



fot. Archiwum

Patologiczna dezintegracja systemu

Wokół przyjętej właśnie ustawy wprowadzającej bezpłatne leki dla seniorów rozgorzała ciekawa dyskusja. Opozycja parlamentarna przysługującym sobie prawem zawzięcie krytykowała niewystarczające, jej zdaniem, środki przeznaczone na ten cel, które nie pokryją wszystkich potrzeb lekowych seniorów. Podnosiła także fakt, że są też inne grupy obywateli, które z mocy Konstytucji mają prawo do szczególnej opieki zdrowotnej – dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne. Trzeba jednak przyznać, że projekt ustawy (który w 2017 r. pozwoli pokryć 564 mln zł z ok. 850 mln przeznaczonych przez seniorów na dopłaty do leków refundowanych!) zyskał w Sejmie ponadprzeciętne poparcie i tylko 3 posłów zdecydowało się głosować przeciw.

Prawdziwą burzę w Parlamencie, ale także w środowiskach służby zdrowia wywołał jednak przepis tej ustawy mówiący, że prawo do przepisywania bezpłatnych leków „S” będą mieli jedynie lekarze (oraz pielę-

W tym samym czasie w Ministerstwie Zdrowia pracuje zespół, który przygotowuje założenia do ustawy o POZ. Sprzeciw niektórych organizacji pielęgniarskich wzbudził projekt postulatu odejścia od możliwości odrębnego od lekarza POZ wybierania przez ubezpieczonych, a w konsekwencji kontraktowania pielęgniarek i położnych POZ. Obecnie obowiązujące rozwiązanie (nieznane w żadnym kraju, w którym POZ jest rzeczywiście podstawą „trójkąta służby zdrowia”) jest bronione pod hasłem ochrony swobody gospodarczej (swoją drogą rzecz dotąd niespotykana w retoryce organizacji pielęgniarskich!).

Wszystko to skłania do powrotu do dyskusji sprzed 20 lat na temat ogólnych zasad organizacji publicznego systemu służby zdrowia, który stopniowo rozmontowywany, skutecznie w ciągu ostatnich lat, ewoluował w kierunku quasi-wolnorynkowych rozwiązań. Te z kolei tak zakorzeniły się w świadomości jego uczest-

„Prawdziwą burzę wywołał przepis mówiący, że prawo do przepisywania bezpłatnych leków „S” będą mieli jedynie lekarze (oraz pielęgniarki) podstawowej opieki zdrowotnej”

gniarki) podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Wielu dyskutantów sprzeciwiało się nieprzyznaniu takiego prawa lekarzom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia argumentowali, że nie chodzi o przymuszanie pacjentów do uzyskiwania recept wyłącznie w POZ, jednak rzeczywiście nowa regulacja może się stać dla wielu starszych osób zachętą do rzadszego korzystania z porad specjalistów. Zwłaszcza jeśli powodem wizyty jest tylko wyczerpanie się zapasu stale przyjmowanych leków (w praktyce takie „receptowe” porady stanowią dużą część wizyt w AOS). Zaskakująca jest retoryka przeciwników wprowadzanego rozwiązania: miałyby ono „wydłużyć kolejki do lekarzy POZ”. Wiadomo przecież powszechnie, że po pierwsze: kolejki to oczywiście przede wszystkim problem AOS (jest szansa, że nowa ustawa sprawi, że lekarze AOS będą dla tych, którzy rzeczywiście wymagają pilnej konsultacji). Po drugie: w sytuacji stabilności stanu pacjenta istnieje możliwość „zaocznego” przepisania recept w POZ.

ników, że zapomnieli oni, iż w wielu krajach na świecie aktywnie wypracowano wzorce organizacyjne warte naśladowania. Jednym z nich jest oczywiście POZ stanowiąca podstawowy element opieki nad osobami w różnych fazach życia i zdrowia, wykonywana przez dobrze zorganizowany zespół profesjonalistów kierowanych przez wszechstronnie wykształconego lekarza rodzinnego. Jest to najlepszy, sprawdzony w ciągu wielu lat i w wielu krajach świata sposób skoordynowanego myślenia o promocji zdrowia i profilaktyce, wczesnym wykrywaniu chorób, leczeniu większości pacjentów wymagających szybkiej interwencji, a także o opiece nad chorymi przewlekle oraz nad pacjentami w stanie terminalnym. Czy jest szansa na to, abyśmy w obecnej patologicznej sytuacji dezintegracji systemu (a może po prostu systemowego chaosu) zaczęli myśleć wspólnie o naprawę najlepszych rozwiązań, które poprawią bezwzględnie ocenę polskiej służby zdrowia z zewnątrz i od wewnątrz? ■