



Dekalog profesora Czauderny

Fot. gettyimages.com/Pascal Deloche

Myślę, że wszyscy się zgodzimy, iż polski system ochrony zdrowia potrzebuje gruntownej przebudowy, przede wszystkim zmiany głównego paradygmatu, który legł u podstaw jego konstrukcji. Niewątpliwie wymaga on zwiększenia finansowania ze środków publicznych. Co trzeba by zmienić? Przedstawiam dziesięć zagadnień.

Do niedawna w zakresie systemu ochrony zdrowia w Polsce dominowało spojrzenie finansowo-rozliczeniowe, często abstrahujące od rzeczywistych potrzeb pacjentów. Mieliśmy do czynienia raczej z prymatem zysku instytucji nad dobrem pacjentów. Poprzednie lata przyniosły zarówno pogłębianie się niekorzystnych zjawisk i procesów w opiece zdrowotnej, jak i istotne pogorszenie społecznych ocen funkcjonowania systemu.

Narosła nierównowaga między zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne a możliwością ich zaspokojenia. Trzeba przy tym zauważyć, że zjawisko to dotyczy nie tylko Polski, ale staje się immanentnym źródłem problemów również w wielu innych krajach. Oprócz tego mamy do czynienia z fragmentacją poziomów opieki oraz brakiem planowania i koordynacji działalności placówek leczniczych, co skutkuje tendencją do przeno-



szenia kosztów leczenia na wyższe poziomy referencyjne. W 2015 r. instytut Health Consumer Powerhouse zwrócił uwagę, że polska opieka zdrowotna pozostaje coraz bardziej w tyle, a jej problemy wydają się systematycznie pogłębiać. Szczególnie brakuje w Polsce dostatecznego upodmiotowienia pacjenta, tzw. *patient empowerment*, oraz wsłuchania się decydentów i lekarzy w głos pacjentów. Systemowa komunikacja z pacjentami jest niedostateczna, a sam pacjent jest wykorzystywany jako jedyny nośnik informacji o swoim stanie zdrowia pomiędzy kolejnymi lekarzami i świadczeniodawcami. Co więcej, w związku ze zmianami demograficznymi i postępującym, a w najbliższej przyszłości nasilającym się procesem starzenia się ludności należy spodziewać się wzrostu zapotrzebowania na usługi me-

„Komercjalizacja usług publicznych nie jest dobrą receptą na nieudolność państwa w zakresie ochrony zdrowia”

dyczne. Analizy pokazują, że po 65. roku życia wydatki na ochronę zdrowia istotnie rosną, a z racji powojennego wyżu demograficznego liczba takich osób gwałtownie się zwiększy w ciągu najbliższych kilku lat. Oznacza to po prostu, że nie utrzymamy obecnego poziomu opieki medycznej bez istotnego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Dowodzą tego m.in. wydłużające się kolejki oczekujących na zabiegi operacyjne – i to mimo zwiększenia nakładów w tym zakresie. Nie promujemy też w Polsce dostatecznie „zdrowego starzenia”, a pacjent w wieku podeszłym jest przez system opieki zdrowotnej spychany na margines ze względu na konieczność ponoszenia wysokich nakładów na jego leczenie. Nie bierze się przy tym pod uwagę, że poprawa zdrowia osób starszych przekłada się wprost na ich samodzielność i zmniejszenie nakładów na opiekę społeczną. Właśnie nieuwzględnianie w ocenach technologii medycznych jakości życia, samodzielności społecznej, zdolności do samoopieki i wreszcie całościowych kosztów chorób oraz ich wpływu na aktywność zawodową powoduje, że niektóre technologie medyczne nie są refundowane, a pieniądze na ochronę zdrowia są często niewłaściwie alokowane.

Komercjalizacja ratunkiem?

