

Nierówny dostęp do najlepszych terapii

Skracanie dystansu



foto: iStockphoto

Równy dla wszystkich dostęp do każdej technologii medycznej, o ile brato się pod uwagę np. tylko leczenie chirurgiczne i antybiotykoterapię, był możliwy jeszcze 40–50 lat temu. Zaawansowane technologie i innowacyjne terapie wprowadzone w ostatnich 20 latach spowodowały ogromny postęp w wielu obszarach medycyny, ale były też przyczyną dużej dynamiki wzrostu nakładów. Nie każdy jest w stanie temu sprostać. Jedni radzą sobie lepiej, inni gorzej. A jak radzi sobie Polska?

Przychody państwa są pierwszym punktem wyznaczającym wysokość nakładów na opiekę medyczną, które sięgają od kilku do kilkunastu procent PKB w różnych krajach. Różnice odzwierciedlają, na ile istotne jest dla społeczeństw tych krajów zapewnienie najlepszej opieki medycznej. W Polsce na ochronę zdrowia przeznaczamy 4–5 proc. PKB.

Nakład i efekt

Wydatki na świadczenia zdrowotne wzrastają z roku na rok. Równocześnie jednak zwiększają się wymagania pacjentów, którzy oczekują świadczeń na najwyższym

poziomie, z wykorzystaniem najnowszych metod diagnostyki i terapii. Ponadto opieka medyczna staje się coraz bardziej kosztowna w związku ze starzeniem się społeczeństw oraz wdrażaniem nowoczesnych metod wykrywania i leczenia chorób.

Zbyt dużym uproszczeniem jest jednak szukanie prostej zależności pomiędzy wielkością nakładów a efektami, czyli skutecznością opieki zdrowotnej. Istotne znaczenie mają bowiem także programy profilaktyczne, wczesna diagnostyka, skoordynowany i wielodyscyplinarny system opieki medycznej, dostęp do informacji i zarządzanie nimi oraz opieka i nadzór po leczeniu spe-

cjalistycznym. Ich właściwe wykorzystanie jest możliwe tylko przy optymalnym poziomie zasobów: kadr, infrastruktury, finansów.

Programy zdrowotne

Oprócz świadczeń opłacanych z budżetu NFZ co roku rząd finansuje programy zdrowotne, które mają poprawić funkcjonowanie i skuteczność systemu opieki zdrowotnej. Budżet ten trafia do Ministerstwa Zdrowia, wojewodów, ZUS, KRUS i Rzecznika Praw Pacjenta. I tak np. w ubiegłym roku planowano wydatki w wysokości prawie 8,5 mld PLN. Ponad 10 proc. tej kwoty przeznaczono na przekształcenia szpitali w spółki, 4,7 mld PLN na poprawienie dostępu do świadczeń zdrowotnych, a prawie 2 mld PLN na rozwój ratownictwa medycznego. Miliard złotych wydano na profilaktykę i promocję zdrowia oraz nadzór sanitarno-epidemiologiczny.

Z budżetu centralnego finansowane są lub były do tej pory różne programy zdrowotne. Oto przykłady:

1. Narodowy program walki z AIDS. Jego realizacja w Polsce rozpoczęła się w 1995 r. Obecnie funkcjonuje on na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2012–2016. W Polsce rocznie z powodu AIDS umiera około tysiąca osób. Według oficjalnych statystyk, w naszym kraju jest ok. 2,5 tys. osób zakażonych wirusem HIV i 15 tys. nosicieli. Roczny koszt realizacji programu, związany w znacznym stopniu z zakupem leków antyretrowirusowych, wynosi ok. 250 mln PLN.
2. W 2000 r. powstał Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Wdrożono m.in. projekt (z 1998 r.) sieci oddziałów udarowych. Ich liczba wzrosła z 23 do 111. Podjęto akcję edukacyjną wśród lekarzy innych specjalności, przekonując, że udary są uleczalne, o ile zostaną spełnione wskazywane kryteria (m.in. czasu, w jakim pacjent dotrze do specjalistycznego oddziału).
3. Od 2003 r. Ministerstwo Zdrowia finansuje Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Jego celem jest zmniejszenie umieralności przedwczesnej z powodu chorób układu krążenia. Aktualnie realizowany jest Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010–2012 POLKARD.
4. Po podpisaniu w 2006 r. Europejskiej Karty Walki z Otyłością Ministerstwo Zdrowia opracowało i wdrożyło Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH na lata 2007–2011.
5. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006–2015. Jego celem jest zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory, osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia oraz utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w całym kraju i w poszczególnych regionach. Całkowite koszty realizacji tego programu w latach 2006–2015 wyniosą 3 mld PLN, natomiast wydatki budżetowe w 2012 r. zaplanowano na 250 mln PLN. Wielkość populacji chorych na nowotwory szacuje się na pół miliona osób.
6. Jako jeden z czterech programów profilaktycznych funkcjonuje Narodowy Program Wczesnego Wykrywania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP). W ramach programu możliwe są badania spirometryczne oceniające pojemność płuc u pacjentów z grupy ryzyka w dziesiątkach POZ-ów w każdym województwie. POChP to druga, po nadciśnieniu tętniczym, najczęściej występująca w naszym kraju choroba przewlekła. Choruje na nią co dziesiąty Polak powyżej 30. roku życia. Spośród 2 mln osób dotkniętych POChP o swojej chorobie wie tylko 400 tys. Schorzenie to jest czwartą przyczyną zgonów, po chorobach układu krążenia, nowotworach, urazach i wypadkach. Rocznie z jego powodu umiera 15 tys. osób.
7. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020, którego celem jest zwiększenie liczby przeszczepień narządów od zmarłych dawców, przeszczepów nerki od żywych dawców, potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku, szkolenie i finansowanie koordynatorów transplantacyjnych, zakup sprzętu, promocja idei dawstwa i rozwój rejestrów dawców krwi pępowinowej. Jest to kontynuacja programu POLGRAFT, który wdrożono w 2006 r. W latach 2006–2010 wydano na transplantację 60 mln PLN. Całkowite koszty realizacji aktualnego programu wyniosą 450 mln PLN, natomiast w 2012 r. zaplanowano wydatki w wysokości 45 mln PLN. Szacuje się, że w Polsce żyje ponad 10 tys. osób z przeszczepionymi narządami. W 2011 r. przeszczepiono w Polsce 1468 narządów.
8. „Polskie sztuczne serce”. W 2012 r. zaplanowano przeznaczenie na ten program prawie 3 mln PLN. Całkowite koszty w latach 2007–2012 wyniosą ok. 30 mln PLN. Celem programu jest opracowanie polskich protez serca, rozwój ich zastosowania klinicznego i stworzenie platformy do badań i rozwoju.

