

Ustawy o POZ i sieci wymierzone są w AOS.  
Kto przejmie funkcję przychodni?



Fot. iStockphoto.com ZK

# Oligopol zapobiegawczo-leczniczy

Sejm RP uchwalił ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej oraz ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającą rozwiązania w zakresie utworzenia tzw. sieci szpitali, które zmieniają funkcjonującą przed 1 października 2017 r. rzeczywistość systemu opieki zdrowotnej. Co z punktu widzenia praktyka, czyli w realnym świecie medyka i pacjenta, może się zmienić?

Wizja Narodowej Służby Zdrowia, nakreślona przez ministra zdrowia, jest w tym momencie konsekwentnie realizowana i opublikowana w odnośnych dziennikach ustaw. Największymi przeszkodami w jej wdrożeniu, co podnoszono w trakcie konsultacji, są ogromny niedobór kadr medycznych w naszym kraju i zbyt małe nakłady na opiekę medyczną. Czy zatem wskazywany kierunek jest właściwy i doprowadzi do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych?

### Tempo zmian

Wydaje się, że na efektach reform może zaciążyć pośpiech przy ich wprowadzaniu, związany z potrzebą zmian, ale też z zaniechaniami w tym zakresie, których dopuścili się również poprzednicy ministra Radziwiłła. Najlepiej, aby to była zmiana na lepsze. Niestety w takiej dziedzinie, jak opieka zdrowotna, należy bardzo rozważnie dyktować tempo transformacji i przy wprowadzaniu jej w życie dobrze skalkulować, gdzie przyspieszyć, a gdzie zwolnić.

Jeżeli spojrzymy na najlepszych, to kraje, które reformowały swoje systemy ochrony zdrowia tak, by doprowadzić do poprawy jakości świadczeń przy jednoczesnym racjonalnym ich finansowaniu, wprowadzały zmiany powoli. Japonia rozpoczęła zmiany w 1961 r., a teraz jej system opieki zdrowotnej jest jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się na świecie. Średnia długość życia Japończyków ciągle wzrasta i od wielu lat jest najwyższa na świecie – piszą w opracowaniu „Analiza porównawcza systemów ochrony zdrowia w Polsce i Japonii na podstawie subiektywnych opinii pacjentów” Magdalena Mińko i Maciej Mińko ze współpracownikami w „Hygeia Public Health” z 2014 r. „Nawet w obliczu problemów związanych ze starzejącym się społeczeństwem japońska opieka zdrowotna zajmuje pierwsze miejsce pod względem nasycenia zaawansowanymi technologiami medycznymi. Wydatki na opiekę zdrowotną w Japonii – podobnie jak w innych krajach – stale rosną i według danych WHO z 2010 r. wynoszą obecnie około 8% PKB. Jednak w rezultacie koszty ponoszone na opiekę medyczną w Japonii są niższe niż w wielu krajach wysoko rozwiniętych” – dodają autorzy artykułu.

Sięgając bliżej, Holandia w 2004 r. rozpoczęła reformę swojego systemu publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, istniejącego od 60 lat. Głównym powodem zmian były wysokie koszty jego funkcjonowania, starzejące się społeczeństwo oraz długie kolejki oczekujących na zabiegi i badania. Postawiono na zwiększenie efektywności systemowej, wprowadzenie bodźców skierowanych na poprawę jakości, objęcie ochroną ubezpieczeniową wszystkich obywateli oraz poprawę finansowania świadczeń medycznych. W konsekwencji wprowadzonych zmian Holandia od kilku lat przewodzi w rankingu Europejskiego

Konsumenckiego Indeksu Zdrowia oceniającym 35 krajów.

### Trud reform

Celem powyższych uwag jest wskazanie, że transformacje systemu ochrony zdrowia to nie jedynie polski pomysł. Stoimy przed tym wyzwaniem od kilku lat i tyłuż rządów. Decyzje, które zostały podjęte, dyktują nam drogę przemian wskazywaną wcześniej przez ekspertów polskich i zagranicznych, m.in. w corocznych raportach OECD. Nawet kraje, które wymieniałem jako przykład, miały swoje uwarunkowania i powody, dla których podjęły się trudu przeprowadzenia reform. Problem jest to, że my zaczynamy z zupełnie innego punktu niż państwa będące obecnie liderami światowych rankingów satysfakcji z funkcjonowania ochrony zdrowia.

