



EUROTERMOMETR

Rozmowa z prof. Jarosławem J. Fedorowskim, prezesem Polskiej Federacji Szpitali, gubernatorem Europejskiej Federacji Szpitali, współautorem raportu think tanku *Friends of Europe* „Adapting EU Health Policy to an Evolving Europe 2015”

Autorzy raportu kładą olbrzymi nacisk na zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia Europejczyków. Wydawało się, że to problem Polski czy nowych członków UE, ale nie tzw. starej Unii. Codziennie przecież pojawiają się raporty, wyliczenia sum do piątego miejsca po przecinku, liczby chorych co do osoby. Czy te dane są niewiarygodne?

Nie chciałbym używać tak mocnego słowa jak „niewiarygodne”. Wolalibyśmy określenie „niepełne”, a na pewno niedostarczające jasnego obrazu stanu zdrowia Europejczyków, w tym Polaków. W masie raportów, o których pan mówi, pełno jest danych wyrwykowych, zbieranych pod kątem na przykład zapotrzebowania na konkretny lek. Raporty powstają z inspiracji różnych interesariuszy – od stowarzyszeń pacjentów po producentów leków. Ujmują wycinki zagadnienia, nie dając obrazu całości. Nawet raporty OECD są nieprecyzyjne np. w kwestii liczby lekarzy w Polsce. Do tego dochodzi problem braku porównywalności wyników uzyskiwanych w różnych krajach. Mówili o tym autorzy często cytowanego raportu EuroHealth 2014. W efekcie – mimo rzeczywiście imponującej liczby opracowań, raportów i wyliczeń – nie mamy pełnego obrazu rzeczywistej sytuacji zdrowotnej Europy. A jeżeli już ten obraz jest, to zamazany. I to sugerujemy zmienić w Europie.

Na czym polega ta niemoc, ten brak porównywalności?

Każdy kraj europejski, a w wypadku konkurencji płatników – często każdy płatnik, ma własny system zbierania danych, własne kwestionariusze. I gdy spróbujemy porównać różne dane, okazuje się, że nie można wyciągnąć wiarygodnych wniosków. Klasycznym przykładem są dane z kart zgonu. W wypadku pacjentów cierpiących na bardzo różne choroby często jako przyczynę śmierci podaje się zatrzymanie krążenia, co jest przecież mechanizmem, a nie przyczyną zgonu. To prowadzi do zafałszowania statystyki umieralności z powodu chorób krążenia. Są państwa i instytucje, np. szpitale, gdzie w kartach zgonu prawidłowo wymienia się jako przyczynę zgonu chorobę, która doprowadziła do śmierci. I tak pacjent z zapaleniem płuc, którego nie udało się wyleczyć, powinien mieć zaznaczone w karcie zgonu na pierwszym miejscu jako przyczynę śmierci właśnie zapalenie płuc, a nie niewydolność oddechowo-krążeniową. W Polsce mamy z tym duży problem, w ostatnim „Menedżerze Zdrowia” [3/2015, s. 42–44] ukazał się na ten temat bardzo ciekawy artykuł autorstwa Iwony M. Aleksandrowicz. Porównywanie danych z krajów o różnych standardach wypełniania kart zgonów prowadzi do błędnych wniosków. Postulujemy poprawę w tym obszarze w wymiarze ogólnoeuropejskim.

Jak to zrobić?

Wskazujemy wyraźnie na to, że jest to rola nie tyle rządów narodowych, ile instytucji europejskich. Ważne jest, by nie próbować wymuszać, lecz uzgodnić wspólny sposób zbierania danych. To wysiłek nie tylko dla instytucji europejskich, lecz także narodowych, ubezpieczeniowych. Będzie się to wiązało z kosztami, zmianami nawyków, ale sądzę, że z większą lub mniejszą chęcią wszystkie instytucje ten wysiłek podejmą, bo efekt posłuży wszystkim pacjentom i każdej z tych instytucji z osobna. Powinniśmy mieć własny wiarygodny system zbierania danych, by na ich podstawie decydować o wszystkich ważnych aspektach zdrowia publicznego w Europie równocześnie. No i oczywiście musi być na ten cel dodatkowe finansowanie z budżetu UE.

MIMO IMPONUJĄCEJ LICZBY OPRACOWAŃ,

RAPORTÓW I WYLICZEŃ NIE MAMY PEŁNEGO OBRAZU

RZECZYWISTEJ SYTUACJI ZDROWOTNEJ EUROPY.

A JEŻELI JUŻ TEN OBRAZ JEST, TO ZAMAZANY

W raporcie położono też nacisk na innowacyjność. To sprzeczne z polityką Komisji Europejskiej, promującej leki generyczne.

