

NIKT W POJEDYNKĘ

NIE ZBAWI ŚWIATA



fot. PAP/Tomasz Gzell

Rozmowa z Pauliną Miśkiewicz, dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Polsce

Jaka jest sytuacja polskiego pacjenta w porównaniu z pacjentami z innych krajów Europy?

To zależy od konkretnego obszaru ochrony zdrowia i od tego, z kim się porównujemy. Bo jeśli np. z Holandią, to wiele nam brakuje. Ale gdy punktem odniesienia będą Węgry, systemy są porównywalne. Mało tego: w samej Polsce różnice między poszczególnymi miastami i regionami, między miastem i wsią bywają istotne. Jedną z ważnych misji Światowej Organizacji Zdrowia jest dążenie do zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej. Dlatego tak wielką wagę przywiązujemy do funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście nigdy nie zniwelujemy różnic terytorialnych i nie zmie-

nimy tego, że wysokospecjalistyczne kliniki funkcjonują w dużych miastach, w wybranych ośrodkach akademickich. Pod tym względem mieszkańcy wsi czy małych miast zawsze będą mieli gorzej, choćby z tego powodu, że do takiej kliniki będą musieli dojechać. Ale dostęp do sprawnej POZ w ich miejscu zamieszkania to szansa na szybką i dobrą diagnostykę, na wczesne wykrycie choroby i dobre leczenie, na właściwą opiekę w wypadku chorób przewlekłych. Szansa nie zawsze wykorzystywana.

Czy zdaniem WHO dostępność podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce jest właściwa?

Stosunkowo niewiele jest badań dotyczących dostępu do opieki zdrowotnej, w tym do POZ. WHO nie prowa-

dziła bezpośrednio takich badań w Polsce. W 2009 r. London School of Economics and Political Science oraz Komisja Europejska opublikowały opracowanie na temat podstawowej opieki zdrowotnej w Europie. W 2008 r. WHO przygotowała raport, w którym wskazano i ponownie przypomniano, że POZ od czasu deklaracji z Alma Aty z 1978 r. jest uznanym filarem opieki zdrowotnej. Do tego czasu bardzo często pokutowało mylne przekonanie, że podstawowa opieka zdrowotna to wyłącznie tania opieka dla populacji, których nie stać na większy wysiłek finansowy. Zwraca się uwagę, że także w bogatszych krajach jest to pierwszy, najważniejszy kontakt dla pacjenta w zakresie profilaktyki, leczenia, ale także kontynuowania tego leczenia, rehabilitacji czy dalszego procesu zdrowienia.

Czy WHO przygotowała wiążące rekomendacje lub choćby sformułowała oczekiwania dotyczące roli lekarza rodzinnego?

Rola lekarzy POZ zależy od sytuacji danego kraju. W Polsce idea ta została wprowadzona po transformacji ustrojowej. Na przykład w Szwecji lekarz rodzinny nie jest pierwszym kontaktem pacjenta z systemem ochrony zdrowia, tam ludzie chętniej korzystają z konsultacji specjalistów, co jest też wynikiem między innymi uwarunkowań geograficznych i kulturowych. Według badania Eurobarometru z 2008 r., dostępność lekarzy rodzinnych w całej Europie była najczęściej oceniana jako bardzo dobra albo dobra. Szczególnie dotyczyło to mieszkańców takich państw, jak Malta, Belgia, Hiszpania, Austria, ale także Polska. W krajach, które wkraczały w okres kryzysu, jak np. Grecja, znacznie mniej osób uważało, że ten dostęp jest bardzo dobry. Natomiast w zakresie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych najczęściej negatywnych uwag zgłaszali mieszkańcy Łotwy i dotyczyły one głównie ponoszonych kosztów i dostępności. Polska była drugim z kolei państwem, które zgłaszało te problemy. Ogólnie jednak jakość usług lekarzy rodzinnych była oceniana pozytywnie.

A opieka przez nich sprawowana, wczesna diagnostyka?

W zakresie kompleksowości i wszechstronności opieki Polska wypada gorzej niż państwa zachodnie. Wynika to z praktyk lekarskich, które nie zapewniają tej kompleksowości, bo trzeba mieć na przykład skierowania na dodatkowe badania, testy itp. Ale problem kompleksowości dotyczy wszystkich państw, np. w Szwecji próbuje się wprowadzić *One Shop Stop*, czyli jeden przystanek – kompleksową usługę w jednym miejscu. Kolejnym problemem POZ jest opieka koordynowana, aby zapewnić prowadzenie pacjenta przez system z uwzględnieniem profilaktyki, kontynuacji leczenia wielu współistniejących chorób, a co się z tym wiąże – wymagających częstych wizyt u lekarzy. Dotyczy to głównie osób starszych, a wiadomo, że jesteśmy społeczeństwem starzejącym się.



foto: Janusz Maciejowski

W ZAKRESIE KOMPLEKSOWOŚCI

I WSZECHSTRONNOŚCI OPIEKI

POLSKA WYPADA GORZEJ

NIŻ PAŃSTWA ZACHODNIE.

