

RECEPTA NA ZDROWIE

REAKTYWACJA

RECEPTA NA ZDROWIE

REAKTYWACJA



**STRATEGIE
2050**

Autorzy:

Dr hab. Cezary Pakulski

Mgr piel. Piotr Bany-Moskal

Prof. dr hab. Michał Chmielewski

Prof. dr hab. Urszula Demkow

Dr n. med. Przemysław Duda

Stud. med. Grzegorz Kardas

Dr n. med. Małgorzata Leźnicka

Dr n. farm Piotr Merks

Marek Przygodzki

Dr hab. Marian Simka

Dr hab. Dawid Sześciło

Prof. dr hab. Piotr Wiland

INSTYTUT STRATEGIE 2050

Spis treści

GŁÓWNE TEZY	4
RECEPTA NA ZDROWIE – REAKTYWACJA	6
1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA SERCEM SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA	12
1.1. KADRY DLA POZ / KOMPOZ	14
1.2. CYFRYZACJA W SŁUŻBIE POZ / KOMPOZ (I INNYCH JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA RÓWNIEŻ).	16
1.3. PRACA W POZ / KOMPOZ	21
1.4. TRIAGE W PORADNI KOMPOZ (WERYFIKACJA PACJENTÓW I SEGREGACJA WSTĘPNA)	23
1.5. PIERWSZA WIZYTA W PORADNI KOMPOZ.	25
1.6. DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE W KOMPOZ – WPROWADZENIE	26
1.7. KOSZYK ŚWIADCZEŃ I DIAGNOSTYKI W KOMPOZ	27
1.8. LISTY PACJENTÓW W KOMPOZ	33
1.9. WYNAGRODZENIE ZA EFEKT W KOMPOZ	37
1.10. ZASADY DZIAŁANIA KOMPOZ – UZUPEŁNIENIE	44
2. AMBULATORIJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	48
3. NOCNA I ŚWIĄTECZNA POMOC LEKARSKA.	53
4. LOKALNE DOMY ZDROWIA – OPIEKA W JEDNYM MIEJSCU	57
5. SZPITAL DZIENNY	61
6. SZPITALA – JEDNOSTKI KOMPLEKSOWO ZARZĄDZAJĄCE CHOROBA	64
7. WSPARCIE PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA	75
8. NA ZAKOŃCZENIE	77

Główne tezy

System ochrony zdrowia jest źle oceniany i przez społeczeństwo, i przez pracujących w nim ludzi. Dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zawsze był trudny. Oczekiwanie w wielomiesięcznych i systematycznie wydłużających się kolejkach na wizytę u lekarza specjalisty lub na wolne miejsce w szpitalu, dla ludzi potrzebujących konsultacji lub okresowej kontroli jest uciążliwe, ale dla osób poważnie chorych, potrzebujących pilnej diagnozy i leczenia staje się okrutne. Ludzie chorzy lub zagrożeni chorobą, którzy mają przed sobą perspektywę bardzo długiego czekania na przeprowadzenie koniecznych badań i/lub zabiegów w placówkach wykonujących zlecenia NFZ, z konieczności korzystają z pełnopłatnych usług komercyjnych, na które wielu z nich materialnie nie stać. Inni cierpliwie czekają na „swój” termin, ryzykując utratę życia lub znaczne pogorszenie stanu zdrowia. Dzieje się tak z powodu ogłaszania kolejnych nieprzemyślanych „reform” systemu i pomimo zwiększania ilości pieniędzy przeznaczanych na zdrowie.

Pojawienie się zakażenia wirusem SARS-Cov-2 i kolejne fale pandemii COVID-19, nawet te skromne i niesprawiedliwe możliwości systemu ostatecznie zamknęły. Przez długie miesiące leczeni byli niemal wyłącznie pacjenci z COVID-19 i z powikłaniami po COVID-19. Paradoksalnie kluczową rolę w zamknięciu systemu ochrony zdrowia dla pacjentów chorujących na coś innego niż COVID-19 odegrało Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Ceną są tysiące śmierci, które już nastąpiły i kolejne tysiące, które jeszcze przed nami. Większość z nich jest lub będzie zgonami, których można było uniknąć.

Właśnie teraz, w tej nowej i niezwykle skomplikowanej sytuacji niestandardowego zagrożenia szczególnie dobrze widać skutki dramatycznego niedofinansowania ochrony zdrowia, niedostatku kadr medycznych, braku perspektyw na lepsze jutro systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wszyscy liczyliśmy na mądre pomysły kolejnych rządzących, które zwiększyłyby nasze szanse w nierównej walce ze starymi i nowymi wyzwaniami dla systemu ochrony zdrowia. Niestety takie dotychczas się nie pojawiły. Można odnieść wrażenie, że uczestnicy systemu przyzwyczaili się do rozwiązań, z którymi mają od dawna do czynienia i ciągle próbują doskonalić niewydolną hybrydę, a nie

wyobrażają sobie tego, że mogłoby być zupełnie inaczej. W prezentowanym dokumencie takie rozwiązania proponujemy.

Rekomendujemy:

1. przywrócenie właściwej piramidy świadczeń i kosztów, w której elementem najważniejszym stanie się podstawowa opieka zdrowotna i lekarz odpowiedzialny
2. wskazanie pacjenta jako najważniejszego obiektu troski systemu, a placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) centrum kompleksowej opieki nad pacjentami (KomPOZ)
3. stworzenie warunków, które pozwolą na skuteczną współpracę lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ z lekarzami specjalistami i przedstawicielami innych zawodów medycznych w sprawowaniu skutecznej kompleksowej opieki nad pacjentami w KomPOZ
4. zmniejszenie liczby pacjentów, którymi będzie opiekował się jeden lekarz POZ w KomPOZ, wprowadzenie zasady wynagrodzenia za efekt, rozszerzenie koszyka świadczeń i diagnostyki o nowe możliwości diagnostyczno-terapeutyczne i zadania z zakresu działań profilaktycznych i prozdrowotnych
5. na poziomie powiatu i miasta na prawach powiatu utworzenie Lokalnego Domu Zdrowia, skupiającego w jednym miejscu świadczenia z wielu zakresów medycznych, w zależności od map potrzeb zdrowotnych oraz możliwości zarządzających SOZ jednostek samorządu terytorialnego. W każdym przypadku, w skład minimum organizacyjnego powinny wchodzić podstawowa, ambulatoryjna specjalistyczna i nocna opieka medyczna oraz biuro koronera.
6. stworzenie warunków, które pozwolą na skuteczną współpracę lekarzy POZ i lekarzy specjalistów w szpitalu w zakresie skoordynowanej opieki ambulatoryjno-szpitalnej w szpitalu dziennym
7. oparcie pracy szpitali wykonujących świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych o zasadę kompleksowej opieki medycznej oraz / lub organizacji systemu zgodnie z kompetencjami narządowymi

RECEPTA NA ZDROWIE – REAKTYWACJA

Informacja ogólna

Niniejszy tekst stanowi eksperckie rozwinięcie tez dotyczących organizacji systemu zawartych w ogólnym dokumencie programowym pt. „Co po pandemii? Plan dla zdrowia” opublikowanym na stronie Instytutu Strategii 2050 28.04.2021 roku i ogłoszonych na konwencji programowej przy udziale Szymona Hołowni.

Wprowadzenie

Okres trwania pandemii to trudny, ale jednocześnie najlepszy czas na przygotowanie nowego, lepszego i przede wszystkim społecznie sprawiedliwego pomysłu na organizację systemu ochrony zdrowia (SOZ). Szczególnego znaczenia nabierają słowa „nie wolno zmarnować dobrego kryzysu”. Z kryzysu trzeba wyciągnąć właściwe wnioski, nie powtarzać wcześniej popełnianych błędów, a w proponowanych zmianach i podejmowanych decyzjach być mądrym, odważnym, ale też rozważnym.

Głównym źródłem wszechobecnej niewydolności publicznego sektora naszego SOZ jest wewnętrzny konflikt pomiędzy naturą jego zadań, a ramami funkcjonalnymi, w których musi działać. Publiczna część systemu ochrony zdrowia jest zdalnie sterowana przez urzędników, w warunkach, w których kto inny jest właścicielem poszczególnych części systemu (samorządy, uczelnie medyczne, Ministerstwo Zdrowia i inni), a kto inny dawcą pieniędzy (Narodowy Fundusz Zdrowia). Narzędziami wykorzystywanymi do sterowania są skomplikowane zestawy wycen świadczeń medycznych, kontrakty, ryczałty oraz inne protezy imitujące działanie tradycyjnego rynku. W połączeniu z ugruntowanym od wielu lat opieraniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego na tzw. „odwróconej piramidzie świadczeń medycznych”, w której instytucją najważniejszą jest szpital, a najmniej ważną lekarz rodzinny, otrzymaliśmy miksturę zabójczą dla ochrony zdrowia. Efekt jest taki, że publiczny SOZ zgubił pacjenta z pola widzenia i zaczął być niewolnikiem kontraktów i innych biurokratycznych procedur.

Działanie całego SOZ trzeba zacząć naprawiać, patrząc na niego z perspektywy dotąd mało poważanej, a przecież najważniejszej. **Dobro**

pacjenta oraz zdrowie społeczeństwa muszą stać się najważniejszymi celami działania wszystkich jednostek całego SOZ. **Na wszystkie problemy tego systemu trzeba w końcu zacząć patrzeć przez pryzmat odczuć, potrzeb i oczekiwań jego pacjentów.** Rola biurokratycznych procedur powinna zostać ograniczona do niezbędnego minimum. Trzeba poprawić koordynację obsługi pacjentów i wyeliminować sztywne podziały zadań. Trzeba zwalczyć urzędniczą obojętność i dać pacjentom poczucie bezpieczeństwa. W tym systemie **najpierw trzeba dużo zmienić zanim warto będzie dokładać do niego kolejne kwoty pieniędzy**, ale przede wszystkim konieczne jest przywrócenie w nim **właściwej hierarchii celów i odpowiednich zasad działania.** Tylko na wizji nowego, sprawnego i dobrze osadzonego w polskich realiach modelu SOZ i w porozumieniu ponad podziałami można oprzeć plan reform „**na pokolenia, nie na kadencję**”.

W nowej rzeczywistości pacjent musi stać się najważniejszym podmiotem opieki zdrowotnej, a placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej centrum koordynacyjnym opieki nad pacjentami. Każda placówka ochrony zdrowia na kolejnych poziomach piramidy świadczeń powinna wykonywać tyle świadczeń, ile jest potrzebnych, aż do granic posiadanych możliwości finansowych. Do historii powinien przejść zwyczaj przetrzymywania pacjentów ambulatoryjnych przez kilka dni w szpitalu, tylko po to, żeby możliwe było rozliczenie wykonanego świadczenia medycznego. Sektor prywatny SOZ powinien stać się efektywnym uzupełnieniem i partnerem, a nie konkurentem dla sektora publicznego SOZ. W piramidzie kosztów działania naprawcze muszą zostać zastąpione profilaktycznymi. Proponowana zmiana filozofii funkcjonowania systemu będzie pierwszym krokiem w kierunku łatwiejszego dostępu do usług medycznych.

Na system ochrony zdrowia składają się Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ), Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS), szpitale, system Państwowego Ratownictwa Medycznego PRM (zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe), jednostki dodatkowe (ośrodki rehabilitacyjne, lecznictwo uzdrowiskowe, opieka długoterminowa, opieka terminalna) oraz realizowane przez różne podmioty (nie tylko ochrony zdrowia) świadczenia w zakresie zdrowia publicznego. Każdy z tych elementów decyduje, w sobie określonym zakresie, o dostępności do świadczeń medycznych. Pozycję, wpływ i możliwości działania systemu PRM oraz problematykę leczenia usprawniającego, geriatrycznego i długoterminowego omówiono w innych dokumentach. W tej części naszym zadaniem jest zaproponowanie kluczowych

i nowych założeń dla kolejnych elementów tworzących piramidę świadczeń zdrowotnych, a więc POZ, AOS i szpitali. Jeszcze nie tak dawno, wszystkie trzy składowe piramidy były niezależnymi bytami. Sytuacja nieco się zmieniła z chwilą wprowadzenia pilotażu „POZ plus”, który trwa do dzisiaj. Pilotaż pokazał, przewagę systemu POZ wspieranego przez lekarzy specjalistów nad dotychczasową organizacją. Zaistnienie koordynacji na styku POZ – AOS okazało się nową jakością z punktu widzenia poprawienia dostępu chorych leczonych w POZ do wsparcia specjalistycznego na poziomie AOS. W opiece koordynowanej pacjent trafia do lekarza POZ, następnie ten kieruje go do specjalisty i po jednej lub kilku wizytach u lekarza specjalisty pacjent ponownie wraca do lekarza POZ z postawionym rozpoznaniem i ustalonym leczeniem¹. „Ta koncepcja wydaje się być słuszna, ale ostatecznie rzadko jest skuteczna. Opieka koordynowana tylko częściowo rozwiązuje problem chorego, a w niektórych przypadkach w ogóle go nie rozwiązuje. Specjalista, przyjmując chorego, nadal robi to w systemie „procedurowym”. Każda procedura jest osobno wyceniana i osobno finansowana. Za każdą lekarz otrzymuje od Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) jakąś liczbę punktów. W efekcie, w opiece koordynowanej zrealizowanie i rozliczenie konkretnej procedury pozostaje co najmniej tak samo ważne jak uzyskane efekty zdrowotne. Nieodłączną cechą systemu „procedurowego” jest więc kolejka do świadczeń. Na nic się zda skierowanie w ramach opieki koordynowanej do specjalisty, skoro na taką wizytę czeka się kilka miesięcy, bo nikomu tej kolejki pominąć nie wolno. Często dopiero po konsultacji lekarza specjalisty zaczyna się właściwe leczenie, często wielospecjalistyczne (np. z powodu wielochorobowości wśród pacjentów), a to wymaga nie tylko wielu konsultacji specjalistycznych, ale dodatkowo udziału w procesie diagnostyczno-terapeutycznym wielu innych profesjonalistów ochrony zdrowia, m.in. fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów, logopedów”². Ten przykład nieskuteczności koordynacji na styku POZ – AOS wskazuje, że koniecznością staje się wprowadzenie modelu opieki skoordynowanej lub nawet zintegrowanej.

W niniejszej analizie, jako alternatywę dla obecnych dwóch modeli organizacji opieki podstawowej i jej koordynacji z opieką specjalistyczną (POZ i POZ Plus), przedstawiamy formę skoordynowanej zdrowotnej opieki rodzinnej,

¹ Prof. Samoliński, w zintegrowanej opiece medycznej przegrają ci, którzy nie lubią pracować, dostęp: <https://www.termedia.pl/mz/Prof-Samolinski-W-zintegrowanej-opiece-medycznej-przegraja-ci-ktorzy-nie-lubia-pracowac,35497.html>

² Tamże.

w której nie wykonane procedury, a pacjent i jego dobrostan są w centrum systemu. Skoordynowana opieka zdrowotna zmienia akcent z systemu opartego na wykonaniu i rozliczeniu procedury na system holistycznej opieki nad pacjentem, który w miarę posiadanych możliwości sam powinien aktywnie uczestniczyć w procesie diagnostyki i leczenia³. Oprócz samej zmiany akcentu, do kluczowych różnic pomiędzy systemem obowiązującym aktualnie, a tym proponowanym w analizie należy zupełnie nowe podejście do znaczenia działań w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Nasz POZ powinien współpracować z Jednostkami Samorządu Terytorialnego (JST) w zakresie profilaktyki pierwotnej, kierować pacjentów do programów polityki zdrowotnej przygotowanych przez JST oraz jednostki rządowe i sam prowadzić działania w zakresie profilaktyki wtórnej. Tej nowej formie zinstytucjonalizowanej współpracy pomiędzy jednostkami POZ a lekarzami specjalistami i/lub poradniami realizującymi świadczenia z zakresu AOS nadaliśmy roboczą nazwę Kompleksowej Podstawowej Opieki Zdrowotnej (KomPOZ).

