



(Nie)pakt dla zdrowia

MARIUSZ JĘDRZEJCZAK

Pprzed tegorocznymi wyborami parlamentarnymi przedstawionych zostało i zostanie wiele słusznych analiz i propozycji poprawy systemu ochrony zdrowia, często niestety wzajemnie się wykluczających. Tak było też w przeszłości – z jednym wyjątkiem. Warto przypomnieć, że przed wyborami w 2019 r. Władysław Kosiniak-Kamysz z Polskiego Stronnictwa Ludowego, Małgorzata Kidawa-Błońska z Platformy Obywatelskiej, ówczesny minister zdrowia z rządu Prawa i Sprawiedliwości Łukasz Szumowski oraz Robert Biedroń z Lewicy, czyli przedstawiciele reprezentujący najważniejsze wówczas partie polityczne, uznali oczywisty fakt, że tylko wspólne, uzgodnione działanie może dawać nadzieję na konieczną zmianę i poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Co z tego wynika?

Asumpt do tego, jak można było sądzić, spektakularnego porozumienia nazwanego „Paktem dla zdrowia 2030” dały z pewnością pogarszające się miejsca Polski w rankingach międzynarodowych. Według danych

Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia nasz kraj spadł na 32. pozycję wśród wszystkich ocenianych krajów europejskich, za nami pozostały tylko Węgry, Albania i Rumunia. A także – co z pewnością ważniejsze – wzięto pod uwagę fakt, że ponad 70 proc. Polaków źle oceniało działanie systemu i uznało to za najważniejszy problem do rozwiązania przez rządzących, kimkolwiek by oni byli.

Te czynniki nadal nie straciły nic na swej aktualności. Wręcz przeciwnie. Tym bardziej że pakt w dużej mierze okazał się aktem politycznym, nie proponował żadnej istotnej zmiany systemu, a jedynie dość oczywiste działania wspierające istniejące status quo. Mimo tych niedostatków sam fakt jego zawarcia należy uznać za właściwy kierunek myślenia i jeden z warunków koniecznych do naprawy ochrony zdrowia w naszym kraju.

Obecna sytuacja wydaje się gorsza niż cztery lata temu. Według danych cytowanej już organizacji EHCI, jeden z podstawowych czynników decydujących o jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – sta-

POLITYCZNE ROZMOWY „MENEDŻERA ZDROWIA”



Fot. iStockphoto.com

tystyczny czas oczekiwania na świadczenie medyczne – w ciągu dziesięciu lat (2012–2022) wydłużył się w Polsce z 2 do 3,6 miesiąca, a więc prawie dwukrotnie. Mimo że w ostatnich latach (2018–2022) ilość środków wpływających do Narodowego Funduszu Zdrowia tylko z tytułu składki zdrowotnej zwiększyła się z mniej więcej 81 mld zł do mniej więcej 122 mld zł. To tylko jeden z licznych przykładów zapaści systemu opieki zdrowotnej. Na to, że takie ponadpartyjne porozumienie nadal byłoby niezbędne, wskazują choćby znane przykłady Holandii czy Danii, czyli państw, które przeprowadziły skuteczne reformy systemów opieki zdrowotnej. Próba implementowania sprawdzonych rozwiązań byłaby wyrazem realizmu, odpowiedzialności i być może trzeźwiejszej oceny istniejącego stanu rzeczy. Tym bardziej że, o ile mi wiadomo, żadna ze stron oficjalnie porozumienia nie wypowiedziała.

Nie rezygnując z własnych pomysłów, sygnatariusze zgodzili się wspólnie, że konieczne jest:

- podniesienie nakładów na ochronę zdrowia do średniej unijnej – w 2030 r. do mniej więcej 7 proc. PKB,
- stworzenie funduszu opiekuńczego dla wsparcia osób starszych, niesamodzielnych i niesprawnych,
- zwiększenie liczby miejsc na studiach medycznych i nakładów na kształcenie lekarzy,
- utworzenie personelu pomocniczego w szpitalach, wspomagającego personel medyczny,
- zwiększenie dostępności leków na choroby rzadkie,
- wprowadzenie obowiązku badań profilaktycznych,
- zapewnienie opieki stomatologicznej dla każdego dziecka,
- podwyższenie standardu szczepień poprzez zapewnienie nowoczesnych szczepionek dla dzieci,
- zwiększenie liczby oddziałów opieki długoterminowej,
- zwiększenie roli lekarza rodzinnego,
- wprowadzenie opieki środowiskowej np. w psychiatrii i zwiększenie liczby psychiatrów dziecięcych.

