

## WYWIAD

Rozmowa z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim na temat planu długookresowego oraz polityki państwa w zakresie systemu ochrony zdrowia

# Wizja zdrowia Łukasza

**| Czy pana zdaniem system ochrony zdrowia powinien być całkowicie finansowany z pieniędzy budżetowych? Czy opieka zdrowotna powinna być bezpłatna? Czy można odejść od tego dogmatu?**

Istotnym elementem wizji zdrowia są finanse. Dostęp do ochrony zdrowia niezależnie od sytuacji materialnej jest konstytucyjnym prawem każdego obywatela Polski. Dlatego kluczowe jest dążenie do wzrostu nakładów. Mniej kluczowe zaś, w jaki sposób środki są przekazywane do świadczeniodawców. Najważniejsze jednak, żeby w polskim systemie podjąć wyzwanie, że to państwo ma zabezpieczyć obywatela w zakresie finansowania świadczeń, które mu się należą. Po raz pierwszy ustawa o 6 proc. PKB na zdrowie jest pewną próbą „podjęcia rękawicy”. Państwo ma zobowiązanie dostarczenia obywatelowi świadczeń zdrowotnych. Rząd Zjednoczonej Prawicy podjął odważną decyzję zaczynając ewolucyjny ciąg zmian. W związku z ustawą o 6 proc. PKB środki w systemie rosną, więc trzeba się zastanowić, jak racjonalizować wydatki, aby ten wzrost nakładów przełożył się na poprawę dostępności. Oczywiście jest, że skoro wychodzimy z poziomu ok. 4,5 proc. PKB, dojście do godziwych nakładów, czyli 6 proc., musi być rozłożone w czasie. Przewidywaliśmy, że nastąpi to w roku 2025. Moje negocjacje z Porozumieniem Rezydentów, OZZL, Izbami Lekarskimi dotyczyły skrócenia tego okresu do 2024 r. Ale wizja to nie tylko kwestie finansowe.

**| Jaka jest pana zdaniem optymalna wysokość – procentowo, nie w wartościach bezwzględnych – dochodów państwa przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia, szczególnie patrząc na inne kraje europejskie?**

Wiemy, że średnia europejska w 2024 r. wyniesie prawdopodobnie ok. 7 proc. Z kolei nie ma w tej chwili takiego kraju, który mógłby wdrażać wszystkie medyczne nowinki technologiczne. Weźmy pod uwagę np. Stany Zjednoczone, które wydają kilkanaście procent PKB na ochronę zdrowia i mają problemy z zapewnieniem usług i świadczeń medycznych dla swoich obywateli. Okazuje się, że nawet przy kilkunastu procentach pojawiają się problemy z finansowaniem wszystkiego.

**| Czy w pana ocenie to powinno być 7 proc. PKB na zdrowie?**

W perspektywie docelowej i w państwie takim jak Polska, myślę, że finalnie ta wartość powinna wynieść pomiędzy 6 a 8 proc.

**| Powiedział pan, że wizja to nie tylko finanse. Co pan miał na myśli?**

Chciałbym zapoczątkować zmianę modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce w kierunku płacenia za efekty. Najistotniejsze powinno być zwrócenie uwagi na jakość usług w odniesieniu do ponoszonych kosztów, a nie tylko fakt zrealizowania danego świadczenia. Na świecie coraz ważniejsze staje się to, czy pacjent jest utrzymany w zdrowiu. Mnie jako ministra zdrowia interesuje, czy w efekcie dobrego leczenia polskie społeczeństwo będzie zdrowsze. Bardzo dobrym przykładem jest kardiologia inwazyjna. Mamy świetne krótkoterminowe efekty leczenia zawału oraz bardzo złe wyniki leczenia pacjentów po 5 latach, gdzie wracamy praktycznie do średniej europejskiej. Ogromny wysiłek i ogromne nakłady, które ponieśliśmy na ratowanie człowieka w czasie zawału, potem tracimy. Leczenie zawału w Polsce jest jednym z najlepszych w Europie. Co z tego, skoro po 5 czy 10 latach wracamy do szeregu i tracimy przewagę. Powinniśmy myśleć o tym, jak leczyć pacjenta w perspektywie kilku lat. Nie ma uniwersalnego środka czy rozwiązania, które byłoby możliwe do zastosowania w każdym kraju. Nie tak dawno rozmawiałem z ministerstwem zdrowia w Stanach Zjednoczonych. Jak się okazuje, niemal w każdym stanie inaczej próbuje się dostosować system, tak żeby uwzględnić jakość leczenia. Dlaczego? Bo populacje są inne, bo zwyczaje są inne, bo nawyki są inne, bo stan zdrowia jest inny. Natomiast w Polsce musimy stworzyć nasz system oceny efektów i do tego się przymierzamy. Myślę o nagradzaniu jednostek za to, że ich pacjenci są leczeni skutecznie i nie muszą w przyszłości wracać do lekarza. Idealnie jest, gdy pacjent nie ma ciągle zwiększających się kłopotów zdrowotnych, nie ma absencji w pracy, funkcjonuje dobrze, nie wymaga ciągłej opieki. Wówczas jest to sukces zarówno dla tego pacjenta, jak i lekarza czy szpitala.

