

Pakiet kolejkowy ministra Artukowicza

Harry Potter z Miodowej

Maciej Biardzki



fot. iStockphoto.ZX

Różnica między życiem a baśnią jest istotna. W życiu, żeby coś osiągnąć, trzeba się po prostu napracować. W wyjątkowych wypadkach w grę wchodzi szczęście, jak przy trafieniu szóstki w totolotka. Ta reguła odnosi się również do problemu kolejek do lekarzy w Polsce.

Od 1999 r., kiedy wzięliśmy się do reformy systemu opieki zdrowotnej, tworzyliśmy kolejnymi decyzjami potworka, który nie jest przyjazny w zasadzie dla nikogo. Preregulowany administracyjnie, z nadmierną dominantą ekonomiczną, niepotrafiący kooperować z systemami opieki zdrowotnej istniejącymi w innych krajach ani krajowymi systemami czy to opieki społecznej, czy ubezpieczenia społecznego. Ba, niepozwalający na kooperowanie jednostek systemu ze sobą. Nie chodzi zresztą o kolejne opisywanie jego wad, które wszyscy znamy i jakże często odczuwamy na własnej skórze.

Wkręcanie w kolejki

Kto wie, czy największym problemem nie jest to, że nigdy tak naprawdę nie poddaliśmy pełnej analizie przyczyn, które prowadziły bądź prowadzą do tego, że opieka zdrowotna w kraju wygląda tak, jak wygląda. Robimy rzeczy doraźne bądź próbujemy realizować jakieś dziwne pomysły, które teoretycznie mają poprawiać system, ale najczęściej służą zaspokajaniu interesów czy ugrupowań politycznych, czy to grup lobbingsowych. Tak było, kiedy SLD realizując swoje hasła wyborcze, likwidował kasy chorych, zastępując je wy-

myślonym przez siebie monstrum w postaci Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak jest w wypadku obecnych planów PiS, który chce zlikwidować NFZ, przerzucając jego zadania na kompletnie do tego nieprzygotowane urzędy wojewódzkie. Podobnie jest z forowaną ideą dodatkowych dobrowolnych (☺) ubezpieczeń zdrowotnych, które mają być kolejną daniną płaconą przez obywateli prywatnym ubezpieczycielom, ponieważ system podstawowy nie wypełnia swoich zadań.

A przecież nie wypełnia ich nie tylko z powodu swojej dysfunkcyjności, lecz także dlatego, że jest po prostu niedofinansowany, ponieważ wiele grup społecznych, ale również pracodawcy czy samo państwo, jest uprzywilejowanych przy opłacaniu składki zdrowotnej. Nie wypełnia także dlatego, że coraz bardziej brakuje profesjonalistów medycznych, którzy mogliby udzielać usług zdrowotnych wszystkim potrzebującym.

Dysfunkcja

Jednym z objawów dysfunkcji systemu są kolejki oczekujących, które ostatnimi czasy urosły do rangi symbolu. Na żądanie premiera minister zdrowia Bartosz Arłukowicz stworzył plan likwidacji kolejek, który został przedstawiony na, a jakże, konferencji prasowej. Konferencja była okazją: oprócz głównego bohatera wystąpili na niej Donald Tusk, znani przedstawiciele środowiska onkologicznego: prof. Alicja Chybicka, prof. Jacek Jassem i prof. Maciej Krzakowski, a także Szymon Chrostowski – przedstawiciel nieco mniej znanej organizacji pacjentów. A na samej konferencji Bartosz Arłukowicz przedstawił nam obraz zmian w systemie, które mają nastąpić całkiem niedługo. Niestety, nie przedstawił procesu, który do tych zmian miałby doprowadzić, potrzebnych funduszy i czasu, lecz niczym Harry Potter machnął różdżką i rozwinął się przed nami obraz cudu.