Lokalne Domy Zdrowia to nasza propozycja dodatkowego pogłębienia koordynacji i kompleksowości świadczonych usług medycznych. O ile KomPOZ można utworzyć na każdym poziomie SOZ w województwie (w większości prywatne poradnie POZ, które łączą swoje siły z lekarzami specjalistami), to Domy Zdrowia miałyby być tworzone na poziomie powiatu lub miasta na prawach powiatu. To formuła instytucjonalna łącząca POZ i AOS (funkcjonujące w oparciu o formułę KomPOZ), poszerzona o realizowanie świadczeń dodatkowych, ale z wyłączeniem leczenia szpitalnego. Pod dachem Domu Zdrowia zintegrować można wiele niedostępnych w miejscu zamieszkania usług zdrowotnych, które dziś są świadczone przez odrębne podmioty i bez właściwej koordynacji⁴. Minimum organizacyjne w każdym przypadku powinno obejmować: POZ, poradnie specjalistyczne (wspólnie tworzą KomPOZ), **nocną i świąteczną pomoc lekarską (NPL) z Zespołem Ratownictwa Medycznego (ZRM) typu POZ, biuro coronera oraz pracownię diagnostyczne, w tym punkt pobrania materiału do badań laboratoryjnych. Czynne całą dobę Lokalne Domy Zdrowia w takiej strukturze powinny przynieść ulgę obłożonym szpitalnym oddziałom ratunkowym (SOR).**

³ Skoordynowana opieka zdrowotna- czy warto?, dostęp: <http://prawo-medyczne.info/skoordynowana-opieka-zdrowotna-czy-warto>

⁴ Interaktywna Ochrona zdrowia, czekając na katastrofę, dostęp: http://obserwatoriumdemokracji.pl/wp-content/uploads/2019/09/Interaktywny_Ochrona-zdrowia_czekajac-na-katastrofe.pdf

1. W naszej analizie proponujemy też kolejny, jeszcze wyższy poziom integracji i koordynacji lekarzy POZ z lekarzami specjalistami, polegający na uwzględnieniu w tym procesie nie tylko POZ i AOS, ale również szpitali. W ten sposób w szpitalach powstaną jednostki dziennego pobytu – tzw. „szpitale dzienne” . Do dwóch głównych zadań szpitali dziennych będą należeć: specjalistyczne wsparcie KomPOZ przez szpital w celu wykonywania świadczeń w merytorycznie i diagnostycznie trudnych przypadkach z zakresu AOS przy wykorzystaniu sił i środków szpitala oraz w sytuacjach uzasadnionych stanem pacjenta;
2. realizacja świadczeń z zakresu medycyny „jednego dnia” w zakresie każdej „specjalistyki” będącej przedmiotem umowy szpitala z płatnikiem.

Leczenie szpitalne, bez względu na rodzaj szpitala, jego wielkość i istniejące podległości, podobnie jak wszystkie poziomy wcześniejsze, powinno zostać w całości oparte na zasadach zintegrowanej opieki medycznej. Przykładem spełnienia zasady kompleksowości świadczonych usług są już obowiązujący program KOS-Zawał (opieka i rehabilitacja kardiologiczna dla pacjentów po zawałe mięśnia sercowego, realizowana w okresie 12 miesięcy od zawału, w celu poprawienia jakości leczenia i zmniejszenia śmiertelności pacjentów po zawałe mięśnia sercowego), czy program w trakcie uruchamiania KOS-BAR (opieka nad pacjentem z otyłością olbrzymią, z leczeniem operacyjnym i opieką przygotowującą do zabiegu operacyjnego oraz opieką w ciągu trwającego 2 lata okresu pooperacyjnego). To całościowe zaopiekowanie w każdym przypadku powinno obejmować właściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, trwające odpowiednio długo, leczenie usprawniające, zaplanowane na okres 1-2 lat wizyty kontrolne oraz pełny follow-up po roku i po dwóch latach od chwili włączenia pacjenta do programu kompleksowego zaopatrzenia medycznego. Powodzonym działaniom medycznym, od momentu przygotowywania pacjenta do wypisu ze szpitala, towarzyszyć powinno wsparcie zatrudnionego w każdym szpitalu pracownika opieki społecznej oraz systemowego po zakończeniu hospitalizacji w okresie rekonwalescencji.

Podsumowując, w analizie proponujemy zastąpienie instytucjonalnego chaosu panującego dzisiaj nowym pomysłem na organizację systemu ochrony zdrowia – **„na pokolenia, nie na kadencję”**. Działanie systemu ochrony zdrowia musi być skoordynowane i ukierunkowane na dobro każdego pacjenta. Żeby było skuteczne, musi polegać na współpracy podmiotów, które go tworzą, bo

tylko w taki sposób będzie można zapewnić kompleksowość profilaktyki, procesu diagnostyczno-leczniczego i opieki po leczeniu. W naprawie systemu ochrony zdrowia w Polsce mogą uczestniczyć wszystkie podmioty, które go tworzą i wszyscy ludzie, którzy w nich pracują, medycy i niemedycy. To trudne zadanie nie powiedzie się jednak, jeżeli te podmioty i ich pracownicy nie otrzymają wsparcia ze strony państwa, JST i obywateli. Nie powiedzie się ani wtedy, kiedy rząd w Warszawie będzie uważał jak obecnie, że wszystko „wie lepiej” i będzie próbował zarządzać ręcznie każdym najmniejszym trybikiem systemu, ani wtedy, kiedy każdy podmiot w systemie będzie stawiał swoje interesy ponad dobro pacjentów. Trzeba szukać balansu między koordynacją i samodzielnością, finansową efektywnością i kompleksowością świadczeń.

W kolejnych akapitach przedstawimy propozycje dotyczące: (1) kompleksowej podstawowej opieki zdrowotnej; (2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; (3) lokalnych domów zdrowia; (4) oddziału działań ambulatoryjnych (Szpital Dzienny); (5) nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej; (6) szpitali oraz (7) wsparcia pracowników ochrony zdrowia.

W niniejszym dokumencie skupiamy się przede wszystkim na funkcjonalności systemu od strony pacjenta, a nie omawiamy szczegółowo relacji między poszczególnymi instytucjami publicznymi tworzącymi architekturę instytucjonalną systemu, w tym zwłaszcza Ministerstwem Zdrowia, NFZ, jednostkami administracji rządowej i samorządowej. Problematyce tej poświęciliśmy nieco miejsca w „Planie dla zdrowia”. Zasadniczymi założeniami są w tym zakresie: decentralizacja NFZ i zwiększenie udziału samorządów powiatowych i wojewódzkich w zarządzaniu jego regionalnymi oddziałami oraz integracja zarządzania szpitalami samorządowymi w ręku samorządów wojewódzkich, przy jednoczesnym pozostawieniu istotnej roli w systemie powiatom (zwłaszcza w kontekście Lokalnych Domów Zdrowia). Nie wykluczamy, że w zakresie architektury instytucjonalnej może zajść konieczność dalszych reform włącznie z przekształceniem NFZ, nie jest to jednak celem niniejszego opracowania. W opracowaniu nie używamy intencjonalnie wyrażenia „płatnik”, a „gospodarz systemu”, gdyż mamy przekonanie, że instytucja odpowiedzialna za finansowanie świadczeń powinna pełnić znacznie szersze funkcje niż tylko rozliczenia finansowe podmiotów leczniczych.

1. Podstawowa opieka zdrowotna sercem systemu ochrony zdrowia

Zreformowana placówka POZ powinna stać się prawdziwym opiekunem swoich pacjentów, dbającym o utrzymanie ich w dobrym zdrowiu oraz odpowiadającym nie tylko za ich doraźne badanie i wstępne diagnozowanie, ale także za koordynację ich leczenia na wszystkich poziomach SOZ. Na początek konieczne jest uwolnienie pacjentów od konieczności samotnej walki z biurokracją systemu. Pacjent nie może sam błąkać się po systemie i szukać sobie możliwości zrobienia potrzebnych badań, konsultacji, czy zabiegów. Trzeba zwiększyć udział lekarza rodzinnego w organizowaniu całego procesu diagnozowania i leczenia osób znajdujących się pod jego opieką. To lekarz rodzinny powinien być odpowiedzialny za utrzymanie w dobrym zdrowiu swoich pacjentów⁵. Dodatkowo lekarz POZ powinien aktywnie uczestniczyć w działaniach z zakresu prewencji i profilaktyki chorób, a także koordynować „generalne przeglądy zdrowia” w wieku 40, 50 i 60 lat. Lekarz rodzinny powinien mieć **rozszerzone możliwości diagnostyczno-terapeutyczne** z poszerzeniem zakresu dostępnych badań diagnostycznych, jakie będzie mógł zlecić oraz z przejęciem części obowiązków lekarzy specjalistów. **Powinien odpowiadać za zorganizowanie dla swoich pacjentów potrzebnej diagnostyki, konsultacji lekarskich i procesu leczenia, przy wsparciu ze strony odpowiedniego personelu – czyli asystentów medycznych, sekretarek oraz specjalistów zdrowia publicznego.** Powinien ocenić, czy pacjent potrzebuje pilnego badania albo konsultacji lekarza specjalisty i jaki jest stopień tej pilności. Decyzję może podjąć sam, ale może też skorzystać ze wsparcia lekarza specjalisty udzielonego np. w czasie telekonferencji, czy telerozmowy. W sytuacji, w której lekarz stwierdzi, że badanie i/lub specjalistyczna konsultacja są konieczne, pacjent ze skierowaniem powinien zostać przekierowany do odpowiedniego specjalisty bez konieczności samodzielnego zapisywania się „do kolejki”. W zadaniach koordynacji opieki nad pacjentem i prowadzenia go przez system lekarz rodzinny powinien wspierać specjalistę zdrowia publicznego zatrudniony w każdym POZ, w adekwatnym w stosunku do potrzeb wymiarze czasu. Ten specjalista powinien znaleźć właściwy termin wizyty pacjenta, w możliwie najbliższej lokalizacji, szpitalu, czy pracowni diagnostycznej. W zadaniach administracyjnych i biurokratycznych lekarza opiekuńczego

⁵ W dokumencie „Co po pandemii? Plan dla zdrowia” wizja nowej organizacji POZ została nazwana koncepcją KomPOZ oraz „lekarza odpowiedzialnego”.

powinni wspierać także administracyjni pracownicy niemedyczni. Czas oczekiwania na kolejną konsultację lub badanie powinien docelowo zależeć tylko od wskazań medycznych. To od wskazań medycznych powinno zależeć, czy konsultacja może się odbyć za jeden lub dwa miesiące, czy też powinno do niej dojść w ciągu maksymalnie trzech dni. Do takiego właśnie celu ma służyć proponowany przez nas oddział dziennego pobytu w szpitalu. Jeżeli pomimo wymienionych zadań zdarzy się sytuacja, w której system publiczny nie będzie **na tyle wydolny, aby zapewnić choremu pilnie potrzebnemu badaniu i/lub specjalistycznej konsultacji z grupy koszykowych procedur medycznych i diagnostycznych, pacjent powinien zostać skierowany do placówki prywatnej, a pełne koszty świadczenia powinny być pokryte przez publicznego płatnika** (wycena usługi kupowanej przez sektor publiczny w sektorze prywatnym powinna następować na wcześniej ustalonych zasadach). Zasada ta powinna obowiązywać również w każdym przypadku, w którym czas oczekiwania na pierwszorazową wizytę u lekarza specjalisty przekracza określony termin. Dla różnych rodzajów świadczeń termin ten może być różny, ale co do zasady nie powinien przekraczać 3 miesięcy. W pierwszych latach reformy, z konieczności może on zostać wydłużony do 4-5 miesięcy. Przy poprawie funkcjonowania systemu, ten czas powinien ulegać skróceniu. Osobą monitorującą upływ czasu w kolejce do lekarza specjalisty powinien być pracownik POZ, a głównym decydentem w zakresie pilności otrzymania świadczenia powinien być lekarz POZ. Negocjacje dotyczące możliwości i warunków realizacji konsultacji deficytowej z lekarzami specjalistami sektora prywatnego powinny być zadaniem gospodarza systemu ochrony zdrowia (SOZ).⁶ To gospodarz SOZ powinien zaplanować zorganizowanie konkursów na świadczenia specjalistyczne realizowane przez podmioty niepubliczne w specjalizacjach, o których wiadomo, że dotrzymanie założonego terminu, np. 4 miesiące, będzie trudne lub niemożliwe. Alternatywną propozycją może być ustalenie przez gospodarza SOZ maksymalnej stawki za świadczenie zrealizowane w niepublicznej jednostce ochrony zdrowia i pozostawienie pacjentowi możliwości wyboru placówki i lekarza.

Wszystkie przypadki skierowania pacjenta na konsultacje w sektorze prywatnym powinny być monitorowane przez gospodarza systemu ochrony zdrowia. Częstość tych zdarzeń powinna być jednym z elementów oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na danym terenie, w oparciu o którą podejmowane będą decyzje dotyczące finansowania poszczególnych

6 W obecnym układzie instytucjonalnym NFZ – zob. wstęp.

świadczeń specjalistycznych i określenia działań JST w celu pozyskania lekarza specjalisty w konkretnej dziedzinie. W przypadku specjalizacji deficytowych obowiązkiem wszystkich zainteresowanych stron powinno być ustalenie, czy w innym bliskim geograficznie KomPOZ wizyta u konkretnego lekarza specjalisty ze specjalizacją deficytową jest możliwa, a jeśli tak, czy jest możliwe podpisanie z tym lekarzem umowy jednorazowej lub stałej w ramach KomPOZ. Podobnie powinna zostać potwierdzona możliwość zrealizowania konsultacji deficytowej w Domu Zdrowia oraz w szpitalach w ramach oddziałów diagnostyki ambulatoryjnej (szpital dzienny) – tych najbliższych i na obszarze województwa/regionu. Jednocześnie muszą być prowadzone aktywne działania w celu poprawienia dostępności chorych do deficytowych poradni specjalistycznych. Można to osiągnąć przez zwiększenie uprawnień lekarzy do pracy w konkretnej poradni. Przykładem niech będzie poradnia endokrynologiczna, w której poradę powinien udzielać nie tylko lekarz endokrynolog (tak jest dzisiaj), ale również każdy lekarz z szerszą specjalizacją i doświadczeniem w danej dziedzinie – np. lekarz chorób wewnętrznych (w przypadku endokrynologii dziecięcej lekarz pediatra) oraz w ograniczonym zakresie merytorycznym lekarz w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie po ukończeniu pierwszego modułu specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM). Dostęp do lekarzy specjalistów można zwiększyć również w ten sposób, że uzyskają oni prawo do współpracy i wykazywania przez kilka podmiotów KomPOZ.

1.1. Kadry dla POZ / KomPOZ

Propozycje, które są przedmiotem naszej analizy w części traktującej o POZ, w relatywnie krótkim czasie będą wymagały uzupełnienia liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyna rodzinna i osób w trakcie tej specjalizacji. Obecnie specjalizacja w tym zakresie trwa 4 lata. Jedną z wad specjalizacji „medycyna rodzinna” jest wąska możliwość uzupełnienia szkolenia zawodowego w kierunku specjalizacji szczegółowych, ograniczona do geriatrici, medycyny pracy i medycyny sportowej (dostępne do wyboru inne specjalizacje szczegółowe nie znajdują zastosowania w POZ – transfuzjologia, balneologia i medycyna fizykalna, etc.). W celu poszerzenia kadr dla POZ i KomPOZ proponujemy zatem:

1. zorganizowanie szkoleń, których zwieńczeniem byłoby nabycie przez lekarza rodzinnego umiejętności z zakresu leczenia chorób tarczycy,

- cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, wybranych problemów gastrologii, nefrologii i reumatologii oraz wykorzystania techniki badania „per rectum” w profilaktyce onkologicznej. Byłyby to rozwiązania wystarczające, a organizacyjnie i czasowo proste do zrealizowania. O ile zorganizowanie szkoleń, których zwieńczeniem byłoby nabycie przez lekarza rodzinnego umiejętności z zakresu leczenia chorób tarczycy, czy cukrzycy, wydaje się oczywiste, w przypadku innych wymienionych umiejętności konieczne są ustalenia podjęte przez odpowiednie nadzory krajowe;
2. uruchomienie działań promujących zdobywanie również innego rodzaju dodatkowych umiejętności z zaplanowaniem źródła i zakresu ich dofinansowania – np. wykonywanie badań USG;
 3. uzupełnienie listy specjalizacji lekarskich szczegółowych, które stają się dostępne do wyboru po uzyskaniu tytułu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyna ratunkowa, o specjalizację w dziedzinie medycyna rodzinna;
 4. umożliwienie (prawo, a nie obowiązek) lekarzom rezydentom medycyny rodzinnej, po ukończeniu dwuletniego etapu szkolenia realizowania swoich obowiązkowych, określonych programem specjalizacji dyżurów również w formie dyżurów w NPL oraz w ZRM POZ (tu odsyłamy do tej części oddzielnej analizy, która dotyczy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne).
 5. uruchomienie w trybie pilnym czynności legislacyjnych, w tym nowelizacji obecnie obowiązujących przepisów, oraz uruchomienie odpowiednich szkoleń, co pozwoli na pozyskanie dla POZ dużej rzeszy asystentów lekarza. Na podstawie obowiązujących przepisów prawa asystent medyczny posiada prawo do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, oczywiście na podstawie dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza⁷. Ograniczenie zadań asystenta medycznego wyłącznie do wystawiania zaświadczeń o niezdolności do pracy jest marnowaniem potencjału do wykonywania znacznie szerszego zakresu zadań we współpracy z lekarzem, pielęgniarką i położną (prowadzenie dokumentacji medycznej,

⁷ Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001925/O/D20181925.pdf>

wystawianie e-recept, e-skierowań, e-zleceń, koordynacja działań profilaktyczno-prozdrowotnych, etc.);

6. stworzenie mechanizmów zachęcających lekarzy, pielęgniarki i położne oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych do osiedlania się w rejonach wykazujących niedobory kadrowe w zakresie POZ oraz ułatwiających otwarcie własnej praktyki (np. poprzez nisko oprocentowane i umarzalne kredyty). Jeżeli w danym powiecie czy gminie brakuje lekarzy ze specjalizacją medycyna rodzinna, brakuje pielęgniarek POZ i/lub położnych POZ, nic nie stoi na przeszkodzie, aby chętnym zaoferować bezzwrotne stypendia, działki budowlane na preferencyjnych warunkach z lub bez oferty kredytowej, albo mieszkania, również z lub bez nisko oprocentowanej oferty kredytowej czy kredytów umarzalnych. To szczególna i ważna rola, jaką może i powinna odegrać administracja lokalna. W przypadku biedniejszych samorządów proponujemy centralne wsparcie ich budżetu, zapewniające ufundowanie odpowiednich stypendiów dla przyszłych medyków chcących pracować w jednostkach POZ na ich terenie.