**| Jest już wdrażany pewien model. Chodzi o centra zdrowia psychicznego.**

Analogiczny model działa w Stanach Zjednoczonych, gdzie jeden z największych ubezpieczycieli przeznacza roczny budżet do jednostki, która finansuje POZ, AOS i szpital. Im lepiej pacjent będzie leczony w zakresie podstawowym, tym rzadziej trafi do szpitala.

**| Czy to jest dobry kierunek?**

Tak, docelowo to jest dobry kierunek. Bardzo ważne jest, aby zajmując się pacjentem, zapobiegać konieczności leczenia szpitalnego – wdrażać

”

Chciałbym zapoczątkować zmianę modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce w kierunku płacenia za efekty. Najistotniejsze powinno być zwrócenie uwagi na jakość usług w odniesieniu do ponoszonych kosztów, a nie tylko fakt zrealizowania danego świadczenia. Na świecie coraz ważniejsze staje się to, czy pacjent jest utrzymany w zdrowiu.





rozmawiał Janusz MICHALAK

# Szumowskiego



koordynowane terapie, np. koordynowaną opiekę nad pacjentami z niewydolnością serca, w ramach której lekarze POZ powinni zwracać większą uwagę na problemy pacjentów z tym schorzeniem. Rachunek jest przejrzysty. Im lepiej pacjenci będą prowadzeni na poziomie POZ, tym rzadziej będą występowały powikłania. Wiemy, że leczenie powikłań danej jednostki chorobowej to gigantyczne koszty. Hospitalizacja pacjenta z niewydolnością serca na OIOM-ie kosztuje bardzo dużo. Te środki można by przeznaczyć na pomoc doraźną.

**Jeżeli zostaną wprowadzone centra zdrowia psychicznego, czy hamulcowym w ich funkcjonowaniu nie stanie się NFZ?**

W tej chwili zaczynamy pilotaż centrów zdrowia psychicznego. Zaproponowaliśmy nowy model opieki psychiatrycznej: interdyscyplinarne centra zdrowia psychicznego, gdzie pacjent jest bliżej domu, ma częstszy kontakt z bliskimi, może prawie normalnie funkcjonować. Tego rodzaju opieka może lepiej pomagać.

Mówiąc o psychiatrii dziecięcej – wiemy, że nie trzeba wysyłać dziecka na oddział szpitalny, aby mu pomóc. W udzieleniu pomocy dzieciom ważna jest rola poradni psychologiczno-pedagogicznych, psychologów, grona pedagogicznego w szkołach.

**Wspominał pan o 6 proc. PKB na zdrowie w 2024 r. Jednocześnie wiemy, że będzie rosło zapotrzebowanie na usługi zdrowotne związane np. ze starzeniem się czy z postępem technologii. Co z pozostałymi potrzebami? Czy PKB powinno rosnąć proporcjonalnie? Czy stawiamy na prywatne rozwiązania?**

Jeżeli popatrzymy na to, co mamy w ustawie – bo to jest kotwica, której powinniśmy się trzymać – do 2024 r. będziemy mieli o 60 mld zł rocznie więcej niż dzisiaj. To są konkretne kwoty, które powinniśmy zagospodarować. To jest zwiększenie o blisko 2/3 w stosunku do ponad 100 mld zł, które planujemy przeznaczyć na ochronę zdrowia w roku bieżącym.

