

Raport Instytutu Spraw Publicznych

# Dziesięć spraw pilnych

W grudniu 2009 r. Instytut Spraw Publicznych rozpoczął realizację projektu „Co trzeba zmienić w systemie ochrony zdrowia. Realia i perspektywy koniecznych reform”. Prezentujemy raport w skrócie – jego rekomendacje wraz z uzasadnieniem.

Inicjatorem przedsięwzięcia był dr Piotr Krasucki, emerytowany lekarz i działacz społeczny, wieloletni członek Rady Ochrony Pracy. W seminariach eksperckich oraz w przygotowaniu opracowań uczestniczyli m.in. Marek Balicki – były minister zdrowia, Maciej Piróg – dyrektor Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, Zbigniew Religa (na początkowym etapie prac) i Wiesław Łagodziński – radca prezesa GUS, a także eksperci nauk medycznych, socjologicznych i ekonomicznych.

Przesłanką do rozpoczęcia prac stało się przekonanie o konieczności reorientacji polityki zdrowotnej państwa. Raport wskazuje te jej obszary, w których wprowadzenie istotnych zmian jest niezbędnym warunkiem sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.



## Rekomendacja 1 Uporządkowanie sprawozdawczości i statystyki

Pierwsze zadanie to precyzyjna analiza sytuacji zdrowotnej poszczególnych grup społecznych. W tym celu konieczne jest dokonanie istotnych zmian w systemie statystyki i sprawozdawczości ochrony zdrowia, a także wprowadzenie standardów przeprowadzania wywiadu zdrowotnego i badania lekarskiego, aby umożliwić uzyskanie danych, których zbiór zawiera aneks do dyrektywy 1400/97 Komisji i Rady Europejskiej. Sugerowanym rozwiązaniem będzie utworzenie w Głównym Urzędzie Statystycznym Departamentu Ochrony Zdrowia, scalającego wszystkie informacje z tej



OLMFA



dziedziny. Należałoby odciążyć zakłady opieki zdrowotnej, zmuszane do wysyłania około dwustu dokumentów rocznie do różnych adresatów (Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, urzędy administracji rządowej i samorządowej), pozostawiając tylko najistotniejsze druki sprawozdawcze kierowane do wojewódzkich urzędów statystycznych, które przekazywałyby innym instytucjom naprawdę przydatne informacje.

Bez wprowadzenia zmian w sprawozdawczości i statystyce zdrowotnej nie będzie możliwa prawidłowa diagnoza sytuacji, a w konsekwencji zmniejszają się szanse skutecznej naprawy.



**Rekomendacja 2.**  
**Tworzenie polityki zdrowotnej opartej na rzetelnych danych**

Inna ważna kwestia to tworzenie polityki zdrowotnej na podstawie rzetelnych danych. Zadanie to jest niewykonalne bez wiedzy o zdrowiu obywateli oraz o zasobach kadrowych i alokacji kadr, a także o korzystaniu przez Polaków ze świadczeń opieki zdrowotnej. Ostatnie tego typu dane pochodzą sprzed piętnastu lat.

Dlatego konieczny jest stały monitoring stanu zdrowia populacji. Należy wprowadzić do kalendarza badań statystycznych powtarzane co trzy lata badania dotyczące problemów zdrowotnych Polaków na odpowiedniej (reprezentatywnej) próbie.



**Rekomendacja 3.**  
**Wprowadzenie nauczania zdrowia publicznego**

Sytuacja w polskim systemie leczenia i opieki medycznej jest pochodną programów edukacji na uczelniach medycznych. Coraz częściej podkreśla się konieczność akcentowania problemów zdrowia publicznego oprócz tradycyjnie przekazywanej wiedzy z zakresu nauk morfologicznych, fizjologii i patologii czy metod postępowania klinicznego. Całościowym celem programów zdrowia publicznego jest dążenie do osiągnięcia wysokiego poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dobrego samopoczucia, uzyskania większej równości w zdrowiu przez ukierunkowanie działań na poprawę warunków zdrowotnych, zapobieganie chorobom i dolegliwościom w celu zmniejszenia zachorowalności, a także umieralności właściwej dla danej płci.

Ważne jest ponadto wydłużenie oczekiwanego czasu trwania w zdrowiu. Priorytet należy nadać profilaktyce i badaniom chorób o największym wpływie na przedwczesne zgony oraz na jakość życia.

Wprowadzenie nauczania zdrowia publicznego na wszystkich kierunkach medycznych wynika z doświadczeń wielu krajów Unii Europejskiej. Aby przyszli pracownicy służby zdrowia mogli podejmować decyzje najkorzystniejsze dla zdrowia pacjenta, a zarazem uza-

sadnione ekonomicznie, muszą mieć niezbędną wiedzę o rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, z których powodu pacjenci najczęściej zgłaszają się po poradę.

