

Odwoływanie się do autorytetów w polskim życiu publicznym jest fatalne. Prawdziwość sądów weryfikuje się, odwołując się do autorytetu. To tragedia polskiego myślenia.

(Jarosław Kaczyński, premier RP. *Rzeczpospolita*, 12–13 maja 2007 r.)

Polemika: zastępca dyrektora ds. analiz Agencji Oceny Technologii Medycznych odpowiada Jarosławowi Fedorowskiemu

foto: Archiwum Autora

Szamani o koszyku

Norbert Wilk



W sklepie wójtowski koszyk świadczeń podstawowych

Koszyk do kosza

W tym numerze Menedżera Zdrowia...



Z dużym zainteresowaniem, ale i z rosnącym zdziwieniem, przeczytałem w majowym numerze *Menedżera Zdrowia* artykuł pióra Jarosława Fedorowskiego, pod wiele mówiącym tytułem *Koszyk do kosza*. Jako zastępca dyrektora Agencji Oceny Technologii Medycznych, współuczestniczący w pracach nad koszykiem świadczeń gwarantowanych i bezpośrednio odpowiedzialny za przygotowanie rozwiązań dotyczących włączania do niego bądź wykluczania określonych

świadczeń, czuję się wywołany do tablicy. Dlatego postaram się wyjaśnić nieporozumienia, od których aż roi się we wspomnianym artykule.

Z pozycji autorytetu, a równocześnie jako osoba z doskonałą pamięcią, pan Fedorowski rozstrzyga o tym, że koszyk może być moralnie nie do przyjęcia, bo oznacza reglamentację świadczeń, jak za peerelowskich czasów niedoboru i w czasach wolnego rynku jest anachronizmem. Na szczęście, podobnie jak inni tego typu eksperci, okazuje się szamanem nieskutecznie zaklinającym rzeczywiste problemy.

Demony przeszłości

W czasach PRL faktycznie brakowało wszelkich dóbr, obecnie nazywanych konsumpcyjnymi. Było jednak coś, czego było dużo, a nawet coraz więcej. W PRL poza fabrykami zbrojeniowymi najintensywniej pracowała wytwórnia papierów wartościowych, gdzie produkowano coraz więcej coraz wyższych nominalów coraz mniej wartościowych złotych. Pan Fedorowski, prze-

prowadzając taką paralelę z okresem PRL, powinien zauważyć zasadniczą różnicę między czasami obecnymi a wywoływanymi przez niego demonami przeszłości. W naszych czasach triumfu kapitalizmu i wolnego rynku w opiece zdrowotnej niedobór nie dotyczy świadczeń, lecz pieniędzy na zapłacenie za nie.

Generalnie, podaż świadczeń zdrowotnych (czyli liczba usług, jakich można udzielić) jest proporcjonalna do wielkości przeznaczanego na nie budżetu. Oznacza to, że im więcej pieniędzy wydajemy na świadczenia, tym więcej można ich oferować. Nasz system opieki zdrowotnej nadal dźwiga pewien bagaż po czasach PRL. Jest nim infrastruktura medyczna, rozbudowana ponad potrzeby czasu pokoju. Przypomnijmy: zbudowano tak wiele placówek medycznych, aby w razie nieuchronnego przecież konfliktu zbrojnie walczącej o pokój międzynarodówki socjalistycznej z *imperializmem zachodnim* można je było przekształcić w lazarety dla wojsk Układu Warszawskiego. Dlatego problem nadpodaży świadczeń jest tak ewidentny, a dotychczasowy system finansowania świadczeń, w którym płaci się wg wyceny za każde pojedyncze raportowane świadczenie (ang. *fee-for-service*), tylko dolewa oliwy do ognia. Natychmiast pojawiają się bowiem nadwykonania, będące naturalną i zrozumiałą próbą zdobycia przez świadczeniodawców dodatkowych pieniędzy z budżetu. Już słyszę te zarzuty, że przecież świadczenia zostały wykonane, bo pacjenci ich potrzebowali. Pomijając sytuacje *kreatywnej* sprawozdawczości dla NFZ (było o nich ostatnio głośno w związku z postępowaniem CBA w szpitalu MSWiA w Warszawie), skupię się na zależności między potrzebami zdrowotnymi, popytem na świadczenia a ich podażą.

