

Świadczenia (t)ratujące życie



foto: images.com/Corbis

W tym numerze „Menedżera Zdrowia” zamieszczony jest artykuł opisujący, czym jest ratowanie życia pod względem prawnym i w opinii NFZ. Mecenas Rafał Janiszewski zwraca uwagę na ciągłą różnicę zdań pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami. Po lekturze opracowania prawnego doszedłem do wniosku, że u nas życie bardziej się tratuje, niż ratuje.

Oczekiwania naszego społeczeństwa i polityków wobec systemu ochrony zdrowia, podsycone przez media bezlitośnie obchodzące się ze zdarzeniami medycznymi ostatnich miesięcy, są niemal takie same jak obywateli krajów, którym obce jest pojęcie procedur limitowanych.

NFZ oszczędza na myśleniu

Aby coś limitować, należy stosować jasne kryteria oceny oraz korzystać z wiedzy ekspertów. NFZ chlubi się jednak bardzo niskimi wydatkami na cele administracyjne (około procenta to chyba rekord świata wśród tego typu instytucji). Dlatego można śmiało zary-

zykować stwierdzenie, że NFZ po prostu nie stać na zatrudnienie wysokiej klasy ekspertów, w tym szczególnie ekspertów lekarzy. Trudno zatem oprzeć się wrażeniu znacznej asymetrii – po stronie świadczeniodawców mamy do czynienia z praktykującymi, najlepszymi z możliwych w naszych warunkach ekspertami medycyny, a po drugiej stronie – takich ekspertów po prostu być nie może.

Zapisy prawne

Na początek przytoczę dwa najważniejsze zapisy ustawowe w obszarze udzielania świadczeń w trybie natychmiastowym.

„Zakład opieki zdrowotnej (zgodnie z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) / Podmiot leczniczy (zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej) nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia” i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Dzielenie pacjentów

Niedawno rozgorzała dyskusja na temat zaprzestania limitowania świadczeń dla pacjentów onkologicznych. Uważam, że zupełnie niepotrzebnie definiujemy pacjenta według specjalności lekarskiej, np. pacjent onkologiczny czy kardiologiczny. Takie myślenie prowadzi do bardzo nieefektywnej organizacji systemu ochrony zdrowia, ale ma też znaczenie w definiowaniu procedur ratujących życie. Powinniśmy wreszcie zacząć myśleć kategoriami stopnia ciężkości choroby i stopnia natężenia opieki medycznej, co jest najistotniejsze z punktu widzenia pacjenta. Jego przecież nie interesuje, czy jest pacjentem bardziej przynależnym do tej czy innej specjalizacji lekarskiej. Pragnę zaryzykować stwierdzenie, że procedurami ratującymi życie są świadczenia medyczne wymagające wysokiego natężenia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Takimi świadczeniami są – moim zdaniem – wszystkie, które mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach intensywnej czy progresywnej terapii, a więc dwóch najwyższych możliwych stopni natężenia opieki nad pacjentem. Obszar progresywnej terapii wymaga znacznej pracy organizacyjnej w naszym kraju, bo obecnie jest poszatowany na OIOK-i, sale R czy OION-y. Ponadto świadczeniami ratującymi życie są w mojej opinii wszystkie nieplanowane zabiegi chirurgiczne wynikające z wskazań medycznych, które zdiagnozowano w obszarze medycyny ratunkowej i takież nagle zachorowania wymagające natychmiastowego leczenia szpitalnego nieoperacyjnego.

Negatywna definicja

Może zatem należy pójść inną drogą i stworzyć tzw. negatywną definicję świadczenia ratującego życie? Definicja taka mogłaby mieć następujący kształt:

Za świadczenia medyczne nieratujące życie uważa się te, które:

- cechują się średnim lub niskim natężeniem opieki medycznej, tj. nie wymagają intensywnej czy progresywnej terapii,
- udzielane są w sposób planowy,
- ich rozłożenie w czasie nie powoduje pogorszenia wskaźnika śmiertelności w związku z postawioną diagnozą,

„ Aby coś limitować, należy stosować jasne kryteria oceny oraz korzystać z wiedzy ekspertów ”

- ich niewykonanie w trybie nagłym nie pogarsza wskaźnika kosztowej efektywności leczenia,
- są wykonywane przede wszystkim w warunkach ambulatoryjnych.

System preautoryzacji

W krajach o wysoko rozwiniętych systemach ubezpieczeniowych istnieje system preautoryzacji. Zresztą w obliczu dyrektywy transgranicznej UE nasze Ministerstwo Zdrowia głośno mówi o skonstruowaniu takiego systemu dla polskich pacjentów rozważających leczenie za granicą. Może powinniśmy zatem stworzyć telemedyczne centra autoryzacji, w których dyżurowaliby eksperci lekarze czy doświadczone pielęgniarki. Ośrodki te miałyby prawo odmowy autoryzowania danej procedury jako ratującej życie na podstawie definicji negatywnej. Eksperci centrów mogliby się kontaktować z lekarzem prowadzącym lub z innym wyznaczonym do tego celu pracownikiem medycznym podmiotu leczniczego (np. doświadczona pielęgniarka, tzw. pielęgniarka ubezpieczeniowa, czy odpowiednio wyszkolony menedżer medyczny). Na działalność systemu autoryzacji potrzebne są fundusze, jestem jednak przekonany, że byłyby to dobrze wydane pieniądze, a przy okazji znacznie zmniejszyłaby się liczba postępowań sądowych wobec NFZ.

