

## Raport prof. Jacka Ruszkowskiego

Ukazał się projekt ekspertyzy autorstwa śp. prof. Jacka Ruszkowskiego wykonanej na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego we wrześniu 2010 r.

Poniżej drukujemy omówienie raportu.

# Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego

Maciej Murkowski



Ekspertyza prof. Ruszkowskiego dotycząca bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa polskiego jest bardzo cennym materiałem, zasługującym ze wszech miar na przybliżenie go Czytelnikom *Menedżera Zdrowia*.

Na kanwie tej analizy autor przedstawia przenikliwą i niekiedy do bólu szczerą ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W przeważającej części jest ona, niestety, jednoznacznie negatywna. Uzupełniona została jednak wieloma rekomendacjami pokazującymi kierunek wyjścia z obecnej zapaści, którą autor definiuje jako *funkcjonalną nierównowagę społeczną i materialną systemu opieki zdrowotnej, przejawiającą się głównie w niemożności sprostania oczekiwaniom zarówno społeczeństwa, jak i kadry sektora publicznego ochrony zdrowia*.

Te rekomendacje zasługują na wszechstronną uwagę decydentów szczebla centralnego, polityków i dzia-

łaczy samorządowych oraz kadry kierowniczej w opiece zdrowotnej.

### Chaos

Zdaniem autora, *każda poważna próba równoważenia polskiego systemu zdrowotnego bezwzględnie wymaga holistycznego potraktowania tego zadania, uwzględniającego podjęcie wszystkich zasadniczych, a nierozwiązanych problemów (wynikających z popełnionych błędów i zaniechań) i rozwiązywanie ich z zachowaniem kryteriów akceptacji społecznej, realizmu ekonomicznego, czasu niezbędnego do implementacji oraz akceptacji politycznej*. I dalej: *podejmo-*

wane dotychczas inicjatywy naprawcze miały bez wyjątku charakter fragmentaryczny, wynikały z nacisku grup interesu lub też bieżącej potrzeby politycznej. W ten sposób wiele słuszych i pożytecznych inicjatyw nie zaowocowało lub zostało skompromitowanych (*vide*: koncepcja medycyny rodzinnej).

## Dwie dekady

Potrzebujemy dwóch dekad, aby pod względem stanu zdrowia dogonić „starą” UE. Przeciętny Polak żyje o cztery, pięć lat krócej niż Francuz, Niemiec czy Holender. Co gorsza, coraz trudniej przychodzi nam zmniejszać ten dystans. Bez poważnych zmian systemowych nie dogonimy „starej” UE, a pożądane zwiększenie wieku emerytalnego Polaków stanie się niemożliwe.

Bezpieczeństwo zdrowotne jest nierozdzielnie związane z dostępnością świadczeń. Obecnie 650 tys. pacjentów (w tym dzieci) czeka w kolejkach do szpitali i procedur zabiegowych. Czas oczekiwania wynosi od kilku tygodni do kilku lat! Do sześciu typów oddziałów czeka na przyjęcie 81 proc. chorych (521 tys. osób). Najwięcej (2758) pacjentów oczekiwało na zabieg na oddziale ortopedii w Szpitalu Klinicznym w Lublinie, a najdłużej (1824 dni) musi czekać pacjent na wszczęcie endoprotezy w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie.

Te kolejki mogłyby być zdecydowanie zredukowane, gdyby uruchomiono fundusze pozwalające na wykorzystanie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych zakładów opieki zdrowotnej.

## Mapa wieku

Analizując przesłanki do szacowania bezpieczeństwa zdrowotnego, warto uwzględnić także perspektywę przestrzenną kraju. Najwyższy odsetek ludzi najstarszych, powyżej 85. roku życia, jest w województwach wschodnich oraz częściowo środkowych. Mieszkańcy Polski północnej i zachodniej są zaś relatywnie młodszy. Zjawiska te nie mają jednak pożądanej korelacji z infrastrukturą łóżek szpitalnych – w województwach ściany wschodniej oddziały geriatryczne i opieki długoterminowej stanowią niewielki odsetek potencjału opieki stacjonarnej (*Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia*).

