

Pieniądze już są, tylko lekarzy brak

Razi, gdy lekarz swoje biznesy tłumaczy dobrem pacjenta. To jeszcze jedna strona tematu relacji, które są inne niż w przeszłości – mówi Piotr Bromber, szef lubuskiego NFZ.

ARTUR ŁUKASIEWICZ

ARTUR ŁUKASIEWICZ: Jest taki kraj, w którym oczekiwanie na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu i ginekologa nie może przekroczyć 35 minut, a do chirurga 45. Najdłużej czeka się do kardiochirurga i neurochirurga – 3 godziny.

PIOTR BROMBER: To kraj europejski? – Tak, wcale nie odległy. To Czechy. Tak mówią tamtejsze przepisy. Dlaczego tam jest to możliwe, a u nas nie?

– Świetnie. To spróbujmy wytłumaczyć nasze realia. U nas dla przykładu trudniejszy kontakt z lekarzem rodzinnym wynika nie z finansów, a z braku lekarzy. Tylko i wyłącznie?

– W tym przypadku tak. A to, że w Czechach składki zdrowotne są niemal dwukrotnie wyższe, nie ma znaczenia.

– Też ma. Pieniądze zawsze mają znaczenie, ale nie tylko. U nas stosujemy uproszczoną procedurę kontraktu z lekarzem opieki podstawowej. Czyli łatwiejszą. W ciągu roku z każdym, kto złoży wniosek, podpisujemy umowę i lekarz otwiera gabinet. Tyle że jest ich za mało. To ilu tych lekarzy brakuje w woj. lubuskim?

– Mamy jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Jeżeli weźmiemy lekarzy z prawem wykonywania zawodu, ze wskaźnikiem 20 na 10 tys. jesteśmy prawie na ostatnim miejscu w kraju. Podobne statystyki są w przypadku pielęgniarek i położnych. To 13.-14. miejsce.

Dlatego tak samo zasadne jak zwiększanie nakładów na zdrowie są działania mające na celu zwiększenie liczby lekarzy. W regionie lubuskim borykamy się coraz częściej z brakami kadry lekarskiej. To najczęściej podkreślają dyrektorzy szpitali. W 2017 r. w zdecydowanej większości zapłaciśmy za nadwykonania. A kontrakty były większe o ponad 100 mln zł. Pieniądze nie są więc jedynym problemem.

Ostatnio mieliśmy też porozumienie z rezydentami. Ono nie dotyczy tylko ich. Wpływa również na wynagrodzenia lekarzy specjalistów, wprowadza mechanizmy pozwalające zatrzymywać młodych lekarzy w kraju, by nie emigrowali. Wspomina o promowaniu zawodu pielęgniarki.

Lekarze i pielęgniarki wyjeżdżają przede wszystkim z powodów ekonomicznych. Myślę się?

– Pieniądze to tylko jeden z elementów. Lekarze zwracają też mocną uwagę na trudności w zdobyciu specjalizacji. Żeby uprościć ten pro-

ces. O tym myśli się także w Niemczech. Tam dyskutowano pomysł zachęty dla młodych w specjalizacji w medycynie rodzinnej. Proponowano m.in. większą liczbę punktów na etapie naboru na studia. To państwo tym steruje, wskazując, która ze specjalizacji jest priorytetowa.

W tym wszystkim mierzymy się z podejściem młodych lekarzy do samego zawodu. Jest inne niż wcześniejszych pokoleń.

Przyszły kandydat nie chce być lekarzem rodzinnym, bo w szpitalu jest większy prestiż, większe zarobki?

– W sumie tak to postrzega. Kiedyś, organizując jedną z konferencji o lekarzach rodzinnych, poprosiliśmy studentów kierunku lekarskiego o wypełnienie ankiety. Odpowiadali, dlaczego wybierają taką a nie inną specjalizację. Kwestia zarobków nie była decydująca, przeważała chęć „bycia kimś”. Po prostu poważania. Dlatego wskazywali najczęściej na kardiochirurga i chirurga.

Jak z telewizyjnego serialu o lekarzach.

– Fakt, w tych serialach nie pokazują lekarzy rodzinnych. Bohaterami są głównie chirurdzy. To może mieć wpływ na wybór specjalizacji w przyszłości.

Co z tym robić? W ostatnich latach zwiększyła się liczba uczelni wyższych mogących kształcić lekarzy. Dziś są takie praktycznie w każdym województwie. Przyjmuje się też więcej studentów. To bardzo dobre rozwiązanie, ale wskazuje się na coś jeszcze. Na coś, co nazywa się humanizacją medycyny.

