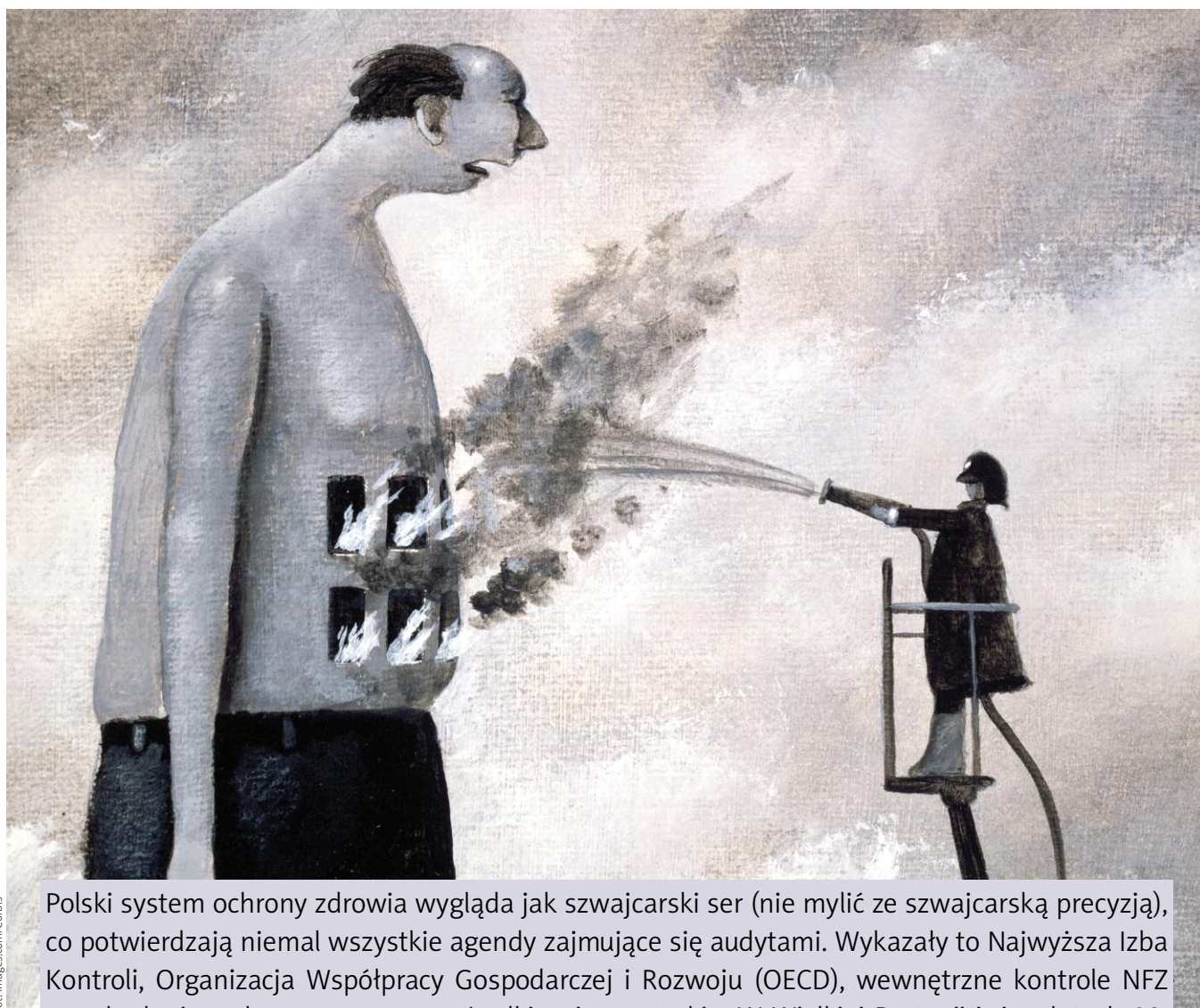


Topografia polskiej medycyny – białe plamy

Polityka gaszenia pożarów



fot. images.com/Corbis

Polski system ochrony zdrowia wygląda jak szwajcarski ser (nie mylić ze szwajcarską precyzją), co potwierdzają niemal wszystkie agendy zajmujące się audytami. Wykazały to Najwyższa Izba Kontroli, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), wewnętrzne kontrole NFZ oraz badania wykonywane przez ośrodki uniwersyteckie. W Wielkiej Brytanii już w latach 80. przygotowano raport identyfikujący potrzeby zdrowotne obywateli, na mocy którego gruntownie zreformowano sieć szpitali oraz przychodni. W Polsce nigdy nie powstał taki dokument. – *W naszym kraju nikt nigdy nie planował takich działań. Nie istnieje żaden dokument mający moc sprawczą – przynajmniej ja go nie widziałem – stwierdzający, że np. w jakimś regionie potrzeba więcej kardiologów* – mówi dr Marcin Kautsch, ekspert ds. zarządzania ochroną zdrowia z Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ.

