

Analizujemy zdrowotne obietnice



Fot. © iStockphoto.com 4x

Dziurawa łądka

Jesienią miną trzy lata od objęcia władzy w Polsce przez Prawo i Sprawiedliwość. Do kolejnych wyborów parlamentarnych pozostanie rok. Zbliża się zatem czas refleksji i podsumowania tego, co rządzącym udało się osiągnąć, a czego z obietnic przedwyborczych nie zrealizowano. Skupimy się na ochronie zdrowia Polaków.

W programie wyborczym PiS, którego główne hasło brzmiało „Zdrowie, Praca, Rodzina”, rozdział „Zdrowie” pojawił się dopiero na 116 stronie dokumentu i liczył zaledwie 4 strony, tj. około 3% całego opracowania. Znaczną część tego śladowego rozdziału stanowił opis stanu zastanego oraz wskazanie jego domniemych sprawców. Były też obietnice wyborcze, a wśród nich:

- likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i przejście finansowania opieki zdrowotnej przez budżet państwa;
- utworzenie sieci szpitali publicznych rozmieszczonych odpowiednio do potrzeb ludności, przy czym pierwszeństwo udziału w sieci miały uzyskać publiczne zakłady opieki zdrowotnej; w programie wyborczym zapisano, że żaden szpital nie zostanie przy tym zamknięty;
- wstrzymanie dalszej komercjalizacji i prywatyzacji szpitali;
- refundacja leków realizowana w taki sposób, aby cena leku refundowanego w aptece była jednakowa niezależnie od jego ceny rynkowej (tak to dosłownie zapisano w programie na stronie 118); ustalenie górnego rocznego limitu wydatków ponoszonych przez pacjenta o niskich dochodach; ustalanie wysokości limitu raz w roku w ustawie budżetowej.

W założeniu autorów dokumentu programowego PiS powyższe działania miały poprawić dostęp obywateli do opieki zdrowotnej. Łatwo obiecać, trudniej zrealizować. Które z tych obietnic zostały spełnione po trzech latach? Na pierwszy rzut oka wydaje się, że żadna. Opublikowany na początku lipca raport Centrum Badań Opinii Publicznej (CBOS) „Opieka zdrowotna w Polsce” nie pozostawia żadnych złudzeń.

„ Spośród obietnic przedwyborczych PiS dotyczących ochrony zdrowia spełniono dotychczas tylko jedną – i to wbrew szerokiej fali krytyki – utworzono tzw. sieć szpitali, czyli praktycznie nowy sposób finansowania podmiotów leczniczych ze środków publicznych ”

Stan aktualny

Z badania CBOS wynika, że dwie trzecie badanych (66%) negatywnie ocenia funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce, w tym 27% zdecydowanie negatywnie. Pozytywnie służbę zdrowia ocenia trzech na dziesięciu ankietowanych (30%), a jedynie nieliczni nie mają wyrobionego zdania na ten temat (4%).

Co drugi badany ma zastrzeżenia do szybkiej i sprawnej obsługi pacjentów przez administrację placówek ochrony zdrowia (49%), do równego traktowania pacjentów (49%) i do lokalizacji placówek, w których oferowane są świadczenia (52%). Ponad połowa ankietowanych uważa, że trudno umówić się na wizytę na dogodną godzinę (58%), a także nie zgadza się ze stwierdzeniem, że leczenie jest bezpłatne (61%). Zdecydowana większość wyraża niezadowolenie z powodu długiego oczekiwania na badania diagnostyczne (66%), niewystarczającej liczby personelu medycznego w szpitalach (70%) i trudności w dostępie do specjalistów (83%).

Połowa ankietowanych (49%) uważa, że problemy z dostępnością i jakością świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wynikają po części ze zbyt małych nakładów na służbę zdrowia, a po części z tego, że pieniądze przeznaczane na ten cel są źle wykorzystywane. Co czwarty (24%) jest zdania, że problemy te są wynikiem przede wszystkim niewłaściwego wykorzystania funduszy, a co szósty (16%) wiąże je głównie ze zbyt małymi nakładami na ochronę zdrowia.

Z bardziej szczegółowych analiz wynika, że spośród różnych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia największe niezadowolenie wywołuje zbyt mała dostępność usług lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych.