Dziś młody lekarz podkreśla realizację procedur. Moim zdaniem, jeśli na etapie kształcenia nie powrócimy do humanizacji medycyny, to nawet przy większej liczbie lekarzy nie załatwimy problemu. Bo teraz słyszymy od lekarzy, że jest biurokracja, brakuje czasu, NFZ narzuca wypełnianie stosów dokumentów. I to ma zabijać ludzkie podejście do pacjenta. To zbyt proste tłumaczenie. Przecież procedury muszą być, nie znikną.

W wielu reportażach z ostatniego roku lekarza jest przepracowany, przemęczony, sfrustrowany. Pacjent czuje się w szpitalach anonimowym numerkiem. – Na karcie nie ma nazwiska lekarza prowadzącego, na oddziale nie ma listy pracujących lekarzy, oprócz ordynatora. Nie

Ważniejsze jest traktowanie. Weźmy taką niby drobną sprawę. Przychodzi dziś pan do lekarza. Przed nim stoi duży, modny monitor. Lekarz się w niego bez przerwy wpatruje, nie patrzy na pana. Mówi do pana skomplikowaną nomenklaturą

wszyscy lekarze i pielęgniarki noszą identyfikatory. Lekarze się nie przedstawiają – opisuje jeden z autorów. Prawda?

– Pewnie niepełna. Lekarz znów powie, że frustruje go biurokratyzowany porządek, w którym funkcjonuje. Ale nie sposób tłumaczyć sytuacji tylko brakiem czasu.

Jest górna granica liczby pacjentów do jednego lekarza rodzinnego?

Zalecana liczba pacjentów to 2,5 tys. Tyle że liczba ta często jest przekraczana. Znowu wraca problem kadry. Z mojej perspektywy dobrze, by lekarze pracowali jak najdłużej. Bo każda rezygnacja rodzi realny kłopot: kilka tysięcy pacjentów musi znaleźć innego lekarza. Ci, którzy ich przejmą, są przepracowani. Pacjenci z kolei poskarżą się, że rodzinny to tylko wypisuje recepty. A to opinia bardzo krzywdząca. Dochodzimy tu do kluczowej kwestii: relacji pacjent – lekarz. I sprawy zaufania. Z nim jest różnie. Z raportu o liczbie skarg do rzecznika praw pacjentów wynika, że co roku składa je ok. 70 tys. Polaków. Ta liczba nie maleje. Pokazuje, że jesteśmy niezadowoleni.

Pacjent ma prawo złożyć skargę i z tego prawa korzysta. Pamiętajmy jednak, że są jeszcze obowiązki, takie jak na przykład przestrzeganie zaleceń lekarza, i z tym jest większy kłopot. W przekazach medialnych zwykle artykułuje się prawa pacjenta. Ale jeśli tylko je artykułujemy, różnie rozszczeniowość.

Jakie są najważniejsze prawa pacjenta?

Podstawowym jest prawo do świadczeń. Potem do dostępu do dokumentacji medycznej, prawo do po-

dwójnej diagnozy, wyrażenia zgody na zabieg. Prawo do wyboru lekarza. Możemy wybrać, gdzie mamy być leczeni. To niby oczywistości, ale za szybko przeszliśmy do porządku dziennego.

Jeśli chodzi o prawo wyboru, to nie jest ono iluzoryczne? Bo i ponad rok można czekać na zabieg.

– Pole zawężają kolejki. Realny wybór jest może ograniczony, ale na pewno nie iluzoryczny. Skoro ktoś decyduje się na endoprotezę w określonym szpitalu, to świadomie godzi się na trzy miesiące oczekiwania. W innym szpitalu może być krócej. Nie decyduje jednak tylko czas. To wciąż jest wybór.

Dla mnie ważniejsze jest, jak działać, by sytuacja się polepszyła. Zrobiliśmy już ważne ruchy. Nakłady na służbę zdrowia są większe. Na endoprotezy w woj. lubuskim przeznaczaliśmy kilkanaście milionów więcej. Endoprotezy to przypadłość starzejącego się społeczeństwa. Fundusz nie ma wyjścia.

I dlatego istotna jest właściwa reakcja. Potrzeby rosną. Kolejki są krótsze. Placówki, które wykonują endoprotezy, każdorazowo wiedzą o planowanym większym poziomie finansowania i się pod taką sytuację wówczas przygotowują. Podobnie jest z placówkami leczenia zamy i badań kosztochłonnych. Ośrodki dostały tyle, ile chciały. Jednak wracamy do punktu wyjścia, czyli do ograniczeń. To nie aparatura, a brak lekarzy. Nie miejsce, nie sprzęt, a lekarz. Po to są działania, by poprawić stan kadry w perspektywie kilkunastu lat. Ale nie miejmy złudzeń, kolejki nie znikną, one są sposobem zarządzania dostępnością. Będą, ale powinny być zdecydowanie krótsze.

