

Doświadczenia polskiego neurologa z pracy w Danii

Polish neurologist's experience of working in Denmark

ARKADIUSZ WĘGLEWSKI

Department of Neurology, Copenhagen University Hospital Herlev, Herlev, Denmark

Polski neurolog pracujący w Danii opisał najważniejsze aspekty organizacyjne duńskiego modelu opieki zdrowotnej. Zwrócił szczególną uwagę na różnice w organizacji systemu opieki zdrowotnej między Danią a Polską. Podane zostały możliwości optymalizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej, neurologia, lekarz-neurolog, Dania, Polska

A Polish neurologist working in Denmark described the most important aspects of the organization of the Danish health care model. He drew attention to the differences in the organization of the health care system between Denmark and Poland. The possibilities to optimize the Polish health care system were also outlined.

Key words: health care system, neurology, neurologist, Denmark, Poland

© Hygeia Public Health 2015, 50(4): 663-667

www.h-ph.pl

Nadesłano: 01.12.2015

Zakwalifikowano do druku: 21.12.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr med. Arkadiusz Węglewski

Copenhagen University Hospital Herlev

Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev, Denmark

e-mail: Arkadiusz.Weglewski@regionh.dk, arkweg@me.com

Moja przygoda z pracą w Danii rozpoczęła się w kwietniu 2007 roku, kiedy wyjechałem do Kopenhagi na kurs języka duńskiego, a po 5 miesiącach rozpocząłem pracę na stanowisku ordynatora (po duńsku *overlæge*) w szpitalu pół-zach Jutlandii w Esbjerg. Pracę tę zaproponowała mi, i wszystko zorganizowała, firma Medpro. Byłem wtedy już specjalistą neurologiem z doktoratem. Miałem za sobą prawie 11-letni staż w jednym miejscu pracy, dużym szpitalu wojewódzkim w Polsce. W Esbjerg pracowałem dokładnie 1 rok. W listopadzie 2010 roku znów trafiłem do Danii, tym razem do Kopenhagi, gdzie w jednym z największych duńskich szpitali (Herlev Hospital) właśnie organizowano zupełnie nowy oddział neurologiczny. Tę pracę znalazłem sam i sam o nią aplikowałem. Rozpocząłem tutaj jako starszy asystent, a od jesieni 2013 roku jestem ordynatorem (*overlæge*). Właśnie minęło 5 lat mojego drugiego pobytu i pracy w Danii. Jak widać, pomiędzy rokiem 2008 a 2010 jest pewna luka. Te 2 lata spędziłem w Polsce, jednak nie w moim poprzednim miejscu pracy, a w zupełnie innym regionie kraju. Inny był też charakter pracy, gdyż było to duże prywatne centrum medyczne w zachodniej Polsce. Prywatne, ale jak najbardziej przyjmujące także pacjentów NFZ, a nawet głównie NFZ.

W ciągu kilku ostatnich miesięcy miałem możliwość uczestniczenia w kilku konferencjach i szkole-

niach w Polsce, będąc zaproszonym do wygłoszenia wykładów na temat jednego z nowych doustnych leków stosowanych w leczeniu stwardnienia rozsianego (SM), którym ja mam możliwość leczyć już od 2 lat, a w Polsce jeszcze nie jest refundowany. Na jednym z tych spotkań zostałem poproszony o napisanie artykułu (lub artykułów), jak wyglądają różnice między Polską a Danią w pracy lekarza, sytuacji pacjenta oraz z mojego punktu widzenia. Można by powiedzieć krótko, że te różnice są duże, ale warto chyba zastanowić się, dlaczego tak jest i jakie wnioski można z tego wyciągnąć. Nasi decydenci (myślę tu o politykach, ale też o lekarzach pełniących ważne funkcje w systemie, np. dyrektorów szpitali, itp.) powiedzieliby zapewne, że Dania jest bogata, ma więcej pieniędzy na pacjenta i dlatego my nie możemy porównywać się z nimi. Mogę z całą pewnością stwierdzić, że jest to niezwykle, z ich punktu widzenia, atrakcyjne i rozgrzeszające wytłumaczenie panującego w Polsce bałaganu w ochronie zdrowia. Jednak nie jest prawdziwe. Poprawa i wprowadzenie logiki, stabilności i bezpieczeństwa (pacjenta, ale i lekarza) w wielu punktach polskiego systemu ochrony zdrowia, wcale nie wymaga „duńskich” zasobów finansowych. Czasami wystarczyłoby tylko odrobina wiedzy, wyobraźni, a przede wszystkim dużo dobrej woli. Mam wrażenie, że najbardziej brakuje tego ostatniego. Ale do rzeczy.