Ten cud był rozdzielony na dwa odrębne zjawiska: cud onkologiczny i cud dotyczący całej reszty. Cud onkologiczny na samej konferencji był bardziej konkretnie (?) opisany, cud dla pozostałej części systemu został zarysowany bardziej ogólnie. Pierwsze reakcje były dość podzielone – niektórym zapowiedź cudów się spodobała, inni, np. zgromadzeni na swoim zjeździe lekarze, skwitowali ją zdrowym śmiechem. Spowodowało to, że w kolejnych dniach nasz Harry Potter zaczął swoje cuda coraz bardziej „precyzyjnie” opisywać, co paradoksalnie zaczęło przersedzać szeregi oczarowanych, zwiększać zaś rzesze sceptyków. Ale przejdźmy do opisu cudów.

Cud numer 1

Obecność sław polskiej onkologii i przedstawiciela Stowarzyszenia Pacjentów Onkologicznych była związana z tym, że najważniejsza część ministerialnego programu dotyczyła właśnie onkologii. Poinformowano bowiem o zamierzeniu (!) likwidacji limitów przy

diagnozowaniu i leczeniu osób ze schorzeniami onkologicznymi. Minister Harry Potter w charakterystyczny dla siebie, nieco chaotyczny sposób poinformował o pomysle wprowadzenia karty pacjenta onkologicznego, obligatoryjnym planie leczenia onkologicznego, konsyliach lekarskich, a następnie koordynatorach leczenia dla każdego chorego oraz włączeniu lekarzy rodzinnych w proces diagnozowania i kontynuowania leczenia. Wizje ministra poparli obecni na konferencji prof. Jassem i prof. Krzakowski, wspierając zasadność proponowanych rozwiązań, a wręcz afirmowała prof. Alicja Chybicka, wskazując, że realizacja projektu ministra doprowadzi polską onkologię co najmniej do poziomu hematoonkologii dziecięcej, którą stawiała za wzór. Profesor Chybickiej, którą przecież znam i szanuję, dziękując za wkład w rozwój hematoonkologii dziecięcej, w tym miejscu poddaję pod rozważenie: być

„Na jednym z forów internetowych złożono świetną propozycję, aby w gabinetach POZ wykorzystywać specjalnie szkolone psy, które węchem będą rozpoznawać nowotwory. Dowcip przedni, choć ponury”

profesorem, być politykiem, a zwłaszcza politykiem zdrowotnym – to są zupełnie różne światy. Za kilka lat zobaczymy, czy pani zaciekle walczyła o wciśnięcie pediatrów do systemu podstawowej opieki zdrowotnej, wbrew zaleceniom WHO i dyrektywom unijnym, była dobrym pomysłem. Także i tutaj, pomimo niewątpliwie dobrej woli, obawiam się, że pani profesor po prostu błądzi.

Skąd takie ostre słowa? Po prostu ten program jest zawieszonym w próżni zlepkiem haseł i benchmarków zaczerpniętych z innych krajów, które są kompletnie oderwane od polskich realiów. Bo cóż znaczy zniesienie limitów w systemie opartym na zasadzie *fee for service*? Wyłącznie to, że będzie można wykonać więcej świadczeń, które zostaną opłacone przez publicznego płatnika. Nie istnieje w tej chwili żaden mechanizm, który tę prostą zależność mógłby zablokować albo nawet ograniczyć. Kłania się jako żywo uwolnienie od limitów leczenia ostrych zespołów wieńcowych, do których poprzedniczkę Harry Pottera, nieocenioną Ewę Kopacz, przekonali kardiologowie interwencyjni; na marginesie jedną z ostatnich decyzji Ewy Kopacz było zwolnienie ze stanowiska dyrektora Instytutu Onkologii prof. Macieja Krzakowskiego, obecnego na konferencji

(sic!). W wypadku kardiologii interwencyjnej utworzyliśmy wspólną sieć świetnie zarabiających ośrodków; fakt, że zmniejszyliśmy wczesną umieralność w przebiegu OZW, ale wobec zaniedbania całego procesu leczenia w okresie późniejszym nadal mamy śmiertelność zbliżoną do tej sprzed boomu.

