

Interesy polskich pacjentów w naprawdę głębokim poważaniu

**PACJENT,**

**CZYLI NIKT**

Na polski system ochrony zdrowia można patrzeć z troską, ze świadomością potrzeby reform, ale można i z podziwem. Bo jest bardzo odporny na krytykę, bo jako tako zabezpiecza interesy wszystkich zainteresowanych, z wyjątkiem pacjenta.

Kiedy mowa o systemie ochrony zdrowia w Polsce, politycy mają pełne usta frazesów o tym, że największe znaczenie ma dla nich dobro pacjenta. Rządzące obecnie partie w trakcie kampanii wyborczej głosiły, jako jedną z naczelných zasad, że „pieniądze powinny iść za pacjentem”. W domyśle: pieniądze powinny trafiać tam, gdzie są największe potrzeby, gdzie najlepiej leczą. Co z tego zostało? Dyskusje o finansowaniu, limitach, punktach, niuansach, o mechanizmach systemu. Dyskusje całkowicie pozbawione perspektywy jakości leczenia i dobra pacjenta. Politycy wykonują systemowe łamańce, aby tylko nie przekroczyć budżetu przeznaczanego na tę nieprodukcyjną sferę budżetu. Wymyślają różne „eWUS-ie”, nadwykonania, opracowują ciągle nowe raporty, z których wynika mniej więcej to samo, co ze starych. A gdy sami zachorują? Od razu zwracają się do znajomych medyków i idą zupełnie inną ścieżką leczenia. Ścieżką prywatną, w publicznej służbie zdrowia.

Polski pacjent to frazes, bezosobowa figura, chochoł, którym każdy polityk wyciera sobie usta, ale tak na-

prawdę jego interes ma... no właśnie, w tzw. głębokim poważaniu. A przepraszam, zdarza się czasami, że pacjent staje się najważniejszy. Najczęściej wtedy, gdy jakąś tragedię w pobliżu szpitala pokaże telewizja. Wtedy natychmiast zbierają się mądre gremia i od razu reformują wybrany element systemu, nie bacząc zresztą na to, że często te reformy rujnują inne, wypracowane wcześniej schematy. Ale cóż, reakcja na krytykę mediów musi być szybka i systemowa.

W efekcie – jak mówi znany profesor – system potrafi polskiemu pacjentowi uratować życie, gdy się coś nagłego stanie, ale wyleczyć... to już często się nie da, a jeśli – to drogo, długo i nieefektywnie. Jak pokazują bezwzględne statystyki, nasze kolejne rządy przeznaczają na leczenie jedną z najniższych kwot (licząc i procentowo, i w wartościach bezwzględnych) w Europie. Nasi pacjenci są w grupie tych obywateli, którzy muszą najczęściej dopłacać do leków. A leczący ich lekarze w coraz większym stopniu są pozbawieni nowoczesnych leków, które mają do dyspozycji ich koledzy w innych krajach Europy.



**ŻEBY OTRZYMAĆ  
ODPOWIEDNIĄ POMOC,  
PACJENT MUSI NAJPIERW  
ZOSTAĆ DOPROWADZONY  
DO CIĘŻKIEGO STANU.  
NA TYLE CIĘŻKIEGO,  
BY ZYSKAĆ  
ARGUMENT DLA NFZ,  
ŻE PODJĘTO LECZENIE  
W CELU RATOWANIA  
ŻYCIA**

Już przy pierwszym kontakcie z systemem polski pacjent dostaje w skórę: bo stawka kapitacyjna nie pozwala lekarzowi rodzinnemu zapewnić pacjentowi szybkiej i nowoczesnej diagnostyki. Kolejne szczeble to kolejne absurdalne bariery: limity, kolejki, brak dostępu do nowoczesnych leków, do nowoczesnych materiałów medycznych,

wreszcie do rehabilitacji. Wystarczy rzut oka na tę pobieżną listę, by zrozumieć, że problemy polskiego pacjenta to nie problemy nowoczesnego Europejczyka. To problemy typowe dla pacjentów z krajów Trzeciego Świata.

Redakcja

### **Bożena Janicka**

– prezes Porozumienia  
Pracodawców Ochrony Zdrowia

W systemie opieki zdrowotnej pacjent nie jest traktowany jako najważniejszy uczestnik, nie zabiega się niego i nie edukuje go. Problem ten wynika z zaszczości, ponieważ system ten zbudowano, opierając się na szpitalach i specjalistycy. Przekłada się to obecnie na ogromne kolejki, przez co pacjent czuje się źle i jest zagubiony. Moim zdaniem, trzeba postawić na POZ. Pacjent w naszym gabinecie nie jest numerkiem, lecz osobą dobrze znaną. Czy dzięki otwarciu na Unię Europejską docenimy POZ? Liczę, że tak, że popatrzymy na systemy europejskie i zauważymy, co można zrobić w podstawowej opiece zdrowotnej, by rozładować system kolejkowy, który jest poważnym problemem dla pacjentów.