Liczymy również na to, że samo uatrakcyjnienie specjalizacji z medycyny rodzinnej sprawi, że zwiększy się zainteresowanie specjalizacją pośród lekarzy w trakcie specjalizacji kończących moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych i pediatrii.

1.2. Cyfryzacja w służbie POZ / KomPOZ (i innych jednostek ochrony zdrowia również).

Budowanie i udoskonalanie infrastruktury informatycznej dla całego SOZ, w tym również systemu POZ, jest zadaniem kluczowym i wymagającym ogromnego wysiłku. Wszystkie jednostki systemu muszą zostać możliwie szybko spięte w jedną całość umożliwiającą przepływ informacji pomiędzy nimi. Rozwój technik tele-medycyny, tele-diagnostyki i tzw. e-zdrowia jest bezwzględnie koniecznością. Dotychczas wprowadzone w naszym SOZ e-systemy (e-recepta, e-zwolnienia, e-skierowania) ułatwiają działanie jego pracowników i upraszczają obsługę pacjentów. Przynoszą też oszczędności czasu i pieniędzy oraz przyspieszenie biegu procedur. Czasy pandemii pokazały, że tele-porady, podobnie jak e-recepty i e-zwolnienia sprawdziły się jako

znakomite mechanizmy ograniczające niepotrzebne ryzyko transmisji zakażeń, przyczyniły się także do skrócenia czasu realizacji usług i zwiększenia ich dostępności. Niektóre ze sprawdzonych procedur (zdalne wystawianie recepty przy chorobach przewlekłych czy przedłużanie okresu niezdolności do pracy) zostaną z nami już na zawsze. Jednak czasy pandemii pokazały również, jak niebezpiecznym problemem staje się nadużywanie różnego rodzaju elektronicznych aplikacji i ograniczanie kontaktów medycznych wyłącznie do e-porad, czy e-konsultacji. Muszą zostać przygotowane takie przepisy prawa, które nie dopuszczą w przyszłości do niekontrolowanej niewydolności całego systemu ochrony zdrowia. Z punktu widzenia bezpieczeństwa państwa i zarządzania sytuacją kryzysową, właśnie poradnie POZ mają szczególnie ważną rolę do odegrania.

Czy tele-porady powinny pozostać ? Jak najbardziej tak, ale dla przypadków zachorowań ustalonych na podstawie kryteriów medycznych, a nie administracyjnych. To, czy teleporada powinna się odbyć, czy też nie, nie może zależeć od sztywnych ram prawnych [2]. Trudno zrozumieć, dlaczego dziecko 6-letnie musi zostać w każdym przypadku osobiście zbadane przez lekarza POZ, a gdy takie same objawy będzie prezentowało dziecko o rok starsze pojawi się alternatywa tele-porady. Obecnie w poradniach POZ udziela się tele-porad również dotyczących małych dzieci, ale po zebraniu wywiadu lekarz informuje, że dziecko musi zostać zbadane w poradni. Takie tele-porady są ewidencjonowane jak wszystkie inne (choć to paradoksalnie działanie nielegalne), na wypadek, gdyby rodzic mimo wezwania nie zgłosił się z dzieckiem do poradni POZ, a później stan dziecka uległby pogorszeniu.

Tele-porada powinna być dopuszczalna w przypadku wystawiania kontynuacji e-recepty, czy ponowienia druku e-zwolnienia u chorych przewlekle, weryfikacji dawek zaordynowanych leków, omówienia z chorym wyników badań czy nawet w czasie komisji onkologicznych lub konsyliów lekarskich w sytuacji, gdy wiadomo, że nie będzie potrzeby badania chorego. Tym, co powinno w kwestii tele-porady przywrócić bezpieczną i logiczną normalność, jest uaktualnienie obecnie obowiązującego dokumentu „Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące tele-porad w podstawowej opiece zdrowotnej udzielanych w czasie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2” z dnia 14 sierpnia 2020 roku⁸, wydanie kolejnego dokumentu dotyczącego tele-porad w podstawowej

⁸ <https://www.termedia.pl/pobierz/a0630596c6e7a17e8978554de5f5004b/>

opiece zdrowotnej udzielanych w czasie bez epidemii oraz opracowanie zasad obowiązku ich implementowania w zadania realizowane przez POZ.

Informatyzacja w ochronie zdrowia jest potężnym narzędziem, które powinno wprowadzić porządek w wielu obszarach systemu, począwszy od możliwości umówienia pacjenta na wizytę w POZ, wystawienia recepty, skierowania do AOS i szpitala czy monitorowania zużycia leków. Nasze rzeczywiste informatyczne możliwości pozostają skromne. Wciąż brak skutecznie działających aplikacji **e-zlecenie** i przede wszystkim **Internetowe Konto Pacjenta**. Nie mamy skutecznej platformy komunikacji pomiędzy poziomami POZ-AOS-szpitala, a wymóg posiadania przez seniorów profilu zaufanego sprawia, że nawet te proste elektroniczne usługi nie dla wszystkich są dostępne⁹. Niezbędne jest prowadzenie dalszych prac nad kompleksową cyfryzacją nie tylko POZ, ale całego systemu ochrony zdrowia, z poszerzeniem możliwości wykorzystania IKP. System IKP powinien możliwie najwcześniej zostać skonfigurowany tak, by dla każdego obywatela oraz osób przebywających legalnie na terenie RP, które są uprawnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych było utworzone IKP, dostępne pracownikom systemu ochrony zdrowia, którzy prowadzą postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne konkretnego pacjenta, jak również farmaceutom w aptekach. IKP powinno domyślnie funkcjonować w ten sposób, aby lekarz odpowiedzialny miał wgląd w dane pacjenta z chwilą jego zarejestrowania w danej placówce / gabinecie, a system udzielania niezbędnych zgód dotyczących przetwarzania danych osobowych pacjenta maksymalnie uproszczony, zgodnie ze standardami określonymi w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach RODO.

Z punktu widzenia opieki nad seniorami, najważniejszym zadaniem, jest założenie IKP WSZYSTKIM seniorom, bez nakładania na nich obowiązku korzystania z tego konta. IKP seniora byłoby dostępne dla pracowników ochrony zdrowia, co ułatwiłoby koordynację wieloaspektowej opieki zdrowotnej przy minimalnym zaangażowaniu seniora w procedury. Posiadanie IKP przez seniorów umożliwiłoby przynajmniej części z nich posiadanie dostępu do wiedzy o dostępności leków, ich dawkowaniu, czy możliwych interakcji lekowych. Możliwość dostępu do części farmaceutycznej IKP przez farmaceutów w aptece pozwoli na weryfikację listy przepisanych i wykupionych

⁹ Obowiązek korzystania z IKP wyklucza seniorów z programu dla osób powyżej 75 roku życia, dostęp: <https://www.termedia.pl/mz/Obowiazek-korzystania-z-IKP-wyklucza-seniorow-z-programu-dla-osob-powyzej-75-roku-zycia,41671.html>

leków, ograniczy ryzyko nieświadomej polipragmazji, pozwoli też na śledzenie bezpieczeństwa prowadzonej farmakoterapii przez automatyczną ocenę interakcji pomiędzy przepisanyimi lekami. System IKP dla seniorów powinien posiadać dodatkową funkcjonalność umożliwiającą łatwy kontakt pacjenta seniora z infolinią dedykowaną dla seniorów.

W tej chwili pilnie potrzebujemy poprawienia funkcji e-skierowań, tak żeby wskazywały pacjentom lekarza w możliwie najbliższej lokalizacji, z możliwie najkrótszą kolejką na realizację świadczenia. W pracy położnych POZ niezbędną jest stopniowe poszerzanie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Ważnym oczekiwaniem jest **zwolnienie każdego lekarza (ale lekarzy POZ dotyczy to szczególnie) z obowiązku określenia na recepcie odpłatności za leki refundowane**¹⁰. To rozwiązania informatyczne powinny w aptece wskazać aptekarzowi, z jaką odpłatnością ma wydać lek.

Poprawienia wymaga też możliwość współpracy pomiędzy profilem pacjent.gov.pl a oprogramowaniem poradni POZ, na przykład w kwestii pozyskiwania informacji o osobach, które w systemie informatycznym elektronicznie wypełniły deklarację pacjencką do konkretnego POZ, ale z powodu braku integracji wymienionych systemów POZ aktywnego powiadomienia o tym fakcie nie otrzymuje. Wreszcie w dalszym ciągu niemożliwe pozostaje skorzystanie z automatycznych systemów transkrypcji.

Lekarz POZ powinien mieć systemową możliwość monitorowania przebiegu leczenia swojego pacjenta, powinien znać wyniki wszystkich badań i wszystkich konsultacji, które ten przechodził. Proponując silny stopień zintegrowania POZ z AOS i częściowo szpitalem powinniśmy dążyć do uruchomienia platformy komunikacji POZ - AOS - szpital, przy czym ta komunikacja powinna być możliwa w czasie rzeczywistym. System informatyczny musi zostać w taki sposób skonfigurowany, żeby do lekarza POZ mogły docierać alerty o nagłych zdarzeniach u konkretnego pacjenta, wprowadzonych do systemu IKP przez NPL, ZRM lub SOR / Izbę Przyjęć (alert o nowej informacji w IKP pacjenta z zaznaczeniem priorytetu ważności, przy czym priorytet ważności wskazuje lekarz POZ lub NPL, ZRM, SOR/IP). Ten sam system powinien zapewnić, żeby wszystkie nowe w IKP informacje przypisane

¹⁰ Refundologia, czyli znowu chcą nas wykiwać, dostęp: <https://www.medexpress.pl/refundologia-czyli-znowu-chca-nas-wykiwac/73639>

do konkretnych pacjentów mogły być planowo pobierane przez osoby uprawnione w formie pliku według zaplanowanego przez lekarza harmonogramu.

Z punktu widzenia skuteczności opieki medycznej konieczna jest integracja IKP na platformie P1 z innymi niż publiczne jednostkami sektora ochrony zdrowia w taki sposób, żeby możliwe było zbieranie w IKP danych o wszystkich świadczeniach realizowanych również przez niepubliczny SOZ. Zarówno jednostki sektora publicznego, jak i prywatnego powinny zostać zobowiązane do udostępnienia wszystkich danych medycznych dotyczących pacjenta na jego IKP. W przypadku jednostek sektora niepublicznego, należy wprowadzić obowiązek udostępniania na IKP w czasie rzeczywistym danych medycznych dotyczących każdego pacjenta. Każde wejście w system IKP i „zaciągnięcie” danych medycznych powinno być monitorowane i szczegółowo rejestrowane.

Z punktu widzenia świadczeniodawcy (w Polsce przeważają małe podmioty) należałoby oczekiwać uporządkowania funkcjonowania platformy P1 w kwestii sprawozdawczości danych do Ministerstwa Zdrowia i GUS i rozliczania świadczeń przez płatnika. Deregulacja w sprawozdawczości do GUS, MZ i innych dedykowanych instytucji jest niezbędna. Wymienione instytucje same powinny pozyskiwać niezbędne dane z platformy P1. Państwo posiada siły i środki dla skutecznego ich pozyskiwania. Korzyścią będzie zasadnicze odbiurokratyzowanie pracy lekarza POZ. Podobnie powinien przebiegać proces rozliczania wykonanych świadczeń zdrowotnych. Powinien on następować automatycznie po właściwym zewidencjonowaniu tych świadczeń na wspomnianej platformie. Wymienione procedury nie powinny obciążać świadczeniodawcy, a koszty dostosowawczych aktualizacji programów obsługujących komunikację z platformą P1 powinien ponosić płatnik. Dla małych podmiotów jest to istotny problem finansowy i organizacyjny.

W kontaktach pomiędzy lekarzami i pomiędzy kolejnymi elementami piramidy podmiotów proponujemy wykorzystać metody prostsze, oparte o teleporady konsultacyjne i/lub wsparcie zwykłymi platformami do komunikacji werbalnej, pod warunkiem stosowania kanałów szyfrowanych. Oprócz platform zamkniętych korzystnym, nie tylko dla skutecznego dochodzenia medycznego, ale również dla szkolenia ustawicznego, byłoby stworzenie nowych i dalszy rozwój już istniejących otwartych platform wymiany informacji i dyskusji.

Z kolei do bezpośredniego kontaktu z pacjentem możemy zacząć wykorzystywać formę wysyłania prostych powiadomień sms, na przykład: „Twoje szczepienie już jutro”, „Właśnie teraz jest dobry moment na ruch” oraz aplikacje z IKP na temat zalecanych w danym wieku badań profilaktycznych albo wysłania zaproszenia przez lekarza POZ na spotkanie w sprawie np. zidentyfikowana potrzeb i zagrożeń zdrowotnych¹¹. Tu niestety ponownie pojawia się problem z dostępnością do informacji w przypadku seniorów. Duża część obecnych seniorów albo nie ma telefonu komórkowego, a jak już go ma, nie potrafi odczytywać sms-ów. W przypadku części seniorów, tych informatycznie wykluczonych, trzeba zatem postawić na zwykły kontakt telefoniczny oraz osobisty.

Podsumowując, można stwierdzić, że nowych i innowacyjnych rozwiązań, które wychodziłyby naprzeciw naszym potrzebom, wciąż brak i nie zanosi się, żeby takowe pojawiły się w relatywnie krótkim czasie. Nie pomagają im też częsta zmiana zarządzających Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – e-Zdrowie.

Do czasu uruchomienia zintegrowanego systemu informatycznego w POZ i w innych jednostkach SOZ, za łączność z systemem, za zdobywanie wyników zleconych badań przy pomocy różnego rodzaju nośników, odpowiedzialni powinni stać się asystenci lekarza oraz pełniący obowiązki koordynatorów w POZ specjaliści zdrowia publicznego, co wymaga pilnego nadrobienia opóźnień natury legislacyjno-organizacyjnej.