Jedenaście powyższych punktów porozumienia można z grubsza podzielić na kilka grup o przybliżonej problematyce, zaznaczając jednocześnie, że zastosowana systematyka ma charakter czysto subiektywny.



1.

Ta kwestia dotyczyła fundamentalnych spraw finansowania systemu ochrony zdrowia. Strony zgodziły się, że w zakreślonej perspektywie roku 2030 powinno osiągnąć ono poziom średniej krajów OECD, czyli około 7 proc. PKB. Warto przy tym zaznaczyć dwie sprawy. W większości krajów Unii Europejskiej nakłady te już były i są znacząco wyższe, ok. 11,5–12 proc. PKB. Dotyczy to m.in. Francji, Holandii i krajów skandynawskich. Po drugie, według wszystkich założeń potwierdzonych raportem (Global Health Care Outlook) z 2018 r., światowe wydatki na ochronę zdrowia będą zwiększały się systematycznie w średnim tempie 4,1 proc. PKB rocznie. W 2021 r. miały stanowić 10,5 proc. globalnego PKB, czyli około 8,7 bln USD. Głównymi stymulatorami tego procesu będą znane i opisywane wielokrotnie zjawiska – starzenie się społeczeństw, postęp technologii medycznych, wzrost kosztów pracy, a więc składek zdrowotnych, i rozwój rynków wschodzących.

Innymi słowy: należy założyć, że dzisiejsza europejska średnia w 2030 r. będzie wyższa i zakładane w Pakcie 7 proc. PKB publicznych środków znajdzie się znowu znacznie poniżej jej poziomu. Na marginesie warto zauważyć, co często umyka uwadze, że porównywanie samych wskaźników udziałów procentowych w PKB różnych krajów może prowadzić do mylnych wniosków. Przykładem może być fakt, że zarówno w Rumunii, jak i w Luksemburgu udział ten kształtuje się na poziomie około 5 proc. PKB. Ważne są zatem również nakłady per capita, a te w poszczególnych państwach różnią się nawet kilkunastokrotnie – w 2016 r. w Luksemburgu wynosiły 5600 euro, a w Rumunii około 400 euro. Na ich wielkość z kolei, obok siły gospodarek, populacji, wielkości i struktury nakładów itp., wpływ ma także podstawa naliczania, czyli z którego roku PKB brane jest pod uwagę. Okoliczność ta, jak wiadomo, budzi w Polsce duże kontrowersje. Plany obecnego rządu zakładają, że wielkość nakładów ogółem na ochronę zdrowia w 2023 r. wyniesie około 6,3 proc. PKB.

2.

Dużym segmentem zagadnień, co do których osiągnięto porozumienie, był obszar, który umownie można określić jako przedsięwzięcia profilaktyczne. Głównie jest to zapowiedź wprowadzenia obowiązku badań profilaktycznych, przywrócenia opieki stomatologicznej dla każdego dziecka, stosowania nowoczesnych szczepionek i zwiększenia roli lekarza rodzinnego. Poświęcenie tak znacznej uwagi problemom szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej było słuszne i dowodziło, że praktycznie wszyscy dostrzegają rangę problemu. Niestety, mimo deklaracji, do dziś nie został on rozwiązany, przynajmniej z kilku przyczyn. Głów-

nie z powodu wiadomych braków kadrowych. Bez lekarzy nie da się skutecznie wdrożyć programów badań profilaktycznych czy wprowadzić ponownie np. opieki stomatologicznej do szkół. Dziś publiczna opieka stomatologiczna właściwie nie istnieje, jest sprywatyzowana i działa na zasadach rynkowych. Znalezienie stomatologów chętnych do pracy w szkołach może być problemem, głównie ze względów finansowych. Stworzenie odpowiednich warunków lokalowych i zdobycie pieniędzy na wyposażenie gabinetów to z kolei kłopot dla władz oświatowych.