PRZESZKADZA NAM NA PRZYKŁAD

KONIECZNOŚĆ POSIADANIA

SKIEROWANIA

NA DODATKOWE BADANIA.



foto: Janusz Maciejowski

DOSTĘP DO SPRAWNEJ POZ

TO SZANSA NA WCZESNE

WYKRYCIE CHOROBY I DOBRE LECZENIE,

NA WŁAŚCIWĄ OPIEKĘ

W WYPADKU CHORÓB PRZEWLEKŁYCH.

SZANSA NIE ZAWSZE WYKORZYSTYWANA.

Prowadzenie, koordynowanie leczenia pacjenta w jednym miejscu może znacznie zmniejszyć liczbę niepotrzebnie powtarzanych badań, pozwoli odpowiednio dobrać leki, by nie dopuścić do powstawania niepożądanych interakcji oraz innych niepożądanych zdarzeń medycznych. Dobrze funkcjonujący POZ i specjalistyczna ambulatoryjna często pozwalają uniknąć konieczności leczenia szpitalnego, a tym samym zmniejszają koszty leczenia.

Czy nie obawia się pani osiągnięcia tej kompleksowości metodą à la NFZ? W imię wymuszenia jej na lekarzach zamykane są na przykład gabinety specjalistyczne w małych miastach.

Tu chodzi o zapewnienie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, co jest zasadniczą ideą POZ – by ta opieka była jak najbliżej chorego i o odpowiedniej jakości. Jest to proces złożony i wymagający ustalenia odpowiedniej równowagi pomiędzy świadczeniami POZ i specjalistyką ambulatoryjną.

Ale czy nie ucierpią na tym małe społeczności lokalne, np. w jakiejś miejscowości był ginekolog, a w imię kompleksowości już go tam nie będzie?

Nie, on powinien tam być, powinna być opieka specjalistyczna, jeśli nie zapewni się jej na poziomie podstawowej opieki. Bo lekarz pierwszego kontaktu jest nie tylko tym, który wypisuje skierowanie do innego specjalisty, lecz także specjalistą wszechstronnie wykształconym, posiadającym odpowiednie kompetencje w udzielaniu świadczeń na poziomie podstawowym. Nie powiedziałabym, że podstawowa opieka medyczna to opieka prosta, bo to poważna gałąź medycyny, która odgrywa bardzo ważną rolę w profilaktyce i leczeniu chorego. Poza tym opieka ta powinna być zgodna z zasadami, które mówią o zapewnieniu dostępu w równym stopniu dla wszystkich. Do tego powinna dążyć polityka zdrowotna państw.

Teraz głośno zaczyna się mówić o ministerialnym projekcie wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń społecznych. Czy nie jest to sprzeczne z tym, co powiedziała pani wcześniej?

Polska w porównaniu z innymi krajami OECD czy Unii Europejskiej ma jedno z niższych finansowań ochrony zdrowia. Ważne jest, na jakich zasadach będą wprowadzane te ubezpieczenia i aby nie stało się tak, iż będą mogli być ubezpieczeni tylko pacjenci młodzi, zdrowi i bogaci, natomiast ci, którzy są bardzo chorzy lub starsi, zostaną z możliwości ubezpieczenia dodatkowego wykluczeni. Nie powinien na tym ucierpieć także publiczny system ochrony zdrowia. Na wypracowanie takiego systemu potrzeba czasu, tak jak np. w Holandii, gdzie minęło kilkanaście lat, zanim można było ocenić funkcjonowanie systemu. Trzeba też pamiętać o tym, czy są do tego odpowiednie zasoby kadrowe, bo nagle nie zwiększy się liczba lekarzy, którzy będą dodatkowo przyjmować pacjentów. Wprowadzenie tych dodatkowych świadczeń wymaga dodatkowych zasobów.

Czy jednak nie wymagamy za dużo od lekarzy podstawowej opieki?

Nikt nie zbawi świata w pojedynkę, nie rozwiąże wszystkich problemów, ale idea jest taka, że POZ to pierwszy kontakt – podstawowy i lekarze ci powinni się zajmować zarówno diagnostyką i leczeniem, jak i wczesną profilaktyką. Dotyczy to ponadto dalszej terapii, pomagania pacjentowi, prowadzenia go w chorobie i zdrowiu. Istotną kwestią jest, że w Polsce tych lekarzy nie jest za dużo i stąd ich obciążenie pracą. Podkreślę, że w Polsce według wspomnianego opracowania LSEPS i Komisji Europejskiej liczba lekarzy na 100 tys. osób szacowana była na 20, natomiast np. w Czechach już na 70, a więc ponad trzy razy więcej. Dlatego też potrzebne są działania zmierzające do odciążenia lekarzy, co przyczyni się do poprawienia jakości świadczeń i zwiększy ich dostępność.

Rozmawiali Bartłomiej Leśniewski i Janusz Maciejowski