

System ochrony zdrowia jest chory

System ochrony zdrowia jest patologiczny. O pacjencie się myśli, kiedy walnie pięścią w stół.

Rozmowa z dr. Jarosławem Mijasem, pediatrą, alergologiem, pulmonologiem, kierownikiem Klinicznego Oddziału Pediatrii w XXX oraz byłym konsultantem wojewódzkim do spraw pediatrii.

- Panie doktorze, chciałbym, żeby było jak u psychiatry.

- Mam się położyć na kozetce?

- Nie, chodzi o szczerłość, jak trzeba, to do bólu.

- Dobrze. W ostatnich latach narosło wiele problemów w systemie ochrony zdrowia. Prawdopodobnie chciałby pan zapytać o niedobory kadry lekarskiej, poziom ich wynagrodzeń czy finansowanie szpitali. Kluczową kwestią jest jednak brak przejrzystości i efektywności systemowej - bez tego pieniędzy nigdy nie wystarczy, ponieważ nie do końca wiadomo, na co są przeznaczane. Aby system funkcjonował sprawnie, potrzebujemy fundamentalnych zmian, a nie doraźnych działań. Musimy określić realne możliwości i priorytety systemu opieki zdrowotnej.

- To jakie mamy możliwości?

- Przede wszystkim, powinniśmy unikać sytuacji, w której za tę samą opiekę nad pacjentem płacimy wielokrotnie. System finansuje lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) za zapewnienie opieki zdrowotnej swoim zapisanym pacjentom. Jednak w praktyce zdarza się, że pacjent, płacący składki, dzwoniąc do przychodni, słyszy, że ma przyjść za 3-4 dni. W przypadku osoby dorosłej może to być do zaakceptowania. Jednak matka z gorączkującym dzieckiem potrzebuje pomocy pilnie. Dzwoniąc ponownie, otrzymuje informację o dużej liczbie pacjentów i sugestią udania się na Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR). W rezultacie, świadczenie, za które zapłacono już w POZ, nie zostaje tam zrealizowane, pacjent trafia na SOR, gdzie system płaci za niego drugi raz.

- To fakt, że do lekarza POZ już od dobrych kilku lat trudno się dostać z dnia na dzień.

- Przychodnie POZ funkcjonują w oparciu o listy aktywne pacjentów. Wielkość tych list ma bezpośredni wpływ na finansowanie placówki - im większa lista, tym wyższe przychody. Może to prowadzić do sytuacji, gdzie listy są na tyle duże, że lekarz, przeznaczając odpowiedni czas na każdego pacjenta, obiektywnie nie jest w stanie przyjąć wszystkich w krótkim terminie. Wówczas pacjenci trafiają do innych części systemu, na przykład na SOR w Strzelcach Opolskich bardzo mocno podjeżdża nam rejon województwa śląskiego, z Toszka, Świbia i okolic. Do tego z pogranicza Kędzierzyna-Koźła i wielu pacjentów z Krapkowic.

- Ludzie tak w ciemno jadą?

- Pacjenci zaczęli korzystać z informacji dostępnych na stronie NFZ, które pokazują szacowany czas oczekiwania na SOR-ach w różnych miastach. Do nas podjeżdżają często pacjenci z Opolu.

- W środku nocy też?

- A tak. No, bo jak ktoś w Opolu ma czekać 5 godzin, to lepiej przejechać 30 minut w jedną stronę, załatwić i wrócić. Jest ze dwie-trzy godziny oszczędności. A SOR musi przyjąć każdego pacjenta. Ale to nie koniec absurdów...

...?

- Wprowadzono rozwiązanie polegające na umiejscowieniu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ) w pobliżu SOR-ów, aby odciążyc te drugie, które powinny skupiac się na stanach zagrożenia życia. Idea była słuszną, jednak nie zapewniono wystarczającej liczby personelu do obsługi NiŚOZ. Ponieważ często działa ona w strukturach szpitala, który otrzymuje na to finansowanie, dyrekcja staje przed wyzwaniem zapewnienia obsady dyżurów. Zdarza się, że dyżury te pełnią lekarze, którzy na co dzień pracują w innych miejscach lub są na etapie specjalizacji.

- Czyli ci, którzy raczej nie powinni tam przyjmować?

