach wskazanych przepisami (na poziomie centralnym i regionalnym, w Polsce wojewódzkim), o tyle to do KE należy ostatnie słowo, jeśli chodzi o finansowanie przez „Program UE dla zdrowia” konkretnych przedsięwzięć.

Zadaniem „Programu UE dla zdrowia” jest wspieranie działań z zakresu zdrowia publicznego (promocja zdrowia i profilaktyka chorób), ochrona przed transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi, poprawa dostępu do leków i wyrobów medycznych oraz wzmacnianie odporności systemów zdrowotnych. W związku

„Jednym z mierników skuteczności systemów zdrowotnych jest liczba hospitalizacji możliwych do uniknięcia. Prawidłowo działająca opieka ambulatoryjna może skutecznie chronić chorych przed koniecznością leczenia szpitalnego”



z tym ostatnim pojawia się nawiązanie do podstawowej opieki zdrowotnej i integracji opieki. Podobnie jak w przypadku EFSI, o sektorze szpitalnym stosowne przepisy milczą.

W budżecie na lata 2021–2027 nowym narzędziem, które jest zbliżone do EFSI, jest Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (IOZO). Podobnie jak EFS+ i EFRR pozwala on finansować inwestycje i reformy w państwach członkowskich. Każde z państw chcących skorzystać z tego wsparcia, musi wcześniej przygotować krajowy plan odbudowy i zwiększania odporności.

Opieka zdrowotna jest jednym z obszarów wskazanych wprost w rozporządzeniu o IOZO. Oznacza to, że państwa członkowskie mogą otrzymać dofinansowanie reform i inwestycji w systemach ochrony zdrowia. Co istotne, rozporządzenie precyzuje także, że krajowe plany odbudowy i zwiększania odporności muszą być zgodne z ustaleniami poczynionymi w ramach semestru europejskiego. Tym samym każdy może znaleźć w stosownych sprawozdaniach krajowych odpowiedź na pytanie, na jakie wsparcie przez IOZO swojego szpitalnictwa może liczyć dany rząd.

Jeśli w przypadku któregoś z systemów ochrony zdrowia Komisja Europejska wyraźnie wskazywała na zbyt ni szpitalocentryzm, niedofinansowanie opieki ambulatoryjnej itp., to trudno liczyć, że przystanie na

KPO, który byłby wbrew tym wskazówkom. Z drugiej strony, gdy raporty krajowe podnosiły potrzebę zmian w szpitalnictwie i np. wprowadzenie systemu centralnych zakupów albo zmianę sposobu kontraktowania świadczeń, to fundusze z IOZO mogą zostać użyte do ich przygotowania i wprowadzenia.

Raczej nie szpitale, choć...

Jak widać, zapatrywania KE na rolę szpitali w systemach zdrowotnych państw Unii Europejskiej są łatwe do określenia. W wielu krajach opieka szpitalna jest zbyt rozbudowana, ponieważ udziela także świadczeń, które powinny być częścią działań opieki ambulatoryjnej. Leczenie szpitalne jest kosztowne, dlatego jego dominacja zaburza równowagę budżetów zdrowotnych. Tę sytuację należy zmienić, podejmując działania wzmacniające sektor pozaszpitalny, w tym POZ. Taka opinia znajduje odzwierciedlenie w priorytetach budżetowych Unii Europejskiej, gdzie inwestycje w POZ i integrację opieki mają wyraźne pierwszeństwo przed wydatkami na szpitale. Jednak jeśli te ostatnie są dobrze uzasadnione sytuacją w danym kraju, wciąż są dopuszczane.

Już nie tylko o szpitalach – system naczyń połączonych

Podsumowując, warto pokrótce przypomnieć, że komunikat z 2014 r. dostarcza podstaw teoretycznych w postaci analiz prowadzonych w ramach „Stanu zdrowia w UE” i na potrzeby semestru europejskiego. Z kolei ich wyniki znajdują odzwierciedlenie w przepisach określających cele instrumentów, funduszy i programów służących do realizacji budżetu wieloletniego Unii Europejskiej na lata 2021–2027. To wszystko razem w dość spójny sposób określa stanowisko KE w sprawie miejsca szpitali w systemach ochrony zdrowia.

Na marginesie – koncepcje, które zostały publicznie sformułowane w kwietniu 2014 r., ukierunkowują politykę unijną lata później. Niech ten przykład uzmysłowi nam wszystkim w Polsce, a szczególnie obecnym i przyszłym decydom, jak istotne jest interesowanie się na co dzień tym, co dzieje się w Brukseli.

Z kronikarskiego obowiązku dodam, że komunikat z kwietnia 2014 r. – o czym wcześniej wspominałem – odnosi się między innymi do procesu refleksji nad systemami zdrowotnymi prowadzonego z inicjatywy państw członkowskich, nie KE.

Unia Europejska to system naczyń połączonych, w którym jest wiele sposobów kształtowania polityki. Clou to uświadomienie sobie tego faktu i chęć dołączenia do procesu, by wzbogacić go o własne pomysły.

Filip Domański, ekspert w dziedzinie systemów i polityk zdrowotnych, były wieloletni pracownik Ministerstwa Zdrowia i Komisji Europejskiej