

Tamara Filiks

System wizyt u lekarza jest „chory”

System opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na modelu ubezpieczeniowym - każdemu ubezpieczonemu, niezależnie od sytuacji materialnej, przysługuje prawo do ochrony zdrowia. Wydaje się, że temat ten budził, budzi i będzie budził wiele kontrowersji. Jak ktoś kiedyś powiedział „w Polsce trzeba mieć zdrowie, żeby chorować”.

System wizyt u lekarza jest po prostu „chory”. Wprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) limity zawarte w kontraktach powodują, że kolejki do przyjęć w szpitalach stają się makabrycznie długie, a pod koniec roku dostanie się do specjalisty „graniczy z cudem”. Jeśli NFZ nie będzie płacił szpitalom za tzw. „nadwykonania”, czyli pacjentów przyjętych ponad limity zawarte w kontraktach, kolejki do specjalistów będą jeszcze dłuższe, bo szpitale nie będą już ryzykować i przyjmować pacjentów „ponadlimitowych”.

Dyrektorzy szpitali są między młotem a kowadłem. Z jednej strony muszą dbać o zdrowie i życie pacjentów, a z drugiej nie mogą zadłużać placówek. Nie wiem czy dobrym rozwiązaniem było powołanie do życia NFZ, ale jeśli już to NFZ powinien podlegać merytorycznie ministerstwu zdrowia i być zobowiązany do uwzględnienia opinii Konsultantów Krajowych. W szczególności powinno się zaniechać praktyki limitowania leczenia chorób prowadzących do inwalidztwa lub skracających życie. Niedopuszczalne jest nieuwzględnianie w refundacji metod diagnostycznych lub terapeutycznych.

Kolejnym pomysłem jest wprowadzenie (dla osób wyrażających taką chęć) częściowej odpłatności procedur, na które szpital wykorzystał przyznane w kontrakcie z NFZ limity. Jeżeli limity wykonywania procedur medycznych muszą istnieć (a obawiam się, że tak), to szpital mający kontrakt z NFZ po wyczerpaniu limitu na daną procedurę powinien mieć możliwość, do czasu uzyskania limitu na kolejną pulę procedur, wykonać ją odpłatnie u pacjentów zgłaszających taką wolę. Mamy coraz bogatsze społeczeństwo i część ludzi jest w stanie pokryć koszty leczenia z własnych środków finansowych, a co najważniejsze daje się im możliwość kontynuacji leczenia, a nie zaprzestania (bo szpitalowi skończyły się limity). Wydaje się, że takie rozwiązanie mogłoby pomóc i pacjentom w kolejkach, i placówkom opieki zdrowotnej związanymi kontraktami z NFZ.

W dobie cyfryzacji, w której dostęp do Internetu ma praktycznie każdy wydaje się, że metody monitorowania stanu pacjenta przy użyciu Internetu powinny być uznaną i refundowaną metodą. Doprowadziłoby to do oszczędzenia niektórym pacjentom niepotrzebnych wizyt u lekarza, a z drugiej strony - przyspieszałoby konsultacje doraźne w przypadku, gdy coś zaczyna funkcjonować gorzej.

Sama jestem tego dobrym przykładem. Od dwóch lat zażywam te same leki i co dwa miesiące muszę rejestrować się do lekarza pierwszego kontaktu, aby otrzymać receptę na nie. Poranne dodzwonienie się do rejestracji, kosztuje wiele zachodu (telefon ciągle zajęty), no i niepotrzebnie zajmuję miejsce w kolejce innym pacjentom (chcąc dostać tylko receptę). W NFZ obowiązuje zasada: „chory nie był w gabinecie - nie było badania, nie ma zwrotu kasy”.

Wydaje się, że telemedycyna mogłaby znaleźć duże zastosowanie w takich dziedzinach medycznych jak kardiologia, diabetologia czy alergologia. Narzędzia i aplikacje, jakie muszą obsługiwać pacjenci i lekarze opiekujący się nimi na odległość, stają się coraz prostsze w obsłudze, a jednocześnie poprawia się ich funkcjonalność. Urządzenia do wykonywania w warunkach domowych pomiarów i badań nie stanowią barier nawet dla osób starszych, które stereotypowo określa się mianem wykluczonych cyfrowo. Telemedycyna jest już uznaną częścią medycznej rzeczywistości w wielu krajach, niestety nie w Polsce, tu jest wciąż traktowana jako ciekawostka, ponieważ ani Ministerstwo Zdrowia, ani NFZ nie są w stanie jej pojąć.

Kolejnym problemem jest szkolenie i płaca personelu medycznego. Pielęgniarek w Polsce kształci się coraz mniej i niedługo staniemy przed problemem braku własnego personelu medycznego, a chyba nie chodzi o sprowadzanie pielęgniarek z zagranicy, bo to ani tanie ani moralnie uzasadnione nie jest. Większość szkół kształcących pielęgniarki została pozamykana w związku z brakiem zainteresowania tym zawodem. Przestało się opłacać prowadzenie takich szkół, a co jest ekonomicznie nieuzasadnione, upada. Nie ma się temu co dziwić, bo za tak ciężką i odpowiedzialną pracę przy tak niskim wynagrodzeniu, coraz trudniej znaleźć chętne osoby do wykonywania tego zawodu.

Decyzje związane ze zmianą tej sytuacji powinny zostać podjęte jak najszybciej, ponieważ i tak upłynie kilka lat zanim doprowadzi to do widocznych pozytywnych efektów. Rozpocząć należałoby od opracowania systemu umożliwiającego przyznanie pielęgniarkom wyższych uprawnień, a co się z tym wiąże stworzenia szansy na wyższe zarobki. Prestiż zawodowy i szansa na godziwe życie mogą sprawić, że ponowne otwarcie pozamykanych szkół pielęgniarskich będzie miało sens.

Polska służba zdrowia w ostatnich dwóch dekadach jest nieustannie reformowana i modyfikowana. Reorganizacja służby zdrowia to sztandarowe hasło polityków wszelkiej maści. Brak konsekwencji i ciągłości w dokonywaniu zmian powoduje, że tak jak w wielu innych europejskich krajach służba zdrowia poddawana jest w Polsce nieustannej krytyce za to, że nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom pacjentów.