Z roku na rok zmniejsza się dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, co spowodowało, że pacjenci masowo zaczęli korzystać z karettek pogotowia. Z najnowszego raportu NIK wynika, że aż 1/3 wezwań nie ma uzasadnienia. Nie należy jednak się temu dziwić, skoro na wizytę u specjalisty w niektórych regionach kraju trzeba czekać kilkanaście miesięcy, a na wykonanie zabiegu ortopedycznego nawet 8 lat.

Nierównomierność dostępu

Paradoks polega na tym, że geograficznie dostęp do badań specjalistycznych nie rozkłada się równomiernie. Wynika to z niewłaściwej polityki NFZ oraz wyborów samych lekarzy, którzy kierują się – co nie dziwi – względami merkantylnymi. W efekcie najlepiej „zaopatrzone” w specjalistów są bardziej zamożne regiony kraju. Gorzej jest w tzw. Polsce B. – *Taka sytuacja ma podstawy historyczne. Przyczynił się do tego również brak konsekwencji we wprowadzaniu założeń Narodowego Planu Zdrowia, który miał być podstawą kreowania polityki zdrowotnej kraju, w tym regionalnej dostępności specjalistycznych świadczeń medycznych. We wspomnianym planie znalazły się bowiem informacje o potrzebach zdrowotnych, jednak nikt nigdy poważnie ich nie przeanalizował* – mówi Leszek Sikorski, były minister zdrowia.

Z raportu „Improving the Health-Care System in Poland”, który opublikowała OECD, wynika, że niewydolność służby zdrowia spowodowana jest niedoborem personelu medycznego, przestarzałą infrastrukturą, brakiem specjalistycznego sprzętu oraz niedofinansowaniem placówek zdrowotnych i tym, że resort zdrowia zamiast kreować politykę, gasi pożary. Dobrym przykładem jest psychiatria. Gdy stwierdzono, że brakuje lekarzy tej specjalności, nagle zaczęto wyżej wyceniać psychiatrię. W ten sposób zachęcano lekarzy nie tylko do wyboru specjalizacji, lecz także do osiedlania się specjalistów poza aglomeracjami miejskimi, wybieranymi do tamtej pory. Zapomniano jednak o innych specjalizacjach.

O tym, jak dramatyczna jest sytuacja opieki specjalistycznej, świadczy sytuacja na Dolnym Śląsku, gdzie NFZ w kwietniu rozwiązał umowy ze wszystkimi lekarzami specjalistami. Rozwiązanie umów z dwoma tysiącami placówek było podyktowane kontrolą 140 z 2600 podmiotów oraz wykrytymi, rzekomymi, nieprawidłowościami. W efekcie, po rozpisaniu nowych konkursów, trzeba było dopisywać pacjentów do jednostek, które na nowo uzyskiwały kontrakt. A to wydłużyło kolejki ponad zwykłą miarę.

W ognie Unii Europejskiej

Z danych resortu zdrowia wynika, że w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców mamy najmniejszą liczbę lekarzy spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej. Samorząd lekarski podkreśla zarazem, że powstaje luka pokoleniowa i wkrótce Polaków nie będzie miał kto leczyć. Na liście podstawowych błędów Ministerstwa

Zdrowia (obok zmian systemowych) są zaniechania w kształceniu specjalistów. Potwierdza to przyznanie w pierwszym kwartale tego roku szpitalnych rezydentur (miejsc umożliwiających zdobywanie specjalizacji) – na 2600 potrzebnych miejsc, zgłoszonych przez wszystkie województwa, ministerstwo przewidziało zaledwie 444. Resort tłumaczy się brakiem pieniędzy. Nie należy zatem dziwić, że w niektórych dziedzinach medycyny osiągnęliśmy poziom krajów III świata. Przykładem zapaści specjalizacyjnej (cywilizacyjnej) jest