Obiecanki cacanki

Spośród obietnic przedwyborczych PiS dotyczących ochrony zdrowia spełniono dotychczas tylko jeden po-

stulat – i to wbrew szerokiej fali komentarzy i krytyki – utworzono tzw. sieć szpitali, czyli (wbrew wprowadzającej w błąd nazwie) praktycznie nowy sposób finansowania podmiotów leczniczych ze środków publicznych. Skutkiem ubocznym było m.in. wyeliminowanie z tego rodzaju finansowania niemal całego prywatnego segmentu szpitalnego, który dotychczas uzupełniał i wspierał swoimi zasobami segment publiczny. Odbiło się to wprost na pogorszeniu dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, co potwierdzają dane z opublikowanego i cytowanego powyżej raportu CBOS.

Inny raport, opublikowany w czerwcu br., dotyczący zmian w dostępności gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, przygotowany i opracowany przez Fundację Watch Health Care (WHC), Warsaw Enterprise Institute oraz pracownię MATHA, stanowi idealne uzupełnienie raportu CBOS i nie pozostawia żadnych złudzeń. W 2012 r. na dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w Polsce czekaliśmy przeciętnie 2 miesiące, w 2014 r. – 3 miesiące. Pacjent, który trafił do lekarza w czerwcu 2017 r. – 3,1 miesiąca. Ale najszybszy wzrost czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń nastąpił w ciągu ostatniego roku: w maju 2018 r. na pomoc czekaliśmy przeciętnie już 3,7 miesiąca, co oznacza, że przez rok kolejki wydłużyły się o 3 tygodnie.

Przypadek czy efekt wprowadzenia „sieci szpitali”? Pacjenci oczekujący na świadczenie w placówce prywatnej, która utraciła finansowanie z NFZ, musieli bowiem nagle przenieść się na koniec innej kolejki oczekujących do placówki, która znalazła się w „sieci” i nie utraciła finansowania.

Czas oczekiwania na badanie się wydłuża

W 2018 r., aby dostać się do specjalisty, Polacy muszą poczekać w kolejce średnio ok. 3,4 miesiąca, a na pojedyncze świadczenie gwarantowane 3,7 miesiąca. To 2 tygodnie, czyli ok. pół miesiąca dłużej niż w ubiegłym roku. Najgorzej wygląda sytuacja w przypadku dostępu do endokrynologa, gdzie czas oczekiwania to nawet 23 miesiące, czyli niemal 2 lata. Poza endokrynologią najdłużej, bo ponad 11 miesięcy, trzeba poczekać w kolejce do ortodonta, a nieco mniej, 9 miesięcy, do immunologa. Najkrócej – „tylko” 2 tygodnie poczekamy natomiast na wizytę u pediatry, ginekologa, otolaryngologa, onkologa, dermatologa czy chirurga.

Wyniki opublikowane w cytowanym raporcie Fundacji WHC wskazują, że średnio na badanie diagnostyczne oczekuje się ok. 3,1 miesiąca (ok. 13,5 tygodnia). W najdłuższej kolejce czekają pacjenci chcący skorzystać z artroskopii stawu biodrowego (18,6 miesiąca), rezonansu magnetycznego (MRI) głowy i kręgosłupa (średnio 10,2 miesiąca) oraz badania elektrofizjologicznego serca (EPS) (8–9 miesięcy). A może być jeszcze gorzej.



Innych obietnic przedwyborczych dotychczas nie zrealizowano.

W okresie ostatnich 3 lat byliśmy za to świadkami wielu nieskoordynowanych działań mających na celu głównie gaszenie różnego rodzaju konfliktów, które rozlały się niemal po całym kraju. Sukces to czy porażka?

Krótką listą błędów i zaniedbań

Żadne systemowe zmiany nie zaszły w obszarach profilaktyki i diagnostyki, a przecież należą one do najważniejszych elementów kształtujących skuteczność ochrony zdrowia. Im wcześniej wykryjemy schorzenie, tym jego leczenie będzie skuteczniejsze i tańsze. Jak wynika z danych europejskich, każde 1 euro zainwestowane w profilaktykę przynosi 2–3 euro oszczędności dla systemu. Niestety, bezpłatne programy profilaktyczne (np. program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka prostaty) pokazały niską świadomość zdrowotną społeczeństwa i niskie zainteresowanie możliwością skorzystania z bezpłatnych badań profilaktycznych. Z drugiej strony na profilaktykę wydajemy *per capita* pięciokrotnie mniej niż Niemcy. Taki sam problem mamy z regularnymi badaniami diagnostycznymi, tym bardziej że aktualny system powoduje, że lekarze POZ nie są skłonni do „nadmiernego” kierowania pacjentów na profilaktyczne badania diagnostyczne. Konieczne jest zatem pilne zwiększenie środków na diagnostykę profilaktyczną oraz wprowadzenie okresowych i obowiązkowych badań diagnostycznych. Koordynatorem systemu obowiązkowych badań diagnostycznych powinien być lekarz POZ, sporządzający dla każdego ze swoich podopiecznych harmonogram obowiązkowych badań diagnostycznych dostosowanych do wieku, płci oraz schorzeń pacjenta. System z kolei powinien „wymuszać” na pacjencie

