

Szanowni Państwo,

Wszystkie firmy konsultingowe zajmujące się certyfikacją i standaryzacją zakładów opieki zdrowotnej, jak również ośrodki monitorowania jakości w opiece zdrowotnej, formalnie na plan pierwszy wysuwają podporządkowanie całego systemu zaspakajaniu potrzeb pacjenta. Szkoda tylko, że niemal jedynym proponowanym narzędziem mającym służyć sprawdzaniu realizacji zaspakajania potrzeb są okresowe badania satysfakcji pacjentów. Mimo narastania w ostatnich miesiącach fali ograniczania dostępu do świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, nie słychać jakoś, by z tego powodu któremukolwiek z nich cofnięto certyfikat jakości lub cofnięto akredytację. Niektóre placówki, w których dokonano przestępstw na szkodę pacjentów i musiał tam wkroczyć prokurator, nadal posiadają certyfikaty jakości i akredytację. Fakt znacznego niedofinansowania placówek i zaniżonej wyceny większości procedur medycznych musi powodować tak wielkie spustoszenie w systemie dbałości o pacjenta, że we wszystkich publicznych zakładach opieki zdrowotnej powinno się natychmiast zawiesić (aby nie zdewaluować do końca całego systemu nadzoru nad jakością) wszelkie akredytacje i certyfikacje aż do momentu, kiedy znowu zaczną obowiązywać zdrowe zasady ekonomiczne rzeczywiście ukierunkowane na jak najlepsze zaspokojenie potrzeb pacjentów.

Wiem, że ogłosiliście Państwo konkurs na *Sukces Roku 2004 – Liderzy Medycyny*, uważam że w tym roku konkurs ten powinien być odwołany. Wynika to z tego, że współczesny menedżer zdrowia albo musi podporządkować się obowiązującym warunkom finansowania i musi zgodzić się na ograniczenie ilości i jakości świadczeń, albo musi starać się, by pozyskać środki w inny sposób, nie zawsze zgodnie z interesami obywateli-pacjentów i intencją ustawodawców.

Łącząc wyrazy szacunku
dr n. med. Medard Lech

W Polsce potrzeba raczej medycznego Balcerowicza, niż medycznego Wałęsy

Ludzkie lęki

Leszek Pobojewski

Aż trzy teksty w numerze 5/2004 MZ skłoniły mnie do napisania tych kilku słów – artykuł wstępny redaktora naczelnego Janusza Michalaka, rozmowa z prof. A. Zollem oraz artykuł *Go West* dotyczący emigracji lekarzy z Polski.

Od kilkunastu lat doskonale wiemy, jakich zmian potrzebuje polski system ochrony zdrowia. Mówi o tym prof. Zoll: decentralizacja, koszyk świadczeń, ubezpieczenia dodatkowe. *Doktor Rynek*, jak pisze

” Zabiegając o głosy poparcia szermuje się hasłem równości w chorobie ”

red. Michałak. Ale z jakiegoś powodu, gdy wreszcie rząd Jerzego Buzka zaczął wprowadzać zmiany, utknęliśmy w połowie drogi, a nawet próbowano z niej zawrócić.

Gra interesów

Myślę, że są dwa powody takiej sytuacji: interes finansowy i interes polityczny (co tak naprawdę przekłada się znów na pieniądze). Nie ma bardziej uwikłanej w kolejne kampanie wyborcze sfery życia publicznego, jak ochrona zdrowia. Zabiegając o głosy poparcia, szermuje się hasłem równości w chorobie. W wyborach do samorządów – zapewniając, że szpital zostanie utrzymany (bo to największy zakład pracy w regionie, a lud okoliczny woli mieć szpital pod bokiem zamiast dojeżdżać). W wyborach do parlamentu – obiecując, że nie będzie prywatyzacji szpitali, a wszyscy będą równie dobrze (równie źle, chciałoby się dodać) leczeni.

Mówi się ogólnikowo o pełnej dostępności do wszystkiego, co współczesna medycyna może zaproponować. I mimo, że każdy wie, jak ta dostępność wygląda w rzeczywistości, kolejni politycy wykorzystują ludzkie lęki (a nuż nie będzie mnie stać...), powszechne niezrozumienie mechanizmów ekonomicznych (tu też bilans musi być na zero, więc nie da się wszystkim zapewnić wszystkiego), czy wreszcie wyniesioną z ustroju komunistycznego postawę roszczeniowo-kliencką: *a mnie się należy*.