foto: iStockphoto

„ W Polsce jest zaledwie 250 geriatrów, z czego tylko 150 czynnych zawodowo. Oznacza to, że specjalista przypada na 300 tys. mieszkańców! „

patomorfologia. W tej gałęzi medycyny pracuje zaledwie 450 lekarzy i większość z nich wkrótce wejdzie w wiek emerytalny. Dramatycznie brakuje geriatrów: w całej Polsce mamy ich 250, z czego czynnych zawodowo ok. 150. Oznacza to, że specjalista przypada na 300 tys. mieszkańców! W Belgii i Słowacji na tę samą liczbę potencjalnych pacjentów przypada 2,5 lekarza, w Czechach 1,5, w Szwecji 7,8, a w Austrii 7,4. – *O tym, że geriatrów będzie brakować, było wiadomo co najmniej od 12 lat. Niestety, resort zdrowia jakby nie zauważył tego problemu, a to poważne zaniechanie, bo o starzeniu się społeczeństwa demografowie mówili od dawna* – komentuje Leszek Sikorski. – *Polska w ogóle nie ma czegoś takiego jak plano-*

„ Z raportu OECD wynika, że niewydolność służby zdrowia spowodowana jest niedoborem personelu, przestarzałą infrastrukturą, brakiem specjalistycznego sprzętu, niedofinansowaniem placówek i tym, że resort zdrowia zamiast kreować politykę, gasi pożary ”

wanie potrzeb zdrowotnych. I teraz ponosimy tego konsekwencje – dodaje.

Przy tej okazji należy podkreślić, że nasz kraj w ogóle – w porównaniu z innymi państwami należącymi do OECD – charakteryzuje się niskim wskaźnikiem ogólnej liczby lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na 1000

mieszkańców. Dla porównania: na 1000 Polaków przypada 2 lekarzy i 6 pielęgniarek, podczas gdy w najlepiej rozwiniętych krajach wskaźniki te są dwukrotnie wyższe (Dania, Belgia, Holandia). Wpływ na obecną sytuację miała nasza akcesja do Unii Europejskiej. Otwarcie rynków pracy w krajach UE, co stopniowo następowało po 2004 r., spowodowało odpływ personelu zatrudnionego w polskiej służbie zdrowia do pracy w Anglii, Francji, Niemczech, wspomnianej Belgii, Holandii czy Szwecji i Norwegii. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez OECD, tylko w 2011 r. 8,2 tys. lekarzy, 13,5 tys. pielęgniarek i 850 dentystów otrzymało zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje do podjęcia pracy w krajach Unii Europejskiej. Bezpośrednim skutkiem niedoboru lekarzy jest długi czas oczekiwania na wykonanie specjalistycznych usług medycznych. Z informacji przedstawionych przez OECD wynika, że w Polsce najdłużej czeka się na wizytę u kardiologa, okulisty, onkologa i ortopedy. W wypadku niektórych schorzeń długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty przyczynia się do trwałego pogorszenia stanu zdrowia. Z kolei problem niedoboru sprzętu diagnostycznego jest szczególnie widoczny w leczeniu nowotworów. Dostępność urządzeń do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego jest trzykrotnie mniejsza od średniej w krajach OECD. Długie kolejki do lekarzy są jednym z czynników, które sprawiają, że prawie 15 proc. mieszkańców Polski będących w wieku powyżej 16 lat nie zaspokaja swoich potrzeb związanych z opieką medyczną.

NFZ dzieli i rządzi

Jak podkreślają specjaliści, formalnie trudności z dostępem do specjalistycznych usług medycznych świadczonych przez lekarzy dotyczą w równym stopniu wszystkie grupy dochodowe. W praktyce jednak wykształcone przez lata mechanizmy omijania kolejek powodują dyskryminację ludzi najuboższych oraz mieszkających w mniej rozwiniętych regionach. Ekspert OECD oraz Najwyższej Izby Kontroli zwrócili na to szczególną uwagę. Jak bowiem wynika z danych, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ występowały znaczne różnice w dostępie do niektórych świadczeń, mierzone liczbą jednostek rozliczeniowych przypadających na 10 tys. osób zamieszkałych na terenie działania danego oddziału oraz czasem oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń. – *Taki rozkład jest implikowany m.in. nierównomiernym rozłożeniem uczelni medycznych. Tam, gdzie znajdują się ośrodki akademickie, problemów ze specjalistami nie ma. Ale już w województwie warmińsko-mazurskim czy lubuskim niedobory są tak poważne, że zagrażają sytuacji zdrowotnej mieszkańców wymienionych regionów* – mówi dr Jerzy Gryglewicz, wykładowca programu MBA w ochronie zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie.

