



Fot. PAP/Marcin Obara

Rozmowa z Markiem Balickim, psychiatrą, kierownikiem Biura Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, byłym ministrem zdrowia, byłym dyrektorem Szpitala Bielańskiego i Szpitala Wolskiego w Warszawie.

Wyobraźmy sobie, że znalazłem się w sytuacji kryzysu psychicznego. Dzwonię do jednej z poradni zdrowia psychicznego w Warszawie i...

Słyszysz pan, że na wizytę trzeba czekać trzy, cztery miesiące. Może pan też pójść do zatłoczonej izby przyjęć szpitala psychiatrycznego, w której zostanie podjęta decyzja o przyjęciu na leczenie szpitalne lub otrzyma pan zalecenie leczenia w poradni – ze wspomnianym czasem oczekiwania na pierwszą wizytę. Można oczywiście skorzystać z płatnej pomocy specjalisty w prywatnym gabinecie.

Czy tak to powinno wyglądać?

Nie.

Dlaczego chorzy czekają w kilkumiesięcznych kolejkach do poradni psychiatrycznych, dlaczego szpitale są zatłoczone?

Po części wynika to ze sposobu finansowania. Poradnie mają kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia na określoną liczbę porad. Jeśli ich nie wykonają, to nie dostaną pieniędzy. Dlatego lekarskie grafiki przyjęć są szybko wypełniane na wiele miesięcy lub tygodni do przodu. A to oznacza, że w przychodni nie ma zwykle wolnego okienka dla niezapisanych wcześniej pacjentów, bo za gotowość NFZ nie płaci. Efekt? Chorzy trafiają do szpitali. A w opiece stacjonarnej obowiązuje metoda płacenia za osobodzień. To oznacza, że zarządzający szpitalem psychiatrycznym z 300 łózkami,

który ma podpisany kontrakt z NFZ na te 300 łóżek, będzie rozliczany z wykonania kontraktu – „łóżko musi pracować”. Dzisiejszy sposób finansowania skutkuje tym, że szpitale są zatłoczone, na korytarzach są tzw. dostawki, a na pomoc w poradni czeka się miesiącami. System finansowania opieki psychiatrycznej stosowany przez NFZ jest niewłaściwy. Sprzyja przedłużaniu pobytu pacjenta w szpitalu, a to zwykle nie jest korzystne dla zdrowia psychicznego. Od dawna wiadomo, że znacznie lepszy dla pacjentów jest model środowiskowy, w którym pacjent w ramach jednej placówki otrzymuje różne formy opieki i wsparcia społecznego. To zapewni realizowany od 1 lipca 2018 r. pilotaż centrów zdrowia psychicznego. Poza tym, radykalnie zmienia się sposób finansowania.

W jaki sposób?

Dziś NFZ płaci za usługę, a nie za leczenie. Dlatego świadczeniodawcy wykonują swoją liczbę punktów zapisaną w kontrakcie, ale nie odpowiadają za cały proces leczenia. To „punktologia stosowana” – dyrektor jest rozliczany z wykonanych punktów. Im więcej punktów, tym lepiej. Nie są premiowane wyniki leczenia, bo systemowi to nie interesuje. Centra zdrowia psychicznego są finansowane inaczej. Zarządzający dostają ryczałt 75 zł rocznie na każdego mieszkańca i za to mają obowiązek zajmować się problemami zdrowia psychicznego na swoim terenie. To może być powiat, miasto albo dzielnica dużego miasta. Jest jeden wspólny budżet na poradnię, oddział dzienny, oddział szpitalny i zespół środowiskowy, które tworzą centrum. Personel nie musi „nabijać” punktów, może szybciej przekazać pacjenta z oddziału szpitalnego do opieki środowiskowej. Centrum zdrowia psychicznego to odpowiedzialność. Centrum ma pieniądze, nie musi się z każdej złotówki rozliczać, ale bierze na siebie obowiązek takiego zorganizowania opieki, że wszyscy otrzymają pomoc wtedy, kiedy jej najbardziej potrzebują, że nikt się nie poskarży.