Program studiów medycznych w zbyt małym zakresie obejmuje również naukę zasad komunikacji z pacjentem i rozwijanie empatii.



**Rekomendacja 4.**  
**Usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej**

Zarówno eksperci Światowej Organizacji Zdrowia, jak i Unii Europejskiej od trzydziestu lat podkreślają znaczenie dostępności i jakości podstawowej opieki zdrowotnej dla zdrowia populacji. W polskiej reformie było to także jedno z mocno eksponowanych założeń. W tym celu należałoby oprzeć podstawową opiekę zdrowotną na specjalistach w tym zakresie – lekarzach rodzinnych i pielęgniarkach środowiskowych. Fatalna polityka NFZ doprowadziła do deprecjacji tej najważniejszej struktury opieki zdrowotnej, stopniowego ubezwłasnowolnienia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz rosnących dysproporcji płacowych między lekarzami opieki stacjonarnej i specjalistycznej a lekarzami rodzinnymi.

Należy doprowadzić do tego, by liczba pacjentów lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie przekraczała 1,8 tys., co umożliwi mu prowadzenie skutecznej działalności profilaktycznej.

„ Bez wprowadzenia niezbędnych zmian w sprawozdawczości i statystyce zdrowotnej nie będzie możliwa prawidłowa diagnoza sytuacji, a w konsekwencji zmniejszą się szanse na naprawę systemu ochrony zdrowia ”

Odnutowywane obecnie tendencje w wielu krajach wskazują, że zwiększa się rola i samodzielność pielęgniarek w procedurach medycznych. Konieczna jest zatem redefinicja roli pielęgniarki, zwłaszcza w podstawowej opiece ambulatoryjnej, w tym w przygotowywaniu dokładnego wywiadu, który często ma większe znaczenie dla właściwej diagnozy niż kosztowne badania.

Pierwszym zadaniem pielęgniarek, ważniejszym nawet w opiece ambulatoryjnej niż stacjonarnej, powinno być zbieranie wywiadu zdrowotnego, rodzinnego i społeczno-zawodowego (wszystkie te obszary są niezbędne do postawienia właściwej diagnozy).

Lekarze często nie przeprowadzają dokładnego wywiadu lub szkoda im na to czasu, a przecież zgromadzone w ten sposób informacje mają większe znaczenie niż najbardziej nowoczesne i najkosztowniejsze badania aparaturowe, stosowane często w nadmiarze. Odpowiednie działanie systemu ochrony zdrowia powinno doprowadzić do poprawnych relacji między liczbą wykonywanych badań na szczeblu podstawowym a liczbą specjalistycznych badań ambulatoryjnych i przeprowadzanych w placówkach lecznictwa stacjonarnego.

Konieczne jest podjęcie – wspólnie z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce – stosownych działań, aby tę sytuację unormować, zwiększając kompetencje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz znacznie podnosząc ich wynagrodzenie. Powinno to być powiązane z wprowadzeniem merytorycznego nadzoru nad ich działalnością i zrjonalizowaniem ruchu pacjentów między poradniami podstawowej opieki zdrowotnej, ośrodkami specjalistycznymi i zakładami stacjonarnej opieki zdrowotnej. Bez tych zmian mało prawdopodobne jest wykształcenie niezbędnych 20 tys. specjalistów medycyny rodzinnej, których teraz mamy niespełna 6 tys.



**Rekomendacja 5.**  
**Reorganizacja Narodowego Funduszu Zdrowia**

Konieczna jest likwidacja centrali NFZ. Decyzja ta powinna być podjęta, by zlikwidować możliwość prowadzenia konkurencyjnej polityki zdrowotnej – minister zdrowia tworzy ją na podstawie przesłanek merytorycznych, z kolei prezes NFZ opiera ją na kryteriach finansowych. Fundusz jednocześnie



fot. iStockphoto



fot. iStockphoto



finansuje udzielanie świadczeń i ustala reguły podziału środków, a co za tym idzie – tworzy realną politykę zdrowotną w oderwaniu od kryteriów merytorycznych (użytych skutków zdrowotnych).

W miejsce szesnastu oddziałów wojewódzkich należy powołać cztery lub pięć regionalnych o w miarę równym potencjale (co najmniej dwa uniwersytety medyczne w każdym z nich, zbliżona liczba podopiecznych, porównywalne dochody ze składek).



