

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w Polsce (Ch)AOS

Maciej Biardzki



Jednym z najstarszych punktów naszego tzw. systemu opieki zdrowotnej jest fatalna dostępność usług. Jest ona jeszcze do zaakceptowania w wypadku schorzeń nagłych, zwłaszcza onkologicznych i kardiologicznych, czy w okresach bez wzmożonej zachorowalności – do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Cała reszta to korupcyjny koszmar. Wyliczmy: uzyskanie świadczenia planowego w szpitalu, leczenia rehabilitacyjnego w jakiegokolwiek formie po ostrym schorzeniu, dostęp do lekarza specjalisty w wypadkach poważnych schorzeń czy konieczności nadzoru specjalistycznego i wiele, wiele innych.

Kiedy poszukujemy przyczyn braku dostępu do świadczeń, w 90 proc. wypadków pada jedna odpowiedź – wynika on ze zbyt małych nakładów na leczenie. Zupełnie tak samo jak podczas dyskusji wokół Centrum Zdrowia Dziecka i innych instytutów lub szpitali dziecięcych. Nie ma znaczenia, że tzw. raport Pobrotyna, nie odcinając się od problemów ze strony przychodowej, wskazał karygodne błędy w zarządzaniu CZD. Dla większości komentatorów raport ten był bardzo nie-

wygodny i z tego powodu spotkał się z ostracyzmem środowiska. Chętnie zwracano uwagę na pojedyncze pomyłki w raporcie, nie odnosząc się do potwierdzonych błędów i zaniechań w placówce. Równie dobrze można by jednak powołać kolejną komisję, która wypowiedziałaby się na temat przyczyn braku dostępności usług zdrowotnych. Bardzo prawdopodobne jest, że kwestia braku pieniędzy także i tutaj nie znalazłaby się na pierwszym miejscu.

Same pieniądze nie leczą

Oczywiste jest, że fundusze na system opieki zdrowotnej w Polsce są nieporównywalne z wydatkami innych krajów z OECD czy UE. Podobnie jak to, że mamy najmniej lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę obywateli. Nie oznacza to jednak, że posiadane pieniądze wydajemy właściwie. Czy w innych krajach są one wydawane rozsądniej – nie mnie to oceniać. Prawdopodobnie zasady wypracowane w takich krajach, jak Holandia, Niemcy czy kraje skandynawskie, są bardziej przemyślane niż u nas. Równie prawdopodobne jest to, że w krajach tzw. grupy PIGS pieniądze te są wydawane gorzej. Kończąc zatem ogólne dywagacje, spójrzmy, co najbardziej ogranicza dostęp do usług zdrowotnych w najbardziej wrażliwym rodzaju świadczeń: ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS).

AOS – system w soczewce

Właśnie dostęp do lekarzy specjalistów przyjmujących ambulatoryjnie i do badań diagnostycznych jest najbardziej widocznym i krytykowanym parametrem oceny systemu. Czy problemy te są związane z brakiem pieniędzy czy z błędami w organizacji systemu – to ciekawe pytanie. Jeżeli spojrzymy na wzrost nakładów w latach 2004–2013, zobaczymy, że NFZ zwiększył budżet na ten rodzaj świadczeń z 2,1 mld zł, co stanowiło 7,09 proc. pieniędzy przeznaczonych na zakup świadczeń zdrowotnych w roku 2004, do 5,3 mld zł – 8,36 proc. sumy przeznaczonej na wszystkie świadczenia w roku 2013. Przez 10 lat zwiększyliśmy nakłady przeszło dwukrotnie – konkretnie o ponad 144 proc. Lokujemy też w AOS coraz więcej w porównaniu z ogólnymi nakładami i nie osiągnęliśmy praktycznie żadnego efektu. Czy na pewno chodzi tu tylko o pieniądze?

System ambulatoryjnej opieki zdrowotnej budowano od 1999 r., tzn. od reformy, która utworzyła kasy chorych. To wtedy podzielono system na odrębne obszary finansowania: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne itd. Uznano także, że świadczenia opieki zdrowotnej, poza nielicznymi, w tym podstawową opieką zdrowotną opłacaną kapitałowo, będą finansowane na zasadzie *fee for service* – za wykonaną usługę. Ten błąd początku sprawił, że w większości tzw. rodzajów świadczeń zaczęło się opłacać nie leczyć pacjenta, lecz wykonywać świadczenia albo lepiej płatne, albo mniej kosztowne.