Czyli powtórzmy: z jednej strony nakłady, z drugiej kształcenie. I jeszcze ważny element z obszaru działań miękkich, czyli relacje w trójkącie pacjent – lekarz – płatnik. To będzie temat debaty, którą NFZ organizuje w marcu.

Dziś ok. dwie trzecie Polaków krytykuje Fundusz. Pacjenci nie mają zaufania do lekarzy, ci do Funduszu. Tych relacji, w których jest dużo podejrzliwości, nie poprawia tylko pieniądze. Powinniśmy osiągnąć stan, w którym te podmioty będą przewidywalne i uczciwe wobec siebie. Aby pacjenci mogli polegać na NFZ, a lekarze widzieli w Funduszu partnera. Kluczem jest to magiczne słowo – zaufanie.

Czyli pacjent nie lubi lekarza i odwrotnie?

– Nie chodzi o sympatię. Ważniejsze jest traktowanie. Weźmy taką niby drobną sprawę. Przychodzi dziś pan do lekarza. Przed nim stoi duży, modny monitor. Lekarz się w niego bez przerwy wpatruje, nie patrzy na pana. Mówi do pana skomplikowaną nomenklaturą. Pisz na klawiaturze, drukuje i podaje receptę. Koniec wizyty.

A teraz idzie pan do lekarza, który na pana spojrzy. Rozmawiacie normalnie. I to bez zabierania czasu przeznaczanego na wizytę. Ma pan przeświadczenie, że lekarz się panem zainteresował. Wszedł na moment w rolę przewodnika. I mamy zupełnie inny efekt. A to przecież chodzi o pod-

stawową rzecz w relacjach, jaką jest zwykłe spojrzenie i rozmowa. Na znaczenie słowa w medycynie zwracał uwagę prof. Andrzej Szczeklik. My w ogóle o tym zapomnieliśmy. W debacie publicznej mówimy najczęściej o finansach. Pieniądz, pieniądz, ile za to, ile za tamto.

Jak mamy wychować pokolenie empatycznych i patrzących na pacjenta lekarzy?

– Inaczej edukować. Powinny to oczywiście zrobić uczelnie. Na zielonogórskim kierunku takie starania podejmuje prof. Zbigniew Izdebski. On doskonale rozumie proces humanizacji. Będziemy o tym mówić na wspomnianej debacie. Pan profesor wygłosi wykład wprowadzający do debaty. Zaprośiliśmy też organizacje pacjenckie – stowarzyszenia, fundacje. W woj. lubuskim działa ich ok. 30. Zaprośenie do udziału w debacie w roli eksperta przyjął ks. dr Arkadiusz Nowak, prezes Zarządu Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Kto działa w tych organizacjach pacjenckich? Nie ma pan wrażenia, że najbardziej widoczne są zbiórki pieniędzy na operacje organizowane przez te organizacje?

– To krzywdzący stereotyp. Najczęściej są w tych organizacjach rodzice chorych dzieci i bliskich chorych przewlekle. Byliśmy niedawno na forum organizacji pacjenckich. Co uderzyło od razu: dużo ludzi i pozytywnego entuzjazmu. Duża frekwencja na wykładach, mnóstwo pytań, dyskusje, bardzo dobra organizacja spotkania.

Miałem przeświadczenie, że uczestniczę w czymś pozytywnym.

Z kolei niekiedy można odnieść wrażenie, że uczestniczymy w jakiejś grze. A jak to w grze, ktoś wygrywa i ogra innych. Zdrowie nie może być grą.

A czy ochrona zdrowia to biznes?

Też, czy nam się to podoba, czy nie. Pamiętajmy, że NFZ wydaje prawie 80 miliardów. W Lubuskim prawie 2 miliardy złotych.

W USA gwałtowny spadek zaufania do lekarzy tłumaczy się tym, że lekarze powychodzili w rolę biznesmenów. Nasuwa się pytanie, czy lub na ile sukces ekonomiczny odbywa się kosztem pacjenta. Nie powinno tak się dziać. To razi, gdy lekarz swoje biznesy tłumaczy dobrem pacjenta. To jeszcze jedna strona tematu relacji, które są inne niż w przeszłości.

Debata o pacjentach i lekarzach

Otwarta debata „Relacja pacjent – lekarz – płatnik” odbędzie się w środę, 28 marca, o godz. 15 w bibliotece Uniwersytetu Zielonogórskiego przy al. Wojska Polskiego. Wykład „O humanizacji czy dehumanizacji medycyny” wygłosi prof. Zbigniew Izdebski.