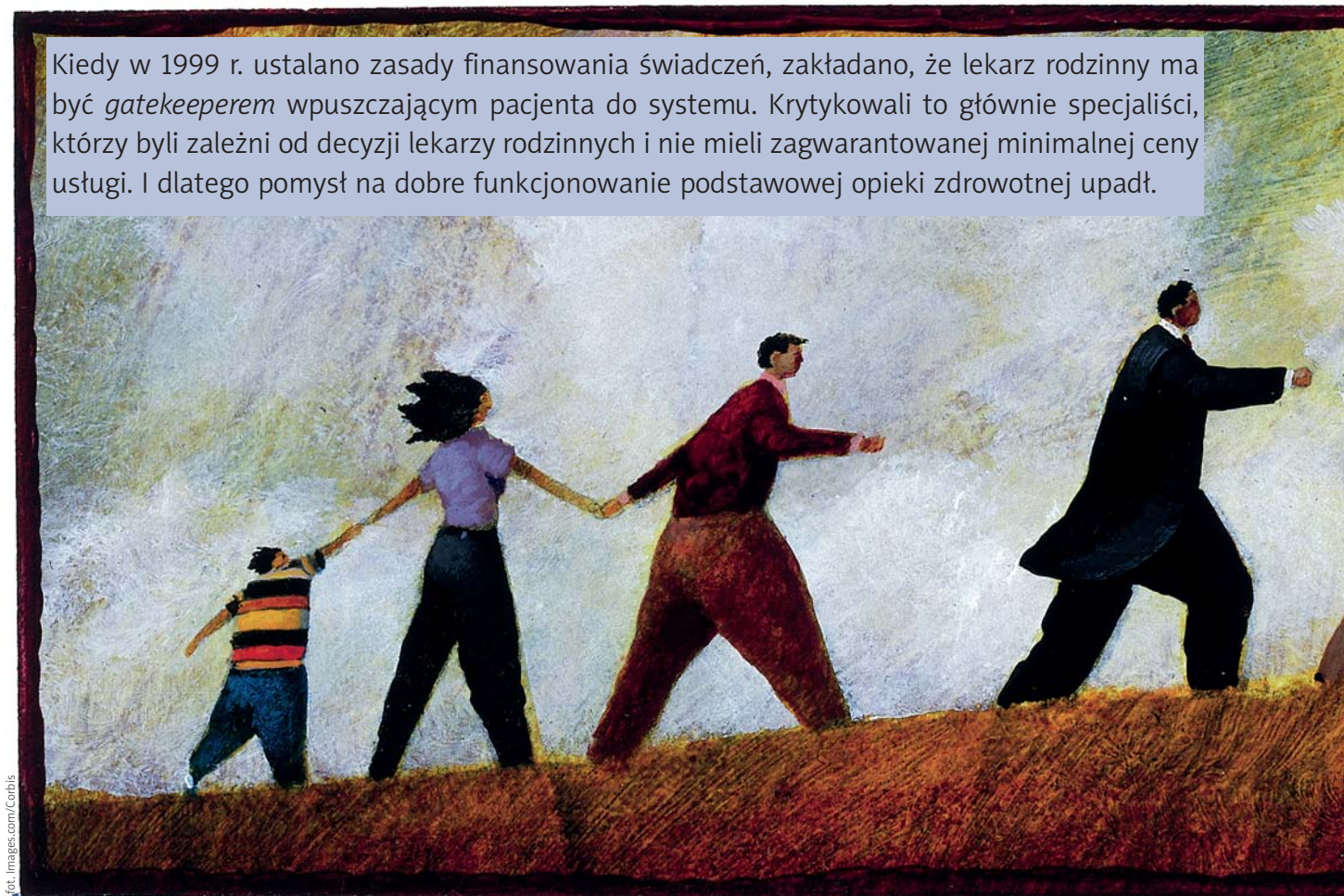


Podstawowa opieka zdrowotna kuleje

# Lobby specjalistów i lekarze

Maciej Biardzki

Kiedy w 1999 r. ustalano zasady finansowania świadczeń, zakładano, że lekarz rodzinny ma być *gatekeeperem* wpuszczającym pacjenta do systemu. Krytykowali to głównie specjaliści, którzy byli zależni od decyzji lekarzy rodzinnych i nie mieli zagwarantowanej minimalnej ceny usługi. I dlatego pomysł na dobre funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej upadł.



