



Fot. istockphoto.com 2x

Wieczna awantura o kontraktowanie, czyli co dalej z AOS

Kolejne ekipy w Ministerstwie Zdrowia podchodzą do kontraktowania AOS jak... do jeża. Niedawno przełożono je o kolejny rok. Jak wykorzystać ten czas, by w końcu przeprowadzić kontraktowanie w sposób właściwy? Prezentujemy analizę Greta Kanownik.

By odpowiedzieć na pytanie, co dalej z AOS, należy najpierw ustalić, z czym mamy problem, jeśli chodzi o leczenie otwarte i stacjonarne, co chcemy osiągnąć, w którą stronę iść dalej – w kierunku konsolidowania leczenia ambulatoryjnego przy szpitalach czy jego dalszego rozdrobnienia poza tzw. siecią szpitali.

Nadmierne hospitalizacje

Podstawowy problem, o czym alarmują eksperci, teoretycy i praktycy zajmujący się ochroną zdrowia, to nadmierne wykorzystywanie leczenia szpitalnego. Nawet co piąta hospitalizacja jest nieuzasadniona. Leczenie ambulatoryjne zamiast hospitalizacji – taka zmiana mogłaby znacznie usprawnić polski system opieki zdrowotnej, zwłaszcza że hospitalizacja to dużo droższe rozwiązanie.

System bardzo potrzebuje oszczędności, bo nakłady publiczne na ochronę zdrowia w Polsce wciąż są o wiele niższe niż w innych krajach europejskich. Świat zmierza do tego, by system ochrony zdrowia opierać na opiece ambulatoryjnej, a nie szpitalnej. Powinniśmy wcielić w życie hasło, że pacjent, który może chodzić,

nie powinien leżeć. Hospitalizacja jest najdroższą formą leczenia, a nie w każdym przypadku jest uzasadniona. Jeden dzień pobytu w szpitalu kosztuje przeciętnie kilkaset złotych. Hospitalizacje mogłyby być rzadsze, gdyby wzmocniono opiekę podstawową, a lekarze mieli większą możliwość diagnozowania. Zbyt mała liczba lekarzy powoduje jednak, że są oni przemęczeni, przyjmują zbyt wielu pacjentów i w efekcie łatwiej im skierować chorego do szpitala.

Zdrowie publiczne

Problemem jest też to, że nie rozumiemy idei zdrowia publicznego. Nasze zdrowie zależy przede wszystkim od nas samych. Systemy opieki zdrowotnej wpływają na stan zdrowia społeczeństwa jedynie w ok. 10%, a aż w 50% zależy on od stylu życia – sposobu odżywiania, aktywności fizycznej, korzystania z używek.

Skoro wiemy już, że leczenie stacjonarne jest w Polsce realizowane na potęgę, że obywatele nie mają takiej świadomości dbania o zdrowie jak w innych krajach, to co zrobić teraz, w którą stronę iść? Bo przecież trzeba podjąć jakieś decyzje, mając świadomość, że to, co zrobimy

„Powinniśmy wcielić w życie hasło, że pacjent, który może chodzić, nie powinien leżeć”

lub czego nie zrobimy teraz, będzie miało konsekwencje w kolejnych latach.

Sprawiedliwe kryteria

Prezes Porozumienia Zielonogórskiego Jacek Krajewski podkreśla, że raz rozbite struktury podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bardzo trudno będzie odtworzyć. Postuluje, by przy najbliższym kontraktowaniu przestrzegać zasady równego traktowania podmiotów. Porozumienie Zielonogórskie postulowało do Ministerstwa Zdrowia m.in. o wykreślenie wszystkich proponowanych w rozporządzeniu kryteriów preferujących poradnie przyszpitalne i bardzo duże przychodnie.

Prezes podkreśla, że poradnie przyszpitalne są kontraktowane w ramach sieci szpitali, więc nie powinny mieć dodatkowych preferencji. Jednym z kryteriów świadczących o uprzywilejowanej pozycji dużych podmiotów podczas ubiegania się o umowy z NFZ jest zwiększenie wymaganego czasu pracy przychodni z 12 godzin do 24 godzin oraz łącznego czasu pracy lekarzy do ponad 36 godzin. Jest oczywiste, że takich wymogów nie mogą spełnić małe poradnie. Ten zapis uderzy bezpośrednio w pacjentów – ograniczy dostęp do AOS w mniejszych ośrodkach, utrudni uzyskanie porady specjalisty w pobliżu miejsca zamieszkania. W opinii Porozumienia Zielonogórskiego lepszy dostęp do świadczeń zapewniają pacjentom liczne małe poradnie niż nieliczne duże.

