

Ze szpitala do POZ, z POZ do szpitala



Przepychanka



Tytułowa przepychanka to brak współpracy między dwoma największymi udziałowcami rynku medycznego – szpitalnictwem i podstawową opieką zdrowotną. Szpitalnictwo jest największym beneficjentem systemu, gdyż konsumuje prawie połowę rocznego budżetu narodowego płatnika, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna (lekarze rodzinni) jest z kolei najliczniejszą grupą świadczeniodawców.

Może zaczniemy od początku, czyli od reformy systemu ochrony zdrowia. Jedną z czterech wielkich reform premiera Buzka, rozpoczętej w styczniu 1999 r. Pożegnaliśmy się wtedy z systemem budżetowym, w którym to państwo było właścicielem, organizatorem, finansującym i nadzorującym funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Przypomnę tylko, że minęło już 16 pełnych lat funkcjonowania tej reformy. A my ciągle jesteśmy w siedemnastym roku „porządkowania systemu”.

Kolejne rządy

Tylko pierwszy rząd miał odwagę i wprowadzał reformę. Wszystkie pozostałe, niezależnie od pochodzenia partyjnego, porządkowały, naprawiały lub udoskonalały system. Większość z nich nie chciała dokonywać rewolucyjnych zmian, tylko ewolucyjne. Chociaż likwidacji kas chorych i zastąpienia ich Narodowym Funduszem Zdrowia do zmian ewolucyjnych raczej bym nie zaliczył. A zawdzięczamy to Sojuszowi Lewicy Demokratycznej.

Po jesiennych wyborach parlamentarnych w tym roku znowu mogą jednak nastąpić zmiany rewolucyjne, bo wśród przedwyborczych obietnic jest zapowiedź

likwidacji NFZ. Czy skończy się na zapowiedziach, zobaczymy po wyborach.

Piramida

System opieki zdrowotnej powinien być jak piramida, której podstawę tworzą placówki medyczne mogące zaspokoić pierwsze potrzeby zdrowotne ubezpieczonych. A jeżeli nie, to ewentualnie powinny skierować, ale także pokierować pacjentów do pozostałych jednostek, które są w stanie udzielić im pomocy. Te podstawowe placówki medyczne powinny być zlokalizowane możliwie najbliżej ubezpieczonych i ze względu na powszechność udzielanych świadczeń zdrowotnych musi ich być najwięcej.

Wdrażając reformę systemu ochrony zdrowia, planowano, że dobre funkcjonowanie tego elementu systemu może zapewnić ok. 20 tys. lekarzy rodzinnych. W siedemnastym roku reformy mamy ich około 12 tys. Ze względu na tak duże braki specjalistów z tej dziedziny do prowadzenia placówek lekarza rodzinnego dopuszczono, znowu w ramach poprawiania systemu, pediatrów i chirurgów. Mniejsza niż planowana liczba lekarzy rodzinnych skutkuje tym, że na lekarza

rodzinnego przypadku więcej ubezpieczonych. A jeśli ubezpieczony zachoruje, to więcej pacjentów. A skoro więcej pacjentów, to każdemu można poświęcić mniej czasu – na wywiad, badanie i samo leczenie. Oczywiście lekarz rodzinny może i powinien kierować pacjentów do specjalistów z całego zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a w razie konieczności udzielenia natychmiastowej opieki – do szpitala. Wszystkie te działania lekarz rodzinny powinien podjąć, gdy pacjent wymaga świadczeń medycznych, których zakres przekracza kompetencje lekarza rodzinnego. Te kompetencje w „czasoprzestrzeni porządkowania systemu” wielokrotnie się zmieniały. Najszerszy zakres uprawnień lekarze rodzinni mieli na początku funkcjonowania reformy. I było to zgodne z jej założeniami. Oprócz sprawowania całodobowej opieki nad pacjentem zapisanym do jego praktyki lekarz rodzinny miał być również przewodnikiem pacjenta po tym systemie. Tak miało być, bo tak zaplanowano. Zaplanowano, że podstawowa opieka zdrowotna powinna być finansowana w wysokości 20 proc. budżetu i powinna zaspokajać ponad 80 proc. potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Przy takich założeniach był to, i nadal jest, najtańszy element systemu. Jednak z budżetu NFZ do lekarzy rodzinnych trafia tylko ok. 12 proc. zamiast 20 proc. środków.