#### Rekomendacje 6. i 7. Zmiany instytucjonalne i funkcjonalne

Konieczne będzie wprowadzenie nowego podziału zadań i odpowiedzialności między Ministerstwem Zdrowia, regionalnymi organami NFZ i jednostkami samorządu terytorialnego. Twórcą polityki zdrowotnej musi pozostać minister zdrowia, któremu doradzałaby grupa ekspertów zdrowia publicznego, z kolei normy i standardy powinna przygotowywać Agencja Oceny Technologii Medycznych, wspomagana przez radę naukową złożoną z wybitnych klinicystów. Sieć szpitali, placówek ratownictwa i opieki długoterminowej należy ustanowić centralnie, nie można bowiem oczekiwać, że lokalne samorządy będą się godzić na przekształcanie szpitali „ostrych”, będących często największymi pracodawcami w mieście, w zakłady opieki długoterminowej, czemu towarzyszy zwykle redukcja zatrudnienia lekarzy.

Celowe wydaje się utworzenie niezależnej Agencji Taryf i Rozliczeń, która obiektywnie ustalałaby koszt procedur, notorycznie zawyżanych przez świadczeniodawców, a zaniżanych przez płatnika.

Agencja Oceny Technologii Medycznych powinna uzyskać pieniądze, które umożliwią jej prowadzenie wieloletnich badań efektywności zdrowotnej i kosztowej stosowanych procedur. Należy pamiętać, że osoba zdrowa może pozostać osobą zdrową, może zachorować na chorobę X, Y czy Z, a następnie wyzdrowieć, może pozostać osobą chorą, ale sprawną, może również stać się osobą niezdolną do pełnienia stosownej funkcji społecznej lub osobą niesamodzielną, może wreszcie na skutek danej choroby umrzeć. Prawdopodobieństwa będą zależeć nie tylko od rodzaju choroby (X, Y, Z), ale także od płci chorego, od wieku, w jakim nastąpiło zachorowanie, i wielu innych czynników. Biorąc to pod uwagę, trzeba zauważyć, że wiedza o tym, od czego zależy prawdopodobieństwo zmian sytuacji zdrowotnej, ma decydujące znaczenie dla tworzenia algorytmów postępowania, a więc procedur profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych i opieki hospicyjnej. Co więcej, analiza relacji kosztów do rezultatów będzie w przyszłości niezbędna do zawierania kontraktów między płatnikiem a świadczeniodawcą, uzasadnionych względami społecznymi i ekonomicznymi. Będą to rezultaty wspólnych działań AOTM oraz Agencji Taryf i Rozliczeń.



#### Rekomendacja 8. Połączenie ubezpieczenia zdrowotnego z ubezpieczeniem chorobowym

Możliwe jest zasilenie Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowymi pieniędzmi.

W tym celu należałoby połączyć ubezpieczenie zdrowotne, którym zawiaduje NFZ, z chorobowym (zasiłki chorobowe i świadczenia rehabilitacyjne) pochodzącym z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Obecna sytuacja, w której o prawie do świadczeń spowodowanych czasową niezdolnością do pracy z powodu choroby orzekają wszyscy lekarze, w tym również bez podpisanych kontraktów z NFZ, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych zbiera składki i ponosi wydatki związane z wypłatą zasiłków chorobowych, nie jest zasadna ani merytorycznie, ani logicznie.

„ Konieczność wprowadzenia nauczania zdrowia publicznego na wszystkich kierunkach medycznych wynika z doświadczeń wielu krajów Unii Europejskiej ”

Konieczne wydaje się połączenie obu ubezpieczeń w jedno (przypominające ubezpieczenie chorobowe istniejące w Polsce przed II wojną światową oraz rozwiązania stosowane obecnie w innych krajach), które gwarantowałyby dostępność, fachowość i skuteczność wszystkich niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

Jednolite ubezpieczenie zapewniałoby także wypłatę świadczeń z powodu czasowej niezdolności do pracy (zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne), opieki nad chorym członkiem rodziny (zasiłki opiekuńcze) i zgonu (zasiłki pogrzebowe).

Długość pobierania zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego jest związana z jakością świadczeń medycznych podczas choroby, zależy więc od poprawności postępowania terapeutycznego. Obecny system nie motywuje lekarzy do zachowań mających na celu racjonalizację wydatków związanych z procesem leczenia. W połączonym funduszu zdrowotnym i chorobowym należałoby wprowadzić standaryzację świadczeń medycznych i kontrolę ich jakości, co powinno doprowadzić do skrócenia okresu niezdolności do pracy, a tym samym do skrócenia okresu wypłat zasiłków chorobowych.



