

Propozycje zmian w ochronie zdrowia

Jacek Krajewski

Prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie

Mam nadzieję, że dzisiejsze spotkanie poświęcone ochronie zdrowia w Polsce jest poważnym elementem ponadpartyjnej dyskusji. Na ręce wszystkich uczestników tej dyskusji składam, wynikającą z wieloletniej praktyki analizę obecnego systemu opieki zdrowotnej oraz główne tezy postulowanych przez Federację Porozumienie Zielonogórskie zmian.

Propozycje zmian systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Federacji Porozumienie Zielonogórskie

Postulujemy aby:

- najwyższym dobrem było bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta;
- polscy pacjenci, w skali państwa, mogli ocenić jaki wpływ na nasze zdrowie i zdrowie finansów systemu ochrony zdrowia ma konsekwentnie dokończony proces tworzenia praktyk lekarzy rodzinnych w całej podstawowej opiece zdrowotnej;
- zaprzestać ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez stworzenie optymalnego koszyka świadczeń gwarantowanych, na które stać państwo polskie;
- wprowadzić kartę ubezpieczenia zdrowotnego. Dzisiaj lekarz nie ma narzędzi, aby sprawdzić status ubezpieczenia pacjenta, którego leczy;
- dofinansować podstawową opiekę zdrowotną - fundament systemu ochrony zdrowia;
- zwiększyć finansowanie ochrony zdrowia w Polsce z jednoczesnym wprowadzeniem mechanizmów efektywnego alokowania środków przeznaczanych na jej funkcjonowanie;
- odwrócić niekorzystne tendencje przekierowujące priorytety systemu ochrony zdrowia z promocji zdrowia, zapobiegania i wczesnego wykrywania schorzeń na medycynę naprawczą;
- podnieść wysokość składki ubezpieczenia do 12 proc. w całości odpisywanej od podatku dochodowego;
- przywrócić 20 proc. poziom wydatków na podstawową opiekę zdrowotną w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia;
- zatrzymać lawinowy wzrost nakładów na leczenie szpitalne (ponad 50 proc. planu finansowego NFZ);

- zapewnić wycenę usług medycznych, tak aby doprowadzić do należytego finansowania pracy lekarza i pielęgniarek;
- zaprzestać ogromnego marnotrawstwa środków finansowych, z których opłacane są świadczenia zdrowotne, poprzez usprawnienie systemów informacyjnych, które umożliwią wymianę informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych pomiędzy świadczeniodawcami, po to, by w sposób nieuzasadniony nie powielać tych samych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych;
- Wycofać się z budowania procedur kolejkowych do specjalistów poprzez pomijanie lekarza rodzinnego jako „bramkarza” systemu. (aż 11 przypadkach ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są bez jakiegokolwiek skierowania)
- dążyć do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych;
- wprowadzić prawne możliwości przepisywania przez lekarzy leków i wyrobów medycznych pacjentom na roczną kurację;
- zapewnić Polakom możliwość terapii tanimi i skutecznymi lekami;
- umożliwić wykonywanie szczepień w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej;
- uzyskać wsparcie mediów i instytucji państwa we współtworzeniu wrażenia solidności systemu, który jest godzien zaufania pacjenta na każdym poziomie referencyjnym;
- zaprzestać rozmontowywania, szczególnie w ostatnich latach, budowanego od połowy lat dziewięćdziesiątych systemu podstawowej opieki zdrowotnej opartego o modelu praktyk lekarzy rodzinnych;
- powstrzymać spadek liczby lekarzy rodzinnych;
- dbać o właściwą motywację młodych adeptów medycyny do pracy w otwartej opiece ambulatoryjnej i powstrzymać ich emigrację;
- odbudować prestiż lekarza rodzinnego i lekarzy pozostałych specjalności jako wykwalifikowanych, wysokiej jakości profesjonalistów;
- powrócić do priorytetu tworzenia praktyk prowadzonych przez specjalistów medycyny rodzinnej w modelu pierwotnie planowanym. Obecnie mniej niż 10 proc. wszystkich placówek podstawowej opieki zdrowotnej to praktyki lekarzy rodzinnych;
- dokończyć prywatyzację POZ;
- wprowadzić standard udzielania świadczeń zdrowotnych w praktyce lekarza rodzinnego (POZ) pozwalający na pełne wykorzystanie jego umiejętności;
- zapewnić priorytet dla kształcenia lekarzy rodzinnych i poprawić jakość kształcenia przed i podyplomowego;