I tkwimy wszyscy w tej fikcji, ze społeczeństwem na czele, bo gdy przychodzi choroba, to potulnie uruchamiamy doświadczenia, znajomości i portfele, co przecież rozumiałe – bo zdrowie i życie są najważniejsze.

Pisząc o finansowym aspekcie ograniczę się tylko do przypomnienia wyczynów Naumanna, afery sprzętowej, gdzie można było z systemu wyprowadzić co nieco, jak i skoku na naprawdę dużą kasę, jaką dysponował NFZ z ww. panem na czele.

Mimo iluzoryczności działania systemu ochrony zdrowia i jego wielu absurdów, zarówno pacjenci-społeczeństwo, jak i lekarze nauczyli się żyć z tym *mołem*. W grze o przeżycie uczestniczą politycy, pacjenci i lekarze.

Która z tych trzech grup może stać się masą krytyczną dla rzeczywistych przemian?

Warunki graniczne

Lekarze rodzinni i specjaliści po reformie 1999 r. dużo zyskali: zaczęli pracować na swoim, bez biurokratycznej czapy zoz-ów, co dało im pieniądze i satysfakcję. Podobnie specjaliści.

Na przełomie 2003/2004 r. zaprotestowali pokazując, że są graniczne warunki kontraktów, poza którymi nie podpiszą umów. To proste: ponoszą koszty, prowadzą przedsiębiorstwa nzo, zaczęli godnie zarabiać, czerpiąc satysfakcję z zawodu. I bronią się przed zawróceniem z tej drogi, która służy też oszczędnościom i dobru pacjentów.

Druga grupa to lekarze pracujący w szpitalu. Najczęściej za 1 000–1 500 zł, z dyżurami może 3–4 tys. Czy nie jest chowaniem głowy w piasek przez polityków i inne elity narodu fakt, że doskonale wykształceni specjaliści pracują za owe 1 000–1 500 zł miesięcznie, tj. 250–350 euro? Toż to, niczym w carskiej Rosji, przyzwolenie dla wykorzystania swojej pozycji (na publicznej posiadzie) wobec petenta/pacjenta. Radź sobie, doktorku, i zadbaj samodzielnie o swoje interesy. W efekcie lekarze ciężko pracują w gabinetach prywatnych, po godzinach pracy na państwowym (choć nierzadko te godziny na siebie się nakładają). Taka jest właściwie pożądana droga kariery zawodowej lekarza: etat na dobrym oddziale oraz gabinet prywatny oparty na zaufaniu pacjenta do wiedzy lekarza i – w razie czego – możliwości kontynuacji leczenia na swoim oddziale. Jak wyglądają rozliczenia między lekarzem a pacjentem na tym skrzyżowaniu prywatnego z publicznym, wiedzą osoby zainteresowane. Najbardziej czytelna zależność wydaje się mieć miejsce w specjalnościach zabiegowych (gabinet chirurga – operacja) lub w położnictwie (gabinet ginekologiczno-położniczy, prowadzenie ciąży – poród w szpitalu). Czasem mam wrażenie, że niektórzy lekarze z dobrych oddziałów zdecydowałiby się na pracę za darmo (może nawet by coś dopłacili!), bo tak naprawdę pieniądze przynosi doskonale prosperująca praktyka prywatna, związana nierozdzielnie z publiczną posadą.

” Politycy wykorzystują ludzkie lęki, powszechne niezrozumienie mechanizmów ekonomicznych i wyniesioną z ustroju komunistycznego postawę roszczeniową pacjentów ”

” Coraz większa liczba absolwentów akademii medycznych nie ma ochoty uczestniczyć w grze pozorów, koteriach i umacnianiu szarej strefy ”

Opisana grupa lekarzy to jednak mniejszość, o której możliwościach i statusie większość kolegów może pomarzyć. Są wśród nich nasi potencjalni emigranci. Specjaliści, nierzadko z dyplomem, których życie zawodowe i materialne po osiągnięciu tytułów naukowych nie zmienia się. Przed nimi praca za grosze, dalej z tym samym szefem, źle zorganizowana i w warunkach odległych od poziomu współczesnej medycyny. Ci aktywniejsi oczywiście wyjadą, by wreszcie godnie wykonywać swój zawód (patrz dr Jakubowski, kiedyś pierwszy rewolucjonista wśród anesteziologów, obecnie doceniany fachowiec w Holandii, mający czas na rozwój zawodowy, ale też i zabawę z synem). A ci, co zostają, to nie jest grupa rewolucjonistów.

