



DORADZA PREZYDENTOWI, DIAGNOZUJE CHORĄ SŁUŻBĘ ZDROWIA I ZALECA LEKARSTWO

Rozmowa z prof. Piotrem Czauderną, koordynatorem Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, a także kierownikiem Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

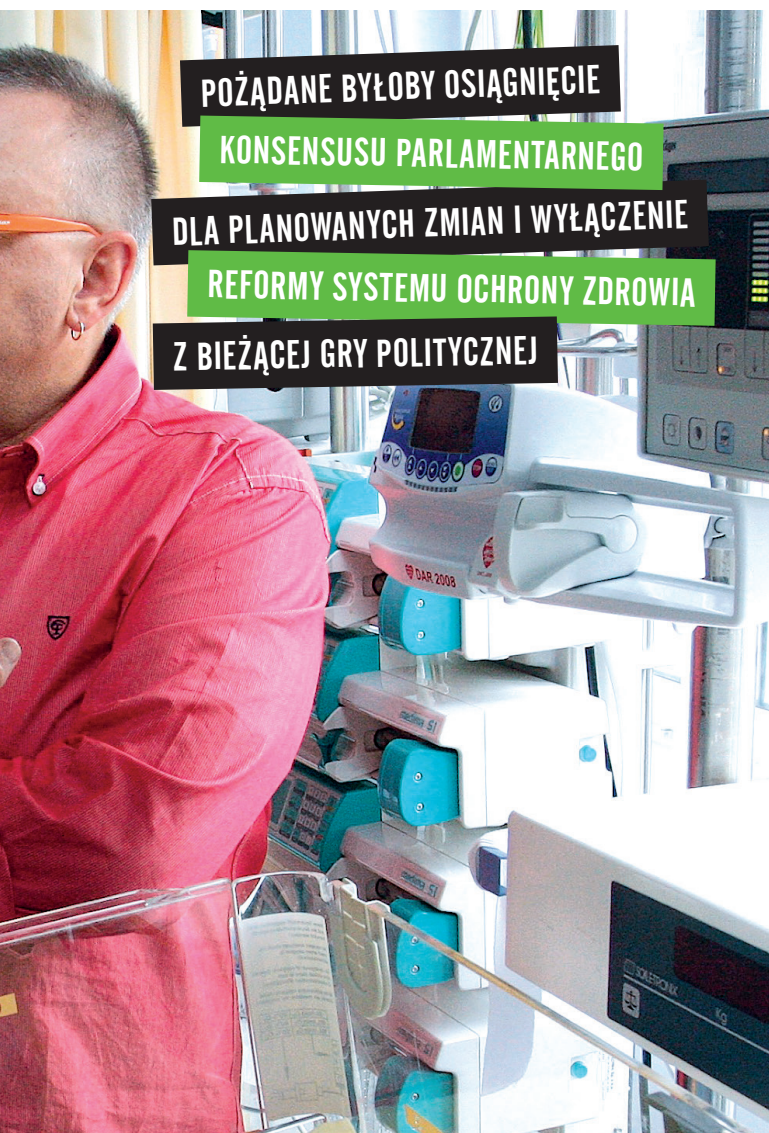
W jednym z wywiadów powiedział pan, że obecny system ochrony zdrowia źle funkcjonuje i wymaga – cytuję – „głębokiej, ewolucyjnej zmiany zarówno w sposobie finansowania, jak i w sposobie gwarantowania świadczeń”. Pytam więc: dlaczego system źle działa?

Przyczyn złego funkcjonowania obecnego systemu ochrony zdrowia jest wiele. Ostatnie lata przyniosły nie tylko pogłębianie się niekorzystnych zjawisk i procesów w opiece zdrowotnej, lecz także istotne pogorszenie społecznych ocen funkcjonowania systemu. Narosła nierównowaga między zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne a możliwością ich zaspokojenia. Postępującej komercjalizacji usług oraz rozwojowi sektora prywatnego towarzyszyły pogorszenie funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej, wydłużanie się czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne oraz rosnące obciążenie lecznictwa szpitalnego wskutek przeniesienia części usług na wyższy poziom systemu ochrony zdrowia. Od dawna brakowało nie tylko współpracy

między poszczególnymi sektorami systemu, lecz także koordynacji oraz planowania polityki zdrowotnej na szczeblu zarówno centralnym, jak i regionalnym. Obserwując stan, w jakim znalazł się system ochrony zdrowia – nie dziwi fakt, że w ostatniej edycji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (2015) Polska zajęła przedostatnie, czyli 34. miejsce, i została wyprzedzona m.in. przez Albanię i Bułgarię. Oczywiście, Indeks odzwierciedla spojrzenie na ochronę zdrowia z punktu widzenia konsumenta, więc trzeba patrzeć nań z pewną rezerwą, niemniej dane te napawają dużym niepokojem. Widać wyraźnie, że słaba pozycja Polski w rankingu jest wynikiem niedostatecznej orientacji naszego systemu opieki zdrowotnej na pacjenta.

