

Największa zmora polskiej ochrony zdrowia

# Sto lat (w kolejce do lekarza)

Wyniki niedawno opublikowanego sondażu przeprowadzonego w trakcie kampanii „Zdrowe szpitale” dowodzą, że pacjentom zależy nie tyle na jakości usług w ochronie zdrowia – na taki priorytet było 41 proc. wskazań, ile na szybkim dostępie do nich – 57 proc. wskazań. Tymczasem kolejki się wydłużają i wygląda na to, że będą jeszcze dłuższe.



foto: 123RF

Ile trzeba czekać na świadczenie? Nikt dokładnie nie wie. Narodowy Fundusz Zdrowia ma przeglądarkę, gdzie można (teoretycznie) sprawdzić takie dane.

## Ściema NFZ

Sprawdziłam. Postanowiłam się umówić do endokrynologa i kardiologa. Ze strony internetowej NFZ dowiedziałam się, że nie jest źle. W pobliskiej klinice przy Wołoskiej w Warszawie miałam oczekiwać na wizytę u kardiologa 64 dni przy założeniu, że jestem „przypadkiem stabilnym”, a u endokrynologa – 92 dni przy podobnym założeniu. Czar prysł, gdy zadzwoniłam. Odpowiedź brzmiała – a dzwoniłam w pierwszej połowie marca, że do obu specjalistów najwcześniej mogę się dostać teoretycznie pod koniec grudnia, ale tak naprawdę to w styczniu przyszłego roku. Oczywiście pani, która ze mną rozmawiała, nie dociekała, czy jestem pacjentką „pilną” czy „stabilną”.

– *Publicznemu płatnikowi nie zależy na prowadzeniu rzetelnych list oczekujących* – komentuje Krzysztof Łanda z Fundacji Watch Health Care.

Zakrawa to na absurd. Publiczny płatnik twierdzi, że to szpitalom nie zależy na prowadzeniu rzetelnych list i słusznie zaznacza, że publikuje to, co dostaje od placówek medycznych. Ale bezkrytycznie powiela dane uzyskane od nich, nie siląc się na weryfikację.

## Kampania demaskatorska

Według NFZ, szpitale i przychodnie lubią używać argumentu o długich kolejkach w negocjacjach – jako presji na otrzymanie wyższego kontraktu.

Czasem fundusz organizuje kampanię demaskatorską. Jej przykład dał prezes NFZ, publikując na łamach „Menedżera Zdrowia” w 2008 r. zjadliwy artykuł pod znamienym tytułem „Kolejkowa ściema”, w którym moż-

na było przeczytać, że „kolejki oczekujących są zawsze aktualnym, medialnym tematem. Służą promowaniu efektywnych haseł, że oto ludzie umierają, stojąc w kolejkach, a prezes jeździ luksusowym samochodem lub pacjenci latami czekają, a limity skończyły się po pół roku”.

W demaskatorski ton uderzył premier Donald Tusk, kiedy obiecywał w 2010 r. „realne skrócenie czasu oczekiwania”, „zobiektywizowanie” list oczekujących i „wyeliminowanie podwójnych, potrójnych zapisów tej samej osoby do tego samego zabiegu” oraz „uniemożliwienie oszukiwania na tych listach”.

### Rzeczywistość skrzecz

Na nic zaklinanie rzeczywistości. Minęły dwa lata, a kolejki jak były, tak są. Skandalem jest sugerowanie, że to oszustwo, jeśli chory człowiek usiłujący uzyskać

witrektomii, ma skierowanie od okulisty”. Średni czas oczekiwania: 3,5 miesiąca.