Profesor Jacek Jassem zarówno na konferencji, jak i w równoległych wystąpieniach prasowych przekonywał, że uwolnienie usług onkologicznych od limitowania nie będzie obciążeniem systemu, bo istnieją możliwości racjonalizacji kosztów poprzez usunięcie oczywistych absurdów finansowania. Jako przykład podawał hospitalizowanie pacjentów, którzy równie dobrze mogliby być leczeni ambulatoryjnie. I nie sposób nie zgodzić się z profesorem co do intencji, a wręcz faktów, ale wypada zapytać, dlaczego nie usuwano tych absurdów w latach wcześniejszych? Pamiętam, jak jeszcze w 2008 r. przekonywałem ówczesnego zastępcę prezesa Centrali NFZ do przesunięcia radioterapii z leczenia szpitalnego do kategorii świadczeń odrębnie kontraktowanych, czyli realizowanych w warunkach ambulatoryjnych. Otrzymałem wówczas odpowiedź, że szefowie najważniejszych szpitali onkologicznych absolutnie się na to nie zgadzają. Minęło sześć lat, radioterapia jest nadal możliwa tylko jako świadczenie szpitalne. Jaką gwarancję da nam teraz profesor, że jego koledzy wyrażą zgodę na racjonalizację wydatków, a nie poprą jedynie nielimitowania? Zatem proszę mi wybaczyć, w taką dobrą wolę interesariuszy systemu po prostu nie wierzę. Albo inaczej: najpierw trzeba powiedzieć, w jakich konkretnych mechanizmach uzyskamy konkretne fundusze na realizację projektu rodem nieco z Hogwarthu.

Kapitał ludzki

Kolejnym problemem jest całkowite pominięcie kapitału ludzkiego, niezbędnego do realizacji ministerialno-profesorskich fantazji. Stworzenie systemu kompetentnych konsyliów lekarskich składających się m.in. z onkologów klinicznych, chirurgów onkologów, radio-terapeutów, histopatologów jest po prostu niemożliwe w sytuacji, kiedy corocznie na chorobę nowotworową zapada 150 tys. osób (a przecież przed konsylium trafi wiele osób, u których rozpoznanie będzie fałszywie dodatnie), zaś np. patomorfologów mamy w kraju 400, a niektórych innych specjalistów w wielu województwach nie mamy w ogóle. To właśnie projekt konsyliów lekarskich i koordynatorów leczenia, którymi nie muszą być lekarze, wzbudził w trakcie konferencji słuszne rozbawienie lekarzy obradujących na swoim zjeździe wyborczym.

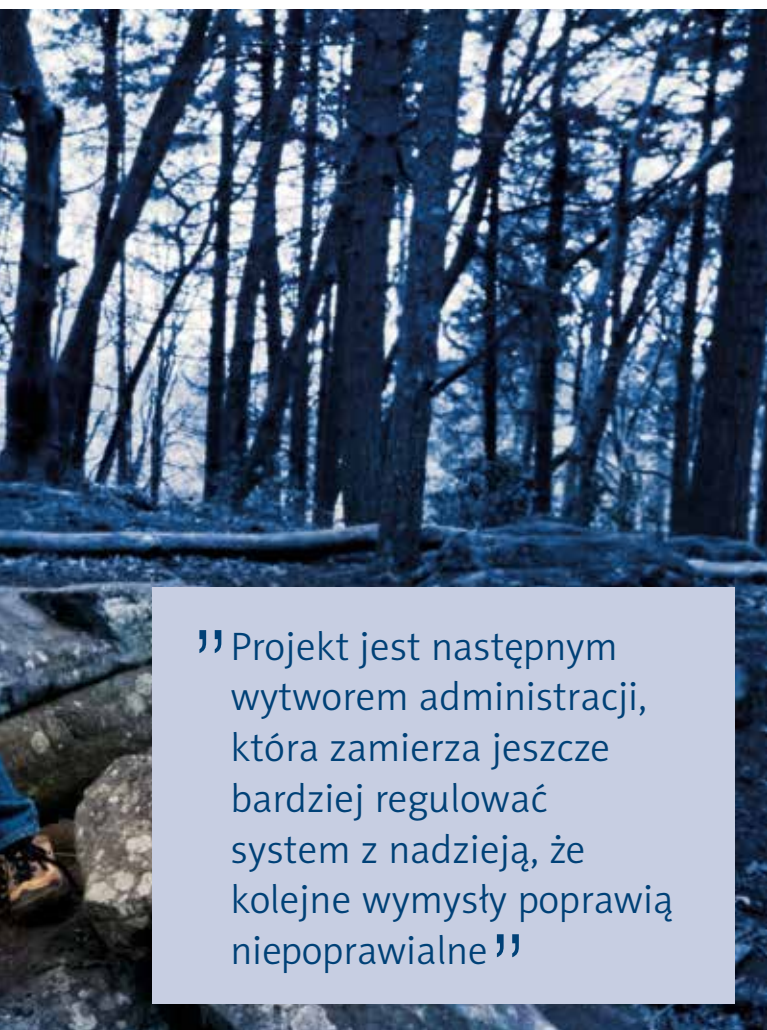
Rzeczą całkowicie niepoddaną krytycznym ocenom jest sam proces rozpoznawania schorzeń onkologicznych. Generalnie przyjęto, że to lekarz POZ będzie poszukiwał takich schorzeń wśród swoich pacjentów, zaś za wczesne wykrycie będzie wynagradzany. Pomijając



