

Premiujmy dobre wyniki leczenia, a nie potencjał

Rozmowa z **dr. Tomaszem Prystackim**, prezesem zarządu Fresenius Medical Care Polska, przewodniczącym Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyny Polska – Nefron

Firma Fresenius Medical Care na polskim rynku usług dializacyjnych jest obecna od 20 lat. Jak zmienił się rynek dializoterapii w Polsce przez te lata?

– Opieka nefrologiczna i sama dializoterapia przeszły długą drogę przez ostatnie 20 lat. Mamy wystarczającą liczbę stanowisk dializacyjnych w kraju. Śmiem twierdzić, że w zdecydowanej większości wyposażonych na dobrym, europejskim poziomie. Pacjenci mają dostęp do szerokiego spektrum oferowanych terapii, w tym hemodiafiltracji. Rynek, w ponad 60 proc., składa się z niepublicznych świadczeniodawców, których liczba jest zdecydowanie mniejsza niż 20 lub 15 lat temu. Przetrwali głównie najwięksi, którzy są w stanie funkcjonować w ciągle pogarszającym się otoczeniu.

Jakie pana zdaniem są dzisiaj najważniejsze wyzwania stojące przed systemem opieki nad pacjentami wymagającymi leczenia nerkozastępczego?

– Od lat przekonujemy, że system wymaga gruntownej reorganizacji. Większy nacisk położony być powinien na wczesną detekcję niewydolności nerek, leczenie zachowawcze, a w tym przeszczepy wyprzedzające.

Nierównomierne rozmieszczenie poradni nefrologicznych i ich za mała liczba, a także niewystarczająca liczba oddziałów nefrologicznych, to jedno z przyczyn problemów w leczeniu pacjentów chorych na nerki. Brak kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, dla których dializoterapia i nefrologia nie są atrakcyjnymi, nie tylko finansowo, dziedzinami. Problemami są też: fragmentacja procesu leczenia, brak realnego wpływu na miejsce i jakość wykonania dostępu do dializy – tak kluczowego dla pacjenta. Jednocześnie rozliczanie stacji dializ z osiągniętych wyników również nie działa motywująco.

Jak w większości dziedzin leczenia, brak urealnienia wyceny sprawia, że pierwsze stacje dializ już się zamknęły, a następne się zamykają. To bardzo bolesny proces. Niemniej przy obecnym po-

ziomie wyceny dializy świadczeniodawcy nie są w stanie przyciągnąć i utrzymać personelu, który wybiera dużo lepiej płatne miejsca pracy. Lepiej płatne, bo po prostu wyżej wycenione lub czysto komercyjne. Do tego brak możliwości leczenia pacjenta hemodializą w domu sprawia, że już niedługo część chorych będzie dojeżdżała do stacji dializ dużo dłużej niż dwie godziny. Niewykluczone, że w części ośrodków pacjenci będą się dializować w nocy. Tak już w Polsce było, 20 lat temu...

Czy świadczeniodawcy powinni być poddani ocenie osiągniętych wyników dializoterapii – czy wystandaryzowane mierzenie wyników leczenia uzyskiwanych przez stacje dializ i prowadzenie benchmarkingu sprzyjałoby wydawaniu pieniędzy w możliwie najlepszy sposób dla pacjenta?

Dzięki ujawnianiu i publikowaniu wyników możemy osiągnąć znaczną poprawę jakości leczenia. Kluczem i warunkiem koniecznym przed wprowadzeniem takiego benchmarkingu powinno być wprowadzenie opieki koordynowanej. Świadczeniodawca, w procesie terapeutycznym, miałby realny wpływ na proces leczenia – od momentu wykrycia problemu nefrologicznego, przez leczenie zachowawcze, a także wybór optymalnego leczenia nerkozastępczego – w tym, przede wszystkim, transplantacji.

Wtedy ocena jakości leczenia poprzez pryzmat wyników, porównywanie świadczeniodawców będą miały sens. Od lat postulujemy racjonalizację wydawania publicznych pieniędzy w zależności od osiągniętych efektów leczenia, a nie struktury właścicielskiej czy też liczby sal operacyjnych w lokalizacji. Czas odejść od premiowania potencjału zamiast dobrych wyników medycznych – tylko one są jedynym wspólnym celem płatnika, regulatora, pacjenta i świadczeniodawcy.



Fot. Archiwum

Rozmawiał Krystian Lurka