- „kobieta, 32 lata, jedno ognisko raka w gruczole piersiowej wielkości 3 cm, potwierdzony rak w badaniu histopatologicznym po biopsji, brak przerzutów do węzłów chłonnych w diagnostyce obrazowej, wskazanie do leczenia operacyjnego oszczędzającego piersi”. Czas oczekiwania – miesiąc.
- „dziecko, 6 lat, przewlekłe powiększone węzły chłonne pachowe i pachwinowe, znacznie podwyższony poziom leukocytów pomimo leczenia antybiotykami o szerokim spektrum, nie ujawniono zakażenia i ognisk zapalnych, posiada skierowanie od lekarza rodzinnego”. Czas oczekiwania na wizytę u hematologa – 6 miesięcy.

Od takich przykładów włos jeży się na głowie.



foto: Krzysztof Karolczyk/Agencja Gazeta

„ Krzysztof Łanda: Publicznemu płatnikowi nie zależy na prowadzeniu rzetelnych list oczekujących ”

należną mu pomoc, zapisuje się w kilku kolejkach jednocześnie. Po pierwsze, ma do tego prawo, po drugie – to organizator opieki zdrowotnej powinien zadbać o to, by chory nie czekał absurdalnie i niebezpiecznie długo na konieczny zabieg, poradę czy badanie.

Na stronie korektorzdrowia.pl, prowadzonej przez Fundację Watch Health Care, można się zapoznać z przykładami „kolejkowej ściemy”. Oto kilka z nich, przy czym w każdym wypadku fundacja sprawdziła dostępność u kilku świadczeniodawców:

- „kobieta, 40 lat, zdiagnozowany rak płaskonabłonkowy szyjki macicy, stopień zaawansowania IA1, posiada skierowanie od onkologa na resekcję macicy”. Średni czas oczekiwania – 1,5 miesiąca.
- „mężczyzna, 55 lat, chory na cukrzycę II stopnia, odwarstwienie siatkówki lewego oka, od 2 miesięcy stopniowa utrata wzroku, wskazanie do zabiegu

– U kobiety, która ma zdiagnozowanego raka szyjki macicy jeszcze w stanie przedinwazyjnym, w ciągu 1,5 miesiąca może dojść do rozsiewu. Przypadek ten niesłychanie dziwi, bo resekcja macicy jest procedurą tanią, a jednocześnie o dużej efektywności – mówi Łanda.

Że w ten sposób marnuje się pieniądze – to już pomniejszy problem w porównaniu z cierpieniem kobiety i jej bliskich. Zresztą, to cierpienie ma również wymiar ekonomiczny.

Na przełomie marca i kwietnia fundacja opublikuje „Barometr” pokazujący ograniczenia w dostępie do świadczeń gwarantowanych w poszczególnych dziedzinach medycyny. WHC udostępniła „Menedżerowi Zdrowia” dane dotyczące kardiologii:

1. Wizyta u kardiologa – mężczyzna, 39 lat, ogólne osłabienie, częste uczucie „kołatania serca” i zawroty głowy, potwierdzona przez lekarza rodzinnego arytmia,

„ Mężczyzna, 55 lat, chory na cukrzycę II stopnia, odwarstwienie siatkówki lewego oka, od dwóch miesięcy stopniowa utrata wzroku, wskazanie do witrektomii, ma skierowanie od okulisty. Średni czas oczekiwania: 3,5 miesiąca „

ma skierowanie od lekarza rodzinnego. Średni czas oczekiwania – 2,9 miesiąca.

2. Echokardiografia przezklatkowa dopplerowska – kobieta, 60 lat, w badaniu EKG rytm zatokowy zwolniony z niemiarynością zatokową, skierowanie na wykonanie echokardiografii. Średni czas oczekiwania – 3,3 miesiąca.
3. Badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) – mężczyzna, 50 lat, zaburzenia rytmu serca, w diagnostyce nieinwazyjnej (EKG, echo serca, testy wysiłkowe) nie znaleziono przyczyny objawów, ma skierowanie od kardiologa. Średni czas oczekiwania – 6,7 miesiąca.