falszywość samego założenia, oponenti wysunęli natchnionych argument, że lekarz POZ, który ma uzyskać nagrodę, będzie nadmiernie korzystał z „szybkiej ścieżki diagnostycznej” dla pacjentów onkologicznych. Być może bądź to dla ewentualnego zysku, bądź dla dobra chorych, którzy potrzebują diagnostyki z innych powodów, będzie pod hasłem potencjalnego schorzenia onkologicznego kierował tą ścieżką wielu innych pacjentów, co może całkowicie zablokować system. Zabawna była reakcja Harry’ego Pottera, który słysząc takie argumenty, poinformował, że ci lekarze, którzy będą nadużywać dobrej woli pomysłodawców i „nadmiernie kierować”, będą jednocześnie czasowo wykluczani z możliwości korzystania z „szybkiej ścieżki”. A co, drogi czarodzieju, z pacjentami będącymi pod opieką takiego lekarza, którzy rzeczywiście zapadną na chorobę nowotworową? Utracą możliwość wczesnej diagnostyki? I jak się do tego ma konstytucja? Wprowadzisz te swoje administracyjne ograniczenia ustawowo?

Badania profilaktyczne

Jeżeli ktokolwiek chciałby do tego podejść w sposób choć trochę rozumny, sfinansowałby w maksymalny sposób badania profilaktyczne, zwłaszcza w grupach



„Projekt jest następnym wytworem administracji, która zamierza jeszcze bardziej regulować system z nadzieją, że kolejne wymysły poprawią niepoprawialne”

ryzika, zaś nadzór nad tymi badaniami oddałby lekarzom rodzinnym. Lekarz nie może poszukiwać chorych jak grzybów. Musi oczywiście zachować czujność onkologiczną przy okazjonalnych wizytach, ale te diagnozy mogą być zbyt rzadkie i często zbyt późne. Może jednak promować i nadzorować u przypisanej mu populacji badania profilaktyczne i w ten sposób wychwytywać chorych w miarę wczesnym okresie. Ale na to trzeba dodatkowych pieniędzy, przeznaczonych specjalnie na ten cel.

Zresztą pieniądze są najważniejszym elementem, którego w programie ministerialnym po prostu nie ma. Obietnice prof. Jassemę, przy całym szacunku dla profesora, dotyczące sfinansowania projektu z oszczędności w dotychczasowych nieracjonalnych wydatkach, są dla Harry'ego Pottera wyłącznie alibi. Nie trzeba kształcić nowych profesjonalistów, kupować nowego sprzętu diagnostycznego, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, nie trzeba pieniędzy na sfinansowanie wczesnej wykrywalności. Wystarczy machnąć różdżką i rzucić odpowiednio silne zaklęcie, a problemy same się rozwiążą w kilka miesięcy, góra rok – tymi samymi zasobami ludzkimi i za te same, praktycznie najniższe w UE i OECD, pieniądze.

