

Wielki mały pacjent



Fot. archiwum

Rozmowa z prof. Jarosławem Peregudem-Pogorzelskim,
prezesem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Jaka jest kondycja polskiej pediatrii A.D. 2015?

Można powiedzieć, że jest znacznie lepiej w porównaniu z tym, co było pięć czy osiem lat temu. Wspólne działania, które zostały podjęte przez Zarząd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii przy dużym wsparciu Rzecznika Praw Dziecka spowodowały, że w ostatnim okresie udało się załatwić pozytywnie wiele rzeczy. Oczywiście jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Przede wszystkim zmiana ustawy o świadczeniach zdrowotnych umożliwiła tworzenie zakładów podstawowej opieki zdrowotnej nie tylko przez lekarzy medycyny rodzinnej, lecz także pediatrów i internistów. Spowodowało to, że zapotrzebowanie na pediatrów znacznie się zwiększyło. Widać to wyraźnie na przykładzie rezydentów z pediatrii, którzy są rozchwytywani przez osoby zarządzające POZ. Jest to zjawisko bardzo pozytywne. Zaczynamy się jednak obawiać, że większość młodych pediatrów zamiast szpitali wybierze jako miejsce pracy POZ ze względu na znacznie wyższe zarobki. Mamy nadzieję, że zapowiadana od lat zmiana wyceny procedur pediatrycznych stanie się faktem i będzie można zwiększyć uposażenie lekarzy zatrudnionych na oddziałach szpitalnych, bo nie jest ono adekwatne do wykonywanej przez nich pracy. Jeżeli to nie nastąpi w niedługim okresie, będziemy mieli problemy z prawidłowym funkcjonowaniem tych oddziałów. Nie potwierdziły się również obawy, że wejście pediatrów do POZ zmniejszy rangę lekarzy medycyny rodzinnej. Dzisiaj już widać, że te trzy podmioty: lekarz medycyny rodzinnej, pediatra i internista, współdziałając dla dobra pacjenta oraz konkurując o niego, wpływają na podniesienie poziomu świadczonych usług medycznych, na czym szczególnie nam zależało.

Czy nowy system specjalizacyjny także uważa pan za sukces?

Tak. Nowy system, pomimo wielu zastrzeżeń, umożliwił wybór różnych ścieżek. Można tak jak dotychczas wybrać pediatrię i potem rozpocząć wąską specjalizację albo w systemie modułowym skrócić tę ścieżkę i przejść 3-letnią część pediatryczną, która odpowiada dawnemu pierwszemu stopniowi specjalizacji, a następnie specjalizować się w wąskiej dziedzinie. Lekarze sami decydują, co chcą wybrać, i to jest dobre. Korzystne jest także to, że pediatrzy mogą nareszcie kształcić się w wąskich specjalnościach, takich jak gastrologia dziecięca, endokrynologia i diabetologia dziecięca, nefrologia dziecięca, pulmonologia dziecięca czy pediatria metaboliczna. To było bardzo ważne dla środowiska. Wcześniej otrzymanie miejsc rezydenckich było bardzo trudne. Palącym problemem, do załatwienia od zaraz, jest zmiana przepisów dotyczących rezydentur. Ten system należy przede wszystkim uszczelnić.

„Mamy nadzieję, że zapowiadana od lat zmiana wyceny procedur pediatrycznych stanie się faktem i będzie można zwiększyć uposażenie lekarzy zatrudnionych na oddziałach szpitalnych”

Nie może być tak, że rezydentura trwa nawet 10 lat. Lekarze szkolący się w tym systemie powinni być zobligowani do podpisania zobowiązania, że po zakończeniu specjalizacji w ciągu 5–10 lat odpracują rezydenturę finansowaną przez państwo, a jeśli od razu po uzyskaniu specjalizacji opuszczą Polskę, zwrócą jej koszty. Przy takim rozwiązaniu nie będziemy odczuwać braku lekarzy.

