

Nieudana reforma podstawowej opieki zdrowotnej

Bramkarzolekarz rodzinny



Ryc. Anna Pol x2

W podstawowej opiece zdrowotnej skupiają się jak w soczewce wady polskiego systemu ochrony zdrowia – brak koordynacji, informacji, nie zawsze czysta gra różnych grup interesów, niedofinansowanie, niedobory kadrowe, nadmiar pobożnych życzeń i niewyznaczenie priorytetów. A roli POZ w systemie nie sposób przecenić: to fundament zarówno medycyny naprawczej, jak i profilaktyki. Tymczasem kolejne ekipy Ministerstwa Zdrowia zajmują się tym tematem tylko przy okazji gaszenia pożarów – co prawda dzieje się to niemal co roku, kiedy lekarze rodzinni grożą paraliżem systemu.

W kampanii medialnej towarzyszącej wprowadzaniu reformy ochrony zdrowia powtarzano często, że jednym z jej efektów będzie powstanie instytucji lekarza rodzinnego – przewodnika pacjenta po systemie. Po ponad 10 latach należy ze smutkiem skonstatować, że lekarz rodzinny zamiast przewodnika stał się bramkarzem. Nie udała się ta reforma.

Następny proszę!

Reformatorzy zapatrzeni byli w anglosaski system medycyny rodzinnej. Niewykluczone, że czytali kryminały Agaty Christie, w których występowała postać dobrotnego starszego doktora, leczącego kilka pokoleń mieszkańców (a raczej mieszkanek) St. Mary Mead i po-

woli przekazującego pałeczkę młodemu i dziarskiemu koledze. Być może tak się zaczytali, że nie zauważyli, iż w Wielkiej Brytanii instytucja pod nazwą *General Practitioner* kształtowała się przez lata od XIX wieku. Pożożnym życzeniem był plan przeszczepienia jej na grunt polski w kilka lat, gdy nie dysponowano wystarczającymi kadrami. Czy ktoś pamięta, że w 1999 r. lekarzy rodzinnych było 1206? Siłą rzeczy trzeba było ukuć termin „lekarz pierwszego kontaktu”, które to pojęcie obejmowało lekarza rodzinnego, lekarza chorób wewnętrznych czy pediatrę.

Już chociażby te fakty budziły zastrzeżenia. Przyjazny przewodnik po systemie miał nadto zajmować się 2500 pacjentami, podczas gdy w krajach, gdzie model GP się sprawdza, na lekarza przypada nie więcej niż 1400–1800 osób. Lekarz angielski, duński czy irlandzki ma czas na rozmowę z pacjentem i holistyczne podejście. Polski lekarz rodzinny (choć bezpieczniej używać w kontekście polskim pojęcia „pierwszego kontaktu”) na holistyczne podejście do pacjenta ma efektywnie niecałe 10 minut. I z pewnością nie jest w stanie prowadzić ciąży fizjologicznej, zaopatrywać ran, badać ostrości wzroku, edukować pacjenta w zachowaniach prozdrowotnych itp. (to wszystko obiecywano nam, wprowadzając reformę).

Narzekania

Na efekty nie trzeba było długo czekać: w 1999 r. w porównaniu z rokiem poprzednim oceny pozytywne dotyczące dostępności lekarza pierwszego kontaktu spadły o 6 punktów procentowych, a negatywne wzrosły o tyle samo i utrzymywały się na takim poziomie przez kolejne dwa lata (badanie T. Borkowskiej-Kalwas oraz M. Pączkowskiej na zlecenie CSIOZ).

Nadmiar pacjentów powoduje kolejne bardzo niekorzystne zjawisko, jakim jest ograniczenie możliwości doksztalcania się lekarzy POZ. O niektórych efektach można poczytać na forach internetowych i porozmawiać z onkologami, do których wciąż zbyt często trafiają choroby wcześniej z uporem godnym lepszej sprawy leczenia na wszystko poza nowotworem. Na szczęście, program doksztalcania się lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie onkologii oraz informacje medialne pozwalają żywić nadzieję, że problem ten będzie się zmniejszał.

Gry interesów

Jak w każdym systemie wokół POZ toczy się gra interesów. Problemem jest to, że państwo jest wobec niej na razie bezradne. Ton brutalnie wyznaczyło Porozumienie Zielonogórskie na przełomie lat 2003 i 2004. Przypomnijmy: w lipcu 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia kierowany przez Krzysztofa Panasa ogłosił warunki zawierania kontraktów na rok następny, zgodne z ustawą uchwaloną kilka miesięcy wcześniej. Kością niezgody stały się przede wszystkim dwa zapisy, które nakładały na lekarzy POZ dodatkowe obowiązki, a NFZ nie zamierzał osobno za nie płacić. Pierwszy z nich zobowiązywał lekarzy POZ do zapewnienia pacjentom – w wypadku konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej – bezpłatnego przejazdu środkami transportu sanitarnego do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem. Drugi zobowiązywał do zapewnienia we własnym zakresie całodobowej opieki zdrowotnej, w tym dziennej i nocnej opieki wyjazdowej.

O ile lekarze zignorowali problem na etapie tworzenia ustawy, o tyle NFZ zlekceważył ich siłę i determinację

„ Po ponad 10 latach należy ze smutkiem skonstatować, że lekarz rodzinny zamiast przewodnikiem stał się bramkarzem. Nie udała się ta reforma ”

po ogłoszeniu warunków. W dniu po zamknięciu terminu składania ofert Panas zapewniał w radiu, że co prawda „problem jest w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie to zabezpieczenie jest niepełne”, ale dużo ofert przychodzi pocztą, a decyduje data stempla. Efekt był taki, że lekarze POZ skrzyknęli się i podjęli decyzję o nieotwieraniu gabinetów od 1 stycznia. Groźbę swoją spełnili, a na sytuację nałożyła się polityka: rząd Leszka Millera obawiał się upadku w wyniku strajku lekarzy POZ. Leszek Sikorski dogadał się z Porozumieniem Zielonogórskim, spełniając praktycznie wszystkie jego postulaty.