Paradoksalnie obszarem, w którym dojdzie do największych przeobrażeń, wcale nie będzie w najbliższych latach podstawowa opieka zdrowotna ani leczenie

„Już w lipcu 2018 r., po przeprowadzeniu kontraktowania usług specjalistycznych, na rynku otwartym – niezwiązanym z opieką przyszpitalną – pozostaną nieliczne przychodnie”

szpitalne. Tam zmiany będą zapewne następować wolniej, co jest uwarunkowane ograniczonymi zasobami kadrowymi, koniecznością przekierowania strumieni finansowych i zachęt dla medyków do pracy w priorytetowych dla systemu obszarach oraz koniecznością nadrobienia luki technologicznej m.in. w zakresie informatyzacji. Nie bez znaczenia jest także konieczność zorganizowania właściwie od początku opieki domowej nad obłożnie chorymi czy seniorami i dezinstytucjonalizacja tej opieki. Takie kroki będą służyć m.in. zmniejszeniu fali chorych zalewającej SOR-y i izby przyjęć szpitali, a także skróceniu czasu ich pobytu na oddziałach. Przeprowadzenie tych procesów wymaga czasu i może zakończyć się odmiennym obrazem systemu ochrony zdrowia, niż zakładają autorzy reform i spodziewają się pacjenci.

### Koniec AOS

Niebawem dojdzie do właściwie całkowitej likwidacji jednego z segmentów dotychczas funkcjonującej

organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Już w lipcu 2018 r., po przeprowadzeniu kontraktowania usług specjalistycznych, na rynku otwartym – niezwiązanym z opieką przyszpitalną – pozostaną nieliczne przychodnie. Będą to głównie placówki udzielające świadczeń, których nie będą oferować szpitale ze swoimi poradniami.


Z informacji przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia można wnioskować, że projekt rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna będzie przyznawał poradniom przyszpitalnym liczne preferencje, zapisane zarówno w części wspólnej, jak i w kryteriach dla poszczególnych przedmiotów postępowania (poradni). Jeśli jednak za kryterium eliminujące z przyznania finansowania uzna się niespełnienie wymogu realizacji wybranych świadczeń, które są udzielane w warunkach szpitalnych – w tym badań diagnostycznych (np. bronchofiberoskopia) i programów lekowych oraz ASDK – to już na starcie większość obecnie działających placówek AOS zostaje wykluczonych.

### Kłopotliwe preferencje

Również wymaganie zapewnienia dostępności specjalisty powyżej 12 godzin (z preferencją dla 24, 36 lub 48) daje poradniom przyszpitalnym przewagę w konkursie ofert. Na to nakładają się wymogi dotyczące kwalifikacji personelu, np. pielęgniarki ze specjalizacją w danej dziedzinie lub po kursie specjalizacyjnym, a także rygor realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, co uprzywilejowuje szpitale i bardzo duże przychodnie.

Abstrahując od słuszności kierunku zmian, trzeba zauważyć, że w obliczu najniższego wskaźnika w krajach OECD lekarzy czynnie uprawiających działalność w Polsce te zbyt raptowne zmiany w zakresie AOS mogą odbić się negatywnie na funkcjonowaniu całego systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzane przez ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej mechanizmy koordynacji świadczeń będą mogły zacząć realnie funkcjonować nie wcześniej niż za kilka lat. Ograniczeniami są nie tylko niedobór i wysoka średnia wieku kadr medycznych w tym segmencie ochrony zdrowia, lecz także brak narzędzi systemowych ograniczających biurokrację, nadmierna sprawozdawczość czy wypalenie zawodowe wynikające z wielości świadczeń udzielanych codziennie w POZ.

Zmniejszenie liczby punktów świadczących opiekę specjalistyczną spowoduje konieczność przejęcia tych usług przez poradnie przyszpitalne (co oznacza kolej-



„Grozi nam powrót do całkowicie nieefektywnego sposobu gospodarowania pieniędzmi publicznymi”

ki) lub podstawową opiekę zdrowotną. Jeśli poradnia AOS nie otrzyma finansowania od płatnika, jej utrzymanie będzie zależało od pozyskania podwykonawstwa świadczeń od szpitala (nieliczne), świadczenia usług komercyjnych (*out of pocket*) albo świadczenia usług dla POZ w ramach podwykonawstwa (obecnie nie ma regulacji systemowych w tym zakresie).

