

Chory nie chory, jeśli płaci NFZ – leczymy

Nadrozpoznanie

Czy można we współczesnej Europie wykonywać zbędne badania i przeprowadzać niepotrzebne operacje, narażając ludzi na powikłania i objawy uboczne? Czy możliwe jest takie manipulowanie wskazaniami, by pacjent otrzymał niekonieczne badanie lub zabieg, a szpital lub lekarz osiągnęli nienależne korzyści? Oczywiście!

Wyrazisty jest przykład nadrozpoznań (*overdiagnosis*) w pracy C.K. Meadora „Non disease: a problem of overdiagnosis”. Chodzi o praktykę rozpoznawania jako choroby lub wskazania czegoś, co chorobą ani wskazaniem nie jest, by usprawiedliwić podjęcie diagnostyki lub terapii. Najczęściej jest to powodowane chęcią odniesienia korzyści.

Wynajdywanie chorób

W latach 30. XX w. 1000 dzieci z nowojorskich szkół było kolejno badanych przez cztery niezależne grupy lekarzy. Pierwsza stwierdziła, że 611 dzieci ma wycięte migdałki albo są wskazania do ich wycięcia. Pozostałe 389 dzieci przebadala druga grupa lekarzy, którzy uznali, że konieczne jest wycięcie migdałków u 174 dzieci. Trzecia grupa zbadała pozostałe 215 dzieci i ustaliła, że 99 z nich powinno przejść operację. Pozostałe 116 dzieci zbadała czwarta grupa lekarzy i zaleciła operację w 65 wypadkach. Z 1000 dzieci z migdałkami pozostałoby tylko 51 dzieci. Naukowcy wyciągnęli wniosek, że kierowanie na zabieg nie opierało się raczej na obiektywnych wskazaniach, lecz na przekonaniach. I mogło podlegać manipulacji.

Podporządkowanie klienta

Siła profesji lekarskiej polega na wyjątkowości wiedzy medycznej dotyczącej najważniejszych dla każdego człowieka wartości – jego zdrowia i życia. Weryfikacja tej wiedzy poza profesją jest bardzo trudna. Dysponujący wiedzą medyczną lekarz „podporządkowuje” pacjenta – klienta, podejmując decyzje w jego imieniu, dla jego dobra i za jego zgodą. Pacjent, uznając swoją niekompetencję, rezygnuje z suwerenności, obdarza lekarza zaufaniem. Poddanie się autorytetowi i wiara w wiedzę i umiejętności lekarza sprzyjają w przekonaniu Polaków osiągnięciu dobrych wyników leczenia. Czy jednak lekarz diagnozuje rzeczywiste problemy zdrowotne, określa obiektywne potrzeby i rozstrzyga, jakie działania należy podjąć? Na przykład – wycięcie migdałki, wykonać histeroskopię.

W jednym z krajów europejskich stwierdzono, że liczba wykonanych w danym regionie operacji jest proporcjonalna nie do liczby pacjentów, lecz bloków operacyjnych i chirurgów mogących wykonać specjalistyczny zabieg. Autorzy badania sugerują, że strona podaźowa (szpital), a nie obiektywne potrzeby mają decydujący wpływ na liczbę wykonanych operacji.

Czeska przestroga

W Czechach na początku lat 90. zmiana systemu opłacania lekarzy rejonowych (niskie pensje) na wynagradzanie według cennika (opłata za usługę) spowodowała drastyczny (nawet 2,5-krotny) wzrost liczby konsultacji i kosztów. W tym czasie nie zaobserwowano żadnych obiektywnych powodów, w szczególności pogorszenia stanu zdrowia, uzasadniających wzrost liczby

świadczeń. Wygenerowali go sami lekarze z powodów ekonomicznych. Gdyby chociaż od wzrostu liczby świadczeń zależała poprawa stanu zdrowia. Niestety osoba, która była 5 razy u lekarza, nie jest pięciokrotnie zdrowsza od osoby, która była u lekarza tylko raz. Wniosek: chodzimy do lekarzy po poprawę zdrowia, a często dostajemy tylko świadczenia.

Kontrakt z NFZ

Od liczby wykonanych świadczeń, na podstawie kontraktu z NFZ, zależą w Polsce przychody lekarzy specjalistów. Większa liczba wykonanych badań i świadczeń specjalistycznych oznacza dla nich większe przychody. Powoduje to znany z ekonomiki zdrowia fenomen popytu wywołanego przez podaż (*supplier-induced demand* – SID).