W 2010 r. znakomita większość firm medycznych realizujących usługi podstawowej opieki zdrowotnej to jednostki prywatne: niepubliczne ZOZ-y i indywidualne praktyki lekarskie lub pielęgniarskie. Trudno o bardziej przekonujący przykład udanej prywatyzacji, a w dodatku odbyła się ona bez większych oporów społecznych. I jest to ten segment usług, na który w przestrzeni publicznej jest najmniej skarg. Ludzie skarżą się na kolejki oczekujących na przyjęcie do szpitala, do specjalistów, na badania dodatkowe. A czy ktoś ostatnio słyszał skargi na dostępność lekarzy rodzinnych? Ustalanie terminów przyjęć telefonicznie,

a ostatnio nawet internetowo, prostota zamówienia wizyty domowej – to, co w publicznym systemie wydaje się niemożliwe – tutaj jest standardem. Nie jest celem tego artykułu gloryfikowanie lekarzy rodzinnych, ale uważam, że należy nie tylko ich cenić, ale i wspierać ich działalność jako interesujący *benchmark*. Rzeczywistość jednak jest inna...

## Nielubiani przez kolegów

Są trzy rodzaje białej śmierci: cukier, sól i lekarz pierwszego kontaktu. Ten mało wyrafinowany środowiskowy dowcip oddaje nastawienie części lekarzy do



swoich kolegów. Może wynika to z istnienia art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych, która lekarzom przedsiębiorcom zabrania pracować w innym zakładzie mającym kontrakt z płatnikiem. Zapis ten dotyczy także pielęgniarek samodzielnie udzielających usług. Skutecznie rozdzieliło to pracowników, uniemożliwiając np. lekarzom rodzinnym i pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnym dyżurowanie na oddziałach wewnętrznych lub dziecięcych, a przecież często obie te grupy zawodowe mają dodatkowe specjalizacje umożliwiające im taką pracę. Może przyczyna jest

a nic w zamian nie robią albo że kierują do poradni specjalistycznych i do szpitali niezdiagnozowanych pacjentów. Ale czy specjaliści nie postępują w taki sam sposób, kierując do szpitali swoich podopiecznych? Czy specjaliści nie przyjmują przypadkiem ciągle tych samych osób, utrzymując w kolejkach nowych, wymagających kosztownej diagnostyki? Czy szpitale nie przebiegają wśród pacjentów, przyjmując głównie tych, u których można wykonać dobrze wycenioną procedurę? W istniejącym systemie finansowania każdy kombinuje, jak może, by uzyskać jak największą rentowność działalności. Rolą organizatora systemu



bardziej trywialna i chodzi o możliwość zarobkowania. Ale jeżeli jeszcze kilka lat temu lekarze rodzinni mający bezpośredni kontrakt z płatnikiem zarabiali więcej niż zatrudnieni w szpitalach, to obecnie sytuacja się niemal odwróciła. Inna sprawa, że lekarze rodzinni, gdyby chcieli strajkować, musieliby kierować postulaty płacowe do siebie, bo sami są swoimi pracodawcami.

### Przebieranie wśród pacjentów

Na lekarzy rodzinnych narzekają głównie szpitale i specjaliści: że otrzymują za duże pieniądze z NFZ,

jest takie ustalenie zasad finansowania, aby opisane wyżej manewry ograniczyć do minimum.

### Bramkarz

Kiedy w 1999 r. tworzono zasady finansowania świadczeń zakładano, że lekarz rodzinny ma być *gatekeeperem*, osobą wpuszczającą pacjenta do systemu, pierwszym i podstawowym filtrem ograniczającym popyt na usługi medyczne. Niektóre kasy chorych tworzyły zasady finansowania, wzorując się na anglosaskim modelu GP – *fundholdera*, nadzorcy funduszy publicznych. Realizowano to poprzez podzielenie pie-



niędzy przekazywanych lekarzom rodzinnym na dwie części: na sprawowanie opieki i na wykonywanie badań dodatkowych oraz konsultacji specjalistycznych. Z tych drugich musieli się w kasie co do grosza rozliczyć. Pacjent kierowany do specjalisty musiał co jakiś czas potwierdzać u lekarza rodzinnego koniecz-

szpitale zasypywane skierowaniami chorych, którzy w zasadzie wymagają tylko diagnostyki dostępnej w warunkach ambulatoryjnych. Zamiast poprawić wcześniejsze błędy, zupełnie zdeformowano system.

