

Najważniejsze propozycje zmian w systemie

Kompleksowa ocena działania służby zdrowia

PIOTR WASILEWSKI

Najwyższa Izba Kontroli stale monitoruje działanie służby zdrowia. Wyniki dotychczasowych kontroli wskazują, że główne problemy w tym obszarze od 20 lat pozostają niezmiennie. Potwierdzają to opinie ekspertów i pacjenci. W związku z tym Izba dokonała ponownej analizy wyników przeszło 70 kontroli przeprowadzonych w ostatnich latach i przedstawiła w jednym dokumencie rekomendacje dotyczące funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Ujęto je w pięciu obszarach tematycznych.

Wstęp

Poza informacjami o wynikach kontroli jednostkowych, Najwyższa Izba Kontroli coraz częściej przygotowuje również analizy systemowe (megainformacje¹), oparte na wynikach wielu kontroli planowych i doraźnych. Dokumenty te przedstawiają, w szerszym zakresie, ważne obszary funkcjonowania państwa, wskazują wnioski systemowe i *de lege ferenda*, które zostały sformułowane w poszczególnych kontrolach, a także – w efekcie pogłębionej analizy ustaleń wielu badań – pozwalają na sformułowanie nowych uwag czy rekomendacji o całościowym charakterze.

Sporządzanie takich analiz nie jest obowiązkiem ustawowym NIK. Wynika zarówno z rosnących oczekiwań odbiorców informacji, jak i wzrostu znaczenia podejścia analitycznego w praktyce funkcjonowania Najwyższej Izby Kontroli. W ostatnich latach w Izbie powstało pięć tego rodzaju opracowań, które dotyczyły: działań Policji i organów administracji publicznej na rzecz bezpieczeństwa obywateli w ruchu drogowym, elektrowni wiatrowych, systemu gospodarowania przestrzenią gminy, a także dwie analizy z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia². Artykuł przybliży niektóre ustalenia

¹ Takie określenie używane jest w NIK w odniesieniu do analiz systemowych.

² *Działania Policji i organów administracji publicznej na rzecz bezpieczeństwa obywateli w ruchu drogowym*, nr 148/2014/megainf/KPB; *Elektrownie wiatrowe w świetle kontroli NIK*, nr 47/2016/D/15/502/KIN; *System gospodarowania przestrzenią gminy jako dobrem publicznym*, nr 193/2016/megainfo/KIN; *Dostępność i efekty leczenia nowotworów*, nr 175/2017/megainfo/KZD; *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce - stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr 8/2019/megainfo/KZD (wraz ze skróconą wersją raportu nr 27/2019/megainfo/KZD).



i rekomendacje NIK zawarte w analizach systemowych dotyczących tego obszaru, a także przedstawia korzyści, jakie wynikają ze sporządzania takich opracowań, zarówno dla odbiorców informacji, jak i instytucji kontrolnej.

System ochrony zdrowia i pożądane kierunki zmian

Doświadczenia zdobyte w pracach nad pierwszą kompleksową analizą (o której będzie mowa dalej), dotyczącą dostępności i efektów leczenia nowotworów pozwoliły na przygotowanie nowej megainformacji, którą tym razem postanowiliśmy poświęcić funkcjonowaniu całego systemu ochrony zdrowia. Prezes NIK powołał specjalny zespół poświęcony wsparciu tego przedsięwzięcia³.

Z uwagi na znaczenie systemu ochrony zdrowia dla społeczeństwa Najwyższa Izba Kontroli corocznie monitorowała poszczególne aspekty jego funkcjonowania i na podstawie analiz ryzyka wystąpienia nieprawidłowości podejmowała liczne kontrole w tym obszarze. Dotychczasowe badania NIK wskazują, że główne problemy z jakimi zmagają się uczestnicy systemu pozostają od 20 lat niezmiennie. Wyniki tych kontroli uzasadniają również potrzebę pilnego podjęcia skutecznych działań, zarówno w zakresie finansowania, jak i organizacji systemu ochrony zdrowia. Nie jest on przyjazny dla pacjenta, nie zapewnia efektywnego wykorzystania środków publicznych, tworzy również problemy dla osób kierujących podmiotami leczniczymi i zatrudnionego w nich personelu.

Diagnozę, wynikającą z ustaleń NIK potwierdzają opinie ekspertów i odczucia samych pacjentów. W Europejskim Konsumentckim Rankingu Zdrowia za 2018 r. Polska zajęła dopiero 32 miejsce na 35 państw objętych badaniem, wyprzedzając jedynie Albanie, Rumunię i Węgry. Bardzo nisko oceniono między innymi dostępność niektórych usług medycznych, czas oczekiwania na planowy zabieg, czy skuteczność leczenia nowotworów. Niepokojące jest, że w porównaniu z 2016 r. liczba osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych prywatnie wzrosła w 2018 r. aż o 10 punktów procentowych.

