Ideał służby zdrowia – szukanie pacjenta

2 lipca 2019

Składanie wizyt lekarzom nie jest moim ulubionym zajęciem. Ale cóż zrobić – w miarę upływu lat muszę ich odwiedzać coraz częściej, tracąc dodatkowy czas na zapisywanie się do wirtualnych kolejek, a potem na siedzenie w fizycznych kolejkach, przed gabinetami.

Te ostatnie dają mi jednak trochę satysfakcji. Aktywizują bowiem zawodową skłonność do badań skali i przyczyn tego organizacyjnego „zjawiska”.

W kolejce

Kolejka fizyczna na ogół się nudzi, więc rozmawia. Podsłuchuję – bo odzywa się we mnie zakorzeniona natura donosiciela, zwanego teraz sygnalizatorem. Informacje o chorobach, opinie o lekarzach, i administracji przychodni, przeplatają się z wyjaśnianiem przyczyn wizyt. Jestem względnie nowoczesnym sklerotykiem, więc mam smartfon i robiłem w nim notatki z kilkunastu takich wizyt, w trzech przychodniach. Co z nich

wynika?

Do lekarzy tzw. pierwszego kontaktu jedna trzecia pacjentów „na coś” zachorowała (zaziębienie, grypa, żołądek), chce wiedzieć na co i dostać pomoc w postaci „jakiś” leków.

Także jedna trzecia leczy się u tego lekarza na „choroby przewlekłe”, chce mu powiedzieć jak się czuje i dostać kolejne recepty. Dlaczego nie korzysta z możliwości załatwienia recept w recepcji? Bo „panie w recepcji” robią to niechętnie, najczęściej i tak biegną do jakiegoś lekarza, aby je podpisał. Trwa to dłużej i nie daje przyjemności pogawędzenia z lekarzem i innymi pacjentami w kolejce.

Około 20 proc. leczy się u innego lekarza, ale ktoś im powiedział, że ten jest lepszy zawodowo, albo bardziej uprzejmy. Chcą to sprawdzić.

I pozostali – to wepchnięci dodatkowo w kolejkę jako „nagłe przypadki”, albo kombatanci. Reszta patrzy na nich „wilkiem”, bo wydłużają im czas oczekiwania.

W kolejkach do specjalistów jest inna sytuacja. Połowa oczekujących wie czego chce i są to z reguły pacjenci „komercyjni”, czyli tacy, którzy zapłacili za wizytę 80, 100 albo 120 zł. Druga połowa ma skierowanie od „lekarza pierwszego kontaktu” i liczy na dokładniejszą informację, co właściwie im dolega i jak to leczyć. Uczestnicy tej grupy wyczekali się kilka tygodni, albo kilka miesięcy, a nawet lat w kolejkach „wirtualnych”, najczęściej byli już jednak w „międzyczasie” na płatnych wizytach i obecną traktują jako wstęp do dalszego, bezpłatnego leczenia.

Zapewne mam skłonności do przesady, ale wydaje mi się, że co najmniej 30proc. „kolejkowiczów” mogło by bez uszczerbku dla zdrowia zrezygnować z wizyty, na którą oczekują. Ale wizyta nic nie kosztuje, pracującym może pozwolić na uzyskanie zwolnienia, a emerytom daje możliwość nawiązania towarzyskich kontaktów i wymiany informacji, o czekających ich jeszcze

chorobach i nieudolności naszej służby zdrowia.

Kilka złotych minus

Naprawą służby zdrowia kolejne rządy zajmują się deklaratywnie od wielu lat. Rezultaty są dalekie od oczekiwań i zostawiają nas w tyle za większością krajów UE – także za naszymi najbliższymi sąsiadami. Gorzej – wtajemniczeni specjaliści twierdzą, że organizacyjna sprawność służby zdrowia, jest lepsza nawet na formalnie dalekiej od UE Białorusi.

Dlaczego??

Przede wszystkim dlatego, że boimy się niepopularnych rozwiązań. Temat symbolicznej odpłatności za medyczne „usługi" wracał kilkakrotnie, ale był natychmiast wytłumiany przez rządzące ekipy. Ciągle przecież zbliżają się jakieś wybory i nie można drażnić elektoratu groźbą zwiększenia wydatków, zwłaszcza w sytuacji, w której rozdaje się pieniądze w ramach różnych „obietnic +".

Nie szukajmy dalekich przykładów i zajrzyjmy do braci Czechów. Obywatel płaci tam za każdą wizytę u lekarza około – w przeliczeniu – 4,50 zł. Dwa razy tyle, czyli ok. 9 złotych płaci za każdy dzień pobytu w szpitalu – aż do pewnego limitu , po którym, za uzasadniony dalszy pobyt płaci „system," – czyli w naszym przypadku NFZ.

Po roku od wprowadzenia tych rozwiązań w 2008 roku, kolejki do lekarzy właściwie zniknęły i osiągnięto nieznany u nas w publicznej służbie zdrowia stan „poszukiwania pacjenta". W przygranicznych miejscowościach i w Pradze czekają z utęsknieniem nawet na pacjentów z Polski i Niemiec.

Narażam się oczywiście współobywatelom, ale uważam , że w naszej sytuacji 4,50 to za mało. Sądzę, że u nas powinno się płacić minimum 6 złotych za wizytę u „lekarza pierwszego

kontaktu” lub innego internisty i 10 zł. za wizytę u specjalisty. Pobyty w szpitalu – też 10 zł. za dzień, do 10 dni. Potem komisja lekarska z danego szpitala powinna zdecydować, czy można pacjenta zwolnić do domu, czy też konieczne jest dalsze jego leczenie szpitalne. Jeśli tak – opłatę za następne dni powinien pokrywać NFZ. Można oczywiście wprowadzać ulgi lub zwolnienia z tych opłat dla niektórych grup pacjentów, ale nie powinno to naruszać podstaw systemu.