Groźby

– *W rozumieniu ekonomii to, co czyni Porozumienie Zielonogórskie, jest niczym innym jak monopolistyczną zmwową wykorzystywaną do ochrony interesów ekonomicznych jednego ze środowisk medycznych. Ochrona tych interesów nie może dokonywać się pod groźbą szantażu i wielkiego ryzyka dla stabilności całego systemu opieki zdrowotnej* – mówiła wówczas ekspertka ds. ekonomiki zdrowia dr Katarzyna Tymowska.

Ta gra z groźbami toczy się do dziś pomimo rozłam w Porozumieniu Zielonogórskim. Od 2004 r. nie zdołaliśmy wypracować bezpiecznych mechanizmów arbitrażu, dochodzenia do stawek w drodze pokojowej. Wydawało się, że Platforma Obywatelska, która przed wyborami współpracowała z Porozumieniem Zielonogórskim, a po wygranych wyborach obsadziła głównego negocjatora PZ – Marka Twardowskiego – na stanowisku wiceministra zdrowia, problem zażegnała. Musiała się jednak przekonać, że biznes to biznes i niedawno nagłówki gazet znów straszyły, że lekarze pierwszego kontaktu przestaną przyjmować pacjentów. Lekarze rodzinni jak mało która grupa interesów mają

„ Lekarz angielski, duński czy irlandzki ma czas na rozmowę z pacjentem i holistyczne podejście ”



„ Lekarz POZ zachowuje się często wobec pacjenta jak bramkarz wobec piłki, która zaraz może wylądować w siatce jego bramki – wykopuje ją jak najdalej w boisko ”

niezwykle silną pozycję. Nawet premier musi czasem znaleźć czas na spotkanie z nimi.

Rodzinni kontra szpitale

Inna gra toczy się między lekarzami POZ a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi i szpitalami. Lekarz POZ, nie mogąc poświęcić uwagi wszystkim pacjentom z powodu braku czasu, a na dodatek zachęcany sposobem rozliczania z NFZ do oszczędzania na badaniach diagnostycznych, zachowuje się często wobec chorego jak

bramkarz wobec piłki, która zaraz może wylądować w siatce jego bramki – wykopuje ją jak najdalej w boisko. W tym wypadku – do szpitala. Zjawisko to pojawiło się wkrótce po wejściu reformy w życie. Kolejne badania „Diagnozy społecznej” pokazywały, że Polacy niezwykle często trafiają do szpitala. W 2003 r. na przykład co piąty obywatel był hospitalizowany!

Szpitala są bezradne. Ostatnio „Dziennik Bałtycki” doniósł, że dyrekcja bytowskiego szpitala wysłała lekarzom list, w którym wyrażała niezadowolone, iż kierują do szpitala pacjentów bez stosownych badań podstawowych, zwłaszcza jeśli chodzi o chirurgię i ortopedię. W odpowiedzi lekarze opublikowali list z zarzutami pod adresem szpitala i systemu.

O ile szpitale są na razie bezradne wobec niektórych zachowań lekarzy POZ, o tyle ci są często bezradni wobec chorych. Tu system z kolei nie zapewnił najmniejszych bodaj mechanizmów ograniczenia popytu. Zmora gabinetów POZ są pacjenci, którzy traktują przychodnię jak miejsce towarzyskich spotkań. Liberalna PO nadal jednak rękami i nogami broni się przed wprowadzeniem minimalnego choćby współpłacenia, które natychmiast zredukowałoby sztucznie wytworzony popyt na usługi lekarskie.

Koordinacja i paradygmaty

Grzechem pierworodnym naszego systemu jest brak koordynacji i wymiany informacji. Zniknął zwyczaj korespondencji między lekarzami, więc jeden nie wie, co zaaplikował pacjentowi drugi. Zwyczaju nie ma, a system takiego zachowania nie wymusza. Pojawiła się jednak nadzieja – może zwyczaj zostanie przywrócony, kiedy w pełni będzie funkcjonować ustawa informatyczna i wejdzie w życie obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Brak koordynacji jest m.in. wynikiem rozmytej odpowiedzialności za zdrowie obywateli, a także presji wywieranej w niewłaściwym miejscu. – *Problemem jest to, że nastąpiło odwrócenie paradygmatów. Zamiast kupować zdrowie, my kupujemy usługi. To nie ma prawa zadziałać* – mówi Marek Balicki.

Niewesoła przyszłość

W POZ udziela się ponad 150 mln porad rocznie. Ta liczba będzie rosła. Po 12 latach mamy już więcej lekarzy rodzinnych – około 10 tys., ale potrzeba ich co najmniej drugie tyle. Wymusza to demografia – coraz więcej jest starszych ludzi i przybywa dzieci z problemami zdrowotnymi. Tymczasem nakłady na podstawową opiekę zdrowotną mają raczej tendencję spadkową – NFZ przeznacza na POZ ok. 12 proc. budżetu. Kolegium Lekarzy Rodzinnych szacuje, że na świadczenia zdrowotne należy przeznaczyć ok. 20 proc. funduszy. I warto na POZ wydać więcej niż obecnie – pod warunkiem wszakże, że za pieniędzmi pójdzie jakość i twarde warunki.

Justyna Wojteczek