Analiza powstała na podstawie wyników ponad 70 kontroli przeprowadzonych przez NIK w ostatnich latach, których przegląd i najważniejsze ustalenia zaprezentowano w jednym dokumencie. W wyniku tych kontroli sformułowano setki istotnych wniosków pokontrolnych dotyczących funkcjonowania wielu szczegółowych obszarów systemu ochrony zdrowia, z których część zostało zrealizowanych. Tym razem ponowna analiza wyników, wspierana uwagami oraz opiniami z paneli ekspertów, pozwoliła na sformułowanie szeregu rekomendacji dotyczących funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Rekomendacje te ujęte zostały w pięciu obszarach tematycznych: „Organizacja i zasoby systemu”; „Finansowanie systemu”; „Dostępność świadczeń”, „Prawa i bezpieczeństwo pacjentów” oraz „Zasoby informacyjne systemu”.

³ Zarządzenie nr 48/2018 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania analizy systemowej *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*.

Strategia rozwoju systemu

Pierwszym krokiem reformy powinno być, w ocenie NIK, opracowanie długookresowej strategii, która musi uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu. Powinna ona chronić system przed działaniami doraźnymi i pozwolić zerwać z powszechną, w ciągu ostatnich 20 lat, praktyką dokonywania często przypadkowych i doraźnych zmian powodujących np. tworzenie sprzecznych przepisów i trudności w ich interpretowaniu. Brak długookresowej strategii może niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie instytucji ochrony zdrowia, a także zniechęcać do podejmowania decyzji inwestycyjnych w tym obszarze.

Strategia powinna określać cele systemu, z uwzględnieniem wyzwań demograficznych i epidemiologicznych, a także priorytetowe kierunki rozwoju i zasady jego funkcjonowania, w tym między innymi:

- zakres zadań i odpowiedzialności poszczególnych uczestników systemu,
- źródła finansowania oraz plan wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, w połączeniu ze zwiększeniem jakości i dostępności świadczonych usług.

Podstawowym celem systemu powinno być osiągnięcie maksymalnego efektu zdrowotnego przy właściwym wykorzystaniu dostępnych zasobów, co przełoży się na wydłużenie długości życia w zdrowiu.

Realizacja tego celu jest uzależniona od:

- poprawy jakości i dostępności świadczeń, co spowoduje lepsze efekty leczenia oraz wzrost satysfakcji pacjentów,
- efektywności i osiągnięcia równowagi finansowej przez uczestników systemu ochrony zdrowia.

Do realizacji założonego celu niezbędne jest ustalenie priorytetowych kierunków rozwoju systemu, wynikających z potrzeb demograficznych i epidemiologicznych.

Priorytety te powinny odpowiadać na wyzwania, jakimi dla współczesnej Polski staje się starzenie społeczeństwa oraz choroby cywilizacyjne, które występują globalnie i są coraz bardziej powszechne. Jak wskazują kontrole NIK, skuteczna walka z tymi zjawiskami wymaga działań podejmowanych także poza systemem ochrony zdrowia, współpracy i koordynacji działań organów władzy publicznej różnych szczebli, a także udziału organizacji społecznych czy samych pacjentów. Niezbędnym elementem jest także określenie spójnej, kompleksowej i wieloletniej koncepcji działań profilaktycznych ukierunkowanej na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom.

Istotne jest również określenie w Strategii perspektywy wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i źródła ich pokrycia. Poziom wydatków na ochronę zdrowia w naszym kraju odbiega bowiem od wartości notowanych w większości krajów europejskich, zarówno porównując udział w PKB, jak i kwoty wydatkowane na jednego mieszkańca. Tymczasem społeczeństwo polskie starzeje się, a średnie wydatki NFZ na jednego ubezpieczonego powyżej 65 roku życia są około 3-krotnie wyższe niż dla pozostałej, młodszej populacji. Skutkuje to wysokim, w porównaniu z wieloma innymi państwami europejskimi, udziałem wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów.

Strategia powinna również wskazywać działania racjonalizujące sposób wydatkowania środków w ochronie zdrowia.



Jak wskazują kontrole NIK, są obszary, w których istnieje ryzyko podwójnego finansowania tych samych zadań ze środków publicznych. W niewystarczającym stopniu wykorzystywane są także możliwości analizy danych przekazywanych przez podmioty lecznicze w celu eliminowania istniejących nadużyć. W dalszej kolejności stworzenie Strategii powinno pociągać za sobą przygotowanie regulacji prawnych umożliwiających wdrożenie jej założeń i wprowadzenie zmian. Warunkiem skutecznego reformowania systemu jest dostęp do aktualnych i wiarygodnych danych. Poprawa jakości zbieranych informacji powinna przede wszystkim dotyczyć dwóch obszarów:

- danych medycznych przez wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i epidemiologicznych rejestrów medycznych pozwalających na koordynację leczenia oraz ocenę jego efektów;
- danych finansowych o rzeczywistych kosztach udzielania poszczególnych procedur medycznych.