Duński model opieki zdrowotnej (na tle systemu polskiego)

W Danii opieka zdrowotna jest, co do zasady, zorganizowana podobnie jak w Polsce. Istnieje system publiczny zapewniający bezpłatne leczenie wszystkim obywatelom Danii oraz tym, którzy w Danii przebywają legalnie, co w praktyce oznacza, że osoby takie mają nadany duński numer PESEL (zwany tu CPR). Nie ma znaczenia, czy osoba taka płaci, czy nie, jakąś składkę na opiekę zdrowotną. Tu jest więc pierwsza różnica. Obywatel polski, mieszkający w Polsce, może nie mieć prawa do bezpłatnego leczenia, gdyż zapewnia je dopiero tzw. ubezpieczenie zdrowotne, czyli składka na NFZ (mniejsza o to jak i przez kogo opłacane). Nie zapewnia go np. fakt posiadania PESEL. Efekt tego jest taki, że w Danii praktycznie nie trzeba sprawdzać prawa do bezpłatnego leczenia. Każdy, kto podaje swój CPR (czyli PESEL), jest z definicji ubezpieczony. Wystarczy wpisać CPR, aby natychmiast widzieć nazwisko i imię właściwej osoby. Koniec sprawdzania. Taka osoba zawsze jest ubezpieczona. Duńczycy nie muszą więc tracić czasu ani pieniędzy na „dodatkowe” systemy informatyczne (jak eWUŚ – Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniodawców), aby potwierdzać sobie samym fakt prawa pacjenta do bezpłatnego leczenia. Nikt nie musi martwić się o to, że ten dodatkowy system weryfikujący zawiedzie, nie widzi go, albo akurat nie działa. Nikt nie musi nosić ze sobą „zaświadczeń od pracodawcy”. Fakt posiadania CPR oznacza ubezpieczenie zdrowotne. Gdyby było tak w Polsce, fakt posiadania PESEL zamykałby sprawę. O ileż wszystko, już na początku kontaktu pacjenta z systemem, byłoby prostsze. Ile może być w skali kraju osób, które w żadnej formie nie mają opłacanej składki na NFZ? Na pewno nie jest to duży procent populacji mieszkańców Polski. Czy warto dla tej niewielkiej grupy płacić za kolejny system informatyczny, tracić pieniądze i czas na jego obsługę? Już tu można odnieść wrażenie, że polscy decydenci mają alergię na proste rozwiązania. A to dopiero początek. Prosty poniższy przykład pokazuje różnicę w podejściu do obywatela w krajach, które mają bezpłatną publiczną opiekę zdrowotną. Znana wszystkim Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – EKUZ (konieczna np. przy wyjeździe na urlop) wydawana jest wszystkim mieszkańcom Danii i ma ważność 5 lat. Tymczasem w Polsce ważność takiej karty to zwykle okres od kilka tygodni do 6 miesięcy.

System publicznej opieki zdrowotnej w Danii obejmuje praktyki lekarzy rodzinnych, które – w przeciwieństwie do Polski – są tylko i wyłącznie praktyką lekarza rodzinnego i nie świadczą usług w zakresie porad specjalistycznych. Lekarze rodzinni są indywidualnie lub grupowo praktykującymi i mają dożywotni kontrakt z regionem (czyli administracją zarządzającą

ochroną zdrowia w danym regionie/województwie). Lekarz rodzinny może sprzedać swoją praktykę, tym samym prawa do leczenia pacjentów zarejestrowanych w tej praktyce (np. gdy przechodzi na emeryturę lub wyjeżdża z kraju). Dania jest podzielona na 5 regionów (odpowiadających polskiemu województwom). Każdy region ma swoją administrację odpowiedzialną za organizację opieki zdrowotnej. Na poziomie kraju koordynuje to ministerstwo zdrowia i urząd zwany „Sundhedsstyrelsen”.

