



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Systemowe rozszerzanie świadczeń z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Jeden z paneli dyskusyjnych podczas V Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość oraz XV Hospital & Healthcare Management dotyczył systemowego rozszerzania świadczeń zdrowotnych w kierunku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W opinii ekspertów w Polsce zdecydowanie zbyt dużo jest hospitalizacji, gdy tymczasem śmiało można by przenieść pacjentów do opieki ambulatoryjnej, co wpłynęłoby nie tylko na zmniejszenie kosztów leczenia, lecz także komfort chorego.

Rozpoczynając panel dyskusyjny, Katarzyna Pinkosz zauważyła, że w Polsce piramida świadczeń jest nieco odwrócona – zbyt dużo mamy hospitalizacji, pacjenci zbyt często są leczeni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), a zbyt rzadko w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Należałoby ten system odwrócić. Zapytała prof. Marcina Czecha, czy są takie procedury, które można by bezpiecznie przenieść np. do domu pacjenta lub POZ, a na które na pewno czekaliby pacjenci.

– Na początek warto przedstawić, jak taka piramida świadczeń powinna wyglądać. Powinna zaczynać się od wiedzy, którą posiada społeczeństwo, od profilaktyki – te działania są najtańsze, tzn. porada lekarska lub porada farmaceutyczna i odpowiednie zachowanie pacjenta już generują oszczędności w systemie – wyjaśniał prof. Marcin Czech. – Kolejny tańszy element tego systemu to lekarz rodzinny czy lekarz pierwszego kontaktu. Dopiero następnym punktem jest opieka specjalistyczna, która jest droższa pod względem diagnostycznym i terapeutycznym.

Profesor zauważył, że opieka specjalistyczna bardzo często jest wzmocniona wieloma badaniami dodatkowymi. – Następnie mamy opiekę szpitalną – kontynuował. – Tutaj najlepiej by było, gdyby były poziomy referencyjne, czyli od placówek powiatowych zajmujących się wszystkimi mniej skomplikowanymi przypadkami przez kolejne poziomy aż do najwyższych ośrodków referencyjnych, posiadających największe doświadczenie w leczeniu różnych chorób. Tymczasem w Polsce jest taka sytuacja, że bardzo dużo leczymy w warunkach szpitalnych, co ma oczywiście swoje przyczyny. Na leczenie szpitalne wydajemy 51 proc. budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Holendrzy, co warto w tym miejscu wspomnieć, wy-



”

prof. Marcin Czech:
Piramida świadczeń powinna zaczynać się od wiedzy, którą posiada społeczeństwo, od profilaktyki – te działania są najtańsze

dają 21 proc. – mówił prof. Marcin Czech. Dodał, że pacjent jest niejako przesuwany do bardziej kosztownych części systemu, a w ich ramach jeszcze do tych droższych, bo każdy chce być leczony w instytucie czy szpitalu uniwersyteckim. Pacjent wychodzi z założenia, że lepiej pójść do szpitala, gdzie wykona sobie komplet badań, a nie do POZ, bo tam lekarz na pewno nie da mu skierowań. A nie da ich, bo ma



”

Grzegorz Baczewski:
Tam gdzie można, monitorujemy, dobijamy się, by środki były przesuwane do leczenia ambulatoryjnego

swój budżet i próbuje nim racjonalnie gospodarować. Ekspert poruszył także temat leków. – Mamy ich dużo i z powodzeniem mogą być one stosowane w lecznictwie otwartym bądź hospitalizacjach jednego dnia, a nie w lecznictwie zamkniętym, gdzie pacjent musi spędzić długie dni, a hospitalizacja kosztuje najwięcej. Programy lekowe to taka konstrukcja, którą zakłada ustawa

refundacyjna. Będziemy je mieli dla najdroższych terapii, które z biegiem czasu, zwłaszcza z wejściem generyków i leków biozastępczych, stają się dużo tańsze. Po drugie cała medycyna idzie do przodu, w związku z czym ceny spadają i w wielu przypadkach podawanie tych leków w warunkach szpitalnych przestaje mieć uzasadnienie. Jeżeli np. mieliśmy formę dożylną, a teraz mamy podskórną, to możemy ją podawać w warunkach hospitalizacji jednego dnia – mówił prof. Marcin Czech.