Organizacja i zasoby

Do najważniejszych, postulowanych przez NIK, zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia należy zaliczyć:

- wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie;
- określenie relacji pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym;
- wprowadzenie „barier wejścia” oraz „mechanizmu wyjścia” z systemu;

- skoordynowanie polityki państwa dotyczącej zdrowia społeczeństwa;
- poprawę wykorzystania zasobów systemu, zwłaszcza zasobów kadrowych;
- skoordynowanie opieki nad pacjentem i poprawę jej jakości.

Wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa powinno służyć wyeliminowaniu nieefektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie. Dotychczasowe 20-letnie próby zintegrowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów w postaci koordynacji procesu leczenia i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. W wielu wypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ, zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej.

Jak wskazywali niektórzy eksperci zewnętrzni uczestniczący w panelach, należy rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa. Konsolidacja uprawnień właścicielskich, w wypadku szpitali samorządowych, umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu, której, jak pokazują kontrole NIK, brakuje.

Następna istotna kwestia to określenie relacji pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym, co powinno prowadzić do tego, aby środki były wydatkowane w sposób przejrzysty

i możliwie efektywny, z jak największą korzyścią dla pacjenta. Jest to tym bardziej istotne, że obecnie w Polsce notuje się rosnący udział wydatków na zdrowie ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów.

Kolejną rekomendacją w sferze organizacji systemu jest wprowadzenie „barrier wejścia” oraz „mechanizmu wyjścia” z systemu. Tak zwane „bariery wejścia” dla podmiotów chcących uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia powinny odnosić się nie tylko do wskaźników ilościowych, np. liczby łóżek, personelu o określonych kwalifikacjach, czy wyposażenia, ale również zawierać kryteria jakościowe. Z kolei ograniczenie działalności w systemie, w tym np. zbyt mała liczba wykonywanych zabiegów, powinno skutkować zaprzestaniem finansowania działalności placówki ze środków publicznych, przy utrzymaniu dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych na niepegorszym poziomie.

W ocenie NIK niezbędne jest również skoordynowanie polityki państwa w poszczególnych dziedzinach związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Skuteczność procesu terapeutycznego wynika w dużej mierze ze świadomości pacjentów, że ich stan zdrowia zależy także od indywidualnych działań lub zaniechań, zwłaszcza w obszarze stylu życia i profilaktyki. Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. wskazywała na potrzebę wprowadzenia do programu edukacji w szkołach podstawowych oraz średnich wydzielonego przedmiotu – edukacji zdrowotnej, przekazującego wiedzę na temat rozwoju, zdrowia i zachowań prozdrowotnych dostosowanych do możliwości dzieci i młodzieży w danym okresie życia oraz kształtującego

odpowiednie nawyki na przyszłość. Należy również pamiętać, że poza polityką zdrowotną czy edukacją, także inne obszary polityki państwa mają istotny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa. Należą do nich w szczególności: ochrona środowiska, rozwój, polityka regionalna, a także regulacje dotyczące produktów farmaceutycznych i żywności, koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego, czy opodatkowanie wyrobów tytoniowych i alkoholowych.

Kolejna z rekomendacji odnosi się do poprawy wykorzystania zasobów systemu, w szczególności kadrowych. W związku z niedoborem personelu medycznego konieczne jest dokonanie przeglądu kompetencji i uprawnień poszczególnych grup zawodowych celem ich szerszego wykorzystania. W systemie ochrony zdrowia pojawiły się nowe zawody, np. opiekunowie medyczni. Potencjał takich grup zawodowych nie jest w pełni wykorzystany. Należy również powiązać kierunki rozwoju kadry medycznej z systemem motywacyjnym (w tym z zapewnieniem stabilnych warunków pracy) w celu podejmowania przez lekarzy specjalizacji w dziedzinach szczególnie deficytowych. NIK rekomenduje również wprowadzenie mechanizmów pozwalających na zwiększenie liczby studentów w uczelniach medycznych oraz zwiększenie liczby specjalizujących się lekarzy, a także poszerzenie możliwości dokonywania nostryfikacji z równoczesnym doksztalcaniem dla osób kończących uczelnie medyczne poza UE. Natomiast normy dotyczące zatrudnienia poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych (np. liczba pielęgniarek przypadająca na łóżko szpitalne) powinny odnosić się do pacjentów i ich potrzeb, a nie posiadanego wyposażenia.



Do najważniejszych, postulowanych przez NIK, zmian w organizacji opieki nad pacjentem i poprawy jej koordynacji należy zaliczyć:

- zwiększenie roli i znaczenia świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, czyli podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej;
- wprowadzenie mechanizmów promujących podejmowanie profilaktyki zdrowotnej;
- wykonywanie poszczególnych procedur leczenia pacjentów na odpowiednich poziomach referencyjnych systemu;
- wprowadzenie systemu oceny jakości udzielanych świadczeń.

Nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, a nawet stanowi zagrożenie dla pacjentów z uwagi na występowanie lekoopornych szczepów bakterii w środowisku szpitalnym. Wiele procedur medycznych – wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym – można dziś przeprowadzić również w warunkach ambulatoryjnych. Koszt takich świadczeń jest niższy niż w ramach hospitalizacji. Powinno się zatem rozważyć przekształcenie części dotychczasowych szpitali w zespoły opieki ambulatoryjnej, których stałym zadaniem będzie udzielanie kompleksowych świadczeń z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej czy rehabilitacji.

Istotne jest również wprowadzenie mechanizmów promujących podejmowanie profilaktyki. W ramach obligatoryjnych badań okresowych, wynikających z Kodeksu pracy, należy wykonywać także badania ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych.

Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. postulowała przygotowanie rozwiązań

legislacyjnych mających na celu włączyć nie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, z zapewnieniem jej odrębnego finansowania, które nie obciążą pracodawców.

Ograniczenie wykonywania poszczególnych procedur leczenia pacjentów do określonych szczebli referencyjnych systemu powinno z kolei podnieść poziom bezpieczeństwa pacjentów i jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem NIK, należy także wprowadzić system oceny jakości udzielanych świadczeń. Zbuduje to zaufanie do systemu, a jednocześnie będzie stanowiło bodziec dla podmiotów leczniczych, aby poprawić jakość udzielanych świadczeń. Placówki ochrony zdrowia, które leczą skutecznie i bezpiecznie, powinny być premiiowane. System oceny jakości winien przewidywać publikację wskaźników jakościowych dla poszczególnych podmiotów leczniczych na stronie internetowej prowadzonej przez organ publiczny.

Finansowanie systemu

Sposób finansowania systemu ochrony zdrowia stanowi kluczowe narzędzie oddziaływania organów publicznych, decydujące o tak istotnych zjawiskach, jak np. zakres dostępu pacjentów do świadczeń.

Pierwszą postulowaną zmianą w tym zakresie jest wprowadzenie jednolitego standardu rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych. Rozwiązanie to pozwoli na rzetelną analizę kosztów udzielonych przez nie świadczeń i będzie miało istotne znaczenie dla przeprowadzenia urealnionej wyceny procedur medycznych.

Wraz z ustaleniem standardów organizacyjnych udzielania świadczeń pozwoli to na określenie cen ich zakupu przez płatnika publicznego.

Dane zebrane na podstawie jednolitego rachunku kosztów powinny stanowić podstawę do ponownej wyceny świadczeń. Zapobiegnie to zadłużaniu się podmiotów leczniczych o najwyższej referencyjności, wykonujących najbardziej złożone procedury medyczne. Zmiana wyceny świadczeń ambulatoryjnych, profilaktycznych, a także poszpitalnych pozwoli na zmianę ich niekorzystnej struktury, a w szczególności ograniczenie kosztownych hospitalizacji. Jednolity standard rachunku kosztów powinien także ułatwić tworzenie analiz zarządczych w systemie.

Istotne jest przy tym wprowadzenie zasady premiowania jakości leczenia i jego efektu. Bodźce ekonomiczne (płatność za poszczególne procedury) skłaniają podmioty lecznicze do wielokrotnego przyjmowania pacjentów; wyleczenie czy poprawa stanu zdrowia przestaje być celem samym w sobie.

Kolejna rekomendacja dotyczy wprowadzenia takich zasad finansowania świadczeń, które urzeczywistnią ideę: „pieniądz podąża za pacjentem”. Dotychczasowa praktyka wskazuje, że środki finansowe „podążały” za kontraktem, ale nie zawsze zgodnie z potrzebami pacjentów. Skierowanie środków na leczenie pacjenta spowoduje zmianę podejścia. Działanie takie nie może jednak odbywać się bez równoczesnego wprowadzenia publicznie dostępnych wskaźników oceny jakości udzielonych świadczeń, określonych przez Ministra Zdrowia, przy udziale wyspecjalizowanej jednostki podległej Ministrowi.

W ocenie NIK w algorytmie podziału środków należy uwzględnić większą liczbę czynników oddziałujących na system ochrony zdrowia w regionie. Stosowany obecnie algorytm nie uwzględnia wielu charakterystycznych dla nich czynników epidemiologicznych. Tym samym nie odpowiada aktualnym potrzebom zdrowotnym. Należy zauważyć, że został on ustalony 10 lat temu, a w tym czasie zmieniła się sytuacja epidemiologiczna (np. znacznie wzrosła zachorowalność na nowotwory złośliwe), a także dokonano szeregu istotnych zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia.