Szara strefa

Co roku uczelnie medyczne kończy ok. 2 tys. absolwentów. Po ukończeniu studiów staje przed nimi bariera otwarcia specjalizacji i możliwości podjęcia pracy. Ten, nierozwiązany przez nikogo (ministerstwo, samorząd lekarski, samorząd wojewódzki), a narastający problem, obecnie znajduje ujście w emigracji. Opisuje to szeroko Jacek Szczęsny w artykule *Go West*, MZ 5/2004. Pokolenie 25–30-latków nie ma zahamowań przypisanych starszym kolegom. Młodzi są Europejczykami – znają języki, najczęściej nie mają rodzin, a jeszcze rzadziej dzieci. Nie ciąży nad nimi syndrom wyjazdu w jedną stronę, granic, etosu Polaka-patrioty. Z drugiej strony – mają zwyczajne oczekiwania: godna płaca za pracę, koncentrowanie się na meritum (tj. medycynie), a nie na związaniu końca z końcem. A w końcu, *last but not least*, coraz więcej z nich nie ma zwyczajnie ochoty uczestniczyć w tej grze pozorów, koteriach i umacnianiu szarej strefy. I tak jak większość społeczeństwa wypisała się z państwa przez nieuczestniczenie w wyborach, tak ci młodzi też na swój sposób się wypisują z tego medycznego chaosu. Wyjeżdżając.

Dyktat rynku

Wśród pacjentów wyróżnić można większość, która korzysta z opieki opartej o składkę opłacaną do NFZ, i tych którzy nieformalnie dopłacają za zabiegi. Trzecią grupą są pacjenci, których stać na legalne, dodatkowe opłaty za lepszą jakość obsługi medycznej. W ostatniej grupie znajdują się nieliczni zarabiający 25–35-latkowie. Oni chcą wiedzieć, co im się należy za opłacaną składkę, a to, czego tam nie ujęto, chcą wykupić dodatkowo. Najlepiej w postaci ubezpieczenia dodatkowego. Ale w zamian oczekują stworzenia możliwości legalnej i lepszej jakości świadczeń medycznych, bez rozliczania się *na boku*.

Jest też duża grupa pracowników najemnych, płacących składki od wysokich podstaw dochodów, wcale niekorzystająca z publicznego systemu (tzn. opartego o kontrakty z NFZ). Ludzie ci wolą zapłacić zupełnie ekstra z własnej kieszeni, by sobie lub rodzinie zapewnić lepszą (subiektywnie, ale to inna sprawa) opiekę.

Większość jednak musi poddać się dyktatowi: bierzesz, co ci państwo daje, a jak nie, to wynocha; radź sobie sam, ale twoją składkę i tak zabieramy.

Staratem się scharakteryzować głównych uczestników rynku medycznego. Są jeszcze inni: ministerstwo, izby lekarskie, samorzady, stowarzyszenia pacjentów, dyrektorzy szpitali, przemysł farmaceutyczny. Myślę jednak, że opisane grupy dość modelowo reprezentują istotę problemów i interesów w ochronie zdrowia.

Symbole sukcesu

Wydaje się, że najwięcej determinacji, świadomości i wiedzy do wprowadzenia zmian powinna mieć grupa zamożnych pacjentów. To oni poprzez swoje wpływy na partie polityczne, dziennikarzy, biznes mogą wpłynąć na ustawodawcę. Potrzeba tu raczej medycznego Balcerowicza, niż medycznego Wałęsy. Choć bez tego drugiego, pierwszy byłby dalej tylko wykładowcą ekonomii. A tak obaj są symbolem sukcesu w postawieniu gospodarki z głową na nogi.