- przywrócić optymalne relacje pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych (POZ), a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami i ratownictwem medycznym w celu zachowania ciągłości opieki nad pacjentem;
- przywrócić zasadę, że praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80proc. potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- uporządkować ustawodawstwo w kierunku stworzenia czytelnych i stabilnych ram prawnych dla systemu opieki zdrowotnej w zakresie medycyny rodzinnej oraz roli praktyki lekarza rodzinnego w tym systemie poprzez wprowadzenie do systemu prawa odrębnej regulacji organizującej Podstawową Opiekę Zdrowotną.

Zdaniem Federacji PZ obecnie podejmowane przez resort zdrowia próby naprawy sytuacji, polegające jedynie na zwiększeniu nakładów finansowych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia mogą przynieść jedynie krótkotrwały, doraźny efekt. Nie są to jednak zmiany o charakterze systemowym, więc problemy wynikające z niedoskonałości przyjętych rozwiązań wkrótce ponownie dadzą znać o sobie z jeszcze większym natężeniem.

SYTUACJA BIEŻĄCA

W Polsce mamy do czynienia z ograniczaniem dostępności do świadczeń zdrowotnych. W podstawowej opiece zdrowotnej odbywa się to poprzez spadek liczby lekarzy rodzinnych w stosunku do liczby mieszkańców. Liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza POZ jest największa w Europie. Stałe niedofinansowanie tego segmentu systemu ochrony zdrowia grozi obniżeniem jakości świadczeń, odchodzeniem specjalistów medycyny rodzinnej do innych działów systemu, niedoborem nowych kadr, ponieważ młodzi adepci medycyny nie są odpowiednio zmotywowani do ciężkiej pracy w POZ i wolą wybierać inne specjalizacje, równie trudne, ale dające większą satysfakcję zawodową i możliwość robienia kariery.

W specjalistyce ambulatoryjnej limituje się prawnie usankcjonowane i opisane świadczenia, tworząc wielomiesięczne kolejki oczekujących na konsultacje. Szpitale zadłużają się, ponieważ polska ochrona zdrowia - w coraz większym stopniu nastawiona na medycynę naprawczą - nie jest w stanie, przy coraz większej wykrywalności skomplikowanych przypadków medycznych, leczyć ich i diagnozować na wcześniejszych poziomach referencyjnych systemu.

Niedobór środków nie jest problemem jedynie polskiej służby zdrowia. Nawet w najbogatszych krajach świata z dobrze zorganizowanymi systemami ochrony zdrowia jak Niemcy, Wielka

Brytania, USA czy Japonia, nie ma rozrzutności i bardzo dokładnie liczy się wydawane na zdrowie pieniądze. Określone są tam jednak i konsekwentnie realizowane kierunki działań, a **celem nadrzędnym jest zadowolony i optymalnie bezpieczny zdrowotnie pacjent**. Cały system zabezpieczeń społecznych, w tym opieka zdrowotna, zbudowane są wokół pacjenta i dla zaspokojenia jego potrzeb na możliwym do osiągnięcia dla danego państwa poziomie i równym do niego dostępie.