Nielatwym zadaniem jest mozolnie i nie zawsze konsekwentnie wprowadzana próba zmiany zasad funkcjonowania lekarzy rodzinnych, w sumie jednego z najważniejszych ogniw profilaktyki i diagnostyki. Zmiany napotykają na środowiskowy opór, głównie z powodu nakładania na lekarzy większych obowiązków i związanej z tym niestety biurokracji, przy nieadekwatnym, zdaniem zainteresowanych, ekwiwalencie finansowym. Wydaje się jednak, że zasadniczy kierunek zmian, choćby rozszerzany panel skierowań na badania diagnostyczne, jest właściwy i powinien być kontynuowany.

3.

Kolejną, umownie wyodrębnioną grupą działań były przedsięwzięcia o charakterze „zdrowotno-opiekuńczym”. W tym aspekcie plany stworzenia funduszu społeczno-opiekuńczego dla osób starszych, niesamodzielnych, niesprawnych znalazły się również bardzo wysoko na liście priorytetów. Społeczeństwo zdaje sobie sprawę, że opieka nad ludźmi starszymi to współczesny problem cywilizacyjny. Dotyka bezpośrednio nie tylko samych zainteresowanych, lecz także, a czasem przede wszystkim, ich rodziny i najbliższe otoczenie, któremu bez pomocy z zewnątrz często bardzo trudno jest podjąć obowiązkowi. Poprawie komfortu takiej opieki ma służyć również zwiększenie nakładów na tworzenie większej liczby oddziałów opieki długoterminowej, a także rozwój niezwykle potrzebnej opieki środowiskowej, w tym psychiatrycznej. W obu przypadkach problemem mogą być zasoby kadrowe. W dużej mierze dotyczy to opieki psychiatrycznej, w której brakuje wszystkiego – specjalistów, łóżek, ale i jasnej koncepcji na przyszłość.

Leczymy w sposób przestarzały, głównie opierając się na dramatycznie niedofinansowanej bazie szpitalnej oraz ogromnym deficycie miejsc i psychiatrów dziecięcych. W wielu przypadkach leczenie ludzi starszych, dotkniętych również schorzeniami natury psychiatrycznej czy psychologicznej, co często idzie w parze, nie wymaga drogiej hospitalizacji, lecz kontaktu z terapeutą lub lekarzem w warunkach pozaszpitalnych. Dopiero gdy to zawiedzie, pacjenci powinni trafiać do (planowanych do rozbudowy) oddziałów opieki długoterminowej. Rozwiązanie tych kwestii nadal pozostaje w sferze słusznych postulatów i oczekiwań.

4. Osobną kwestią, którą trzeba poruszyć, jest nadal nierozwiązany problem zwiększenia dostępności Polaków do leków na choroby rzadkie. W tym zakresie dzieli nas od cywilizowanej Europy przepaść. Tylko około 50 proc. z ponad 100 terapii rekomendowanych przez europejskie towarzystwa naukowe jest u nas dostępnych. Znaleźliśmy się na przedostatnim miejscu w Europie, jeśli chodzi o dostęp do nowoczesnych terapii przeciwnowotworowych. Kupujemy takich leków średnio o dwie trzecie mniej niż inne kraje europejskie. Ta sytuacja to egzemplifikacja ogólniejszej tendencji, jeśli chodzi o politykę lekową w naszym kraju. W Polsce wszystkie wydatki na leki sukcesywnie spadają, co w sposób oczywisty obniża skuteczność leczenia pacjentów. Skala tych wydatków oscyluje w granicach 10 proc. W tym kontekście znamienne wydaje się informacja, że Polska jest jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się rynków paraleków i różnego rodzaju suplementów diety. W 2016 r. obroty przekraczały już miliard euro. Także w tym obszarze, z dzisiejszej perspektywy, trudno mówić o sukcesie polityków autoryzujących pakt.