W naszym systemie preferowane jest niewydolne leczenie specjalistyczno-szpitalne z określoną liczbą



foto: PAP/Łuszek-Szymański

łóżek i pieniędzy. Od lat mówimy, że sytuację poprawiłoby rozszerzenie zakresu świadczeń w POZ. Muszę na przykład skierować pacjenta do kardiologa na tzw. echo serca. Sama nie mogę przeprowadzić tego badania, mimo że to mnie są potrzebne jego wyniki, nie kardiologowi. Dlaczego nie skrócić tej drogi, nie przesunąć części procedur do POZ? Na świecie badania USG, hormonów, przeciwciał

są przeprowadzane w POZ. Do specjalisty pacjent powinien trafiać wtedy, gdy potrzebuje np. biopsji czy niecharakterystycznego leczenia. Do przeprowadzenia zmian potrzebna jest wizja polityków. Trzeba też urealnić kolejki oraz dokonać zmian finansowych i organizacyjnych w systemie – dostosować go do pacjenta, aby mógł jak najszybciej korzystać z opieki. Nasz pacjent może pozazdrościć pacjentowi europejskiemu tego, że w systemie to on jest najważniejszy, a nie instytucje.

## Krzysztof Kuszewski

były wiceminister zdrowia,  
kierownik Zakładu Organizacji  
i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa Narodowego  
Instytutu Zdrowia Publicznego  
– Państwowego Zakładu Higieny

Na pewno pacjent w rozwiniętych krajach europejskich ma się lepiej. Należy jednak zauważyć, że tam też są kolejki po 200 dni i jest też współpłatność. Pacjenci są bardziej zdyscyplinowani i pewni swych praw. Na marginesie dodam, że tam jest trzy razy więcej pieniędzy. Zmora polskiego systemu jest system punktowy lub procedury, za któ-



foto: Wojciech Okuśnik / Agencja Gazeta

rymi ginie pacjent. Liczą się pieniądze, a nie zdrowie i satysfakcja chorych. Dotyczy to wszystkiego powyżej podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie dla odmiany płaci się z góry, niezależnie od tego, co lekarz zrobił dla pacjenta. Można niczego nie robić, a pieniądze dostać. Znikł szpital, a pojawiło się przedsiębiorstwo, znikł lekarz, a pojawił się świadczeniodawca, pacjent stał się świadczeniobiorcą. Tego nie ma w żadnym innym kraju europejskim. Trzecia sprawa to przejmowanie przez system ochrony zdrowia opieki socjalnej nad ludźmi starymi i niepełnosprawnymi. W zachodniej Europie systemy socjalne są lepiej rozwinięte, tyle że budowano je latami.

## Mariusz Ignatowicz z PricewaterhouseCoopers Sp. z o.o.

Obserwując systemy brytyjski, hiszpański czy niemiecki, widzę, że pacjenci narzekają na nie podobnie jak Polacy. Należy zauważyć, że nie ma idealnego systemu, który zadowoliliby wszystkich. Zdrowie w każdym kraju jest fundamentalną sprawą i każdy ma na ten temat jakieś zdanie – zwykle negatywne. W Polsce system, zwłaszcza w ostatnim okresie, ewoluuje w kierunku, który określają oszczędności NFZ. Jeśli zaś chodzi o funkcjonowanie sfery usług medycznych, brakuje koordynacji i prowadzenia pacjenta przez system – musi radzić sobie sam. Lekarz specjalista czy lekarz pierwszego kontaktu



foto: archiwum

powinien prowadzić pacjenta, to do niego powinna trafiać informacja zwrotna o leczeniu z innych pięter opieki zdrowotnej. Tymczasem pacjenta przekazuje się z rąk do rąk, co jest marnotrawieniem pieniędzy i prowadzi do jego zagubienia w systemie. W Polsce nie ma dobrego monitoringu tego, co się dzieje z pacjentem, nie ma też dobrego schematu postępowania z pacjentem i odpowiedzialności za niego na danym poziomie systemu. To chory jest centrum informacji. Nie mam zastrzeżeń do kompetencji lekarzy i postępu w służbie zdrowia, ale uważam, że brakuje niektórych rozwiązań instytucjonalnych. Polski pacjent europejskiemu pacjentowi może m.in. pozazdrościć kierowania, kompleksowego zaopiekowania się nim przez system opieki zdrowotnej.

## Paulina Kieszkowska-Knapik

– mecenas z Baker & McKenzie,  
współzałożycielka fundacji  
Legis Pharmaciae

System opieki zdrowotnej w Polsce jest pełen hipokryzji. Teoretycznie dla osoby ubezpieczonej leczenie jest bezpłatne, ale w praktyce NFZ nie ma wystarczających funduszy do sfinansowania teoretycznie gwarantowanej terapii. Mimo upływu prawie dekady od wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r. (K 14/03) nadal nie określono wyraźnie, co pacjent może rzeczywiście (!) dostać w ramach swojej składki i w jakim czasie. W efekcie chorzy czekają na wizyty w wieloletnich kolejkach albo dostają niskiej jako-



foto: Michał Puchalski

ści usługi, albo i jedno, i drugie. Jednocześnie nawet gdyby chcieli sami sobie pomóc, nie mają takiej możliwości, bowiem NFZ zakazuje dopłat do standardu świadczeń przewyższającego finansowanie przez płatnika. Od lat czekamy na ubezpieczenia dodatkowe, które są standardem w krajach europejskich jako dopełnienie leczenia publicznego. Brak takich rozwiązań powoduje, że NFZ przesuwa swoje ubezpieczeniowe zobowiązania na szpitale, apteki i lekarzy, stosując zaniżone wyceny leczenia, limity, kary. Trwa stan ciągłego napięcia pomiędzy płatnikiem, szpitalami, lekarzami i pacjentami. To napięcie podważa zaufanie obywateli do państwa. Dopóki system nie uporządkuje tych spraw, dopóty polskiemu pacjentowi będzie daleko do europejskiego.



