

Czy ambulatoryjna opieka specjalistyczna wytrzyma kolejny eksperyment?



Fot. iStockphoto.com 3X

W końcu listopada 2017 r. w Dzienniku Ustaw opublikowano ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej. Szereg jej zapisów będzie działał w najbliższych latach i może właśnie dlatego dzisiaj niewiele osób się nad tym zastanawia.

Już pierwszy rozdział definiuje rolę podstawowej opieki zdrowotnej, przypominając czasy kas chorych. Czytamy w nim bowiem, że podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Słuszny kierunek, ale...

W mojej ocenie jest to kolejna próba odwrócenia trendu traktowania szpitala (SOR-ów, izb przyjęć) jako miejsca zapewniającego pomoc w każdym przypadku. Kierunek wydaje się słuszny, choć warto spojrzeć dalej, aby odpowiedzieć sobie na pytanie, do jakiego celu zmierza ustawodawca. Kluczowe staje się tu używane coraz częściej słowo „koordynacja”. Jednym z podstawowych celów POZ ma być bowiem koordynacja opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia. Lekarz POZ w ramach koordynacji inicjuje lub koordynuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innego świadczeniodawcę. Pielęgniarka POZ

i położna POZ w ramach współpracy z lekarzem POZ rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne świadczeniobiorcy oraz problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują kompleksową opiekę pielęgniarską, a także kontynuują postępowanie terapeutyczne zlecone przez innego świadczeniodawcę, w ramach swoich kompetencji zawodowych.

Koordynacja

W ramach owej koordynacji świadczeniodawca zapewnia:

- profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką,
- badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne według indywidualnego planu diagnostyki, leczenia i opieki, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

Lekarz POZ jest zobowiązany do wyznaczenia osoby, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym informowanie

o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń. W praktyce ma to się przełożyć na szeroko rozumianą łączność z innymi świadczeniodawcami oraz instytucjami i sprowadzać się do udzielania porad i przekazywania informacji o nich innym podmiotom realizującym leczenie. Mówiąc wprost, kluczem do systemu staje się lekarz POZ i jego koordynator. Teoretycznie na gruncie tej konstrukcji można stworzyć system, w którym np. lekarz specjalista będzie udzielał świadczeń nie tylko na podstawie skierowania, lecz przede wszystkim w ścisłej korelacji z lekarzem POZ. Śmiem twierdzić, że możliwe jest oddanie w ręce lekarza POZ regulowania ilości, zakresu i rodzaju świadczeń AOS.

Oszczędzanie na AOS

W niektórych materiałach informacyjnych Ministerstwa Zdrowia mogliśmy wyczytać, że lekarz POZ będzie zobowiązany zapewnić dostęp do konsultacji specjalistycznych. Jest to pojęcie szersze od dotychczasowego i może postawić lekarzy POZ wobec trudnego zadania. Gdyby jednak poszerzyć pojęcie budżetu powierzonego lekarzowi POZ i umieścić w nim środki na finansowanie konsultacji specjalistycznych, to w połączeniu z zapewnieniem odpowiedniej „premii za wyniki” optymalizacja kosztów AOS jest niemal pewna.

Zupełnie innego wymiaru nabierze wówczas ujęty w nowelizacji ustawy art. 159 ust. 2b pkt 3 mówiący o dodatku motywacyjnym wypłacanym na podstawie uzyskania oczekiwanego efektu terapeutycznego i jakości opieki. Oczywiście na razie planowane rozwiązanie zakłada, że lekarz POZ zapewni dostęp do lekarza specjalisty, a nawet będzie z nim w kontakcie umożliwiającym konsultacje lekarz – lekarz. Gdyby jednak (czysto teoretycznie) pieniądze przeznaczone na AOS (z wyłączeniem środków będących w poradniach przyszpitalnych sieci) przekazać na owe budżety powierzone, to optymalizatorem ich zużycia będzie lekarz POZ. Wówczas inne znaczenie będzie mieć zapis ustawy, według którego świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, dostęp do opieki ambulatoryjnej w miejscu udzielania świadczeń.