**Renomowane ośrodki mają możliwości lepszego leczenia, ale zdarza się, że leczą znacznie gorzej. Dlaczego tak się dzieje?**

Dobrą propozycją jest Narodowa Sieć Onkologiczna, która utrwała normy postępowania z pacjentem onkologicznym. Docelowo będzie tak, że niezależnie od tego, gdzie mieszkamy, będziemy mieć dostęp do najlepszych terapii i diagnostyki na takim samym poziomie. Jeżeli zainwestujemy te 60 mld zł sukcesywnie w kadry oraz w nowoczesne terapie i administrowanie służbą zdrowia, to będą to rozsądnie wydane pieniądze. Niezbędnym elementem rozwoju tej wizji jest informatyzacja, także w celu monitorowania efektów leczenia i porównywania różnych ośrodków. Duża w tym zasługa ministra Janusza Cieszyńskiego, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, że mamy tak dobrą dynamikę informatyzacji polskiej służby zdrowia. Dotychczasowa ocena jakości leczenia – bez danych z ZUS dotyczących absencji chorobowych – była niepełna. Stąd konieczność zmiany ustawy ułatwiającej wymianę danych między NFZ a ZUS. Proszę sobie wyobrazić, jak mieliśmy mówić o jakości leczenia, skoro nie wiedzieliśmy, jak pacjenci są leczeni, ponieważ nie było scentralizowanych danych, jakie leki zażywają. Wiedzę o tym, jakie leki przyjmują Polacy, a jakich leków nie przyjmują, w skali kraju możemy pozyskać dzięki e-re-



► cepcie oraz wyegzekwowaniu umieszczania na każdej z nich numeru PESEL. To bezcenne dane do zarządzania systemem. Dzięki e-zwolnieniom wreszcie mamy płynne obserwacje np. absencji. Dzięki rejestrom wreszcie możemy mówić o ocenie jakości leczenia np. zaćmy. Do tej pory nie wiedzieliśmy, ile jest powikłań, jaki jest poziom poprawy ostrości wzroku, a ilu pacjentów nie uzyskuje tej poprawy po operacji zaćmy. W tej chwili mamy obowiązkową kontrolę w postaci wizyty kontrolnej po zabiegu i zaczynamy zbierać dane o efektach operacji zaćmy w Polsce – wiemy, czy u pacjentów następuje poprawa.

**| Czy pacjent może sprawdzić, jaka jest jakość leczenia w konkretnych placówkach? Gdzie może znaleźć takie informacje?**

Udało się już wiele osiągnąć, ale zakończenie procesu informatyzacji zajmie jeszcze kilka lat. Mamy

dowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. Mamy ambicje, by w nowej perspektywie finansowej UE zbudować ogólnopolską e-rejestrację, gdzie Polacy będą mogli w łatwy i szybki sposób znaleźć informację o pierwszym wolnym terminie do specjalisty i zapisać się tam przez Internet, ale też dokonać oceny otrzymanej usługi medycznej.

**| Żeby pacjent mógł dokonać wyboru, to...**

Idea jest taka, żeby pacjent mógł wejść na stronę jednostki i np. zobaczyć, ile danych procedur jest tam wykonywanych. Ważnym działaniem dla pacjentów będzie też wspomniana przeze mnie ogólnopolska e-rejestracja.

**| Czy będzie mógł sprawdzić, jakie w danej jednostce występują powikłania po wykonywanych zabiegach?**

docelowo ma się stać centralnym punktem kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, trwa pilotaż e-skierowania i prace nad wymianą elektronicznej dokumentacji medycznej.

**| Jeśli będzie dostępny opis informatyczny mówiący, że konkretna jednostka wykonuje dużo zabiegów i robi to dobrze, a z kolei w innej jednostce wykonuje się mniej zabiegów i jest więcej powikłań, to jakiego rodzaju decyzje będzie pan podejmował?**

Jednostki mające dobre efekty lecznicze powinny być premiowane finansowo. Z kolei tam, gdzie problemów będzie zbyt wiele, powinna być wdrożona kontrola, która odpowie na pytanie o ich przyczynę. Jeżeli liczba powikłań lub śmiertelność odbiegają od oczekiwanych, to naturalnie taki ośrodek poddaje się kontroli. Przykładowo – przyczyną zakażeń mogą być krzyżujące się ścieżki pacjentów. I to należy zbadać. Nie chodzi o to, abyśmy szukali w systemie, kto jest zły. Chodzi o szukanie rozwiązań, jak zabezpieczyć pacjenta, co zrobić, aby czynników ryzyka powikłań było jak najmniej.

