**Na chorobę ten III sektor!**

Choć w Polsce medycynę mamy na niezłym poziomie, opiekę zdrowotną – na raczej fatalnym. Kuleje system. W jego naprawę coraz częściej angażują się organizacje społeczne. Jakie działania podejmują?

Każdego roku na ochronę zdrowia Polacy wydają ponad 100 miliardów złotych. I choć to my, obywatele, finansujemy system, to w zasadzie nie mamy wpływu na jego kształt, a także choćby na to w jakich warunkach się leczymy. Zresztą, skąd mamy na przykład wiedzieć, który szpital jest dobry a który gorszy?

Przyjrzyjmy się stolicy. Jej mieszkańcy mogą wybierać spośród wielu szpitali. Na przykład ten, uniwersytecki, pochwalić się może bardzo niską umieralnością (0,75% pacjentów w ciągu 30 dni od wypisania) oraz sprawną obsługą – ponad 90,6% osób zgłaszających się do izby przyjęć załatwianych jest w czasie krótszym niż 4 godziny. Być może właśnie dlatego aż 95% pacjentów poleciłoby placówkę swoim najbliższym. Niestety szpital jest w Londynie. Najciekawsze w tym wszystkim jest jednak nie to, że w stolicy Zjednoczonego Królestwa jest dobra klinika, ale to, że aż tak szczegółowe dane udostępniane są na stronie internetowej NHS – brytyjskiej instytucji będącej odpowiednikiem NFZ-u i (w pewnym zakresie) polskiego Ministerstwa Zdrowia. Dlaczego są jawne?

- Zapytajmy inaczej: a dlaczego ich nie ujawniać? Przecież to obywatele finansują szpitale i to oni powierzają im swoje zdrowie i życie – zauważa Wojciech Wiśniewski z [Fundacji Onkologicznej Alivia](http://www.alivia.org.pl/).

„…uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi badań satysfakcji pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia, jak również nie prowadzi badań oraz nie monitoruje jakości świadczonych usług medycznych w ramach publicznego systemu służby zdrowia…” – osadza we właściwych realiach mail przysłany z naszego, polskiego resortu zdrowia. Z dalszej jego treści wynika, że Ministerstwo nie ma też danych, na przykład, dotyczących skuteczności leczenia w poszczególnych placówkach onkologicznych czy przeżycia narządów przeszczepianych w różnych ośrodkach transplantacyjnych.

Czyżby resortem kierowała ostrożność? Gdyby takie dane zbierać, porządkować i ujawniać, okazałoby się, że w rankingu polskich szpitali jest nie tylko podium, lecz także długi ogon placówek przeciętnych i tych najgorszych. Obywatele zaczęliby rozliczać władze z jakości opieki. A że konkretne szpitale przypisane są konkretnym władzom – powiatowym, wojewódzkim, centralnym – wiedzieliby do kogo adresować pretensje. A tak, w błogiej nieświadomości społeczeństwo ufa, że z grubsza wszyscy mają tak samo, czyli bardzo średnio. Wiele osób decyduje się zatem na leczenie nawet choroby nowotworowej w najbliższym szpitalu. Powiatowym. Bo wygodnie dojechać, bo odwiedzającym też będzie łatwo. Problem w tym, że w wielu takich placówkach brakuje chirurgów z wystarczającym doświadczeniem onkologicznym, brakuje radioterapii, a diagnostyka tkwi jeszcze w ubiegłym stuleciu. – Oczywiście, są też małe szpitale na wysokim poziomie i duże na nieszczególnym. Niemówienie jednak o tym i niewskazywanie konkretnych placówek, zarówno tych dobrych jak i złych, jest po prostu nie fair wobec osób, które walczą o życie - podkreśla Wojciech Wiśniewski.

Fundacja Alivia otrzymała z programu Obywatele dla Demokracji przeszło 650 tys. zł, dzięki którym stworzyła [Kolejkoskop](http://www.kolejkoskop.pl/) i rozwinęła [Onkomapę](http://www.onkomapa.pl/). W serwisie [www.onkomapa.pl](http://www.onkomapa.pl) znajdziemy nie tylko wyszukiwarkę wszystkich placówek onkologicznych, lecz również szczegółowe dane na temat ich standardu i sposobu postępowania z chorymi. Ośrodkom oceny wystawiają tu sami pacjenci. Mają też możliwość pozostawienia komentarzy. Są ich tysiące.

[www.kolejkoskop.pl](http://www.kolejkoskop.pl) to również społecznościowy serwis. Pozwala wyszukiwać i udostępniać informacje nt. czasu oczekiwania na badania obrazowe. I tak na przykład słupszczanin potrzebujący tomografii głowy dowie się, że w swoim mieście na badanie poczekać musi około pół roku, natomiast jeśli podjedzie do niezbyt odległego Koszalina lub Człuchowa, to odpowiednio – 40 a nawet tylko 19 dni (dane z października 2016 roku).