1.3. Praca w POZ / KomPOZ

Zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ jest określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 roku¹². Z kolei wykaz świadczeń medycznych wykonywanych w POZ jako świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zostały ogłoszone obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 roku¹³. Dotychczasowa

¹¹ Halo, proszę odejść od komputera i zmienić dietę, dostęp: <https://www.termedia.pl/mz/Halo-prosze-odejsc-od-komputera-i-zmienic-diete,41691.html>

¹² Dz.U. 2019; poz. 2335, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190002335/O/D20192335.pdf>

¹³ Dz.U. 2019; poz. 736, dostęp: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000736/O/D20190736.pdf>

forma organizacji funkcjonowania POZ jest dobrze znana i w bardzo różny sposób oceniana zarówno przez świadczeniobiorców, samych świadczeniodawców oraz fachowych komentatorów. Warto zauważyć, że POZ podejmuje obecnie niewiele działań profilaktycznych, bo z jednej strony umowa z NFZ tego wprost nie wymaga, z drugiej lekarz POZ ma za mało czasu na każdego pacjenta, w tym na rozmowę dotyczącą profilaktyki i pożądaných zachowań prozdrowotnych. A przecież celem tej części systemu powinno być kompleksowe dbanie o utrzymanie w dobrym zdrowiu świadczeniobiorców zapisanych do konkretnej placówki. Wnioskiem, który z prowadzonej dyskusji wybrzmiewa, jest konieczność wprowadzenia do systemu organizacji POZ modelu zintegrowanej opieki koordynowanej w różnej formie, której zadaniem będzie połączenie potencjałów podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ta implementacja powinna mieć charakter możliwie powszechny. Pisząc te słowa, mamy świadomość nierównych warunków, w jakich system POZ działa w naszym kraju. Dużo łatwiej udaje się zabezpieczyć konieczną pomoc w przypadku poradni POZ zlokalizowanych w miastach, a największe trudności i niedostatki w dostępności do pomocy, również tej w podstawowym zakresie, dotyczą terenów wiejskich i podmiejskich. Są też w Polsce takie lokalizacje, w których z powodu niewielkiej liczby lekarzy specjalistów istnieją regionalnie trudne warunki nawiązania i kontynuowania współpracy z AOS. Wreszcie wiemy też, że około 90% POZ to jednostki niepubliczne, których właściciele mogą mieć innego rodzaju oczekiwania wobec systemu ochrony zdrowia i miejsca zajmowanego w nim przez POZ. Część z nich może nie chcieć żadnych zmian w organizacji i funkcjonowaniu POZ lub oczekiwać zmian przebiegających powoli i ewolucyjnie. Dlatego proponując rozszerzenie zakresu współpracy pomiędzy POZ a lekarzami AOS, dopuszczamy możliwość pozostawienia, obok nowej, również dotychczasowej formy funkcjonowania POZ. Nieprzekonanym i/lub idącym własną ścieżką rozwoju zawodowego trzeba pozostawić możliwość realizowania świadczeń medycznych na dotychczasowych warunkach: prawnych, organizacyjnych i finansowych. Czy będzie to oznaczało, że będziemy mieli do czynienia z poradniami POZ „dwóch prędkości”? W początkowym okresie zapewne tak. Wybór ścieżki rozwoju będzie dokonywany indywidualnie przez każdego właściciela poradni. Takie podejście do propozycji zmiany organizacji działania poradni POZ pozwoli uniknąć nikomu niepotrzebnych protestów. Liczymy jednak, że w relatywnie krótkim czasie przekonanie do proponowanych przez nas rozwiązań będzie coraz szersze i spodziewamy się

w tej kwestii znaczącej roli, jaką odegrać powinni sami pacjenci objęci opieką przez POZ.

W naszej analizie nie będziemy przedstawiali, w jaki sposób i na jakich warunkach swoje zadania mogą realizować poradnie POZ, które z dotychczasowego porządku organizacyjno-finansowego są zadowolone i /lub które nie widzą potrzeby łączenia sił i środków z indywidualnymi lekarzami specjalistami, grupami lekarzy specjalistów, czy z całymi poradniami AOS i szpitalami. Tu po prostu nic się nie zmieni. W analizie proponujemy natomiast całkowicie nową formę integracji POZ z lekarzami specjalistami oraz całkowicie nowe zasady i sposób funkcjonowania instytucji o **nazwie Kompleksowa Podstawowa Opieka Zdrowotna (KomPOZ)**. **KomPOZ nie jest instytucją w rozumieniu nowej jednostki organizacyjnej, ale formą zinstytucjonalizowanej ścisłej współpracy między jednostką POZ i AOS prowadzonej na podstawie umów.** W strukturze KomPOZ wykaz zalecanych specjalizacji lekarskich współpracujących z lekarzami POZ powinien być szerszy niż ten dostępny w ramach programu POZ Plus. KomPOZ to szerszy koszyk badań laboratoryjnych i obrazowych, które lekarz POZ może zlecać, to aktywne pozyskiwanie wyników badań swoich pacjentów skierowanych do lekarza specjalisty w AOS lub szpitala, jeśli nie umożliwi tego IKP lub inna forma komunikacji, to możliwość tele-porad, telekonferencji z lekarzami specjalistami współpracującymi w ramach KomPOZ, to możliwość samodzielnego prowadzenia leczenia w dużo większym niż obecnie zakresie, to zmniejszenie liczby osób zapisanych do jednego lekarza z 2500 do 1500 (docelowo), to propozycja zmiany w wykazie specjalizacji szczegółowych, o które specjaliści medycyny rodzinnej mogliby uzupełnić swoje zawodowe wykształcenie i dostępne nowe umiejętności medyczne. Wreszcie KomPOZ to triage w POZ wykonywany przez pielęgniarkę, która dodatkowo posiada uprawnienia do wstępnego leczenia chorób zakaźnych, oraz inne działania lepiej mocujące zawody pielęgniarki i położnej w strukturze i zadaniach pełnionych przez „nowy” POZ.

1.4. Triage w Poradni KomPOZ (weryfikacja pacjentów i segregacja wstępna)

Każdy kontakt pacjenta z poradnią POZ, czy to w formie osobistej, czy tele-porady, powinien rozpocząć się procedurą wstępnej kwalifikacji w postaci porady pielęgniarki. Ta wstępna rozmowa, oprócz poznania zdrowotnej

przyczyny wizyty w POZ czy kontaktu chorego z POZ, powinna przebiegać w połączeniu z oceną stosowania wcześniej wydanych zaleceń z zakresu profilaktyki lub uprzedzeniem o jej potrzebie i umówieniem wizyty w celu uruchomienia działań profilaktycznych. Podczas porady pielęgniarka powinna zweryfikować wykonanie dotychczasowych zaleceń, przekazać zalecenia własne, wystawić receptę na leki, których przepisanie pozostaje w jej gestii i wystawić zwolnienie na pierwsze dni łagodnej choroby. To bezpieczna i uzasadniona metoda postępowania, nie ma przecież potrzeby, żeby chorzy np. z przeziębieniem musieli trafiać bezpośrednio do lekarza POZ. W okresie infekcyjnym największa liczba porad wiąże się z koniecznością wystawienia zwolnienia na kilka dni i zalecenia przyjmowania leków stosowanych w przeziębieniu. Triage pielęgniarski powinien być traktowany jako usługa / porada. Jest przecież policzalny, wymaga prowadzenia dokumentacji medycznej, pozwala na określenie wskaźników.

Przy typowych i powiązanych z porą roku zachorowaniach, wizyta u lekarza powinna być dopiero drugim krokiem i opierać się na dobrze zebranych wcześniej wywiadzie i uzupełnionej dokumentacji pielęgniarskiej. Oczywiście nie we wszystkich przypadkach tzw. pierwszorazowa wizyta może ograniczać się wyłącznie do porady pielęgniarki. Z pewnością porady lekarskiej będą potrzebowały małe dzieci i osoby z wielochorobowością, ale nawet w tych przypadkach zebranie przez pielęgniarkę wywiadu bardzo pomoże w dalszym działaniu i umożliwi lekarzowi wygospodarowanie czasu na przyjęcie większej liczby pacjentów chorych przewlekłe lub tych długo przez lekarza POZ niewidzianych, których lekarz sam aktywnie zaprosi na wizytę (lub tele-poradę).

Proponujemy, żeby w systemie informatycznym, z którego korzysta placówka POZ, każdego pacjenta chorującego na istotne choroby przewlekłe wyraźnie oznaczyć statusem „choroba przewlekła”. Jeśli lekarz POZ nada pacjentowi status „choroba przewlekła”, już na etapie rejestrowania na wizytę (tele-poradę), ewentualnie w czasie triage’u, pielęgniarka POZ lub pracownik rejestracji będą informowani w formie odpowiedniego informatycznego alertu, co powinno skutkować decyzją o kwalifikacji do pilnej porady lekarskiej. Właściwe oznakowanie takiej osoby w systemie może też od razu wskazywać etap leczenia chorego oraz symbolicznie choroby współistniejące. To ważne, aby system „znakowania” i jego interpretację znał każdy z pracowników: rejestratorka medyczna, pielęgniarka, położna, lekarz, asystent medyczny, itd. Teraz w POZ funkcjonują tzw. grupy dyspanseryjne, ale nie są one podstawową, widoczną w systemie informacją o pacjencie.

1.5. Pierwsza wizyta w Poradni KomPOZ.

Wszyscy pierwszorazowipacjenci składający w poradni swoje deklaracje powinni mieć obowiązkowo wyznaczony termin pierwszego spotkania z pielęgniarką, zatrudnionym w KomPOZ specjalistą zdrowia publicznego i wreszcie na końcu z lekarzem prowadzącym opiekę w POZ. Celem tych konsultacji, oprócz wzajemnego poznania się i pozyskania zgody na wgląd i administrowanie danymi zawartymi na koncie IKP pacjenta, powinno być utworzenie jego profilu obejmującego wiele ważnych medycznie danych, na podstawie których możliwe będzie opisanie potrzeb zdrowotnych pacjenta. Profil pacjenta powinien zawierać informacje o budowie ciała i stylu życia: BMI, skład ciała (ilość tkanki tłuszczowej, masa kości, woda, wskaźnik trzewnej tkanki tłuszczowej), aktywność fizyczna, palenie tytoniu, alkohol, inne uzależnienia, dotychczasowe korzystanie ze świadczeń profilaktycznych: (mammografia, cytologia, kolonoskopia, szczepienia, inne programy realizowane przez JST). Profil pacjenta powinien obejmować również informacje o korzystaniu z poradni POZ, poradni specjalistycznych, hospitalizacjach, schorzeniach przewlekłych, ich powikłaniach, niepożądanych zdarzeniach medycznych w przeszłości i złej tolerancji leków. W czasie pierwszej wizyty pacjent powinien przedstawić posiadane aktualne wyniki badań laboratoryjnych, mieć zmierzone ciśnienie tętnicze i (jeżeli spełnione będą określone warunki) oznaczony poziom glukozy w surowicy. **W przypadku braku historii badań laboratoryjnych powinien zostać wykonany „powitalny” panel diagnostyczny**, zawierający podstawowe badania: morfologia, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram, i OB¹⁴. Ocena początkowego statusu zdrowotnego jest niezwykle ważna. Niewykonanie badań laboratoryjnych we wczesnym stadium choroby może opóźnić jej rozpoznanie i właściwe leczenie oraz wydłużyć czas leczenia, pogorszyć jego wyniki, a samo leczenie uczynić droższym.

Podczas pierwszej wizyty pacjenta, lekarz POZ powinien opracować dla niego **indywidualny plan opieki**, którego celem będą działania prewencyjne i uzyskanie poprawy jego stanu zdrowia. Plan powinien obejmować m.in. regularne badania profilaktyczne, zalecenia dotyczące stylu życia, wizyty u specjalistów. W czasie kolejnych wizyt plan opieki powinien być realizowany według pierwotnego założenia lub w uzasadnionych sytuacjach podlegać

¹⁴ Zakładamy, że wszystkie wcześniejsze dane medyczne pacjenta zostały wpisane do jego IKP.

modyfikacji. Jest to szczególnie ważne zadanie w przypadku przejęcia opieki nad osobą chorą przewlekłe.

W czasie pierwszej wizyty w POZ osoby w wieku 60 plus, oprócz zebrania wywiadu chorobowego i utworzenia profilu pacjenta, powinna istnieć możliwość założenia profilu zaufanego, jeżeli pacjent takowego jeszcze nie posiada. Powinien też zostać uzgodniony termin kolejnej konsultacji, która zostanie poświęcona przeprowadzeniu wstępnej całościowej oceny geriatrycznej (COG). Proponujemy żeby ta wykonana w POZ całościowa ocena geriatryczna objęła: (-) ocenę psychologiczną, (-) ocenę stopnia niedożywienia, (-) ocenę dotychczas prowadzonej farmakoterapii i ryzyka błędów wynikających z wielolekowości. Na podstawie wyniku COG możliwe będzie zaplanowanie ścieżek terapii środowiskowej z udziałem dziennych form aktywizacji, ustalenie ewentualnych potrzeb rehabilitacyjnych, a w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zaplanowanie działań edukujących rodzinę pacjenta geriatrycznego. Proponujemy, żeby w ramach indywidualnie uruchamianej opieki senioralnej, wstępna ocena COG była realizowana przez pielęgniarki POZ oraz pielęgniarki geriatryczne w POZ, jako porada pielęgniarska. W naszej ocenie, wstępna całościowa ocena geriatryczna, w sytuacjach uzasadnionych wynikiem, powinna kwalifikować pacjenta do funkcjonującej na poziomie KomPOZ Poradni Wieku Dojrzałego (szczegółowy opis w części analizy dotyczącej „geriatrii, opieki długoterminowej i opieki paliatywnej”). Dla pozyskania tak przygotowanych zawodowo pielęgniarek proponujemy zorganizowanie kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dedykowanych właśnie pielęgniarkom POZ (kursy bezpłatne dla uczestniczących w nich pielęgniarek).

Obecnie badanie COG może być realizowane wyłącznie na etapie leczenia szpitalnego i z powodu niskiej wyceny jest wykonywane bardzo rzadko. Proponujemy, żeby urealnić wycenę tego złożonego, nierzadko wymagającego udziału kilku osób badania oraz objąć finansowaniem również świadczenie wykonywane na poziomie KomPOZ.

1.6. Działania profilaktyczne w KomPOZ – wprowadzenie

W opiece POZ w ramach KomPOZ ważnym elementem powinna stać się stale prowadzona ocena jakości wdrażanych procedur, głównie z zakresu pierwotnej i wtórnej profilaktyki. Działania te mają ogromne znaczenie z punktu widzenia zdrowia publicznego i jednocześnie działaniom tym nie towarzyszy należy

poziom zainteresowania. Kontrolę jakości działań najprościej zacząć właśnie od poziomu POZ i pracy lekarzy rodzinnych. To tam działania profilaktyczne powinny być wyrażone najsilniej. Wydaje się, że stosunkowo proste jest kontrolowanie jakości prowadzonych działań w kierunku identyfikacji zachorowań na cukrzycę czy zagrożenia rozwojem miażdżycy (profilaktyka pierwotna). Podobnie proste powinno być monitorowanie jakości leczenia cukrzycy czy hipercholesterolemii (profilaktyka wtórna). Działania z zakresu profilaktyki powinny być obowiązkiem pozornie niezależnymi od prowadzonego w poradni procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W dotychczasowej organizacji POZ i obciążenia dużą liczbą podopiecznych czasu starczyło na sprawowanie opieki nad osobami chorymi. Wierzmy, że w nowej rzeczywistości, przy zmniejszeniu liczby pacjentów przypisanych do danego lekarza rodzinnego, możliwe stanie się zaopiekowanie również zdrowymi – zanim zachorują.

1.7. Koszyk świadczeń i diagnostyki w KomPOZ

Lekarz rodzinny powinien mieć **rozszerzone możliwości diagnostyczno-terapeutyczne** między innymi poprzez zwiększenie rodzajów badań diagnostycznych, jakie wolno mu zlecić oraz przez przejęcie części obowiązków lekarzy specjalistów. Koszyk świadczeń proceduralnych i diagnostycznych dostępnych do realizacji przez POZ nigdy nie był koszykiem efektywnym. Jego sensowne przemodelowanie powinno skutkować poprawą organizacji pracy POZ oraz ograniczeniem liczby konsultacji specjalistycznych. Już tylko ta zmiana powinna skrócić kolejki do lekarzy specjalistów, zwiększyć dostępność do deficytowych świadczeń medycznych i ograniczyć koszty w zakresie AOS. Wszystkie proponowane zmiany, włącznie z określeniem wymagań jakości realizowanych świadczeń oraz możliwości kontrolowania ich wykonania powinny zostać dookreślone w znowelizowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Szersze uprawnienia powinny stać się też udziałem pielęgniarek POZ. Bez pełnego wykorzystania ich wiedzy i umiejętności, przeprowadzenie rzeczywistych zmian w POZ się nie powiedzie. Każda możliwość poszerzenia tych uprawnień powinna zostać wykorzystana. Najnowsza propozycja rządzących, aby badania kwalifikujące do szczepień przeprowadzane były przez pielęgniarki, powinna dotyczyć nie tylko szczepień przeciwko Covid-19, ale także

innych szczepień, np. przeciwko grypie. Wydaje się zresztą, że oba te szczepienia (grypa i SARS-CoV-2) mogą stać się cyklicznym działaniem w populacji pacjentów znajdujących się w POZ również pod opieką pielęgniarki.

