

Permanentny kryzys podstawowej opieki zdrowotnej

Najślabsze ogniwo

Lekarze rodzinni mieli być podstawą, *gatekeeperami* systemu zdrowotnego. Taką funkcję wyznaczono im 20 lat temu. I niemal od razu wyrwano tej reformie zęby. Lekarzy rodzinnych jest wciąż za mało i mają oni ograniczone możliwości diagnozowania, a na dodatek brakuje pomysłu, co z tym fantem zrobić.

Kolejne zarządzenia i „warunki udzielania świadczeń” określone przez NFZ jeszcze te możliwości ograniczają. Przykład? Po wprowadzeniu w życie ustawy refundacyjnej lekarze rodzinni mogą przepisać leki przewlekle chorym (chorym na cukrzycę, nadciśnienie itp.), ale pod warunkiem, że pacjenci dostarczą zaświadczenie od specjalisty. Inaczej kontrolerzy funduszu mogą uznać, że lekarz przepisał leki bez koniecznego „udokumentowania rozpoznania schorzenia”. Efekt był łatwy do przewidzenia – gabinety w przychodniach POZ opustoszały, ale kolejki do specjalistów momentalnie się wydłużyły.

W Warszawie na wizytę do kardiologa trzeba czekać od 4 do 5 miesięcy. A przecież rok temu dokonano kolejnej „rewolucji” w podstawowej opiece – lekarze mogli liczyć na 3-krotność stawki kapitacyjnej za stałą opiekę nad chorymi na cukrzycę czy pacjentami kardiologicznymi. – *To doskonały przykład osłabiania pozycji lekarzy rodzinnych* – mówi Wojciech Maksymowicz, były minister zdrowia.

Lekarz nieznanany

Tylko co drugi Polak ma lekarza rodzinnego, pozostali są pod opieką internistów i pediatrów. – *Należy kłaść większy nacisk na uświadomienie pacjentom, że lekarze rodzinni są lepiej przygotowani do pracy w POZ od specjalistów innych dziedzin* – podkreślał Adam Windak, konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej, podczas XII Kongresu Medycyny Rodzinnej.

W dodatku lekarzy rodzinnych jest ciągle za mało. Według danych z Centralnego Rejestru Lekarzy, w Polsce jest ich ok. 10 tys. Nie wiadomo, ilu praktykuje. Tymczasem, aby system funkcjonował właściwie, powinno w nim pracować ok. 20 tys. aktywnych zawodowo lekarzy rodzinnych. Wtedy na każdego przypadającego będzie 1800–1900 pacjentów, co pozwoli na sprawowanie rzetelnej, kompetentnej opieki w zakresie POZ. Tymczasem w ostatnim wiosennym naborze w każdym województwie było po jednym miejscu dla lekarzy rezydentów na tę specjalizację.

Innym problemem są zróżnicowane rozwiązania organizacyjne – ciągle brakuje spójnego modelu. Na przykład w Warszawie funkcjonują mało elastyczne, ogromne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podczas gdy w wielu innych regionach i miastach, np. w Krakowie, te struktury zostały już sprywatyzowane. Są znacznie sprawniejsze, szybciej reagują na zmieniające się potrzeby pacjentów i możliwości działania

w systemie ochrony zdrowia. Efekt? W okresach wzmożonej zachorowalności na przeziębienia i grypę na wizytę do lekarza rodzinnego trzeba czekać w stolicy nawet dwa tygodnie. – *To zaprzeczenie idei lekarza rodzinnego. Ciekawe, że w mniejszych ośrodkach w ogóle nie ma tego problemu* – mówi Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Profilaktyka niepotrzebna

Specjaliści narzekają, że lekarze rodzinni nie przeprowadzają badań, nawet tych podstawowych. – *Przewlektą białaczkę szpikową można wykryć zwykłym badaniem morfologii krwi, wykonywanym w ramach rutynowych badań profilaktycznych. Niestety, w Polsce ta możliwość prawie nie jest wykorzystywana* – alarmuje prof. Wiesław Jędrzejczak, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii. Przypomina, że sytuacja się pogorszyła, bo np. w PRL to badanie wykonywano rutynowo w ramach medycyny pracy. – *Wtedy udawało się wykryć 20 proc. białaczek. Teraz rzadko bada się poziom białych ciałek krwi. Szkoda, bo w krajach skandynawskich dzięki temu prostemu badaniu wykrywa się 40 proc. białaczek* – dodaje profesor.

Dodatkową trudnością w wykrywaniu białaczki jest to, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie zawsze potrafią prawidłowo odczytać wyniki badania krwi. – *Test przeprowadzony w grupie 100 lekarzy wykazał, że aż 50 proc. z nich nie podejrzewa ostrej białaczki na podstawie wyniku, który ją sugeruje. W wypadku białaczki limfocytowej 30 proc. lekarzy nie było w stanie tego zrobić* – powiedział prof. Jędrzejczak.