– Oba serwisy działają, oba ciągle udoskonalamy i w obu naprawdę jest duży ruch. Ale nam chodziło o coś jeszcze. To jest nasz wkład w upodmiotowienia pacjentów. Dzięki serwisom, mogą choćby świadomie dokonywać wyborów. Czują też, że wystawiane przez nich oceny są ważne, że nigdzie nie giną i z czasem przyczynią się do jakościowej zmiany w systemie – wyjaśnia Wojciech Wiśniewski.

Jakości opieki szpitalnej, doświadczeniom pacjentów oraz ich upodmiotowieniu poświęcony był również projekt „Społeczny audyt opieki szpitalnej w Polsce – pilotaż”, realizowany przez [Fundację Urszuli Jaworskiej.](http://fundacjauj.pl/) Przeprowadzono go w pięciu warszawskich szpitalach. Wszystkie wypadły w nim całkiem (a nawet bardzo) dobrze, ale danych dotyczących poszczególnych placówek Fundacja szerzej nie ujawnia. Bo i nie o ranking chodziło. Raczej o wypracowanie solidnej metodologii badań. Już we wstępie do raportu z badań założycielka Fundacji pisze: „Pacjent zniesie wiele, aby dostać świadczenie, być zaopiekowanym, leczonym i wyleczonym. Za wszelka cenę chce ratować swoje życie. (…) boi się zwrócić uwagę na złą jakość obsługi (…). Nawet anonimowo, nie zawsze ma odwagę pisać prawdę”. W ramach projektu starano się m.in. znaleźć taką metodę rozmawiania z pacjentem, by zminimalizować jego obawy. Bardzo ważne było też zaangażowanie studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z Wydziału Zdrowia Publicznego. Wielu z nich, prowadząc ankiety, po raz pierwszy miało okazję na kontakt z pacjentem. A to oni przecież, po zakończeniu studiów, zarządzać będą placówkami ochrony zdrowia, a nawet całym systemem. Dobrze by zapamiętali, że to pacjent jest najważniejszy!

\*\*\*

Podmiotowość pacjenta to oczywiście nie tylko prawo wyboru szpitala. To również choćby możliwość współdecydowania o tym, co się w nim wydarzy i jak będzie przebiegać. Na przykład poród. To zwykle nie jest stan nagły; raczej całkiem spodziewany. Można go zaplanować i nieco dostosować do preferencji rodzącej. Jednak przez niemal cały XX wiek mieliśmy do czynienia z położnictwem totalitarnym – kobieta była przedmiotem, który poddawano szeregowi czynności niezbędnych do wydobycia dziecka. Jej nie wola była specjalnie ważna. W Polsce zaczęło się to zmieniać dopiero 20-30 lat temu, a w 2011 roku Minister Zdrowia ogłosił Standardy Opieki Okołoporodowej (SOO), dokument w randze rozporządzenia. Opracowane zgodnie z wytycznymi WHO stawiają na równi dwie wartości – prawa człowieka i pacjentki z jej prawem do opieki medycznej na najwyższym poziomie.
– Dzięki wsparciu z programu Obywatele dla Demokracji, badaliśmy ten temat w ramach projektu „Na straży Standardów Opieki Okołoporodowej”. Jest różnie. Ciągle w wielu szpitalach porody prowadzone są wg uznania lekarza. Czasem robi się przy rodzącej za dużo, czasem za mało, lub nie to co trzeba – mówi Joanna Pietrusiewicz z [Fundacji „Rodzić po Ludzku”](http://www.rodzicpoludzku.pl/). – Tylko przestrzeganie standardów może to uporządkować.

Logicznym krokiem było więc doprowadzenie przez Fundację do powołania (przy ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia) interdyscyplinarnego zespołu, który rozpoczął prace nad planem powszechnego i rzeczywistego wprowadzania Standardów oraz systemu monitorowania opieki okołoporodowej wszystkich szpitalach.

Niestety, w czerwcu 2016 roku parlament – na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) i przy aprobacie Ministra Zdrowia – znowelizował ustawę o działalności leczniczej w ten sposób, że od 2018 roku SOO przestaną w Polsce obowiązywać. To co w myśl rozporządzenia było prawem rodzących kobiet – m.in. możliwość picia, ruchu, wyboru pozycji porodowej czy dostęp do leczenia bólu – stanie się znów jedynie możliwością. NRL argumentowała, że dotychczasowe gwarancje stanowią „jaskrawe i nieuprawnione wkroczenie władzy (…) w obszar nauki i wiedzy”. Czytaj: udzielność lekarzy. A gdzie prawo kobiet do decydowania o sobie?

