Diagnozując nie tylko Covid

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: poniedziałek, 07, wrzesień 2020 02:14
Grzegorz P. Kubalski
Odsłony: 673

Sprzeciw organizacji zrzeszających lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wobec decyzji nowego Ministra Zdrowia odnośnie włączenia tych lekarzy w procedury diagnozowania Covid-19 jest doskonałą okazją do refleksji nad racjonalnością obecnej konstrukcji systemu ochrony zdrowia.

Rozumiem argumenty formułowane przez te organizacje, jednakże trudno jest mi się z nimi zgodzić. Wpisują się one bardzo dobrze w zauważalny od lat trend spychania poważniejszych spraw do wykonania przez innych – przy zachowaniu własnych uprawnień, a przede wszystkim finansowania.

Gdy przed wielu laty w ramach reformy systemu opieki zdrowotnej przywracano instytucję (i specjalizację) lekarza rodzinnego był on pomyślany jako ktoś kto nie tylko ma diagnozować i leczyć, ale także zbuduje trwałe relacje ze swoimi pacjentami – chociażby dlatego, że mając takie relacje jest w stanie szybciej zainterweniować w przypadku pojawienia się pierwszych objawów choroby. Taki model funkcjonowania do dziś funkcjonuje w wielu krajach Europy Zachodniej; w Polsce obowiązywał do końca II wojny światowej, kiedy to wraz z socjalistyczną równością wprowadzono lekarza rejonowego.

Lekarz rodzinny miał samodzielnie radzić sobie z prostszymi przypadkami, a warto w tym miejscu przypomnieć, że zakres działania lekarza rodzinnego obejmuje nie tylko internę i pediatrię, lecz również ginekologię i podstawy chirurgii. Przypadki bardziej skomplikowane miały być kierowane do właściwego specjalisty, przy zachowaniu roli lekarza rodzinnego jako koordynatora leczenia. Lekarz rodzinny miał zapewnić opiekę lekarską niezależnie od dnia i pory dnia. Przy takich założeniach wprowadzono instytucję zapisywania się do konkretnego lekarza – wynagradzanego według stawki kapitacyjnej – im więcej osób chce się u danego lekarza leczyć, tym większe są jego dochody. Założenia były ambitne, ale – tak jak to często w naszym kraju – wyszło jak wyszło.

Jak dzisiaj wyglądają realia? Lekarze rodzinni – których jest zresztą zbyt mało – ze względu na uwarunkowania rynku działają zwykle w ramach przychodni mając z pacjentem jedynie sporadyczny kontakt. Nie mają zresztą o tyle wyboru, że w pewnym momencie dopuszczono do rozliczania się w oparciu o stawkę kapitacyjną lekarzy niektórych innych specjalizacji.

Standardowa przychodnia POZ jest zresztą w porze nocnej i w święta zamknięta, co pociągnęło za sobą konieczność odrębnego kontraktowania nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej – opłacanej bynajmniej z części stawki kapitacyjnej, lecz z odrębnego strumienia środków z NFZ. W ten sposób choć wynagrodzenie za danego pacjenta otrzymuje lekarz POZ, do którego pacjent jest przypisany, to jeśli pacjentowi zdarzy się zachorować w nocy, czy w niedzielę to pomocy nie udzieli mu lekarz do którego jest przypisany, czy chociażby lekarz finansowany ze stawki kapitacyjnej. Zdarzają się też przypadki odesłania pacjenta do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej – bo lekarz standardowego POZ uznaje, że nie będzie już kolejnego pacjenta w danym dniu przyjmował. Ekonomicznie to zresztą zrozumiałe – pieniądze i tak wpływają niezależnie od tego, czy pacjent przyjęty zostanie, czy też nie.

Innym przejawem tego problemu jest wystawianie aktu zgonu. Wywodzące się z połowy ubiegłego wieku przepisy zobowiązywały do tego lekarza leczącego w ostatniej chorobie albo odpowiedniego pracownika medycznego przychodni rejonowej, czy punktu opieki medycznej. Dziś często lekarze POZ uchylają się od tej czynności – motywując to bardzo różnymi argumentami – co stanowi problem dla rodzin osób zmarłych poza podmiotami leczniczymi.

Opór przed włączeniem w proces diagnozowania Covid-19 wpisuje się w takie podejście.

Phoca PDF

Porozumienie Zielonogórskie pyta w otwartym liście Ministra Zdrowia w jaki sposób lekarz POZ ma różnicować i kwalifikować pacjenta infekcyjnego do wykonania lub nie diagnostyki molekularnej, skoro nie istnieją żadne algorytmy kliniczne zróżnicowania w badaniu fizykalnym infekcji wywołanej przez koronawirus, od infekcji wywołanej przez inne patogeny. Pytanie potencjalnie trafne – tyle tylko, że w obecnym stanie to pacjent, nie mając zwykle żadnej wiedzy medycznej, musi samodzielnie ocenić, czy jego objawy potencjalnie wyczerpują objawy zakażenia Covid-19 i z tą amatorską diagnozą zgłosić się czy to do sanepidu, czy to bezpośrednio na oddział zakaźny – najlepiej jednoimienny. I dopiero tam następuje wstępna profesjonalna diagnoza – przy takim samym braku algorytmów klinicznych!

Kolejne pytanie kierowane do Ministra Zdrowia dotyczy tego w jaki sposób ustrzec nieinfekcyjnych pacjentów placówek POZ przed transmisją zakażenia w małych przychodniach i praktykach pobawionych śluz i filtrów z jednym wejściem i poczekalnią oraz otwartą rejestracją? I znów – pytanie potencjalnie bardzo trafne. Potencjalnie. Proponuję uświadomić sobie, że większość pacjentów przechodzi Covid-19 bezobjawowo. Jeśli na taką bezobjawową infekcję nałożą się jakiekolwiek inne czynniki wymagające wizyty u lekarza POZ, to i tak nosiciel Covid-19 może do przychodni trafić. Oznacza to tyle, że przychodnie i praktyki już w tej chwili powinny mieć sposób funkcjonowania dostosowany do warunków stanu epidemii. I nie chodzi tu o model, który w pewnym momencie w ramach POZ dominował – oparcie się o instytucję teleporad. Zresztą warto pamiętać, że Covid-19 nie jest jedynym patogenem, a mechanizm jego przenoszenia nie jest też wyjątkowy – zatem niekoniecznie dopiero przy Covid-19 należy się zastanawiać nad sposobami ograniczenia transmisji zakażeń.

Najbliższe dni pokażą na ile nowe rozwiązania wskazane przez Ministra Zdrowia przyniosą efekt. Wydaje się jednak, że niezależnie od wyniku należy zastanowić się nad nowym modelem POZ, chociażby w silniejszym stopniu powiązanym z funkcjonowaniem samorządu terytorialnego. Bez tego dalej możemy mieć do czynienia z całkiem szczodrym finansowaniem podmiotów skutecznie przerzucających zadania na innych.

Phoca PDF