W dalszej części niniejszego materiału pozwolę sobie przytoczyć 10 przykładów z życia. Zarówno opis, jak i wnioskowanie przygotowałem, posługując się językiem przystępnym dla czytelników „Menedżera Zdrowia”, dlatego wszelkie ewentualne zastrzeżenia tzw. purystów medycyny będą z góry bezpodstawne. Każdy przedstawiony przykład pozostawiam do oceny czytelnika. Osoby z wykształceniem medycznym mogą oczywiście oceniać z punktu widzenia lekarza, pacjenci (pacjentem był i będzie każdy) według własnego osądu, menedżerowie powinni kierować się przede wszystkim zdrowym rozsądkiem, ale także przewidywać ocenę pacjenta, lekarza czy firmy, która ubezpiecza jednostkę. Czytelnicy będący decydentami systemu niech postawią się w kilku różnych rolach, a osoby rozpatrujące sprawy dotyczące procedur ratujących życie w imieniu NFZ niech przez chwilę zapomną o definicjach (a te nie są wcale jasne) i postawią się w roli pacjenta bądź lekarza.

Przypadek 1

Pacjent 25-letni, poprzednio nie chorował. Od kilku dni narastający ból w prawym podbrzuszu, gorącz-

„ Zupełnie niepotrzebnie definiujemy pacjenta według specjalności lekarskiej, np. pacjent onkologiczny czy kardiologiczny „

ka, dreszcze. W badaniu fizykalnym bolesność uciskowa w prawym dolnym kwadrancie brzucha z objawami zapalenia otrzewnej. W badaniach laboratoryjnych – podwyższona liczba krwinek białych. Diagnoza: ostre zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane zapaleniem otrzewnej. Leczenie: natychmiastowa operacja. Prognoza: dobra pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, firma ubezpieczeniowa – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Procedura efektywna kosztowo: TAK.

Przypadek 2

Pacjentka 5-letnia; w wywiadzie zapalenie dróg moczowych. Od 3 dni narastające pieczenie przy oddawaniu moczu, gorączka, bóle głowy, znaczne osłabienie. W badaniu: temperatura 40°C, niskie ciśnienie krwi, przyspieszona akcja serca, bolesność opukowa w okolicy lędźwiowej prawej, skóra sucha, kontakt utrudniony. Badanie moczu: liczne krwinki białe. Posiewy bakteryjne z moczu i krwi pobrane. Diagnoza: ostre odmiedniczkowe zapalenie nerki prawej, prawdopodobna posocznica. Leczenie: natychmiastowa hospitalizacja, podawanie antybiotyków i płynów dożylnie. Prognoza: dobra pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Procedura efektywna kosztowo: TAK.

Przypadek 3

Pacjent 70-letni; w wywiadzie przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca, nadciśnienie. Od 3 dni narastająca duszność, kaszel z odpluwaniem zielonej płwociny, gorączka, wysokie poziomy glukozy. W badaniu: trzeszczenia nad oboma płucami, gorączka, zmniejszone wysycenie krwi tlenem. W badaniu rentgenowskim: nacieki zapalne obu płuc z płynem w prawej jamie opłucnowej. Diagnoza: obustronne zapalenie płuc powikłane wysiękiem opłucnowym. Leczenie: natychmiastowa hospitalizacja, podanie antybiotyków dożylnie, tlen, nakłucie prawej jamy opłucnowej. Prognoza: umiarkowana pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Procedura efektywna kosztowo: TAK.

Przypadek 4

Pacjent 40-letni; w wywiadzie nadciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu, palenie papierosów. Od 3 godzin silny ból w klatce piersiowej promieniujący do lewej ręki. W badaniu EKG cechy ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego, enzym sercowy lekko podwyższony. Diagnoza: ostry zawał mięśnia sercowego. Leczenie: cewnikowanie serca, wszczęcie stentu do tętnicy wieńcowej. Prognoza: dobra, pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – TAK.

Procedura efektywna kosztowo: TAK.

Przypadek 5

Pacjentka 40-letnia; w wywiadzie nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, zakrzepy żył kończyn dolnych. Od 3 godzin silny ból w klatce piersiowej nasilający się przy głębokim oddychaniu. W badaniu EKG bez cech ostrego niedokrwienia serca, enzym sercowy w normie. W angiografii TK cechy obustronnej zatorowości płucnej. Diagnoza: ostra zatorowość płucna. Leczenie: hospitalizacja, natychmiastowe wdrożenie leczenia przeciwzakrzepowego, tlen, wzmożone monitorowanie. Prognoza: dość dobra, pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Procedura efektywna kosztowo: TAK.

