



Bezpieczeństwo zdrowotne

Ofiarami pandemii nie są już tylko osoby starsze i/lub z wielochorobowością, ale i młodsze. Zgodnie z dostępnymi danymi, w 90% i więcej są to pacjenci, którzy się nie zaszczepili. Mamy olbrzymią nadumieralność, a jej skalę trudno oszacować. Wiadomo, jakie były trendy umieralności przed pandemią i jak COVID-19 zmienił sytuację. Podobnie jest w diagnozowaniu i leczeniu – być może lata zajmie nam spłacanie Długu Zdrowotnego.

Dr JAROSŁAW FRĄCKOWIAK
Prezes PEX PharmaSequence

Większość dyskusji o słabości systemu ochrony zdrowia w Polsce sprowadza się do ogólnych stwierdzeń typu „potrzeba zmian systemowych”, do rozważań dotyczących zmian kluczowych mechanizmów regulacyjnych lub oddziaływania na najważniejsze zjawiska, z którymi mamy do czynienia, np. finansowanie, organizacja (od POZ, przez AOS do szpitali), braki kadrowe czy dostęp do terapii. To, czego moim zdaniem brakuje, to obiektywna diagnoza stanu syste-

mu opieki zdrowotnej zawierająca analizę dostępnych zasobów versus aktualne i przyszłe potrzeby.

Na użytek tego tekstu zdefiniujemy *bezpieczeństwo zdrowotne kraju* na poziomie standardowym jako stan, w którym realizacja potrzeb zdrowotnych społeczeństwa nie jest gorsza (w sensie ilościowym mierzonym poziomem podaży usług) niż przed pandemią. Dystans do tego poziomu standardowego (PS) można mierzyć na wiele sposobów. Jednym z nich jest pomiar widoczny w tabeli. Warto pamiętać, że nie osiągniemy PS odnosząc się wyłącznie do pomia-

rów z roku 2019. Gdyby wziąć pod uwagę trendy, wówczas – aby „dogonić” PS – podaż usług medycznych musiałaby wzrosnąć pewnie o około 20% lub więcej. A tego, przy obecnych zasobach kadrowych i wzmagającej się fali (niestety, pewnie nie ostatniej) pandemii, zrobić się nie da.

Co więc można zrobić? Przede wszystkim nie rezygnować z analiz typu „od szczegółu do ogółu”. Wszelkie ogólne tezy, które są oparte o dane historyczne, a takie są w statystykach, prowadzić mogą do błędnych wniosków. Wbrew pozorom i wielu opiniom, branża me-

Zdrowotne efekty pandemii = Covid + Dług Zdrowotny + Odroczone Efekty Zdrowotne

ANALIZA ZMIAN W ILOŚCI WYKUPIONYCH OPAKOWAŃ LEKÓW ORDYNOWANYCH PRZEZ WYBRANE SPECJALIZACJE	ILOŚĆ SPRZEDAŻY DO PACJENTA Porównanie okresów 1.01-7.11 w latach 2021 i 2019
SUMA ORDYNACJI	-2,53%
POZ	-5,81%
Psychiatria	11,36%
Położnictwo i Ginekologia	-4,25%
Kardiologia	9,41%
Pediatrica/Neonatologia	8,30%
Diabetologia	5,09%
Neurologia	5,40%
Pulmonologia	-9,69%
Alergologia	0,59%
Dermatologia i Wenerologia	-3,96%
Onkologia	5,25%
Chirurgia	4,03%
Reumatologia	0,79%
Ortopedia i Traumatologia	6,26%
Urologia	-0,94%
Endokrynologia	15,57%
Gastroenterologia	-0,48%
Okulistyka	-10,98%
Otolaryngologia	-8,49%

- Poziom sprzedaży leków na receptę jest rodzajem wskaźnika dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjenta
- Nadal – pod względem ilości wypisanych pacjentom opakowań leków na receptę – nie jesteśmy na poziomie przed-pandemicznego 2019 roku
- Od 2019 potrzeby zdrowotne wzrosły (starzenie się społeczeństwa) i nawarstwiły (świadczenia niezrealizowane przez COVID = Dług Zdrowotny)
- Duży popyt na usługi medyczne jest silnie ograniczany przez ich podaż
- By spłacać pandemiczny dług zdrowotny potrzeba znaczącego wzrostu podaży usług medycznych, co wymaga zmiana organizacyjnych i finansowych

dyczna jest bardzo zaawansowana w procesach informatyzacji. Zebranie aktualnych danych do rejestrów, o ile jeszcze ich w takowych nie ma, jest w dzisiejszych czasach przede wszystkim zadaniem administracyjnym, a w mniejszym stopniu technicznym. Ale do analiz danych potrzebne są pomysły.

Pytanie zasadnicze brzmi: czy szukamy remedium na największe bolączki, np. kolejki, czy – paradoksalnie – niechęć pacjentów do diagnostyki i leczenia, czy ustalamy mierzalny cel i badamy analitycznie, co trzeba zrobić, by cel

był zrealizowany? Część z Czytelników stwierdzi: „ale jak się stawia cel, to nie da się analizować, bo to może być nowa rzeczywistość”. Ale tak być nie musi. Bardzo często odpowiedzi już tkwią w danych, które są dostępne.

Na potrzeby tych rozważań przyjmijmy, że celem mierzalnym jest powrót do maksymalnej wartości średniej długości życia kobiet i mężczyzn w naszym kraju. Owa długość życia spadać zaczęła już przed pandemią. Zbudowanie modelu analitycznego, który podpowie, jakie czynniki i z jaką mocą decydują o długości

życia jest wykonalne. Mówiąc o czynnikach, nie mam na myśli tylko chorób, ale także przykładowo szybkość diagnozowania, dostęp do leczenia. Te „zmiennne” można kwantyfikować według ilości dni, świadczonych usług itd. Wykonalne też są analizy dla innych celów, o ile są postawione w sposób, który umożliwia ich kwantyfikację i badanie stopnia realizacji w oparciu o fakty.

Może warto postawić zadanie budowy modelu *bezpieczeństwa zdrowotnego* konsorcjum naukowców i firm dysponujących różnymi informacjami, systemami i know-how. Bez polityki, ale z dostępem do informacji, które umożliwią wykonanie zadania. Jest bardziej prawdopodobne, że będziemy zdrowsi, gdy „zdrowszy” będzie system ochrony zdrowia. ●

»Mając do dyspozycji dane z rynku można zbudować model analityczny obrazujący, jakie czynniki i z jaką mocą decydują o długości życia.«

Analizy/wykresy na podstawie danych PEX PharmaSequence.
Adres do autora: jaroslaw.frackowiak@pexps.pl
Twitter:@Jarek100