Lekarz POZ, współpracując z lekarzami specjalistami oraz specjalistami innych zawodów medycznych w ramach opieki zintegrowanej, będzie mógł:

1. Skorzystać z możliwości konsultacji / porady na linii lekarz POZ – lekarz specjalista z wykorzystaniem ścieżki informatycznej. W trakcie tej konsultacji powinien zostać określony zakres badań, jakie winien wykonać pacjent przed wizytą u lekarza specjalisty. Wysłanie pacjenta do lekarza AOS z kompletem niezbędnych badań ograniczy liczbę kontaktów pacjenta z lekarzem AOS. Lekarzowi specjaliście podjęcie decyzji o dalszym procesie leczenia powinno wtedy przyjść łatwiej i krócej będzie trwało dochodzenie do tej decyzji. Postawione rozpoznanie oraz wnioski końcowe lekarz specjalista dostępną ścieżką informatyczną prześle lekarzowi POZ. Wszystkie dane, zarówno te zgromadzone wstępnie przez lekarza POZ, jak i uzupełnione przez lekarza AOS, powinny być dostępne z poziomu IKP. Jeśli pacjent wymaga wykonania konsultacji medycznej z lekarzem specjalistą w trybie relatywnie pilnym (3-5 dni), może ona zostać zrealizowana w ramach KomPOZ lub w szpitalu dziennym Zakres specjalistyki lekarzy AOS szczególnie pożądanym przez POZ powinien obejmować dziedziny takie jak: kardiologia, endokrynologia, ortopedia, neurologia, geriatria, ale również okulistyka, gastrologia, diabetologia, nefrologia, choroby płuc, psychiatria i stomatologia. Każdy konkretny lekarz specjalista może świadczyć w ramach KomPOZ usługi w pełnym wymiarze refundowanych świadczeń zdrowotnych albo tylko w wybranym, ściśle określonym. Na przykład lekarz okulista może realizować pełny zakres świadczeń okulistycznych albo wyłącznie zadania z zakresu bilansów pacjentów 40 plus, a lekarz gastrolog wyłącznie świadczenia endoskopowe. Tworząc jednostki KomPOZ, poradnie POZ mogą podejmować współpracę zarówno z konkretnymi lekarzami, jak i całymi placówkami AOS. W przypadku poradni POZ działających na obszarze wykluczonym specjalistycznie może wystąpić konieczność podjęcia współpracy z Lokalnym Domem Zdrowia (opis we właściwej części analizy) działającym na terenie tożsamego powiatu i/lub z lekarzami specjalistami / jednostkami AOS na obszarze powiatów sąsiednich oraz konsultowanie chorego w ramach oddziału działań ambulatoryjnych

(szpital dzienny). Ostateczną alternatywą pozostanie zrealizowanie konsultacji specjalistycznej z wykorzystaniem technik tele-cyfrowych.

2. Nawiązać współpracę z lekarzami specjalistami w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychiatrii dorosłych na zasadzie finansowanych przez płatnika konsultacji w różnych formach dostępności (m.in. teleporady), szczególnie w sytuacji kontynuowania leczenia farmakologicznego pacjentów leczonych długoterminowo. Pomędzy KomPOZ a Centrami Zdrowia Psychicznego dorosłych, a w przyszłości również dzieci i młodzieży powinien istnieć otwarty kanał komunikacyjny.
3. Pozyskać do współpracy na poziomie KomPOZ lekarza stomatologa. Stworzenie warunków dostępności do lekarza stomatologa w ramach realizowania świadczeń finansowanych przez płatnika jest kluczowo ważne w populacjach: (-) dzieci do 18 roku życia, (-) kobiet w ciąży i (-) seniorów 65 plus. Gdyby rynek usług, w ramach świadczeń realizowanych przez płatnika, pozwolił na powyższe, można rozważyć, przynajmniej w przypadku dzieci i młodzieży, składanie deklaracji do lekarzy stomatologów (to raczej wybór lekarza/placówki, który będzie czuwać nad realizacją przez pacjenta wydanych zaleceń). Deklaracja skłaniałaby lekarza stomatologa do wyznaczania planu opieki i rozliczania pacjenta z jego realizacji. Informacja o nim powinna trafiać do lekarza POZ. W przypadku dzieci, powodzenie tej misji zapewniłyby działania w dowolny sposób przekonujące rodziców do zasadności realizowania opieki stomatologicznej od samej kołyski. Jedną z propozycji może być przyznawanie punktów dodatkowych do przyjęcia do przedszkola za wypełnienie deklaracji stomatologicznej i regularny określony planem opieki udział w czynnościach kontrolnych. W populacji dzieci starszych i młodzieży, przy regularnym uczestniczeniu w ocenie i leczeniu stomatologicznym według planu opieki, formą nagrody mogą być usługi dodatkowe na przykład lakierowania zębów.
4. Zatrudnić w KomPOZ specjalistów wielu zawodów medycznych. Jeżeli poradnia POZ ma zacząć spełniać zadania opieki skoordynowanej, czy zintegrowanej, zespół osób zatrudnionych w POZ powinien zostać poszerzony o lekarzy specjalistów, asystentów medycznych, pielęgniarki środowiskowe, fizjoterapeutę, dietetyka, psychologa, specjalistę zdrowia publicznego, farmaceutę być może neurologopedę, zatrudnianych

w adekwatnym w stosunku do potrzeb wymiarze czasu. Zatrudnienie w POZ dietetyka uzasadnia realizowanie zadań z zakresu edukacji zdrowotnej, kreowania właściwych nawyków żywieniowych, terapii żywieniowej i innych dietetycznych fundamentalnych zasad których przestrzeganie sprawi, że z czasem nasi pacjenci będą zdrowsi, będą mieli również mniejsze potrzeby korzystania z pomocy zespołu poradni POZ. Bardzo istotne jest, żeby chociaż jedna procedura dietetyczna znalazła się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Szczególną rolę w zespole POZ powinien pełnić fizjoterapeuta, który optymalizuje funkcjonowanie chorych w stanie możliwie maksymalnego dobrostanu, zmniejszając jednocześnie ryzyko doświadczenia niepełnosprawności. Rehabilitacja to opieka profilaktyczna i lecznicza, której celem jest zapewnienie osobom cierpiącym na dowolne, leczone w POZ schorzenie możliwości zachowania jak największej niezależności i uczestniczenia w edukacji, pracy i pełnieniu ważnych ról życiowych. Psycholog w POZ oprócz swoich zawodowych zadań jest łącznikiem ze środowiskową opieką psychologiczno-psychiatryczną oraz odpowiada za określenie zasad współpracy i możliwości konsultacji pomiędzy lekarzami POZ a psychologami szkolnymi lub pełniącymi taką funkcję nauczycielami / pielęgniarkami (pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania ściśle powiązane z POZ). Rolą zatrudnionego w POZ specjalisty zdrowia publicznego jest analizowanie profili pacjentów i sporządzanie jeden raz na 3 miesiące raportu o potrzebach zdrowotnych pacjentów i analizowanie powiązanych kosztów. Specjalista zdrowia publicznego organizuje też kontrolne wizyty poświęcone edukacji zdrowotnej i tematyce zachowań profilaktycznych, wreszcie staje się opiekunem pacjenta z istotnymi zagrożeniami zdrowotnymi wynikającymi ze stylu życia. Ważnym zadaniem dla specjalisty zdrowia publicznego, ale we współpracy z położnymi POZ lub pielęgniarkami POZ, są działania w celu zwiększenia popularności badań przesiewowych (cytologia, mammografia i kolonoskopia). Specjalista zdrowia publicznego w swoim działaniu powinien współpracować ze specjalistą zdrowia publicznego zatrudnionym w JST. Ta współpraca powinna polegać na wspólnym planowaniu działań, które określają potrzeby zdrowotne ludności i służą ich zaspokojeniu. Niezwykle ważnym zadaniem specjalisty zdrowia publicznego powinno być również koordynowanie opieki nad pacjentem, torowanie jego ścieżki w systemie, umawianie wizyt

u specjalistów i w szpitalu dziennym oraz pozyskiwanie zwrotnych informacji o wynikach badań, wynikach konsultacji lekarskich i o innych świadczeniach zdrowotnych wykonanych u pacjenta.

Proponujemy, żeby zestaw badań laboratoryjnych, diagnostycznych i obrazowych, które powinien mieć prawo zlecać lekarz POZ, uwzględniał dynamikę prowadzonego procesu chorobowego, ale też i diagnostycznego oraz dawał możliwości postawienia rozpoznania i prowadzenia samodzielnego leczenia dużego zakresu zachorowań. Poza badaniami, na które skierowanie lekarz POZ może wystawić już teraz, w zestawie badań powinno znaleźć się (-) badanie USG piersi¹⁵. To łatwiejsze niż kierowanie pacjentów do poradni specjalistycznych i onkologicznych. Po wstępnej obserwacji (2-3 badaniach, w zależności od zaleceń badającego) lekarz POZ mógłby świadomie i z pełną wiedzą skierować pacjentkę na badania pogłębione. Takie podejście nie stoi oczywiście w sprzeczności z prowadzonymi programami profilaktycznymi.¹⁶ Z innych badań obrazowych lekarz POZ powinien mieć prawo skierować chorego na (-) USG naczyń szyjnych w opcji Doppler; (-) USG naczyń żylnych; (-) USG tkanek miękkich i stawów. Przed pierwszorazową wizytą poszpitalną oraz po na przykład tele-konsultacji z lekarzem specjalistą w ramach KomPOZ (muszą być spełnione obydwa warunki) lekarz rodzinny powinien mieć prawo skierować chorego na (-) badanie TK i/lub NMR konkretnej okolicy ciała. Lekarz POZ powinien mieć uprawnienia do skierowania chorego na: (-) densytometrię; (-) badanie EKG metodą Holtera i Holter ciśnieniowy; (-) próbę wysiłkową (bez próby dobutaminowej).

W koszyku powinny również znaleźć się badania, które pozwolą na lepszą ocenę pacjentów pod względem endokrynologicznym: (-) biopsja tarczycy, (-) przeciwciała przeciwciężkowce (anty-TPO, anty-TG i przeciwko receptorowi TSH) – prawo do wystawienia skierowania według planu ustalonego z lekarzem specjalistą. Kolejną grupą ważnych badań, których zlecenie powinno być uprawnieniem lekarza POZ, są badania wymienione tu dla przykładu (do dyskusji i w zależności od wyników analiz finansowych): (-) poziom ferrytyny, czy (-) krzywa insulinowa. Ostatnia grupa zawiera badania pozwalające na identyfikację źródła zakażenia: (-) podstawowa diagnostyka mononukleozy; (-)

¹⁵ W tej chwili może być wykonane tylko jedno badanie (taki jest limit) Lekarze POZ oczekują zniesienia tego limitu i umożliwienia wykonania większej liczby badań (2-3) jeżeli wynik badania pierwszego pozostaje klinicznie niejednoznaczny. Nie ma limitu na badanie w przypadku stwierdzenia potrzeby wykonania badania kontrolnego.

¹⁶ <http://onkologia.org.pl/mammografia/>

badanie w kierunku lamblii w kale. W dyskusji ze środowiskiem medycyny rodzinnej i specjalistami diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej, przedstawione propozycje badań powinny zostać uszczegółowione.

Jednym z badań laboratoryjnych, o które aktywnie wnioskuje środowisko lekarzy rodzinnych, jest (-) poziom d-dimerów. W naszej opinii wpisanie tego badania na listę tych, które mogą zostać zlecone w POZ miałoby sens na przykład pod warunkiem umieszczenia badania d-dimerów w szczegółowym algorytmie diagnostyczno-terapeutycznym: **pacjent z klinicznym podejrzeniem zakrzepicy**. Przy wysunięciu takiego podejrzenia i wykonaniu badania d-dimerów, jeśli wynik będzie mieścił się poniżej punktu odcięcia, pacjent zostanie skierowany do innego specjalisty (np. do lekarza ortopedy) i nie ma przepisywanej recepty na drogie leki przeciwzakrzepowe. W wypadku dodatniego wyniku testu pacjent dostaje receptę na lek przeciwzakrzepowy i skierowanie na szybką weryfikację rozpoznania w ramach poradni (KomPOZ) lub w oddziale działań ambulatoryjnych w szpitalu dziennym lub dowolnej poradni AOS.

Laboratoria i pracownie diagnostyczne wykonujące badania na rzecz podmiotów ochrony zdrowia muszą posiadać certyfikaty jakości i być zarejestrowane w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL), a w przypadku wykonywania diagnostycznych badań obrazowych certyfikaty dla jakości opisów. Tylko takie badania powinny być akceptowane, a weryfikacja podmiotów wykonujących badania dokonywałaby się na etapie zawierania kontraktu z płatnikiem, a następnie w postaci weryfikacji aktywnej, realizowanej przez płatnika oraz państwowy organ kontrolny nadzorujący laboratoria medyczne (o konieczności utworzenia takiej instytucji wskazujemy w analizie dotyczącej diagnostyki laboratoryjnej). Propozycja ta wynika z częstego zjawiska dublowania badań, bo placówka X nie uznaje badań z placówki Y za wiarygodne i zaleca ich wykonanie w placówce Z. W przypadku drogich badań obrazowych, żeby zminimalizować tego typu wątpliwości należy wprowadzić zasadę, że pacjent otrzymując wynik badania jako wydruk otrzymuje również zapis badania TK i NMR w formie elektronicznej, a wynikowi badania USG towarzyszą zdjęcia ze skanowania. Ogólnie obowiązującą zasadą powinno być uzależnienie prowadzenia działalności przez pracownie badań obrazowych i laboratoria diagnostyczne od posługiwania się sprzętem o określonej minimalnej jakości oraz zatrudnienia przy realizacji badań wyłącznie personelu posiadającego określone odrębnymi przepisami uprawnienia. Standardem powinno być serwisowanie sprzętu wynikające

z interwałów, a brak potwierdzenia serwisowania powinien systemowo wykluczać takie urządzenie z eksploatacji. Dane dotyczące wyników badań laboratoryjno-diagnostyczno-obrazowych powinny być możliwie szybko dostępne w IKP pacjenta.

Zlecenie przez lekarzy rodzinnych wymienionych powyżej badań zwiększy faktyczne koszty funkcjonowania placówek POZ, ale jednocześnie w podobnej kwocie odciąży szpitale i poradnie specjalistyczne z wykonywania badań wymaganych w celu podjęcia decyzji o dalszym postępowaniu. O finansowaniu badań diagnostycznych piszemy w punkcie „i.3”.

1.8. Listy pacjentów w KomPOZ

Listy pacjentów to najważniejszy element systemu POZ. Od liczebności list zależy bezpieczeństwo finansowe jednostki i jednocześnie możliwość jej rozwoju. Liczebność list pomnożona przez wartość skorygowanej wiekiem i rodzajem choroby przewlekłej stawki kapitałowej odpowiada za znaczną część wynagrodzenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, a pośrednio osób w pracy poradni POZ niezbędnych, a których istnienia płatnik nie bierze pod uwagę¹⁷. Wskazanie stawki kapitałowej jako elementu decydującego o wysokości przychodów POZ oznacza, że lekarz POZ pracujący „od godziny do godziny” zarobi tyle samo ile lekarz pracujący każdego dnia „od pierwszej do ostatniej wizyty pacjenta”. O ile taki stan rzeczy może być pożądanym ze względu na bezpieczeństwo pracy całego środowiska POZ, to na pewno nie jest i nie będzie motorem zmian. Wysoki limit osób, które mogą złożyć deklarację objęcia opieką przez konkretnego lekarza (2500) musi skutkować wątpliwą z natury rzeczy ograniczoną jakością całości świadczonych usług medycznych. Z tego względu listy pacjentów, nazwane przez płatnika listami aktywnymi, w rzeczywistości są listami pasywnymi. Liczba 2500 osób, nad którymi lekarz POZ ma rozłożyć swoją opiekę wykracza poza granicę „rozpoznawalności” pacjentów przez lekarza. Liczby pacjentów obejmowanych opieką powinny pozwalać na poznanie pacjentów i na prowadzenie ich nie tylko w chorobie, ale przede wszystkim w zdrowiu. Podkreślamy tu słowa „prowadzenie w zdrowiu”, bo dzisiaj lekarz ma większą szansę na prowadzenie swoich podopiecznych w chorobie. Dzisiaj nikogo nie dziwi, że pacjent młodszy wiekiem przychodzi do poradni POZ dopiero wtedy, kiedy sam czuje, że potrzebuje kontaktu

¹⁷ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 177/2019/DSOZ, dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1772019dsoz.7098.html>

z lekarzem, a nie wtedy, kiedy lekarz uzna, że pora na ocenę stanu zdrowia, realizacji wcześniej wydanych zaleceń, itd.