Z analizy udziału wydatków NFZ wynika, iż terapia stosunkowo nielicznej grupy generuje przeważającą część kosztów. Zaledwie na 5 proc. chorych wydawano prawie 60 proc. funduszy. Jednocześnie na udzielenie świadczeń 75 proc. pacjentów płatnik przeznaczył tylko 10 proc. kwoty, którą dysponował. Leczenie najciężej chorych (263 tys. osób) kosztowało NFZ 7,7 mld zł (28,7 proc. analizowanej kwoty). Najwyższa kwota wydatków NFZ przypisana do jednej osoby wyniosła 978 tys. zł.

## Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Szczególnym przedmiotem skarg pacjentów dotyczących obniżenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego jest ograniczona dostępność do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W AOS najwyższy koszt leczenia jednej osoby w 2009 r. wyniósł 199,41 zł (dla porównania średni koszt hospitalizacji w 2009 r. to 3462,78 zł). Na dostęp do AOS pacjenci czekają w coraz dłuższych kolejkach.

Rekomendacja dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: wprowadzić rozliczanie świadczeń w AOS według jednorodnych grup pacjentów ambulatoryjnych.

„ Podejmowane dotychczas inicjatywy naprawcze miały charakter fragmentaryczny, wynikały z nacisku grup interesu lub też bieżącej potrzeby politycznej ”

## Podstawowa opieka zdrowotna

Największe zapotrzebowanie na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej jest wśród najmłodszych i najstarszych obywateli. Zgodnie z założeniami z lat 90. ubiegłego wieku, POZ miał rozwiązywać 80 proc. problemów zdrowotnych populacji, ograniczając kosztowne i trudniej dostępne ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne oraz szpitalne.

Według WHO i Banku Światowego, im wyższa pozycja lekarzy POZ w lokalnej społeczności, tym mniejsza liczba hospitalizacji i mniejsze wskaźniki śmiertelności. Zmniejszenie o 5 proc. czasu leczenia szpitalnego mogłoby dać 1,25 mld zł oszczędności w polskim systemie ochrony zdrowia.

Obecnie POZ jest największym generatorem hospitalizacji. Pogłębiają się tendencje odchodzenia od reform z lat 90. XX w. Lekarza rodzinnego próbuje się zepchnąć do roli, jaką w zachodnich systemach odgrywiają wykwalifikowane pielęgniarki. Został on sprowadzony do funkcji pomocnika w systemie, którego zasadniczym zadaniem jest wydawanie skierowań, powtarzanie leków zaordynowanych na wyższych szczeblach referencyjnych oraz wystawianie druków L-4. Właściwe leczenie rozpoczyna się praktycznie od szczebla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z powodu ograniczonych kompetencji formalnych, marginalizacji jego roli w systemie oraz braku infor-

matyzacji POZ lekarz rodzinny nie może wypełniać swych podstawowych zadań, jakimi są kompleksowość, koordynacja i kontynuacja opieki nad pacjentem. Średnia wieku lekarza rodzinnego wynosi 55 lat. Luka pokoleniowa będzie bardzo trudna do zlikwidowania.

W ekspertyzie uwzględniono wiele rekomendacji, których realizacja powinna doprowadzić do stopniowej poprawy krytycznej sytuacji w POZ. Najważniejsze z nich to:

1. Wprowadzić zmiany przyznające lekarzowi rodzinnemu główną rolę w opiece nad pacjentem.
2. Rozwijać prawo stabilizujące status gospodarczy praktyki lekarza rodzinnego.
3. Wprowadzić standard organizacyjny udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego pozwalający na pełne wykorzystanie jego kompetencji.

„ Potrzebujemy dwóch dekad, aby pod względem stanu zdrowia dogonić starą UE ”