Jednym z przykładów nierównomierności dostępu jest liczba jednostek rozliczeniowych przypadająca na 10 tys.



fol. Bestocki/Roman/Fotoreppa

dr Jerzy Gryglewicz

wykładowca programu MBA w ochronie zdrowia
Uczelni Łazarskiego w Warszawie

Przyczyną nierównomierności rozkładu geograficznego lekarzy specjalistów nie jest wyłącznie brak polityki zdrowotnej resortu. Na taki stan rzeczy składają się także zaszczości historyczne, czyli organizacja ośrodków zdrowia w czasach PRL, niechęć lekarzy do migracji, często podyktowana brakiem możliwości znalezienia pracy przez członków rodziny, oraz skupienie lekarzy wokół ośrodków akademickich.

ubezpieczonych w zakresie „świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia”. W 2011 r. liczby te wyniosły od 2088,89 w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ do 77 819,33 punktu w Małopolskim OW NFZ. Podobna sytuacja była w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresach – endokrynologia (Dolnośląski OW NFZ – 1804,19 punktu, Świętokrzyski OW NFZ – 4179,32 punktu; przy średniej 3551,80 punktu), kardiologia (Warmińsko-Mazurski OW NFZ – 4081,88 punktu, Pomorski OW NFZ – 8256,35 punktu; średnio 6254,67 punktu), a także w rehabilitacji leczniczej i fizjoterapii ambulatoryjnej (Zachodniopomorski OW NFZ – 130 357,74 punktu, Podkarpacki OW NFZ – 268 969,54 punktu). W ocenie ekspertów przyczyną tak wielkich dysproporcji i nierównomiernego rozmieszczenia świadczeniodawców jest niedostateczna koordynacja kontraktowania świadczeń przez centralę NFZ. Jakże są efekty braku koordynacji, najlepiej obrazuje tzw. mediana czasu oczekiwania na świadczenia na wybranych (analizowanych) oddziałach specjalistycznych. Z danych NIK wynika, że w końcu minionego roku w wypadku oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosiła ona od 0 dni (lubelski i świętokrzyski oddział NFZ) do 181 dni (Wielkopolski OW NFZ), przy średniej 69 dni. Na oddziałach reumatologicznych zaś od 7 dni (Podlaski OW NFZ) do 377 dni (Śląski OW NFZ), przy średniej 82 dni. Jeśli chodzi o oddziały rehabilitacji leczniczej, mediana czasu oczekiwania dla całego NFZ sięgnęła 171 dni, a w Dolnośląskim OW NFZ wskaźnik ten wyniósł aż 443 dni.

Niespójność polityki NFZ

O nierównomiernym dostępie, wynikającym z braku odpowiednich wytycznych centrali NFZ oraz polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia, świadczy liczba jednostek zakontraktowanych na 10 tys. mieszkańców w wybranych specjalnościach w 2011 r. (dane NIK). Jak wielkie są to różnice, widać wyraźnie na przykładzie endokrynologii oraz kardiologii. W tej pierwszej dziedzinie najmniej zakontraktowanych placówek było na Dolnym Śląsku – 1815, podczas gdy średnia nieco przekracza 3 tys. (lubelski oddział NFZ – 3367, śląski – 3863, opolski – 3463, wielkopolski – 3398). Nierównomierny rozkład placówek, ergo: różnica w dostępności, widoczny jest także w poradniach kardiologicznych. Podczas gdy liczba zakontraktowanych jednostek na 10 tys. mieszkańców w pomorskim oddziale NFZ wynosi 8314, a w śląskim – 7640, to już w dolnośląskim (znowu pokrzywdzonym) tylko 4615. O dziwo – w obu specjalnościach wcale nie przoduje mazowieckie, które powszechnie uchodzi za najbogatszy region Polski. W endokrynologii ma 4141 zakontraktowanych placówek, a w kardiologii 6634 (oczywiście w obu wypadkach należałoby dodać NZOZ-y, które nie mają kontraktów z NFZ). Nie lepiej wygląda sytuacja w reumatologii. Z badań Uczelni Łazarskiego wynika, że w 2010 r. (dane



