

Na marginesie wielkopolskiej katastrofy poradnianej

# W obronie doktora Dyderki

Ostatnie dni przyniosły zaskakujące wiadomości dotyczące niepodpisania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktów na najbliższych pięć lat z dwudziestoma siedmioma poradniami poznańskich szpitali uniwersyteckich. Jest to jednak tylko część spośród wielu wyeliminowanych rzetelnych wielkopolskich poradni o ugruntowanej renomie i roli społecznej.

**W** obliczu takiego kataklizmu – gdyż właśnie z takim ekstremalnym merytorycznie i emocjonalnie zjawiskiem mamy do czynienia – zobligowani jesteśmy do zadania pytania o jego przyczyny. Powróćmy jednak do faktów.

## Co się wydarzyło?

Na przykład w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego nie zakontraktowano siedmiu poradni. Wśród nich transplantacji szpiku. Zapomniano, że jesteśmy jedynym w tej części kraju podmiotem kwalifikującym rocznie średnio do 100 przeszczepów szpiku, a także obejmującym opieką pacjentów po tej skomplikowanej i drogiej procedurze. Nie podpisując kontraktu z naszą poradnią kardiologiczną, pozwolono na operowanie pacjentów bez możliwości prowadzenia kwalifikacji do zabiegu, a także pozbawiono ich opieki po pobycie w szpitalu. Pozostawiono bez opieki także chorych z przewlekłymi ranami, którymi w ramach Hospicjum Palium miała się zajmować poradnia chirurgiczna. To społecznie niezwykle wrażliwy punkt, ważny ze względu na objęcie troską pacjentów z trudnym schorzeniem, nad którymi wiele innych podmiotów nie jest w stanie prowadzić kompleksowej i przewlekłej – bardzo trudnej – opieki. Często nie prowadzą jej też – choć powinny – poradnie dermatologiczne czy chirurgii naczyniowej.

Pacjenci z zezem oraz z chorobami metabolicznymi decyzją komisji konkursowej zostali wysłani poza Poznań (osoby z chorobami metabolicznymi mają do wyboru Leszno bądź Kalisz). Może nieco mniej uszczerbku ponieśliby pacjenci nowo powołanej poradni transplantacyjnej, gdyż udałoby się ich „ukryć” w poradni kardiologicznej. Szkoda jednak, że nie porządkujemy struktur poradnianych w regionie, gdyż wydzielona poradnia transplantologii serca służyłaby dobrze pacjentom kwalifikowanym do przeszczepu tego narządu oraz po tej operacji. Pacjenci transplantologiczni – wymagający szczególnego potraktowania – nie znikaliby wówczas w tłumie innych chorych szturmujących drzwiami i oknami poradnie przy ul. Długiej.

## Kompleksowość nie ma znaczenia?

Poważny problem powstał z poradnią pulmonologiczną przy ul. Szamarzewskiego (na narożniku ul. Szpitalnej), z którą NFZ nie podpisał kontraktu. Działa ona od ponad 40 lat i obejmuje opieką 16 tys. pacjentów pulmonologicznych z regionu. Ma

wszystkie udogodnienia dla chorych zapewniające im kompleksową opiekę. Oprócz bliskości oddziału pulmonologicznego oraz oddziału intensywnej terapii na miejscu istnieje możliwość diagnostyki obrazowej (zdjęcia konwencjonalne, tomografia komputerowa), jest laboratorium, bardzo dobrze wyposażona pracownia badań czynnościowych, bezpieczne zaplecze endoskopowe, inhalatorium, sala gimnastyczna, pracownia zaburzeń oddychania podczas snu, pracownia testów alergicznych oraz zaplecze administracyjne zapewniające opiekę nad pacjentami z gruźlicą. Wydawałoby się, że nie ma lepszego miejsca na prowadzenie optymalnej opieki. Zakontraktowano jednak w okolicy 23 inne poradnie pulmonologiczne, których zdecydowana większość oferuje obecność pulmonologa w gabinecie wyposażonym w spirometr oraz negatoskop, z dostępem do procedur diagnostycznych jedynie w sposób pośredni, często dzięki strukturze naszego szpitala.