Epidemia cesarek

W opiece zdrowotnej konsumpcja pewnych świadczeń nie jest adekwatna do wielkości funduszy przeznaczonej



Fot. Corbis

„ W opiece zdrowotnej konsumpcja pewnych świadczeń nie jest adekwatna do wielkości funduszy przeznaczonych na ich sfinansowanie ”

czonych na ich sfinansowanie. Konsumpcja ta jest mało elastyczna. W efekcie powoduje to zwiększanie ich podaży, skutkujące koniecznością podnoszenia budżetu na nią przeznaczanego. Do takich świadczeń należy opieka medyczna w czasie porodu. Dlatego finansowanie jej w systemie *fee-for-service* nie rodzi *nomen omen* większych niebezpieczeństw, bo nikt przy zdrowych zmysłach nie będzie udzielał świadczeń związanych z porodem osobie niebędącej w ciąży. Co więcej, taki system finansowania porodu powoduje, że świadczeniodawcom zależy na przekonaniu do skorzystania z ich opieki każdej kobiety w ciąży, co wydaje się przy naszym kulcie młodości i dzieci w pełni akceptowane społecznie (a jeśli oferta świadczeń dla młodych matek zostanie przygotowana racjonalnie, najprawdopodobniej będzie to korzystne i dla nich, i dla ich dzieci). Równocześnie generuje zdrową konkurencję, m.in. jeśli chodzi o jakość świadczeń oraz sposób traktowania pacjentki i całej powiększającej się rodziny. Uśmiech znacznie częściej pojawia się na twarzach lekarzy, pielęgniarek i persone-

obie procedury dają świadczeniodawcy jednakowy poziom dochodu, czyli różnicy pomiędzy przychodem – kwotą, jaką otrzyma z NFZ a kosztami przez niego ponoszonymi, wybierze rodzaj porodu zgodnie ze wskazaniami medycznymi, uwzględniając w miarę możliwości pozamedyczne życzenia pacjentki lub jej rodziny. Jeżeli jednak cesarskie cięcie będzie przynosić świadczeniodawcy znacznie większy dochód, wtedy może się pojawić tendencja do częstszego wykonywania cesarskich cięć niż wynikałoby to ze wskazań medycznych (a nawet życzeń pacjentek). Po prostu niezdecydowane, poszukujące rozwiania własnych obaw i rozterek, mogą zostać utwierdzone w wyborze cesarskiego cięcia.

Jak widać, na konsumpcję świadczeń opieki zdrowotnej w bardzo skomplikowany sposób wpływa wiele czynników. Ponieważ pieniądze, jakie można przeznaczyć na świadczenia, zawsze będą ograniczone, należy dbać o to, by finansowane z nich świadczenia przynosiły jak najwięcej korzyści zdrowotnych i to w wymiarze populacyjnym (zdrowia wszystkich ubezpieczonych w ra-

” Elementami nowego systemu są m.in. kryteria włączenia i wykluczenia świadczeń. Właściwie stosowane zagwarantują opłacanie tego, co jest warte finansowania z pieniędzy publicznych ”

lu pomocniczego porodówek, a i obecność męża lub innej osoby bliskiej przy porodzie nie jest już luksusem, dostępnym nielicznym i dobrze ustawionym.

Inaczej rzecz się ma np. ze sposobem przyjścia dziecka na świat. Na to, czy poród odbędzie się siłami natury, czy przez cesarskie cięcie, ma wpływ o wiele więcej czynników niż tylko wskazania medyczne do cesarskiego cięcia (o których można poczytać w wiarygodnych wytycznych praktyki klinicznej). Pojawiają się bowiem czynniki związane ze stylem życia. Obowiązujący model hedonistycznej konsumpcji i imperatyw bezbolesnego przejścia przez życie (prowadzący w skrajnych wypadkach do legalizacji eutanazji) powoduje niechęć pacjentek do bolesnego i nieraz długotrwałego porodu naturalnego. Zastanawiające jest, że na szczęście rzadko do cesarskiego cięcia kobiety przekonują mężowie, ale ich motywacji wolałbym tutaj nie dociekać. W Wielkiej Brytanii podobną do naszej *epidemię cesarskich cięć* obserwowano kilka lat temu – ukuto nawet powiedzenie *too push to push*, co w wolnym tłumaczeniu znaczy *zbytνια modnisia, żeby przeć dzisiaj*.

Parcie na koszty

Skoro zidentyfikowaliśmy dwie grupy czynników wpływających na wybór między porodem naturalnym a cesarskim cięciem, pora powiedzieć o trzeciej. Jeżeli

mach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego), a nie wyłącznie indywidualnym. Koszyk nie ma więc na celu reglamentacji czegokolwiek, tylko racjonalizację decyzji o finansowaniu świadczeń z funduszy publicznych.