W ramach projektu Fundacja zajmowała się również sytuacją położnych, a raczej przeszkodami uniemożliwiającymi im realizację podstawowych obowiązków i praw, czyli opieki nad kobietą w czasie ciąży, porodu i połogu. W tej chwili położna może prowadzić ciążę, ale NFZ jej za to nie zapłaci; nie może też wysłać ciężarnej na USG, ani inne typowe badania.  – Warto wreszcie zauważyć, że to właśnie położne są specjalistkami w tej dziedzinie. Mają wyższe wykształcenie. Praktyki. Dodatkowe szkolenia. A mimo to ciągle w szpitalnej hierarchii uznawane są za tzw. średni personel – nie kryje irytacji Joanna Pietrusiewicz. – Średnie to one mogą być, ale większość z nich jest naprawdę bardzo, bardzo dobra! W przypadku zdrowiej ciąży i fizjologicznego porodu są dla rodzącej dużo lepsze niż, na przykład, średni lekarz.

Formułowany przez Fundację postulat poważniejszego zaangażowania położnych w opiekę nad ciężarnymi, nie tylko jest głosem w obronie praw tej grupy zawodowej, ale również ma znaczenie systemowe. Z badań [Fundacji „Rodzić po Ludzku”](http://www.rodzicpoludzku.pl/) wynika, że lekarze ginekolodzy nie są w stanie – w ramach przydzielanych kontraktów – zapewnić opieki wszystkim ciężarnym kobietom.

\*\*\*

Tak w zasadzie, to powinna się teraz bardziej zainteresować męską bielizną. Wydaje się bowiem, że troska o luźne majtki będzie wkrótce jednym z filarów polityki naszego państwa w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. A na zdrowiu tym Anna Krawczak zna się jak mało kto. Szefowała [Stowarzyszeniu na rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji "Nasz Bocian"](http://www.nasz-bocian.pl/) i przez wiele lat przekonywała kolejne rządy, by zapłodnienie in vitro zostało objęte refundacją. Kiedy w końcu się to udało, zdobyła dla Stowarzyszenia grant z programu Obywatele dla Demokracji i zorganizowała monitoring klinik wykonujących zabiegi. Stowarzyszenie wraz z wolontariuszkami przebadało warunki leczenia w 35 ośrodkach. Oczywiście, były kliniki lepsze, były i gorsze, ale wszystkie zasługiwały na pozytywną ocenę i robiły wiele, by jeszcze bardziej podnieść jakość świadczonej opieki. – Interesowało nas wszystko. Nasze wolontariuszki zwracały uwagę, czy w danym ośrodku szanuje się intymność pacjentów, czy lokal jest dostępny dla osób z niepełnosprawnościami, czy jest estetyczny, czy można skorzystać ze wsparcia psychologa, czy zawierane umowy wystarczająco zabezpieczają interesy pacjentek. W sumie, o każdej placówce zbierałyśmy po kilkadziesiąt różnych informacji – mówi Anna Krawczak.

We wrześniu 2015 roku Stowarzyszenie opublikowało w sieci raport zbiorczy z monitoringu, a w kolejnym miesiącu bardzo szczegółowe informacje o każdym z badanych ośrodków. Publikacje stały się źródłem wiedzy dla par zainteresowanych procedurą, a także dla samych klinik, które dowiadywały się, co mogą i powinny poprawić. Sukcesem [„Naszego Bociana”](http://www.nasz-bocian.pl/) było też to, że nawet podsumowania zawierające krytyczne uwagi nie stały się zarzewiem konfliktów.

Monitoring zmieniał też sposób myślenia o refundowanych zabiegach in vitro. W świadomości społecznej przestały być one prezentem od państwa, którym trzeba się bezkrytycznie zachwycać. Stały świadczeniem, co do jakości którego można mieć oczekiwania.

Normalność – rozumiana jako dostosowanie rodzaju świadczeń i standardu opieki do współczesnego stanu wiedzy medycznej – nie trwała zbyt długo. Jesienią 2015 roku odbyły się wybory parlamentu, ukonstytuowały się nowe władze państwowe. Już wkrótce nowy rząd postanowił zakończyć program refundacji zapłodnienia in vitro, choć dla wielu par to jedyna szansa na własne potomstwo. Zastąpiony ma zostać szeregiem innych działań, które rzekomo przyczynią się do rozwiązania problemu niepłodności, np. wspomnianą troską o przewiewność bielizny chłopców i mężczyzn. Pojawiły się też zapowiedzi takich zmian prawa, które de facto doprowadzić mają do „wygaszenia” zapłodnienia pozaustrojowego również wykonywanego na zasadach komercyjnych.