W polityce zdrowotnej państwa dotąd nie udało się wypracować, a przede wszystkim zastosować jednorodnej metodyki ekonomicznej kalkulacji kosztów pośrednich (alternatywnych) w ochronie zdrowia, a więc wydatków związanych z chorobą i jej przyszłymi konsekwencjami (zasiłki chorobowe, straty wynikające z niezdolności do pracy, renty). Skutkuje to prowadzeniem polityki doraźnej, odpowiadającej potrzebom chwili, a nie celom strategicznym, opartym na wieloletnich prognozach zdrowia ludności i stanu finansów publicznych.

Nadal niedostateczny jest w Polsce dostęp do innowacyjnych leków i technologii medycznych, co wynika nie tylko z ograniczonych możliwości finansowych państwa, lecz także z niewystarczającego rozpowszechnienia zarówno nowoczesnych systemów kontraktowania zakupów tych leków, jak i systemów monitorowania ich skuteczności na podstawie elektronicznych rejestrów.



Fot. istockphoto.com

„Należy dążyć do większej integracji pomiędzy opieką społeczną a zdrowotną oraz rozwijać i wspierać stosunkowo tanie rozwiązania opieki środowiskowej, w tym domowej”

Podsumowując – mimo zwiększania się liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych (w liczbie hospitalizacji i konsultacji lekarskich wyprzedzamy Holandię – lidera Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia) wydłuża się średni czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne. Zdaniem wielu ekspertów komercjalizacja usług publicznych nie jest dobrą receptą na nieudolność państwa w zakresie ochrony zdrowia, choć z drugiej strony wydaje się, że obecnie pod względem efektywności górę biorą systemy ubezpieczeniowe typu Bismarcka, w przeciwieństwie do systemów zabezpieczeniowych typu Beveridge’a. Trzeba jednak podkreślić, że komercjalizacja może przynieść korzyści tylko wtedy, gdy państwo jest wystarczająco silne i sprawne, żeby nadzorować jakość usług, gwarantować wszystkim równy do nich dostęp oraz móc wycofać się z roz-

wiązań rynkowych, jeśli okażą się niekorzystne dla interesu publicznego. Z doświadczeń różnych krajów europejskich, również Polski, wynika, że opieka zdrowotna działająca na zasadzie zysku (*profit driven*) nie sprzyja realizacji celów zdrowotnych, ponieważ stawia raczej na zwiększoną produkcję usług niż na zaspokojenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a co więcej – prowadzi do zwiększenia nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Finansowanie procedur w mechanizmie, w którym wszyscy konkurują ze wszystkimi, stymuluje głębokie patologie systemu.

Jaka mogłaby być zatem wizja nowego systemu polskiej opieki zdrowotnej? Moim zdaniem Polska potrzebuje nowego, całościowego modelu systemu ochrony zdrowia, który powinien w większym stopniu być oparty na wartościach wspólnotowych, a ponadto uwzględniać zmieniający się model funkcjonowania współczesnego państwa demokratycznego. Myślę, że stopniowo należy wdrożyć ideę kompleksowego i skoordynowanego zarządzania chorobami oraz świadczenia usług zdrowotnych – z nakierowaniem na rzeczywiste potrzeby pacjentów, którzy winni stać się osią systemu. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) system zdrowotny jest definiowany jako spójna całość, której liczne, powiązane ze sobą części, wspólnie oddziałując, wpływają pozytywnie na stan zdrowia ludności. Tymczasem szpitale, tak jak inne placówki ochrony zdrowia w Polsce, nie są w żaden sposób powiązane ze

sobą nie tylko na poziomie regionalnym i krajowym, lecz także na poziomie powiatu czy miasta. Struktura właścicielska szpitali jest rozproszona. Współpraca pomiędzy szpitalami, podstawową opieką zdrowotną i ambulatoryjną opieką specjalistyczną zwykle zależy od relacji właścicielskich i generalnie pozostawia wiele do życzenia.

Oczywiście łatwo zasadę spójności i kompleksowości systemu zapisać, trudniej zrealizować. Jakże zatem konkretne działania należałoby podjąć?