**| Co chciałby pan wprowadzić w swojej kadencji?**

Jest dla mnie kilka obszarów priorytetowych. Po pierwsze – dalsza odbudowa kadr medycznych. Dlatego m.in. znacznie zwiększyliśmy limity miejsc na bezpłatne studia lekarskie, poprawiamy warunki kształcenia personelu pielęgniarskiego. Bardzo mnie cieszy, że ostatnio np. liczba pielęgniarek pracujących w Polsce zaczęła rosnąć. Po drugie – informatyzacja, która jest konieczna nie tylko do poprawy działania systemu od strony organizacyjnej. We współczesnej medycynie jest ona niezbędna do poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. W końcu – chcemy rozwijać opiekę koordynowaną, w ramach której jeden opiekun będzie patrzył całościowo na proces leczenia pacjenta. Realizujemy to np. poprzez pilotaż narodowej sieci onkologicznej.

**| Kiedy będziemy mieli wystarczającą liczbę lekarzy w Polsce?**

Zwiększamy ją bardzo intensywnie, ale cykl wykształcenia lekarza trwa nawet 13 lat. Myślę, że te roczniki, które teraz będą wchodziły na rynek, dzięki zdecydowanej poprawie sytuacji w zakresie warunków płacy i pracy chętniej zostaną w Polsce. W przypadku kadr pielęgniarskich już jest efekt. W 2018 r. 100 proc. absolwentek i absolwentów tego kierunku odebrało prawo wykonywania zawodu. Dotychczas mieliśmy w Polsce problem z tym, że wielu z nich nawet nie zaczynało pracy w pielęgniarstwie, tylko wybierało inny zawód. Proces budowania atrakcyjnej wizji zawodu trwał 4 lata. Efekt jest zatem bardzo dobry.

**| Kiedy rynek nasyci się kadrą medyczną?**

Myślę, że w ciągu kilku lat powinniśmy już odczuwać poprawę. Wyzwaniem jest demografia i stworzenie odpowiedniej opieki nad seniorami, u których może występować np. wielochorobowość. Mamy większe możliwości ratowania życia, ale wyzwaniem pozostaje utrzymanie pacjentów w dobrym zdrowiu. Chodzi o zbudowanie w przyszłości centrów, które zabezpieczyłyby także potrzeby danej populacji w zakresie opieki długoterminowej, opieki domowej, dziennych domów pobytu. To jest zadanie na najbliższe lata. ■

Współpraca Agnieszka Starewicz-Jaworska



foto: Paweł Pawłowski / PAP

„ Jednostki mające dobre efekty lecznicze powinny być premiowane finansowo. Z kolei tam, gdzie problemów będzie zbyt wiele, powinna być wdrożona kontrola, która odpowie na pytanie o ich przyczynę. Chodzi o szukanie rozwiązań, jak zabezpieczyć pacjenta, co zrobić, aby czynników ryzyka powikłań było jak najmniej

kilka działających rejestrów narządowych, np. rejestr kardiologiczny, który daje predykcję powikłań i śmiertelności niemal co do przecinka. Przypomnę, że zawdzięczamy to ministrowi prof. Relidze, który ustalił, że rejestr kardiologiczny jest obowiązkowy. Dzięki temu dysponujemy bardzo szczegółową wiedzą. Jeśli chcemy mieć możliwość oceny efektów świadczeń, to musimy zbudować rejestry rządowe również dla powszechnych działań, np. operacji wyrostka. Ważnym krokiem jest już działające Internetowe Konto Pacjenta, gdzie obok obecnie dostępnych dla każdego pacjenta informacji, np. o historii leczenia czy e-receptach, wkrótce pojawi się również możliwość udziału w ankietywnych badaniach jakości leczenia czy też składania skarg do Naro-

Bardzo trudno zbudować ranking jednostek, ponieważ niełatwo porównać ośrodek wyspecjalizowany, który leczy bardzo trudne przypadki, z ośrodkiem podstawowym. Dane publiczne nie są wszędzie dostępne, szczególnie dane dotyczące konkretnych powikłań w konkretnej jednostce. Procesy zbierania danych trwają latami. Podstawą informatyzacji pozostaje P1.

**Kiedy to będzie możliwe pana zdaniem?**

Myślę, że w najbliższej kadencji. Bo jeśli popatrzymy, co się wydarzyło w ciągu ostatnich trzech lat, to: mamy wdrożoną e-receptę, którą można zrealizować w każdej aptece, mamy wdrożone zwolnienie lekarskie w formie elektronicznej, wdrożone Internetowe Konto Pacjenta, które