Nowy wspaniały świat

Kolejną część ministerialnego pakietu stanowiły różne rozwiązania mające odblokować system w innych jego częściach. Niektóre były na pograniczu desperacji, jak mgławicowa zapowiedź przekazania uprawnień do ordynowania niektórych leków i zlecenia niektórych badań pielęgniarkom. Z całym szacunkiem dla pielęgniarek – znaczna ich część ukończyła tylko licea pielęgniarskie, część pomostowo licencjaty, nadal, niestety, mniejszość ma magisteria. Wiele pielęgniarek pokończyło specjalizacje. Czy w ministerialnej wizji mieści się to, że uprawnienia te raczej nie powinny być takie same dla wszystkich? Ale pewnie to tylko kolejny projekt, który pięknie brzmi i być może nastawi przychylnie do ministra znaczną grupę społeczną przed nadchodzącymi wyborami.

Większość rozwiązań nie ma jednak żadnego charakteru systemowego, lecz stanowi coraz większą ingerencję administracyjnej regulacji w codzienną pracę. Od 1 stycznia 2014 r. wprowadzono już podział porad specjalistycznych na zabiegowe i niezabiegowe, co w intencji NFZ miało prowadzić do tego, by wykonywano więcej porad zabiegowych, przez co mniej pacjentów miało trafiać do szpitali. Trudno jeszcze ocenić długofalowy efekt tego pomysłu – na razie bardziej skomplikowane są rozliczenia z NFZ. Lekarze zaś kombinują, jak zakwalifikować poradę jako zabiegową, bo Fundusz w trakcie negocjacji obiecywał płacić za nadwykonania w tej grupie. Teraz w ramach walki z kolejkami NFZ ma podzielić jeszcze porady na pierwszorazowe i kolejne, aby zwiększyć liczbę tych pierwszych. Za rok podzielimy pewnie kolejne na te w odstępie dłuższym niż trzy miesiące i krótszym. A nie lepiej byłoby wrócić do tego, że to lekarz rodzinny decydowałby o skierowaniu i po konsultacji ze specjalistą o liczbie potrzebnych wizyt kontrolnych? Ale nie, pani za biurkiem wie lepiej. Poza tym przy obecnych zasadach finansowania trudno mówić o instytucjonalnej współpracy między lekarzami rodzinnymi a specjalistami.

Hokus-pokus

Następnym elementem walki z kolejkami ma być zmiana sposobu ich raportowania. Poprzednio na życzenie NFZ podawano średni czas oczekiwania, w przyszłości przychodnie będą podawać pierwszy wolny termin przyjęcia. I w ten prosty sposób dostępność według Harry'ego Pottera się zwiększy, bo pacjenci będą lepiej poinformowani, gdzie jest krótsza kolejka. A to, że pacjent ma prawo wyboru lekarza, jest już dawno nieaktualne.

Ciekawym elementem jest tworzenie odrębnego funduszu na badania wysokospecjalistyczne w gestii lekarza POZ, który będzie mógł kierować na badania do tej pory mu wzbronione (np. TK), ale tylko do określonego limitu. I to jest kolejny administracyjny wymysł, regulujący uprawnienia lekarzy POZ, ma-

jący bowiem ograniczać liczbę badań przez nich generowanych. To lepiej albo wrócić do pojęcia badań współfinansowanych (tzn. częściowo opłacanych przez kierującego), albo przyjąć zasady GP – *fund holder* i przekazać wszystkie fundusze na diagnostykę i konsultacje specjalistyczne. Przypominam, że świadczenia współfinansowane istniały w pierwszych latach NFZ (np. TK, NMR czy endoskopia) i zostały zlikwidowane pod naciskiem specjalistów oraz realizujących te badania, głównie pracowni diagnostyki obrazowej. Otworzyło to ścieżkę do darmowych badań i zwielokrotniło kolejki poprzez zdjęcie z lekarzy jakiegokolwiek odpowiedzialności finansowej za wystawienie skierowania.



fot. Igor Marjete / Agencja Gazeta

„Jeżeli ktokolwiek chciałby do tego podejść choć trochę rozumnie, sfinansowałby w maksymalny sposób badania profilaktyczne”

Żeby to podkreślić – skierowanie na RTG jest odpłatne dla pacjenta lub kierującego, skierowanie na TK czy NMR finansowane przez Fundusz jest obecnie darmowe. Zarówno w wypadku schorzeń onkologicznych, jak i skoliozy.