„Mimo wielu obietnic i zapowiedzi nie zmieniła się rola ani – co szczególnie istotne – prestiż lekarza POZ w systemie”

przeprowadzanie badań diagnostycznych i uczestnicstwo w programach profilaktycznych. Pacjent, który nie realizowałby zaleconych badań diagnostycznych, ponosiłby konsekwencje w postaci np. podniesienia składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a w skrajnych przypadkach nawet skreślenia z wykazu osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnej ochrony zdrowia.

Mimo wielu obietnic i zapowiedzi nie zmieniła się rola ani – co szczególnie istotne – prestiż lekarza POZ w systemie. Właśnie z tego powodu niewielu adeptów medycyny jest zainteresowanych specjalnością lekarza rodzinnego, co w połączeniu z zaawansowanym średnim wiekiem funkcjonujących na rynku lekarzy rodzinnych może doprowadzić do katastrofy w tym obszarze. Marzy się nam, aby lekarz rodzinny był opiekunem pacjenta i jego przewodnikiem po labiryncie ochrony zdrowia oraz aby brał czynny udział w jego leczeniu na każdym etapie procesu terapeutycznego. Powinien on pełnić funkcję koordynatora procesu leczenia i być najważniejszym (centralnym) ogniwem systemu ochrony zdrowia.

Nie odnotowaliśmy również żadnych pozytywnych zmian w obszarze inwestycyjnym. Obok przeinwestowanych i niewykorzystujących posiadanego potencjału szpitali mamy szpitale o średniowiecznej infrastrukturze, która często zagraża zdrowiu i życiu pacjentów. Wynika to z faktu, że od lat inwestycje w ochronie zdrowia nie są przez nikogo koordynowane, a rozbudo-



„Nie odnotowaliśmy żadnych pozytywnych zmian w obszarze inwestycyjnym”

wa szpitali to bardzo często efekt realizowania ambicji lokalnych władarzy i ich dostępu do środków unijnych. Niestety, sytuacji tej nie uregulowała Ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. nowelizująca ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016 poz. 1355) wprowadzająca zasady oceny inwestycji w ochronie zdrowia (tzw. IOWISZ).

Z zainteresowaniem śledzimy wprowadzane od początku tego roku nowelizacje ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zakładające wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia. Najpierw Ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 2434) Ministerstwo Zdrowia znowelizowało Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135) i wprowadziło w latach 2018–2025 ustawy wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Artykuł 131c ust. 1 tej ustawy zakładał coroczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia i docelowe dojście w 2025 r. do finansowania ochrony zdrowia na poziomie 6% PKB, z tempem dochodzenia „plus minus 0,2% PKB rocznie”. 13 lipca br. Senat przyjął bez poprawek nowelizację ww. ustawy zakładającą przyspieszenie (*sic!*) tempa wzrostu nakładów na publiczny system ochrony zdrowia, tak by nie mniej niż 6% PKB było przeznaczane na ten cel już od 2024 r. W 2018 r. finansowanie ma być nie niższe niż 4,78% PKB, w 2019 r. 4,86% PKB, w 2020 r. 5,03% PKB, w 2021 r. 5,30% PKB, w 2022 r. 5,55% PKB, w 2023 r. 5,80% PKB, a w 2024 r. 6,00% PKB. Oznacza to, że przy zakładanym przez Bank Światowy wzroście PKB średnioroczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia będzie w latach 2018–2024 hipote-

tycznie na poziomie 7,81%. Wyglądałoby to optymistycznie, gdyby nie fakt, że przeciętne wynagrodzenie brutto, jak w ostatnich dniach podał Główny Urząd Statystyczny, w czerwcu br. wzrosło rok do roku o ok. 7,5%. Przy takiej dynamice wzrostu wynagrodzeń (a stanowią one większość kosztów każdego szpitala, niekiedy dochodzących nawet do 90%), planowany wzrost nakładów na ochronę zdrowia może zostać całkowicie pochłonięty przez wzrost kosztów osobowych. Ponadto należy wspomnieć, że zapowiadane już przez ekspertów spowolnienie gospodarki światowej – w tym również polskiej – w 2019 r. może boleśnie zweryfikować optymizm polityków.