### Opieka całodobowa

Opisane problemy nie są jedynymi. Można podać wiele innych przykładów. Choćby opieka nad pacjentami w nocy i w dni świąteczne. Przywoływany już art. 132 ustawy o świadczeniach zdrowotnych powoduje, że lekarze przedsiębiorcy w zasadzie nie mogą leczyć w tym czasie swoich pacjentów, bo gdyby nawet utworzyli odrębny podmiot, nie mogliby się w nim zatrudnić. A przecież trudno od nich wymagać, aby realizowali sami taką opiekę przez całą dobę. I to w dwóch formach – ambulatoryjnie i wyjazdowo, bo

„ Ludzie skarżą się na kolejki oczekujących na przyjęcie do szpitala, do specjalistów, na badania dodatkowe. A czy ktoś ostatnio słyszał o skargach na dostępność lekarzy rodzinnych? „



foto. 123RF.com

ność dalszego leczenia specjalistycznego. Wszystkie te rozwiązania, pomimo że tworzyły zręby rynku usług zdrowotnych, były głośno krytykowane. Ale nie przez pacjentów, lecz głównie przez specjalistów, którzy byli zależni od decyzji lekarzy rodzinnych i nie mieli zagwarantowanej minimalnej ceny usługi. Opisane modele upadły wraz ze „zgliszachtowaniem” systemu w trakcie tworzenia NFZ w 2003 r. I w efekcie mamy obecny system: lekarzy rodzinnych, którzy nie mogą kierować na wszystkie badania (np. TK czy NMR), specjalistów leczących ciągle tych samych pacjentów, ale do wysokości narzuconego przez NFZ kontraktu,

takie są wymogi. W efekcie opiekę tę najczęściej sprawuje pogotowie ratunkowe, podzlecające działalność ambulatoryjną izbom przyjęć szpitali, a świadczenia wyjazdowe realizujące często ambulansami ratunkowymi. W dodatku taki ułomny model jest mocno promowany przez ratowniczych związkowców. Od 1 marca 2011 r. opieka nocna ma być sprawowana w oderwaniu od zakładów opieki zdrowotnej, które scedują opiekę wybranym przez siebie innym zakładom. W zamian zostanie przywrócona rejonizacja bez możliwości wyboru realizatora opieki zdrowotnej przez pacjenta. Coraz bardziej zapominamy o celach

reformy, o tym, że to pacjent miał przynosić pieniądze płatnika usługodawcom.

### Tajny limit

Innym przykładem jest ustalenie limitu 2750 podopiecznych na lekarza i obowiązek tworzenia przez niego listy aktywnej wyłącznie w jednym zakładzie. Idea szczytna, mająca na celu jak zawsze dobro pacjenta, tyle że wyraźnie napisana z za biurka. Nie dyskutuję, jaka jest maksymalna populacja, którą może opiekować się lekarz. To zależy od wielu czynników: średniego wieku podopiecznych, chorobowości, przywyczażeń etc. W niektórych miejscach nawet 2000 może przerastać możliwości jednej osoby. Problem jednak leży gdzie indziej. Według danych NFZ, na początku 2009 r. lekarzy rodzinnych było w Polsce niespełna 8 tys., co pozwalało objąć opieką niespełna 22 mln osób przy przyjęciu maksymalnej liczby na lekarza. Ponieważ Polaków jest prawie 38 mln, dwa lata temu brakowało co najmniej 6 tys. w pełni wykształconych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Mało prawdopodobne, byśmy już zapelnili tę lukę. Nie przeszkodziło to jednak wprowadzić limit, który *de facto* pozbawia opiekę sporą grupę osób.