Polska Unia Onkologii próbowała zmotywować lekarzy rodzinnych, by uruchomili tzw. alarm onkologiczny – podczas szkoleń onkologów zwracali uwagę, jakie objawy powinny zaniepokoić lekarza POZ na tyle, by skierował pacjenta na badania oraz do specjalistów. – *Zainteresowanie było ogromne, jednak po nagonce na Polską Unię Onkologii, kiedy oskarżano nas o zarabianie na szkoleniach i przekonywano, że takie zajęcia są zbyt kosztowne, ta idea upadła* – mówi Janusz Mader, prezes PUO.

Teraz Ministerstwo Zdrowia chce wrócić do tego pomysłu i zamierza zmotywować lekarzy POZ do większego zaangażowania na rzecz upowszechnienia badań profilaktycznych. Jak podkreślała niedawno w sejmie wiceminister Agnieszka Pachciarz, byłoby wskazane, żeby lekarz rodzinny dbał także o to, by na czas były wykonywane badania profilaktyczne.

Ministerstwo chce uruchomić mechanizmy, dzięki którym lekarze POZ byłiby zmuszeni do przekazania resortowi informacji zwrotnej, czy przeprowadzili rozmowę z pacjentem na temat badań profilaktycznych. Nie wiadomo jednak, w jaki sposób resort chce ten pomysł wdrożyć.

Winna stawka

Tymczasem lekarze rodzinni twierdzą, że są doskonale przygotowani do przeprowadzania badań, ale ograniczają ich przepisy. Jak mówi Adam Windak, system ogranicza możliwości



Fot. iStockphoto

diagnozowania przez lekarzy rodzinnych i dlatego muszą oni kierować pacjentów do innych specjalistów, aby ci zlecali badania. – *Przeważająca część lekarzy rodzinnych jest przygotowana, aby rozwiązywać większość problemów zdrowotnych swoich pacjentów bez kierowania do innych specjalistów. Zresztą, zgodnie z założeniami polskiego modelu medycyny rodzinnej oraz doświadczeniami zachodnimi lekarz rodzinny powinien rozwiązywać ok. 80 proc. problemów zdrowotnych pacjenta – mówi Windak.*

Przyczyny tej sytuacji upatruje się w stawce kapitacyjnej, która jest demotyującym systemem wynagradzania. I chociaż zdania w tej sprawie są zgodne, od 12 lat nic się nie zmieniło. Sytuacja wręcz się pogorszyła – kiedy zniesiono obowiązek, by 10 proc. stawki lekarz przeznaczał na badania. W rezultacie ich liczba zaczęła spadać, mimo że nakłady na POZ systematycznie rosną. Jak więc należałoby wynagradzać lekarzy rodzinnych? – *Chociażby za osiąganie wybranych wskaźników zdrowotnych, np. za określony poziom wyszczerpienia populacji i świadczenie pewnych usług, do których chcielibyśmy pacjentów zachęcać. Nie wykorzystujemy wielu szans. Zmiana wyceny punktu od czasu do czasu nie przekłada się na motywację lekarzy – proponuje Windak.*

Środek stawki

Najlepszą opiekę podstawową zapewniają swoim pacjentom lekarze rodzinni w Holandii, Wielkiej Brytanii, Danii

i Szwecji. Polska znalazła się w środku europejskiej stawki – wynika z badań ekspertów z Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), którzy zrealizowali międzynarodowy projekt badawczy porównujący organizację, finansowanie i funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w 31 krajach europejskich. Badanie trwało przez trzy lata. We wszystkich badanych krajach analizowano 99 wskaźników świadczących o poziomie opieki zdrowotnej (pod uwagę wzięto również opinie pacjentów). W Polsce pozytywnie oceniono m.in. odrębne finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej z budżetu NFZ, dbałość o przestrzeganie praw pacjenta, ustawiczne kształcenie lekarzy rodzinnych, wypracowanie standardów i wytycznych postępowania w różnych jednostkach chorobowych, a także organizację i wyposażenie indywidualnych oraz grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Za słabe strony uznano przede wszystkim brak współpracy między POZ a ambulatoryjną opieką specjalistyczną i lecnictwem szpitalnym, sposób wynagradzania, który nie zachęca do efektywniejszej pracy, oraz tradycyjny kontakt z pacjentem. Podstawowa opieka zdrowotna ma największy wpływ na zdrowie całej populacji. Jeśli jest właściwie zorganizowana, otwiera pacjentom bramy do systemu opieki – podkreślali autorzy badania. W Polsce na razie lekarze to wciąż „wypisywacze skierowań”. Czy ten stan rzeczy uda się wreszcie zmienić?

AGNIESZKA BORUSZKOWSKA