Teoria i praktyka

Technicznie wystarczy tylko w odpowiednim momencie nie aneksować kolejny raz umów z poradniami specjalistycznymi niebędącymi w sieci szpitali i pozostawić nawiązanie relacji lekarzom POZ. W gruncie rzeczy sieć podstawowego zabezpieczenia szpitalnego zapewni w swoich zasobach nie tylko możliwość hospitalizacji, lecz także porady specjalistyczne, i to w zakresie mniejszym niż obecny AOS. Są to przecież poradnie przyszpitalne, a zatem z definicji przeznaczone do udzielania świadczeń związanych z planowaną lub wykonaną hospitalizacją. Wracając zatem do dawnej



„Gdyby poszerzyć pojęcie budżetu powierzonego lekarzowi POZ, to w połączeniu z zapewnieniem odpowiedniej premii za wyniki optymalizacja kosztów AOS jest niemal pewna”

definicji porady poszpitalnej, chory w ciągu 30 dni od daty wypisania ze szpitala będzie mógł uzyskać pomoc specjalisty w zakresie problemu zdrowotnego, który był przyczyną hospitalizacji. Później poradnia przyszpitalna skieruje go do lekarza POZ, wydając odpowiednią informację na temat zaleceń i przeprowadzonego leczenia.

W każdej chwili lekarz POZ będzie mógł skonsultować pacjenta ze specjalistą, by dalej kontynuować leczenie u siebie. Takie uszczelnienie systemu jest w pełni możliwe na gruncie obecnej ustawy o POZ, a w mojej ocenie było nawet zamierzeniem jej autora. Powstałaby wówczas sytuacja, w której pacjent będzie związany przede wszystkim z lekarzem POZ i zgodnie z jego decyzjami i koordynacją będzie korzystał ze świadczeń w miejscu i zakresie wskazanym przez koordynatora.

Odciążenie szpitali

Rozwiązanie to silnie przełoży się na odciążenie poradni przyszpitalnych i postawi pod znakiem zapytania umowy o udzielanie świadczeń samodzielnych poradni specjalistycznych. Dodatkowym uszczelnieniem, zwanym koordynacją, będzie „przesunięcie” sporej części pacjentów będących pod opieką lekarza specjalisty, a mogących kontynuować leczenie u lekarza POZ. Zwiększy to dostępność wizyt u specjalistów dla



Rycina 1. Harmonogram ustawy

pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy, a w dalszej kolejności otworzy drogę do lepszej weryfikacji zasadności udzielania świadczeń w AOS. Wszystko to rękami lekarza POZ, tylko że – pomimo wielu zabiegów zmierzających do zwiększenia liczby lekarzy POZ – mamy ich za mało. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie, aby reszta specjalistów wstąpiła w szeregi lekarzy rodzinnych, tworząc interdyscyplinarny zespół.

Nic jednak nie dzieje się od razu, a doświadczenia kolejnych reform wskazują, że nic nie dzieje się do końca. Szumne pomysły reformy wydają się nierealizowalne, często w przededniu wejścia w życie jakiegoś mechanizmu pojawia się nowelizacja odsuwająca rozwiązanie w czasie lub zupełnie je zmieniająca. Zastanawiać może tylko to, co będzie ową nowelizacją w harmonogramie ustawy.

Harmonogram ustawy

Przecież wszystkie jej terminy są technicznie możliwe do realizacji. Kiedy je planowano, rzeczywistość wyglądała jednak inaczej. Sieć szpitali miała polepszyć sytuację finansową placówek, a normy zatrudnienia pielęgniarek zwiększyć opiekę nad chorymi. Okazało się, że zadłużenie szpitali nie maleje, a norm często nie da się spełnić i czeka nas redukcja łóżek. Tylko pacjent zrozumiał, że system opieki zdrowotnej to nie wyłącznie świadczenia finansowane przez NFZ, i skoordynował swoje leczenie pomiędzy świadczeniami opłacanymi przez płatnika a komercyjnymi.

„Eksperymenty reformatorskie w zakresie AOS i szpitalnictwa doprowadziły do wielu wynaturzeń i patologii”

Naturalna koordynacja oparta na realiach doprowadziła do sytuacji, w której chory korzysta z porady specjalistycznej prywatnie (gdzie nie potrzebuje skierowania czy decyzji lekarza POZ), a niezbędne badania i leczenie szpitalne odbywają się w placówkach finansowanych przez NFZ (niejednokrotnie w tej, w której pracuje lekarz specjalista udzielający porady komercyjnej). Tak więc ustawodawca nie wymyślił koła, tylko próbuje rynkowy mechanizm zabezpieczenia potrzeb pacjentów przenieść na grunt systemu publicznego. Jest to wynik braku zaufania świadczeniobiorcy do stworzonych przez płatnika mechanizmów koordynacji i organizacji systemu.

