

Kolejki w AOS to problem polityczny



Fot. Archiwum własne

Rozmowa z Andrzejem Zapaśnikiem, wiceprzewodniczącym Pomorskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia, ekspertem Porozumienia Zielonogórskiego

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w skrócie AOS, problemem nierozwiązanym od lat pozostaje długi czas oczekiwania na wizytę pacjentów, którzy mają skierowanie.

Do niektórych poradni na wizytę czeka się nawet parę lat. Politycy to wiedzą. Wiedzą również, że w razie przeznaczenia większych środków kolejki doraźnie się zmniejszą. Dlatego przed wyborami samorządowymi NFZ wpadł na pomysł, aby zwiększyć nakłady na AOS, ale jedynie w zakresie przyjmowania pacjentów, którzy na wizytę przychodzą po raz pierwszy, i pod warunkiem zapewnienia dodatkowej kadry w dodatkowych godzinach. Pomysł jest więc taki, aby w dodatkowych godzinach przyjmować pacjentów, którzy obecnie czekają wiele miesięcy na wizytę u specjalisty. To złudne rozwiązanie problemu, bo jednocześnie NFZ nie zwiększa środków na kontrakty podstawowe. Czyli po przyjęciu dodatkowej liczby pacjentów, po zarejestrowaniu ich w systemie, pojawi się problem kolejnych wizyt. Ich liczba gwałtownie wzrośnie, a jednocześnie środki są limitowane. Pojawia się kolejki pacjentów oczekujących na kolejną wizytę. Czas oczekiwania po prostu się wydłuży. I to nie tylko tych, którzy są już w systemie, ale po wyczerpaniu środków również ocze-

kujących na pierwszą wizytę. Nie jest to więc rozwiązanie problemu kolejek, choć niewątpliwie politycy zechcą przedstawić te działania jako sukces i dbałość o interes pacjentów.

Czyli nadal brakuje rozwiązania systemowego. Problem kolejek na wizyty w AOS jest kulą u nogi ochrony zdrowia w naszym kraju.

Praca poradni specjalistycznych i liczba porad są pochodnymi wielkości obecnych kontraktów. Trudno wyobrazić sobie poprawę funkcjonowania AOS tylko dlatego, że pojawiają się nowe środki na pierwszorazowe przyjęcia, bez zwiększenia wielkości całego kontraktu. Podstawowym problemem systemowym jest nieuregulowany status poradni przyszpitalnych, które po wpisaniu do sieci szpitali w przeciwieństwie do poradni specjalistycznych funkcjonujących w przychodniach nie podlegają procedurom konkursowym i mają zapewnione środki na funkcjonowanie. Tymczasem ich praca nie ogranicza się jedynie do przyjmowania pacjentów, którzy byli hospitalizowani, ale każdy pacjent ze skierowaniem może się tam zarejestrować. De facto więc poradnie przyszpitalne konsumują środki, które w części powinny być przeznaczone na poradnie AOS uzyskujące kontrakty w wyniku postępowania konkursowego. Uważam, że ten problem powinien zostać rozwiązany systemowo – do poradni przyszpitalnych powinni być kierowani pacjenci przed przyjęciem do szpitala i po pobycie w nim oraz narażeni na częste ponowne hospitalizacje. Zdefiniowanie tych pacjentów jest możliwe na podstawie jednorodnych grup pacjentów. Pozostali powinni być leczeni w poradniach ambulatoryjnych. Sytuacja, która utrzymuje się od chwili rozpoczęcia funkcjonowania sieci szpitali, zaburza porządek rzeczy. Poradnie, które znalazły się w sieci, konsumując środki przeznaczone na AOS, zagrażają bytowi poradni specjalistycznych funkcjonujących poza szpitalami i posiadających kontrakty uzyskane w trybie postępowania konkursowego.

Problemy mają również szpitale, bo nie wszystkie mogą tworzyć poradnie jednoimienne.

Tak, jest wiele szpitali, które nie mają takich poradni, bo wcześniej, przed wprowadzeniem sieci, one nie funkcjonowały. Ustawa o sieci szpitali nie pozwala na ich tworzenie w trybie pozakonkursowym. Dlatego dyrektorzy szpitali czekają na konkursy w rodzaju AOS, żeby takie poradnie uruchomić, a kryteria konkursowe sprzyjają szpitalom. Tym bardziej potrzebne jest rozdzielanie świadczeń w rodzaju AOS od świadczeń w poradniach przyszpitalnych, bo system popełnia błąd. Z jednej strony promuje poradnie przyszpitalne, z drugiej blokuje ich rozwój. Jeżeli nic się nie zmieni i zostaną ogłoszone konkursy na AOS, a szpitale je wygrają, to przy ograniczonych środkach przychodnie stracą kontrakty, ze szkodą dla ciągłości świadczeń, którą boleśnie odczują pacjenci.

Na styku POZ i AOS również iskrzy.

Tak, ponieważ zakres świadczeń dostępny w POZ i kapitałowy system finansowania nie sprzyjają zatrzymaniu pacjenta w POZ, w przeciwieństwie do systemu opłaty za świadczenie w AOS. W efekcie, przykładowo, połowa pacjentów w poradniach kardiologicznych to osoby z niepowikłanym nadciśnieniem, które w ogóle nie powinny się tam znaleźć. Ale wolą leczyć się u kardiologa, a lekarza rodzinnego nic nie kosztuje wystawienie skierowania. Przy okazji sam pozbywa się części problemów pacjentów, których w POZ i tak jest za dużo w przeliczeniu na lekarza. Lekarzy w POZ przecież brakuje. Tymczasem w wydajnym systemie pacjent powinien być obsługiwany na najniższym możliwym poziomie, czyli w POZ. I to jest praca na lata, bo pacjenci również są przyzwyczajeni do leczenia się u specjalistów.

Rozmawiała Marta Kobańska