Istotne jest także zaprzestanie przekazywania przez NFZ środków na wynagrodzenia personelu odrębnie, a nie w związku z zakupem świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. W ostatnich latach ze składek ubezpieczonych finansowane są inne koszty niż zakup świadczeń dla pacjentów, np. podwyżki wynagrodzenia personelu medycznego. Wzrost wynagrodzeń personelu powinien być konsekwencją wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia i wpływać na wycenę świadczeń. Nałożenie na formalnie niezależne podmioty lecznicze kosztów podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego, które nie są w pełni pokrywane przez płatnika, nie tylko ogranicza wielkość środków przeznaczanych na zakup świadczeń dla pacjentów, lecz również stanowi zagrożenie dalszego funkcjonowania dla poszczególnych placówek. Zasadne jest kompleksowe uregulowanie zagadnień związanych z wynagrodzeniami całego personelu medycznego.

Zdaniem NIK należy uszczelnić system finansowania ochrony zdrowia. Obecnie możliwe jest wykazywanie do rozliczania



świadczeń, które w ogóle nie były wykonane. Głównie od czujności pacjenta zależy, czy takie fikcyjne świadczenie zostanie wykryte. Aby wyeliminować tego rodzaju zjawiska należy możliwie szybko wprowadzić rozwiązania informatyczne, które pozwolą np. na autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta.

Należy także dokonać analizy rozwiązań organizacyjnych i prawnych pod kątem wyeliminowania nieefektywnego finansowania. Przykładem może być ryzyko finansowania tych samych zadań w ramach programów profilaktycznych refundowanych z różnych źródeł środków publicznych,

Istotne jest również wydzielenie w stawce kapitacyjnej, przekazywanej lekarzowi POZ za opiekę nad każdym pacjentem, kwoty przeznaczonej na badania diagnostyczne, w tym profilaktyczne. W ocenie NIK takie rozwiązanie może przyczynić się do wykrywania chorób na wczesnym etapie ich rozwoju i poprawy skuteczności leczenia.

Dostępność świadczeń

Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest głównym czynnikiem decydującym o satysfakcji pacjenta z działania systemu ochrony zdrowia. Zależy on od szeregu czynników związanych przede wszystkim z organizacją i finansowaniem systemu. Zmiany dokonane w tych obszarach wpływają na skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, który jest zasadniczą miarą dostępu pacjentów do leczenia. W związku z powyższym, w ocenie NIK, należy preferować w systemie finansowania te podmioty, które udzielają świadczeń w sposób ciągły i kompleksowy. Efekty leczenia pacjentów w systemie ochrony

zdrowia są bowiem często zaprzepaszczone z powodu niezapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia, głównie wtedy, gdy pacjenci są odsyłani do innych podmiotów, często odległych od ich miejsca zamieszkania.

Zdaniem NIK niezbędne jest ustalenie listy badań profilaktycznych, w tym populacyjnych, kierowanych do konkretnych grup osób wraz z określeniem okresu ich wykonywania oraz stworzenie systemu zachęt do ich realizacji. Badania te powinny dotyczyć kluczowych problemów zdrowotnych ludności (chorób cywilizacyjnych). Wprowadzeniu tego rozwiązania musi towarzyszyć stworzenie bazy danych, która pozwoli ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych.

Kolejna rekomendacja dotyczy wdrożenia systemu zachęt sprzyjającemu powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów. Rozmieszczenie podmiotów leczniczych nie odpowiada potrzebom zdrowotnym ludności, a proces przebudowy struktury terytorialnej systemu jest trudny i długotrwały. Istotną rolę powinno tu odegrać państwo, które przez system zachęt (w tym fiskalnych) może stymulować tworzenie nowych podmiotów, tam gdzie występuje deficyt świadczeń określonego rodzaju.

W ocenie NIK należy także rozwijać i upowszechniać stosowanie telemedycyny. Jest to najnowocześniejsza forma świadczenia usług medycznych, wykorzystująca zaawansowane osiągnięcia informatyki i telekomunikacji do monitorowania pacjentów na odległość. Niewystarczające zasoby personelu medycznego, liczne

przypadki występowania u pacjentów wielu chorób jednocześnie, wskazują na potrzebę dokonywania konsultacji między lekarzami różnych specjalizacji. Telemedycyna pozwoli ograniczyć odsyłanie części pacjentów na konsultacje do odległych ośrodków.

Prawa i bezpieczeństwo pacjentów

Jednym z istotnych problemów systemu ochrony zdrowia jest to, że nie ma ograniczeń w świadczeniu usług medycznych, jeśli tylko zainteresowani spełniają normy określone w przepisach. Są to jednak głównie normy dotyczące wyposażenia lub kadry medycznej. Tymczasem jakość udzielonych świadczeń zależy głównie od umiejętności wykonywania zabiegów (procedur) medycznych, a ta z kolei, w dużym stopniu, od doświadczenia kadry medycznej (liczby wykonanych dotychczas zabiegów). Innymi czynnikami pozytywnie wpływającymi na jakość świadczeń jest skuteczny system przeciwdziałania zakażeniom, wyposażenie w nowoczesny sprzęt i wykonanie pełnej diagnostyki.