„Chodzimy do lekarzy po poprawę zdrowia, a często dostajemy tylko świadczenia”

W wielu sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pacjenci otrzymują potrzebne świadczenia zdrowotne. W wypadkach poważnych urazów komunikacyjnych, krwotoków, wstrząsu, setek innych stanów i chorób interwencja lekarzy i pielęgniarek ratuje ludziom życie. Wiele stosowanych w Polsce technologii medycznych poprawia znacząco jakość życia; przywraca wzrok lub słuch, sprawność ruchową (przeszczepy stawów biodrowych czy kolanowych). System dobrze wypełnia wyznaczone zadanie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Wykonywane bywają jednak także takie procedury, które nie przynoszą żadnej korzyści, są neutralne dla pacjenta. A także, niestety, świadczenia niepotrzebne, ryzykowne lub wręcz szkodliwe. W Polsce mamy do czynienia z ograniczaniem mechanizmów zmniejszających popyt na te mniej potrzebne usługi.

Niepotrzebne ograniczenia POZ

Kolejne rządy ograniczały rolę lekarza rodzinnego polegającą na „zatrzymywaniu” świadczeń poprzez dobre, kompetentne i szybkie leczenie najczęstszych, prostych przypadków. Z badań wiadomo, że w dobrze zorganizowanym systemie opieki zdrowotnej kompetentny lekarz rodzinny zatrzymuje, tzn. dobrze diagnozuje i leczy samodzielnie, 80–90 proc. zgłaszających się, zapisanych na konkretną godzinę pacjentów. Lekarz rodzinny jest również adwokatem, rzecznikiem osób zapisanych na „jego” listę. W źle zorganizowanych systemach rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ogranicza się do wypisywania skierowań do specjali-



fot. iStockphoto.com

„W Czechach zmiana systemu opłacania lekarzy rejonowych na wynagradzanie według cennika (opłata za usługę) spowodowała drastyczny (nawet 2,5-krotny) wzrost liczby konsultacji i kosztów”

stów, a problem listy pacjentów i rola adwokata są bagatelizowane.

Na tzw. rynku usług medycznych zwiększa się liczba zorientowanych na zysk dostawców procedur opłacalnych. Pogłębia się gra na ułatwianie dostępu. Ten kierunek wzmocniają politycy i media. Pacjenci stają się ofiarami. Ich choroba staje się przedmiotem operacji rynkowych i źródłem dochodu. Dominujący model to tzw. *doctor shopping*. Przeważa myślenie kategoriami rynku i usług zamiast empatii i opieki. Na powiększające się kolejki zamierzamy odpowiedzieć jeszcze większą liczbą specjalistów i świadczeń.

Ze słownika

Punktem wyjścia do rozmowy o kolejkach w służbie zdrowia mogą być rozważania na temat potrzeb zdrowotnych. Według „Słownika poprawnej polszczyzny PWN” z 1980 r. potrzeba to coś, co jest potrzebne, niezbędne, konieczne. Do niedawna posługiwano się fałszywą teorią potrzeb zdrowotnych opartą na zasadzie góry lodowej, zgodnie z którą istnieje określona (skończona) liczba potrzeb zdrowotnych niezbędnych do zaspokojenia danej społeczności (góra lodowa to potrzeby rzeczywiste). Nieznaczną ich część wystaje ponad powierzchnię wody (potrzeby ujawnione), a znacznie większa pozostaje zanurzona (potrzeby nieujawnione). Z tak zarysowanej koncepcji mogłoby wynikać, że po zastosowaniu metod wykrywających potrzeby nieujawnione teoretycznie możliwe byłoby ich całkowite zaspokojenie, co spowodowałoby spektakularną poprawę stanu zdrowia i w rezultacie zmniejszenie wydatków na opiekę zdrowotną.

Z praktyki

W praktyce obiektywnie nie ma potrzeb rzeczywistych, gdyż istnieje proces ciągłej, nigdy nieustającej kreacji nowych potrzeb, a także z tego powodu, że profesjonaliści medyczni współdecydujący o ich ujawnieniu również je tworzą. Dlatego skupianie się na obliczaniu potencjalnych potrzeb, ich analizowanie i przygotowywanie planów zaspokajania może być bezproduktywne.

Profesjonalne planowanie służy osiągnięciu celów, jest tylko wstępnym etapem dobrze zorganizowanego wdrażania oraz ewaluowania i kontroli. Niestety, zarządzający systemem ochrony zdrowia permanentnie planują. Tymczasem polski system opieki zdrowotnej dryfuje, dominują działania doraźne i nieracjonalne. Nie ma opracowań eksperckich ani wizjonerów, którzy wskazałiby, dokąd płynąć, gdzie jest port docelowy.

W literaturze z zakresu polityki zdrowotnej i ekonomiki zdrowia znajdujemy ważne zagadnienia dotyczące regulacji dostępu i racjonowania świadczeń zdrowotnych. Biorąc pod uwagę to wszystko, co zostało napisane wcześniej, warto zadać pytanie, czy każde zakłócenie w stanie zdrowia (potrzebę) należy leczyć (zaspokajać). Czy lepiej jest, gdy ludzie chodzą do lekarza z obiektywnie błahych powodów? Słyszymy czasem, także od ministrów, że niepotrzebnie. Czy wprowadzając mechanizmy utrudniające dostęp, np. drobne opłaty, mamy narażać ludzi na niebezpieczeństwo, że będą przychodzili za późno? Jest niemała liczba „ekspertów”, w tym lekarzy, którzy uważają, że pacjenci powinni płacić.