- Niestety, zdarza się, że w nocnej opiece zdrowotnej dyżurują lekarze, których doświadczenie może nie być w pełni adekwatne do szerokiego zakresu przyjmowanych pacjentów, np. lekarz bez specjalizacji pediatrycznej przyjmujący dzieci. Z perspektywy zarządzających placówką, zatrudnienie jednego lekarza do opieki nad dorosłymi i dziećmi może być postrzegane jako rozwiązanie efektywne kosztowo.

- Na czym polega ta efektywność kosztowa "lekarza od wszystkiego"?

- Bo nie płacą mu podwójnie za specjalistę od dzieci i dorosłych osobno. Inną sprawą jest, że w kontekście kwalifikacji i odpowiedzialności stawki lekarzy w NiŚOZ bywają często wysokie. Na przykład, jeśli lekarz otrzymuje 280 zł za godzinę, a dyżur trwa 14 godzin (od 18.00 do 8.00), to daje to 3920 zł za jeden dyżur. Sześć, siedem takich dyżurów w miesiącu daje znaczący dochód rzędu 27 000 zł. Jeśli dodać do tego pensję zasadniczą, np. 6720 zł, to wychodzą sumy, które później bywają przytaczane jako typowe zarobki lekarzy. Ale mówimy tu o specyficznej roli. Lekarz dyżurujący w NiŚOZ przepisuje leczenie w przypadkach ambulatoryjnych, a pacjentów wymagających diagnostyki szpitalnej lub budzących wątpliwości kieruje do odpowiedniego oddziału lub na SOR. I my musimy się nim zająć. Taki pacjent zostaje zaopatrzone, ma wykonane badania na wysokim poziomie, postawione rozpoznanie.

- Kolokwialnie mówiąc: full serwis, na co zresztą nie mógłby liczyć w poradni POZ w tak krótkim czasie.

- I to też jest sytuacja, kiedy za jednego pacjenta system płaci trzy razy. To pokazuje, jak niewydolność jednego elementu systemu, w tym przypadku opieki ambulatoryjnej, wpływa negatywnie na całość. I teraz, żeby to działało, trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie, jakie są

obowiązki lekarza POZ. Chciałbym podkreślić, że moja krytyka nie jest skierowana personalnie do lekarzy POZ. Wielu z nich działa w ramach narzuconych przez system, który ma swoje ograniczenia.

- A może jest ich zwyczajnie za mało?

- Zanim odpowiem, warto przyrzeć się zmianom za czasów ministra zdrowia z PiS, Konstantego Radziwiłła. Wprowadzono wówczas regulacje, które jako podstawę funkcjonowania poradni POZ wskazały lekarza ze specjalizacją z medycyny rodzinnej. Ograniczyło to możliwość prowadzenia takich poradni przez doświadczonych pediatrów czy internistów, którzy np. ze względu na wiek zakończyli pracę w szpitalu, ale nadal dysponują ogromną wiedzą i mogliby pracować w opiece ambulatoryjnej. Ta zmiana, faworyzująca jedną grupę specjalistów, mogła wpłynąć na dostępność kadr w POZ. W tamtym okresie podejmowano różne decyzje, które mogły być interpretowane jako działania faworyzujące określone grupy zawodowe czy interesy.

- Uważa pan, że lekarze rodzinni mają za mało obowiązków?

- Uważam, że zakres obowiązków i odpowiedzialności w POZ mógłby być szerszy, co odciążałoby inne części systemu. Oczywiście, usłyszę argumenty o przyjmowaniu 40 pacjentów dziennie. Jednak obecny system finansowania (stawka kapitacyjna) może zachęcać do zapisywania dużej liczby pacjentów, co generuje przychód niezależnie od faktycznej liczby wizyt danego pacjenta. Są pacjenci, tacy jak ja, którzy przez 20 lat nie byli u swojego lekarza, a składka za tzw. gotowość do udzielenia świadczeń jest płacona co miesiąc. Może to prowadzić do sytuacji, gdzie poradnia ma pieniądze, ale jednocześnie długie terminy oczekiwania na wizytę, ponieważ fizycznie trudno jest obsłużyć tak dużą populację w krótkim czasie.

- Kolejka rośnie i co z tym wszystkim ma zrobić pacjent?