Region posiada swoje szpitale. Niektóre z nich, poza regionalnymi, pełnią też funkcje krajowe. Są to wybrane największe i najlepsze szpitale uniwersyteckie. Specjalistyczna opieka ambulatoryjna zapewnia jest głównie przez szpitale. Ich uzupełnieniem są prywatne praktyki lekarzy specjalistów, posiadających jednak kontrakt z systemem publicznym (tak jak lekarze rodzinni dożywotni i z możliwością sprzedaży praktyki innemu lekarzowi). Proszę porównać to z Polską, gdzie tak zwany kontrakt można mieć dziś, za rok, ale już za 2 lata (np. po zmianie władzy) można go stracić i zostać z niczym. Ci lekarze specjaliści nie pracują w szpitalach, praktykują indywidualnie (tzn. są jednoosobowymi firmami) i chorzy, którzy się do nich udają, nie płacą za wizytę. Są oni uzupełnieniem przyszpitalnych ambulatoriów specjalistycznych.

W Danii – podobnie jak w Polsce – system publiczny nie jest w stanie zawsze zapewnić np. wizyty u specjalisty, czy badania „od ręki”, są kolejki. Czeka się jednak zwykle wyraźnie krócej niż w Polsce. Jest tu jasno określone, w jakim czasie chory musi być przyjęty i ile maksymalnie może czekać. Czas ten zwykle nie może przekraczać 1 miesiąca. Czas oczekiwania na badania diagnostyczne zwykle nie może przekraczać 12 tygodni. Ale np. w przypadku podejrzenia guza mózgu, od momentu skierowania chorego z takim podejrzeniem do momentu rozpoczęcia leczenia, w przypadku jego potwierdzenia, nie może upłynąć więcej niż 2 tygodnie. Oczywiście zaraz powstanie pytanie, że w ten sposób można byłoby „podciągnąć” pod to podejrzenie wielu chorych, aby uzyskać tak szybką diagnostykę. Moje doświadczenia z pracy w Polsce podpowiada mi, że mogłoby tak być w naszym kraju. W Danii, aby uniknąć podobnych pokus, zostało jasno określone, co oznacza „podejrzenie guza mózgu” i kiedy taki szybki szlak diagnostyczny jest konieczny: nowo powstały narastający ból głowy, nowo powstałe ogniskowe objawy neurologiczne, pierwszy w życiu napad padaczkowy i nagłe pojawienie się niewytłumaczalnych zmian charakterologicznych lub stanu psychicznego. Mało miejsca na „naciąganie”. W Polsce wprowadzono „pakiet onkologiczny”, który ma zapewnić ramy czasowe dla diagnostyki i terapii chorób nowotworowych. Mam jednak wrażenie, że tu podobieństwo, np. z Danią, się kończy. Problem polega

na tym, że w Danii konieczność szybkiej diagnostyki podejrzenia choroby nowotworowej nie oznacza „wyrzucenia” w niebyt czasowy chorych z innymi problemami zdrowotnymi. Na to, aby szybko diagnozować chorych onkologicznych, są przeznaczone odpowiednie siły ludzkie i sprzęt.

A co, jeżeli jakiejś usługi (np. badania diagnostycznego, zabiegu) chory nie może wykonać w publicznym szpitalu w Danii w określonym prawem czasie? Jakie prawa ma wtedy chory? Otóż jest to jedyna sytuacja, kiedy dochodzi do styku prywatnego i publicznego sektora. Chory może wtedy wykonać to badanie w prywatnej placówce, a zapłaci za to płatnik publiczny. I to jest jedyna płaszczyzna kontaktu prywatnej i publicznej sfery usług medycznych w Danii. Generalną zasadą jest, że prywatne jednostki nie mogą być finansowane z publicznych pieniędzy, a publiczne szpitale nie mogą wykonywać usług medycznych opłacanych przez pacjenta lub jego dodatkowe (prywatne) ubezpieczenie zdrowotne. Istnieje jasny rozdział prywatnej i publicznej medycyny.