Dziesięć sposobów na ochronę zdrowia

Po pierwsze, należy w możliwie krótkim czasie opracować kompleksową docelową wizję polskiego systemu ochrony zdrowia, zaplanowaną do stopniowej realizacji w perspektywie 5–10 lat, tzw. *green policy paper*, a następnie poddać ją społecznej dyskusji i przyjąć jako podstawowy strategiczny dokument, czyli *white policy paper*, określający strategię przyszłych działań (o ile to możliwe – ponad podziałami partyjnymi, choć to raczej mrzonka). Zdaję sobie sprawę, że istnieje już oficjalny dokument dotyczący tej kwestii, pochodzący z roku 2015 („Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”), ale jego ważność stopniowo dobiega końca, a ponadto w mojej opinii należałoby go poddać rewizji.

Po drugie, za wszelką cenę należy postawić na informatyzację ochrony zdrowia, ratując w możliwie największym stopniu projekty informatyczne P1 i P2 oraz podejmując decyzję, które z ich funkcjonalności należy jak najszybciej zrealizować poprzez ewentualną renegocjację kontraktów z wykonawcami. Warto zresztą przypomnieć, że aktualny „Policy paper” przewiduje szeroki rozwój usług e-zdrowia oraz rejestrów jakościowych w ochronie zdrowia. Bez całościowej informatyzacji systemu ochrony zdrowia nie może być mowy o sprawnym zarządzaniu. Jednocześnie stopniowe wprowadzanie takich elementów, jak e-recepta i e-skierowanie, a przede wszystkim e-rejestracja, będzie skutkowało rzeczywistym usprawnieniem dostępu pacjentów do usług zdrowotnych. Niezbędne wydaje się wprowadzenie skomputeryzowanej dokumentacji medycznej dla wszystkich świadczeniodawców AOS. W tym celu konieczne jest określenie i wprowadzenie standardu IT dla AOS i POZ.

Po trzecie, należy pamiętać, że kluczem do efektywnego systemu jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Obecne jej finansowanie, oparte na zasadzie wyłącznej płatności *per capita*, co jest unikatem na skalę europejską, nie sprzyja większemu zaangażowaniu lekarzy POZ w podejmowanie takich wyzwań, jak opieka nad pacjentami przewlekle chorymi czy profilaktyka. Brakuje również opracowania i wdrożenia jakościowych mierników opieki lekarskiej w POZ. Najprostszym rozwiązaniem byłoby obecnie jak najszybsze przekierowanie pacjenta do ambulatoryjnej

opieki specjalistycznej (AOS), co jednak skutkuje tendencją, aby leczyć się wyłącznie u specjalistów. Takiego mechanizmu, który blokuje miejsca dla nowych chorych i dramatycznie wydłuża kolejki, nie jest w stanie wytrzymać żaden system ochrony zdrowia na świecie. Dlatego należy w tym zakresie przywrócić podstawową równowagę i przekierować z powrotem część pacjentów z AOS do POZ. Dotyczy to na przykład pacjentów z chorobami tarczycy, a pamiętajmy, że kolejki oczekujących na ambulatoryjną wizytę u lekarzy endokrynologów należą do najdłuższych. Wymaga to oczywiście zmiany nawyków zdrowotnych społeczeństwa poprzez odpowiednią kampanię informacyjną, a także opracowania takiego schematu finansowania POZ i AOS, aby opłacało się przekierować pacjenta, którego stan zdrowia jest stabilny, od lekarza specjalisty do POZ. Wymaga to również opracowania przez konsultantów krajowych i towarzystwa naukowe powszechnie przyjętych wytycznych diagnostyki i leczenia podstawowych schorzeń do zastosowania w POZ. Naturalnie krokiem w dobrym kierunku są modele opieki koordynowanej, realizowane w ramach POZ. Właśnie zaczynają się pilotaże przy współudziale NFZ i Ministerstwa Zdrowia, jednak nie sądzę, by taki system udało się wdrożyć w krótkim czasie na masową skalę. Konieczne jest ponadto stopniowe wprowadzenie spójnych, całościowych rozwiązań ze szczegółową standaryzacją obowiązków na linii lekarz POZ – specjalista – szpital, uwzględniając nie tylko prawa, lecz także obowiązki lekarzy POZ w tym zakresie. Niewątpliwie to właśnie lekarzowi POZ należy przypisać podstawową rolę koordynacyjną w systemie ochrony zdrowia, czyli tzw. *gatekeeping*. Wydaje się, że dobrym posunięciem jest też rozważenie możliwości wprowadzenia w POZ budżetu powierzonego w celu zwiększenia dostępności badań dodatkowych. Niezależnie od tego należy dążyć do większej integracji pomiędzy opieką społeczną a zdrowotną oraz rozwijać i wspierać stosunkowo tanie rozwiązania opieki środowiskowej, w tym domowej, tzw. *home hospital*.

