

# PROBLEMY SZTUCZNIE WYGENEROWANE

Niedawne tragiczne w skutkach wydarzenia w publicznej ochronie zdrowia z udziałem najmniejszych pacjentów skierowały uwagę mediów, a zaraz potem polityków na problem niedostatecznej liczby pediatrów w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.



Krzysztof Bukiel

**I** tak jak to zwykle bywa w podobnych sytuacjach, minister zdrowia zapowiedział zaraz radykalne zmiany, które spowodują szybką i zauważalną poprawę. Od tej pory pediatra ma być już dostępny w dzień i w nocy dla każdego chorego dziecka. Zasadniczym elementem tej „reformy” będzie powrót pediatrów do POZ.

Ktoś niezorientowany w temacie mógłby pomyśleć, że brak pediatrów w polskich przychodniach to skutek jakichś naturalnych zjawisk, na przykład braku popytu na ich porady lub niechęci lekarzy do robienia takiej specjalizacji z powodu jej trudności. Tymczasem przyczyna jest zupełnie inna. Pediatrów brakuje, bo parę lat temu politycy zdecydowali, że nie są oni już w przychodniach potrzebni. Przyjmując wzorce z innych krajów, uznano, że w podstawowej opiece zdrowotnej pracować powinni jedynie lekarze ogólni, zwani od tej pory lekarzami rodzinnymi, co miało dać wrażenie nowości i nowoczesności. Podobnie postąpiono z internistami, których również uznano za anachronizm w POZ. Jak uzasadniano tę decyzję? Moim zdaniem nijak, uciekając od tematu. Podkreślano bowiem głównie nową rolę lekarza rodzinnego jako „bramkarza” broniącego dostępu chorych do bardziej specjalistycznego leczenia. Dlaczego funkcji tej nie mógł pełnić internista dla dorosłych pacjentów, a pediatra dla dzieci? Tego nigdy nikt mi nie wytłumaczył. Pamiętam za to, jak w moim rodzinnym Szczecinie zwolennicy nowego modelu POZ kierujący wojewódzkim wydziałem zdrowia straszili pediatrów, że jak się nie „przebranzowią” na lekarzy rodzinnych, to stracą pracę, albo przekupywali ich obietnicą dofinansowania ich nowych praktyk lekarza rodzinnego.

Jednak brak pediatrów w przychodniach to nie jedyny tak sztucznie wygenerowany problem polskiej służby zdrowia. Innym jest np. niespotykane wcześniej „obleżenie” specjalistów w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, skutkujące kolejkami do lekarza, których długość już dawno przekroczyła zdrowy rozsądek. Po części jest to skutek wspomnianej wcześniej rewolucji w POZ, po części innych decyzji polityczno-administracyjnych. Sposób wynagradzania lekarzy rodzinnych: ryczałtowy, wg liczby zapisanych pacjentów, w połączeniu z brakiem jakichkolwiek barier w kierowaniu chorych do lekarzy specjalistów, powoduje, że najbardziej racjonalnym zachowaniem lekarza POZ jest jak najczęstsze prze-

kazywanie pacjentów właśnie pod opiekę specjalistów. Nawet jednak gdyby lekarz rodzinny chciał leczyć nie tylko najbanalniejsze choroby, to nie ma takich możliwości. Oficjalny zakres kompetencji lekarza POZ pozbawia go bowiem możliwości wykonania szeregu badań koniecznych dla diagnozowania wielu chorób. Tak więc – chciał, nie chciał – lekarz POZ musi kierować znaczną część swoich chorych do specjalisty. Jest to tym łatwiejsze, że owi specjaliści z kolei wynagradzani są wg liczby udzielonych porad, nie mają zatem motywacji, aby przed takimi pacjentami się bronić. Czynnikiem dodatkowo wzmacniającym ten trend stały się w ostatnim roku wymogi związane z nowymi zasadami wypisywania recept na leki refundowane. Każdy chory co roku musi przedstawić u swojego lekarza rodzinnego zaświadczenie od specjalisty, że choruje na daną chorobę, aby lekarz rodzinny mógł wystawić mu receptę na lek z refundacją.

Podobne decyzje o charakterze administracyjnym o mało co nie sparaliżowały ostatnio pracy wielu szpitali. Stałoby się tak, gdyby weszło w życie w kształcie proponowanym przez Ministerstwo Zdrowia nowe rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych prowadzących szpitale. Przewidywało ono bowiem, że lekarze anesteziolodzy z pierwszym stopniem specjalizacji stracą prawo do udzielania istotnej części świadczeń anestezjologicznych, dotychczas przez nich wykonywanych. Oznaczałoby to całkowitą eliminację z dyżurów i częściową z pracy ok. 1/3 anesteziologów zatrudnionych w szpitalach. Interwencja OZZL (i zapewne także innych osób) spowodowała, że Ministerstwo Zdrowia złagodziło znacznie pierwotną treść rozporządzenia, a szpitale mogą pracować jak dotychczas.

System publicznej ochrony zdrowia w Polsce funkcjonuje w bardzo trudnych warunkach. Są one spowodowane przede wszystkim głęboką nierównowagą między ilością publicznych środków przeznaczanych na lecnicтво a zakresem świadczeń zdrowotnych, formalnie gwarantowanych przez państwo. Już samo to może być przyczyną głębokiego kryzysu i wielu uciążliwości tak dla chorych, jak i dla personelu medycznego. Niepotrzebnie politycy i urzędnicy Ministerstwa Zdrowia potęgują te uciążliwości swoimi nieprzemyślanymi decyzjami. □