- Pacjent szuka alternatyw, często w prywatnej opiece medycznej. Potem pojawiają się porównania, na przykład z Czechami, gdzie rzekomo nie ma prywatnych gabinetów. Ale tam dostęp do lekarza w ramach ubezpieczenia jest znacznie łatwiejszy. Mam licencję pilota i regularnie korzystam z usług lekarza medycyny lotniczej w Czechach, więc wiem, jak to działa. Tamtejsze poradnie nie są przepełnione.

- Jak oni to robią?

- To kwestia odpowiedniego planowania zasobów. Jeśli potrzebujemy napoić 10 osób, z których każda wypije pół litra, to musimy mieć 5 litrów płynu, a nie trzy. Analogicznie, w systemie ochrony zdrowia trzeba określić realne zapotrzebowanie na świadczenia, ustalić normy przyjęć i zapewnić adekwatną do populacji liczbę lekarzy. Być może, przy większej liczbie lekarzy w POZ, można by im powierzyć wykonywanie szerszego zakresu badań diagnostycznych (np. CRP, prokalcytonina), które ułatwiłyby diagnostykę i leczenie pacjentów ambulatoryjnie. Obecnie lekarz POZ dysponuje głównie stetoskopem, otoskopem i możliwością rozmowy.

- I jak to zmienimy, będzie już lepiej?

- Nie, to oczywiście proces, który wymaga lat. Po określeniu zapotrzebowania, trzeba stworzyć warunki, które zachęcą lekarzy do pracy w POZ, szczególnie w deficytowych specjalnościach takich jak medycyna rodzinna, pediatria, choroby wewnętrzne. Dopóki nie przeprowadzimy reformy POZ, nie zmniejszymy obciążenia szpitali, które pozostają ostatnim buforem systemu, zapewniającym, że pacjent ostatecznie gdzieś otrzyma pomoc.

- Zwłaszcza, jeśli to weekend.

- W weekendy obciążenie NiŚOZ jest ogromne. Do jednego dyżurującego lekarza trafiają dziesiątki pacjentów, w tym tacy, którzy nie uzyskali pomocy w tygodniu. Lekarz musi ich zbadać, zlecić diagnostykę, wdrożyć leczenie. Często lekarz kończy taki dyżur skrajnie wyczerpany. Jako kierownik oddziału nie mam formalnych narzędzi, aby nakłonić lekarza do wzięcia kolejnego dyżuru w takiej sytuacji. Pozostają mi prośby i perswazja.

- Czyli nawet pieniądze nie działają?

- Pieniądze są ważne, ale tylko do pewnego stopnia. Kiedy praca przerasta fizycznie, kiedy lekarz dyżuruje 12 godzin bez przerwy, czasem bez możliwości wyjścia do toalety, to ma po prostu dość. Tak funkcjonuje obecny system, co skutkuje też zapychaniem takich szpitali jak nasz. Na przykład, jeśli w Kędzierzynie-Koźlu brakuje pediatrów, wielu lekarzy POZ kieruje pacjentów do nas, mówiąc: "W Strzelcach jest pediatra codziennie".

- W tym Kędzierzynie rzeczywiście nie ma pediatrii?

- Z tego, co wiem, dyżur pediatryczny jest zapewniony w weekendy, ale w tygodniu opiekę nad dziećmi sprawuje lekarz przyjmujący również dorosłych. Ustawa tego nie zabrania, nie ma wymogu, aby w każdym szpitalu na dyżurze był pediatra.

- Dlaczego tak dotkliwie brak pediatrów?

- Nie uwierz pan, ale jednym z czynników może być specyfika pracy z dziećmi. Pediatria, podobnie jak ginekologia i położnictwo, jest dziedziną o wysokim poziomie odpowiedzialności i znajdującą się pod szczególną obserwacją społeczną i medialną. Ewentualne błędy czy powikłania w leczeniu dzieci często wywołują znacznie większy oddźwięk publiczny niż w przypadku pacjentów dorosłych. To może wpływać na decyzje młodych lekarzy przy wyborze specjalizacji.

- I tylko strach przed leczeniem dzieci sprawia, że nie ma kto zastąpić starzejących się pediatrów w przychodniach i na oddziałach?