foto: Archiwum

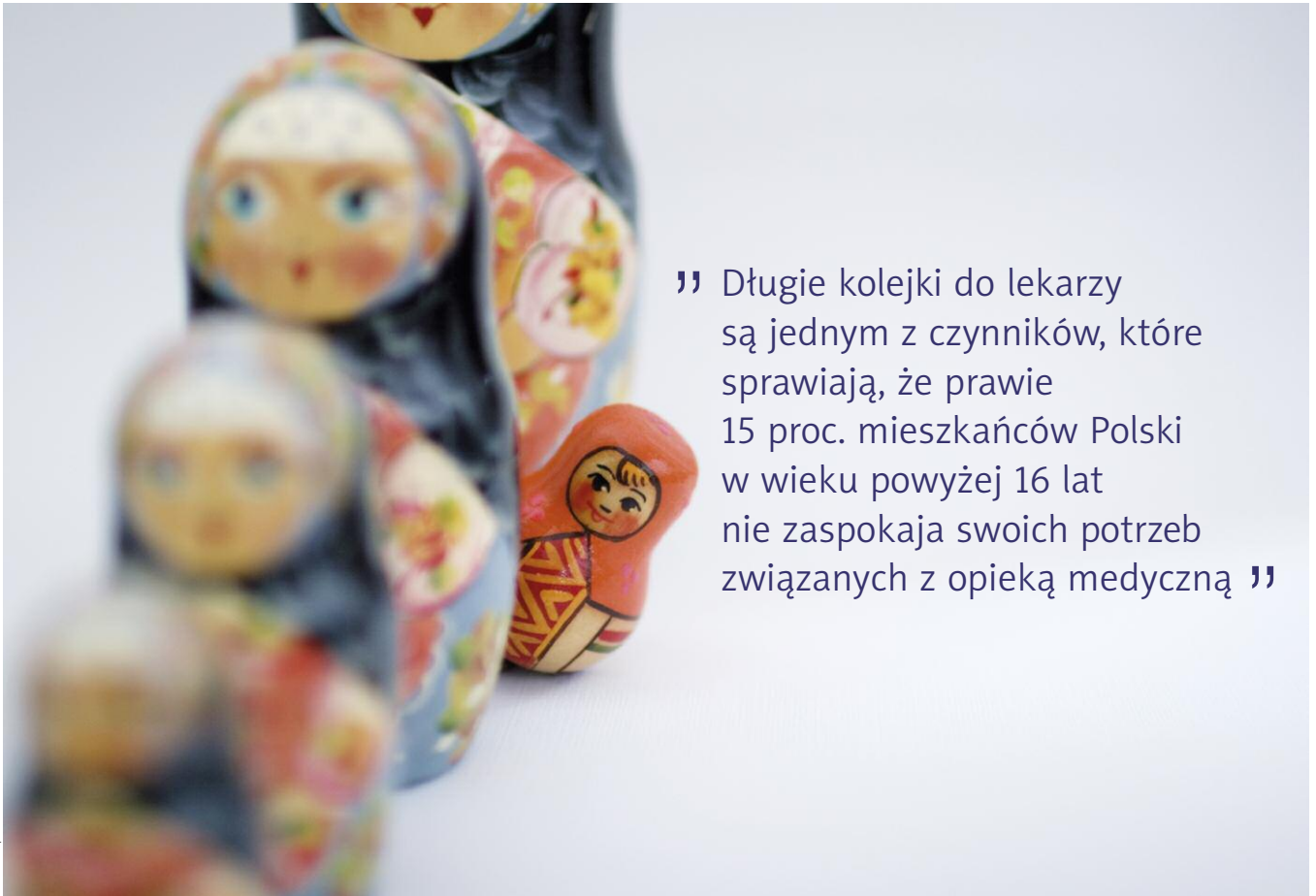
Iwona Zaczyk

specjalista ds. Barometru Fundacji
Watch Health Care

Watch Health Care pokazuje, że nie istnieje dziedzina medycyny, w której pacjenci nie napotykaliby ograniczeń w dostępie do świadczeń, a istotną bolączką systemu są rozbieżności pomiędzy poszczególnymi dziedzinami medycyny. Przejawem niekorzystnej sytuacji w systemie opieki zdrowotnej w Polsce są istotne utrudnienia w dostępie do większości gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Należy przy tym zwrócić uwagę na te (np. z zakresu ginekologii onkologicznej czy medycyny paliatywnej), w wypadku których utrudniony dostęp decyduje o szansach pacjenta na wyleczenie bądź poprawę jakości życia. Utrudnienia te nie ograniczają się do oczekiwania w kolejkach do specjalistów. Nadal istotnym problemem jest czas oczekiwania na wybrane świadczenia z zakresu diagnostyki i kolejki do zakwalifikowania się do leczenia w ramach programów lekowych.