W poszukiwaniu przyczyn

Odpowiedzialnych za opisany powyżej stan jest wielu, jednak wydaje się, że głównym winowajcą jest Ministerstwo Zdrowia, które jako urząd administracji państwowej obsługujący ministra zdrowia nie potrafiło do tej pory opracować, skoordynować i opisać warunków niezbędnych i koniecznych do rozwoju tego sektora. Zmiana na stanowisku ministra zdrowia niewiele przyniosła i nadal jesteśmy świadkami szeregu doraźnych, nieskoordynowanych akcji i decyzji przypominających wylewanie wody kubeczkiem z dna dziurawej łodzi płynącej po wzburzonym oceanie.

Polska wciąż pozostaje w ogonie Europy, jeśli chodzi o wydatki publiczne na ochronę zdrowia (ok. 4,5% PKB). To piąty najgorszy wynik w Unii Europejskiej. Kiepski wynik na tle wysokorozwiniętych państw Europy Zachodniej nie dziwi, ale nie najlepiej wypadamy także na tle państw o podobnym do Polski poziomie rozwoju. Więcej na zdrowie z publicznych środków przeznaczają chociażby Czesi (6,26% PKB), Słowacy (5,84% PKB) czy Węgrzy (4,88% PKB).

Choć nasze szpitale mają możliwość przyjęcia znacznej liczby pacjentów, biorąc pod uwagę liczbę łóżek, to brakuje im już nie tylko pieniędzy, ale przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek potrzebnych do ich leczenia. Pod tym względem dane są bezlitosne. Wynik 233 praktykujących lekarzy na 100 tys. mieszkańców plasuje nas na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej. Do średniej unijnej wynoszącej 356 lekarzy na 100 tys. mieszkańców nie jest nam nawet blisko.

Jednym ze skutków niedoborów lekarzy są długie kolejki do specjalistów w publicznej służbie zdrowia, o czym pisaliśmy powyżej. Do przyczyn tego stanu należy m.in. zbyt mała liczba absolwentów studiów medycznych opuszczających mury polskich uczelni. W Polsce co roku jest to ok. 3,8 tys. osób, czyli niespełna 10 na 100 tys. mieszkańców. Mniej lekarzy od nas kształcą jedynie Bułgaria, wciąż mocno dotknięta przez kryzys Grecja oraz Luksemburg i Cypr, które w ogóle nie edukują medyków.

Z powyższych danych wyłania się niepokojący obraz polskiej ochrony zdrowia. Rozwiązań jest kilka.

W tym momencie wydaje się, że Polska mogłaby połączyć drogą Bułgarii i Cypru, gdzie niedobory w publicznej służbie zdrowia są rekompensowane leczeniem w placówkach prywatnych mających podpisane kontrakty z publicznym płatnikiem. Niestety, decyzją polityczną, która leżała u podstaw wprowadzenia nieszczęsnej „sieci szpitali”, zlikwidowano niedawno w Polsce ten mechanizm, stanowiący swoiste koło ratunkowe dla systemu opieki zdrowotnej. Dziurawa łódka służby zdrowia nadal powoli tonie.