## Rozmydlenie procedur kosztochłonnej

Pikanterii sprawie dodaje fakt, że od początku roku część procedur – odrębnie uprzednio finansowanych – została włączona finansowo do działalności poradnianej. Tak też – przy sprzeciwie znaczącej części, widzących sprawy głębiej, pulmonologów – potraktowane zostały zabiegi bronchoskopii. Brak dostępu do poradni paraliżuje w szpitalu możliwość skierowania i wykonania tego zabiegu endoskopowego w trybie ambulatoryjnym (w roku 2011 przeprowadzono w tym trybie ponad 700 zabiegów, w tym około połowy z własnej poradni). Jeśli u znaczącej części pacjentów zabieg ten był wykonywany w wypadku podejrzenia raka płuca, to można stwierdzić, że niewinne z pozoru decyzje prowadzą do destrukcji sprawnego mechanizmu szybkiej diagnostyki raka płuca, praktykowanej z dobrym skutkiem w ostatnich latach.

Trzeba zaznaczyć, że przypatrując się sposobowi kontraktowania, trudno było dostrzec konsekwencję wynikającą z włączenia do kontraktu poradnianego części badań uprzednio odrębnie kontraktowanych. Może się to wiązać w regionie z następstwami dla pacjentów i systemu dotyczącymi dostępności ultrasonografii dopplerowskiej, echokardiografii czy znaczącej części okulistycznych badań dodatkowych, w tym angiografii i elektrofizjologii.

## Fałszywa partytura

Wydaje się, że źródłem problemów jest przyjęty sposób kontraktowania, ujmujący jako podstawowe kryterium cenę za punkt proponowaną przez oferenta. Inne kryteria wydają się tajemnicze, ale na pewno nie zakładają – postulowanej przez wielu sugerujących zmiany w systemie zdrowotnym – kompleksowości wykonywania świadczeń czy tym bardziej referencyjności.

Zapewne myli się więc ten, kto obarczałby odpowiedzialnością za zaistniałą sytuację szefa wielkopolskiej komisji konkursowej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dr. Zbigniewa Dyderkę, przywołanego – dotychczas tajemniczo – w tytule

niniejszej refleksji. Podobnie niewinna jest pewnie odpowiedzialna za pion medyczny dr Barbara Murawska – zazwyczaj niezwykle życzliwa, kompetentna i podchodząca z wrażliwością do wszelkich spraw medycznych w regionie, a także świeżo powołany na stanowisko dyrektora dr Karol Chojnacki.

Na szczeblu centralnym napisano fałszywą partyturę konkursu na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, która wydaje się zawierać absurdalnie skomponowaną melodię, pełną zgrzytów i kakofonii. Anonimowe – z perspektywy oddziału – centralne struktury NFZ, z powodu braku kompetencji, wyobraźni i przewidywania skutków decyzji administracyjnych, wyprowadziły na manowce regionalnych urzędników, każąc im balansować na niebezpiecznej linii.

Choć wprowadzone w drugim półroczu ubiegłego roku procedury JGP w systemie poradnianym wydają się pożądanym kierunkiem zmian, to ten sukces przeszkodził w sprawnym przygotowaniu kompetentnego kształtu konkursu.

Nie ośmielię się pominąć ostrych słów podsumowujących sprawę, że konkurs spowodował już teraz pewną społeczną katastrofę, mimo że wysyłane są zapewnienia o rozpisaniu konkursu uzupełniającego. Pozostaje tylko tajemnicą, skąd uda się wysupłać pieniądze na rozwiązanie problemu.

### Jaka opieka specjalistyczna?

Sytuacja jest dowodem na wskazywany nieustannie od lat fakt braku koordynacji funkcjonowania opieki zdrowotnej w regionie. Dotyczy to niemalże wszystkich jej wymiarów (usytuowania oddziałów, pracowni, np. hemodynamiki, stacji dializ itp.), a tym razem w sposób burzliwy brak ten ujawnił się przy kontraktowaniu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Przy ograniczonych funduszach nie jest możliwe, by akceptować wszystkie nowe podmioty. Nie może też jedynym kryterium wyboru pozostawać cena, choć pieniądze oczywiście muszą być wydawane w sposób oszczędny. Wydaje się, że powinny zostać zachowane stosowne preferencje dla podmiotów już istniejących na rynku – by zachować ważną w odpowiedzialnym postępowaniu medycznym ciągłość opieki.

