

W polskiej praktyce nie ma równego dostępu do świadczeń zdrowotnych

# Iluzja solidaryzmu

Robert Mołdach



Dzięki konstytucyjnemu wsparciu równy dostęp do świadczeń medycznych finansowanych z pieniędzy publicznych jest postulatem tworzącym podwaliny solidarnościowego modelu opieki zdrowotnej. Postulat ten rodzi dwa pytania – czy faktycznie go przestrzegamy i jaka jest granica tak opisanego solidaryzmu. Czy rzeczywiście ma polegać na tym, że tym, którzy chcieliby, ogranicza się prawo dopłaty do wyższej jakości? To przecież zasada równania w dół, nie solidaryzmu.

Uważam, że zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych jest przestrzegana w marginalnym stopniu. Jest fasadą, za którą kryją się rzeczywiste, odmienne reguły organizacji świadczeń i dostępu do opieki medycznej. Zasada ta jest natomiast wdzięcznym i chętnie stosowanym narzędziem gry politycznej, pozwalającym skutecznie torpedować wszelkie próby reformowania systemu finan-

sowania opieki zdrowotnej i pozyskiwać głosy nieświadomych swej sytuacji pacjentów.

## Czy mamy równy dostęp

W dyskusji o równym dostępie pomińmy argumenty tak trywialne, jak miejsce zamieszkania czy liczba lekarzy określonej specjalności na danym terenie. Skupmy uwagę na jakości opieki. Nawet jeśli przyjąć, że wszyscy

w kraju uzyskują pomoc medyczną w czasie i w miejscu, które nikogo bez medycznego uzasadnienia nie wyróżnia, stawiam pytanie o jakość tej opieki. Czy można mówić o równym dostępie do świadczeń, jeśli chorzy są leczeni w placówkach różniących się częstością zakażeń szpitalnych, powikłań, reoperacji, readmisji i dziesiątkami innych obiektywnych mierników jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta? Nie może być mowy o równym dostępie do świadczeń, gdy występuje istotne zróżnicowanie jakości opieki, którego pacjent nie jest świadomy. To tak, jakby państwo zapewniało obywatelom z pieniędzy publicznych darmowy wypoczynek, przy czym nikt nie mógłby porównać, w jakich warunkach wypoczywają jego sąsiedzi. Informacja, że jedni spędzają wakacje w hotelu z dwoma gwiazdkami, inni z trzema, a pozostali mają do dyspozycji czterogwiazdkowe apartamenty, byłaby dostępna tylko dla wąskiego grona decydentów organizujących turystykę. Aż trudno sobie wyobrazić zamieszanie, jakie by powstało, gdyby wiedza o różnicach w jakości wyszła na jaw. W medycynie nie chodzi oczywiście o jakość samego pobytu, choć ta też ma znaczenie, lecz o efekty leczenia. W działaniu kolejnych rządów trudno dostrzec determinację w dążeniu do ujawnienia szerokiemu audytorium obiektywnej wiedzy o jakości leczenia w poszczególnych ośrodkach. Istotne są konsekwencje takiego zaniechania czy – jak kto woli – przyjęcia innych priorytetów. Pacjent, który nie ma wiedzy o jakości, nie może podjąć świadomej decyzji, co powoduje, że zasada solidaryzmu w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej jest zbiorową iluzją. Mamy prawo wybrać ośrodek medyczny. Mamy prawo do wiedzy o długości kolejki oczekujących. Ale nie mamy prawa porównać skuteczności leczenia i bezpieczeństwa opieki. Twierdzę, że nie jest to ani normalna, ani sprawiedliwa sytuacja.

### Prawo do świadomej decyzji zdrowotnej

Kluczem do wyjścia z pułapki nieświadomości jest zaakceptowanie faktu, że nie ma możliwości zapewnienia wszystkim jednakowych warunków opieki zdrowotnej. Państwo może i powinno gwarantować minimalne warunki udzielania świadczeń, co *de facto* czyni. Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych określają warunki realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń. Co do zasady są to warunki minimalne. Informacja o nich jest jawna. Podążając dalej tropem jakości – prezes NFZ określa poprzez zarządzenia kryteria oceny ofert w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Kryteria te także są jawne. Od tego momentu jednak nie jest podawana publicznie żadna kolejna informacja o faktycznym poziomie organizacji opieki zdrowotnej w poszczególnych placówkach ani tym bardziej o efektach klinicznych leczenia i poziomie bezpieczeństwa pacjenta. Certyfikat akredytacyjny czy ISO wskazują co prawda na wyższą jakość, nie ma jednak cech ilościowych dających podstawę do rankingu ośrodków.