Po czwarte, konieczne jest zreformowanie Narodowego Funduszu Zdrowia lub powołanie na jego miejsce innej państwowej agencji, która weźmie na siebie kompleksowe zarządzanie zdrowiem poprzez integrację z częścią Zakładu Ubezpieczeń Społecznych odpowiadającą za wypłacanie rent, zasiłków czy zwolnień lekarskich. Powinno to doprowadzić do istotnych oszczędności, a co za tym idzie – do zwiększenia puli pieniędzy przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Często zapominamy, że oczekiwanie w kolejce na operację również kosztuje (leki, zwolnienia, opieka medyczna, rehabilitacja, dłuższy okres rekonwalescencji) i że jeśli uwzględnimy całościowe koszty zarządzania chorobą, to korzystniejsze finansowo może być wcześniejsze poddanie pacjenta planowemu leczeniu chirurgicznemu. O ile wiem, prowadzone są pierwsze studyjne prace w tym zakresie.

Po piąte, konieczne jest wprowadzenie wskaźników jakościowych z docelowo obowiązkową akredytacją, początkowo jedynie szpitali, a następnie także przychodni. Bezwzględny wymogiem współczesnej medycyny jest tworzenie rejestrów oraz publikowanie przez świadczeniodawców wskaźników skuteczności leczenia. Jest to jedyny sposób pozwalający na porównanie różnych jednostek. W Polsce jak dotąd rejestry i wskaźniki nie tylko nie są wymagane, lecz także nie są dostatecznie wdrażane, choć resort zdrowia podjął pewne prace w tym kierunku. W zakresie szpitalnictwa wprowadzenie wskaźników jakościowych jest pilną koniecznością, ponieważ tylko one mogą ujawnić, które szpitale działają dobrze, a które suboptymalnie.

Po szóste, jeśli chodzi o dostęp do leków, zwłaszcza innowacyjnych, konieczne jest wprowadzenie nowoczesnych systemów kontraktowania zakupów, np. według schematu *payment per result*, a także systemów monitorowania ich skuteczności za pomocą elektronicznych rejestrów, które mogą być finansowane przez producentów, tak jak we Włoszech. Inną metodą, zwłaszcza w odniesieniu do leków generycznych, jest szerokie zastosowanie otwartych aukcji elektronicznych. Polski przemysł farmaceutyczny i technologiczny ma obecnie charakter głównie odtwórczy i jest skoncentrowany na wytwarzaniu leków generycznych oraz produkcji na rzecz krajów o dużym odsetku zaawansowanych technologii. Dlatego konieczne są odpowiednie rozwiązania prawne i finansowe zachęcające uczelnie do szybkiej komercjalizacji wyników badań i do współpracy z partnerami przemysłowymi. Wsparcie finansowe prawdziwie innowacyjnych rozwiązań już na poziomie wdrożeniowym powinno być inaczej ukierunkowane, z naciskiem na wspieranie działań typu rzeczywistego R&D w postaci na przykład zwolnień podatkowych.