Nie, chodzi o zupełnie inne formy wspierania innowacyjności. Inne niż promowanie sprzedaży leków gotowych. Nam chodzi o to, by z promocją innowacyjności połączyć bardzo ważny instrument pozostający w gestii Brukseli i Strasburga: wydatkowanie funduszy strukturalnych. Chodzi o to, by premiować tych decydentów, którzy w swojej działalności stawiają na innowacyjne zmiany. Nie tylko na innowacyjne terapie, ale np. na wprowadzenie innowacyjnych zmian organizacyjnych, prawnych. O to, by połączyć wydatkowanie funduszy strukturalnych ze zdrowiem publicznym, tworzeniem narzędzi, które pomogą o nie dbać w sposób jak najbardziej efektywny, także kosztowo. By połączyć rozwój nauk medycznych z osiągnięciami organizacyjnymi.

Kolejnym postulatem jest właśnie poprawa organizacji zarządzania zasobami medycznymi. Trwa niekończący się spór o to, czy postawić na konkurencję czy stworzyć silnie scentralizowane organizacje narodowe.

W tym sporze trudno przyznać całkowitą rację którejkolwiek ze stron. Ale rzeczywiście w Europie ścierają się te dwa modele. W krajach skandynawskich mamy do czynienia z czymś, co w języku ekonomistów można



TRUDNO MI WYOBRAZIĆ SOBIE KONKURENCJĘ

W SYSTEMIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ,

ALE RÓWNIE TRUDNO WYOBRAZIĆ SOBIE

BRAK KONKURENCJI MIĘDZY PRZYCHODNIAMI

– CZY TO POZ, CZY SPECJALISTYCZNYMI

by nazwać monopolami naturalnymi, ochroną zdrowia zorganizowaną i zarządzaną przez samorządy regionalne. Inaczej jest na południu Europy, we Włoszech czy Grecji, ale także w Holandii – gdzie postawiono na konkurencję. Sądzę, że właściwe byłoby elastyczne połączenie obu tych podejść. Trudno mi wyobrazić sobie konkurencję w systemie medycyny ratunkowej. Ale równie trudno wyobrazić sobie brak konkurencji między przychodniami – czy to POZ, czy specjalistycznymi. Pacjent, gdy tylko to możliwe ze względu na jego stan, musi mieć prawo wyboru lekarza, bez tego nie wyobrażam sobie funkcjonowania żadnego systemu ochrony zdrowia.

Ale postulat właściwego gospodarowania zasobami medycznymi ma znacznie szerszy zakres. Mieści się w nim także problem leków wydawanych bez recepty, a ściślej – zaostrzenie przepisów, na których podstawie są one w Europie tak agresywnie reklamowane. Reklamy mają Europejczyków fałszywą obietnicą, że wystarczy kupić taką czy inną pigułkę, by się pozbyć problemu zdrowotnego, i to bez konsultacji z lekarzem, bez sięgnięcia po inne, efektywne kosztowo leki i procedury. W efekcie Europejczycy są skutecznie nakłaniani do podejmowania działań nieracjonalnych – wydawania pieniędzy na leki, które nie pomagają albo nawet szkodzą, np. poprzez maskowanie objawów choroby. My zwracamy uwagę na konieczność poprawy polityki informacyjnej w obszarze medycyny w całej UE. Zasady dotyczące reklamowania takich leków powinny zostać zmienione w trosce o zdrowie i fundusze pacjentów. Już lepiej niech reklamują się lekarze i placówki ochrony zdrowia!

Wskazują państwo, że wielką bolączką jest niestabilność polityczna. Nie sposób wprowadzić długofalowej reformy, bo w każdym kraju co kilka lat są wybory, a po nich nowy rząd ogłasza „nowy początek”, programy poprzednika wyrzuca do kosza, wprowadzając własne. Zmienić to – piękny postulat. Tylko jak? Przecież ta zmiana u władzy to istota demokracji, podstawy funkcjonowania Europy.

Na to też jest sposób i my rekomendujemy, co zrobić, aby okazał się skuteczny. Kładziemy duży nacisk na formułowanie długoletnich, znacznie dłuższych niż jedna kadencja, programów zdrowotnych i finansowanie ich także z funduszy europejskich oraz kontrolę tego, czy i jak są wprowadzane w życie. Jeżeli za konkretnym planem będą stać duże pieniądze, każdy rząd trzy razy się zastanowi, zanim go zarzuci. Bo straci na tym państwo, stracą pacjenci, stracą pracownicy ochrony zdrowia. Bardzo podobny mechanizm należy stosować na poziomie krajowym, uchwałać długoterminowe programy zdrowotne, wiążąc z nimi określone budżety – krajowe i/lub europejskie. W raporcie Friends of Europe podkreślamy także, aby w momencie formułowania programów dotyczących ochrony zdrowia wysłuchać i uwzględnić opinie wszystkich interesariuszy, a do ich realizacji tworzyć zrównoważone zespoły robocze. Na szczeblu europejskim to nam się udało, co można wywnioskować m.in. ze składu naszej grupy roboczej ds. zdrowia we Friends of Europe. W Polsce dotychczas takiego podejścia w ochronie zdrowia bardzo brakowało, choć ostatnie konsultacje w sprawie projektu ustawy o zdrowiu publicznym wniosły nową jakość i budzą optymizm.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski