

Angielski system opieki zdrowotnej po reformie

Rodzinna rewolucja

Angielski system ochrony zdrowia to jeden z największych pracodawców na świecie, zatrudniający ponad milion osób. Jedynie chińska armia, koleje indyjskie, Wal-Mart oraz siły zbrojne USA mogą się pochwalić większą liczbą pracowników. I właśnie w tej organizacji przeprowadzono w 2012 r. najistotniejszą reformę w europejskiej ochronie zdrowia. Jak przebiegła i jakie są jej skutki?

W Wielkiej Brytanii ze względu na specyfikę kraju działa kilka odrębnych systemów ochrony zdrowia. Każdy z nich rządzi się własnymi prawami, jednak wszystkie oparte są na idei dostępności dobrej jakości usług zdrowotnych dla wszystkich obywateli niezależnie od ich stanu posiadania.

Jak to działa

Za angielski budżetowy system opieki zdrowotnej odpowiada resort zdrowia (*Department of Health*), któremu podlega NHS (*National Health Service*) – odpowiednik polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarówno przed reformą, jak i po niej jest to centralna część systemu, finansująca większość usług medycznych, w tym podstawową opiekę zdrowotną, leczenie szpitalne, leczenie chorób przewlekłych i stomatologię. Reforma polegała przede wszystkim na tym, by pieniądze rozdzielane przez NHS trafiały bezpośrednio do lekarzy, ponieważ to oni codziennie spotykają się z pacjentami i najlepiej wiedzą, jakie są ich potrzeby.

National Health Service jest finansowany przede wszystkim z podatków obywateli, a w niewielkiej części z ubezpieczeń i z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Oplaca on działalność podstawowej opieki zdrowotnej (w tym tzw. *general practitioners*, czyli lekarzy pierwszego kontaktu), jak również specjalistyczne usługi medyczne. *National Health Service* rozdziela fundusze pomiędzy 211 *Clinical Commissioning Groups* (CCGs). Są to grupy zakupowe organizujące konkretne usługi medyczne w regionach, zrzeszające lekarzy pierwszego kontaktu. W zarządzie każdej CCG są m.in. lekarze pierwszego kontaktu, pielęgniarki, osoby prywatne i lekarze pracujący w szpitalu. Odpowiadają one za organizację usług medycznych, czyli ich zakup od placówek publicznych i prywatnych. Poza podstawową opieką zdrowotną są to np.:

- wybrane elementy leczenia szpitalnego,
- rehabilitacja,
- pomoc w przypadkach nagłych,
- medycyna środowiskowa,
- psychologia i psychiatria.

Wszyscy lekarze pierwszego kontaktu w Anglii muszą należeć do CCG.

Trusty i Monitor

Kolejnym elementem systemu są trusty NHS (*NHS trusts*) oraz trusty – fundacje (*NHS foundation trusts*). Różnią się one stopniem autonomii – *NHS foundation trusts* mają jej znacznie więcej, są to korporacje sektora publicznego, do pewnego stopnia niezależne zarówno decyzyjnie, jak i finansowo od Ministerstwa Zdrowia. Ich zadaniem jest zapewnienie lokalnej społeczności usług medycznych z funduszy przyznanych przez NHS. W 2014 r. istniało 147 akredytowanych *NHS foundation trusts*. Z pewnym uproszczeniem można powiedzieć, że są to szpitale i grupy szpitali.

Trusty są nadzorowane przez Monitor, którego zadaniem jest ochrona interesów pacjentów poprzez dopilnowanie, by system działał na ich korzyść. Brytyjski parlament wyposażył Monitor w wiele narzędzi, które to umożliwiają. Należą do nich ustalanie i wprowadzanie w życie zasad, na jakich powinni działać usługodawcy, czyli CCG oraz *NHS trusts* i *NHS foundation trusts*. Aby Monitor mógł odpowiednio nadzorować sektor, współpracuje on blisko z Komisją Jakości Ochrony Zdrowia (*Care Quality Commission*), która z kolei dba o odpowiednią jakość i bezpieczeństwo usług. W każdym wypadku, gdy *NHS foundation trusts* przestaje dostarczać dobrej jakości usługi, Monitor może ingerować, narzucając sposoby rozwiązania tego problemu.

Monitor ustala ceny na usługi opłacane przez NHS, rozstrzyga kwestie praktyk ograniczających konkurencję oraz systemu kar za działania przeciwko interesom pacjentów. Pomaga ponadto lokalnym grupom CCG, gdy mają problemy z dostarczaniem usług, oraz dba o to, aby usługi oferowane przez system były zintegrowane.

„Reforma polegała na sprawieniu, by pieniądze rozdzielane przez NHS trafiały bezpośrednio do lekarzy, ponieważ to oni codziennie spotykają się z pacjentami i najlepiej wiedzą, jakie są ich potrzeby”

NICE, czyli coś na kształt AOTMiT

Ostatnim ogniwiem systemu jest NICE (*National Institute for Health and Care Excellence* – Narodowy Instytut Jakości w Opiece Zdrowotnej). Jego rolą jest dbanie o jak najwyższą jakość usług zdrowotnych. Odbywa się to poprzez:

- dostarczanie wytycznych popartych dowodami (*evidence-based medicine*) oraz porad dotyczących zdrowia, zdrowia publicznego i opieki socjalnej,
- opracowywanie standardów jakości i danych na temat jakości usług zdrowotnych i socjalnych,
- dostarczanie informacji jednostkom kontraktującym, osobom zarządzającym oraz osobom praktykującym w placówkach opieki zdrowotnej i socjalnej.

Od 1999 r. NICE dostarcza informacji na temat skuteczności opieki medycznej i socjalnej, dbając o jej jakość i cenę.



„Ogromna większość usług finansowanych przez NHS jest darmowa. Oznacza to, że pacjent nie płaci za wizyty lekarskie, usługi pielęgniarskie, procedury chirurgiczne i produkty jednorazowe”

Oplaty

Mówiąc o cenie, nie można nie wspomnieć o tym, że ogromna większość usług finansowanych przez NHS jest darmowa dla pacjenta. Oznacza to, że pacjent nie płaci za wizyty lekarskie, usługi pielęgniarskie, procedury chirurgiczne, produkty jednorazowe (leki w jednostkach opieki medycznej, opatrunki, testy, prześwietlenia, skany itp.). Dzięki temu, że opieka medyczna nie wymaga fakturowania, można oszczędzić na kosztach administracyjnych.

Od kwietnia 2014 r. wprowadzono jedynie opłatę za wystawienie recepty w wysokości 8,05 funta. Z opłaty tej zwolnione są osoby powyżej 60. roku życia, dzieci poniżej 16. roku życia (jeśli się uczą – poniżej 19. roku życia), pacjenci z niektórymi schorzeniami i osoby o niskich dochodach. W przypadku schorzeń przewlekłych można wykupić certyfikat na nieograniczoną liczbę bezpłatnych recept. Pacjenci muszą płacić za urządzenia medyczne. Również za usługi stomatologiczne oraz niektóre badania okulistyczne należy wnieść pewne opłaty.

Praktyka

Tak wygląda ten system. A czy działa? Oficjalny raport brytyjskiego Ministerstwa Zdrowia na temat rezultatów reformy będzie dostępny w marcu. Na razie można powiedzieć, że reforma opiera się na dwóch równorzędnych filarach. Pierwszy to przeniesienie ciężaru odpowiedzialności z centralnych urzędów na ludzi mieszkających wśród tych, o których zdrowie dbają, doskonale znających zapotrzebowanie na usługi medyczne. Drugi to nacisk na jakość usług oraz medycynę opartą na dowodach (*evidence-based medicine*).

Fakt, że usługi medyczne są kontraktowane lokalnie, zwiększył konkurencję. Usługi są kontraktowane

zarówno w placówkach państwowych, jak i prywatnych. Niektórzy krytycy uważają, że prowadzi to do prywatyzacji ochrony zdrowia. Ale jak twierdzi King's Fund, niezależna organizacja charytatywna mająca na celu poprawę zdrowotności oraz usprawnienie systemu opieki zdrowotnej w Anglii, niewiele się zmieniło i nadal ponad 90 proc. usług dostarczanych jest przez placówki państwowe.

Znacznie bardziej odczuwalną zmianą według King's Fund jest to, że reforma, która miała uprościć system, jeszcze go skomplikowała, wprowadzając nowe instytucje. W tym samym czasie ograniczyła decyzyjność instytucji centralnych zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Zmiany organizacyjne sprawiły, że większą uwagę poświęcono restrukturyzacji niż dobru pacjentów. Defragmentacja kontraktowania nie dała też spodziewanych korzyści, w tym finansowych. Szacuje się, że jeśli nic się nie zmieni w systemie, deficyt finansowy w 2020 r. może wynieść 30 mld funtów!