Podjęcie tego problemu jest tym bardziej zasadne, że żaden kraj nie ma wystarczających funduszy, by zaspokoić wszystkie potrzeby i przy określaniu puli dostępnych w systemie publicznym świadczeń zdrowotnych i usług dokonywana jest ich priorytetyzacja i racjonowanie.

Perspektywa ekonomiczna

Patrząc na kwestie potrzeb z perspektywy ekonomicznej, trzeba przyznać, że nie w każdym wypadku złego stanu zdrowia należy stosować procedury medyczne. Ważna jest odpowiedź na pytanie, czy istnieje możliwość osiągnięcia poprawy i czy koszt jej osiągnięcia może być zaakceptowany. Inaczej mówiąc: czy osoba korzystająca ze świadczenia może odnieść korzyść w wyniku zastosowania procedury i czy korzyść ta jest dostatecznie duża, tzn. czy nastąpi realna poprawa zdrowia (wyleczenie choroby) lub poprawa długości i jakości życia? Pacjent nie przychodzi do lekarza po świadczenie zdrowotne, przychodzi do lekarza po zdrowie rozumiane jako uwolnienie od „problemu” (poprawa jakości życia). Jakże często otrzymuje tylko usługę, która jest zaledwie neutralna wobec jego „problemu”. Stan zdrowia nie poprawia się równocześnie ze wzrostem liczby świadczeń.

Brytyjski ekonomista zdrowia Alan Williams stwierdza, że „potrzeba oznacza zdolność do odniesienia korzyści”, zatem zastosowanie procedury medycznej w odpowiedzi na potrzebę musi być powiązane z możliwością jej zaspokojenia.

Eksplozja kosztów

Na świecie obserwujemy zjawisko eksplozji kosztów w opiece zdrowotnej. Wywołane ono jest starzeniem

się społeczeństwa, rozwojem nowych technologii medycznych, wzrostem oczekiwań społeczeństwa i profesjonalistów, pobudzaniem i presją na realizację potrzeb niezasadnych. W większości państw brakuje pieniędzy na sfinansowanie wszystkich, mniej lub bardziej uzasadnionych żądań.

Ograniczenie jest faktem bezspornym, a każdy wybór oznacza „poświęcenie” (koszt utraconych korzyści), dlatego oczekując sfinansowania, nie wystarczy wykazać, że interwencja medyczna przynosi korzyści, tzn. jest efektywna. Należy wyegzekwować dowód, że dana interwencja medyczna daje więcej „dobra” niż cokolwiek innego, co może być zrobione za te same pieniądze, tzn. że jest efektywna kosztowo. W praktyce powyższe stwierdzenia potwierdzają zasadność określania priorytetów i racjonowania świadczeń w opiece zdrowotnej. Nieuchronność racjonowania zauważył J. Blanpain, który stwierdził: „W nadchodzących latach najważniejszym problemem polityki zdrowotnej będzie znalezienie dróg prowadzących do zmniejszenia zakresu opieki zdrowotnej, który może i powinien być objęty publicznymi gwarancjami dostępności, oraz uzyskanie społecznej aprobaty dla tych działań”.

Jacek R. Łuczak

Autor jest specjalistą w dziedzinie zdrowia publicznego i organizacji ochrony zdrowia.



PN
— JEDNOSTKI NAUKOWE
+ PRZEDSIĘBIORCY
— ROZWÓJ WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE GENETYKI
— NA DOLNYM ŚLĄSKU

15 listopada 2014
Wrocław

Międzynarodowa konferencja podsumowująca projekt
**PN - Jednostki naukowe + przedsiębiorcy = rozwój współpracy
w zakresie genetyki na Dolnym Śląsku**

Podczas konferencji zaprezentowane zostaną efekty wdrożenia modelu współpracy jednostek naukowych z przedsiębiorcami oraz przedstawione wyniki rekomendacji i zaadaptowanych rozwiązań. W programie wydarzenia znalazły się m.in. prelekcje specjalistów z zakresu genetyki ze Stanów Zjednoczonych i z Polski.

Szczegółowe informacje na stronach
www.elis-gen.com, www.pracodawcyzdrowia.pl
oraz na www.facebook.com/PracodawcyZdrowia

Zachęcamy do udziału

Logo partnerskie: KAPITAŁ LUDZKI, BIS, INICJATYWA ZDROWIA, APPLIED GENOLOGY, EUROPEAN UNION