Trudno odnieść takie wrażenie, oceniając nasz system zabezpieczenia społecznego, zwłaszcza od strony opieki zdrowotnej. Pacjent jest pozostawiony w zdrowiu i chorobie sam sobie. Brak wsparcia mediów i instytucji państwa we współtworzeniu wrażenia solidności systemu, który jest godzien zaufania pacjenta na każdym poziomie referencyjnym. Źle funkcjonuje wsparcie dla prestiżu lekarza rodzinnego i lekarzy pozostałych specjalności, jako wykwalifikowanych, wysokiej jakości profesjonalistów. Z ust polityków słyszymy zapewnienia, że pacjenci mogą dostać wszystko czym tylko system ochrony zdrowia dysponuje. Nie ma w tym refleksji, że tę obietnicę można spełnić tylko dla części potrzebujących. Reszta dowiaduje się o tym, oczekując w kolejkach po uzyskanie porady lub badania.

Nie tak miało być. **Chaos, jaki powstał w wyniku rozmontowania, szczególnie w ostatnich latach, budowanego od połowy lat dziewięćdziesiątych systemu podstawowej opieki zdrowotnej opartego o model praktyk lekarzy rodzinnych, spowodował, że już teraz ponad 50 proc. planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczanych jest na najdroższe dla płatnika świadczenia czyli leczenie szpitalne**. Obecnie, na wymaganych około 20 tysięcy lekarzy rodzinnych tworzących lub współtworzących swoje praktyki w Polsce, funkcjonuje niewiele ponad tysiąc przychodni prowadzonych przez specjalistów medycyny rodzinnej w modelu pierwotnie planowanym. Stanowi to mniej niż 10% wszystkich placówek podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Nigdy zatem, w skali państwa, nie mogliśmy ocenić, jaki wpływ na zdrowie społeczeństwa i stan finansów systemu ochrony zdrowia w naszym kraju mógłby mieć konsekwentnie dokończony proces tworzenia praktyk lekarzy rodzinnych w całym POZ. Z całej reformy pozostało tylko określenie „lekarz rodzinny” dla wszystkich lekarzy POZ, choć jak widać, każdy lekarz rodzinny, to lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ale nie każdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, to lekarz rodzinny, czyli specjalista tej dziedziny medycyny specjalnie wykształcony w opiece nad pacjentem na poziomie podstawowym.

Definicja lekarzy rodzinnych określa ich jako lekarzy specjalistów, przeszkolonych zgodnie z pryncypiami medycyny rodzinnej. Są lekarzami osobistymi, w pierwszym rzędzie odpowiedzialnymi za zapewnienie każdej potrzebującej opieki medycznej jednostce, opieki

całościowej i ciągłej, niezależnie od wieku, płci i rodzaju choroby tej jednostki. Sprawują oni opiekę w kontekście rodzin, lokalnej społeczności i zaplecza kulturowego, zawsze respektując autonomię swoich pacjentów. Uznają również swoją zawodową odpowiedzialność przed lokalną społecznością. Negocjując ze swoimi pacjentami plany postępowania, włączają w nie czynniki fizyczne, psychologiczne, społeczne, kulturowe i egzystencjalne, wykorzystując wiedzę i zaufanie zrodzone z częstych kontaktów. Lekarze rodzinni odgrywają swoją zawodową rolę poprzez promowanie zdrowia, zapobieganie chorobie oraz zapewnienie leczenia, opieki oraz opieki terminalnej. Realizują to bezpośrednio, albo poprzez świadczenia innych, według potrzeb zdrowotnych i zasobów dostępnych w lokalnej społeczności, której służą, asystując pacjentom w razie konieczności w dostępie do tych świadczeń. Muszą podejmować odpowiedzialność za rozwijanie i zachowywanie swoich umiejętności, osobistego zrównoważenia oraz wartości, jako podstawy do efektywnej i bezpiecznej opieki nad pacjentami.