„ Zbyt dużym uproszczeniem jest szukanie prostej zależności pomiędzy wielkością nakładów a efektami, czyli skutecznością opieki zdrowotnej ”



fot. images.com/Corbis

„ Oprócz świadczeń opłacanych z budżetu NFZ co roku rząd finansuje programy zdrowotne, które mają poprawić funkcjonowanie i skuteczność systemu opieki zdrowotnej „

9. Programy inwestycji w infrastrukturę szpitalną o wartości ok. 3,5 mld PLN. Plany do 2015 r. obejmują:
 - a) Centrum Kliniczno-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
 - b) Szpital Pediatriczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie,
 - c) nową siedzibę Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim,
 - d) Akademickie Centrum Kliniczno-Innowacyjno-Dydaktyczne w Gdańsku,
 - e) Wieloletni Program Medyczny Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy,
 - f) przebudowę i rozbudowę Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego UM w Białymstoku.
10. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków realizowany przez Narodowy Instytut Leków w Warszawie. Wartość przyznanych przez resort pieniędzy publicznych na program w 2011 r. wyniosła 800 tys. PLN. Celem jest poprawa skuteczności leczenia infekcji. Według raportu WHO, wzrost zużycia antybiotyków jest odpowiedzialny za zwiększenie oporności szczepów bakterii, a w efekcie wzrost zachorowalności i śmiertelności. Główną przyczyną jest

niewystarczające wykorzystywanie diagnostyki bakteriologicznej i niedostateczna edukacja lekarzy w zakresie antybiotykoterapii.

11. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego realizowany w latach 2011–2015. Jego zadania to promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia i pomocy, rozwój badań naukowych i tworzenie systemu informacji w celu zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zgodnie z ustawą mają powstać programy regionalne ochrony zdrowia psychicznego mające na celu reorganizację psychiatrycznej opieki zdrowotnej na model środowiskowy. Planowany koszt 5-letniego programu to 530 mln PLN.
12. Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018 zakłada wzrost finansowania do 300 mln PLN w roku 2014 i obejmuje finansowanie osoczopochodnych oraz rekombinowanych czynników krzepnięcia. Program przewiduje utworzenie rejestru chorych oraz bezpłatne leczenie domowe wraz z dostawą koncentratów czynników krzepnięcia do domu chorego.

Wiedza na temat rangi i rodzaju problemu, możliwych i zalecanych działań powinna wyznaczać priorytety w polityce zdrowotnej. Wymienione przykłady programów zdrowotnych świadczą o dostrzeżeniu wagi różnych problemów również przez polityków. Ustawowe umocowanie programów zdrowotnych daje gwarancję ich finansowania oraz nadzór nad ich realizacją poprzez ocenę bieżących zadań, ich efektów i sprawozdawczość w parlamencie.

Z kolei realizacja programów zdrowotnych może pozwolić na osiągnięcie średnich wartości wskaźników dla krajów Unii Europejskiej. Przedstawiona wcześniej lista programów zawiera pozytywne przykłady realizacji konkretnych zadań, które spowodowały, że przynajmniej w określonym zakresie dorównujemy lub przekraczamy średnie poziomy unijne. Istniejące programy, jako forma finansowego zaangażowania Ministerstwa Zdrowia w prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, wymagają kontynuacji i nie powinny być traktowane jako protezy. Pozostają pytania o sposób wyboru priorytetów i najważniejszych zadań, które bez tego typu wsparcia nie mogą być realizowane. Konsekwentna realizacja programów i inwestycje finansowe zgodne z ustalonymi priorytetami z pewnością pozwolą na wyrównywanie szans chorych korzystających z polskiego systemu opieki zdrowotnej i skrócenie dystansu do innych systemów, które legitymują się lepszymi wskaźnikami skuteczności. Urealnienie tych szans nie jest możliwe bez równoległego wzrostu poziomu finansowania opieki zdrowotnej i zapewnienia efektywnej organizacji funkcjonowania systemu.

Antoni Kubart