Skąd się biorą te problemy?

W mojej opinii, pierwszym i najważniejszym źródłem problemów polskiego publicznego systemu ochrony zdrowia wydaje się być fakt, iż pacjent przestał być jego osią i centrum. W oficjalnych dokumentach za-



przestano nawet używania określenia „pacjent” na rzecz słowa „świadczeniobiorca”. Nie znaczy to oczywiście, że należy sfinansować natychmiast każdą potrzebę zdrowotną pacjenta, gdyż nie jest to możliwe w żadnym systemie ochrony zdrowia na świecie. Po drugie, obecne wydatki na zdrowie w Polsce są zbyt niskie, zwłaszcza w porównaniu z naszymi najbliższymi sąsiadami. Na szczęście zgadzają się już dziś co do tego praktycznie wszyscy politycy. Po trzecie, decyzje w sferze ochrony zdrowia, podejmowane zarówno przez regulatora oraz płatnika, jak i przez polityków, nastawione były niejednokrotnie na doraźne, akcyjne rozwiązywanie konkretnych problemów z krótkofalowej perspektywy. Często pomijano aspekt kompleksowego ich powiązania z działaniami w innych obszarach systemu. Brakowało też strategicznego myślenia wielosektorowego. Po czwarte, w polskim systemie ochrony zdrowia zdecydowanie brakuje koordynacji i współpracy pomiędzy świadczeniodawcami na różnych jego poziomach. Dotyczy to szczególnie integracji pomiędzy POZ, ambulatoryjną opieką specjalistyczną – AOS, a poziomem opieki szpitalnej. Skutkuje to fragmentacją systemu opieki medycznej, a także brakiem prze-

plywu informacji w obrębie i pomiędzy poszczególnymi jej poziomami. Także jakość stanowienia prawa w ochronie zdrowia pozostawiała, jak dotąd, wiele do życzenia. Dała się też zaobserwować ogromna skłonność do szczegółowych nadregulacji w tej dziedzinie. Po piąte, ani koszyk świadczeń gwarantowanych, ani wycena świadczeń oraz procedur nie odpowiadają rzeczywistości, gdyż systematycznie ich nie weryfikowano. Brakuje też skutecznego i możliwie całościowego systemu informatycznego w ochronie zdrowia, poza tym stworzonym przez NFZ i przeznaczonym wyłącznie do rozliczania świadczeń. Próby stworzenia takiej platformy za poprzedniego rządu zakończyły się dość spektakularną katastrofą.

W porządku. Można powiedzieć, że mam diagnozę choroby zwanej „niewydolny polski system ochrony zdrowia”, ale co z lekarstwem? Jakie zmiany zaproponowałby pan, żeby system ozdrowiał?

System ochrony zdrowia wymaga dogłębnego i kompleksowego uporządkowania, tak aby jego poszczególne sektory były kompatybilne i odpowiednio ze sobą współdziałały. Konieczna jest całościowa, ale ewolucyjna zmiana systemu. To oczywiście przekracza ramy i możliwości jednej kadencji parlamentarnej. Wiele reform musi być założonych długofalowo i wdrażanych stopniowo, a ich efekt może się okazać dość odległy. Być może dlatego zmiany takie nigdy nie były popularne wśród polityków. W związku z tym pożądane byłoby osiągnięcie konsensusu parlamentarnego dla planowanych zmian i wyłączenie reformy systemu ochrony zdrowia z bieżącej gry politycznej. Niestety, trudno mi uwierzyć, że do tego dojdzie. Pragnę przy tym zaznaczyć, iż przedstawione poniżej opinie są moimi osobistymi poglądami, a nie oficjalnym stanowiskiem Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju (NRR), Kancelarii Prezydenta czy tym bardziej rządu.

Mówi pan o zmianach w sposobie finansowania – o jakie zmiany chodzi?