Naczynia połączone

Jednocześnie trzeba uczciwie powiedzieć, że zaufanie do lekarza rodzinnego jest duże. Nie każdego stać na korzystanie wyłącznie z komercyjnych świadczeń medycznych, a lekarze POZ doskonale zdają egzamin z zadań, jakie stawiają przed nimi pacjenci. Zatem słusznym myśleniem regulatora jest oparcie systemu na lekarzach POZ, bo to właśnie oni mogą być optymalizatorami wydatków. Systemu w całości, nie tylko tego finansowanego ze środków publicznych. Wątpliwe jest dla mnie to, czy w założonym harmonogramie ustawy, strukturze wynagradzania POZ i narzędziach prawnych tego zakresu, zdołają to zrobić. Wszak całość systemu to naczynia połączone i skutki zmian w jednym obszarze będą szybko widoczne w innym. Umęczeni systemem publicznym pracownicy ochrony zdrowia coraz częściej poszukują możliwości budowania własnych, niezależnych miejsc realizacji swoich zadań.

Jedynie lekarz POZ, wcześniej zwany rodzinnym, nie tylko pozostaje na swoim posterunku, ale co chwilę bierze na siebie kolejne zadania. Piszę o tym nie dlatego, aby gloryfikować tę grupę, ale aby wskazać, że każde naczynie ma swoją pojemność. Każdy mechanizm ma granicę regulacji. Powrót do założenia, że lekarz POZ ma być podstawą systemu, można porów-



nać do odbudowywania domu na starym fundamencie, który jest stabilny. Jednak jeśli dom się zawalił, to nie wszystkie elementy z rozbiórki będą spełniały dotychczasową funkcję. Liczne eksperymenty reformatorskie w zakresie AOS i szpitalnictwa doprowadziły do wielu wynaturzeń i patologii. Teraz mają się stać narzędziem w rękach lekarza POZ do zapewnienia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem. Chodzi o to, aby pacjent czuł się w całości objęty opieką. Czy jednak pacjent jako świadek wszystkich tych zmian, poddany licznym eksperymentom reform, nie woli zaopiekować się sobą sam? Na ile ustawa o POZ będzie w stanie zrealizować potrzeby chorych, a na ile zmusi ich do tego, aby dostosowali się do kolejnych zmian?

Ceny i kolejki

Warto przypomnieć, że ostatnio istotnie rosną ceny prywatnych porad specjalistycznych przy jednoczesnym wydłużaniu się czasu oczekiwania na te świadczenia. W wielu miastach na poradę ortopedy czy endokrynologa czeka się tygodniami, jednak krócej niż w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. To jasny sygnał reakcji pacjentów na reformę, a w zasadzie na jej skutki. Pacjent jest przewidywalny, bowiem kieruje nim zrozumiała potrzeba. Regulatora i płatnika znacznie trudniej rozszyfrować. Czasem chodzi mu o oszczędzenie pieniędzy, a czasem o efekt medialny czy polityczny. Stosując ekwilibrystyczne rozwiązania, stawia nas często z dnia na dzień w trudnych sytuacjach. Przypomina mi się tutaj jedno z takich rozwiązań, które dobrze obrazuje nieobliczalność regulatora. Wprowadzenie porady anestezyjologicznej w poradni przyszpitalnej. W pełni zrozumiała jest potrzeba weryfikacji stanu chorego przed przyjęciem do szpitala. Jednak porada ta musi się odbywać co najmniej 7 dni przed przyjęciem na oddział, a jednocześnie płatnik określa,

„Lekarz POZ, wcześniej zwany rodzinnym, nie tylko pozostaje na swoim posterunku, ale co chwilę bierze na siebie kolejne zadania. Ale każde naczynie ma swoją pojemność”

że jest ona częścią świadczenia szpitalnego. Żeby było jeszcze ciekawiej, przepis wskazuje, że nie stanowi ona kwalifikacji do znieczulenia do zabiegu. Czyli mamy poradę anestezyjologiczną kwalifikującą do zabiegu, która nią nie jest. Jest poradą, ale nią nie jest, bo jest częścią hospitalizacji.

Właśnie tak – mamy sieć podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, ale nie zabezpieczamy nawet podstawowych potrzeb, a za chwilę będziemy mieli lekarza POZ, który będzie koordynował całość leczenia pacjenta, nie mając do tego narzędzi. Będzie miał jednak możliwość uzyskania premii za efekty leczenia.

Ustawa weszła w życie w 2017 r. i z całą pewnością środowisko lekarzy POZ zdaje sobie sprawę z zawartych w niej zapisów. Czy jednak pozostali uczestnicy systemu finansowanego z NFZ i komercyjnego również mają tę wiedzę? Czy patrzą w przyszłość i poszukują docelowego modelu, do którego zmierza regulator? Modelu widzianego globalnie, obejmującego wszystkie świadczenia?

Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej.