

✘ Renata Furman, 2013-09-25 07:00

Półprawdy i populizm...



O zmorze publicznej dyskusji o ochronie zdrowia jaką są półprawdy i populizm z Jakubem Szulcem, byłym wiceministrem zdrowia, rozmawia Renata Furman.

O zmorze publicznej dyskusji o ochronie zdrowia, jaką są półprawdy i populizm z Jakubem Szulcem, byłym wiceministrem zdrowia, rozmawia Renata Furman.

RF: W czasie, gdy pełnił Pan funkcję wiceministra zdrowia, w oficjalnych wypowiedziach resortu pojawiała się często opinia, że problemem systemu jest nie tyle brak pieniędzy, co fakt, że nie jest on szczelny. Wciąż dało się słyszeć: „Uszczelnijmy najpierw system”. Tymczasem, jak wiadomo, nakłady na ochronę zdrowia są w Polsce jednymi z najniższych w Europie. Czy Pana zdaniem nie wymaga on przede wszystkim dofinansowania?

Jakub Szulc: W moim przekonaniu oba postulaty są prawdziwe.

Z jednej strony – jeżeli mamy zapewnić polskim pacjentom wysoki poziom leczenia – konieczny jest wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Koszty leczenia wzrastają: coraz droższe technologie medyczne i nowe leki, starzejące się społeczeństwo i zamykanie „civilisation gap” powodują, że utrzymywanie „pełnego” koszyka świadczeń gwarantowanych, wobec braku wzrostu nakładów, stanie się w pewnym momencie fikcją niemożliwą do utrzymania. Z drugiej strony nie można zamykać oczu na nieefektywności w systemie, których także jest bez liku: począwszy od zarządzania poszczególnymi podmiotami leczniczymi, przez brak spięcia poszczególnych filarów systemu, na zwykłym „naciąganiu” płatnika publicznego skończywszy. Polska ochrona zdrowia wymaga dofinansowania, byłoby jednak bardzo źle, gdyby na prostym wzroście nakładów miało się skończyć.

Od ponad dwudziestu lat toczy się w wielu krajach dyskusja na temat koordynowanej opieki zdrowotnej. W Polsce, jak dotąd, niewiele poświęcono jej uwagi, choć wciąż poszukuje się nowych rozwiązań systemowych. Czy uważa Pan, że w Polsce spełnione są warunki dla wprowadzenia KOZ?

Trudno o tym rozstrzygać w sytuacji, kiedy brak jest poważnych analiz na temat sposobu organizacji opieki koordynowanej w Polsce. Rozwiązań proponowanych w innych państwach, np. w Stanach Zjednoczonych, nie da się przenieść na polski grunt wprost ze względu na zbyt duże różnice pomiędzy systemami zabezpieczenia zdrowotnego w poszczególnych krajach. Rozstrzygnięcia wymagają takie kwestie, jak potencjalny sposób organizacji, tzn., czy wprowadzać strukturę typu: bottom-top, czy upside-down, jaki powinien być zakres (zarówno geograficzno-demograficzny, jak i medyczny) koordynacji, czy koordynator ma być jednocześnie świadczeniodawcą, czy powinien być tylko kontraktorem itd. Nie można powiedzieć, że jesteśmy gotowi na wprowadzenie opieki koordynowanej w sytuacji, kiedy nie wiemy, co i jak mamy koordynować. Dla mnie natomiast ważniejsza jest inna rzecz: powód, dla którego dyskutujemy o koordynowanej opiece zdrowotnej. Wszędzie dyskusja o KOZ jest wynikiem systemu zorientowanego na rozliczenie procedury, a nie na efekt zdrowotny czy szeroko pojęty dobrostan pacjenta. W Polsce dochodzi jeszcze jeden powód: kompletny brak sprzężeń zwrotnych pomiędzy POZ, specjalistyką ambulatoryjną i leczeniem szpitalnym.

Na naszych oczach dokonuje się negatywny proces odchodzenia od założeń podstawowej opieki zdrowotnej i zachwiania równowagi między medycyną rodzinną i medycyną specjalistyczną. Jak przywrócić rangę medycyny rodzinnej i czy wśród decydentów

zdrowotnych jest taka wola?

Odpowiem pytaniem na pytanie: czy wśród przedstawicieli medycyny rodzinnej, a w szczególności organizacji zrzeszających pracodawców medycyny rodzinnej jest taka wola? System medycyny rodzinnej w Polsce nie ma nic wspólnego ze szczytnymi założeniami zaproponowanymi nam przez Unię Europejską. To w zasadzie sprawa historyczna, ale nie da się zaprzeczyć, że regularne stawianie „decydentów zdrowotnych” pod ścianą przez jedną organizację doprowadziło do coraz mocniejszego odchylenia w kierunku specjalistyki. Zresztą efekty widać bardzo dobrze: proszę zobaczyć, co dzieje się w szpitalnych izbach przyjęć i SOR-ach codziennie po godzinie 18. Ale to tylko wierzchołek góry lodowej. Postawię kolejne pytanie: jak można w XXI wieku prowadzić sensowną politykę zdrowotną, profilaktykę i dbać o zdrowie publiczne, skoro jedyne dane gromadzone i sprawozdawane przez POZ dotyczą osób ze schorzeniami diabetologicznymi, układu krążenia i zachorowań na grypę w sezonie grypowym? Czyli tych, gdzie obowiązuje mnożnik przy rozliczaniu pacjenta z NFZ? W Polsce mamy za dużo medycyny naprawczej. Kłopot polega na tym, że podstawowe zabezpieczenie nie działa tak jak powinno. To kolejny przyczynek do gruntownej zmiany organizacji systemu ochrony zdrowia – być może w kierunku opieki koordynowanej.

Był Pan zwolennikiem wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych. Czy uważa Pan, że mamy w Polsce wystarczający poziom zgody społecznej i politycznej na to, żeby w dobie kryzysu wprowadzać to rozwiązanie?

Proszę pamiętać o jednym, bardzo ważnym słowie: dobrowolnych. Projekt ustawy nie zakłada ani konieczności zawierania umów ubezpieczenia, ani nie ogranicza dotychczasowych gwarancji systemu publicznego. Dyskusja nad dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi trwa już 2,5 roku i, szczerze powiedziawszy, jestem nieustająco zdziwiony emocjami, które budzi rozwiązanie zamykające oczywiste luki w prawie materialnym w kwestii ubezpieczenia zdrowotnego. Co więcej, ustawa daje szansę realnego skrócenia kolejek do systemu publicznego i uruchomienia realnej konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami. Tymczasem dzieje się to, co jest zmartwieniem polskiej dyskusji publicznej: półprawdy, populizm i ujadanie: że nagle pacjenci zostaną podzieleni na lepszych i gorszych, że trzeba będzie płacić itd. Prawda jest taka, że dzisiaj w Polsce ponad 30 proc. środków na zdrowie to środki prywatne. Pytanie, czy chcemy je wydawać tak jak dotychczas, czy nadać im bardziej cywilizowaną formę?