W zakresie przyjmowania deklaracji objęcia pacjenta opieką przez lekarza POZ proponujemy:

1. Dążenie do zmniejszenia limitu liczby pacjentów, którzy mogą zostać objęci opieką przez jednego lekarza, z obecnych 2500 do 1500, a nawet 1200. W ten sposób listy pasywne udałoby się zamienić na aktywne, a to mogłoby się stać motorem dla dalszych zmian. Doświadczeni lekarze rodzinni zwracają uwagę, że zmniejszenie liczby pacjentów objętych opieką przez jednego lekarza POZ do 1700 pozwoli na prowadzenie działań profilaktyczno-prozdrowotnych aktywnie i tylko u części chorych. Dopiero liczebności mniejsze niż 1500 (np. 1300) pozwolą skutecznie objąć działaniami profilaktyczno-prozdrowotnymi całą populację. Mamy świadomość, że taka reforma nie będzie ani łatwym, ani tanim zadaniem i z pewnością będzie procesem rozciągniętym w czasie. Przy ograniczeniu liczby pacjentów zapisanych do lekarza z 2500 do 1500 od razu pojawia się pytanie, czy lekarzy pracujących w POZ wystarczy? Wartość 2500 pozostaje w związku z danymi Eurostatu, według których wskaźnik liczby lekarzy medycyny ogólnej przypadających na 100 tys. ludności w 2015 roku wyniósł dla Polski 38,48 (1 lekarz na 2,6 tysiąca mieszkańców)¹⁸. W dniu 31 marca 2021 roku czynnych było zawodowo 11450 lekarzy ze specjalizacją medycyny rodzinnej¹⁹. Ta liczba lekarzy rodzinnych zabezpieczałaby opiekę nad 17,1 mln obywateli (przy limicie 1 lekarz 1500 zapisanych). Jednak oprócz lekarzy rodzinnych w POZ pracują lekarze innych specjalności, m.in. chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, ginekologii, lekarze ze specjalizacją I stopnia z chorób wewnętrznych oraz lekarze bez specjalizacji, którzy nabyli uprawnienia do pracy w POZ. Według danych Ministerstwa Zdrowia (na podstawie danych z NFZ i GUS), w roku 2018 w całym kraju świadczeń lekarza POZ udzielało 6 711 podmiotów, zatrudniając w sumie 43 131 lekarzy POZ²⁰. Taka liczba lekarzy POZ byłaby zdecydowanie wystarczająca dla

¹⁸Raport „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce - diagnoza i projekty zmian”, 2019, dostęp: <http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacje/Pobierz/id/57.html>

¹⁹ Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, dostęp: https://nil.org.pl/uploaded_files/1617881991_zestawienie-nr-04.pdf

²⁰ Raport „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce - diagnoza i projekty zmian”, 2019, dostęp: <http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacje/Pobierz/id/57.html>

zapewnienia pełnej podstawowej opieki zdrowotnej w pełnym zakresie, gdyby nie fakt nierównomiernego rozłożenia kadr. Analizując liczbę lekarzy POZ przypadających na 1 tys. mieszkańców, możemy zaobserwować znaczne różnice między poszczególnymi regionami Polski. Przykładowo, w województwie śląskim wskaźnik ten jest najwyższy i wynosi 2,51. Z kolei w województwie warmińsko-mazurskim i wielkopolskim jest on 4-krotnie niższy w porównaniu do województwa śląskiego i 2-krotnie niższy niż średnia dla całego kraju (1,17). Mniejszy odsetek lekarzy POZ jest charakterystyczny dla regionów wiejskich niż miejskich²¹. Dodatkowo spodziewamy się, że proponowane przez nas w analizie zmiany w całym systemie ochrony zdrowia, w tym zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych, pokazanie nowej jakości ścieżki rozwoju zawodowego w specjalizacji medycyna rodzinna spowodują, że liczba lekarzy pracujących w systemie POZ powinna zacząć się zwiększać. Czynnikiem, który również trzeba wziąć pod uwagę, jest zmieniająca się demografia – zarówno lekarzy, jak i ich pacjentów.

Konieczność ograniczania liczby aktywnych pacjentów zapisanych do jednego lekarza nie wystąpi wszędzie. Najwyższy wskaźnik średniej liczby świadczeniobiorców przypadających na 1 lekarza wynosi 1 708 osób (Wielkopolski OW NFZ), a najniższy 353 (Śląski OW NFZ), przy średniej dla kraju 784. Są to oczywiście wartości średnie, a ich rzeczywista wartość zależy przede wszystkim od liczebności lekarzy w danym regionie²².

Proponując ograniczenie liczby pacjentów zapisanych do lekarza z 2500 do 1500 mamy świadomość, że nie dla wszystkich poradni będzie to propozycja łatwa do akceptacji. Pamiętamy, że ten postulat pojawił się już w przeszłości, lecz został skutecznie odłożony ad acta²³. Niższy limit chorych objętych opieką przez jednego lekarza to mniejszy zysk właściciela poradni ze stawek kapitacyjnych i konieczność uruchomienia opisanych w następnej części działań dodatkowych, dotychczas przez te jednostki nie prowadzonych. Właśnie pamiętając o przeszłości, pozostawiamy alternatywną ścieżkę realizowania świadczeń z zakresu POZ według dotychczasowej umowy, z zastrzeżeniem,

²¹ Tamże.

²² Tamże.

²³ Analizy systemowe: Podstawowa opieka zdrowotna. Próba raportu, dostęp: <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil57/gazeta/numery/n2008/n200803/n20080305>

że taka poradnia POZ nie będzie mogła korzystać z innych rozwiązań planowanych dla KomPOZ.

Uporządkowanie kwestii braku możliwości odmówienia przyjęcia deklaracji. Obecnie obowiązujący zapis o braku możliwości odmówienia przyjęcia deklaracji ma dwa skutki:

- Pierwszym jest obowiązek automatycznego przyjęcia opieki nad pacjentem po złożeniu przez niego deklaracji i jednocześnie konieczność aktywnego zgłoszenia do płatnika faktu wypowiedzenia deklaracji, czyli rezygnacji pacjenta. Informacja o zmianie jednostki wybranej przez pacjenta (moment wystawienia nowej deklaracji pacjenckiej w innej jednostce) powinna aktywnie i bezzwłocznie trafiać do jednostki poprzedniego wyboru i nowego wyboru.
- Drugim problemem jest dokonywanie wyboru lekarza POZ przez pacjentów mieszkających w znacznej odległości od wybranej placówki POZ. Z punktu widzenia pacjentów możliwość wyboru jednostki realizującej świadczenia medyczne i konkretnego pracownika ochrony zdrowia, który te świadczenia ma wykonywać, jest uprawnieniem ważnym. Musimy jednak pamiętać o tym, że jeżeli korzystając z zasady wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki czy położnej wybierzemy świadczeniodawców w odległej lokalizacji, nie możemy oczekiwać, żeby w nagłej potrzebie ci świadczeniodawcy zrealizowali konieczną wizytę domową nawet w porze działania POZ. W takiej sytuacji alternatywą staje się wizyta w SOR, zdecydowanie rzadziej w punkcie NPL, a nie są to zachowania przez organizatorów SOZ oczekiwane. Propozycją może być wprowadzenie ograniczenia w składaniu deklaracji tylko do pacjentów mieszkających w obszarze do 10 km od miejsca udzielania świadczeń przez POZ lub do najbliższej placówki w przypadkach, gdy ta odległość jest większa niż wskazane 10 km. Lekarzowi trzeba też pozostawić decyzję dotyczącą wpisania na swoją listę (wyłącznie w formie wyjątku) osoby mieszkającej dalej niż przedstawiony limit odległości. Za ograniczeniem limitu odległości miejsca zamieszkania od lokalizacji KomPOZ przemawia argument kompleksowości świadczeń w dziedzinie geriatric. Bliskość do własnej poradni POZ daje pewność sprawniej realizowanych świadczeń z wizytami w miejscu zachorowania wyłącznie.

W przypadku mniejszych miejscowości, wyborowi lekarza w swoim miejscu zamieszkania sprzyja proponowany przez nas obowiązek współpracy POZ z JST.

W przypadku realizacji programu finansowego z budżetu gminy osoba korzystająca z programu musi mieszkać na terenie gminy.

Skoro wspomnieliśmy tu o prawie pacjenta do wyboru, zarówno placówki medycznej (POZ, AOS, szpital), jak i lekarza specjalisty w celu konsultacji lekarskiej lub leczenia, konieczne trzeba wspomnieć o możliwych dla pacjenta konsekwencjach tego wyboru. Proponujemy zapisy, które gwarantują, że w przypadku **zaplanowania konsultacji z lekarzem specjalistą współpracującym z KomPOZ, konsultacja zostanie zrealizowana w ciągu 3, 10 lub 30 dni, w zależności od stopnia pilności konsultacji i ustaleń poczynionych pomiędzy naszym lekarzem rodzinnym a lekarzem specjalistą**. Jeżeli natomiast pacjent kierując się prawem wyboru placówki medycznej i/lub lekarza wskaże potrzebę konsultacji u konkretnego lekarza specjalisty funkcjonującego poza KomPOZ, staje u tego lekarza specjalisty w regularnej kolejce do zrealizowania świadczenia.

Pisząc o ograniczeniu limitu świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza, trzeba wspomnieć również o limitach dotyczących pielęgniarek POZ i położnych POZ. Z powodu niestety coraz mniejszego wskaźnika dzietności wydaje się, że nie ma potrzeby zmniejszania limitu 6200 kobiet, noworodków i niemowląt do końca 2 miesiąca życia, którymi może się opiekować jedna położna POZ. W przypadku pielęgniarek POZ liczba świadczeniobiorców zaopiekowanych przez jedną pielęgniarkę powinna zostać obniżona z 2500 do 2000.

1.9. Wynagrodzenie za efekt w KomPOZ

Proponowane w analizie zmiany organizacji i funkcjonowania KomPOZ wymuszą zmianę zasad dystrybucji środków finansowych kierowanych do POZ, ale również i innych części systemu. Środki na finansowanie POZ i AOS oczywiście powinny zostać zwiększone. Zmniejszenie liczby pacjentów zapisanych do jednego lekarza nie będzie działaniem tanim. Ubytek 1000 osób zapisanych (donatorów stawki kapitacyjnej) to spadek finansowania z kapitału o około 40% w stosunku do sytuacji obecnej. Dlatego wszelkie zmiany w finansowaniu POZ muszą być wprowadzane rozważnie, aby świadczeniodawcy nie odczuli ubytku finansowego związanego z reformą. Pośród propozycji wyrównania tak wyraźnego ubytku w podstawowym

finansowaniu POZ możemy wymienić ustalenie nowych, szczegółowych współczynników korygujących stawki kapitałowe, finansowanie nowych procedur w ramach korekty koszyka świadczeń, zwiększenia wyceny porad dla lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz ustalenie właściwej wyceny nowych realizowanych obowiązków z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz zadań z zakresu promocji zdrowia. Konieczny jest również wzrost finansowania świadczeń dla starszych pacjentów w POZ w tym wzrost finansowania COG w opiece ambulatoryjnej. Źródłem dodatkowego dochodu dla POZ powinny stać się nowe środki finansowe w związku z wprowadzeniem do koszyka świadczeń np. procedur z zakresu dietetyki, fizjoterapii, działań profilaktycznych oraz stawek kapitałowych dla dietetyków, fizjoterapeutów, specjalistów zdrowia publicznego, psychologów wykonujących świadczenia w KomPOZ.

Propozycją alternatywną i przez nas preferowaną jest wprowadzenie zasady płacenia w POZ za uzyskany efekt zdrowotny. Jeśli placówka POZ wykonuje więcej zadań niż tylko zarządzanie listą pacjentów w chorobie i w większym stopniu efektywnie zabezpiecza pacjenta, powinna to odczuć finansowo. Wiadomo, że zasada płacenia za efekt nie polega na płaceniu za większą liczbę uruchomionych programów profilaktyki na przykład chorób układu krążenia (CHUK), lecz na ocenie mierzalnych efektów osiągniętych w wyniku uruchomienia tej profilaktyki. W przypadku programu profilaktyki CHUK ocenianymi efektami powinny być: (-) obniżenie o ok. 20 % zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia osób objętych programem dzięki wczesnemu wykrywaniu i redukcji występowania i natężenia czynników ryzyka, (-) zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia (CHUK), (-) wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem CHUK, (-) promocja zdrowego stylu życia, czyli niepalenia, prawidłowego odżywiania się oraz aktywności fizycznej. Problem w tym, że NFZ tych efektów nie monitoruje i nie sprawdza.

Efekty prawidłowego prowadzenia pacjenta z chorobą przewlekłą mogą być różne i z pewnością zmienne. U niektórych pacjentów będzie to poprawa wskaźników (redukcja masy ciała w programie profilaktyki otyłości), u niektórych brak pogorszenia tych wskaźników, a u jeszcze innych decyzja o konieczności włączenia innego profilu leczenia. Dotychczas takiej formy oceny jakości pracy w postaci określenia efektu działania POZ nie prowadzono, a uzyskanie trwałego zdrowotnego efektu dla pacjenta jest niezwykle trudne. Nadzór kontrolny płatnika polega głównie na sprawdzaniu obecności lub

nieobecności pacjenta w AOS, i/lub w szpitalu/SOR/IP oraz to, czy wzywany był do niego Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM).

W takim rozumieniu na finansowanie KomPOZ powinny składać się trzy niezależne parametry: (1) **stawka kapitaacyjna** (deklaracja ze współczynnikami korygującymi) uzależniona od efektów pracy i prowadzenia obowiązkowej profilaktyki; (2) **stawka dodatkowa** za objęcie opieką chorych przewlekle oraz wynikająca z wykonania obowiązków z zakresu rozszerzonej profilaktyki (profilaktyka pierwotna i wtórna), promocji zdrowia oraz organizacji lekarskich konsultacji specjalistycznych w ramach KomPOZ; (3) **stawka na badania laboratoryjno-diagnostyczne**.

Ad 1. Stawka kapitaacyjna ustalana może być dwa razy w roku na podstawie analizy kwartalnie składanych raportów z działalności POZ.

Przykładami efektów pracy o pozytywnej korelacji, które mogłyby mieć wpływ na wysokość negocjowanej stawki kapitaacyjnej są: (-) odsetek osób zaszczepionych przeciwko grypie, COVID-19; (-) odsetek dzieci szczepionych zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień; (-) odsetek osób biorących udział w przesiewowych programach profilaktycznych (mammografia, cytologia i kolonoskopia); (-) odsetek osób korzystających z programów polityki zdrowotnej; (-) regularnie prowadzone wiarygodne wystandaryzowane badanie oceny stopnia satysfakcji chorych; (-) prowadzenie bazy danych w zakresie stylu życia; (-) skuteczna sprawozdawczość zdarzeń niepożądanych; (-) odsetek osób z grupy pacjentów z otyłością, u których w ciągu wyznaczonego czasu obserwowano spadek lub brak wzrostu wartości BMI i wiele innych.

Przykładami z korelacją negatywną (im mniej tym lepiej) są: (-) odsetek skarg w związku z łamaniem praw pacjenta przez niewłaściwe kwalifikowanie do tele-porady; (-) odsetek wizyt realizowanych przez ZRM oraz wizyt w SOR pacjentów zapisanych do lekarza, z wyłączeniem zdarzeń nagłych; (-) odsetek ponownych hospitalizacji; (-) odsetek zgłaszanych przypadków polipragmazji lekowej (zgłoszenia przez farmaceutów); (-) odsetek zgłaszanych przypadków interakcji lekowych; (-) odsetek, bądź jedynie potwierdzenie w kontrolach prowadzenia leczenia niezgodnie ze standardami i zasadami EBM; (-) odsetek pacjentów „poza opieką” (out-of-care patients).

Dla grupy pielęgniarek POZ i położnych POZ powinny zostać opracowane podobne katalogi oceny. W przypadku pielęgniarek POZ stawka

kapitacyjna również jest stawką podstawową, ale o całkowitym wynagrodzeniu powinny decydować dodatkowe usługi i porady oraz działalność profilaktyczno-prozdrowotna. Jeżeli zwiększylibyśmy na przykład wycenę procedury cytologii, dzięki pracy położnych POZ, odsetek kobiet przystępujących do programu profilaktyki raka szyjki macicy powinien wyraźnie wzrosnąć. Środowisko pracy położnej POZ (gabinet, ale również dom) to najprostszy sposób dotarcia do jak największej liczby kobiet i najlepsze miejsce, by w spokoju badanie cytologiczne pobrać.