Przestrzeganie praw pacjentów oraz zapewnienie im bezpieczeństwa przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych jest jednym z największych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. W celu ich zabezpieczenia, w ocenie NIK, należy ustalić standardy organizacyjne udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Minister Zdrowia powinien, w większym stopniu niż do tej pory, wykorzystać delegację ustawową pozwalającą na ustalenie standardów organizacyjnych udzielania

świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dotychczas standardy takie ustalono jedynie w kilku obszarach.

Bez wprowadzenia standardów nie da się zapewnić równego traktowania pacjentów. Nie będzie również możliwe ustalenie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń oraz dokonywanie ich porównań pomiędzy poszczególnymi podmiotami leczniczymi. Standardy pozytywnie oddziałują również na jakość udzielanych świadczeń, a także stanowią formę ochrony kadry medycznej przed nieuzasadnionymi roszczeniami pacjentów.

Kolejna rekomendacja dotyczy wprowadzenia skutecznych mechanizmów zwalczania zakażeń szpitalnych, bowiem skuteczność obecnego systemu przeciwdziałania im jest niewystarczająca. W sytuacji pojawienia się szczepów bakterii lekoopornych może to stanowić zagrożenie dla pacjentów (szczególnie tych po zabiegach i z osłabioną odpornością). System monitorowania i raportowania takich zdarzeń, jak wykazała kontrola NIK, nie jest kompletny.

Pożądaną zmianą byłoby także stworzenie systemu informacji dla pacjenta. Powinien opierać się na autoryzowanym, nowoczesnym i przyjaznym dla użytkownika zasobie wiedzy o zdrowiu i leczeniu, np. portalu internetowym.

Należy również wzmocnić i lepiej skoordynować działania podmiotów prowadzących zewnętrzny nadzór instytucjonalny. W obecnym stanie prawnym nadzór nad systemem ochrony zdrowia jest rozproszony pomiędzy różne instytucje, które w ograniczonym stopniu współpracują ze sobą.



Ostatnią rekomendacją w tym obszarze jest poprawa funkcjonowania pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Obecnie działający, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się, a czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest niezadowalający. Wydane przez komisje orzeczenia i propozycje odszkodowań, przedstawiane przez szpitale, często nie satysfakcjonują pacjentów i w związku z tym sprawy trafiają do sądów.

Obieg informacji w systemie ochrony zdrowia

Powodzenie każdej reformy systemu ochrony zdrowia zależy w dużej mierze od jakości, w tym aktualności, danych zawartych w systemach informacyjnych. Nowe systemy powinny także pozwolić na uszczelnienie weryfikacji świadczeń przedstawianych do rozliczeń z NFZ.

W ocenie NIK należy zakończyć budowę tzw. systemu P1⁴ i wprowadzić go do użytku. Konieczne jest również jak najszybsze pełne wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Wybrane dane

pochodzące z tej dokumentacji, takie jak np. wyniki wybranych badań, których konieczność wykonania powinna wynikać ze standardów organizacji udzielania świadczeń, muszą na bieżąco zasilać epidemiologiczne rejestry medyczne, żeby można było oceniać np. efekty leczenia. To z kolei pozwoli Ministrowi Zdrowia na włączanie do tzw. „koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych”, przy uwzględnieniu rachunku kosztów, tylko tych procedur medycznych, których skuteczność będzie udowodniona.

W ocenie NIK obowiązek sprawozdawczy zjawisk epidemiologicznych powinien objąć również podmioty prywatne. Coraz większa część środków wydawana jest poza systemem publicznym, a tak szerokie korzystanie z usług prywatnych świadczeniodawców ogranicza wiedzę organizatorów systemu na temat zjawisk epidemiologicznych. Niepełna informacja na ten temat utrudnia organom państwa planowanie i podejmowanie decyzji organizacyjnych w skali całego systemu.

Należy także opracować jednolite słowniki i formaty przekazywania danych. Brak jednolitości może powodować szereg negatywnych skutków, takich jak np. nieporównywalność danych o kosztach udzielonych świadczeń, czy brak możliwości oceny ich jakości, co uniemożliwia porównanie efektów stosowanych procedur terapeutycznych.

⁴ P1 – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych – w systemie tym mają się znaleźć dane o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski – niezależnie od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Poprawić powinna się także jakość danych wprowadzanych do systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Jak wynika z ustaleń kontroli NIK istotnym problemem jest rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej. Niektóre podmioty lecznicze czynią to z naruszeniem wymogów określonych w przepisach prawnych. Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości dotyczyły nie tylko kwestii formalnych, ale w części przypadków świadczyły o braku należytej staranności w dokumentowaniu procesu diagnozowania i leczenia pacjentów, co może skutkować nieprawidłowym jego przebiegiem. Warto jednocześnie zaznaczyć, że w podmiotach, w których prowadzi się dokumentację w formie elektronicznej, udało się wyeliminować wiele uchybień.