- To tylko jeden z wielu elementów. W pediatrii zdecydowaną większość stanowią kobiety. Wiąże się to z naturalnymi konsekwencjami - urlopami macierzyńskimi i wychowawczymi. Są też regulacje zwalniające matki małych dzieci z części obowiązków dyżurowych. To jednak wpływa na ciągłość szkolenia specjalizacyjnego i bieżące funkcjonowanie oddziałów. Niezależnie od płci czy sytuacji osobistej, celem powinno być to, aby każdy lekarz kończący specjalizację posiadał pełne kompetencje zawodowe.

- Skoro jest duża feminizacja, może trzeba jakoś zachęcić mężczyzn, żeby robili specjalizację z interny i pediatrii?

- Być może trzeba, ale dotychczasowe zmiany systemowe szły raczej w przeciwnym kierunku. Kilka lat temu, aby uzyskać specjalizację szczegółową, trzeba było najpierw ukończyć specjalizację z pediatrii lub chorób wewnętrznych. Ale wprowadzono zmiany, umożliwiając rozpoczęcie szkolenia w wąskich dziedzinach, jak kardiologia, bezpośrednio po studiach, bez wymogu wcześniejszej specjalizacji z interny czy pediatrii. Skutkiem tego jest kształcenie specjalistów skoncentrowanych na jednym układzie narządów. Może to stanowić wyzwanie w opiece nad pacjentami starszymi, z wielochorobowością. W efekcie oddziały takie, jak nasz internistyczny, mogą mieć w przyszłości poważne problemy kadrowe, bo praca z pacjentem przewlekle chorym, z wieloma schorzeniami, jest trudna i mniej atrakcyjna dla młodych lekarzy.

- Czy nikt nad tym nie panuje?

- Wiele decyzji wydaje się nieprzemyślanych. W systemie ochrony zdrowia od lat utrzymuje się wiele nierozwiązanych problemów, a pojawiają się nowe. Zwiększanie liczby lekarzy jest potrzebne, ale budzi wątpliwości sposób, w jaki się to odbywa, na przykład poprzez otwieranie nowych kierunków lekarskich na uczelniach niemających dotąd doświadczenia w tej dziedzinie. Istnieją obawy, czy zapewni to odpowiednio wysoki i jednolity poziom kształcenia przyszłych lekarzy. Nie chciałbym być leczony przez lekarza, co do którego kompetencji miałbym wątpliwości. Pan by chciał?

- Oczywiście, że nie.

- No właśnie. Pojawiają się też różne pomysły na przyspieszenie procesu uzyskiwania specjalizacji, np. poprzez zwolnienie z egzaminu ustnego osób, które uzyskały bardzo dobry wynik z testu. Obserwuję też, że wielu nowo upieczonych specjalistów od razu kieruje swoje kroki do sektora prywatnego, nie zasilając publicznego systemu ochrony zdrowia.

- Widzę, że o rezydentach też nie ma pan dobrego zdania...

- Porównując obecne warunki pracy rezydentów z tymi sprzed lat, widać znaczące różnice. Kiedyś liczba dyżurów była znacznie większa, a regulacje dotyczące czasu pracy mniej restrykcyjne. Kiedy ja byłem rezydentem, miałem 12-14 dyżurów w miesiącu. Obecnie rezydent ma ich znacznie mniej, ma zagwarantowane prawo do odpoczynku po dyżurze i inne uprawnienia pracownicze.

- Może trudno im się dziwić, że młodzi chcą normalnie żyć, a nie żyły sobie wypruć?

- Owszem, ale należy jednak pamiętać, że rezydentura to kluczowy okres zdobywania intensywnego doświadczenia klinicznego. Ilość czasu poświęconego na praktyczną naukę zawodu, kontakt z pacjentami i różnorodnymi przypadkami na oddziałach szpitalnych ma bezpośredni wpływ na poziom nabywanych umiejętności, co procentuje przez całe życie zawodowe. Co będzie fundamentem przyszłej samodzielnej praktyki lekarskiej.

- Z pana słów wylania się obraz jednego wielkiego chaosu...

- Bo w chaosie najłatwiej zarządzać, a przynajmniej unikać odpowiedzialności. Pozwolę sobie na porównanie. W idealnym systemie, gdy dochodzi do błędu, np. zoperowania niewłaściwej kończyny z powodu pomyłki w oznaczeniu, traktuje się jako sygnał problemu systemowego. Analizuje się przyczyny, wprowadza zmiany w procedurach, szkoli personel, aby zapobiec powtórzeniu błędu. W naszym systemie często obserwuje się tendencję do szukania indywidualnej winy.