Po siódme, w Polsce nadal nie ma prawnej definicji szpitala ani określenia jego szczegółowych zadań w systemie ochrony zdrowia oraz wymaganego minimalnego standardu wyposażenia. Ze względu na wymogi stawiane przez płatnika każdy szpital, chcąc zachować konkurencyjność, musi zajmować się świadczeniem usług o możliwie jak najszerszym profilu. Jest to oczywiście skrajnie nieefektywne kosztowo. Co więcej, wymagana od większości szpitali publicznych gotowość do świadczenia usług przez 24 godziny na dobę (nieskoordynowana nawet na poziomie miasta czy powiatu, nie mówiąc o regionie) nie jest w żaden sposób finansowana czy promowana i stanowi marnotrawstwo ograniczonych przecież zasobów finansowych. Dlatego należy wprowadzić poziomy referencyjne opieki szpitalnej, oparte na potencjale wykonawczym danego oddziału szpitalnego świadczeniodawcy, aby zapewnić odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Mam nadzieję, że ustawa o sieci szpitali okaże się pierwszym krokiem w tym kierunku. Rozwiązania legislacyjne dotyczące określenia stopni referencyjności



powinny uwzględniać w pierwszym rzędzie kompleksowość świadczeń jako czynnik wpływający na pozycję w rankingu ośrodków przystępujących do umowy na realizację świadczeń z publicznym płatnikiem.

Można też pomyśleć o jeszcze bardziej kompleksowym rozwiązaniu, przyjętym w niektórych regionach Hiszpanii (Walencja), czyli o tzw. modelu Alzira. Pozwala on na większą integrację usług zdrowotnych, co prowadzi do kompleksowej opieki w pełnej skali (od opieki ambulatoryjnej po szpitalną), a to z kolei skutkuje większym zadowoleniem społecznym i jednocześnie obniżeniem kosztów systemu. Istotą tego modelu jest powstanie konsorcjów szpitalno-przychodnianych (szpital + AOS + POZ), świadczących całość usług na określonym terenie, opartych na finansowaniu populacyjnym. Oczywiście wdrożenie takiego modelu w Polsce wymagałoby pilotażu i precyzyjnego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych (ze względu na wynagrodzenie dla konsorcjum, wypłacane w formie kapitału) oraz koordynacji pomiędzy POZ a opieką stacjonarną poprzez nawiązanie współpracy z istniejącą siecią POZ. Model ten, realizowany w formie partnerstwa publiczno-prywatnego, pozwala także na stosunkowo proste uwzględnienie lokalnych potrzeb inwesty-

0101010100101110101010010101010101001011



„Opracujemy kompleksową docelową wizję polskiego systemu ochrony zdrowia, zaplanowaną do stopniowej realizacji w perspektywie 5–10 lat, a następnie poddamy ją społecznej dyskusji”

cyjnych w postaci budowy czy rozbudowy szpitali, co ma szczególne znaczenie w sytuacji braku pieniędzy na inwestycje w sektorze publicznym. Dlatego zyskuje on na popularności w krajach o zaopatrzeniowym systemie finansowania ochrony zdrowia, takich jak Hiszpania czy Wielka Brytania. Mam też nadzieję, że przy planowaniu inwestycji szpitalnych będą brane pod uwagę w pierwszym rzędzie zweryfikowane mapy potrzeb zdrowotnych, co do których bardzo się cieszę, że wreszcie powstały. Myślę, że w pewien sposób gwarantuje to nowo wprowadzony kwestionariusz IOWISZ.

Zwracam uwagę, iż dotąd nie określono roli szpitali klinicznych w polskim systemie ochrony zdrowia, a jest to w mojej opinii absolutnie niezbędne. Co więcej, konsekwencją określenia tej roli musi też być odrębny mechanizm ich finansowania. Nie zgadzam się z opinią, że wszystkie szpitale są takie same i winny być identycznie finansowane. Należy uwzględnić specyficzny poziom referencyjności szpitali klinicznych oraz odmienną od innych szpitali efektywność kosztową, spowodowaną m.in. koniecznością realizacji szkolenia przed- i podyplomowego, a często również badań naukowych. Te ostatnie powinny być zresztą szczególnie promowane poprzez umożliwienie dopływu