Bim-tala-bim

W całym ministerialnym programie jest mnóstwo obietnic, co zostanie osiągnięte. Nie ma jednak informacji, jak to zostanie osiągnięte, w jakich realnych terminach i jakimi zasobami. Jest oczywiste, że marujemy i tak ograniczone fundusze, ale informacja, że zbudujemy nowy, lepszy system tylko poprzez nowe regulacje, może wzbudzać jedynie pusty śmiech. Potrzebujemy nowych regulacji, ale nie wymyślonych przez biurokratyczny świat ministerstwa i NFZ, lecz prze-

dyskutowanych przez rzeczywistych ekspertów i mających na celu stworzenie prawdziwej kooperacji pomiędzy wszystkimi uczestnikami systemu. Potrzebujemy jednak przede wszystkim więcej pracowników sektora, szczególnie lekarzy i pielęgniarek, więcej miejsc udzielania usług zdrowotnych, choć w innych miejscach i typach usług niż do tej pory i przede wszystkim więcej pieniędzy. Jak Harry Potter w swoich urzędniczych zarekawkach wyobraża sobie wczesną diagnostykę onkologiczną przy mizerii ośrodków diagnostycznych na tzw. prowincji? Na jednym z forów internetowych złożono świetną propozycję, aby w gabinetach POZ wykorzystywać specjalnie szkolone psy, które węchem będą rozpoznawać takie osoby. Dowcip przedni, choć ponury.

Nobel, ale w literaturze

Projekt przypomina baśń, która przez to, że prawdopodobnie źle się skończy, może konkurować z twórczością braci Grimm. Oczywiście nie ma w projekcie jakiegokolwiek morału, który w baśniach jest zawarty. Chyba że jedynym morałem będzie to, żeby przestać słuchać kolejnych konferencji prasowych i po prostu robić swoje z nadzieją na lepsze czasy.

Projekt ten jest także kolejnym wytworem administracji, która zamierza jeszcze bardziej regulować system z nadzieją, że kolejne wymysły poprawią niepoprawialne. Tutaj po raz kolejny odwołam się Aldousa Huxleya i jego „Nowego wspaniałego świata”. Pano wie i panie – czerpcie stamtąd inspiracje. W książce, aby zapewnić sobie spokój i dyscyplinę pracy robotników, a zarazem ich satysfakcję z wykonywanej pracy, w sztuczny sposób obniżano im inteligencję. W razie problemów zwiększano dawkę środka obniżającego aspiracje i zwiększającego zadowolenie. Może to jest sposób, aby zamknąć buzie opornym i niezadowolonym. Może trzeba po prostu wyprodukować i rozprowadzić odpowiednią ilość Huxleyowskiej somy, a rozwiążemy problemy służby zdrowia sprawnie i ostatecznie. Na pewno będzie to mniej kosztowało i nie wywoła, wzbudzającego takie obawy, niezadowolona społeczność w trakcie ewentualnych rzeczywistych reform.

Przed oczyma roztacza się wizja: zadowoleni lekarze i pielęgniarki ochotczo leczący i opiekujący się swoimi zadowolonymi pacjentami, niespoglądający na pasek z wynagrodzeniami. Szczęśliwi pacjenci opowiadający sobie z uśmiechem na ustach różne historie w kolejce do lekarzy. Rozentuzjazzmowani dostawcy szpitali, którym właśnie zapłacono za dostawę sprzed trzech lat. I ponad nimi wszystkimi szczęśliwi politycy, którym nikt nie zawraca głowy i nie próbuje okupować sejmowych korytarzy.

Prawda, że fajne rozwiązanie? I wcale nie jest o wiele bardziej literackie ani niewiarygodne niż projekty Harry'ego Pottera z Miodowej. ■