Procedury muszą być odpowiednio finansowane

Dziedzinami, w których możliwe jest przeniesienie procedur ze szpitala do opieki ambulatoryjnej są dermatologia czy reumatologia. – Przykładem jest leczenie łuszczycy, która nie jest stanem zagrożenia życia. Jesteśmy w stanie prowadzić terapię lekami biologicznymi czy bionastępczymi w warunkach ambulatoryjnych, a więc w lecznictwie otwartym – powiedział prof. Marcin Czech. Wskazał, że znajdziemy wiele takich obszarów, w których można przenieść pacjentów do mniej kosztownych części systemu. Jest jednak jeden warunek: trzeba mieć na tyle elastyczny system, żeby te procedury były odpowiednio finansowane. Jeżeli pacjenci muszą być w szpitalu, to w ramach hospitalizacji jednego dnia, jeżeli nie muszą być w szpitalu, to w lecznictwie otwartym. – Takie produkty muszą dostać refundację – czy jest to robione przez szpital czy też listę apteczną, czyli w tym lecznictwie otwartym – podkreślał ekspert. Refundacja i wizyta u specjalisty, nawet okresowo powtarzana, kosztuje wielokrotnie mniej niż pobyt w szpitalu. Ponadto łóżko szpitalne może być dużo bardziej potrzebne komuś innemu, szczególnie teraz, w trakcie czwartej fali pandemii COVID-19.

rowotnych w kierunku

Katarzyna Redmerska



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **Grzegorz Baczewski** – wiceprezes Fundacji Centrum Walki z Alergią
- **prof. dr hab. n. med. Marcin Czech** – prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego
- **prof. dr hab. n. med. Marek Jutel** – Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, prezydent Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej
- **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kowal** – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, przewodniczący Sekcji Immunoterapii Polskiego Towarzystwa Alergologicznego

– Z punktu widzenia zarządzania jest to zła lokacja zasobów. W okresie pandemicznym system często działa na granicy wydolności, a my lokujemy w szpitalach świadczenia, które mogłyby być z powodzeniem zrealizowane poza nimi – podsumował prof. Marcin Czech.

W opinii prof. Marcina Czecha leczenie pozaszpitalne daje wielowymiarowe korzyści: mniejsze zagrożenie dla pacjenta, niższe koszty, jakość życia pacjenta.

– Zawsze mówię swoim pacjentom, by zrobili wszystko, aby nie przychodzić do szpitala. Należy pamiętać, że szpital to środowisko, gdzie znajdują się najbardziej odporne na antybiotyki drobnoustroje, gdzie można się zarazić najgorszymi czynnikami chorobotwórczymi, wliczając w to także COVID-19. Myślę, że teleporady mają sens, ale w granicach rozsądku. Wszystkie procedury muszą być bezpieczne dla pacjenta – przestrzegają ekspert.

Pacjenci chcą być odczulani w warunkach ambulatoryjnych

Grzegorz Baczewski wyjaśnił, dlaczego dla pacjentów tak istotne jest częściowe przeniesienie leczenia odczulającego z warunków szpitalnych do ambulatoryjnych. – Chodzi o optymalizację. Nie każdy musi być leczony w szpitalu. Należy także spojrzeć na sposób leczenia. Pacjenci otrzymujący preparaty jadowe wymagają leczenia przez 3–5 lat, jest to zatem długa

procedura. Chory często musi się zgłaszać do oddalonej placówki, nie ma zatem łatwej dostępności – dojazd, urlop itd. To wszystko wpływa na dodatkowe koszty, których nie bierze się pod uwagę. Są koszty ukryte, które ponosi pacjent – poświęca dzień wolny, a przez 5 lat tych dni nabywa się dosyć dużo. Pamiętajmy także o ważnym aspekcie psychicznym. To są pacjenci, którzy najczęściej odczuwają silny lęk, np. z powodu urazu po anafilaksji.