W swojej codziennej pracy tutaj jestem wspierany przez jasno określone zasady i standardy postępowania. Istnieją wytyczne krajowe, regionalne. Zawsze są pod ręką, gdyż na wszystkich komputerach w szpitalu na pulpicie mamy ikonę VIP, która jest bramą do aktualnych wytycznych postępowania, np. w stanie padaczkowym, krwawieniu podpajęczynówkowym (SAH), podejrzeniu miastennii, itd., itp. Istnieje też odpowiednia organizacja pracy polegająca na tym, że nikt nigdy nie jest zostawiony sam sobie. Dyżur składa się minimum z 2 lekarzy, młodszego (tzw. *forvagt*) i starszego (zwykle specjalisty tzw. *bagvagt*). Czasami w dużych ośrodkach (jak w moim) jest jeszcze trzeci dyżurny (tzw. *mellemvagt*), bardziej doświadczony niż *forvagt*, ale jeszcze nie specjalista. Zadaniem *forvagtów* jest przyjmowanie nowych chorych, zlecenie badań, tworzenie historii choroby. *Bagvagt* nadzoruje ich pracę, służy radą, ale także robi konsultacje i ogląda trudniejszych i pilnych chorych przyjętych na dyżurze. Mój dyżur w szpitalu kończy się około 21.00, a potem w domu jestem „pod telefonem” i *forvagt* zawsze może do mnie dzwonić po poradę i zalecenia. Jednakże nawet *bagvagt*, specjalista, może zwrócić się do innego specjalisty, kolegi po poradę. Każdy z nas ma też jasno określony sposób przekazywania chorych do innych ośrodków, jeżeli wymaga tego stan chorego. Będąc na dyżurze lub robiąc obchód na oddziale, każdy lekarz w Danii wie, gdzie ma dzwonić, aby np. uzyskać poradę w zakresie specjalistycznych problemów przekraczających możliwości jego oddziału lub szpitala. Lekarz na dyżurze, np. gdzieś w Jutlandii o 1 w nocy, ma problem z chorym podejrzanym np. o ostrą miastenię. On dokładnie wie, gdzie ma dzwonić i gdzie chorego muszą przyjąć, albo udzielić mu wskazówek co dalej robić.

Nie ma zbywania i odsyłania do innych. Organizacja systemu (przez polityków, urzędników) jasno określa, kto jest odpowiedzialny za dany problem i ten ośrodek ma to robić. Tamtejszy lekarz dyżurny nie potrzebuje zgody swojego szefa na jakieś działanie (np. przyjęcie chorego z innego ośrodka). Ma obowiązek przyjąć chorego lub podać wskazówki dotyczące dalszego sposobu postępowania. Wielokrotnie czytałem, czy słyszałem o sytuacjach w Polsce, gdzie chorzy umierali z powodu zbyt późnej diagnozy czy opóźnienia leczenia spowodowanego przepychankami między szpitalami, o to, kto ma zająć się danym chorym. Albo o poszukiwaniu miejsca dla chorego przez lekarza w mniejszym szpitalu, który „wisi” na telefonie 2 czy 3 godziny, aby znaleźć miejsce dla pacjenta. Zastanawiam się, co stoi na przeszkodzie, aby na poziomie każdego województwa odpowiednie władze nadzorujące ochronę zdrowia (wojewoda, lekarz wojewódzki, specjaliści wojewódzcy) wyznaczyli konkretne ośrodki odpowiedzialne za konkretne obszary (lub powiaty) w województwie w zakresie konkretnych specjalności. Wtedy lekarz na dyżurze, gdzieś w szpitalu powiatowym X, wie, że w przypadku podejrzenia, np. ostrej polineuropatii, guza mózgu itp. ma on dzwonić do szpitala Y, gdzie chory będzie przyjęty, albo lekarz ten otrzyma konkretną poradę, co dalej robić z chorym. I nie będzie można zbywać ani odsyłać gdzie indziej. Przecież takie zorganizowanie systemu nie wymaga więcej niż kilku dni, a nie kosztuje nic. Tymczasem jedna z moich koleżanek w Polsce straciła ostatnio 3 godziny dzwoniąc, aby znaleźć miejsce w oddziale neurochirurgii dla chorego z nowo powstałym bólem głowy, u którego w TK głowy wykryto tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej o średnicy 2,5 cm. Odsyłana od oddziału X do Y, a z Y do Z. Być może tych oddziałów jest za dużo? Na liczącą około 2 mln mieszkańców Zelandię przypada 1 (jeden) kliniczny oddział neurochirurgii zajmujący się chirurgią mózgu oraz 2 (dwa) oddziały zajmujące się chirurgią kręgosłupa. Tymczasem w liczącym około 1 mln mieszkańców województwie lubuskim są aż 3 oddziały neurochirurgii, z czego dwa zlokalizowane w odległości 40 km od siebie. Stać nas na takie rozpraszenie kadry i sprzętu?