To zapewne wymaga dodatkowej dyskusji, ale uważam, że wpływy z tych opłat powinny w połowie zasilać fundusze systemu, a w połowie pozostawać na kontach pobierających opłatę przychodni i szpitali. Kierownictwa tych jednostek powinny mieć swobodę decyzji o przeznaczeniu tych środków, także na podwyższanie poziomu płac personelu medycznego. Może to być dodatkowym elementem konkurencji mobilizującym do poszukiwania pacjentów, i nieco zahamować tendencje młodych lekarzy, do zarobkowych przeprowadzek za granicę.

Ale czeski system ochrony zdrowia zarabia nie tylko na wizytach konsultacyjnych i pobytach szpitalnych. Podobnych rozmiarów wpływy uzyskuje z opłat za wystawianie recept. Za każdą wystawioną receptę pobiera się opłatę w wysokości prawie 3 złotych. To byłoby „małe piwo”. ale wprowadzono zasadę, że recepta może być tylko na jeden lek. Jeśli np. emeryt musi zażywać 7 leków, to dostaje siedem recept i płaci za nie ok. 21 złotych. Może nie co miesiąc, bo – tak jak u nas – można dostać receptę na dwa czy trzy opakowania, ale w każdym razie jest to już znaczący wydatek.

Czeski system opłat za recepty jest – moim zdaniem – zbyt biurokratyczny. Sądzę, że powinniśmy do tej części problemu podejść inaczej. Można przecież – niestety znowu denerwując suwerena – wprowadzić opłatę na „fundusz zdrowia” w wysokości np. 1 zł. od każdej sprzedaży leku na receptę. Obliczyłem na paru konkretnych przykładach. Byłby to dla pacjenta wydatek roczny 50-60 złotych. Jednorazowo wydaje się dużo, ale w „rozbiciu” na 12 miesięcy nie powinno nikogo przerażać.

Szersze spojrzenie

Odważna decyzja o wprowadzeniu niewielkiej odpłatności za wizyty u lekarzy i pobyty w szpitalu powinna – moim zdaniem – pozwolić także na rezygnację z „zasady”, że do specjalisty musimy iść ze skierowaniem od internisty. Eo ipso – musimy najpierw czekać na wizytę u internisty, a potem u specjalisty. Bez sensu. Jeśli będziemy płacić drożej za wizytę u specjalisty – to raczej nikt nie będzie się o nią starał, jeśli nie będzie miał pewności, że jest mu ona naprawdę potrzebna.

Po wprowadzeniu odpłatności w publicznej służbie zdrowia do zmniejszenia kolejek może się też przyczynić konkurencyjna aktywizacja licznych w Polsce korporacji medycznych. Dzisiaj także przejmują one podstawową opiekę lekarską nad dużymi grupami pracowników, których pracodawcy decydują się na wykupienie „pakietów”, w praktyce eliminujących konieczność korzystania z placówek „publicznej” służby. Z ich usług korzysta także część lepiej sytuowanych przedstawicieli „wolnych zawodów”, a także bogatszych emerytów. Trudno się dziwić – ich placówki są lepiej zorganizowane, wizyty odbywają się punktualnie, nie trzeba czekać na EKG czy pobranie krwi.

Korporacje medyczne mają jednak – moim zdaniem – niewybaczalny grzech na sumieniu. Prywatnie u większości tych firm można wykupić „pakiet”, jeśli się nie ma więcej niż 80 lat. Pacjenci powyżej tego wieku nie są już dla nich interesujący, bo (zapewne) mogą częściej chorować, domagać się wizyt domowych i badań laboratoryjnych. Ale – jakby tego nie tłumaczyć – jest to jednak rodzaj wykluczenia określonej grupy obywateli. Nieubłagany upływ czasu powoduje, że w tej grupie są obecnie wszyscy, jeszcze uporczywie i bezczelnie żyjący, kombatanci II Wojny. Zarówno ci „z zachodu” jak i „ze wschodu”, a także partyzanci i uczestnicy Warszawskiego Powstania. Nie ma ich wielu i jeszcze mniej jest wśród nich ludzi dobrze sytuowanych, którzy z usług korporacji chcieli by korzystać.

Ale są tacy, próbują i odbijają się od ściany. Panie i Panowie Prezesi korporacji medycznych – wiem, że „biznes to biznes”, ale z moralnego i „patriotycznego” punktu widzenia wygląda to bardzo brzydko. A w zestawieniu z hurrapatriotycznym nastawieniem obecnie rządzącej ekipy – wręcz tragicznie.

Wprowadzenie niewielkiej odpłatności za usługi medyczne w publicznej służbie zdrowia wymaga oczywiście szerokiej dyskusji i przygotowania społecznego. Słyszę czasem głosy, że może to nie być zgodne z Konstytucją. Nie zgadzam się z tym poglądem. Artykuł 68 pkt. 2 Konstytucji mówi, ze „obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Konstytucja nie wspomina o odpłatnościach, czyli mogą być one jednym z warunków ustalonych ustawą. Jeśli wszyscy będą musieli ponosić drobne opłaty za usługi medyczne, to dostęp nadal będzie „równy”.

Autorstwo: Tadeusz Wojciechowski
Zdjęcie: EdTech Stanford University School of Medicine (CC BY-NC-ND 2.0)
Źródło: Trybuna.info