Przypadek 6

Pacjent 54-letni, bez obciążeń. W wyniku upadku uderzył się w tył głowy. Zgłasza narastający ból głowy. Przytomny. W badaniu TK świeży, dość duży krwiak podtwardówkowy w okolicy potylicznej. W powtórny badaniu powiększający się rozmiar krwiaka. Diagnoza: ostry, pourazowy krwiak podtwardówkowy z cechami narastania. Leczenie: operacja neurochirurgiczna, odbarczenie krwiaka. Prognoza – średnia, pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – TAK lub NIE (bezlimitowe rozliczenie pobytu na OIOM-ie jest nadal dyskusyjne).

Przypadek 7

Pacjentka 61-letnia. Od jakiegoś czasu wyczuwa guzek w piersi lewej. W USG i mammografii: cechy nowotworu. W TK: zajęcie węzłów chłonnych. W biopsji:

nowotwór złośliwy piersi. Diagnoza: rak piersi. Leczenie: amputacja piersi z usunięciem węzłów chłonnych, chemioterapia wspomagająca. Prognoza: niepewna.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Przypadek 8

Pacjentka 18-letnia; w wywiadzie cukrzyca typu 1. Od kilku dni biegunka, wymioty, znaczne osłabienie, ospałość. W badaniu: cechy znacznego odwodnienia. Znaczne podwyższenie stężenia glukozy, obraz ostrej kwasicy metabolicznej. Diagnoza: ostra kwasica ketonowa cukrzycowa. Leczenie: hospitalizacja, dożylnie podawanie insuliny oraz dużych ilości płynów. Prognoza: dobra, pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Procedura efektywna kosztowo: TAK.

Przypadek 9

Pacjentka 65-letnia; w wywiadzie spożycie dużych ilości aspiryny. Od kilku dni czarne stolce, od kilku godzin wymioty z treścią krwawą. W badaniu: niskie ciśnienie krwi, skóra bardzo blada. W badaniach laboratoryjnych: znaczna anemia. Diagnoza: ostre krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Leczenie: hospitalizacja, przetoczenie krwi, natychmiastowa endoskopia. Prognoza: dobra, pod warunkiem natychmiastowego leczenia.

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Procedura efektywna kosztowo: TAK.

Przypadek 10

Pacjent 88-letni; w wywiadzie choroba Alzheimera o niewielkim nasileniu, po upadku. Zgłasza ból biodra lewego. W badaniu RTG: cechy ostrego złamania szyjki kości udowej biodra lewego. Diagnoza: ostre złamanie lewej kości udowej. Leczenie: operacja ortopedyczna, rehabilitacja. Prognoza: niepewna co do pełnego wyzdrowienia (w wypadku braku operacji duże prawdopodobieństwo powikłań prowadzących do śmierci w okresie kilkunastu miesięcy).

Procedura ratująca życie: lekarz – TAK, pacjent – TAK, ubezpieczyciel – TAK, zdrowy rozsądek – TAK, NFZ – NIE.

Podsumowanie

W polskim systemie ochrony zdrowia jest wiele do zrobienia pod względem organizacyjnym. Dobra, efektywna kosztowo organizacja jest kluczem do wszystkich innych działań. W obszarze świadczeń ratujących życie widać to dobitnie. Nie bójmy się wydawać pieniądze na

„ Świadczeniami ratującymi życie są w mojej opinii wszystkie nieplanowane zabiegi chirurgiczne wynikające ze wskazań medycznych, które zdiagnozowano w obszarze medycyny ratunkowej ”



foto: iStockphoto

„ Na działalność systemu autoryzacji potrzebne są fundusze, jestem jednak przekonany, że byłyby to dobrze wydane pieniądze, a przy okazji znacznie zmniejszyłaby się liczba postępowań sądowych wobec NFZ ”

leczenie pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia. Te pieniądze w przeważającej części wypadków są dobrze wydane, bo efektywnie kosztowo. Właśnie w stanach nagłego zagrożenia życia społeczeństwu po prostu opłaca się ponosić nakłady, a wynik stosowania nowoczesnych praktyk medycznych jest najbardziej spektakularny. Przestańmy zatem się wikłać w spory prawne, przestańmy sobie wzajemnie komplikować życie i stawiać nadmierne wymagania. Zabierzmy się do radykalnego polepszenia organizacji systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, co nawet przy obecnie przeznaczanych, skromnych funduszach powinno dać widoczny efekt.

Jarosław J. Fedorowski
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali,
gubernatorem Europejskiej Federacji Szpitali, współpracuje
z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego, Uniwersytetem
Warmińsko-Mazurskim, Uczelnią Łazarskiego, Stanford University
Risk Management Authority oraz University of Vermont.