5. Istotnym, oczekiwanym przedsięwzięciem jest działanie organizacyjne zmierzające do wprowadzenia personelu pomocniczego dla lekarzy do placówek – głównie szpitali. O odciążeniu w pracy lekarzy, przede wszystkim z obowiązków biurokratycznych, mówi się w ochronie zdrowia od lat, bez oczekiwanych efektów. To dobry kierunek myślenia i działania, prowokuje jednak do postawienia kilku przynajmniej pytań. Kim mają być ci współpracownicy, jakie powinni mieć kwalifikacje, zakres zadań i odpowiedzialności, a zatem gdzie i w jakim trybie powinni nabywać odpowiednie kompetencje? Być może warto także przy tej okazji zastanowić się nad rozwiązaniem stosowanym w wielu krajach zachodnich i pomyśleć również o stanowisku tzw. asystenta/asystentki pielęgniarki. Na te pytania ciągle nie ma dobrych odpowiedzi. Wiele wskazuje na to, że personel medyczny będzie coraz droższy, co wynika z jednej strony z przyspieszonej w ostatnim czasie dynamiki wzrostu wynagrodzeń. Z drugiej zaś z bardzo szybkiego postępu naukowo-technologicznego w medycynie, konieczności posługiwania się coraz bardziej skomplikowanymi urządzeniami itp., a zatem konieczności lepszego kształcenia, późniejszego doksztalcania i zdobywania nowych umiejętności.

Proces ten dotyczy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, a także wielu innych specjalności medycznych, np. rehabilitantów, techników radiologii itp. Ich czas pracy będzie coraz droższy i powinien być wykorzystywany głównie na działania związane z procesem leczenia pacjentów.

6. Ostatnią wyróżnioną kwestią, co nie znaczy, że najmniej ważną, są sprawy związane ze zwiększeniem liczby kadr medycznych. Pakt kładł nacisk na zwiększanie nakładów na przyrost liczby miejsc na studiach medycznych. To warunek niezbędny dla zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki zdrowotnej społeczeństwa. Ten proces się dokonuje. Jednak nie sposób nie zauważyć, że w licznych przypadkach ma charakter chaotyczny i nie do końca przemyślany. Dotyczy to głównie lokowania fakultetów medycznych w uczelniach i ośrodkach zupełnie do tego nieprzygotowanych, pod względem kadrowym czy infrastrukturalnym, a tym bardziej w zakresie dostępu do odpowiedniej bazy szpitalnej. Bez spełnienia tych warunków nie da się przygotować odpowiedniej jakości kadry medycznej. Z oczywistych również względów efekty tych działań będą odłożone w czasie.

Czy coś z tego wynika? Że wyszedł bardziej „niepakt”. Oczywiście, w sposób naturalny, musi pojawić się pytanie, czy podpisanie takiego dokumentu tuż przed wyborami mogłoby przełożyć się na jakiegokolwiek działania praktyczne. Można również dyskutować nad wybranymi priorytetami, aczkolwiek większość z nich zdawała się odładować istotne bolączki naszej ówczesnej i niestety obecnej ochrony zdrowia.

Próbowałem syntetycznie pokazać, co z podpisanych haseł udało się wdrożyć w praktykę funkcjonowania systemu i w jakim stopniu. Odpowiedź – w sumie niewiele. Jednej kwestii, wydaje się fundamentalnej dla działania publicznej opieki zdrowotnej, politycy ani wtedy, ani dziś nie poruszają. Mówiąc wprost, z oczywistej obawy o społeczne reakcje i brak spójnego pomysłu na rozwiązanie problemu. Podnoszą ją za to coraz częściej praktycy i eksperci. Chodzi o całkowitą zmianę systemu – zasad jego organizacji, zarządzania i finansowania. Publiczna ochrona zdrowia w naszym kraju jest w stanie kompletnej dezintegracji i zapaści finansowo-organizacyjnej. Wszelkie doraźne pieniądze, które do niej płyną, petryfikują tylko istniejący stan rzeczy. Na tym również polega między innymi dramat tej sytuacji. Kolejne miliardy są niezbędne, choć wiadomo, że w niczym nie poprawią sytuacji sektora i sytuacji pacjentów. Próbujemy leczyć objawy bez usuwania przyczyn choroby. To właśnie w kwestii uzgodnienia samej potrzeby takiej zmiany systemowej, jej zakresu i kierunków potrzebna jest polityczna odwaga i konsensus stron. Pytanie, czy w dzisiejszych realiach jest to ponownie możliwe, pozostaje otwarte.

Mariusz Jędrzejczak, były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu

O propozycjach polityków będziemy rozmawiać podczas potączonych konferencji **Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny** oraz **Hospital & Healthcare Management**, które odbędą się 2 i 3 października.