Pompowanie popytu

W wypadku AOS istotne znaczenie miały jeszcze dwa elementy: względna słabość podstawowej opieki zdrowotnej i zamiłowanie Polaków, zwłaszcza w większych miastach, do leczenia się u specjalistów. Specjaliści z kolei potrafili wykorzystać tę skłonność pacjentów, aby zwiększyć popyt na swoje usługi. Spowodowało to, że właśnie w większych miastach gwałtownie powstała dysproporcja

między „potrzebami” obywateli a nakładami na AOS. I z tym problemem nie potrafimy sobie poradzić do dziś.

Patologie

Już na początku reformy uznano, że AOS jest odrębnym rodzajem świadczeń, wymagającym odrębnego postępowania konkursowego oraz odrębnych zasad finansowania. Dostęp do specjalisty uwarunkowano posiadaniem skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Już na początku złamano jednak tę zasadę, umieszczając w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu

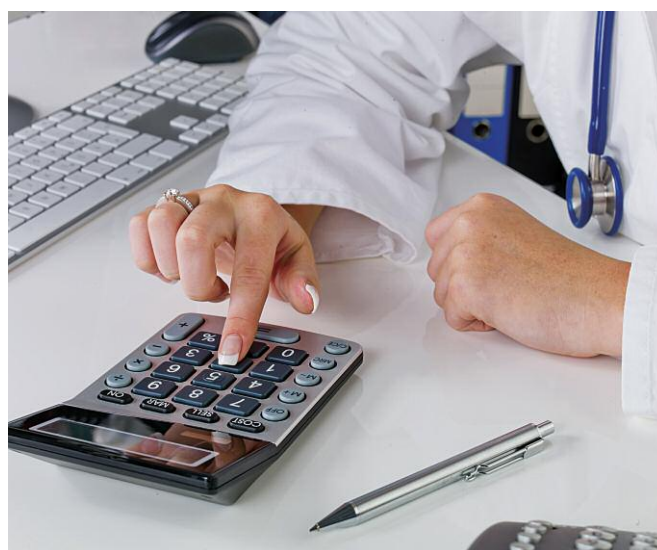


foto: Gina Sanders/Fotolia

„ Niech dysponentem pieniędzy dla specjalistów nie będzie biurokrata za biurkiem NFZ, lecz lekarz POZ ”

zdrowotnym wiele wyjątków. Niektóre były częściowo uzasadnione, jak w wypadku poradni ginekologicznych (choć nie do końca wiadomo, dlaczego wyłączenie nie dotyczyło tylko kobiet w ciąży), inne wątpliwe – np. dotyczące dermatologów (dyskrecja w sprawie chorób przenoszonych drogą płciową?), jeszcze inne zupełnie nieuzasadnione – jak w wypadku okulistów. Sprzeciw wobec ograniczeń w dostępności, związanych z koniecznością wcześniejszej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, sprawił, że opisany system zaczęto jeszcze bardziej liberalizować poprzez bezpośrednie dopuszczenie do leczenia specjalistycznego np. na podstawie karty wypisowej ze szpitala. Dokładając do tego inne regulacje „napędzające” pacjentów do lekarzy specjalistów, jak wyłączenie z kompetencji lekarzy rodzinnych możliwości zlecenia niektórych badań diagnostycznych czy narzu-

cenie konieczności uzyskiwania konsultacji specjalistów w wypadku ordynacji niektórych leków, doprowadziliśmy do powstania dwóch systemów opieki ambulatoryjnej. Jednego opartego na lekarzu rodzinnym i drugiego, zwłaszcza w większych miastach, gdzie sieć poradni specjalistycznych jest wyjątkowo rozwinięta, opartego na leczeniu u różnych specjalistów, często bez wiedzy własnego lekarza rodzinnego. Nie ma to sensu ani w aspekcie koordynacji opieki, zwłaszcza przy braku narzędzi informatycznych pozwalających monitorować, co się właściwie pacjentom zleca, ani w aspekcie ekonomicznym, ponieważ powoduje mnożenie kosztów publicznego płatnika.



fot. iStockphoto

„ Polacy, zwłaszcza w większych miastach, mają zamiłowanie do leczenia się u specjalistów. Ci z kolei potrafili wykorzystać tę skłonność do zwiększenia popytu na swoje usługi ”

Martwe dusze

Ta dysproporcja funduszy przyprawiała o ból głowy urzędników NFZ. Jednak jedynymi posunięciami, na jakie stać było naszego Wielkiego Brata, były rozmaite biurokratyczne zarządzenia mające uszczelnić system. Zwiększono wymagania dotyczące działalności poradni, ustalając słynne 3 razy po 4 godziny w tygodniu, wpisywano wymogi sprzętowe i konieczność dostępu do dodatkowych badań. Powodowało to tylko przedstawianie martwych dusz w miejsce lekarzy rzekomo udzielających świadczeń, wydatki na zakup niewyko-

rzystowanego sprzętu i podpisywanie umów na potrzebne od wielkiego dzwonu usługi, za które potencjalni wykonawcy, dysponujący „potrzebnym” sprzętem, pobierali sobie radośnie ryczałtowe wynagrodzenia każdego miesiąca. Wszystko to mnożyło koszty systemu, nie przynosząc żadnych korzyści tym, którzy na nie oczekują – pacjentom.