– W dziedzinie leczenia niepłodności, zamiast mechanizmu zapadkowego, gdzie jeden sukces jest stabilnym punktem wyjścia do kolejnych działań na rzecz poprawy, mamy totalną zapaść – nie kryje pesymizmu Anna Krawczak. – Bardzo mi szkoda par, które z powodów politycznych i ideologicznych stracą szanse na potomstwo.

Bo to nie jest tak, że radykalne ograniczenie dostępności do zapłodnienia pozaustrojowego potrwa jedną sejmową kadencję i po czterech latach wszyscy wrócimy do stanu wyjściowego. Czas jest nieubłagany, biologia również; rokowania kobiet, które już dziś nie mogą zajść w ciążę, będą się pogarszały, a szanse na udaną procedurę in vitro z roku na rok będą coraz mniejsze.

**\*\*\***

Nieco podobną kwestią, bo również zmuszającą rządzących do skonfrontowania wiedzy stricte medycznej z ich światopoglądem i wyznawanymi wartościami, jest problem profilaktyki zakażeń HIV.

- Polskie prawo nakłada obowiązek podejmowania działań profilaktycznych na bardzo wiele instytucji i organów publicznych. Władze samorządowe, wojewódzkie, ministerstwa, różne agencje – wyjaśnia Cezary Fidor ze [Społecznego Komitetu ds. AIDS](http://www.skaids.org/). Jak to wygląda w praktyce?

Przyjrzyjmy się choćby Ministerstwu Sportu i Turystyki. Pomyślmy o setkach tysięcy młodzieży koszarowanej rokrocznie w internatach podczas wyjazdowych treningów, zawodów i zgrupowań. Młodzi, zdrowi i różnych płci. W takich warunkach integracja i interakcja jest czymś oczywistym. A potem pomyślmy o finansach. – Resort sportu w 2014 roku na profilaktykę HIV/AIDS wydawał średnio po 8 zł dziennie, czyli kwotę wystarczającą na zakup trzech prezerwatyw. A przecież sport to także nielegalny doping, a doping to zastrzyki choćby sterydów, nie zawsze jednorazową igłą. A wielkie wydarzenia sportowe? – One same nie koniecznie wiążą się z większym ryzykiem zakażenia, ale są doskonałą okazją, by dotrzeć do tysięcy a nawet milionów kibiców z komunikatem nt. zagrożeń i sposobów ochrony. Czy 8 złotych dziennie wystarczy?

Oczywiście, są też i dobre przykłady. W latach 2013-14 Ministerstwo Sprawiedliwości wydawało ok. 0,5 mln złotych rocznie na profilaktykę HIV/AIDS wśród pensjonariuszy aresztów, zakładów karnych, zakładów poprawczych i placówek wychowawczych dla młodzieży. I działania te rzeczywiście były prowadzone. Również MON na serio traktował swoje obowiązki. W analogicznym okresie przeznaczał po ok. 100 tys. zł rocznie na profilaktykę wśród żołnierzy – głównie ich edukowanie. Z monitoringu przeprowadzonego przez Społeczny Komitet ds. AIDS wynika jednak, że te dobre praktyki są raczej wyjątkami potwierdzającymi złą regułę.

Szerszy opis niedostatków działań różnych instytucji znalazł się w raporcie „Przeciwdziałanie zakażeniom HIV/AIDS w Polsce w latach 2013-14”. W jego wstępie badacze zwracają uwagę na grzech najważniejszy – ogromne niedofinansowanie profilaktyki. W tej chwili na leczenie osób chorych na AIDS z budżetu państwa wydawane jest 750 tys. zł na dobę. Okazuje się, że w ciągu tych samych 24 godzin o zakażeniu wirusem HIV dowiaduje się kolejnych 2-3 Polaków, a wieloletnie leczenie każdego z nich kosztować będzie około 1 mln złotych. W praktyce oznacza to, że każdego dnia narasta przyszłe zobowiązanie państwa – o jakieś 2-3 mln złotych!

W Polsce absolutna większość zakażeń wirusem HIV następuje na drodze kontaktów seksualnych. Żeby opanować to narastające zagrożenie, można albo zmienić prawo i Polakom w ogóle zakazać zbliżeń, albo – przeciwnie – podjąć działania na rzecz upowszechnienia bezpiecznych zachowań seksualnych. III sektor i tu może pomóc rządzącym, ale to już zupełnie inna historia…

tekst: Michał Henzler

Projekty zostały zrealizowane w ramach programu [Obywatele dla Demokracji](http://www.ngofund.org.pl/) realizowanego przez [Fundację Batorego](http://www.batory.org.pl/), finansowanego z [Funduszy EOG](http://eeagrants.org/).

**Kontakt:**

**Karolina Szymańska** /Informacja i promocja, Program Obywatele dla Demokracji, Fundacja im. Stefana Batorego

tel. kom. 605 650 782

mail: kszymanska@batory.org.pl

www.ngofund.org.pl