Ad 2. Poziom stawki dodatkowej zależeć może od wielu aktywności, zarówno z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, promocji zdrowia oraz organizacji lekarskich konsultacji specjalistycznych w ramach KomPOZ:

- Monitorowane liczby skierowań w celu konsultacji wewnętrznej w ramach KomPOZ oraz konsultacji zewnętrznej z bonusem za skierowanie zrealizowane w konkretnym przedziale czasowym, wcześniej uzgodnionym pomiędzy lekarzem POZ i lekarzem specjalistą.
- Stworzenie Indywidualnych Planów Opieki Medycznej (IPOM) dla pacjentów z chorobami przewlekłymi i wielochorobowością i zasad oceniania realizacji tych planów. Pacjent z planem opieki, zawierającym terminy i wyniki poprzednich oraz terminy kolejnych konsultacji i/lub diagnostyki, trafiałby do AOS i/lub szpitala z pełną dokumentacją medyczną (dokumentacja dostępna w IKP) i za wiedzą lekarza POZ (nie licząc stanów nagłych, ale nawet wtedy dane wynikające z IPOM mogą być kluczowe z punktu widzenia lekarza SOR). Proponujemy, żeby rozliczenie usługi realizującej IPOM odbywało się raz na kwartał lub dwukrotnie w tym czasie, w zależności od stanu zdrowia pacjenta. W systemie raportowania do płatnika powinien pojawić się status „pacjent chory przewlekłe” jako podstawa do rozliczenia usługi realizującej Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM).
- Opracowanie zasad kontroli farmakoterapii, jej bezpieczeństwa, potencjalnych interakcji lekowych w oparciu o program informatyczny oraz we współpracy z farmaceutami (to zadanie powinno obejmować poradę z dostępem do informacji zgromadzonej na IKP pacjenta oraz informację zwrotną kierowaną do lekarza POZ);

- Włączenie profilaktyki zdrowotnej w zakresie chorób zawodowych, przy koniecznej współpracy jednostek i lekarzy medycyny pracy;
- Opracowanie i wdrożenie bilansów zdrowia osób dorosłych z przemysłanym i ukierunkowanym na możliwie najwyższe zdrowotne korzyści zakresem diagnostyki. Zadania tego typu powinny być realizowane w oparciu o dodatkowe środki finansowe stanowiące formę podkontraktu w POZ. Przykładem może być program monitorowania sytuacji zdrowotnej osób w wieku:
 - 40 lat – program profilaktyki chorób cywilizacyjnych (zaburzenia gospodarki lipidowej, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia tolerancji glukozy, ocena stanu psychicznego, inne);
 - 50 lat – program profilaktyki onkologicznej powiązany z istniejącymi badaniami przesiewowymi (mammografia, cytologia, kolonoskopia) oraz USG jamy brzusznej;
 - 60 lat – program „Zdrowie Seniorów” (na wzór bilansu zdrowia dzieci i młodzieży), z zadaniem poszukiwania znamion wielochorobowości i szkodliwej polipragmazji oraz z wczesną diagnostyką otępienia i całościową oceną geriatryczną (COG). Projekt powinien być realizowany przez POZ, wspólnie ze współpracującymi w KomPOZ lekarzami specjalistami, w ramach na przykład Poradni Wieku Dojrzałego. Szczegóły dotyczące Poradni Wieku Dojrzałego zostały przedstawione w części „Geriatryka, opieka długoterminowa, opieka paliatywna”.
- Opracowanie i wdrożenie programu identyfikującego zespół kruchości u seniorów. Konsekwencją jego realizacji powinna być organizacja programu zdrowotnego „Zapobieganie upadkom dla seniorów”.
- Opracowanie i wdrożenie bilansów zdrowia dla pacjentów po przechorowaniu COVID-19, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów neurologicznego, pulmonologicznego, kardiologicznego i psychologiczno-psychiatrycznego. Zadanie powinno być realizowane w oparciu o KomPOZ i współpracę wielospecjalistyczną. Skierowanie tej grupy pacjentów do działających niezależnie od POZ poradni AOS będzie skutkowało, jak dotychczas, brakiem informacji zwrotnej dla POZ. Na podstawie danych pozyskanych z wykonanego bilansu zdrowia osób, które przechorowały COVID-19, w medycznie uzasadnionych

przypadkach pacjenci będą kwalifikowani do proponowanego przez nas programu zdrowotnego „Opieka i rehabilitacja pokowidowa holistycznie”.

- Opracowanie i wdrożenie programu aktywności fizycznej np. „Ruch na receptę” realizowany ze wsparciem finansowym i organizacyjnym JST, w którym lekarz POZ, wspólnie z fizjoterapeutą, wydają zalecenia do udziału w programie i określają wskazania i przeciwwskazania do konkretnych aktywności ruchowych.

Plan każdego programu profilaktycznego powinien uwzględniać ocenę stosunku pacjenta do zaleceń wydanych przez pracowników ochrony zdrowia. Nowoczesny program profilaktyczny wprowadza obowiązek wykonania zaleceń przez pacjenta i również obowiązek monitorowania, w jaki sposób zostały one wykonane. Pamiętać też trzeba o prawdzie oczywistej, że żaden program profilaktyczny nie powiedzie się, jeżeli nie będzie go poprzedzać, a potem mu towarzyszyć szeroka kampania informacyjna dotycząca celu profilaktyki i roli jaką odgrywa w niej sam pacjent.

Ad 3. Stawka na badania laboratoryjno-diagnostyczne.

Z raportu NIK dotyczącego oceny diagnostyki laboratoryjnej za rok 2015²⁴ wynika, że spośród wszystkich kosztów świadczeń opieki zdrowotnej poniesionych przez POZ, jedynie 3,73% to koszty diagnostyki laboratoryjnej. W przypadku pozycji programy zdrowotne, poziom wydatków na diagnostykę laboratoryjną okazał się dramatycznie niski (0,27%). Wyższy odsetek wykorzystania (6,34%) odnotowano w przypadku AOS. Nakłady ponoszone w Polsce na cel: diagnostyka laboratoryjna są wielokrotnie niższe niż w krajach wysokorozwiniętych. Wykonujemy **za mało badań laboratoryjnych w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej**, a ograniczenie tego dostępu wynika między innymi ze sposobu finansowania badań diagnostycznych (szczegóły dotyczące diagnostyki laboratoryjnej zostały przedstawione w odrębnym dokumencie). W POZ, przychodniach specjalistycznych, w projektach programów prozdrowotnych (również w szpitalach) nie ma wyodrębnionej puli środków przeznaczonych na finansowanie badań diagnostycznych. Lekarze rodzinni

²⁴ Dostęp: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-dostepnosci-i-finansowaniu-diagnostyki-laboratoryjnej.html>

opłacają koszty badań laboratoryjnych z otrzymywanej stawki kapitałowej. Ponieważ są to te same fundusze, które są źródłem finansowania innych zadań POZ, istnieje ryzyko ograniczania zlecania badań w celu minimalizowania kosztów jednostki.

Proponujemy rozważyć zadaniowe wyłączenie środków przeznaczonych na wykonanie badań laboratoryjnych i / lub obrazowych z całej puli środków kierowanych do POZ. Nasza propozycja obejmuje odrębne finansowanie:

1. badań laboratoryjnych koniecznych dla prowadzenia dotychczasowej, pozbawionej elementów profilaktyczno-prozdrowotnych działalności diagnostyczno-terapeutycznej poradni POZ;
2. dodatkowych kosztów diagnostyki, pozostających w związku z planowanym rozszerzeniem wykazu bezpłatnych dla pacjenta badań laboratoryjnych oraz z nowymi zadaniami profilaktyczno-prozdrowotnymi.

Bez posiadania szczegółowych danych finansowych i przy uwzględnieniu kosztów dodatkowych badań, trudno jest dokładnie określić, jaki odsetek budżetu POZ powinien zostać zarezerwowany do celów prowadzenia diagnostyki w podstawowej działalności POZ. Wydaje się, że przeznaczenie na diagnostykę laboratoryjną POZ kwoty odpowiadającej wartości 5% dotychczasowej stawki kapitałowej (lub kwoty równiej 200% kosztów diagnostyki laboratoryjnej poniesionych przez poradnię POZ) w roku 2019 lub 2021 powinno być budżetem wystarczającym, pod warunkiem wystawiania skierowań na badania w oparciu o faktyczne potrzeby zdrowotne. W ten sposób mówimy o całkowicie niezależnym i ostatecznie nie powiązanym ze stawką podstawową funduszu finansowania badań laboratoryjnych wykonywanych w POZ. **Jeżeli wydzielone środki nie zostaną wydane zgodnie z przeznaczeniem, będą musiały zostać zwrócone do Płatnika.** Przypominamy, że to lekarz POZ jest jedynym dysponentem funduszy przeznaczonych na diagnostykę i tylko od niego zależy, według jakiego klucza te badania będą wykonywane. W przypadku przekroczenia proponowanego limitu, możliwe będzie wnioskowanie do płatnika o wyrażenie zgody na wykorzystanie pozostałych, niewykorzystanych środków przeznaczonych na diagnostykę, przypisanych pozostałym lekarzom zatrudnionych w Poradni POZ (konieczne jest pozyskanie ich zgody) lub o przyznanie kolejnych funduszy. W każdym takim przypadku liczba wykonanych badań będzie monitorowana przez płatnika.

Nowym kosztem diagnostycznym będą środki pozostające w związku z badaniami profilaktycznymi. Tu proponujemy systemowe, na poziomie województwa, regionu lub kraju, wydzielenie pieniędzy na konieczną diagnostykę laboratoryjną w związku z zaplanowanymi bilansami zdrowia dzieci i dorosłych. Tu nie powinno być żadnej uznaniowości. Łatwo przecież można policzyć, ile mamy osób w danej grupie wiekowej, w której dany bilans zostanie przeprowadzony i jakie będą koszty całkowite niezbędnej diagnostyki. Wtedy wystarczy przeprowadzić wojewódzki, regionalny lub centralny przetarg na całą konieczną pulę badań. Koszty badań z zakresu działań profilaktycznych nie będą więc obciążały w żaden sposób finansów podstawowej opieki zdrowotnej.

1.10. Zasady działania KomPOZ – uzupełnienie

1. Lekarz specjalista podpisuje umowę na nielimitowany udział w KomPOZ z POZ na zasadzie podwykonawstwa, tzn. POZ potwierdza wykonane świadczenie, a rozliczenie następuje pomiędzy lekarzem specjalistą a płatnikiem. Konsultacje będą mogły być realizowane na bazie własnej KomPOZ lub w miejscu pracy lekarza specjalisty. Wycena świadczeń musi zostać urealniona. W przypadku konsultacji specjalistycznych w ramach KomPOZ przestaną to być wizyty sprowadzające się do wypisania skierowania na kolejne niezbędne badanie diagnostyczne. Wycena świadczenia powinna zbliżyć się do wartości tego świadczenia, gdyby było realizowane w sektorze prywatnym. Pomimo wyraźnego wzrostu w stosunku do wyceny pierwotnej, dla budżetu płatnika będzie to rozwiązanie korzystne, bo wiele konsultacji realizowanych przez lekarzy specjalistów w ramach KomPOZ miałyby charakter konsultacji jednorazowych. Osobno należałoby wycenić różnego rodzaju formy elektronicznego kontaktu pomiędzy lekarzami w ramach KomPOZ.
2. Wprowadzenie zasady sprawowania opieki nad chorym wypisywanym ze szpitala do domu przez pielęgniarki POZ i pielęgniarki środowiskowe. Po zakończeniu procedury medycznej „jednego dnia” i wypisaniu chorego hospitalizowanego z innych przyczyn, lekarz sprawujący opiekę nad chorym w szpitalu informuje lekarza POZ telefonicznie, lub w innej formie komunikacyjnej (w przyszłości zadanie IKP) o fakcie wypisu, przekazuje istotne medycznie informacje, dokumentację medyczną z pobytu, zalecenia pooperacyjne. Lekarz rodzinny powinien zlecać pielęgniarkom POZ i pielęgniarkom środowiskowym zatrudnionym

- w POZ sprawowanie wizyt patronażowych w okresie pooperacyjnym / powypisowym. Umowa powinna gwarantować minimum jedną wizytę dziennie w przedziale pierwszych 3 dni. Pielęgniarka realizująca wizyty „patronażowe” powinna zostać wyposażona w środki medyczne, opatrunki, leki, etc., konieczne do sprawowania zadanej opieki. Podstawą dla sprawowania opieki pooperacyjnej / powypisowej powinien być program współpracy pomiędzy KomPOZ a Szpitalem Dziennym, a docelowo program opieki kompleksowej (wstępnie nazwany KOS-Wypis) uwzględniający zasady sprawowania opieki i finansowania świadczeń realizowanych przez POZ.
3. Stworzenie przepisów zezwalających pielęgniarkom na łączenie różnych zakresów świadczeń, które nie stanowią wobec siebie konkurencji: np. pielęgniarka pracująca w POZ i jednocześnie w opiece długoterminowej lub hospicyjnej. Dzisiaj wykazanie w NFZ drugiego miejsca zatrudnienia nie jest możliwe. Taka zmiana pozwoli na zatrudnienie pielęgniarki w POZ i wykazanie tego zatrudnienia przez poradnię POZ do NFZ. Będzie to równoznaczne z pozyskaniem z NFZ dodatkowego finansowania dla POZ i w efekcie zwiększy możliwości zatrudnienia pielęgniarek w POZ.
 4. Nowelizacja Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, która uwzględni konieczność zatrudnienia asystentów lekarza, pielęgniarki, sekretarek medycznych, rejestratorek medycznych, specjalisty zdrowia publicznego, tym samym przeznaczy na ten cel środki finansowe.
 5. Ta sama nowelizacja powinna też utworzyć stanowisko Koordynatora w przypadku funkcjonowania POZ w ramach struktury KomPOZ. Funkcję koordynatora w KomPOZ powinien pełnić specjalista zdrowia publicznego.
 6. Upoważnienie asystenta medycznego, którym może być każdy przedstawiciel zawodu medycznego, inny niż lekarz, lub osoba odpowiednio wykształcona w tym kierunku, do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, wypisywania recept oraz wykonywania innych zadań zleconych przez lekarza i lekarza POZ. Koniecznym do spełnienia warunkiem jest

nowelizacja ustawy z dnia 13 września 2018 r.²⁵ w części dotyczącej uprawnień asystenta medycznego i sposobu nabywania tych uprawnień.

7. Kody na e-recepty w przypadku leków przepisywanych osobom chorującym przewlekłe powinny być ważne przykładowo 6 lub nawet 12 miesięcy, według decyzji lekarza POZ. Gdy w określonym czasie konieczne leki będą się pacjentowi kończyły, korzystając z tego samego kodu, pacjent powinien w aptece otrzymać ich kolejną porcję. Farmaceuta realizujący receptę, na podstawie danych z IKP, będzie posiadał pełną wiedzę na temat zrealizowanych recept i faktycznego zużycia leku przez pacjenta, co powinno zapobiec ewentualnym próbom nieuprawnionego wnioskowania o leki.
8. Wprowadzone powinny być mechanizmy integrujące POZ z terytorialnymi jednostkami pomocy społecznej i koordynujące ich współpracę w szczególnych okolicznościach. Czas pandemii jest tego doskonałym przykładem. Nakładanie przez lekarza POZ izolacji na pacjenta COVID-19 powinno automatycznie skutkować powiadomieniem ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania pacjenta. Część chorych izolowanych lub w trakcie kwarantanny jest samotnych, bez możliwego wsparcia rodziny. Podobnie w sytuacji, gdy izolowana jest cała rodzina. Integracja POZ z jednostkami pomocy społecznej może dotyczyć też procesu wychodzenia z choroby. COVID-19 przez częste przechodzenie w postać przewlekłą z obrazem różnych form zespołu pokowidowego staje się ważnym problemem społecznym. Osoby, które z powodu choroby i w trakcie trudnego procesu wychodzenia z choroby nie studiują i nie pracują, wymagają osłony i wsparcia ze strony ośrodka pomocy rodzinie. Ta pomoc ułatwia przejście przez najtrudniejsze chwile choroby i zespołu po chorobie. Mechanizmy integrujące powinny również objąć osoby w kryzysie bezdomności.
9. Utrzymanie również po wygaśnięciu pandemii dodatku dla Poradni POZ w wysokości 3% kontraktu z przeznaczeniem na zakup środków ochrony osobistej oraz stworzenia z nich nienaruszalnego zapasu na wypadek wystąpienia kolejnej epidemii.

²⁵ Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2018 poz. 1925, dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001925/O/D20181925.pdf>

10. W Wojewódzkie Plany Działania Systemu PRM (Plan działania systemu PRM to zadanie wojewody) powinny zostać wpisane jednostki POZ i NPL. Konieczne liczby i alokacje tych jednostek powinny być określone w oparciu o wskaźniki płatnika, ex-post za ostatnie np. 24 miesiące.

2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

W poprzedniej części przedstawiliśmy Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną (AOS) jako jednostkę współpracującą z POZ w ramach umowy tworzącej KomPOZ. W planach zmian organizacji i funkcjonowania AOS, podobnie do sytuacji POZ, trzeba pozostawić ścieżkę kontynuacji zadań na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów. Zmiany oczywiście są konieczne, ale wprowadzane powinny być możliwie dobrowolnie i ewolucyjnie. Świadczenia z zakresu AOS powinny być realizowane przez wszystkie szpitale. To oczekiwanie uzasadnia potrzeba zachowania możliwości kontroli w poradni przyszpitalnej chorych leczonych i wypisanych ze szpitala oraz szerokie wejście do szpitali procedur ambulatoryjnych realizowanych w ramach medycyny jednego dnia.