Chcąc ograniczyć finansowanie usług lub sprawić, aby w warunkach ambulatoryjnych wykonywać więcej drobnych świadczeń, które masowo wykonywano w szpitalach, NFZ zaczął kombinować przy sposobie ich rozliczania. Były to zmiany finansowania określonych świadczeń poprzez tworzenie porad kompleksowych czy receptowych, ale też próba wprowadzenia do systemu ekwiwalentów JGP. Także i to nie spowodowało żadnej odczuwalnej poprawy.

Niemoralność i nieefektywność

System zbudowany na takich zasadach jak obecnie nie tylko nigdy nie będzie efektywny kosztowo, ale jest po prostu niemoralny, gdyż nie gwarantuje obywatelom tego, co jest zapisane w art. 68 ust. 2 konstytucji – równego dostępu do opieki zdrowotnej. Dlaczego? Dlatego, że nie jest zbudowany na interesach świadczeniobiorców – pacjentów, ale świadczeniodawców – podmiotów leczniczych. Broniąc interesów lekarzy specjalistów, doprowadził do tego, że wydajemy na utrzymanie ich gabinetów i pracowni ponad 5 mld zł, a w zamian otrzymujemy dysproporcję terytorialną w dostępie do usług i nierozwiązane problemy opieki nad pacjentami. Dysproporcja terytorialna jest związana z tym, że nawet nie próbujemy stworzyć sensownej sieci poradni specjalistycznych. Ani nie stymulujemy ich powstawania w obszarze tzw. białych plam, ani nie próbujemy ograniczać ich liczby w innych miejscach.

W efekcie w wielkich miastach mamy przerośniętą sieć świadczeniodawców, a np. w tzw. Polsce powiatowej – utrudniony dostęp do większości usług. Niedawno NFZ skarżył się, że dużo świadczeń konsumują ludzie w podeszłym wieku. Pokazano, jaki odsetek budżetu przeznaczają na ich leczenie. Niestety, nie zauważyłem w tym raporcie, jak to wygląda w rozbiciu na miejsce zamieszkania. A przecież jeżeli nie ma poradni kardiologicznej czy reumatologicznej w powiatowym miasteczku, to 95 proc. ludzi ogranicza się do wizyt u lekarza rodzinnego. Z kolei w dużych miastach, gdzie takich poradni jest kilkanaście lub kilkadziesiąt, większość pacjentów pomija lekarza rodzinnego. Różnica w dostępności jest znamienita.

Lekarz rodzinny w miejscach, w których opieka specjalistyczna jest rozwinięta, także nie ma wielu rozterek. Jeżeli skieruje pacjenta do specjalisty, ma problem z głowy, a stawka kapitacyjna i tak wpłynie na jego konto. Powoduje to następną patologię. Podmioty lecznicze dysponujące podstawową opieką zdrowotną na siłę walczą o podpisanie kontraktów na kolejne poradnie specjali-

styczne. Dzięki temu zyskują podwójne finansowanie za tego samego pacjenta – za podstawową opiekę zdrowotną i za jego konkretne leczenie.

Skupianie się w poradniach specjalistycznych na pacjentach tanich: z nadciśnieniem w poradniach kardiologicznych, z cukrzycą typu 2 w poradniach diabetologicznych czy z dysfunkcjami tarczycy w poradniach endokrynologicznych, ogranicza dostęp do nich osobom naprawdę wymagającym porady specjalisty. Stąd wielomiesięczne kolejki i wysoka śmiertelność odległa po ostrych zespołach wieńcowych. I na tym polega niemoralność i nieskuteczność systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Czy można inaczej?

Jasne, że można. Oczywiście kolejne pytanie brzmi: czy można lepiej? Znając podstawowe bolączki systemu, można jednak zaproponować rozwiązania. Pierwszym problemem jest nierównomierna dostępność świadczeń wynikająca z braku specjalistów i nierównomiernego ich rozlokowania. Drugim – zły, nieefektywny system finansowania.