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Dla takiej osoby każde wyjście czy dalszy wyjazd to taki czynnik urazowy – tłumaczył Grzegorz Baczewski. Stwierdził, że z perspektywy pacjenta, przesunięcie leczenia do poradni specjalistycznej wydaje się uzasadnione. Zwrócił uwagę na jeszcze jeden problem: coraz częściej mówi się o optymalizacji terapii, o przesuwaniu leczenia do ośrodków ambulatoryjnych, co wpisuje się w strategię NFZ na obecne lata, ale pacjent nie widzi tej strategii i optymalizacji, widzi, że pieniądze publiczne nie są racjonalnie wydawane. – *Dlatego tam gdzie można, monitorujemy, dobijamy się, by środki były przesuwane do leczenia ambulatoryjnego* – podsumował Grzegorz Baczewski.

Elastyczny system to gwarancja bezpieczeństwa pacjenta

Zwracając się do prof. Krzysztofa Kowala, redaktor Katarzyna Pinkosz zapytała, dlaczego specjaliści chcą takiej dywersyfikacji – by część procedur odczulania odbywała się w szpitalu, a część ambulatoryjnie.

– *Musimy pamiętać, że system, który będzie elastyczny, umożliwi nam jak najlepsze dostosowanie się do potrzeb pacjenta i szybkie reagowanie w sytuacjach krytycznych, np. w okresie narastającej fali pandemicznej. Przede wszystkim umożliwi nam wyjście do pacjentów, którzy tego potrzebują. Gdybyśmy zrobili taką wstępną kalkulację, to wydaje się, że w Polsce jest kilkakrotnie więcej osób poważnie uczulonych na jad owadów błonkoskrzydłych w porównaniu z tym, co jesteśmy w stanie w danym momencie leczyć. Jeżeli zatem mamy metodę, która tak naprawdę ma działanie profilaktyczne – bo immunoterapia pozwala zapobiec kolejnym nieprzyjemnym czy też tragicznym zjawiskom, to wydaje się, że poszerzenie dostępności tego postępowania może mieć kluczowe znaczenie dla podwyższenia poziomu zdrowotności* – przekonywał prof. Krzysztof Kowal.

Zwrócił uwagę, że szpitale mają ograniczone możliwości przyjmowania chorych, co pokazały poprzednie fale pandemii COVID-19. W związku z tym AOS może być miejscem, które w dużej mierze uzupełni świadczenia szpitalne. – *Mamy wiele danych z krajów europejskich i spoza Europy, że z medycznego punktu widzenia takie metody mogą być zastosowane w praktyce* – podsumował ekspert. Profesor Marek Jutel dodał, że przeniesienie odczulania pacjentów do placówek ambulatoryjnych jest jak najbardziej możliwe, pod warunkiem że zostaną zachowane odpowiednie środki bezpieczeństwa. – *Tylko część pacjentów wymaga podawania szczepionki w warunkach szpitalnych. Są to chorzy, u których mogą wystąpić tzw.*



prof. Krzysztof Kowal:

W Polsce mamy ponad 1000 dobrze funkcjonujących alergologów. To jest duża grupa specjalistów, którzy mogą świadczyć usługi w odpowiedni sposób

działania uboczne podczas podawania szczepionki. Mowa tutaj o metodach ultraszybkich odczulania. Mamy rozwiniętą sieć poradni alergologicznych, które prowadzą immunoterapię iniekcyjną. Preparaty podawane są pod skórę. W Polsce jest to dominująca forma – mówił prof. Marek Jutel. Podkreślił, że w Polsce jest odpowiednio wykwalifikowany personel. Oczywiście konieczne jest posiadanie właściwego wyposażenia. – *Nie widzę potrzeby, by tego typu terapię wylądować z opieki ambulatoryjnej* – zaznaczył. Na pytanie, jak prowadzi się odczulanie w Europie, odpowiedział: – *W szpitalach odczuła się tych pacjentów, u których jest ryzyko wystąpienia skutków ubocznych. W większości krajów europejskich, gros tych terapii odbywa się w warunkach ambulatoryjnych.*

Dlaczego w Polsce leczenie odbywa się głównie w szpitalach?