Poradnie jednoimienne

Kolejnym powodem zaniepokojenia ekspertów jest to, że zapisy ustawowe nie pozwalają szpitalom na tworzenie w trybie pozakonkursowym brakujących poradni jednoimiennych i ich rozliczanie w ramach ryczałtu przyznanego z tytułu funkcjonowania w sieci. Nie ma dokładnych danych, ale dla przykładu na Pomorzu problem ten dotyczy wielu oddziałów szpitalnych, które z tego powodu nie mogą świadczyć opieki w sposób kompleksowy. W konsekwencji placówki szpitalne są zmuszone do udziału w konkursach na świadczenia w zakresie AOS, na które przeznaczone są pieniądze aktualnie wykorzystywane przez poradnie funkcjonujące w przychodniach zlokalizowanych poza szpitalami. W efekcie każda poradnia przyszpitalna, która wzięłaby udział w takim postępowaniu konkursowym, pozbawiłaby umów oliczne przychodnie posiadające poradnie specjalistyczne, co doprowadziłoby do przerwania ciągłości opieki nad tysiącami pacjentów w skali całego kraju.

Na styku z POZ

Pierwotne założenie Ministerstwa Zdrowia było takie, że z jednej strony opiekę ambulatoryjną będzie rozwijał szpital, a z drugiej odpowiedzialność za nią przejmie POZ w ramach opieki koordynowanej. Wprowadzenie takich zmian wymaga jednak czasu. Należy wziąć pod uwagę, że obecnie szpitale mają za mało zasobów ludzkich, a czasami także infrastruktury, żeby szybko zbudować lub odbudować przychodnie przyszpitalne. Ponadto dla wielu pacjentów przychodnie przyszpitalne są niedostępne ze względów logistycznych. Jeśli zaś chodzi o POZ, to zmiany są dopiero testowane w projekcie pilotażowym i na ich efekty trzeba jeszcze poczekać. Mimo tych problemów uważam, że założenie jest jak najbardziej racjonalne. Ambulatoryjną opiekę specjalistyczną powinien rozwijać szpital, a odpowiedzialność za nią przejąć POZ – taka jest teoria, ale praktyka trzeszczy, co pokazują powyższe przykłady. Nie jesteśmy jeszcze przygotowani zasobowo i infrastrukturalnie do tych zmian, jednak od czegoś trzeba zacząć, a najlepiej od małych kroków.

Potrzeba zmian

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna bezsprzecznie potrzebuje zmian. Co zatem zrobić? Rozsądne wydaje się wprowadzenie w pierwszej kolejności zmian ustawowych umożliwiających uruchomienie wszystkich brakujących jednoimiennych poradni w ramach sieci szpitali. Kolejnym krokiem powinno być doprecyzowanie wskazań do opieki w poradniach przyszpitalnych i AOS w stosownych rozporządzeniach. Dopiero po przeprowadzeniu szczegółowych analiz efektów wprowadzonych zmian możliwe będzie zaplanowanie budżetu na realizację tych zadań i rozpisanie konkursów na AOS.

W związku z kontraktowaniem AOS po raz kolejny należy powiedzieć o konieczności wprowadzenia modelu tzw. zintegrowanej opieki medycznej, która daje szansę na stworzenie systemu ochrony zdrowia oferującego dobrą jakość, bardziej efektywnego i przyjaznego pacjentowi. Wymaga to m.in. zwiększenia roli lekarzy POZ oraz pracowników opieki społecznej. Działający w tym modelu system ochrony zdrowia ma szansę przewidywać potrzeby chorego i dynamicznie na nie reagować, np. w zależności od jego wieku i stanu włączając do opieki lekarzy różnych specjalności. Dane NFZ wskazują, że Polacy są dobrze nastawieni do wdrożenia opieki koordynowanej. W pilotażowym projekcie „POZ Plus” ponad 60% badanych było skłonnych zmienić świadczeniodawcę usług medycznych na takiego, który prowadzi opiekę koordynowaną.

Opieka koordynowana

Wprowadzenie modelu opieki koordynowanej wymaga konsultacji i współpracy między różnymi resortami – zdrowia, polityki społecznej, edukacji, rozwoju.

Decydenci i władze lokalne wspólnie z przedstawicielami pacjentów, organizacjami lekarzy, firmami prywatnymi i ubezpieczycielami muszą dokonać analiz ekonomicznych i zidentyfikować tzw. wąskie gardła systemu ochrony zdrowia. Najważniejsze są jednak środki finansowe, które będą stanowiły zachętę do skutecznego wdrażania tego modelu. Jedynym słusznym rozwiązaniem jest płacenie świadczeniodawcy nie za usługę medyczną, ale za efekty leczenia, czyli za jego jakość. Jak wiemy, płacenie za usługę doprowadziło do fragmentacji ochrony zdrowia i wielu problemów, które dziś trudno jest rozwiązać.