Za tę sytuację niewątpliwie odpowiada polityka zarządzania systemem opieki zdrowotnej w Polsce, której zasadniczymi reperkusjami są odczuwane przez chorych nierówności w dostępie do świadczeń. Należy podkreślić, że jest to sprzeczne z zapisem artykułu 68 konstytucji RP, na mocy którego państwo zobowiązane jest do zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych.

Polityka zdrowotna jest czynnikiem determinującym obecny stan systemu opieki zdrowotnej, w tym również zróżnicowanie dostępności świadczeń. Nie mają na to wpływu decyzje poszczególnych lekarzy o wyborze danego regionu, gdyż podaż świadczeń wiąże się bezpośrednio z polityką cenową, a więc odpowiednia wyceńna świadczeń zdrowotnych jest warunkiem niezbędnym do zapewnienia ich właściwej dystrybucji.



fot. iStockphoto

„ Długie kolejki do lekarzy są jednym z czynników, które sprawiają, że prawie 15 proc. mieszkańców Polski w wieku powyżej 16 lat nie zaspokaja swoich potrzeb związanych z opieką medyczną „

Naczelnej Izby Lekarskiej) zawód wykonywało 1510 reumatologów, w tym ok. 70 proc. to kobiety. Jedna trzecia wszystkich lekarzy ukończyła już 60. rok życia. Stosunkowo wielu reumatologów udziela świadczeń w ramach praktyk lekarskich (955), lecz niewielu z nich zawiera umowy z NFZ. System nie daje szans na zastąpienie obecnych kadr po zakończeniu ich aktywności zawodowej. Przy znacznym zaawansowaniu wiekowym i sfeminizowaniu tej grupy zawodowej problem braku specjalistów może się pojawić stosunkowo szybko. Zaobserwowano również nierównomierne geograficznie wykonywanie zawodu przez reumatologów. Prawie połowa z nich skupiona jest w czterech województwach: mazowieckim, śląskim, małopolskim i dolnośląskim. W znaczący sposób ogranicza to dostępność świadczeń pozostałym mieszkańcom naszego kraju. Istotnym problemem jest nierówne rozmieszczenie reumatologów na terenie kraju. Na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczących liczby reumatologów w poszczególnych województwach oraz danych z Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących liczby mieszkańców w poszczególnych województwach opracowano wskaźnik liczby mieszkańców przypadających na reumatologa. Najwięcej (ponad 43 tys.) osób pod opieką ma każdy z tych specjalistów w województwie opolskim, najmniej (17 tys.) w świętokrzyskim. Duża liczba mieszkańców (powyżej

30 tys.) przypadająca na reumatologa w województwach opolskim, wielkopolskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim i lubuskim może znacząco utrudniać dostęp do specjalistów w tej dziedzinie.

Na koniec warto jednak przypomnieć decydom kreującym politykę zdrowotną w Polsce, że nie o geografie tu chodzi, a o pieniądze. Pieniądze, które można zaoszczędzić, ułatwiają pacjentom równomierny dostęp do specjalistycznej opieki medycznej. Jak bowiem pokazują analizy (badania Uczelni Łązarskiego, porównanie lat 2009 i 2008), choroby stanowiące podstawę orzeczenia niezdolności do pracy u osób po raz pierwszy składających wnioski o orzeczenie niepełnosprawności dla celów rentowych to przede wszystkim choroby układu krążenia – 22,2 proc. (w 2008 r. – 22,6 proc.), nowotwory – 20,9 proc. (20,5 proc.), choroby psychiczne – 13,7 proc. (13,9 proc.), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego – 11,6 proc. (12,1 proc.), nerwowego – 8,5 proc. (8,2 proc.) oraz urazy kości, stawów i tkanek miękkich – 8,5 proc. (8,3 proc.). Wymienione choroby są przyczyną wydania 85,4 proc. orzeczeń pierwszorazowych do celów rentowych ustalających niezdolność do pracy. A to wymierne koszty nie tylko dla budżetu ZUS, lecz także dla budżetu całego państwa.

Jacek Szczęsny