## Bolesław Piecha

były wiceminister zdrowia,  
senator PiS

Pacjentowi w naszym systemie ochrony zdrowia trudno dowiedzieć się cokolwiek o stanie swojego zdrowia. Nic nie wie też o dostępności świadczeń i nie rozumie, dlaczego jedni są wpisywani na listy oczekujących, a inni nie. Nie rozumie, dlaczego poddawany jest różnym szykanom, chociażby przy wydawaniu leków refundowanych w aptece, skoro to nie on zawinił i nie ma żadnego wpływu na to, że musi płacić za leki 100 proc. czy też odsyłany jest ponownie do lekarza, który – zdaniem farmaceuty – niepoprawnie wypisał receptę. Największym problemem jest jednak to, że w polskim systemie ochrony zdrowia pacjenta nie traktuje się jak partnera. To wypadkowa wielu czynników, m.in. zachłyśnięcia się materializmem i dążenia do odrobienia wieloletnich



foto: Dziaki

zaniebań płacowych w ochronie zdrowia, a jednocześnie braku interpersonalnego kontaktu pacjent – lekarz. Pacjent w Polsce nadal ma słuchać, nie dyskutować. Jest on postrzegany raczej jako przypadek, a nie jako człowiek, co wzmacnia u chorych poczucie zagubienia. Jednocześnie pacjent stał się jedynie kłopotliwym dodatkiem do coraz bardziej skomplikowanego i niedofinansowanego systemu ochrony zdrowia. Gdyby nie on, system miałby się nieźle. Z dewizy, że pieniądz idzie za pacjentem, dla chorego absolutnie nic nie wynika. Co należy zmienić? Lekarze powinni być na tyle wyedukowani, by widzieli w pacjencie partnera, a nie niewygodnego petenta dobijającego się o świadczenia zdrowotne, które są źle finansowane. Europejskim pacjentom możemy pozazdrościć tego, że nie muszą czekać na świadczenia w potężnych kolejkach i są traktowani podmiotowo.

foto: iStockphoto

## Marek Balicki

były minister zdrowia

Polski pacjent w systemie opieki zdrowotnej jest traktowany zdecydowanie gorzej niż pacjent europejski. Potwierdzają to wyniki badań, m.in. Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia. W ubiegłym roku w tym referencyjnym badaniu, wykonywanym z perspektywy pacjenta, Polska znalazła się na 27. miejscu wśród 34 państw. Tak niska pozycja oraz pogorszenie się niektórych parametrów, np. wydłużenie kolejek, musi być niepokojące. Świadczy to o tym, że chory staje się coraz mniej ważny. Bardziej istotne od niego są rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, wpisanie we właściwe rubryki odpowiednich punktów. Jednocześnie dla szpitali ważniejszy jest wynik finansowy niż efekty leczenia i dostęp pacjenta do opieki zdrowotnej. Dlaczego? Dlatego że system został tak ustawiony przez organizatora. Najwyższy czas, by dokonać całościowej oceny rozwiązań wprowadzonych wraz z kasami chorych przed 16 laty, które z różnymi modyfikacjami funkcjonują do dziś, i wyciągnąć z tego wnio-



foto: Dziaki

ski. Spraw do załatwienia tu i teraz jest bardzo wiele. W ostatniej dekadzie w Europie liczba hospitalizacji wzrosła o 3 proc., a w Polsce aż o 40 proc. Stało się tak, ponieważ systemem rozliczeń preferuje ten droższy sposób leczenia. A przecież szpitale należy odciążać i skierować znaczną grupę pacjentów do leczenia pozaszpitalnego. Jednocześnie musimy pamiętać, że nie jesteśmy bogatym krajem i powinniśmy starannie planować, jak najlepiej wykorzystać zwłaszcza drogie zasoby, czyli łóżka na poszczególnych oddziałach. Niewidzialna ręka rynku tego nie rozwiąże. Nie mamy też żadnych regulacji systemowych uniemożliwiających otwieranie wartych wiele milionów złotych placówek w miejscach, w których nie ma zapotrzebowania na oferowane przez nie usługi. Niepotrzebnie dużo energii zużywa się też na to, by sprawdzić, który z Polaków jest ubezpieczony, a który nie. Ponadto problemem jest to, że system POZ nie funkcjonuje dobrze. To jedna z przyczyn kolejek do specjalistów, obciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych i niezadowolona pacjentów.