W poszukiwaniu rozwiązań

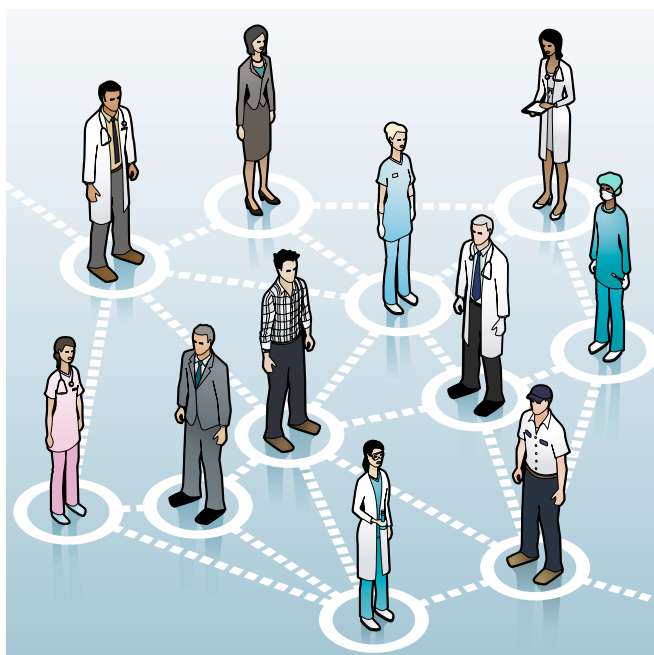
Radykalnej zmianie powinna ulec organizacja leczenia szpitalnego, które jest najdroższe, zarówno jeśli chodzi o koszty operacyjne, jak i niezbędne nakłady inwestycyjne. Wystarczy przypomnieć, że w Polsce jeden szpital przypada średnio na ok. 50 tys. mieszkańców, podczas gdy w krajach Europy Zachodniej jeden szpital wieloprofilowy przypada na ok. 150–200 tys. mieszkańców.

Ministerstwo Zdrowia powinno jak najszybciej zrezygnować ze skompromitowanej „sieci szpitali” i wprowadzić w jej miejsce pewną zupełnie nową „sieć” czy raczej – aby uniknąć złych skojarzeń – „siatkę”, czyli strukturę, schemat lub grupę szpitali współpracujących ze sobą ściśle w celu skoordynowania i zapewnienia szerokiego zakresu usług medycznych dla społeczności zamieszkującej określony obszar, np. region lub województwo. Celem współpracy takiej grupy (sieci, siatki) szpitali byłaby głównie optymalizacja działalności operacyjnej poprzez oferowanie szerokiego wachlarza świadczeń zdrowotnych przy jednoczesnym minimalizowaniu kosztów leczenia pacjentów, poprawie jakości opieki, a przede wszystkim unikaniu powielania usług oferowanych na danym terenie.

Należy jednocześnie przyspieszyć prace Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) nad weryfikacją koszyka świadczeń gwarantowanych, który w obecnej formie jest zaledwie wstępem do właściwego koszyka. Chodzi również o to, aby jak najszybciej przenieść z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnego specjalistycznego oraz do szpitali dziennych te wszystkie procedury, które nie wymagają leczenia całonocnego w szpitalach opieki krótkoterminowej.

Konieczne jest podjęcie pilnych prac nad stworzeniem koncepcji nowego modelu finansowania ochrony zdrowia, opierającego się na kilku niezależnych publicznych i prywatnych funduszach zdrowia, które konkurowałyby między sobą o pacjenta i o świadczeniodawców. Modele takie funkcjonują już z powodzeniem w innych krajach europejskich i nie trzeba tutaj wywarzać otwartych drzwi, a jedynie wykorzystać sprawdzone już rozwiązania.

Należy wreszcie poważnie wziąć się do pracy nad opracowaniem nowego i efektywnego modelu kompleksowego zarządzania rynkiem ochrony zdrowia.



„Radykalnej zmiany wymaga organizacja leczenia szpitalnego, które jest najdroższe, zarówno jeśli chodzi o koszty operacyjne, jak i niezbędne nakłady inwestycyjne”

Priorytetem powinno być to, aby wszystkie funkcje szpitalne na określonym terenie – administracyjnie najlepiej na terenie poszczególnych województw – podlegały jednemu podmiotowi (a nie jak dzisiaj – kilku różnym podmiotom), który nie tylko będzie nimi zarządzał, ale przede wszystkim będzie koordynował politykę zdrowotną na swoim terenie oraz politykę inwestycyjną w podległych szpitalach.

Propozycje w tym zakresie, niezależnie od siebie, przedstawiliśmy wielokrotnie na łamach „Menedżera Zdrowia”, jednak nikt do tej pory nie zwrócił na nie uwagi. A może byłoby warto?

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz, Maciej Murkowski

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, wykładowcą i ekspertem Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku oraz partnerem i ekspertem Formedis Medical Management and Consulting w Poznaniu.

Piotr Magdziarz jest ekspertem i doradcą Formedis Medical Management and Consulting w Poznaniu.

Maciej Murkowski jest ekspertem ochrony zdrowia oraz wykładowcą akademickim w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia oraz w Wyższej Szkole Menadżerskiej w Warszawie.