Jeżeli w Danii mamy sytuację, gdy chorego musimy szybko przesłać do innego szpitala, też są jasne zasady postępowania. Gdy chory jest stabilny, w dobrym stanie, wystarczy zamówić karetkę transportową z paramedykami. Jeżeli chory jest niestabilny, w cięższym stanie, wzywamy najstarszego stopniem dyżurnego anestezjologa, którego obowiązkiem jest ocenić chorego i zdecydować, czy chory może być transportowany przez paramedyków, czy też do transportu musi być tzw. *akut læge* („ostry lekarz”, anestezjolog), który dyżuruje stale w pogotowiu. I nie ma żadnych karetek systemowych, szpitalnych i tym podobnych bzdur, jak

w Polsce. Jest pogotowie (w Danii Falck), które pełni funkcję pogotowia. Zarówno w zakresie wyjazdów do nagłych zachorowań i wypadków, jak i transportu chorych między szpitalami. W Danii: pogotowie to pogotowie, szpital to szpital. Z tego co wiem, w Polsce to szpital musi pełnić funkcję pogotowia dla chorych będących pacjentami szpitala, a wymagających transportu do innego szpitala. Szpital musi mieć więc swoje karetki. Zdumiewający pomysł.

Jak pracuje się na co dzień w duńskim szpitalu? Ogólnie można stwierdzić, że logicznie, przewidywalnie, dość łatwo i według jasnych zasad. Choć mnie po duńsku pracuje się oczywiście „trochę” trudniej niż moim duńskim kolegom. Mój oddział liczy 52 łóżka. I tu kończy się podobieństwo z polskim dużym oddziałem neurologii. Dlaczego? Otóż dlatego, że część łóżkowa to tak naprawdę połowa oddziału. Ambulatorium neurologiczne bowiem jest ogromne i mieści się w 3 różnych lokalizacjach. Obejmuje poradnie: ogólnoneurologiczną, klinikę demencji, stwardnienia rozsianego, pozapiramidową, padaczki i guzów mózgu, leczenia toksyną botulinową, chorób naczyniowych OUN. Bywają dni, kiedy w ambulatorium jest łącznie 7 lekarzy (5 specjalistów i 2 młodszych asystentów). Wiele procedur, które w Polsce wymagają hospitalizacji, wykonujemy tu ambulatoryjne (nakłucia lędźwiowe, leczenie rzutu SM, wlewy dożylnie, np. immunoglobulin). Jest to tańsze dla systemu i wygodniejsze dla chorego. Nikt tu nie kieruje do szpitala w celu diagnostyki. Do tego służy ambulatorium. Do oddziału trafiają tylko ostre zachorowania oraz chorzy z jakiś powodów wymagający bardzo szybkiej diagnostyki (z dnia na dzień). Czas pobytu chorego, np. z udarem mózgu, bez powikłań, to najwyżej 4-5 dni. Chorzy z przemijającym niedokrwieniem mózgu (*transient ischemic attack* – TIA) są w oddziale zwykle maksymalnie 2 doby. Praca oddziału odbywa się według ściślejszych reguł obserwacji chorego z użyciem odpowiednich skal. Znacznie mniejsza to nieprzewidywalność i ryzyko przeoczenia czegoś. Jednak, aby zapewnić taką opiekę, ilość personelu jest również odpowiednia do zadań. Aktualnie łączna liczba lekarzy to 26 (13 młodszych, bez specjalizacji, 13 specjalistów). Specjaliści to starsi asystenci i ordynatorzy. W moim oddziale aktualnie jest łącznie 9 ordynatorów. Jesteśmy podzielnymi odpowiedzialnością za poszczególne wycinki pracy. I jesteśmy samodzielni. Szef oddziału jest bardziej osobą odpowiedzialną za organizację, administrację.

Młodzi lekarze są często u nas tylko 6-9 miesięcy i jest w tej grupie duża rotacja. Nie wszyscy oni będą kiedyś neurologami. Część z nich odbywa staż z neurologii w ramach innej specjalizacji (np. psychiatrii). Ci lekarze, w przeciwieństwie do Polaków, pracują tu w pełni, w 100%, w oddziale czy ambulatorium. Po