Odpowiedzi na to pytanie podjął się prof. Krzysztof Kowal. Jak zauważył, są metody odczulania, które dają szybkie rezultaty, ale niosą ze sobą możliwość wystąpienia skutków ubocznych, o których wspominał prof. Marek Jutel. – *Historycznie ta metoda jako całość im-*



prof. Marek Jutel:

W czasie pandemii było takie zalecenie, że jeśli pacjent przeszedł podstawowy kurs, to przerywamy immunoterapię, ale nie było to właściwe

munoterapii na przełomie lat dziewięćdziesiątych i dwutysięcznych została zapisana jako procedura szpitalna. Potem już nie procedowaliśmy tego, co można z tym faktem zrobić, kontynuowaliśmy to podejście – wyjaśnił prof. Krzysztof Kowal. Wskazał, że gdy jesteśmy świadomi i wiemy, co robimy, to możemy pewne rzeczy wykonywać w sposób bardziej efektywny. – *Musimy jednak pamiętać o bezpieczeństwie. Jeżeli wielu alergologów nie odczuła w ambulatorium, to musi się dostosować do nowych warunków, by leczyć bezpiecznie i skutecznie. Z punktu widzenia medycznego, tak jak mówił prof. Marek Jutel, jest to absolutnie do wykonania. I najważniejsze – w Polsce mamy ponad 1000 dobrze funkcjonujących alergologów. To jest duża grupa specjalistów, którzy mogą świadczyć usługi w odpowiedni sposób* – zapewnił prof. Krzysztof Kowal.

Odczulanie w dobie pandemii COVID-19

W trakcie dyskusji nie mogło zabraknąć pytania o los odczulanych pacjentów w dobie pandemii COVID-19.

– *Staraliśmy się zabezpieczyć pacjentów przed zakażeniem. Było takie zalecenie,*

że jeśli pacjent przeszedł podstawowy kurs, to przerywamy immunoterapię, ale nie było to właściwe – przyznał prof. Marek Jutel. – *Należy bowiem sprawdzić, czy u pacjenta występuje tolerancja po uzdleniu, a nie kierować się tylko całkowitym czasem prowadzenia terapii. Były jednak takie wymogi chwili* – dodał.

Po wybuchu pandemii COVID-19 zmniejszyła się grupa pacjentów, którzy kontynuowali leczenie. Wielu samych zrezygnowało, bojąc się kontaktu z zakładami opieki medycznej, a szczególnie szpitalami. – *Gdyby była większa dostępność terapii w warunkach ambulatoryjnych, na pewno więcej pacjentów kontynuowałoby terapię* – powiedział prof. Marek Jutel, dodając, że niewątpliwie jakość życia pacjentów pogorszyła się w związku z zaprzestaniem odczulania.

Jak zauważył prof. Marcin Czech, musimy zdawać sobie sprawę, że infekcje staną się częścią naszego życia. Jeśli nie COVID-19, to będzie to coś innego. – *Zagrożenie epidemiologiczne w szpitalach jest duże, dlatego jeżeli możemy wyprowadzić pacjenta ze szpitala, to jest to korzystne i dla niego, i dla innych osób, bo nie ma ognisk zakażenia* – mówił prof. Marcin Czech.

Jak zmienić system?

W opinii prof. Krzysztofa Kowala należy dać narzędzia lekarzom specjalistom, by mogli użyć swojej wiedzy, doświadczenia i umiejętności. – *Ważna jest tutaj wycena procedur diagnostycznych i terapeutycznych, bo takie postępowanie jest zawsze bardziej opłacalne w warunkach ambulatoryjnych niż szpitalnych. Ponadto odpowiednia refundacja leków, które chorzy stosują. Cena leku nie powinna być barierą* – podsumował.

Profesor Marek Jutel uważa, że pierwszym krokiem powinno być wprowadzenie refundacji preparatów do stosowania w opiece ambulatoryjnej, następnym praca organizacyjna poradni, bo nie każda poradnia chciałaby zajmować się tymi pacjentami. – *Ważny jest dialog między lekarzem AOS a pacjentem i Ministerstwem Zdrowia. To można zrobić kilkoma decyzjami administracyjnymi* – mówił.

Grzegorz Baczewski stwierdził, że wszystko zależy od decyzji Ministerstwa Zdrowia, jak gospodarować środkami, jak je przesunąć. – *Walczymy o komfort pacjenta* – podsumował.

– *Zawsze opłaca się tak planować system, aby reagować od samego początku, na etapie profilaktyki. Zaoszczędzimy wtedy problemów pacjentom, a systemowi wydatków, które mogą nastąpić później* – zauważył prof. Marcin Czech. ■