Realizacja rekomendacji sformułowanych przez NIK powinna przyczynić się do zbudowania systemu ochrony zdrowia, którego oczekują Polacy. Systemu, który będzie lepiej zorganizowany i finansowany, bardziej transparentny, a także oparty na rozwiązaniach z obszaru e-zdrowia. Wzrośnie znaczenie komunikacji, gromadzenia i wymiany rzetelnych danych medycznych oraz publikowania informacji wspierających podejmowanie decyzji przez uczestników systemu. Wszystkie te rozwiązania będą służyły pacjentowi i ułatwią poruszanie się po bezpiecznym i przyjaznym systemie opieki zdrowotnej. Jednocześnie powstaną warunki

sprzyjające utrzymaniu równowagi pomiędzy coraz większymi oczekiwaniami, a ograniczonymi zasobami kadrowymi i finansowymi, które można przeznaczyć na zdrowie.

Dostępność i efekty leczenia nowotworów

Przykładem analizy w nieco węższym, ale bardzo istotnym obszarze była analiza systemowa „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”. Ustalenia NIK w tym obszarze wskazują na konieczność wprowadzenia reform w całym systemie, co później potwierdził „Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”. Najwyższa Izba Kontroli podjęła prace nad analizą w obszarze onkologii z uwagi na to, że nowotwory złośliwe stanowiły drugą, najczęstszą przyczynę śmierci w Polsce, odpowiadając, w 2015 r., za ponad 27% zgonów wśród mężczyzn oraz prawie 24% zgonów kobiet⁵. W latach 1999–2015 liczba zachorowań zwiększyła się o 46% (osiągając 163,3 tys.), a liczba zgonów o 23,2% (do 100,6 tys.). Choroba nowotworowa stanowi więc ogromny problem w wymiarze społecznym, ponieważ każdego roku, biorąc pod uwagę liczbę zgonów, tracimy miasto wielkości Legnicy. Ale to także osobisty dramat człowieka, który musi się nagle zmierzyć z budzącą lęk chorobą, często zagubionego, bez wystarczającego wsparcia. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe (70% u mężczyzn

⁵ J. Didkowska, U. Wojciechowska: *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce*, „Krajowy Rejestr Nowotworów”, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Dostępne na stronie <<http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/>>.



i 60% u kobiet) występuje u osób po 60 roku życia. Ryzyko jest najwyższe w ósmej jego dekadzie. W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi w naszym kraju, tj. wzrostem udziału w społeczeństwie osób powyżej 65 roku życia, należy spodziewać się wzrostu liczby zachorowań na nowotwory. Prognoza Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO)⁶ wskazuje na możliwość znacznego, bo ponad 25%, wzrostu do roku 2025, w porównaniu z rokiem 2011, zachorowalności na choroby onkologiczne. W ten sposób nowotwory staną się prawdopodobnie najważniejszą przyczyną zgonów w Polsce.

Głównymi przyczynami powstawania nowotworu są nieprawidłowości (mutacje) DNA komórek w organizmie. W wyniku zewnętrznych czynników, takich jak związki rakotwórcze w dymie tytoniowym, a także promieniowanie i niektóre infekcje, może wystąpić zjawisko immunosupresji zwiększającej ryzyko wystąpienia nowotworu. Czasami stan odżywienia organizmu i hormony przez niego wytwarzane mogą również powodować występowanie tych nieprawidłowości.

Porównanie wartości wskaźników zachorowalności na nowotwory złośliwe i umieralności z ich powodu w Polsce oraz Unii Europejskiej wskazuje, że skuteczność leczenia onkologicznego w naszym kraju jest gorsza niż w większości pozostałych krajów. Wartość wskaźnika zachorowalności jest bowiem niższa o około 15%, w porównaniu ze średnią

dla krajów Unii, lecz wartość wskaźnika umieralności jest o około 18% wyższa niż średnia dla tej grupy państw. Ocenę tę potwierdzają także wartości wskaźników skuteczności leczenia, na przykład 5-letnich przeżyć pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową. To dowód, że w Polsce pacjenci onkologiczni otrzymują gorsze wsparcie ze strony systemu ochrony zdrowia niż w większości krajów europejskich.

W analizie wykorzystano ustalenia 32 kontroli koordynowanych NIK, a ponadto, jako materiał pomocniczy, 39 raportów ekspertów i instytucji zewnętrznych. Zakres dotychczasowych kontroli NIK pozwolił na analizę problemów w istniejącym systemie zapobiegania zachorowaniom i leczenia nowotworów. Ponadto wyniki kontroli i opracowania eksperckie umożliwiły całościową ocenę leczenia onkologicznego w Polsce oraz wskazanie dróg jego poprawy.