Trzeba pamiętać, że za zmiany sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia odpowiada Ministerstwo Zdrowia, a nie Kancelaria Prezydenta, w związku z tym pytanie to należy skierować do ministra Konstantego Radziwiłła. Resort podjął prace nad zmianami w finansowaniu ochrony zdrowia i stworzeniem tzw. systemu powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego i budżetowania szpitali. Między innymi przygotowano projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która obecnie jest w fazie konsultacji społecznych. Zakłada ona powstanie systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ, który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

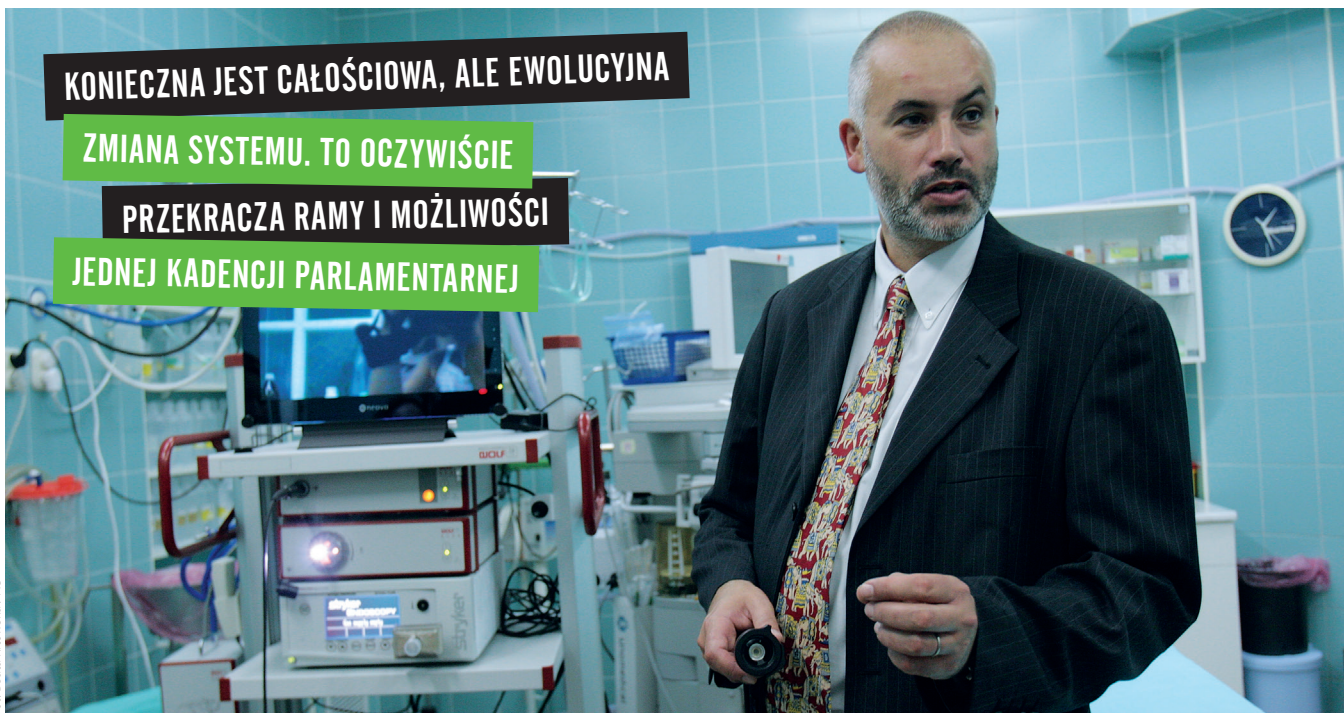
KONIECZNA JEST CAŁOŚCIOWA, ALE EWOLUCYJNA

ZMIANA SYSTEMU. TO OCZYWIŚCIE

PRZEKRACZA RAMY I MOŻLIWOŚCI

JEDNEJ KADENCJI PARLAMENTARNEJ

Fot. Beata Kłtowska / AG



z zakresu leczenia szpitalnego. Jest to odpowiednik sieci szpitali postulowanej przez śp. ministra Religę. O ile wiem, Ministerstwo Zdrowia zakłada, że PSZ obejmie również świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Problemem jest zbyt niskie finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia ze środków publicznych, o czym już mówiłem. Dlatego cieszy mnie, że obecny rząd i Ministerstwo Zdrowia próbują ten stan rzeczy zmienić. Z całą pewnością reformy wymaga system finansowania i wyznaczania zadań w ramach POZ, choć paradoksalnie ta część systemu jest przez pacjentów oceniana stosunkowo dobrze. Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, w którym w NFZ obowiązuje 100-procentowa stawka kapitacyjna. Jednocześnie polska podstawowa opieka zdrowotna konsumuje stosunkowo mało środków z budżetu NFZ, bo tylko ok. 12–13 proc., podczas gdy w innych krajach UE jest to ok. 20 proc. Dlatego racjonalny wydaje się postulat zwiększenia finansowania POZ, jednakże nie może się to odbyć bez nałożenia na POZ nowych zadań, np. w zakresie profilaktyki, ani bez zmiany zasad jego rozliczania, aby kapitaacja była tylko częścią płatności. Może warto też wrócić do pomysłu budżetu powierzonego, aby uniknąć konfliktu interesów na linii pacjent – lekarz w przypadku zlecenia badań dodatkowych. Dużych zmian wymaga współpraca POZ z AOS.