Kilka lat temu NFZ hucznie ogłosił poprawę wycen świadczeń w pediatrii. Czy to był rzeczywiście krok w przód?

Tego niestety nie udało się załatwić. Postulowaliśmy od dawna, że wycena stanowi problem numer jeden, od którego należy zacząć zmiany. Pomimo naszych starań i mojego osobistego zaangażowania nie udało się przekonać NFZ do naszych wyliczeń, a były one sporządzone bardzo skrupulatnie, bez wybierania pacjentów i oparte na uśrednionych kosztach hospitalizacji. Według tych wyliczeń niedofinansowanie oddziałów onkologii dziecięcej wynosiło ok. 10 proc., a oddziałów hematologii dziecięcej – ok. 25 proc. Natomiast w wypadku ciężkich grzybic układowych u pacjentów po chemioterapii niedoszacowanie wynosiło nawet 48 proc. Mówiliśmy wtedy, że jeżeli zwiększymy finansowanie tych oddziałów średnio o 15 proc., nie będą one generować zadłużenia. Niestety nie skorzystano z naszych propozycji. Przeprowadziliśmy także kalkulację 9 procedur, których wycenę zmienił NFZ, ale były to procedury niszowe, na przykład laryngologiczne, i nie miały wpływu na kosztochłonność wysokospecjalistycznych oddziałów klinicznych i wojewódzkich. Fundusz bardzo tendencyjnie wybierał pacjentów – głównie z hospitalizacji jednodniowych, czyli tych opłacalnych. Tylko 3, 4 proc. stanowili chorzy z hospitalizacjami długimi. Zaproponowana przez NFZ metodologia przeczyła rzetelnemu doborowi pacjentów kwalifikowanych do przeprowadzenia wyliczeń. Właśnie o to mieliśmy ogromny żal do ówczesnej prezes Agnieszki Pachciarz.

„Niedofinansowanie oddziałów onkologii dziecięcej wynosi ok. 10 proc., a hematologii dziecięcej ok. 25 proc.”

Czy w takim razie można się spodziewać zmian w zakresie wyceny pediatrii? Wiem, że były w tej sprawie spotkania z prezesem NFZ Tadeuszem Jędrzejczykiem.

Nic się niestety nie dzieje w tej materii. Jesteśmy w punkcie wyjścia. Obecnie wyceną zajmuje się AOTMiT. Na pierwszy ogień weryfikacji poszła psychiatria. Pediatria jest dopiero planowana. Mamy zapewnienie obecnego ministra, że następna będzie pediatria, ale zanim to nastąpi, minie trochę czasu. Realny jest przyszły rok, czyli jeżeli wszystko dobrze pójdzie, najwcześniej za dwa lata możemy się spodziewać zmian w wycenie procedur pediatrycznych. Mamy nadzieję, że zostanie to zrobione rzetelnie. Pierwsze kontakty z AOTMiT odbieram pozytywnie. Mam nadzieję, że sporządzone już wcześniej przez nas wycenienia zostaną wykorzystane. Trzeba pamiętać, że pediatria jest zawsze droższa od innych dyscyplin, co wykazały badania farmakoekonomiki w krajach Europy Zachodniej. Koszty leczenia małych pacjentów i koszty diagnostyki są wyższe średnio o 30 proc. w porównaniu z dorosłymi.

Wszędzie na świecie pediatria należy do priorytetów finansowych. W Polsce trzeba o to walczyć. Czy taka sytuacja wynika z naszego podejścia do dzieci i czy jest szansa, aby to się zmieniło?