Drogie szpitale

Nie trzeba być specjalistą, żeby wiedzieć, że szpital to taka placówka medyczna, która ze względu na rozbudowaną infrastrukturę – budynek, sieci i instalacje, aparaturę medyczną oraz liczbę i fachowość zatrudnionych pracowników – jest najdroższym elementem systemu. Logiczne wydaje się, że skoro szpitale to takie drogie instytucje, powinno ich być możliwie jak najmniej, jednak tyle i takich, aby gwarantowały bezpieczeństwo zdrowotne ubezpieczonym.

W ramach reformy systemu opieki zdrowotnej planowano zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych i skrócenie średniego okresu hospitalizacji. Liczba łóżek przypadająca na 10 tys. pacjentów była w Polsce jedną z najwyższych w Europie. Długi był okres hospitalizacji. Podobnie jak w większości krajów Europy planowano, że szpitalnictwo nie powinno konsumować więcej niż 40 proc. budżetu narodowego płatnika. To oznaczało konieczność głębokich reform dotyczących organizacji funkcjonowania szpitali, ich lokalizacji, liczby i specjalności. Część naszych lekarzy znała zasady funkcjonowania szpitali zachodnich, zwłaszcza niemieckich. Mieli oni świadomość, że reforma będzie wymuszać zmianę sposobu leczenia, skrócenie okresu hospitalizacji. Zdawali sobie sprawę, że pewna liczba placówek może się okazać zbędna, że ze szpitali znikną wszystkie te procedury medyczne, które mogą być wykonane w trybie ambulatoryjnym przez lekarzy specjalistów w AOS lub przez lekarzy rodzinnych. Skoro do szpitala miał kierować lekarz rodzinny, to liczba

„ Szpitale wykazują, że na SOR-y trafia ponad 70 proc. pacjentów, którzy powinni być obsłużeni w trybie ambulatoryjnym, przez lekarza rodzinnego lub specjalistę ”

skierowanych pacjentów będzie zależała od tzw. dobrych relacji między lekarzami szpitalnymi a rodzinnymi. Pamiętam zdarzenie z początku reformy, gdy na spotkaniu z lekarzami w szpitalu jeden z nich mówił o konieczności pisania „listu dziękczynnego” do lekarza, który skierował pacjenta do naszego szpitala. Do takich zmian niestety nie doszło. Szpitalnictwo trzyma się mocno. Wielokrotnie podnoszona przez różne środowiska, między innymi STOMOZ, do którego należę, idea stworzenia sieci szpitali, nigdy nie weszła nawet w stadium dyskusji.

„ Z budżetu NFZ do lekarzy rodzinnych trafia tylko ok. 12 proc. pieniędzy zamiast zapowiadanych 20 proc. ”

Rywalizacja

Nadal trwa, wprawdzie nie bezpośrednia, ale jednak rywalizacja lub tytułowa przepychanka pomiędzy tymi dwoma największymi graczami w systemie opieki zdrowotnej. Szpitale podnoszą, że podstawowa opieka zdrowotna zamiast skupić się na leczeniu, kieruje zbyt dużo pacjentów, do tego nie do końca zdiagnozowanych (bez badań diagnostycznych), do kolejnego ogniw systemu, jakim są szpitale. Lekarze rodzinni bronią się, że mają zbyt mały zakres badań i diagnostyki przypisany do swojego zakresu uprawnień. Szpitalnicy twierdzą, że ten zakres jest wystarczający, by dobrze zdiagnozować pacjenta, tylko rodzinni „oszczędzają na skierowaniach”, zwłaszcza tych, za które muszą sami zapłacić. To „oszczędzanie” jest możliwe między innymi dlatego, że płatnik nie wymaga od lekarzy rodzinnych sprawozdawczości w zakresie kosztów badań, za które zapłacili ze swoich budżetów. Był taki okres w „ewolucyjnie porządkowanym” systemie, gdy lekarze rodzinni musieli sprawozdawać, jaką część swoich budżetów przeznaczyci na badania. Płatnik z kolei



„Minęło już 16 pełnych lat funkcjonowania reformy, a my ciągle jesteśmy w siedemnastym roku porządkowania systemu”

sprawdzał, czy koszty tych skierowań nie odbiegają od ustalonego wskaźnika.