Czy ktoś poskarżył się na pomoc w ramach pilotażu? Jest pan zadowolony z pilotażu?

Tak, jestem zadowolony. W pilotażu jest 27 placówek odpowiadających za obszar zamieszkiwany przez trzy miliony Polaków [ok. 10 proc. dorosłych mieszkańców Polski – przyp. red.], a nie było ani jednej skargi. Chyba że uwzględnimy zażalenia z Warszawy, które w rzeczywistości pokazują, jak potrzebny jest pilotaż. Przykłady? Pacjenci z warszawskiej Białoleki zgłaszali, że nie mogą się leczyć w centrum na Targówku, a chcieli być tam leczeni, choć w ramach pilotażu odpowiada ono tylko za swoją dzielnicę. Z kolei na Mokotowie w pierwszych tygodniach działania punkty koordynacyjno-zgłoszeniowe przeżywały prawdziwe obłożenie, co było wynikiem wcześniejszych trudności w dostępie

**LEKARSKIE GRAFIKI PRZYJĘĆ
SĄ SZYBKO WYPEŁNIANE**

NA WIELE TYGODNI DO PRZODU,

A TO OZNACZA, ŻE W PRZYCHODNI

NIE MA ZWYKLE WOLNEGO OKIENKA

DLA NIEZAPISANYCH

WCZEŚNIEJ PACJENTÓW.

W EFEKCIE CHORZY TRAFIAJĄ DO SZPITALI

do opieki i nagromadzenia potrzeb. Pomoc w centrum zdrowia psychicznego to także nowe formy, z którymi polscy pacjenci nie mieli dotąd do czynienia. Jak to wygląda? Zaczyna się od rozmowy w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym, w którym pracownicy merytoryczni, a nie administracyjni, np. psychologowie, pielęgniarki psychiatryczne czy terapeuci środowiskowi, wysłuchują pacjenta, udzielają mu potrzebnych informacji, a także wstępnie oceniają potrzeby zdrowotne i jeśli pomoc jest potrzebna pilnie, gwarantują dostęp do leczenia nie później niż w ciągu trzech dni. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia o pilotażu określony jest nieprzekraczalny termin udzielenia pomocy. W przypadkach pilnych – 72 godziny od zgłoszenia. Z danych przekazanych z centrów wynika, że termin jest przestrzegany. Do punktu pomocy można się zgłosić każdego dnia roboczego między godziną 8 a 18. Bez wcześniejszego umawiania się. Może przyjść także osoba bliska, członek rodziny, aby zasięgnąć informacji o możliwościach uzyskania pomocy. To rewolucja. Dodam, że pacjenci objęci opieką długoterminową mają swoich koordynatorów opieki. Kiedy rozpoczął się pilotaż, niedowiarkowie zapowiadali, że w przypadku wspólnego budżetu na poradnię, oddział dzienny, oddział szpitalny i zespół środowiskowy zabraknie motywacji do przyjmowania pacjentów i spadnie liczba usług, co się nie potwierdziło. Z danych pokazanych na ostatniej konferencji ze Szpitala Wolskiego w Warszawie wynika, że liczba świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych wzrosła o ponad 5 proc. i na dodatek są one obecnie lepiej rozdysponowywane. Z innych ośrodków otrzymujemy podobne sygnały.

Na jakie problemy natrafiono podczas pilotażu?