specjalnych środków na naukę bezpośrednio do tych szpitali. Wiąże się to również pośrednio z tworzeniem krajowych centrów doskonałości, *High Volume Centers* czy też *Centers of Excellence*, do czego skłania powstanie europejskich sieci referencyjnych (ERN). Umożliwi to koncentrację zasobów ludzkich i sprzętowych oraz doświadczenia klinicznego w celu ich optymalnego wykorzystania. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób rzadkich czy też w szeroko pojętej onkohematologii. Większa koordynacja działań w tym zakresie, na przykład poprzez powołanie krajowych sieci ośrodków w różnych dziedzinach medycyny, m.in. onkologii, może się przyczynić do podniesienia jakości i efektywności opieki, a także poprawić wyniki leczenia. Warto też podkreślić, że w Polsce, mimo europejskich wymogów w tym zakresie, nadal nie uchwalono narodowego planu leczenia chorób rzadkich ani narodowej strategii walki z rakiem, tzw. *cancer plan*, choć wiem, że w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace na ten temat.

Nowoczesna medycyna nie może abstrahować od realizacji zadań naukowych. Dlatego niezbędne jest stworzenie podstaw prawnych dla narodowych programów badawczo-rozwojowych dotyczących prewencji i leczenia schorzeń, które są przyczyną największej śmiertelności oraz pogorszenia jakości życia Polaków. W szczególności należy podjąć działania na rzecz walki z tzw. chorobami cywilizacyjnymi, np. nowotworami, cukrzycą, chorobami układu krążenia, wieku starczego i neurodegeneracyjnymi. Przykładem tego typu narodowej inicjatywy mógłby być program wzorowany na amerykańskim „Moon Shots Program”. Naturalnie ze względu na ograniczone możliwości finansowe Polski należy się skoncentrować na wybranych i najbardziej obiecujących naukowo i innowacyjnie obszarach nauki, rekomendowanych przez komitety sterujące agencji naukowych w postaci tzw. programów zamawianych. Tematyka programów zamawianych powinna być ustalana nie tylko z perspektywy Polski, ale także z perspektywy globalnej (wstępna weryfikacja publikacji, patentów i podobnych programów w Unii Europejskiej).

„Konieczne jest podjęcie długofalowych działań na rzecz reformy kształcenia lekarzy, zwłaszcza podyplomowego, i kształcenia w innych zawodach medycznych. Szczególnej uwagi wymaga problem braków kadrowych oraz starzejącej się populacji pielęgniarek”

Po ósme, konieczne jest podjęcie długofalowych działań na rzecz reformy kształcenia lekarzy, zwłaszcza podyplomowego (z uwzględnieniem nowoczesnych technik edukacyjnych: symulacja, *e-learning* itd.), oraz kształcenia w innych zawodach medycznych. Szczególnej uwagi wymaga problem braków kadrowych i starzejącej się populacji pielęgniarek. Jednym z postulowanych rozwiązań jest wprowadzenie zawodu asystenta medycznego, czyli pracownika wspierającego zespoły pielęgniarskie. Osoby takie wykonywałyby prostsze zajęcia, np. pielęgnowanie, niewymagające wyższego wykształcenia. Myślę, że należy dążyć do pewnego zredefiniowania roli pielęgniarek w polskim systemie ochrony zdrowia, tak aby odpowiadała ona współczesnym wyzwaniom. Wzrost liczby obowiązków pielęgniarek o bardziej specjalistycznym charakterze, komplementarnym do pracy lekarza, np. aktywny udział w działaniach profilaktycznych bądź terapeutycznych czy też pełnienie funkcji administracyjnych i menedżerskich, pozwoli lekarzom skupić się na problemach *stricto* medycznych, a jednocześnie spowoduje lepsze wykorzystanie umiejętności dobrze wykształconych już teraz pielęgniarek i położnych oraz przyniesie wzrost prestiżu i satysfakcji zawodowej przedstawicielki i przedstawicieli tej profesji. Ponadto obecny system kształcenia podyplomowego jest niewątpliwie nadmiernie zasobochłonny i mało efektywny – wymaga zbyt długiego czasu szkolenia, zbyt wielu kursów i długich staży kierunkowych. Pewne remedium mogłoby stanowić wprowadzenie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, która nadałaby mu uprawnienia kontrolne i egzekucyjne w stosunku do jednostek akredytowanych. Kształcenie podyplomowe musi być realizowane na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz długofalowego planu określającego realne potrzeby w zakresie poszczególnych specjalności.