Tajemnicą jest wynik punktacji konkursowej, co wskazywałoby konkretne placówki, a także sprawozdane przez świadczeniodawców dane rozliczeniowe. Po odpowiednim opracowaniu są to dane o największym znaczeniu dla zrozumienia zróżnicowanej jakości świadczeń. Pomijając perypetie sądowych zmagania o dostęp do informacji o złożonych ofertach podmiotów uczestniczących w konkursach, trudno uzyskać od NFZ inne informacje mogące wskazywać na jakość opieki. Pracodawcom RP fundusz odmówił udostępnienia na zasadach zapytania

„ Czy można mówić o równym dostępie do świadczeń, jeśli chorzy są leczeni w placówkach różniących się częstością występowania zakażeń szpitalnych, liczbą powikłań i readmisji? „

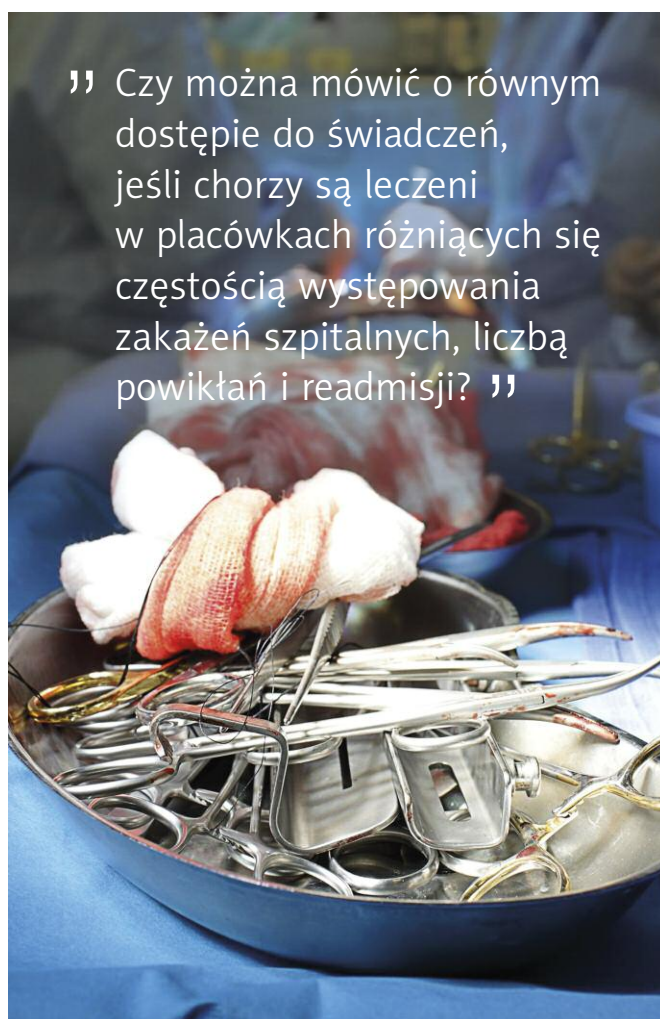


foto. 123RF

o informację publiczną danych o kontynuacji leczenia w innym szpitalu, co pozwalałoby w pewnym wymiarze ocenić skuteczność leczenia. Można odnieść wrażenie, że jakość opieki zdrowotnej w poszczególnych placówkach jest w Polsce informacją tabu. Pomijając NFZ – powołane do oceny jakości Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia także nie ujawnia danych o liczbie punktów uzyskanych przez szpital w trakcie audytu akredytacyjnego. Prowadzone z kolei przez niektóre towarzystwa naukowe rejestry medyczne, dające podstawę do sformułowania mierników jakości i efektów klinicznych, także pozostają wewnętrzną sprawą środowisk, których



„ Nie da się dłużej bronić fikcji, że w ochronie zdrowia można wszystko zapewnić wszystkim „