Trzeba pamiętać, że nie jest możliwe realizowanie opieki koordynowanej bez dobrze funkcjonującego systemu informatyzacji ochrony zdrowia. Ten model może odnieść sukces tylko wówczas, gdy istnieje przepływ informacji między ekspertami zajmującymi się pacjentem – dzielenie się informacjami pozwala lepiej chronić życie pacjenta i przynosi oszczędności. Z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wynika, że obecnie ponad 40% polskich szpitali deklaruje gotowość do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. W innych obszarach poziom informatyzacji szpitali jest dużo wyższy. Niestety, wciąż niewystarczający jest stan informatyzacji placówek AOS i POZ.

I to jest klucz do powodzenia zapoczątkowanych działań, funkcjonowania tzw. sieci szpitali i rozwiązania problemów z niepotrzebnymi i drogimi hospitalizacjami. Ale nie da się tego zrobić od ręki. Należy sukcesywnie odbudowywać bądź budować od zera brakujące ogniwa opieki koordynowanej. Z tej drogi nie wolno już zbaczać, ale należy działać rozważnie i kompleksowo. Konieczne jest znaczne wzmocnienie roli lekarza POZ, informatyzacja, wyrównanie braków kadrowych, określenie potrzeb infrastrukturalnych świadczeniodawców, którzy mogliby realizować opiekę w ramach poradni przyszpitalnych. Należy też rzetelnie określić białe plamy w zakresie specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego na mapie Polski (czego brakuje, a czego mamy aż nadto) i na podstawie takich analiz działać dalej. Efekty tak prowadzonych prac będą widoczne.

W szpitalu czy w przychodni

Po przeanalizowaniu powyższych problemów należy tak rozpisać konkursy na AOS, aby tam, gdzie to już jest możliwe, wprowadzić poradnie przyszpitalne działające w ramach sieci, natomiast tzw. AOS poza siecią należy utrzymać, ale nie na zasadzie politycznych nacisków, tylko na podstawie rzetelnych danych dotyczących potrzeb na danym terenie, aby nie doszło nagle do dostępu do świadczeń ambulatoryjnych w sposób niekontrolowany. Warto też zastanowić się nad mechanizmem wynagradzania lecznictwa ambulatoryjnego. Chodzi o to, by dokonać rzetelnej analizy katalogu świadczeń i procedur medycznych JGP w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego i tak je wyce-



„Z raz obranej drogi zbaczać nie wolno – ciągłe wahania i zmiany decyzji nie służą nikomu, a już najmniej polskiemu pacjentowi”

nić, by te, które z punktu widzenia medycznego mogą być realizowane w ramach lecznictwa otwartego, były opłacalne w warunkach ambulatoryjnych, a nie szpitalnych. Może obecnie, zanim opieka koordynowana zagości w Polsce na dobre, należałoby opiekę okołoszpitalną oddzielić od AOS? Chodzi zarówno o odrębne kontraktowanie i finansowanie, jak i leczenie różnych grup pacjentów. Poradnie przyszpitalne powinny zapewniać opiekę pacjentom przed planowaną hospitalizacją i po pobycie w szpitalu w ściśle określonym czasie oraz tym chorym, którzy są narażeni na częste hospitalizacje (np. w zaawansowanym stadium choroby lub wymagającym leczenia immunosupresyjnego po przeszczepach narządów). Pozostali pacjenci, którzy wymagają poszerzenia diagnostyki POZ lub zakończyli leczenie w poradniach przyszpitalnych, powinni być kierowani do poradni kontraktowanych w ramach umowy AOS.

Konsekwencja

Jedno jest pewne, z raz obranej drogi zbaczać nie wolno – teoretyczne myślenie o opiece koordynowanej i tzw. sieci szpitali jest dobre, ale brakuje nam jeszcze sporo narzędzi, by w pełni rozwinąć model koordynowanej opieki medycznej i przesunąć leczenie chorych ze szpitali do placówek ambulatoryjnych. Jest dużo problemów, ale należy je rozwiązywać powoli i sukcesywnie, by ostatecznie osiągnąć sukces. Oby starczyło nam wytrwałości – bo ciągłe wahania i zmiany decyzji nie służą nikomu, a już najmniej polskiemu pacjentowi.

Greta Kanownik
Autorka jest doktorem nauk ekonomicznych,
kierownikiem Działu Administracji Medycznej SP ZOZ w Brzesku.