4. Przywrócić pełne więzi funkcjonalne, organizacyjne i informacyjne pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami dziennymi i stacjonarnymi, ratownictwem medycznym i strukturami opieki i pomocy społecznej.
5. Wprowadzić prawne możliwości ordynacji przez lekarzy środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych pacjentom na roczną kurację oraz dzielenia realizacji takich recept na etapy, z możliwością wielokrotnego ich otaksowania.
6. Wspierać prywatyzację POZ.
7. Wprowadzić system zachęt do podejmowania specjalizacji w medycynie rodzinnej.
8. Poprawić jakość kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy rodzinnych.
9. Przekazać budżetom samorządów terytorialnych dotacje na sfinansowanie lokalnych programów profilaktyczno-leczniczych (realizowanych przez POZ) i w celu usunięcia dublowania zaprzestać ich finansowania z NFZ.
10. Dążyć do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego będzie miejscem zaspokajania 80 proc. potrzeb zdrowotnych pacjenta.
11. Wprowadzić mieszaną metodę prospektywno-retrospektywną finansowania praktyk lekarzy rodzinnych z przewagą metody prospektywnej (kapitacja oraz *fee for service*), a także formułę *fundholdingu*, pozwalającą lekarzowi rodzinnemu na



- finansowanie ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego oraz szpitalnego swoich podopiecznych.
12. Wprowadzić finansowanie higieny szkolnej z subwencji oświatowej.
13. Wprowadzić stacjonarne dyżury lekarskie (jeden na 50 tys. mieszkańców) po godzinach zamknięcia praktyk lekarzy rodzinnych.
14. Wprowadzić jednolite w kraju i powszechnie obowiązujące zasady zbierania, przekazywania i przetwarzania danych o zdarzeniach w POZ.
15. W kształceniu przeddyplomowym rozważyć zorientowaną zadaniowo ścieżkę nauczania dla przyszłego lekarza POZ, z akcentem na nabywanie umiejętności praktycznych kosztem wąskiej wiedzy klinicznej, z zachowaniem dyrektywy UE 2005/36.
16. Nadać lekarzom rodzinnym kompetencje umożliwiające zarządzanie elektroniczną kartoteką medyczną pacjentów.

#### Pediatrica

Według informacji Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, 25 proc. dzieci cierpi na choroby przewlekłe, a z powodu deficytu pediatrów nie są one objęte opieką specjalistyczną. Dzieci mają wady postawy,



foto: iStockphoto

wzroku, zły stan uzębienia i słabą kondycję. Coraz więcej z nich ma nadwagę, cukrzycę oraz nadciśnienie tętnicze.

Niespełna 7500 pediatrów (według danych Naczelnej Izby Lekarskiej) ma pod opieką 7 mln Polaków (do 17. roku życia). Średnia wieku pediatry wynosi 58 lat. Polskie Towarzystwo Pediatryczne szacuje, iż brakuje 4 tys. specjalistów. W tej sytuacji opieka nad najmłodszymi staje się trudno osiągalna. Jednym z powodów jest odsunięcie pediatrów od POZ i brak zainteresowania tą specjalnością wśród studentów medycyny. W efekcie zbyt późno rozpoznaje się u dzieci choroby przewlekłe.

### Opieka onkologiczna

Drugim obszarem, poza POZ, w którym – zdaniem autora ekspertyzy – powinny nastąpić szybkie i fundamentalne zmiany, jest opieka onkologiczna.

Obserwuje się stały wzrost zachorowań na choroby nowotworowe. Ich liczba (obecnie 135 tys.) wzrasta szybciej niż liczba ludności. Choroby te są przyczyną 40 proc. zgonów wśród kobiet i 30 proc. wśród mężczyzn w wieku od 45 do 64 lat. Odsetek przeżyć 5-letnich bez objawów choroby wynosił nieco powyżej 30 proc.

„ Szczególnym przedmiotem skarg pacjentów dotyczących obniżenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego jest ograniczona dostępność ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ”

Polska onkologiczna opieka zdrowotna korzeniami tkwi w latach 50. ubiegłego wieku. Liczba ośrodków onkologicznych została skalkulowana na podstawie ówczesnej sytuacji demograficznej. Obecnie mamy zdecydowanie za mało ośrodków onkologicznych i onkologów (około tysiąca, nieporównywalnie mniej niż reumatologów i diabetologów). Rocznie przybywa zaledwie kilkunastu lekarzy tej specjalizacji. Na uczelniach medycznych onkologia nauczana jest w symbolicznym zakresie.

Lekarze POZ nie mogą kierować pacjentów na mammografię i PSA, podstawowe badania służące wykrywaniu raka piersi i prostaty. Komunikacja między onkologiem a lekarzem POZ praktycznie nie istnieje. Znacznie pogarsza się wykorzystywanie programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ.