To na pewno powinno się zmienić. Podejście do dzieci w ostatnim czasie było bardzo poprawne, ale chyba tylko dlatego, że mieliśmy w Ministerstwie Zdrowia dwóch pediatrów – ministra i wiceministra, którzy bardzo dobrze rozumieli problemy kompleksowej opieki nad dzieckiem. To, że udało się tak wiele załatwić, zawdzięczamy ministrowi Bartoszowi Arłukowiczowi i wiceministrowi Igorowi Radziewiczowi-Winnickiemu. Poprzednio było bardzo trudno, żeby nie powiedzieć – beznadziejnie. Mam nadzieję, że pediatria będzie nadal należała do priorytetów, tym bardziej że młode pokolenie jest bardzo schorowane. Mamy bardzo wysoki odsetek młodzieży i młodych dorosłych z chorobami przewlekłymi i co najgorsza – nie mamy profilaktyki. Cieszę się więc, że już niebawem minister zdrowia podpisze rozporządzenie w sprawie standardów udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki dzieci i młodzieży. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego po naniesieniu kilku uwag pozytywnie zaopiniuje to rozporządzenie. Jesteśmy przekonani, że nareszcie będziemy mieć dobrze zaprogramowaną profilaktykę. To, jak wcielimy wspomniane zapisy roz-

porządzenia w życie, będzie zależało już tylko od nas samych. Za sprawę o znaczeniu fundamentalnym uważamy uznanie książeczki zdrowia dziecka za dokument prawny obowiązujący w naszym kraju. Szczególnie oczekujemy na rok 2017, kiedy szczepienia przeciw pneumokokom i meningokokom wejdą na listę szczepień obowiązkowych. Ten fakt należy uznać za największy przełom ostatniego 50-lecia w profilaktyce w Polsce. Zawdzięczamy to wspomnianym ministrom pediatrom.

Jak pan ocenia ostatnią zmianę w przepisach dotyczącą odmowy przyjęcia dziecka do szpitala. Teraz konieczna jest konsultacja lekarza dyżurnego z ordynatorem lub jego zastępcą, a decyzja zostaje wpisana do dokumentacji medycznej. Czy to zapobiegnie tragediom?

Uważam, że ten zapis jest błędnie sformułowany i należy go jak najszybciej zmienić, by nie doprowadzić do totalnego paraliżu funkcjonowania izb przyjęć. Ustawa o specjalizacjach jasno formułuje ten stan rzeczy. Lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty z danej dziedziny, może się ubiegać o stanowisko ordynatora. To, że nim nie zostaje, wynika z ograniczonej liczby miejsc ordynatorskich oraz predyspozycji psychofizycznych i zdolności organizacyjnych kandydata. Dlatego zapis należy zmienić i w miejsce ordynatora wpisać specjalistę z danej dziedziny medycyny, w tym wypadku pediatrii. Nie twórzmy fikcji. Proponowane zmiany w przepisach nie zapobiegną takim tragediom, jakie dotychczas opisywano. Czy do nich dojdzie, zależy od tego, jak rzetelnie i przede wszystkim odpowiedzialnie będziemy wykonywać naszą pracę.

Jaki jest stan wyposażenia oddziałów pediatrycznych? Czy jest on zadowalający?

Na pewno jest lepszy niż 10, 15 lat temu. Dostęp do nieinwazyjnych badań ultrasonograficznych jest powszechny. Można je wykonać w każdym szpitalu, w każdej przychodni. Poprawiła się także dostępność tomografii komputerowej. Tomograf ma każdy szpital powiatowy. Dzieje się tak, że pacjenci czasem wymuszają te badania. A jeśli chodzi o dzieci, powinniśmy bardzo uważać, bo dawka promieniowania, jaką pacjent otrzymuje podczas badania, jest od 20 do 30 razy większa niż w wypadku zdjęcia RTG.

Jakie jest pana zdanie na temat centrów urazowych dla dzieci?

Popieram to rozwiązanie. W każdym mieście wojewódzkim na bazie centrów zdrowia dziecka powinny powstać centra urazowe. Rzeczywiście w takim centrum szanse na uratowanie pacjenta są o wiele większe niż w normalnym szpitalu. Podobne centra dla dorosłych powstały już dawno. Bardzo dobrze, że nasi decydenci pomyśleli w końcu o dzieciach.

Rozmawiała Marta Kobańska