2-3 tygodniach okresu wstępnego mają dyżury, także nocne, biorą udział w obchodzie lekarskim, pracy ambulatorium. Są oczywiście nadzorowani. Naczelną zasadą pracy w duńskim szpitalu jest bowiem zasada nadzoru według reguły „wszyscy mogą nadzorować wszystkich”. Jednym słowem nie ma tu „panów” i „władców” absolutnych. Jasne jest, że to głównie specjaliści i ordynatorzy nadzorują młodszych lekarzy, ale obowiązkiem młodszych lekarzy jest również krytyczna ocena pracy specjalisty, który ich nadzoruje (włączając szefa kliniki) i zgłaszanie jemu lub innym zauważonych pomyłek lub problemów. Przecież specjalista, nawet najlepszy, może zawsze coś przeoczyć, a poza tym nie musi znać się na wszystkim. Jest to biegunowo odmienny system pracy od, często „feudalnego” modelu, obowiązującego w Polsce. Czytając strony internetowe polskich szpitali, można często zauważyć w opisie poszczególnych oddziałów zdanie „pracą oddziału kieruje ordynator, któremu podlegają lekarze”. W Danii podległość nie oznacza, że podlegający nie może oceniać albo krytykować tego, komu podlega. Stosunki w pracy są luźne, wszyscy w zespole są ze sobą po imieniu. Nie potrzeba „feudalnej” struktury, gdyż wszyscy pracują według jasno określonych procedur i wytycznych. Chory przyjęty do oddziału w ciągu 12-24 godzin musi być zbadany przez innego lekarza niż przyjmujący, najlepiej specjalistę. W czasie pobytu w oddziale jest jeszcze badany i nadzorowany przez innego specjalistę. Zasadniczo nie ma czegoś takiego, jak lekarz prowadzący, co jest standardem w Polsce. Może się wydawać, że to gorzej, ale to znacznie zmniejsza szansę przeoczenia czegoś. Gdy chory jest codziennie oceniany przez tego samego lekarza istnieje ryzyko, że może on czegoś nie zauważyć. Nie skoryguje sam siebie. W Danii „wszyscy mają nadzorować wszystkich”.

Czym jeszcze różni się organizacja i nadzór nad systemem opieki zdrowotnej w Danii od modelu polskiego? Przede wszystkim tym, że w Danii system jest nadzorowany i monitorowany z poziomu znacznie powyżej poszczególnych jednostek opieki zdrowotnej, czy też płatnika (w Polsce NFZ). Tym samym oznacza to, że w Danii dyrektor szpitala nie może podejmować autonomicznie decyzji o np. utworzeniu lub zlikwidowaniu jakiegoś oddziału szpitalnego. Pokrycie potrzeb zdrowotnych odpowiednio jest zadaniem regionu, a w przypadku procedur wysokospecjalistycznych decyzje zapadają na poziomie krajowym. Około 2 lata temu śledziłem gorącą dyskusję na temat pomysłu rozszerzenia oddziału kardiologii inwazyjnej o procedury ostre w zawale serca w szpitalu w Roskilde, mieście położonym około 30-40 km od Kopenhagi, w którym działa dość znany uniwersytet. Dotąd wykonywali tylko diagnostyczną koronarografię i planowe stentowanie tętnic wieńcowych. Mimo, że miejscowa kardiologia, jak i szefostwo szpitala było gotowe i bardzo tym

zainteresowane, zgody nie otrzymali. Nadzór regionalny argumentował, że do Kopenhagi jest tylko 35 km i chorego można szybko przewieźć do Rigshospital, gdzie działa odpowiednio wyposażony, mający liczną i bardzo doświadczoną kadrę ośrodek kardiologii inwazyjnej pełniący ostry dyżur. Tymczasem w Polsce ośrodki wykonujące takie zabiegi powstają jak „grzyby po deszczu”, często w małych szpitalach, bez zaplecza, którym daleko do poziomu kadrowego i wyposażenia, np. szpitala w Roskilde. Przyczyna jest banalna. Z jakich nieznanych powodów procedury te zostały wycenione w Polsce bardzo atrakcyjnie. Co ciekawe, w Polsce są to często ośrodki prywatne ulokowane w publicznych szpitalach. Tu kolejna zasadnicza różnica pomiędzy modelem polskim i duńskim. W Danii, o czym już wspominałem, prywatna opieka zdrowotna jest ściśle oddzielona od publicznej, a przenikanie się prywatnego i publicznego sektora jest ograniczone do minimum. Pozwolę sobie nie zgłębiać genezy i przyczyn, delikatnie mówiąc, „odmiennego” podejścia do tego zagadnienia w Polsce. Powyższy przykład obrazuje też coś, co – z mojego punktu widzenia – jest co najmniej kontrowersyjne w polskim systemie. W naszym kraju chorzy są dzielni na „lepszych” i „gorszych”. Chorzy kardiologiczni mają o wiele lepszy dostęp do dobrej opieki, gdyż leczenie ich chorób jest stosunkowo dobrze zabezpieczone finansowo. Mający „pecha” chorować na inne schorzenia często mogą pomarzyć o takim zabezpieczeniu. Wieloletnie kolejki do operacji wymiany stawu biodrowego czy kolanowego, to dobry przykład „chorych-pechowców” w Polsce. Inna, dyskryminowana grupa, to np. chorzy ze stwardnieniem rozsianym.

