



Chorzy będą badani dokładniej

OCHRONA ZDROWIA | Resort zdrowia chce, żeby pod opieką lekarzy rodzinnych było mniej niż 2750 pacjentów

KATARZYNA NOWOSIELSKA

Specjalny zespół w Ministerstwie Zdrowia pracuje nad rozwiązaniami prawnymi, które na nowo określą model organizacyjny podstawowej opieki zdrowotnej. Zaczątkiem tego jest nowelizacja ustawy zdrowotnej, dzięki której pacjent będzie przypisany nie do lekarza, ale do przychodni. Dzięki temu NFZ zapłaci placówkom za każdą udzieloną poradę, a one nie zamkną gabinetów.

Oprócz tych zmian już wiadomo, że zespół pracuje nad zmniejszeniem liczby pacjen-

tów, która przypada na jednego lekarza rodzinnego. Teraz, według zarządzeń prezesa NFZ, jest to 2750 osób, ale środowiska lekarskie twierdzą, że to zbyt wiele.

Za dużo pacjentów

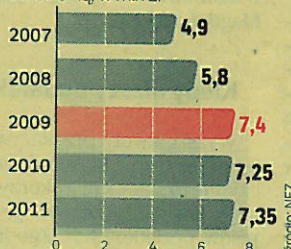
- Chory powinien móc leczyć się u wybranego przez siebie lekarza. Ze względu jednak na limity musi często szukać porady w oddalonych od domu przychodniach, a nawet innych miejscowościach - mówi Jacek Krajewski z Porozumienia Zielonogórskiego. - Dla porównania w

Anglii, Irlandii czy Danii na jednego lekarza przypada nie więcej niż 1400 - 1800 osób. Tam systemy opieki zdrowotnej działają bez zarzutu, a każdy lekarz w gabinecie ma czas na rozmowę i dokładne przebadanie pacjenta - wyjaśnia.

Z drugiej strony środowiska lekarskie zaznaczają, że aby zmniejszyć liczbę pacjentów pod opieką jednego lekarza czy pielęgniarki, trzeba również zmienić zasady finansowania określone w zarządzeniach prezesa NFZ.

- Mamy tylko 10 tys. lekarzy rodzinnych. NFZ płaci za każdą udzieloną poradę zasadniczo

Wydatki NFZ na podstawową opiekę zdrowotną, w mln zł



♦ ŚRODKÓW NA MEDYCYNĘ RODZINNĄ NIE PRZYBYWA

zaledwie 8 zł. Co więcej, nie jest to stawka motywacyjna, bo jeśli lekarz pierwszego kontaktu wy-

śle chorego na badania diagnostyczne, to musi je sfinansować z tych 8 zł - mówi Konstanty Radziwiłł, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i lekarz rodzinny. Zaznacza, że NFZ powinien sklasyfikować porady. Czyli np. płacić więcej za leczenie starszej i schorowanej osoby niż za poradę udzieloną młodemu człowiekowi. To zdaniem Konstantego Radziwiłła zachęci lekarzy do częstszego kontaktu z chorym.

Solą w oku lekarzy pozostaje także kwestia dostępu do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Ma go u siebie NFZ, który jeszcze kilka lat temu pozwalał lecznicom uzyskiwać z niego potwierdzenie, czy pacjent jest ubezpieczony. Teraz przychodnie muszą bazować tylko na druku RMUA przedstawionym przez chorego. Problem pojawia się, jeśli nieubezpieczony pacjent mówi, że zapomniał dokumentu, a lekarz wypisze mu receptę na lek refundowany. Wówczas musi zwracać równowartość pieniężną refundacji pobranej przez pacjenta.

Konieczność usprawnienia funkcjonowania medycznej opieki rodzinnej widzą też środowiska pacjenckie. Przyznają, że potrzebna jest oddzielna ustawa, która przebuduje kulejący system. Lekarz rodzinny nie powinien ograniczać się w nim do wypisywania recept i skierowań do specjalistów, ma być też przewodnikiem pacjenta w systemie opieki zdrowotnej.

Duża rola pielęgniarki

- W nowym modelu trzeba położyć nacisk na rolę pielęgniarki, wzmocnić jej kompetencje. Tylko ona razem z lekarzem, który nie zawsze może zająć się chorym dokładnie, może skoordynować opiekę zdrowotną. Do tego potrzeba zmian kulturowych i uświadomić pacjenta, do kogo i z jakim schorzeniem ma chodzić - mówi Tomasz Szelągowski z Federacji Praw Pacjentów.

@masz pytanie, wyślij e-mail do autorki
k.nowosielska@rp.pl