Analizę⁷ upubliczniono 2 lutego 2018 r., przed Światowym Dniem Walki z Rakiem, który przypada 4 lutego. Wywołała szeroki oddźwięk społeczny i mogła mieć wpływ na decyzje o poddaniu się badaniom profilaktycznym, które z tej okazji można było wykonać w ośrodkach onkologicznych w całym kraju.

Jedną z kilkudziesięciu rekomendacji NIK zawartych w megainformacji jest wspieranie rozwoju wyspecjalizowanych ośrodków diagnostyki i leczenia onkologicznego (wszechstronnie zorientowanych lub narządowych), dysponujących

⁶ Opracowanie: *Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce*, Warszawa, maj 2014 r.

⁷ Prezes NIK zatwierdził ją 30.1.2018.

odpowiednim doświadczeniem, kadram medyczną oraz możliwością prowadzenia kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego (we własnym zakresie), wyłonionych z wykorzystaniem map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸. Stanowiłyby to rzeczywistą zmianę jakościową w systemie opieki nad pacjentem onkologicznym i pozwoliło na podniesienie jakości leczenia, w tym m.in. dzięki przeprowadzeniu wszystkich niezbędnych badań w celu wyboru optymalnej terapii, w tym immunohistochemicznych i molekularnych.

Wniosek ten został wykorzystany przez Ministerstwo Zdrowia, a słuszność tego kierunku zmian i tworzenia wspomnianych ośrodków potwierdził również powołany przez Ministra zespół ekspercki. Jak zaznaczył na konferencji prasowej poświęconej temu zagadnieniu wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski: „Zarówno ten zespół, jak i Najwyższa Izba Kontroli, wskazali na konieczność wdrożenia kompleksowych rozwiązań systemowych i uruchomienia wyspecjalizowanych ośrodków narządowych dysponujących odpowiednią infrastrukturą i wykwalifikowaną kadram medyczną”.

Wdrażanie nowego modelu opieki rozpocznie się od ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu raka piersi (*Breast Cancer Units*), których inaugurację działalności przewidziano na 1 października 2019 r. Po nich powstaną ośrodki

wyspecjalizowane w leczeniu raka płuc (*Lung Cancer Units*), a w dalszej kolejności specjalizujące się w kompleksowej opiece nad pacjentami z rakiem prostaty, jelita grubego, pęcherza moczowego.

Projekty rozporządzeń Ministra Zdrowia implementujące tworzenie ośrodków narządowych opierają się na założeniach, które są podobne lub spójne dla większości rodzajów nowotworów. Najważniejsze z nich to: wskazanie wymagań jakościowych i organizacyjnych dla wybranych świadczeń gwarantowanych; określenie doświadczenia wymaganego do diagnozowania i leczenia zaawansowanych przypadków nowotworów, zdefiniowane głównie przez liczbę wykonanych badań i zabiegów operacyjnych; wykonywanie świadczeń możliwie wysokiej jakości, także blisko pacjenta, a także możliwość prospektywnego monitorowania wskaźników leczenia onkologicznego dzięki miernikom oceny prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego. Kolejne cele, które będą realizowane w takich ośrodkach, to odwrócenie procesu rozpoznawania choroby w późnym stadium zaawansowania, zapewnienie właściwej koordynacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, skupienie poszczególnych etapów leczenia pacjenta, stałe, niezależne od danej placówki medycznej, monitorowanie wyników leczenia.

Podsumowanie

Wdrożenie rekomendacji zawartych w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”

⁸ Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.



będzie z pewnością procesem długotrwałym, wiele z nich wymaga przygotowania szczegółowych regulacji prawnych. Istotne znaczenie będzie miała odpowiednia koordynacja prac w tym zakresie. Dużo też zależy od woli szybkiego podjęcia prac przez poszczególnych interesariuszy, którzy mają wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

W trakcie konferencji w Centrali NIK, 30 maja 2019 r., na której zaprezentowano raport, sformułowano pierwsze deklaracje w tym zakresie.

Ponowiono je w trakcie posiedzenia Podzespołu problemowego ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego, które odbyło się 9 lipca tego roku

i było poświęcone m.in. dyskusji nad rekomendacjami NIK sformułowanymi w raporcie. Przewodniczący tego gremium zapowiedział kontynuację prac. Zaproponowano m.in., aby do 20 sierpnia 2019 r. każda organizacja biorąca udział w posiedzeniach Podzespołu, na podstawie analizy NIK oraz raportu ze wspólnej debaty dla zdrowia, przygotowała projekty propozycji dalszego postępowania wraz ze wskazaniem adresatów zgłaszanych postulatów.

PIOTR WASILEWSKI

dyrektor Departamentu Zdrowia NIK

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, działania służby zdrowia, leczenie onkologiczne, nowotwory złośliwe, wskaźniki zachorowalności

Key words: health care system, health care activities, cancer treatment, malignant tumors, incidence rates