Zaniechanie rozwoju POZ opartego na praktykach lekarzy rodzinnych, szczególnie w ostatnich czterech latach, nasila szkodliwe zjawiska w systemie ochrony zdrowia. W Polsce jest ponad 10 tysięcy wykształconych specjalistów medycyny rodzinnej. Niezbędne jest podwojenie tej liczby, ale zła polityka zdrowotna prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia zmniejszyła motywację lekarzy i studentów do zajęcia się tą dziedziną medycyny. Nie widać kierunku w jakim zmiierzają działania decydentów. Odejście od konsekwentnej realizacji modelu lekarza rodzinnego, brak systemu zachęt do tworzenia nowych praktyk przez już wykształconych lekarzy rodzinnych i brak dopływu nowych kadr pogłębi chaos i spowoduje dalszą destabilizację systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nie widać bowiem w Polsce logicznej i efektywniejszej alternatywy dla sprawnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy zatem zmienić system ochrony zdrowia na taki, w którym wiodącą rolę pełnić będą praktyki lekarzy rodzinnych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna to ta część systemu opieki zdrowotnej, która udziela świadczeń zdrowotnych we wszystkich dziedzinach, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. **Nie stworzono dotąd katalogu świadczeń diagnostycznych i katalogu świadczeń terapeutycznych, które powinny być wykonywane jedynie przez podstawową opiekę zdrowotną, przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i przez szpitale.** Następstwem tego są częste spory kompetencyjne między świadczeniodawcami tych trzech elementów systemu opieki zdrowotnej. Jest to także przyczyną udzielania rodzających niskie koszty świadczeń zdrowotnych przez szpitale w sytuacjach, gdy to świadczenie mogło zostać zrealizowane w warunkach ambulatoryjnych.

Z drugiej strony umożliwia to przerzucenie realizacji kosztownych procedur przez ambulatoryjną opiekę zdrowotną na szpitale oraz pomiędzy różnymi szpitalami.

Z kolei źle funkcjonujące systemy informacyjne nie umożliwiają wymiany informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych pomiędzy świadczeniodawcami i są przyczyną nieuzasadnionego powielania tych samych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych. Wszystko to skutkuje ogromnym marnotrawstwem środków finansowych, z których opłacane są świadczenia zdrowotne.

Świadczenia specjalistyczne przysługują pacjentowi w każdej sytuacji (a nie tylko wówczas, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej) na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Niekoniecznie musi nim być lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto w aż 11 przypadkach ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są bez jakiegokolwiek skierowania. Taki, praktycznie nieograniczony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych powoduje, że stale wydłużają się kolejki oczekujących na te świadczenia. Zjawisko to stało się już codzienną praktyką w realizacji tej kategorii świadczeń co prawnie usankcjonowano nowelizując ustawę zdrowotną.

Praktyką codzienną stało się też to, że płatnik, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, regularnie zwiększa kontrakty na realizację ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Opłaca ponadto także zrealizowane ponad określony kontraktem limit świadczenia. Nie poprawia to pacjentom dostępności do tych świadczeń. Wręcz przeciwnie, kolejki coraz bardziej wydłużają się, ponieważ zwiększaniu możliwości realizacji większej ilości usług w kontrakcie towarzyszy obniżanie (niejednokrotnie poniżej realnych kosztów) ceny świadczeń. To z kolei zmusza świadczeniodawców do zwiększania ilości porad ponad rzeczywistą potrzebę.

Powyższa analiza sytuacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powinna skłaniać do pilnej zmiany zasad funkcjonowania, organizacji i finansowania tego elementu systemu opieki zdrowotnej.

Wyeliminowanie istniejących w obecnym systemie nieprawidłowości i wynikającego stąd marnotrawstwa środków publicznych przeznaczanych na świadczenia zdrowotne wymaga wprowadzenia do niego nowych rozwiązań organizacyjnych, funkcjonalnych i finansowych.

Obecnie podejmowane przez resort zdrowia próby naprawy sytuacji, polegające jedynie na zwiększeniu nakładów finansowych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, mogą przynieść jedynie krótkotrwały, doraźny efekt. Nie są to jednak zmiany

o charakterze systemowym, więc problemy wynikające z niedoskonałości przyjętych rozwiązań wkrótce ponownie dadzą znać o sobie z jeszcze większym natężeniem.