Kryterium wykluczenia

Elementami nowego systemu są m.in. kryteria włączenia i wykluczenia świadczeń z koszyka, zawarte w zarządzeniu nr 20 dyrektora Agencji Oceny Technologii Medycznych (pełny tekst dostępny na stronie www.aotm.gov.pl). Właściwie stosowane, w połączeniu z oparciem decyzji na wiarygodnych i kompletnych dowodach naukowych (zgodnych z wytycznymi przeprowadzania ocen technologii medycznych, a nie tylko na opinii autorytetów), gwarantują opłacanie tego, co jest warte finansowania z pieniędzy publicznych. Zarazem pozwalają uniknąć wydatków na procedury, które nie są warte coraz większych pieniędzy, jakich żądają producenci. Nie wszystko złoto, co się świeci, nie wszystko, co nowe, jest lepsze od dotychczasowego. Takie podejście odzwierciedla zdrowy sceptycyzm, zamiast proponowanego przez pana Fedorowskiego niezdrowego entuzjazmu albo wręcz przemilczania kwestii różnej skuteczności, bezpieczeństwa i relacji kosztów do efektów świadczeń, które przecież byłyby *de facto* finansowane w jego populacyjnym modelu koszyka. W odniesie-

niu do wydawania pieniędzy publicznych decydent powinien być wierny zasadzie: *dopóki nie zostanie udowodnione inaczej, dopóty wiem tyle, że dane świadczenie nie jest bezpieczne, efektywne, relacja kosztów do efektu zdrowotnego nie jest do zaakceptowania, ergo finansowanie danej technologii medycznej z funduszy publicznych nie znajduje uzasadnienia.*

Chwytnie się brzytwy

W koncepcji pana Fedorowskiego finansowane musiałyby być takie cuda, jak np. klawiterapia – odmiana akupunktury autorstwa pewnego doktora psychologii lub inne wynalazki medycyny alternatywnej. Bo przecież *trzeba myśleć kryteriami chorego*. Niestety, chory potrafi również chwycić się brzytwy, kiedy np. płaci horrendalne kwoty za mętny eliksirek w nadziei, że pomoże on zwalczyć raka. Takie sytuacje wymuszają konieczność oparcia się na kompletnych i wiarygodnych dowodach naukowych w procesach decyzyjnych w medycynie (zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i bezpośrednio przy łóżku chorego).

Pan Fedorowski skupia się na opisie rozwiązań, wprawdzie istotnych i ważnych, ale nierozwiązujących przedstawionych przez mnie problemów, których sam powinien być świadom. Dopiero wprowadzane rozwiązania mogą wraz z innymi koniecznymi zmianami w niezbędnym zakresie racjonalizować nasz system opieki zdrowotnej. Używajmy rozumu tam, gdzie tylko to możliwe, a emocje pozostawmy w sprawach, gdzie rozum nijak nie poradzi.

Cynicznym handlarzom fałszywej nadziei na wyzdrowienie musimy maksymalnie utrudnić żonglowanie życiem zdesperowanych pacjentów. Do tego, żeby robić to w sposób cywilizowany, potrzebna jest akceptacja i wspólne wzmocnienie należytej roli dowodów naukowych w medycynie. To dlatego dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych przekonał mini-

stra zdrowia do sfinansowania *Narodowego dostępu do Biblioteki Cochrane*, najbardziej znanego na świecie źródła kompletnych i wiarygodnych dowodów naukowych. Wszystko po to, aby mógł z niej korzystać każdy lekarz i pielęgniarka, ba, każdy obywatel Rzeczypospolitej Polskiej. To dlatego również ogłosiliśmy konkurs *Dowody naukowe? Tak, korzystam*, w którym dzięki wykorzystaniu kompletnych i wiarygodnych dowodów naukowych można nie tylko wynieść własną praktykę medyczną na wyższy poziom, ale przesyłając do nas opis tych zdarzeń wygrać 10 tys. zł (tyle wynosi główna nagroda).

Moralizatorom ku przestrodze

Na zakończenie pozwolę sobie na cytaty ze źródła, które nie mówi wiele o sposobie organizacji opieki zdrowotnej. Czytanie tego tekstu byłoby jednak wskazane dla autorytetów (skłonnych do umoralniania innych), które w dyskusji nad koszykiem podnoszą bezpodstawnie, a nawet wbrew faktom, argumenty o niemoralności rozwiązań koszykowych: *Odrzekł mu Jezus: Jeżeli źle powiedziałem, udowodnij, co było złego. A jeżeli dobrze, to dlaczego mnie bijesz?* (Ewangelia wg św. Jana 18:23).

Nieśmiało liczę na to, że pomimo swej marności, dostąpię szacunku dowiedzenia mi błędów, które popełniłem w powyższym rozumowaniu. Korzystanie z dowodów naukowych i innych wiarygodnych źródeł oraz prowadzenie opartego na faktach logicznego rozumowania, a nie tylko emocjonalne rozkręcanie *antykoszykowej histerii*, nawet w tekstach niekoniecznie *stricte* naukowych, uważam za oczywisty wymóg naszych czasów. Wymóg, który dla tego typu dyskusji od dawna obowiązuje w krajach zachodnich, dopiero zaczyna obowiązywać w naszej wolnej i uwalniającej się od stereotypów Polsce.

Norbert Wilk
jest zastępcą dyrektora ds. analiz
Agencji Oceny Technologii Medycznych