„ Lekarza rodzinnego próbuje się zepchnąć do roli, jaką w zachodnich systemach odgrywają wykwalifikowane pielęgniarki „

Rekomendacje dla onkologicznej opieki zdrowotnej:

1. Zapewnić finansowanie onkologii odpowiadające jej stale wzrastającym potrzebom.
2. Zapewnić chorym leczenie w pobliżu miejsca zamieszkania, a do ośrodków wojewódzkich kierować pacjentów wymagających leczenia skojarzonego lub wysokospecjalistycznego.
3. Sukcesywnie uzupełniać aparaturę medyczną w ośrodkach onkologicznych.
4. Utworzyć pełnoprofilowe jednostki onkologiczne w strukturach wszystkich uczelni medycznych oraz zwiększyć kadrę nauczycieli akademickich reprezentujących wszystkie dziedziny onkologii.
5. Wprowadzić minimum programowego nauczania onkologii.
6. Zapewnić ścisłą współpracę między lekarzami POZ a onkologami.
7. Zwiększyć efektywność wczesnego diagnozowania poprzez konsekwentne prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych.

W dalszych częściach raportu autor analizuje sytuację w chorobach układu krążenia, zwracając uwagę na fakt, iż pozostają one nadal najważniejszą przyczyną zgonów w Polsce.

### Finansowanie świadczeń

Kolejny rozdział poświęcony jest finansowaniu świadczeń zdrowotnych oraz analizie demontażu pierwotnej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r.

Zdaniem prof. Ruskowskiego, likwidacja przez rząd Leszka Millera kas chorych i wprowadzenie ustawy o NFZ popchnęły finansowanie opieki zdrowotnej na powrót w kierunku zasad systemu nakazowo-rozdzielczego okresu PRL. Narodowy Fundusz Zdrowia stał się faktycznym kreatorem polityki zdrowotnej i sternikiem restrukturyzacji systemu, nie posiadając do tego niezbędnych instrumentów oraz zaplecza eksperckiego.

„ Obecnie 650 tys. pacjentów (w tym dzieci) czeka w kolejkach do szpitali i procedur zabiegowych. Czas oczekiwania wynosi od kilku tygodni do kilku lat „

Opracowany w czasie rządów PiS koszyk świadczeń to w rzeczywistości katalog świadczeń zdrowotnych realizowanych w kraju. Różnica między dostępnością świadczeń wynikającą z koszyka a dostępnością faktyczną przemawia niezbitnie za koniecznością zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej.

Autor ekspertyzy zwraca uwagę, iż zwiększenie obowiązkowego podatku zdrowotnego (składki zdrowotnej) z 11 proc. do 14 proc., z powodu braku informatyzacji systemu i kontroli ordynacji świadczeń oraz presji płacowej kadr medycznych, nie przyniesie oczekiwanej poprawy.

Na podstawie wyników badań można stwierdzić, iż płacenie za opiekę zdrowotną nie jest już dla Polaków niczym nadzwyczajnym. Prawie jedna trzecia obywateli korzysta odpłatnie z porady lekarskiej, a co czwarta osoba chce wykupić prywatne ubezpieczenie zdrowotne (to dwukrotnie więcej niż w 2005 r.). Współpłacenie za leki sięga 65 proc. i należy do najwyższych w Europie. Światowa Organizacja Zdrowia wyraźnie wskazuje, że współpłacenie powyżej 40 proc. ceny świadczenia stanowi istotne ograniczenie jego dostępności.

Jednym z istotnych wskaźników nierównowagi materialnej jest zadłużenie publicznych ZOZ, a najważniejszą jego przyczyną jest ułomna konstrukcja formalno-prawna SPZOZ-ów, niepozwalająca na ich upadłość w sytuacji niewydolności ekonomicznej.