Po dziewiąte, planując nowy system ochrony zdrowia, trzeba się skoncentrować na potrzebach bardziej

wrażliwych populacji, takich jak osoby starsze, dzieci i młodzież czy osoby z zaburzeniami psychicznymi. Konieczne jest przywrócenie w pewnej formie medycyny i stomatologii szkolnej oraz organizacji opieki nad młodzieżą z przewlekłymi schorzeniami i wadami wrodzonymi na styku dorosłości, tworzenie oddziałów geriatrycznych i mobilnych zespołów geriatrycznych. W przypadku psychiatrii należy wdrożyć deinstytucjonalizację poprzez utworzenie lokalnych centrów zdrowia psychicznego finansowanych populacyjnie, a także położenie nacisku na rozwój opieki środowiskowej. Jednocześnie konieczne jest możliwie pilne uzupełnienie braków kadrowych w wyżej wymienionych dyscyplinach.

Po dziesiąte, ale wcale nie najmniej ważne, należy w większym stopniu wsłuchać się w Polsce w głos pacjentów. Zarządzanie systemem ochrony zdrowia wymaga podejmowania wielu trudnych i niekiedy bolesnych etycznie decyzji, przekładających interes jednej grupy chorych ponad inne. Praca Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji może tu być jedynie pewną pomocą i sugestią, ale i tak nie wystarczy zasobów finansowych, aby zaspokoić wszystkie, nawet uzasadnione potrzeby zdrowotne. Dlatego konieczne jest uwzględnienie głosu środowisk pacjenckich. Myślę, że należy również zmodyfikować rozwiązania dotyczące finansowych mechanizmów kompensacyjnych dla pacjentów, bo te wprowadzone poprzednio raczej się nie sprawdziły. Warto przyrzeć się mechanizmom funkcjonującym z powodzeniem w Danii – w postaci narodowej agencji zajmującej się bezpieczeństwem pacjentów, obejmującej system kompensacji szkód, oraz rad pacjenckich przy poszczególnych regionalnych wydziałach zdrowia, ministerstwie, a nawet poszczególnych szpitalach. Należałoby także pomyśleć o wprowadzeniu instytucji koordynatora pacjenta w zakresie niektórych schorzeń, które wymagają przewlekłej i wielospecjalistycznej opieki lekarskiej, np. w onkologii. Funkcją taką z powodzeniem mogłyby pełnić pielęgniarki. Istnieją już zresztą pierwsze lokalne, bardzo pozytywne doświadczenia w tym zakresie, np. w sferze opieki nad chorymi po udarach mózgu.

Zdaję sobie sprawę, że powyżej naszkicowana wizja wymaga stopniowej realizacji, rozpisanej na wiele lat, i to najlepiej w warunkach zgody głównych sił politycznych co do zasadniczych kierunków zmian. Jeśli jednak nie będziemy patrzyli strategicznie w przód i nie skorzystamy z możliwości skonfrontowania się z doświadczeniami innych krajów, a co za tym idzie – nie określimy, jak ma wyglądać całościowa wizja polskiego systemu ochrony zdrowia w perspektywie 10–15 lat, to w mojej opinii skazujemy się na porażkę i dreptanie w miejscu albo – co jeszcze gorsze – na ścieżkę pełną gwałtownych zwrotów i nawrotów wskutek nieudanych reform i wynikających z nich systemowych błędów.

Piotr Czauderna
Autor jest koordynatorem sekcji ochrony zdrowia
Narodowej Rady Rozwoju.