- Kozła ofiarnego?

- Skupienie się na znalezieniu osoby odpowiedzialnej pozwala uniknąć trudnych dyskusji o konieczności zmian w organizacji pracy czy procedurach.

- Czego jeszcze panu brakuje?

- Skutecznych mechanizmów egzekwowania odpowiedzialności i przepływu informacji. Można odnieść wrażenie, że obecny, nieco chaotyczny stan systemu jest na rękę niektórym jego uczestnikom, ponieważ utrudnia kontrolę i rozliczanie. Niestety, w centrum uwagi zbyt rzadko znajduje się pacjent i jego potrzeby. Krąży takie gorzkie powiedzenie: "W szpitalu pracowałoby się świetnie, gdyby nie pacjenci". Często dopiero głośne interwencje pacjentów lub mediów wymuszają reakcję.

- Zakładam, że ma pan jakąś receptę.

- System wymaga uporządkowania, a doraźne działania tego nie zapewnią. Potrzebny jest długoterminowy plan, obejmujący co najmniej 10 lat, opracowany przez grono ekspertów i konsekwentnie wdrażany. Należy jasno określić priorytety, metody działania, podział obowiązków i zapewnić odpowiednie środki. To wydaje się proste, ale w naszych realiach trudne do realizacji. Posłużę się lokalnym przykładem. Istniały plany restrukturyzacji sieci szpitali w województwie opolskim, zakładające konsolidację i wzmacnianie większych ośrodków z SOR-ami, kosztem mniejszych placówek. Realizację tych planów zakłóciła jednak decyzja polityczna o przyznaniu znaczących środków finansowych szpitalowi w Krapkowicach, który nie posiada SOR-u i pełni inną rolę w systemie niż szpitale planowane do rozwoju.

- Mówi pan o wygaszaniu niektórych szpitali. Trudno mi sobie wyobrazić starostę, który podejmuje taką decyzję. Przecież następnym wyborów nie wygra.

- A ja sobie wyobrażam, bo obecnie głównym zmartwieniem starosty są finanse szpitala i unikanie dokładania do jego działalności. U nas w Strzelcach pojawił się niedawno pomysł połączenia tutejszego szpitala z USK w Opolu, wysunięty przez starostwo. Uważam, że to rozwiązanie niekorzystne dla naszej placówki i pacjentów, któremu sprzeciwia się też personel. Szkoda, że nasze władze powiatowe nie słuchają opinii doświadczonych praktyków, tylko ludzi, którzy nie do końca nam dobrze życzą. I powiem panu, że patrząc na kierunek tych działań, jestem pesymistą.

- Jest jeszcze wojewoda, marszałek, oni nie mogą czegoś zrobić, nie mają wpływu na system?

- Marszałek odpowiada za szpitale mu podległe, które często pełnią rolę ponadregionalną. Wojewoda odpowiada za całość polityki zdrowotnej w województwie, ale szpitale powiatowe mają swoje organy

założycielskie w starostwach. Brakuje jednolitego, logicznego podziału kompetencji. To powoduje, że w razie problemów odpowiedzialność jest rozmyta i przerzucana między instytucjami. NFZ twierdzi, że tylko płaci, ale nie zarządza. Wojewoda mówi, że chciałby pomóc, ale nie dysponuje pieniędzmi. A starostwo ma ograniczone możliwości wpływania na finansowanie z NFZ.

- Jakiś przykład z życia?

- Proszę bardzo: szpital marszałkowski przy ul. Wodociągowej w Opolu, a w nim oddział neurologii dziecięcej. Od wielu lat zwracam uwagę na problem z przyjmowaniem na ten oddział dzieci poniżej trzeciego roku życia. Argumentuje się to wyższymi kosztami opieki nad najmłodszymi pacjentami. Kiedyś, po mojej interwencji u konsultant krajowej, uzyskałem jej decyzję nakazującą zmianę tej praktyki. Niestety, po spotkaniu przedstawicieli szpitala z panią konsultant, które odbyło się bez mojej wiedzy, powrócono do poprzednich zasad.

- I co z tymi dziećmi do lat trzech?