Rekomendacje dotyczące finansowania opieki zdrowotnej:

1. Zmienić system finansowania opieki zdrowotnej poprzez rozwój dodatkowych źródeł finansowania, w rodzaju prywatnych ubezpieczeń oraz zryczałtowanego współpłacenia za świadczenia gwarantowane, z wyłączeniem osób z grup o niskich dochodach.
2. Wprowadzić rzeczywistą kontrolę ordynacji świadczeń.
3. Doskonalić standardy terapeutyczne według zasad dobrej praktyki.
4. Zrównać dostęp świadczeniodawców prywatnych i publicznych do pieniędzy publicznych.
5. Powołać Agencję Taryfikacji Świadczeń.
6. Dostosować koszyk świadczeń gwarantowanych do możliwości finansowania.
7. Uregulować status prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.
8. Wprowadzić kontrakty długoterminowe (konieczne do prowadzenia prawidłowej polityki inwestycyjnej).

### Kadra fachowa

Według autora ekspertyzy, deficyt kadr fachowych, szczególnie lekarzy, jest i będzie zasadniczą barierą utrudniającą poprawę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji polepszenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Wśród głównych przyczyn należy wymienić zasadniczo niedostosowaną do szybko zmieniających się potrzeb zdrowotnych politykę kształcenia i doskonalenia kadr ochrony zdrowia. System doskonalenia lekarzy przetrwał niemal w niezmienionej postaci od czasów realnego socjalizmu. Wobec braku licencjonowania kadr lekarskich gromadzenie punktów edukacyjnych jest przykładem fikcyjności działań projakościowych w opiece zdrowotnej.

Popołnione błędy i zaniechania powodują pogłębiającą się nierównowagę systemu opieki zdrowotnej. Braki kadrowe, szczególnie poza największymi miastami, są coraz dotkliwiej odczuwane.

Ministerstwo Zdrowia nie ustaliło także wskaźników czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych, pomimo wiedzy o znacznym ich zróżnicowaniu w poszczególnych regionach kraju.

Rekomendacje dla kształcenia i doskonalenia kadr fachowych:

1. Prowadzić politykę kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr ściśle powiązaną z programami bezpieczeństwa zdrowotnego populacji.
2. Dążyć do koordynacji kształcenia przed- i podyplomowego oraz dokonać przebudowy zaplecza badawczo-rozwojowego systemu kształcenia (restrukturyzacja Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego).

3. Wprowadzić i stosować standardy jakości oceny placówek ubiegających się o prawo prowadzenia specjalizacji i specjalizacyjnych stażów kierunkowych.
4. Stopniowo powierzać nadzór nad doskonaleniem zawodowym towarzystwom naukowym, przy koniecznej unifikacji ich poziomu fachowego i organizacyjnego.
5. Doprowadzić do wymogu powszechnego wdrażania systemów stałej poprawy jakości, w tym certyfikacji oddziałów szpitalnych i jednostek opieki niestacjonarnej, co będzie bezpośrednio skutkowało wzrostem troski o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

W zasadzie omówienie ekspertyzy należałoby zakończyć dwoma słowami: *no comments*, ale nasuwa się jeszcze jedna uwaga. Otóż niedawno z inicjatywy Janusza Michalaka, w związku ze zbliżającą się polską prezydencją w Unii Europejskiej, odbyła się na Zamku Królewskim w Warszawie ciekawa konferencja na niezwykle aktualny temat: „Priorytety w ochronie zdrowia 2011”.

W odpowiedzi na zaproponowany test 70 proc. uczestników konferencji określiło prowadzoną w Polsce politykę zdrowotną jako łatanie dziur. Po wnikliwym zapoznaniu się z ekspertyzą prof. Ruszkowskiego można dojść do wniosku, że uczestnicy konferencji kierowali się nadmiernym optymizmem. ■

Aparaty produkcji **Landwind Medical** należą do urządzeń o zaawansowanej technologii obrazowania ultradźwiękami w diagnostyce gastroenterologicznej, urologii, endokrynologii, andrologii, ortopedii, położnictwie i ginekologii, chorób sutka, mięśni i naczyń oraz wspomagających w diagnostyce serca.



**LANDWIND MEDICAL**

Centrum Dystrybucji:  
ul. Bytomska 38 b  
41-600 Świętochłowice

Tel.: +48 32 770 68 38  
e-mail: [landwind@landwind-ultrasound.pl](mailto:landwind@landwind-ultrasound.pl)

[www.landwind-ultrasound.pl](http://www.landwind-ultrasound.pl)