Pojawiły się np. kłopoty sprawozdawcze, a także rozliczeniowe związane z migracją pacjentów, które – mówiąc eufemistycznie – są skutkiem tego, że pilotaż nie znalazł, jak się wydaje, sympatyków w NFZ. Nie ma tam entuzjazmu lub chociażby życzliwej neutralności. Chcielibyśmy się zmagać z rzeczywistymi problemami,

**CHCIELIBYŚMY SIĘ ZMAGAĆ
Z RZECZYWISTYMI PROBLEMAMI,
A NIE Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA**



PAP/Paweł Superniak

**W PILOTAŻU JEST 27 PLACÓWEK
ODPOWIADAJĄCYCH ZA OBSZAR
ZAMIESZKIWANY PRZEZ
TRZY MILIONY POLAKÓW,
A NIE BYŁO ANI JEDNEJ SKARGI**

a nie z NFZ – instytucją, która w końcu odpowiada za to, żebyśmy mieli jak najlepszą opiekę zdrowotną.

Tak pan to odbiera?

Tak. Oficjalnie wszyscy przyznają, że pilotaż to słuszna inicjatywa, ale działania nie zawsze to potwierdzają.

Czyli rozporządzenie Ministra Zdrowia o pilotażu jest zbyt ogólne?

Rozporządzenie na pierwszym etapie wydawało się odpowiednie, ale kiedy nie wszyscy grają na tej samej częstotliwości, nie dostroili instrumentów, to siłą rzeczy zaczyna zgrzytać.

Nie dostroili instrumentów na poziomie wojewódzkim czy centralnym?

Zarówno na poziomie centrali, jak i niektórych oddziałów wojewódzkich.

Pytanie – dlaczego?

To chyba przywiązanie do dotychczasowego systemu punktów, produktów rozliczeniowych, wycen, limitów. Już od 20 lat funkcjonujemy w ramach reguł rynku wewnętrznego i nauczyliśmy się z nim żyć. Zarówno placówki zdrowotne, jak i płatnik. Liczą się wykonane procedury i wynik finansowy, a pacjent to tylko anonimowy numer PESEL. Funkcjonujący model to też narastająca biurokratyzacja i złudzenie, że w ten sposób uda się zapanować nad systemem. Jak widać, płatnikowi trudno się z tym rozstać.

A czy jest entuzjazm ze strony Ministerstwa Zdrowia?

Można tak powiedzieć. Jest rozumienie problemu i chęć wprowadzenia zmian. W sprawę jest zaangażowany wiceminister Zbigniew Król. Zwykle narzeka się na Ministerstwo Zdrowia, ale w tym przypadku jest oczywiste, że bez resortu pilotażu by nie było. Zapowiedziano nowelizację rozporządzenia pilotażowego wynikającą z doświadczeń pierwszych miesięcy. W czerwcu mają się odbyć konsultacje, we wrześniu ma wejść w życie. Powinno być łatwiej.

Czy zatem można się spodziewać większych pieniędzy na psychiatrię? Bo nie tylko ze sposobem finansowania jest kłopot, ale także z wielkością. Jaki procent z wydatków na ochronę zdrowia przypada na psychiatrię?

Obecnie na psychiatrię wydajemy 3,4 proc. wszystkich pieniędzy przeznaczonych na leczenie, a powinniśmy co najmniej dwa razy więcej. W Niemczech ten odsetek wynosi 14 proc. Czy będzie więcej, czy będzie lepiej? To zależy od polityków. Lecznictwo psychiatryczne jest dziedziną szczególnie zaniedbaną, można powiedzieć, że dyskryminowaną. Potrzeba ok. 800 mln zł na przekształcenie psychiatrii dla dorosłych i dodatkowo 250 mln zł na opiekę psychiatryczną nad dziećmi i młodzieżą. Te pieniądze pozwoliłyby osiągnąć minimalny poziom zaspokojenia potrzeb społecznych. Biorąc pod uwagę poziom wydatków NFZ na leczenie, to nie jest dużo, ale do tej pory zawsze wygrywały w medycynie inne dziedziny.

Program skończy się za trzy lata. Co potem?

Niewykluczone, że jeszcze w tym roku do pilotażu dołączy kolejnych kilkanaście placówek. Co za trzy lata? Albo dalsze rozszerzanie programu, albo zmiana systemu, czyli 300–350 centrów w całym kraju.

Rozmawiał Krystian Lurka