

Pacjenci pozbawieni kompleksowej opieki,
czyli jak nie leczyć Polaków

Od Annasza do Kajfasza

O potrzebie kompleksowej opieki nad pacjentem mówią wszyscy. Agnieszka Pachciarz, prezes NFZ, od momentu objęcia tej funkcji zapowiada, że fundusz będzie premiował te placówki, które oferują całościową opiekę. I nic z tego nie wynika. Dlaczego?

Właśnie brak kompleksowości jest najbardziej dokuczliwy dla pacjentów. Chorzy muszą krążyć po różnych podmiotach leczniczych – a to na badanie diagnostyczne, a to na operację czy rehabilitację. Często sami muszą się tym zająć i zabiegać o to, aby możliwie szybko uzyskać pomoc.

Efekt jest taki, że albo wykonujemy zbyt wiele skumulowanych diagnostycznych badań obrazowych, albo pacjenci grzęzną w kolejkach. Dlatego idea Agnieszki Pachciarz o nagradzaniu kontraktami placówek



zapewniających całościową opiekę jest jak najbardziej słuszna, a jej wprowadzenie w życie przyniosłoby z pewnością oszczędności.

Zawał i co dalej?

Najczęściej mówi się o braku ciągłości opieki w kardiologii. Polska znajduje się w czołówce europejskiej pod względem dostępności leczenia inwazyjnego zawału serca oraz jakości stosowanych procedur, ale ten sukces jest marnowany.

– W wyniku zaniedbań w długoterminowej opiece nad chorymi po zawałach niweczone są wcześniejsze sukcesy leczenia szpitalnego. W ten sposób marnujemy nakłady na nowoczesne leczenie inwazyjne. Chorzy po zakończeniu hospitalizacji powinni mieć zagwarantowany dostęp do kardiologa, właściwą opiekę lekarza POZ, możliwość rehabilitacji oraz szansę na korzystanie z nowoczesnej farmakoterapii. Wymaga to większego zaangażowania zarówno środowiska lekarskiego, jak i płatnika oraz decydentów systemu ochrony zdrowia – przekonuje prof. dr hab. med. Piotr Podolec z Kliniki Chorób Serca i Naczyń Instytutu Kardiologii CM UJ w Krakowie, przewodniczący Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Wśród bóleczek długoterminowej opieki nad osobami po zawałach eksperci wymieniają niedostateczny dostęp do kardiologów, a także do rehabilitacji kardiologicznej, zarówno prowadzonej na szpitalnych oddziałach rehabilitacyjnych, jak i ambulatoryjnie, w poradniach. Bardzo słabo jest też z edukacją pacjentów po zawałach – z powodu małej świadomości zdrowotnej i niewystarczającej wiedzy chorzy często nie stosują się do zaleceń lekarskich i przerywają zaleconą farmakoterapię. W konsekwencji kolejny zawał mięśnia sercowego występuje najczęściej w ciągu 12 miesięcy po pierwszym.

Warto przypomnieć, że średni czas oczekiwania na wizytę u kardiologa to 6 miesięcy, na badanie holterowskie – 2 miesiące, elektrokardiografię – ok. 3 miesięcy, natomiast

na badanie elektrofizjologiczne serca – nawet do 7 miesięcy. Osoby ze stabilną chorobą wieńcową czekają niemal 7 tygodni na koronarografię.

– Środowisko kardiologów nieinwazyjnych od dawna mówi, że na profilaktykę wtórną: rehabilitację i leczenie ambulatoryjne po OZW, wydajemy zbyt mało w porównaniu z kwotami przeznaczanymi na leczenie ostrej fazy. Moim zdaniem, remedium nie powinna być alokacja funduszy z leczenia zabie-

cza go ok. 70 tys. Polaków i aż 70 proc. z tych, którzy przeżywają, zostaje niepełnosprawnymi. To także efekt braku ciągłości opieki.

– Jednym z podstawowych elementów leczenia chorych po udarze mózgu jest fizjoterapia. Właściwa aktywność ruchowa redukuje wczesne powikłania i ogranicza wczesną śmiertelność, która jeszcze kilkanaście lat temu w Polsce wynosiła prawie 30 proc. w pierwszym miesiącu. Fizjoterapia umożliwia choremu po



foto: iStockphoto

„ Chorzy muszą krążyć po różnych podmiotach leczniczych – a to na badanie diagnostyczne, a to na operację czy rehabilitację. Często grzęzną przy tym w kolejkach ”

gowego na postępowanie zachowawcze przed zawałem i po nim, lecz zwiększenie nakładów na leczenie zachowawcze bez uszczuplenia puli na leczenie zabiegowe – podkreśla prof. Maciej Karcz, członek Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – Sprawa jest niezwykle poważna, bo staranne leczenie ambulatoryjne po OZW istotnie zmniejsza ryzyko kolejnego OZW i związanych z nim kosztów – uważa kardiolog.