### Memorandum konsultantów krajowych

Ciekawostką jest ostatnie memorandum konsultantów krajowych w dziedzinie pediatrii i chorób wewnętrznych postulujące przywrócenie kontraktowania poradni dziecięcych i internistycznych. Szanowni profesorowie uznali, że stan zdrowia społeczeństwa, niedostatki profilaktyki, zwłaszcza wśród młodzieży, są związane z brakiem takich poradni. Jak rozumiem, jest to równoznaczne z zanegowaniem systemu lekarzy rodzinnych opiekujących się ludźmi od urodzenia do starości i oparciem systemu wyłącznie na poradniach specjalistycznych. Tylko kto i z jakiego powodu kierowałby chorych do postulowanych poradni, jeżeli nadal istniałaby opieka podstawowa? A może ustanowilibyśmy dwustopniową opiekę specjalistyczną? Najpierw skierowanie do internisty lub pediatry, a następnie przez niego do specjalisty?

Od lat udział pieniędzy na podstawową opiekę zdrowotną w budżecie NFZ obejmującym koszty udzielania świadczeń wynosi od 11 do 13 proc. W istotnym zwiększeniu funduszy nie pomogło nawet wejście do Ministerstwa Zdrowia Marka Twardowskiego, związanego z Porozumieniem Zielonogórskim zrzeszającym lekarzy rodzinnych. Ponadto zmiany finansowania odbywają się poprzez dziwne eksperymenty, jak ustalenie trzykrotności stawki kapitałowej za pacjentów z cukrzycą i chorobami układu krążenia. Wobec braku jasnych kryteriów kwalifikacji, powszechności tych chorób, nieokreślenia obowiązków związanych z opieką – liczba zgła-

szanych NFZ chorych ogromnie wzrosła, a znaczny odsetek w ogóle nie wymaga farmakoterapii. Teraz fundusz zarzuca niektórym lekarzom rodzinnym oszustwo przy kwalifikowaniu pacjentów, choć sam takie zasady ustalił.

### Groźba strajku

Porozumienie Zielonogórskie raz po raz grozi strajkiem. Trudno mi zaakceptować taką formę protestu, ale równocześnie za lekarzami rodzinnymi mogą się ująć tylko oni sami. Tym razem przyczyną sporu jest dołożenie kolejnych obowiązków sprawozdawczych przy jednoczesnym zamrożeniu finansowania. Nie da się ukryć, że liczba zestawień żądanych od zakładów opieki zdrowotnej zaczyna przekraczać wszelkie granice, zwłaszcza że sprawozdania takie mogłyby się generować same, gdyby wprowadzono RUM w wersji elektronicznej.

„ Są trzy rodzaje białej śmierci: cukier, sól i lekarz pierwszego kontaktu. Ten mało wyrafinowany środowiskowy dowcip oddaje nastawienie części lekarzy do swoich kolegów „

Na przykładzie podstawowej opieki zdrowotnej widać szczególnie wyraźnie, jak NFZ i Ministerstwo Zdrowia – scentralizowane, upolitycznione, biurokratyczne molochy – wykrzywiły wszelkie wcześniejsze idee usprawnienia systemu. A jak widać, można się spodziewać kolejnych innowacji. Innowacji, z których nikt poza ich pomysłodawcami zadowolony nie będzie. A może warto usiąść raz jeszcze do stołu z Porozumieniem Zielonogórskim. Jestem dziwnie przekonany, że można by wrócić do zmodyfikowanych zasad z początku reformy, kiedy to lekarz rodzinny miał być rzeczywiście osią systemu, a pacjent podmiotem. W końcu jesteśmy mądrzejsi o doświadczenia 12 lat – i organizatorzy systemu, i lekarze rodzeni.

Dobra organizacja opieki podstawowej może przynieść większe oszczędności w wydatkowaniu funduszy publicznych niż np. komercjalizacja szpitali. Właściwa opieka na poziomie lekarza rodzinnego ogranicza koszty całej maszyny opieki zdrowotnej, do której wpada nieszczęsny pacjent. W tym wypadku nie musimy już reformować struktury systemu, tylko zasady jego finansowania. A może w dodatku nie będziemy mieli kolejnego sporu za rok? ■