Również w zakresie podstawowych zadań leczenia szpitalnego w Danii (np. internistycznego) nadzór regionalny dokładnie określa, gdzie zlokalizowane i jak duże mają być oddziały chorób wewnętrznych w szpitalach podległych regionowi. Żaden dyrektor nie może sam podejmować decyzji o zamknięciu oddziału, czy też zmieniać jego profilu. Parę miesięcy temu czytałem, że w jednym z polskich miast wojewódzkich jest ogromny problem z ostrymi łózkami internistycznymi. Mimo, że w mieście jest kilka sporych szpitali, tylko jeden, ten największy posiada oddział internistyczny pełniący całodobowy dyżur. Jednak nie jest on w stanie zabezpieczyć potrzeb całego miasta i okolic. Regułą jest odsyłanie lżejszych przypadków oraz chorzy notorycznie leżący na korytarzach. Dlaczego tak jest?

Dlaczego osoby mające nadzorować organizację opieki zdrowotnej w tym regionie Polski pozwoliły na taki stan rzeczy? Otóż wyczytałem, że dyrektorzy innych, nieco mniejszych, szpitali w mieście pozamieniali oddziały ogólnointernistyczne w specjalistyczne, np. w endokrynologiczny, gastrologiczny, itp. Nie opłacało się im ekonomicznie mieć w szpitalu „ostrego” oddziału wewnętrznego. Opisana sytuacja świadczy o kompletnym braku nadzoru nad bardzo istotnymi aspektami. Decyzja kilku dyrektorów szpitali spowodowała chaos i bezpośrednie zagrożenie dla chorych i nikt nie ingerował w nią ani jej nie zapobiegł. W Danii, nawet gdyby dyrektor szpitala miał podobny pomysł, nie mógłby go wprowadzić w życie bez zgody i planu ze strony regionu. Tylko tyle i aż tyle.

Jak można podsumować moje odczucia i wrażenia z pracy w Danii w kontekście sytuacji lekarzy i pacjentów w Polsce? System duński nie jest idealny, bo takiego nie ma nigdzie. Też zdarzają się tu nieporozumienia i drobne zgrzyty. Niewątpliwie jednak jest to model bardziej logiczny oraz przyjazny dla pacjenta i lekarza, niż polski. Jest też sprawiedliwy. Zbudowany tak, aby zapewnić maksymalną przejrzystość i bezpieczeństwo. Polski system jawi się przy tym jako zagmatwany, skomplikowany, niesprawiedliwy. Dlaczego tak jest? A może komu służy to, że tak jest? Zapewniam, że nie jest prawdą, iż nasz system jest zły, bo mamy mniej pieniędzy niż Dania. Wiele jego aspektów można naprawić bez pieniędzy, albo małym kosztem. Uproszczenie oraz proste zmiany organizacyjne nie kosztowałyby nic. Wszystkim byłoby po takich zmianach łatwiej. Kto tego nie chce? Czy aby tylko politycy? Na tym tle jakże znamienita jest historia, którą słyszałem około rok temu. Jeden ze szpitali w Kopenhadze wizytowała grupa polskich lekarzy i dyrektorów szpitali. Po obejrzeniu wszystkiego i wysłuchaniu, jak zorganizowana jest praca i opieka nad chorymi w tym szpitalu, jeden z polskich gości (sam dyrektor szpitala) skomentował to tak: „przerost formy nad treścią”. Cóż, jak mawiało się kiedyś: „ręce opadają”. To pozwala też łatwiej zrozumieć dlaczego tak, a nie inaczej, wygląda nasz system.

Opisałem najważniejsze aspekty organizacyjne duńskiego modelu opieki zdrowotnej. Oczywiście wiele spraw (np. współpraca lekarzy i pielęgniarek, podejście do chorego, sposób informowania chorych i ich rodzin, sprawy dotyczące opieki terminalnej) to temat na osobny artykuł.