Udarowy bez szans?

Podobna jest sytuacja w wypadku udarów mózgu. Co roku doświad-

udarze odzyskanie podstawowych aktywności ruchowych, takich jak ustawianie, chodzenie, czynności manualne, i daje mu możliwość powrotu do dawnych ról społecznych. Mimo wielu dowodów naukowych na jej skuteczność fizjoterapia nie jest w Polsce doceniana. Nie zatrudnia się wystarczającej liczby fizjoterapeutów na oddziałach udarowych i rehabilitacji poudarowej, co powoduje opóźnienia w rozpoczęciu fizjoterapii. Utrudniony jest też dostęp pacjentów do fizjoterapii ambulatoryjnej – podkreśla dr Maciej Krawczyk, kierownik Zespołu Fizjoterapii II Kliniki Neurologicznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Stawki NFZ za reha-

bilitację są tak niskie (72 zł za tzw. osobodzeń na oddziałach dziennych i 150 zł na oddziałach szpitalnych), że brakuje chętnych do świadczenia tych usług. W województwie łódzkim w ogóle nie ma takich placówek.

Na świecie do rehabilitacji podarowej wkraczają coraz bardziej nowoczesne metody, np. robotyka.

jęto drugą wersję Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Inne Skazy Krwotoczne, który miał podnieść standardy opieki nad pacjentami. – *Cele tego programu są szczytne i w zasadzie oparte na wytycznych europejskich. Niestety, nie wszystkie jego punkty są realizowane* – mówi wprost dr Andrzej Mital z Katedry i Kliniki Hematologii

rencyjne zapewniające takie kompleksowe leczenie, jednak do tej pory nie został utworzony ani jeden.

Według dr Ewy Stefańskiej-Windygi z Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, jest to efekt m.in. zbyt niskiej wyceny procedur. – *Jeżeli za 10 dni pobytu pacjenta z hemofilią szpital dostaje 550 zł, nie będzie chciał go hospitalizować* – podkreśla, przypominając jednocześnie, że w przeciętnym szpitalu doba kosztuje 200–250 zł, więc nie można zapłacić tak mało za 10 dni, bo do tego dochodzą koszty procedur medycznych i leków. Z powodu niskiej wyceny chorzy na hemofilię są odsyłani od szpitala do szpitala, bo nikomu nie opłaca się ich leczyć.

Fundusz sprzeczności

Nie tylko zbyt niskie wyceny utrudniają kompleksowe leczenie. Problemem jest to, że... sam NFZ robi wszystko, by się tak nie stało. – *Od wielu lat pracuję w interdyscyplinarnym zespole, dzięki czemu osiągamy lepsze wyniki leczenia. Niestety, w wycenie NFZ nie ma czegoś takiego jak zespół złożony z wielu specjalistów. Albo się wykonała taką procedurę, albo inną – i tyle. W efekcie, mimo dobrych wyników leczenia, moja klinika przynosi regularne straty, bo za wiele świadczeń po prostu nie dostajemy pieniędzy* – mówi Romuald Krajewski z Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii w Warszawie.

Do tego warto dodać także słynny przepis, że pacjent, który wróci do szpitala w ciągu dwóch tygodni od poprzedniej hospitalizacji, ma być leczony za darmo. To – zdaniem NFZ – miało ograniczyć liczbę powikłań i błędów w sztuce. Tylko czy można zapobiegać powikłaniom metodami administracyjnymi?

Już te dwa przykłady pokazują, że NFZ robi wszystko, by uniemożliwić kompleksowe leczenie. Chyba że wizja strat ma być zachętą *à rebours* dla dyrektorów szpitali. Jak widać, nie zadziałała.

Agnieszka Boruszkowska



foto: iStockphoto

„ Wśród bóleczek długoterminowej opieki nad osobami po zawałach eksperci wymieniają niedostateczny dostęp do kardiologów, a także do rehabilitacji kardiologicznej, zarówno prowadzonej na szpitalnych oddziałach rehabilitacyjnych, jak i ambulatoryjnie ”

– *W Polsce to dopiero pieśń przyszłości. W kraju jest ok. 10 robotów rehabilitacyjnych, pomagających chorym utrzymać równowagę czy wykonywać codzienne czynności* – mówi dr Krawczyk.

Zapomniana hemofilia

Brak ośrodków kompleksowej terapii to także problem chorych na hemofilię, mimo że w 2012 r. przy-

i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Jak tłumaczy, kompleksowa opieka nad pacjentami z hemofilią oraz innymi skazami krwotocznymi to nie tylko opieka hematologiczna, lecz także ortopedyczna, stomatologiczna, ginekologiczna czy psychologiczna. Zgodnie z zapisami programu, w 2012 r. miały powstać dwa pierwsze ośrodki refe-