„ Koronarografia – kobieta, 57 lat, przebyte dwa zawały serca, skierowanie od kardiologa. Średni czas oczekiwania: 1,7 miesiąca „

4. Badanie EKG metodą Holtera – mężczyzna, 65 lat, podczas badania EKG stwierdzono arytmie, odczucie klucia w klatce piersiowej, ma skierowanie od kardiologa. Średni czas oczekiwania – 2 miesiące.
5. Koronarografia – kobieta, 57 lat, przebyte dwa zawały serca, skierowanie od kardiologa. Średni czas oczekiwania – 1,7 miesiąca.

#### Jak to zrobili Brytyjczycy

Nawet zagorzali przeciwnicy rządu Tony’ego Blaira przyznają, że udało mu się osiągnąć cel w postaci skrócenia kolejek, z których słynęła brytyjska ochrona zdro-

wia. Historyczne „tak” dla programu mającego na celu zmniejszenie kolejek nastąpiło w studiu telewizyjnym, kiedy Blair wypalił, że doprowadzi do finansowania NHS na poziomie krajów europejskich. Jak pisał Nicholas Timmis w „Financial Times”, Gordona Browna – ówczesnego odpowiednika naszego ministra finansów – „trafił szlag”. Z furią miał powiedzieć Blairowi, że „do cholery, ukradłeś mój budżet!”.

Po pierwsze, nie udało się przez rok. Ustalono plan na kilka lat. Po drugie, brytyjski premier miał zdeterminowanego ministra zdrowia, który usilnie „pracował” i nad nim, i nad ministrem finansów. Po trzecie, Blair rozumiał wagę problemu. Na bieżąco monitorowano realizację planu, wprowadzano korekty, a przynajmniej raz w miesiącu w spotkaniach z ministrem zdrowia i jego współpracownikami brał udział premier. Reszta to realizacja planu, który miał ściśle wyznaczone cele: m.in. rozpoczęcie specjalistycznego leczenia – włącznie z operacjami neurochirurgicznymi, chemioterapią itd., nie później niż 18 tygodni po pierwszej wizycie pacjenta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wydatki na NHS się podwoiły, ale nie chodziło tylko o pieniądze, bo szybko się okazało, że na zmianach zależy politykom i pacjentom, a personelowi NHS – już nie. Trzeba było przygotować zarówno marchewkę (np. lepsze finansowanie za dobre efekty), jak i kij (włącznie z *naming and shaming* – czyli publicznym pokazywaniem placówek, które nie chciały realizować celów, oraz zwalnianiem opornych menedżerów) oraz przeorganizować działanie ochrony zdrowia.

#### Polskie próby

W 2005 r. wprowadzono zapisy o obowiązkowym układaniu list oczekujących na podstawie kryteriów ustawowych. Ograniczyło to skalę korupcji przy przyjmowaniu do szpitali, ale nic poza tym. – *To narzędzie nie jest wykorzystywane* – ubolewa projektodawca tych przepisów, ówczesny minister zdrowia Marek Balicki. – *Posiłkując się danymi z tych list, należało zmieniać zasady finansowania i przede wszystkim dostrzec, ile pieniędzy brakuje* – wyjaśnia.

W tym roku z kolejkami będzie gorzej, ponieważ nie ma takiej determinacji jak 10 lat temu u polityków brytyjskich oraz z powodu nowej ustawy o działalności leczniczej. Do tej pory szpitale mogły w pewnym stopniu radzić sobie z kolejkami, przyjmując pacjentów ponad limit i zadłużając się. Nowa ustawa nie zostawia tej furtki.

– *Niemal 90 proc. pacjentów jest u nas przyjmowanych w trybie pilnym. NFZ nie zapłacił nam kilku milionów złotych za kardiologię. Zabrakło mu pieniędzy. Czekamy do kwietnia. Jeśli nie będzie płatności, pójdziemy do sądu* – mówi Balicki, dyrektor Szpitala Wolskiego.

Nie ma złudzeń. Jeśli fundusz nie zapłaci, trzeba będzie ograniczyć dostęp, bo sprawy sądowe trwają. Kolejki urosną – i to nie tylko w tym szpitalu.

Justyna Wojteczek