- Przez pewien czas problem rozwiązywano poprzez hospitalizację tych dzieci w WCM w Opolu, gdzie były konsultowane przez neurologa. Jednak po przekształceniu WCM w szpital kliniczny i redukcji łóżek pediatrycznych, sytuacja stała się krytyczna. Zdarzało mi się szukać miejsca dla małych pacjentów z problemami neurologicznymi w innych województwach, dzwoniąc po szpitalach podczas próby ratowania dziecka. Uważam, że dyrektor szpitala przy ul. Wodociągowej, pan Krzysztof Nazimek, powinien zapewnić dostępność leczenia neurologicznego dla dzieci w każdym wieku, zgodnie ze standardami obowiązującymi w kraju.

- Teraz to się dyrektor Nazimek śmiertelnie na pana obrazi, jak to przeczyta.

- Dyrektor Nazimek zna moje stanowisko, ponieważ wielokrotnie wyrażałem je otwarcie, również na oficjalnych spotkaniach. Nie unikam trudnych tematów, zwłaszcza gdy dotyczą one organizacji opieki nad pacjentami i nie widzę powodu, dla którego szpital w Strzelcach, nieposiadający okulistyki, laryngologii czy OIOM-u dziecięcego, miałby dodatkowo rozwiązywać problemy organizacyjne Opola. Mam również wrażenie, że problemy te nie spotykają się z wystarczającym zainteresowaniem ze strony urzędu wojewódzkiego.

- A może po prostu pani wojewoda nie ma ani narzędzi, ani pieniędzy, żeby coś zrobić.

- Rozumiem ograniczenia, ale oczekiwałbym przynajmniej wysłuchania i przekazania informacji o problemach do szczebla centralnego.

- A jak centrala doskonale to wie, wysłucha ją, a potem, jak pan mówił, rozłoży ręce?

- Podejmuje się różne działania pozorowane, mające na celu chwilowe ugaszenie lokalnych pożarów. Nie miałbym pretensji, gdyby odbywały się regularne spotkania z ludźmi z wieloletnim doświadczeniem, gdyby ich wysłuchano i na tej podstawie stworzono choćby kilkuletni plan działania, nadający jakiś kierunek zmianom.

- Ciężko się z władzą rozmawia?

- Moje doświadczenia są różne. Współpraca z poprzednim wojewodą, panem Sławomirem Kłosowskim, była na tyle trudna, że ostatecznie zrezygnowałem z funkcji konsultanta wojewódzkiego ds. pediatrii z powodu braku możliwości porozumienia.

- Wojewody Kłosowskiego już nie ma...

- Tak, ale niestety, od czasu zmiany władzy, od ponad roku, nie dostrzegam żadnego zainteresowania problemami pediatrii ze strony obecnych władz wojewódzkich - brakuje kontaktu, wsparcia czy prób interwencji. Muszę stwierdzić, że nawet za poprzedniej ekipy zdarzały się jakieś reakcje na zgłaszane problemy, np. przy tworzeniu oddziałów covidowych. Obecna działalność wydziału zdrowia urzędu wojewódzkiego wydaje mi się najmniej efektywna od wielu lat. Dopiero kilka dni temu odbyło się pierwsze spotkanie robocze z ordynatorami i oczekuję na jego efekty. O ile nastąpią.

- Obaj wiemy, że marszałek, wojewoda czy starostowie mogą zrobić coś doraźnie, ale strukturalnie może coś zmienić tylko minister, rząd, Sejm. Nie wierzę, że oni tam w Warszawie nie zdają sobie sprawy, że system jest patologiczny. To kto blokuje konieczne zmiany?

- Często wprowadzenie koniecznych zmian jest blokowane przez różne grupy interesów, co jest zjawiskiem znanym w dużych systemach. Decyzje podejmowane na szczeblu centralnym, również przez środowiska akademickie i eksperckie, bywają podporządkowane interesom tych środowisk, które dbają o utrzymanie status quo korzystnego dla siebie. Podjęwane są decyzje bez oceny ich długofalowych skutków społecznych i systemowych. Część z nich mogła mieć charakter działań pozorowanych, nastawionych na efekt wizerunkowy, a nie realną poprawę.

- Ale komu opłaca się brak internistów?