Szpitalnicy mają za złe reformatorom systemu, że nadmiernie rosną wymagania wobec szpitali bez odpowiedniego wzrostu nakładów na szpitalnictwo. Brak zapłaty przez NFZ za świadczenia ponadlimitowe oraz brak możliwości uzyskiwania dodatkowych przychodów ze sprzedaży świadczeń w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, gdyż tych praktycznie nie ma, ogranicza szpitalom możliwość spełnienia tych wymagań. Znany jest już i zatwierdzony plan finansowy NFZ na 2016 r. Nakłady na POZ rosną o 21 proc., a na szpitalnictwo tylko o 5 proc. Lekarze rodzinni wywalczyli sobie podwyższenie stawki kapitałowej na pacjenta zapisanego do ich praktyki z prawie 100 zł do ponad 140 zł. W ślad za tym miała wzrosnąć liczba badań, które zleca i z własnego budżetu opłaca lekarz rodzinny. Badanie minionego okresu sprawozdawczego wykazało, że praktycznie nic się nie zmieniło w strukturze i kosztach badań zlecanych przez lekarzy rodzinnych. Fundusz coraz bardziej wnikliwie bada sprawozdawczość szpitali i wyłapuje wszystkie braki, pozostawiając rachunki szpitali bez należnej zapłaty. Sprawozdania przekazywane płatnikowi przez szpitale są coraz bardziej szczegółowe i rozbudowane. Brak sprawozdania jest równoważny z brakiem zapłaty za

świadczenia. Lekarze rodzinni natomiast mają otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie za przekazywaną płatnikowi sprawozdawczość.

Szpitalne oddziały ratunkowe

Szpitale wykazują, że na szpitalne oddziały ratunkowe trafia ponad 70 proc. pacjentów, którzy powinni być obsłużeni w trybie ambulatoryjnym przez lekarza rodzinnego lub specjalistę. Dostęp do specjalistów jest znacznie ograniczony. Pacjenci wiele miesięcy oczekują w kolejkach na przyjęcie w poradniach specjalistycznych. Z kolei „oszczędne” kierowanie na badania przez lekarzy rodzinnych powoduje, że pacjenci traktują szpital jak ostatnią deskę ratunku. Muszą gdzieś rozwiązać swój problem zdrowotny. A szpitalowi trudno odesłać pacjenta do domu bez badań, które wykluczają istnienie zagrożenia dla zdrowia lub życia.

Elementem, który łączy, ale jednocześnie dzieli szpitale i podstawową opiekę zdrowotną, są sami lekarze. A raczej ich brak. Niedobory są w praktykach lekarzy rodzinnych, głównie pediatrów, ale i innych specjalności, gdy oprócz medycyny rodzinnej praktyka prowadzi ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. W szpitalach również brakuje lekarzy, zarówno do pracy w ramach tzw. normalnej ordynacji (od 7.00 do 15.00), jak i na dyżury. Lekarz, który funkcjonuje tylko w systemie ambulatoryjnym, na pewno ma mniejszy zakres praktycznej wiedzy i doświadczenia niż lekarz mający kontakt ze szpitalem.

Czy jest więc gdzieś pole współpracy, część wspólna dla tych dwóch największych graczy systemu? Jeśli nie będzie rewolucji po wyborach, może będzie czas na rozsądne zmiany w systemie opieki zdrowotnej.

*Janusz Attachowicz
Autor jest wiceprezesem Stowarzyszenia
Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ.*