„ Zasada solidaryzmu jest wdzięcznym i chętnie stosowanym narzędziem gry politycznej, pozwalającym skutecznie torpedować wszelkie próby reformowania systemu finansowania opieki zdrowotnej „

dane te dotyczą. Sprawa ma szerszy kontekst. W kraju nie są implementowane istniejące miary jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów. Referencyjne panele mierników sygnowane przez AHRQ, OECD czy WHO z trudem przebijają sobie w Polsce drogę. Niewiele pomaga zalecenie Rady Europy 2009/C 151/01 w kwestiach ogólnego bezpieczeństwa pacjentów, które wyraźnie rekomenduje państwom członkowskim klasyfikację i pomiar bezpieczeństwa pacjentów. Ustawa o jakości w ochronie zdrowia wprowadzająca w życie te rekomendacje oczekuje w poczekalni od paru lat.

### Pacjent ubezwłasnowolniony

Co może w takim wypadku zrobić pacjent? Niewiele. Jest co prawda w stanie formułować pewne subiektywne oceny, ale nie mogą one być podstawą do metodologicznej, obiektywnej, opartej na faktach oceny jakości leczenia. Nie wolno akceptować takiej sytuacji. Pacjent powinien być traktowany podmiotowo i dokonywać wyboru świadczeniodawcy na podstawie obiektywnych przesłanek. Taki proces nazywamy świadomą decyzją zdrowotną. Organizator systemu ochrony zdrowia powinien udostępniać czytelną informację o jakości opieki, aby umożliwić tę decyzję. Popularność ośrodka czy podszeptywane rekomendacje nie powinny mieć istotnego wpływu na wybór. Jego podstawą winna być rzetelna informacja o jakości opieki. Tylko poprzez udostępnianie danych o jakości w określonych z imienia placówkach może być spełniony konstytucyjny obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń. A skoro pacjent nie ma takiej wiedzy, nie można mówić o tym, że w Polsce respektuje się prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych. Poziom świadczeń jest różny, a przedmiotowo traktowany pacjent nie ma tego pełnej świadomości. Nie wystarczy kontrolowanie samej kolejki, trzeba też zapytać: „za czym kolejka ta stoi?”.

## Prawo do wyższej jakości

Brak informacji o jakości opieki wywołuje dalej idące reperkusje. Uważam, że sprzeciw wobec możliwości wnoszenia przez pacjentów dopłaty do świadczeń o podwyższonej jakości w dużej mierze jest powodowany obawą o podanie do wiadomości publicznej, że jakość opieki w różnych placówkach może się istotnie różnić. To zburzyłoby spokojny sen niejednemu podmiotowi tworzącemu. Jeśli bowiem przyjąć, że jakość opieki jest jednakowa, to po co dopłacać, skoro wszyscy mają ją zapewnioną i tak na najwyższym poziomie? Wydaje się, że konstytucyjny solidaryzm w dziedzinie dostępu do świadczeń jest traktowany jako pretekst do tego, aby kwestie jakości i dopłat odsunąć na plan dalszy. Politycy powinni mieć odwagę przyznać, że w dobie starzejącego się społeczeństwa i rosnących kosztów technologii medycznych państwa nie stać na to, by nieustannie nadążać za rosnącym potencjałem jakości w ochronie zdrowia. Już dziś wiele ośrodków płaci wysoką cenę za spełnianie kolejnych wymagań narodowego płatnika i regulatora. Jeśli szpital wyda pieniądze na kolejne elementy żądanej przez płatnika obsady i infrastruktury medycznej, zabraknie ich na ratowanie zdrowia i życia. Poza świadczeniami ratującymi życie, opieką nad dziećmi, kobietami ciężarnymi, osobami niepełnosprawnymi i w podeszłym wieku, ograniczone fundusze publiczne winny zapewniać bazowy poziom jakości opieki. Bazy – nie znaczy najniższy, ale też nie najwyższy możliwy. Wynika on z rachunku – nie z populizmu.