- Prawdopodobnie wynika to z błędnych decyzji na szczeblu centralnym, być może pod wpływem pewnych grup nacisku. Kliniki specjalistyczne mogą nie mieć problemu z naborem kadr, w przeciwieństwie do oddziałów ogólnych. Zresztą, lekarzy kształcimy coraz więcej, tylko wielu z nich po studiach wybiera pracę poza Opolszczyzną. Wystarczy spojrzeć na nabory na specjalizacje - na Śląsku na pediatrię jest więcej chętnych niż miejsc, a u nas odwrotnie.

- Z czego to wynika?

- Z dwóch powodów. Po pierwsze, młodzi lekarze chętniej wybierają większe ośrodki akademickie do szkolenia. Po drugie, wiedzą, że na Opolszczyźnie system jest przeciążony i praca jest bardzo ciężka. Proszę zobaczyć na dostępność specjalistów: u nas na wizytę u alergologa w ramach NFZ czeka się ponad rok, we Wrocławiu można się dostać w dwa miesiące.

- Jednak nie powie pan, że lekarzom jest biednie. Słyszał pan to powiedzenie: "Pokaż lekarzu, co masz w garażu"?

- Nie twierdzę, że lekarze żyją w ubóstwie. Jeśli chodzi o sytuację materialną, to lekarze rodzinni jako jedni z pierwszych zyskali możliwość osiągnięcia wyższych dochodów. Wynikało to między innymi z konstrukcji systemu finansowania POZ, gdzie w ramach stawki kapitałowej na pacjenta

mieściły się również pieniądze na podstawowe badania diagnostyczne. System ten mógł stwarzać pokusę do oszczędzania na badaniach, ponieważ niewykorzystane pieniądze pozostawały w budżecie poradni. Obecnie te mechanizmy zostały częściowo zmienione, ale wcześniej pozwalały na pewne "kombinacje".

- Coś jest jednak nie tak, że w wielu szpitalach, szczególnie powiatowych, nawet 80 procent budżetu idzie na pensje.

- To prawda. Rozumiem dyrektorów - często stoją pod ścianą i muszą zgadzać się na wysokie stawki proponowane przez lekarzy, aby zapewnić obsadę i uniknąć zamknięcia oddziałów. Pamiętam czasy, gdy to dyrektor ustalał stawkę w konkursie i wybierał spośród chętnych. Dziś sytuacja się odwróciła, to lekarze dyktują warunki finansowe: "Pani dyrektor, ja bym to wziął, ale za tyle". Ona: "No wie pan, może chociaż ciut zmniejszmy". On: "No nie, nie, nie mogę się zgodzić". Ona: "No to trudno, no dobra".

- I dług rośnie?

- Rośnie. W Polsce chyba nie ma szpitala powiatowego bez długu. I nie ma szans na wyjście z zadłużenia, dopóki szpital nie będzie stabilnie funkcjonował. Dodatkowym, palącym problemem jest kwestia finansowania świadczeń zrealizowanych ponad przyznany ryczałt. Strzelecki szpital na przykład wykonał znacznie więcej świadczeń niż przewidywał ryczałt, ratując zdrowie i życie pacjentów. Niestety, za te tzw. nadwykonania NFZ nam nie zapłacił. Co gorsza, ta zwiększona praca i realne potrzeby pacjentów nie znalazły odzwierciedlenia w wysokości kontraktu na 2025 rok. Stawia nas to przed dramatycznym wyborem: albo będziemy leczyć pacjentów "za darmo", pogłębiając zadłużenie, albo będziemy musieli ograniczać przyjęcia i dostosowywać liczbę świadczeń do narzuconego ryczałtu. Rodzi to fundamentalne pytanie o rolę lekarza - czy ma leczyć, czy odmawiać pomocy i tracić czas na szukanie dla pacjenta innego miejsca, co często graniczy z cudem?

- Po tej rozmowie środowisko pana zadziobie, że kała pan własne gniazdo.

- Mówię otwarcie to, co myślę, i te same opinie wyrażam w rozmowach z kolegami lekarzami czy przedstawicielami władz. Uważam, że o problemach trzeba mówić głośno.

- Wie pan co, panie doktorze? Po tym, co usłyszałem, wychodząc od pana, czuję się gorzej, niż jak przyszedłem...

- Chciał pan szczerzej rozmowy opartej na faktach? Taka jest moja perspektywa oparta na wieloletnim doświadczeniu w tym systemie.