Rozwiązaniem pierwszego problemu jest mądre wykorzystanie proponowanych założeń do wprowadzenia regionalnej polityki zdrowotnej. Jeżeli chcemy utworzyć sieć poradni specjalistycznych dostosowaną do potrzeb społeczeństwa, a nie lekarzy specjalistów – to opiszmy ją. Jeżeli nie mamy specjalistów potrzebnych do jej utworzenia, niech proponowana rada ds. określenia potrzeb zdrowotnych to wskaże. Wtedy walczmy, aby w kolejnych rozdaniach rezydentur zacząć kształcić takich specjalistów, których brak wynika nie z oceny konsultantów, ale z rzeczywistych, mierzalnych potrzeb.

Na szczycie brukselskim uzyskaliśmy 300 mld euro na politykę spójności. Stworzymy w jej ramach program finansujący utworzenie sieci poradni specjalistycznych tam, gdzie ta spójność będzie widoczna w obrębie naszych regionów. Jeżeli sfinansujemy endokrynologowi czy kardiologowi utworzenie i wyposażenie gabinetu w Zambrowie czy Pci-miu, może zechce tam przenieść część czy nawet całą swoją działalność. A skoro już udało się nam stworzyć sieć świadczeniodawców uzależnioną od potrzeb terytorialnych, to zajmijmy się finansowaniem.

Rynek

Wszyscy marzą o rynku usług zdrowotnych. Specyfika systemu sprawia, że poddanie go rygorom rynku prowadzi do jego deformacji. Po prostu rynek szuka zysku i porzuca nieopłacalne segmenty. Równocześnie jednak rygory rynku zapewniają efektywność. W takim razie wpuśćmy trochę wyrozumowanego rynku.

Niech dysponentem pieniędzy dla specjalistów nie będzie biurokrata za biurkiem NFZ, lecz lekarz POZ, kierujący pacjenta do specjalisty w ramach posiadanych funduszy. Chory natomiast miałby prawo wybrać sobie tego specjalistę, którego uważa za najlepszego. Po pro-

stu wprowadźmy brytyjski system *GP-fundholder*. Łatwo wyliczyć wagi, które wskazują, jakie fundusze na leczenie specjalistyczne przysługują przeciętnemu pacjentowi w odpowiedniej grupie wiekowej. Można je przypisać lekarzowi rodzinnemu i niech on nimi dysponuje. Z jednym zastrzeżeniem: nie może na nich oszczędzać, bo i tak nie będzie miał z tego żadnej premii. Jeżeli będzie skąpił, pacjenci od niego odejdą, a on i tak nie zarobi. Równocześnie jego budżet będzie ograniczony, więc nie będzie rozdawał pieniędzy na ślepo.

Następstwem tego rozwiązania będzie równowaga sił pomiędzy pacjentem, lekarzem POZ i specjalistą. Jeżeli specjalista będzie słaby, to nie zarobi. Jeżeli lekarz POZ będzie nierozsądnie gospodarował pieniędzmi na leczenie specjalistyczne, pacjenci będą od niego uciekać. Jeżeli pacjent będzie wymuszał niepotrzebne leczenie specjalistyczne, żaden lekarz rodzinny nie podejmie się opieki nad nim. Każde z rozwiązań jest korzystne i edukujące dla wszystkich. I pozwoli na odejście od limitowania świadczeń u specjalistów. Będzie jak na rynku.

„ W wielkich miastach mamy przerośniętą sieć świadczeniodawców, a w tzw. Polsce powiatowej – utrudniony dostęp do większości usług ”

Dostęp do diagnostyki

Na zakończenie jeszcze jeden segment świadczeń należących do rodzaju AOS. Tomografia, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe – te badania praktycznie odebrano lekarzom rodzinnym. W wypadku tomografii i rezonansu jest to o tyle zabawne, że są to badania w obecnym systemie dla kierującego darmowe, w przeciwieństwie do badań RTG, za które kierujący musi zapłacić. Wobec powyższego opłaca się kierować pacjenta na tomografię, nie zaś na RTG, co w sposób oczywisty wydłuża kolejki. W wypadku endoskopii limitowanie świadczeń sprawia, że wielu pacjentów trafia do szpitala, gdzie wykonanie badania kolonoskopowego kosztuje płatnika publicznego wielokrotnie więcej. Także i tutaj wprowadzenie zasady *GP-fundholder* może przynieść wyłączenie zyski.

Jak ten artykuł podsumować? Nie jest dobrze. System, który sobie stworzyliśmy, po prostu nie działa. Proponowane zmiany wymagają dużej odwagi. Czy rządzący zdołają się na wprowadzenie radykalnych zmian? Na razie deklarują taką chęć. Co z tego będzie – zobaczymy. ■