

# Drogo leczyć czy tanio marnować



Rozmowa z Katarzyną Kolasą,  
ekspertem do spraw ochrony zdrowia  
Forum Obywatelskiego Rozwoju

## Jaka jest skala marnotrawstwa pieniędzy w polskiej ochronie zdrowia?

Olbrzymia. A o przyczynie tej sytuacji można powiedzieć, że jest z gatunku najtrudniejszych do zwalczania. Są to kształtowane przez lata przyzwyczajenia, utarte zwyczaje, schematy, mentalność. U nas obowiązuje metoda leczenia i rozliczania pracy świadczeniodawcy poprzez odprawianie pacjenta z kwitkiem. W przybliżeniu wygląda to tak, że pacjent przychodzi do lekarza – obojętnie czy rodzinnego, czy specjalisty – z problemem zdrowotnym. Lekarz ma dla niego niewiele czasu, wcale nie zamierza kompleksowo rozwiązać jego problemów zdrowotnych, dociec ich głębszych przyczyn. Pacjentowi trzeba jednak pomóc, z braku czasu – na skróty. Najlepszym i utartym przez lata skrótem jest wypisanie recepty na lek (czyli przysłowiowego kwitka), odesłanie go do apteki i zapomnienie o sprawie. No, prawie zapomnienie – trzeba jeszcze wypełnić dokumentację medyczną i na jej podstawie wystawić rachunek Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Gdy chodzi o bardziej skomplikowane świadczenia lekarskie, obowiązuje podobna zasada. Pacjenci po zabie-

Taniej nie znaczy lepiej. Istnieje ogrom prac

naukowych potwierdzających fakt, że nieleczenie

kosztuje więcej niż leczenie

gach, profesjonalnych i dobrej jakości, zostają pozostawieni sami sobie, bez należytej i dobrze prowadzonej opieki pooperacyjnej. Zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia da niewiele, o ile ta „metoda leczenia” się nie zmieni.

## Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia jest przecież potrzebne. W wydatkach na ten cel włączmy się w ogonie Europy.

Zanim jednak pomówimy o zwiększeniu wydatków, przyjrzyjmy się, ile dziś wydajemy na leczenie, i sprawdźmy, ile kosztuje złe leczenie, czyli takie, jak opisałam przed chwilą. Dopiero gdy będziemy mieli sprawnie działający system, zastanówmy się, ile potrzeba na niego pieniędzy. Bez tej refleksji zamiast zwiększyć skuteczność systemu, zwiększymy jedynie skalę marnotrawstwa pieniędzy. W takim razie, jak ten system zmieniać? Skoro problem jest w mentalności, w utartych schematach, zacznijmy właśnie od mentalności lekarzy, decydentów i pacjentów. Zaczę od tych ostatnich. I oni przyzwyczaili się do metody odprawiania z kwitkiem. W krajach skandynawskich pierwsza wizyta u lekarza i zgłoszenie dolegliwości nie kończy się na wypisaniu recepty. Pacjent otrzymuje porady, jak się odżywiać, w jaki sposób układać rytm dnia, jak zażywać ruchu. Taki sposób postępowania nazywany jest tam „wystawianiem recepty na ruch”. Wyobrażam sobie, jak mogłaby się zachować

większość polskich pacjentów po takiej wizycie, po której lekarz nie zapisałby żadnego leku, za to zalecił dwugodzinne spacerowanie codziennie, gdy jest ładna pogoda.

**Przychodzi baba do lekarza, a lekarz mówi: niech pani trochę pospaceruje. To spróbujmy sobie wyobrazić reakcję polskiego pacjenta.**

Sądzę, że poczułby się zignorowany i zawiedziony. Lekarz nie zapisał tabletki, to znaczy, że zakwestionował sam fakt istnienia moich dolegliwości. Przecież wcześniej zawsze coś wypisywał. Lekarz jest kiepski, muszę jego diagnozę sprawdzić u innego – tak sobie wyobrażam tę reakcję.

**A jak przeprowadzić zmianę?**

Najlepsza rada to kampanie społeczne, przekonywanie, tłumaczenie, dostarczenie wiedzy.



**Kampanie społeczne? A nie sądzi Pani, że odczuwamy już ich przesyt? Codziennie telewizje emitują kilkadziesiąt spotów reklamowych, co tydzień jest akcja prozdrowotna. Gdyby Polacy chcieli wysłuchać wszystkich dobrych rad z kampanii społecznych, musieliby mieć w kalendarzu co tydzień dodatkowy wolny dzień przeznaczony na sprawdzenie stanu zdrowia.**

Rzeczywiście, akcji prozdrowotnych jest sporo, ale ciągle za mało. Brakuje takich, które nie dotyczą profilaktyki konkretnej choroby, lecz po prostu promują zdrowy styl życia, ruch, odpowiednią dietę. Jest jeszcze jeden warunek: aby te kampanie miały sens, musi się zmienić sposób funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia. Zamiast leczenia „kwitkiem” pacjentowi potrzebny jest lekarz rodzinny – partner i doradca w dbaniu o jak najlepszy ogólny stan zdrowia, w razie potrzeby zachęcający do zasięgnięcia porady specjalisty. I lekarz rodzinny musi być premiowany nie za liczbę udzielonych świadczeń, ale za ich jakość mierzoną ogólnym stanem zdrowia podopiecznych.

**Tak, ale żeby zmienić sposób funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia, nie są potrzebne kampanie społeczne, lecz kampanie skierowane do decydentów. To oni są odpowiedzialni za przeprowadzenie zmian.**

Tego oczywiście zaniedbać nie wolno, ale sądzę, że w tym wypadku problem jest głębszy. Decydenci często zdają sobie sprawę z tego, że obecny system ochrony zdrowia funkcjonuje źle i mają pomysły na to, jak go poprawić. Obawiają się jednak wprowadzenia zmian ze względu na ewentualny opór społeczny, niezrozumienie ze strony pacjentów, czyli wyborców. Koło się zamyka: kampanie społeczne i zrozumienie konieczności zmian pomogłyby decydentom w ich wprowadzeniu.

**Do tej pory najbardziej spektakularnym posunięciem decydentów było wprowadzenie nowej ustawy refundacyjnej. W opinii ekspertów dodatkowo ograniczyło to dostęp do najdroższych, innowacyjnych leków.**

To kolejny kłopot, z którym musimy się uporać. Gdy chodzi o rachunki za właściwe prowadzenie i finansowanie polityki zdrowotnej, mamy w Polsce dwa wyspecjalizowane i niezależne od siebie resorty: zdrowia i spraw socjalnych. Resort zdrowia stara się zmieścić w budżecie i leczyć tanio. Finansowo nie jest zaintereso-

## W Polsce obowiązuje metoda leczenia

i rozliczania pracy świadczeniodawcy poprzez

odprawianie pacjenta z kwitkiem, czyli receptą

wany tym, aby płacić drogo za leki innowacyjne, często wybiera tańsze, starszej generacji. Problem polega na tym, że te tańsze działają gorzej, po nich częściej i wcześniej występują absencje chorobowe, trwała niezdolność do aktywności zawodowej. Konsekwencji finansowych takiej polityki nie ponosi resort zdrowia, ale resort spraw socjalnych, odpowiedzialny za wypłatę zasiłków i rent chorobowych. Taniej nie znaczy lepiej. Istnieje ogrom prac naukowych potwierdzających, że nieleczenie kosztuje w istocie więcej niż leczenie. Na przykład analizy wykonane przez Birnbauma wykazały, że koszty opieki specjalistycznej i hospitalizacji chorego na stwardnienie rozsiane otrzymującego leczenie wyniosły 4393 dol., podczas gdy nieleczzonego – 6187 dol. Jednocześnie koszty zwolnień lekarskich wyniosły 2252 dol. w pierwszej i 3053 dol. w drugiej grupie. Myślę, że najwyższy czas rozważyć, jak rzetelnie zliczać koszty chorób (bezpośrednie i pośrednie) przy zaangażowaniu instytucji rządowych i naukowych. Bo dopiero na podstawie takich wyliczeń można podejmować właściwe decyzje alokacyjne, ważąc z jednej strony koszty innowacyjnych terapii, a z drugiej koszty zaniechania ich zastosowania. Z pożytkiem dla pacjenta i gospodarki.

ROZMAWIAŁ BARTŁOMIEJ LEŚNIEWSKI