### Pilotażowy projekt

O ile można sobie wyobrazić dwa pierwsze scenariusze, to ten ostatni stanowi dzisiaj wielką niewiadomą. W przyszłym roku planowane jest przeprowadzenie pilotażu opieki koordynowanej, w którym ma uczestniczyć 45 podmiotów POZ. Trwają prace koncepcyjne nad dopracowaniem projektu i zasad jego funkcjonowania. Zainteresowanie, jakie wzbudził (do pilotażu zgłosiło się ponad 600 podmiotów), świadczy o tym, że nie zabraknie chętnych do udziału w tym przedsięwzięciu. Pewne zdziwienie może budzić tylko fakt, że



menedżerowie tych podmiotów zgłosili swój akces, nie znając szczegółów.

Niezależnie od analizy jego wyników, która nastąpi po 31 grudnia 2019 r., trzeba wskazać, że aby możliwa była koordynacja świadczeń specjalistycznych przez POZ, w całym systemie musi nastąpić wiele równoległych odbywających się procesów. Nie jest to możliwe w tak krótkim czasie, a dodatkowym utrudnieniem może być brak wsparcia świadczeń POZ zlokalizowaną blisko miejsca zamieszkania pacjenta opieką specjalistyczną. Jeżeli obecne kadry pracujące w POZ nie zostaną zasilone nowymi pracownikami (co, jak wiadomo, szybko nie nastąpi), nie będą mogły polegać wyłącznie na tych nielicznych specjalistach, którzy zdecydują się na współpracę z POZ, szczególnie w sytuacji braku regulacji w tym zakresie i określeniu dzisiaj zasad finansowania tej współpracy. Na straconej pozycji są zwłaszcza mniejsze praktyki, zlokalizowane w małych miasteczkach i na wsiach.

## Czarny scenariusz

Może stać się tak, że szpitale pozyskają do współpracy wszystkich dostępnych w terenie specjalistów, a rozdrobniona POZ nie będzie na tyle wydolna organizacyjnie, aby tworzyć dla szpitala konkurencyjny ośrodek koordynacji świadczeń specjalistycznych. Także małe praktyki POZ, obciążone napływem dodatkowych pacjentów, którzy nie zdołają uzyskać porady specjalisty, ponieważ znajdują się oni w poradniach przyszpitalnych, mogą stać się niewydolne, tworzyć kolejki i w efekcie zostać wchłonięte przez lokalny szpital, który złoży ofertę kontraktu dla płatnika na cały zakres świadczeń zdrowotnych, łącznie z POZ.

„Przeprowadzenie zmian wymaga czasu i może zakończyć się odmiennym obrazem systemu ochrony zdrowia, niż zakładają autorzy reform i spodziewają się pacjenci”

Ostatecznie może powstać oligopol z silnym ośrodkiem centralnym, skupiającym i kontraktującym wszystkie świadczenia zdrowotne. To grozi odbudowaniem dawnej struktury zespołów opieki zdrowotnej zaopatrujących obwody zapobiegawczo-lecznicze z liczbą ludności od 50 tys. do 150 tys., gdzie rola otwartej opieki ambulatoryjnej zostaje podporządkowana determinantom medycyny naprawczej. To natomiast grozi powrotem do całkowicie nieefektywnego sposobu gospodarowania środkami publicznymi. Nawet wobec spodziewanego wzrostu finansowania ochrony zdrowia model taki nie poprawi jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i nie zlikwiduje najważniejszego obecnie problemu decydentów, tj. kolejek do specjalistów i kosztochłonnych badań.

Chciałbym wierzyć, że nie taki był zamysł reformatorów. Znacznie korzystniejsze jest powstanie duopolu udzielania świadczeń zdrowotnych, w którym usługodawcami w zakresie świadczeń specjalistycznych są szpital i poradnie przyszpitalne oraz POZ w modelu opieki koordynowanej. Do tego jednak trzeba przemyślanego harmonogramu działań i wprowadzania zmian bez ryzyka wywołania chaosu organizacyjnego, którego ostateczną ofiarą stanie się najważniejszy podmiot – powód i wytłumaczenie dla istnienia całego systemu – pacjent.

Jacek Krajewski  
Autor jest prezesem Porozumienia Zielonogórskiego.