#### Rekomendacja 9. Wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego

System ochrony zdrowia nie wyodrębnił ponad miliona ludzi niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Znajdują się oni w gru-

pie osób niepełnosprawnych, których status w różny sposób określa kilkanaście ustaw i kilkadziesiąt innych przepisów z zakresu zabezpieczenia społecznego. Nie gwarantują one zaspokojenia podstawowych potrzeb osób niesamodzielnych. Niesamodzielność to niezdolność do samodzielnej egzystencji, która powoduje konieczność stałej opieki i pomocy innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Zespół kierowany przez Annę Wilmowską-Pietruszyńską przygotował projekt ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, ze składką 1,5 proc. wynagrodzenia (płaconą solidarnie przez pracownika i pracodawcę). Wprowadzenie tego ubezpieczenia przyniesie pozytywne skutki nie tylko dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji i ich najbliższego otoczenia, ale także dla gospodarki. Ubezpieczenie to powinno zapewnić osobom niesamodzielnym godne warunki egzystencji i przynajmniej podstawowy zakres świadczeń pielęgnacyjnych, zależny od stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji.



foto. 123RF

„ Trzeba połączyć ubezpieczenie zdrowotne, którym zawiaduje Narodowy Fundusz Zdrowia, z ubezpieczeniem chorobowym pochodzącym z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, aby zasilić system dodatkowymi pieniędzmi ”



### Rekomendacja 10. Zmiany w polityce lekowej

Podstawowym celem polityki lekowej jest zapewnienie dostępu do skutecznych leków nawet ludziom niezamożnym, co wymaga bogatej oferty sprawdzonych leków generycznych i ochrony interesów polskiego przemysłu farmaceutycznego.

Duże oszczędności można osiągnąć przez optymalizację farmakoterapii, przede wszystkim w lecznictwie ambulatoryjnym. Jednocześnie konieczne jest podjęcie następujących działań:

- opracowanie wytycznych terapeutycznych, uwzględniających zmiany na rynku leków i nowe tendencje w rozwoju farmakoterapii (przewodnik terapeutyczny),
- wdrożenie systemu monitorowania ordynacji lekarskiej pozwalającego na ocenę stopnia posługiwania się wytycznymi przez lekarza.

Przewodnik terapeutyczny powinien zostać opracowany przez profesjonalny komitet terapeutyczny, powołany przez samorząd lekarski przy współudziale środowiska farmaceutycznego, z inicjatywy ministra zdrowia, we współpracy z NFZ. Warunkiem koniecznym efektywnego stosowania się lekarzy do jego zaleceń jest wprowadzenie monitorowania ordynacji leków przez każdego lekarza mającego kontrakt z NFZ. Informatyczny system monitorujący powinien umożliwiać generowanie informacji o ordynacji każdego lekarza na tle uśrednionej ordynacji lekarzy tej samej specjalności i udzielanie o tym poufnej informacji pomocniczej konkretnemu lekarzowi.

Przewodnik powinien być okresowo (co najmniej raz w roku) nowelizowany i udostępniany wszystkim lekarzom lecznictwa ambulatoryjnego, którzy podpisali umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Opracowanie: Piotr Krasucki

Rekomendacje oparte są na publikacjach i wypowiedziach z lat 1980–2011 następujących autorów:

Marek Balicki, Piotr Błędowski, Ryszard Brzozowski, Edward Byczyński, Paweł Dorosz, Maciej Godycki-Ćwirko, Stanisława Golinowska, Jacek Grabowski, Zbigniew Gruntmeyer, Artur Hartwich, Andrzej Horoch, Janusz Indulski, Mirosław Jarosz (z Lublina), Elżbieta Kacprzycka, Tadeusz Kalaszczyński, Henryk Kirschner, Stefan Klonowicz, Jan Kopczyński, Andrzej Koronkiewicz, Henryk Kozner, Piotr Krasucki, Zbigniew Król, Maciej Krzanowski, Wojciech Kuźmierkiewicz, Maciej Latański, Jerzy Leowski, Wiesław Łagodziński, Marian Matulewicz, Marian Miśkiewicz, Stanisław Mlekodaj, Andrzej Ochlewski, Janusz Opolski, Kazimierz Piekacz, Maciej Piróg, Andrzej Piotrowski, Zbigniew Religa, Andrzej Rogoziński, Wojciech Rudnicki, Jerzy Seryński, Dariusz Snarski, Alicja Sobczak, Magdalena Sokołowska, Mariusz Stępień, Mariusz Stopczyk, Jerzy Szczerbań, Kazimierz Szwenberg, Janusz Szymborski, Katarzyna Tymowska, Wiesław Tysarowski, Anna Wilmowska, Andrzej Włodarczyk, Cezary Włodarczyk, Anna Włoszczak-Szubzda, Andrzej Wojtczak, Jan Zejda.