O jakich zmianach pan mówi?

Obecnie pacjent, który trafił do AOS, prawie nigdy nie wraca do POZ, co jest niewłaściwe i generuje ogromne kolejki oraz trudności w dostępie do lekarzy specjalistów. Wynika to w dużej mierze ze sposobu

finansowania obydwu usług: POZ otrzymujący stawkę kapitacyjną nie jest zainteresowany zatrzymaniem u siebie pacjenta po wstępnej konsultacji specjalistycznej, natomiast AOS rozliczany na zasadzie płatności za każdą wizytę (*fee-for-service*) preferuje system kolejnych wizyt pacjenta u specjalisty. Oczywiście sprzyja temu dodatkowo, powszechny wśród polskich pacjentów, kult lekarzy specjalistów. Przykładowo, w poradniach endokrynologicznych, do których kolejki są najdłuższe, blisko 80 proc. stanowią pacjenci z chorobami tarczycy. Z powodzeniem mogliby oni kontynuować leczenie w POZ, a z kolejnej wizyty u specjalisty korzystać tylko w przypadku destabilizacji choroby. Naturalnie takie podejście wymaga rozszerzenia uprawnień lekarzy POZ, zwłaszcza w odniesieniu do katalogu zleczanych badań, oraz opracowania przez towarzystwa naukowe czy konsultantów krajowych standardów postępowania dla POZ dotyczących najważniejszych i najczęstszych chorób. Naturalnie, część pacjentów, zwłaszcza z tymi najcięższymi i najbardziej skomplikowanymi schorzeniami, zawsze będzie wymagała opieki w AOS. Myślę, że krokiem w dobrym kierunku jest opieka koordynowana, której pilotaże w Polsce przy udziale NFZ i Banku Światowego właśnie się rozpoczynają. Moja idea idzie jednak jeszcze dalej. Chciałbym, aby zintegrować opiekę zdrowotną z opieką społeczną, jak to obecnie zaczyna się dziać na świecie. Temu tematowi będzie poświęcone jedno z najbliższych posiedzeń naszej Sekcji. Klasycznym tego przykładem jest opieka psychiatryczna, co do której – mam nadzieję – uda się zmienić przestarzałe polskie podejście oparte na wielkich szpitalach psychiatrycznych na rzecz psychiatrii środowiskowej, zakładającej współpracę systemu ochrony zdrowia z opieką społeczną i samorządem terytorialnym.

Co ze szpitalnictwem? Rząd chce postawić na szpitale, a przecież to najbardziej kosztowna forma opieki. Na świecie kraje wycofują się z tej formy, a my na nią stawiamy. Dlaczego?

Nie wydaje mi się, by rząd chciał postawić na szpitale. Oczywiście jest, że leczenie szpitalne jest najdroższym elementem każdego systemu ochrony zdrowia. Tymczasem, jak powiedziałem na początku wywiadu, w Polsce doszło do przeniesienia istotnej części usług medycznych, np. tzw. twardej diagnostyki radiologicznej, na wyższy poziom systemu ochrony zdrowia. Skutkowało to rosnącym obciążeniem lecznictwa szpitalnego, jak również rosnącą liczbą hospitalizacji. Sądzę, że obecny rząd i minister zdrowia chcą w większym stopniu oprzeć system ochrony zdrowia na podstawowej opiece zdrowotnej, korzystając z doświadczeń np. angielskich, o czym również już wcześniej mówiłem. Jednak trzeba to robić mądrze i ewolucyjnie, starając się stopniowo dojść do założonego modelu. Ze względu na znaczne koszty opieki szpitalnej na świecie powstała i rozwinięła się koncepcja tzw. ostrego czy też gorącego szpitala, w którym czas pobytu pacjentów skraca się do niezbędnego minimum ze względu na ograniczenie kosztów i maksymalizację efektywności leczenia. Dalsze leczenie prowadzone jest w poradniach specjalistycznych, a także przy wykorzystaniu łóżek hotelowych stanowiących dodatkowe zaplecze szpitali. Jednak w Polsce ta koncepcja przebija się bardzo powoli, co wynika m.in. z trudności w finansowaniu przez NFZ pobytu w hotelu medycznym, co jest przecież znacznie tańsze od hospitalizacji.