Bezpieczeństwo

Już po wprowadzeniu reformy, ale jeszcze w 2012 r., położono większy nacisk na bezpieczeństwo pacjentów oraz jakość usług i zintegrowaną opiekę. Konkurencyjność oraz możliwość wyboru straciła na znaczeniu na rzecz regulacji rynku i przejrzystego zbierania informacji jako środków, dzięki którym ministerstwo może mieć wpływ na system.

Bardzo pozytywnym wynikiem zmian jest integracja opieki osiągnięta poprzez powołanie zarządów zdrowia i dobrostanu (*health and wellbeing boards*), które łączą opiekę zdrowotną z opieką socjalną. Dzięki temu poprawiła się opieka nad przewlekle chorymi. King's Fund dalej stwierdza, że to armii ponad miliona pracowników NHS można zawdzięczać większą efektywność systemu oraz fakt, że poziom satysfakcji społeczeństwa z jego działania jest wysoki.

Raport

Szczegółowe wyniki najnowszego badania satysfakcji z NHS przeprowadzonego przez instytut badania opinii publicznej NatCen Social Research w styczniu tego roku (dotyczącego czwartego kwartału 2014 r.) zawierają następujące dane:

- 60 proc. *NHS trusts* wymaga dofinansowania przez ministerstwo, a więc nie osiąga zakładanych wyników finansowych;
- 5,4 proc. pacjentów przychodni czeka dłużej niż zakładane 18 tygodni na wizytę, ale w tym samym czasie zmniejszył się odsetek czekających ponad 6 tygodni na diagnozę – w listopadzie 2014 r. wynosił 1,2 proc.;
- 414 tys. pacjentów spędziło więcej niż 4 godziny w oczekiwaniu na lekarza na oddziałach ratunkowych, co stanowi wzrost o 47 proc. w porównaniu z trzecim kwartałem 2014 r.;

„Wprawdzie system boryka się z pewnymi problemami, ale reforma w takim stopniu osiągnęła swoje założenia, że pacjenci są nią usatysfakcjonowani”

- podczas ostatniego okresu sprawozdawczego nie udało się osiągnąć wskaźnika, który zakłada, że co najmniej 85 proc. chorych z rozpoznanym nowotworem czeka na leczenie najwyżej 62 dni – zaledwie 83,5 proc. tych chorych otrzymało leczenie w ciągu 62 dni od diagnozy;
- rośnie liczba zatrudnionych w NHS, np. liczba pielęgniarek i położnych wzrosła z 307,9 tys. w marcu 2012 r. do 313,5 tys. (czyli o 1,8 proc.);
- zmniejszyła się liczba zakażeń szpitalnych (np. zakażenia gronkowcem złocistym w listopadzie 2014 r. spadły o 22 proc. – z 531 do 415 przypadków – w porównaniu z marcem 2012 r., czyli okresem sprzed wprowadzenia reformy);
- 65 proc. pytanym jest zadowolonych lub bardzo zadowolonych z NHS, natomiast zaledwie 15 proc. jest niezadowolonych (jest to rekordowo niska liczba);
- aż 71 proc. pacjentów jest zadowolonych z lekarzy pierwszego kontaktu.

Wyniki

Wyniki pokazują, że wprawdzie system boryka się z pewnymi problemami, ale reforma w takim stopniu osiągnęła swoje założenia, że pacjenci są nią usatysfakcjonowani. Co więcej, podmioty zarządzające i nadzorujące angielski system ochrony zdrowotnej przygotowały w październiku 2014 r. *Five Year Forward View* (pięcioletni plan), w którym nakreślają, w jaki sposób NHS powinien się zmienić w celu zmniejszenia nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, poprawić jej jakość oraz zredukować niedostatki finansowania.

Raport koncentruje się na zapobieganiu chorobom, nowych elastycznych modelach zapewniania usług medycznych, na przykład poprzez tworzenie tzw. *multispeciality community providers* (lokalni usługodawcy wielu specjalności), które zrzeszałyby lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarki, opiekę socjalną, szpitale specjalistyczne oraz opiekę psychiatryczną. Kolejną opcją będzie zintegrowany system podstawowej i długorzędowej opieki zdrowotnej – *primary and acute care systems*.

Mariola Biedrzycka