Ponadto duże znaczenie ma kompleksowości opieki, co powinno się wiązać z dodatkowym premiowaniem gwarantujących ją ośrodków. Mimo znaczącego oporu części specjalistów nie unikniemy – podczas odpowiedzialnego kształtowania opieki ambulatoryjnej w przyszłości – powrotu do myśli o referencyjności poradni. Duża część przykliniknych poradni stanowi faktycznie poradnie rekonsultacyjne dla specjalistów niemających możliwości kompleksowego dostępu do wysokospecjalistycznego sprzętu. W warunkach Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego kuriozalne są zadania chociażby poradni okulistycznej, do której większość pacjentów trafia ze skierowaniem od innych okulistów.

### Harmonia specjalistów rejonowych i przyszpitalnych

Pozostaje także wielki żal i niesmak po otrzymaniu wiadomości o braku kontraktu dla wielu specjalistów samotnie działających w różnych częściach regionu. Przez lata pracowali dla dobra wspólnego, obejmując w kompetentny sposób opieką spore rzesze pacjentów. Zostali często zepchnięci przez anonimowe spółki – powstające jak grzyby po deszczu, by wyrwać publiczną

kasę, szukające na chybcika specjalistów do pracy. Ten brak szacunku dla ludzi, którzy przez lata pracowali na swoje dobre imię, dowodzi, w jakiej mierze doszło do kontraktowania na ślepo. W tworzeniu kompetentnego systemu opieki współpraca wszystkich specjalistów i zachowanie ducha wspólnego niesienia pomocy naszym pacjentom są niezbędne.

Nie ukrywam, że poradnie przyklinikne nie są łatwym elementem funkcjonowania organizmu szpitalnego. Biorąc pod uwagę tylko względy ekonomiczne, trzeba by większość z nich zamknąć. Na przykład wskażę, że z prowadzonych przez nas w szpitalu wyliczeń kosztów wynika, że uzyskanie od płatnika 9,2 zł za punkt niesie koszt w poradni hematologicznej około 23 zł, a dla poradni mukowiscydozy – kuriozalnie ponad 70 zł. Poradnie te stanowią jednak pewne zabezpieczenie działalności oddziałów szpitalnych, odciążając je od zbędnych procedur, których wykonanie w warunkach ambulatoryjnych sugeruje logika. Ponadto poradnie ułatwiają dostęp do tych oddziałów, zwłaszcza w obliczu olbrzymiego często naporu. Choć takie drastyczne obliczenia nie dotyczą wszystkich poradni, to zachowanie ich kompleksowego udziału w systemie leczenia klinicznego jest niezbędne do zapewnienia ich społecznej misji mimo sugestii ekonomicznych restrykcji, które narzucałyby – obecnie dominujące w pragmatyce działania – mechanizmy konstruowania systemu opieki zdrowotnej.

### A może powrót do opieki podstawowej?

Na marginesie wspomnę o ryzyku zapychania się – przy obecnie istniejącym systemie – poradni specjalistycznych z powodu braku skutecznych mechanizmów zachęcających do powrotu części pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście zależy to od specyfiki specjalności i schorzenia, wydaje się jednak, że możliwości te nie są skutecznie wykorzystywane. Niezupełnie rozsądne wydaje się tworzenie „grup wsobnych” pacjentów w poradniach specjalistycznych, choć jest to na pewno wygodne.

Wydaje się więc, że dla systemu zdrowsza byłaby sytuacja obowiązywania czasowego jedynie skierowania do poradni specjalistycznej oraz ocena każdej poradni pod kątem otwartości na nowych pacjentów – zdecydowanie mniej powinny być preferowane poradnie, w których powstaje ryzyko mnożenia procedur w zamkniętych grupach pacjentów, z których część powinni przejmować lekarze rodzinni.

\*\*\*

Wydaje się, że kształt funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w naszym kraju wymaga pogłębionej refleksji i przedstawienia dalszych zmian.

Opisany przypadek wielkopolskiej wpadki poradnianej świadczy o tym, że działanie NFZ, który jako płatnik ma niemalże wyłączność na kreowanie opieki zdrowotnej, może mieć charakter destrukcyjny i społecznie szkodliwy. Sprawa dotyczy jednak generalistów i decyzji podejmowanych na najwyższych szczeblach, dlatego do prostowania nieodpowiedzialnych zawiłości nie wystarczy dobra wola dr. Dyderki i władz wielkopolskiego NFZ, którym też (podobnie jak przede wszystkim naszym zagubionym pacjentom) współczujemy.