A co z problemem numer pięć, czyli koszykiem?

Należy od nowa opracować czy też zweryfikować koszyk świadczeń gwarantowanych, aby ustalić, jaki standard gwarantuje obywatelowi państwo. Jednocześnie proponowałbym dopuścić możliwość oficjalnych dopłat pacjentów do ponadstandardowych wyrobów medycznych, np. pewnych typów soczewek czy implantów. Natomiast w odniesieniu do standardu gwarantowanego przez państwo może warto byłoby powrócić do idei centralnych zakupów w celu obniżenia cen wyrobów medycznych, co pozwoli zaoszczędzić środki finansowe i przeznaczyć je na zwiększenie liczby procedur medycznych obciążonych długim czasem oczekiwania, takich jak leczenie zaćmy czy zakładanie endoprotez stawowych. Konieczne są także weryfikacja wyceny świadczeń szpitalnych oraz przegląd tych najkosztowniejszych pod kątem ich skuteczności i efektywności. Wydaje mi się to bardzo pilnym zadaniem, na którym należałoby skoncentrować znacznie większe siły i środki. Wiele istniejących obecnie rozwiązań budzi moje wątpliwości, np. indywidualne

rozliczanie procedur pod warunkiem osiągnięcia trzykrotności kosztów procedury JGP (dlaczego wybrano akurat 3-krotność?), nierozliczanie łączonych hospitalizacji bądź procedur w uzasadnionych przypadkach, co jest jednym z istotnych źródeł finansowych problemów wielkich szpitali pediatrycznych, czy też sztywne przypisanie rozliczania procedur do resortowych kodów oddziałów, co jest skrajnie nieefektywne i skutkuje nieelastyczną gospodarką szpitalnymi łóżkami. Paradoksalnie i wbrew obiegowym opiniom, NFZ przeznacza stosunkowo mało środków na własne funkcjonowanie, bo tylko ok. 0,9 proc., podczas gdy w Europie jest to średnio 3–4 proc., co nie pozwoliło nigdy na zbudowanie sprawnego systemu merytorycznej kontroli realizacji świadczeń. Odrębny i dotąd należycie nie rozpoznany problem stanowią szpitale kliniczne, które ze względu na swoje specyficzne zadania i rolę w systemie wymagają w mojej opinii odrębnych regulacji prawnych w postaci np. poświęconej im specyficznej ustawy. Aby to wszystko osiągnąć, z całą pewnością konieczne jest pilne przygotowanie i uchwalenie nowych aktów prawnych regulujących sytuację w ochronie zdrowia, a więc ustawy o POZ, ustawy o szpitalach i ustawy o finansowaniu świadczeń. O ile wiem, Ministerstwo Zdrowia właśnie je przygotowuje.

Czy przekazywał pan te recepty na uzdrowienie systemu panu prezydentowi?

Na razie jako Sekcja Ochrony Zdrowia NRR opracowaliśmy całościowy dokument poświęcony analizie wybranych zagrożeń dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Ponadto nasza Sekcja spotyka się regularnie, zwykle co miesiąc, aby dyskutować na temat poszczególnych sektorów opieki zdrowotnej. W spotkaniach tych biorą udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, różnych środowisk medycznych oraz inni interesariusze systemu. Spotkania te kończą się ostatecznie wypracowaniem rekomendacji dla danego obszaru. Dotąd wydaliśmy takie rekomendacje dla opieki psychiatrycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Na ukończeniu są rekomendacje dla szpitalnictwa i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Kolejne spotkania Sekcji będą dotyczyły kształcenia kadr medycznych, medycyny dziecięcej oraz opieki koordynowanej w aspekcie integracji opieki zdrowotnej z pomocą społeczną. Nasze rekomendacje trafiają oczywiście do pana prezydenta, ale także do Ministerstwa Zdrowia. Część spotkań ma charakter interdyscyplinarny, a w ich przygotowanie zaangażowane są różne sekcje NRR, np. Samorząd i Polityka Spójności czy Nauka i Innowacje. Na zakończenie naszych prac planujemy przygotować całościowy dokument poświęcony wizji nowego systemu ochrony zdrowia dla Polski, ale to jeszcze trochę potrwa.

Rozmawiał Krystian Lurka