## Obrońcy fikcji

Nie da się dalej bronić fikcji, że w ochronie zdrowia można wszystko zapewnić wszystkim. Nie wystarczy podnieść składkę zdrowotną lub przekształcić szpitale w spółki kapitałowe. Należy jasno określić, jaki poziom jakości, a nie tylko zakres świadczeń, jest gwarantowany w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Konsekwentnie należy umożliwić pacjentom podnoszenie standardu opieki, jeśli tylko mają taką wolę i potencjał finansowy. Czy takie rozwiązanie prowadzi do spolaryzowania społeczeństwa? Nie. Poziom dochódów społeczeństwa i tak jest już zróżnicowany, a przyznanie się do tego niczego nie zmieni. Ci, których na to stać, znajdują sposób, aby zapewnić sobie lub najbliższym wyższą jakość opieki – leczą się prywatnie, odwiedzają gabinety lekarzy klinicystów, wybierają w szpitalach wyższy standard pobytu, na własną rękę wykonują zalecane analizy lekarskie, opłacają badania diagnostyki obrazowej, na które musieliby czekać w kolejce, organizują indywidualnie pielęgniarzkę dyżurującą przy łóżku chorego, finansują spersonalizowaną opiekę hospicyjną osobom w stanie paliatywnym, kupują leki spoza listy leków refundowanych i nie rezygnują z wykupienia tych ordynowanych przez lekarza, bo nie starcza im na życie. To rzeczywistość, która nas otacza tu i teraz. Nie jest nie-

skończenie solidarna. Zaklinanie, że jest inaczej, i kwestionowanie prawa do dopłat za leczenie szpitalne, to przejaw obłudy. Nie twierdzę, że przechodzę obojętnie obok zróżnicowanej sytuacji pacjentów, ale nie ma we mnie zgody na wyrównywanie ich szans poprzez zaprzeczanie preferencjom i prawom konsumenckim. Jeśli naprawdę nie chcemy takiego zróżnicowania, to nic prostszego, jak wprowadzić stuprocentową refundację leków, zakazać zakupu świadczeń z pieniędzy prywatnych oraz postawić w każdym gabinecie trójki społeczne, aby pilnowały, czy nie dochodzi do wręczania korzyści. Idealizm nie jest przepisem na szczęśliwość. Równowaga między prawdą i pragmatyzmem daje natomiast taką szansę.

## Ograniczanie popytu

Nie znam pacjentów, którzy zgłaszałiby się do szpitala, aby tam pomieszkać. Owszem, są rodziny oddające osoby starsze na internę, by wyjechać na wakacje. Państwo nie powinno jednak rozwiązywać takich problemów, wprowadzając ograniczające popyt współpłacenie za leczenie szpitalne. Pozostaje jeszcze system kartkowy. A na poważnie – opłata pobytowa stanowi ukrytą formę podniesienia składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, płatne tym razem bezpośrednio u świadczeniodawcy. Przeczy zasadzie solidaryzmu, gdyż wnoszą ją chorzy, a nie wszyscy obywatele. Prowadzi to do obniżenia poziomu zdrowotności społeczeństwa, gdyż dla części chorych będzie ona barierą nie do pokonania lub zostanie okupiona oszczędnościami w innych istotnych obszarach życia, np. jakości posiłków.

Mając na uwadze zasadę solidaryzmu i obszary ubóstwa, jestem przeciwny opłacie pobytowej za leczenie szpitalne. Jeśli taka konieczność wynikałaby z rachunku, to lepiej nazwać problem po imieniu i podnieść składkę zdrowotną. Kluczowym zadaniem winno być zdefiniowanie koszyka świadczeń i jakości opieki, która zapewni bezpieczeństwo i komfort zdrowotny na poziomie wyznaczonym możliwościami budżetu państwa. Wysokość składki zdrowotnej powinna wyjść z rachunku, a nie stanowić punkt wyjścia do dyskusji o koszyku świadczeń. Przy tak ustalonej składce będzie wiadomo, jakie świadczenia, w jakim standardzie jakości ona obejmuje. Pacjent powinien mieć możliwość dopłaty za wyższe jakościowo składniki świadczenia szpitalnego ponad zdefiniowany standard, a nie być zobowiązany wnosić obowiązkową dopłatę bezpośrednią za usługi o niedookreślonym poziomie jakości.

Solidaryzm nie polega na tym, że ogranicza się prawo dopłaty do świadczeń wyższej jakości tym, którzy mogą sobie na to pozwolić, a tych, których na to nie stać, zmusza się do opłat pobytowych, za którymi nie kryje się dodatkowa korzyść. Solidaryzm to współodpowiedzialność za nazwane świadczenia zdrowotne spełniające określone standardy, którą wspiera demokratyczne prawo do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych. ■