Okres oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty jest jednym z głównych parametrów decydujących w kwestii oceny jakości i skuteczności całego systemu ochrony zdrowia. Przez ostatnie lata, pomimo szumnych planów skracania kolejek do lekarzy specjalistów, jesteśmy świadkami zmian zupełnie odwrotnych. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty wydłuża się. Długie kolejki w specjalistyce wynikają z kilku elementów, które wszystkie trzeba zidentyfikować i każdy z osobna poprawić:

1. zbyt mała kwota, którą płatnik na specjalistykę wciąż przekazuje, chociaż w każdym kolejnym roku tych pieniędzy jest więcej;²⁶
2. liczba lekarzy specjalistów jest ograniczona i zbyt mała, żeby w oparciu o jednostki publiczne można było zachować sensowny okres oczekiwania na wizytę;
3. zbyt małe możliwości decyzyjne w rękach lekarzy POZ, z przesunięciem tych obowiązków na specjalistykę (propozycje rozwiązania tego problemu przedstawiono w części analizy traktującej o POZ);
4. nie wszyscy lekarze specjaliści są zainteresowani zwiększeniem liczby wizyt tzw. publicznych. Pacjent zarejestrowany w publicznej jednostce na za pół roku, konsultację zrealizuje być może u tego samego lekarza, ale już prywatnie (jedynie rozwiązanie problemów z punktów 1+2+3 pozwoli na neutralizację znaczenia punktu nr 4).

²⁶ według danych NFZ w 2019 roku 5,3 mld zł., a w 2021 roku 6,82 mld zł, dostęp: https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/bip/finanse_nfz/2021/zmiana_planu_finansowego_22.04.2021_r.xls

5. pacjenci zapisują się w kilku miejscach jednocześnie i wizyt pozostałych nie odwołują lub na wizyty nie przychodzą (wprowadzenie e-zdrowia pozwala na ograniczenie tego zjawiska jako ważnej przyczyny wydłużenia okresu oczekiwania na konsultację). Jeżeli jednak, pomimo wygenerowanego przez system przypomnienia, pacjent zapisany na wizytę u lekarza specjalisty w ramach KomPOZ na wizytę nie przyjdzie, powinien ponieść konsekwencje niedopełnienia obowiązku skutecznego odwołania wizyty. Formą takich konsekwencji może być na przykład wystawienie kolejnego skierowania do lekarza specjalisty w formie wpisania w ZWYKŁĄ kolejkę – pacjent, podobnie jak w przypadku POZ funkcjonującym na obecnie obowiązujących zasadach, otrzyma od lekarza w KomPOZ skierowanie do lekarza specjalisty i sam, bez wsparcia KomPOZ, będzie musiał wybrać lekarza specjalistę i zapisać się do niego w kolejce. W tym miejscu trzeba przypomnieć, że w KomPOZ dostęp do lekarza specjalisty powinien być możliwy maksymalnie w ciągu 90 dni i ulegać skróceniu przy poprawie funkcjonowania systemu.

Najprościej byłoby istotnie zwiększyć kwotę przeznaczoną na specjalistykę i zdjąć klauzulę jakichkolwiek limitów. Jedno i drugie rządzący planują i zapowiadają, ale należy wątpić, czy przyniesie to zasadniczą poprawę. Bez uszczelnienia systemu każda przesunięta ilość pieniędzy zostanie skonsumowana bez uzyskania znaczącej poprawy w zamian. Oczywiście można wydłużyć czas otwarcia poradni specjalistycznych i zwiększyć liczbę gabinetów. Tyle, że liczba lekarzy specjalistów nie zwiększy się w przewidywalnie krótkim czasie, więc system mimo zniesienia limitów zatka się z powodu niedoboru specjalistów²⁷. Pewną poprawę można by było uzyskać dzięki rzeczywistej poprawie szeroko rozumianych warunków pracy (finanse, osoba do prowadzenia dokumentacji, sprzęt do badania w miejscu np. USG, etc.), tyle, że nic się w tym kierunku nie dzieje. Żeby sytuacja w tej dziedzinie mogła się poprawić, warunkiem podstawowym i niezbędnym jest retaryfikacja świadczeń w AOS. Wycena porady lekarza specjalisty w AOS musi zostać urealniona i przez to atrakcyjna zarówno dla właścicieli podmiotów medycznych jak i pracowników. Wycenę świadczeń opieki ambulatoryjnej określa płatnik. Podstawowe porady są obecnie wycenione w wysokości często znacznie

²⁷ Na ile zniesienie limitów w AOS, rozwiąże problem dostępności do specjalistów, dostęp: <https://www.termedia.pl/mz/Na-ile-zniesienie-limitow-w-AOS-rozwiaze-problem-dostepnosci-do-specjalistow-.41051.html>

poniżej 100 zł²⁸, co jest stawką zupełnie nieporównywalną do stawek rynkowych (świadczenie receptowe; świadczenia specjalistyczne 1 typu: świadczenie specjalistyczne 1-go typu z zakresu kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z nowotworem piersi; konsultacje specjalistyczne w ramach modułu monitorowania w ww. zakresie). Żenująco niska wycena implikuje wykonywanie niepotrzebnych badań wyłącznie z powodów finansowych (bardzo negatywnie należy ocenić fakt, że z zasady procedura z badaniem jest lepiej wyceniona niż sama porada). Stawki za realizację świadczeń AOS w sektorze publicznym muszą więc zostać urealnione, tym bardziej, że stawki w gabinetach prywatnych są dużo wyższe. W przypadku konsultacji specjalistycznych w ramach KomPOZ lub Lokalnych Domów Zdrowia konsultacje kompleksowe, odbędą się po wykonaniu przez chorego koniecznych badań diagnostycznych i zreferowaniu stanu chorego przez lekarza POZ. Wycena świadczenia w ramach AOS powinna zatem zbliżyć się do wartości świadczenia, realizowanego w sektorze prywatnym. Stworzenie warunków dla podwyższenia przychodów otrzymywanych za pracę w jednostce publicznej powinno zahamować odpływ kolejnych lekarzy specjalistów do sektora prywatnego i być może odwróci kierunek zmian kadrowych.

Wycena świadczeń ambulatoryjnych może zostać podwyższona przez zwiększenie kwoty za świadczenie lub przez zwiększenie tzw. współczynnika korygującego (obecnie 1,2). To rozwiązanie jest tylko działaniem tymczasowym do czasu urealnienia wyceny świadczeń. Współczynnik korygujący powinien objąć wszystkie te specjalizacje, w których średni okres oczekiwania na wizytę przekracza 3 miesiące. Pomimo wyraźnego wzrostu kosztów AOS, dla budżetu płatnika będzie to rozwiązanie korzystne, bo wiele konsultacji realizowanych przez lekarzy specjalistów w ramach KomPOZ będzie miało charakter konsultacji jednorazowych.

W lokalizacjach specjalistycznie ubogich, propozycją mogło by być umożliwienie podpisywania umowy o współpracy w KomPOZ lekarzy POZ z lekarzami specjalistami pracującymi w sektorze niepublicznym, z zastrzeżeniem respektowania stawek obowiązujących w sektorze publicznym. Wydaje się, że uzupełniające formy wynagrodzenia, wynikające z elektronicznego kontaktu pomiędzy lekarzami POZ i specjalistami w ramach

²⁸ NFZ zmienia wyceny w leczeniu nowotworów piersi, dostęp: <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/nfz-zmienia-wyceny-w-leczeniu-nowotworow-piersi>

KomPOZ, niższe finansowanie w sektorze publicznym uczynią mniej odczuwalnym.

Dostępność konsultacji w AOS można poprawić, dokonując przeglądu wytycznych dotyczących pracy poszczególnych poradni specjalistycznych i uprawnień do pracy w tych poradniach. Przykładowo w Poradni Leczenia Nadciśnienia Tętniczego chorych ma prawo przyjmować specjalista hipertensjolog i kardiolog, a tego prawa pozbawiony jest specjalista chorób wewnętrznych. W Poradni Diabetologicznej zamiast diabetologa i endokrynologa może konsultować specjalista chorób wewnętrznych, ale w Poradni Chorób Tarczycy może przyjmować wyłącznie specjalista endokrynolog²⁹. Lekarz ze specjalizacją chorób wewnętrznych jako specjalizacji szerszej niż wszystkie szczegółowe powinien mieć prawo do pracy w każdej z wymienionych poradni specjalistycznych. Dodatkowo proponujemy powołanie Poradni Chorób Wewnętrznych, w której lekarz specjalista chorób wewnętrznych będzie miał uprawnienia do leczenia specjalistycznego różnych chorób, zwłaszcza w dziedzinach ze szczególnie długim okresem oczekiwania na konsultację.

Z punktu widzenia pacjenta czekającego w kolejce do lekarza specjalisty ważny jest zakres gwarantowanego koszyka świadczeń zdrowotnych³⁰, oraz realnie gwarantowany standard dostępu do tych świadczeń. **Najważniejszym wskaźnikiem jest maksymalny czas oczekiwania na dostęp do konkretnych świadczeń. Dobrym wzorcem jest szwedzki standard 0-7-90-90, ustalający maksymalny czas oczekiwania na dostęp do kolejnych etapów świadczeń medycznych** (kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu – np. telefoniczny natychmiastowo, czyli 0 dni; wizyta u lekarza POZ najpóźniej w 7 dobie od zgłoszenia; wizyta u lekarza specjalisty w ciągu 90 dni; rozpoczęcie leczenia specjalistycznego w ciągu 90 dni od postawienia rozpoznania). Wprowadzenie tego standardu w Szwecji, w krótkim czasie spowodowało znamienne ograniczenie średnich czasów oczekiwania na dostęp do świadczeń³¹. **Proponowanym przez nas odważnym, docelowym wskaźnikiem**

²⁹ Wymagania wobec poradni specjalistycznych, dostęp: <https://docplayer.pl/4910996-Wymagania-wobec-poradni-specjalistycznych.html>

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dostęp: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160000357/O/D20160357.pdf>

³¹ Ochrona zdrowia czekając na katastrofę, dostęp: http://obserwatoriumdemokracji.pl/wp-content/uploads/2019/09/Interaktywny_Ochrona-zdrowia_czekajac-na-katastrofe.pdf

dostępności pacjenta do SOZ jest maksymalny czas oczekiwania na dostęp do kolejnych etapów świadczeń medycznych według standardu 0-7-30-90.

Maksymalny czas oczekiwania na konsultację lekarską w ramach świadczeń medycznych udzielanych w zakresie AOS docelowo powinien zostać określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, razem z przedstawieniem działań, które państwo powinno wykonać, jeżeli dojdzie do przekroczenia czasu maksymalnego.

3. Nocna i Świąteczna Pomoc Lekarska.

Nocna i świąteczna pomoc lekarska (NPL) powstała w celu rozwiązania problemu dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej w czasie, gdy poradnie lekarzy rodzinnych pozostają zamknięte. Niestety każdego wieczoru, w każdy weekend i w każde święto widzimy, że NPL w obecnej formie nie realizuje swoich zadań. Celem tej części analizy jest zaproponowanie takich rozwiązań, które stworzą podstawy dla skutecznego działania NPL. Nasze propozycje obejmują zmiany proponowane w:

1. samych jednostkach NPL;
2. w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne
3. w jednostkach systemu ochrony zdrowia (POZ, Lokalne Domy Zdrowia).

Bardzo ważną rolę do wypełnienia będzie miało Państwo i samorząd w uruchomieniu akcji informacyjno-edukacyjnej wskazującej na zadania SOR, NPL, POZ i ZRM (tutaj 4). W tym miejscu szczegółowo zostaną opisane treści i propozycje nieporuszane w innych częściach analizy. W przypadku pozostałych zastosujemy odniesienia.

1. Jednostki Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej
 - jedna jednostka NPL na jeden/dwa powiaty lub miasto na prawach powiatu (w mieście jedna jednostka NPL na każde 150-200 tysięcy mieszkańców);
 - możliwość zintegrowania NPL z poradnią POZ, która będzie realizowała te usługi samodzielnie lub będzie nadzorowała realizację przez inne podmioty – w ramach konkursu ofert (pozostaje dowolność wyboru lokalizacji, zatrudnienia personelu – własny/obcy i finansowania);
 - alternatywnie, zlokalizowanie punktu NPL w szpitalu (niekoniecznie posiadającym w swojej strukturze SOR);
 - w powiatach, w których JST podejmą decyzję o tworzeniu Lokalnych Domów Zdrowia, przeniesienie NPL w ich strukturę;
 - wstępny triage w NPL prowadzony obowiązkowo jako tele-porada przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego pełniących dyżur w Centrum Powiadamiania Ratunkowego (jeden dedykowany

numer telefoniczny w CPR w każdym województwie). Celem triage'u jest poznanie zdrowotnej przyczyny kontaktu chorego z NPL. Na podstawie prowadzonej rozmowy z obowiązkową rejestracją jej treści, pielęgniarka lub ratownik medyczny powinien udzielać własnej porady, kwalifikować chorego do wizyty z lekarzem dyżurnym w NPL, proponując jednocześnie sposób jej przeprowadzenia (osobiście vs tele-porada), odsyłać chorego do wizyty w POZ w dniu i godzinach jego funkcjonowania, informować o potrzebie udania się chorego do SOR lub aktywnie zgłaszać konieczność wysłania pod wskazany adres ZRM P, ewentualnie ZRM POZ. Podczas porady pielęgniarka lub ratownik medyczny miałby prawo skierować chorego na badanie w kierunku COVID-19, przekazać zalecenia własne, wystawić receptę na leki, których przepisanie pozostaje w jej/jego gestii i wystawić zwolnienie na pierwsze 3 dni choroby (w tym celu konieczne będzie rozszerzenie uprawnień ratowników medycznych);

- nadanie lekarzom ze specjalizacją z medycyny rodzinnej, specjalizacjami pokrewnymi i bez specjalizacji, którzy pracują w NPL, szerszych uprawnień diagnostyczno-terapeutycznych i rozszerzenie ich uprawnień do zlecania badań laboratoryjnych i obrazowych. W ślad za rozszerzeniem uprawnień do zlecania badań diagnostycznych powinno nastąpić zwiększenie finansowania NPL;
 - lekarze rezydenci medycyny rodzinnej, po ukończeniu dwuletniego etapu szkolenia, powinni mieć prawo do realizowania obowiązkowych, określonych programem specjalizacji dyżurów również w formie dyżurów w NPL oraz w ZRM POZ.
2. W systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (do szczegółowych opisów odsyłamy do tej części analizy, która dotyczy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne)
- dostosowanie funkcji realizowanych przez Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR) do wsparcia NPL i SOR. W każdym województwie powinna zostać uruchomiona fachowa infolinia (z indywidualnym numerem telefonicznym i z wydzieloną tylko w tym celu kompetentną osobą z wykształceniem medycznym – ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu), której zadaniem, oprócz podawania adresów najbliższej położonego punktu nocnej

i świątecznej pomocy lekarskiej, byłoby doradztwo medyczne i prawo do podejmowania merytorycznych decyzji dysponujących ZRM oraz inne zadania wymienione powyżej, w punkcie 1.e;

- utworzenie zespołu wyjazdowego dwuosobowego (lekarz i ratownik kierowca), lub jednoosobowego (sam lekarz), udzielającego pomocy w miejscu zamieszkania chorego (ZRM POZ). Wśród zadań ZRM POZ, oprócz wsparcia NPL można uwzględnić realizowanie zleconych przez POZ wizyt w miejscu zamieszkania chorego. W tym przypadku konieczne będą zabezpieczenia, żeby umożliwienie wykonania takiego świadczenia nie skutkowało wyeliminowaniem wizyt w miejscu zamieszkania swoich pacjentów jako jednej z obowiązkowych form działania lekarza POZ. Zespół Ratownictwa Medycznego „POZ” funkcjonowałyby w dni powszednie w godzinach 15.00-07.00 i przez całą dobę w soboty, niedziele i święta. Proponujemy, żeby zespoły ZRM POZ stacjonowały przy NPL w Lokalnych Domach Zdrowia według zasady: 1 zespół w jednym/ dwóch powiatach i/lub minimum 1 zespół na każde 150-200 tysięcy mieszkańców w mieście, maksimum 1 zespół na 1 punkt NPL).

3. W jednostkach systemu ochrony zdrowia (POZ, Lokalne Domy Zdrowia)

- włączenie się POZ w opiekę nocną na zasadzie dobrowolności w formie teleporad, triage'u dla NPL/SOR/IP lub bezpośrednio realizacji świadczeń;
- otwarcie POZ w ograniczonym czasowo wymiarze 6-8 godzin w dni wolne, jeśli liczba dni wolnych bezpośrednio po sobie jest większa niż dwa (2);
- tworzenie Lokalnych Domów Zdrowia, w strukturze których funkcjonowała będzie NPL ze wsparciem ZRM POZ.

4. Zadania władz centralnych

- rozpoczęcie i wielomiesięczne kontynuowanie zadań reklamowo-informacyjnych (wykorzystując wszystkie rodzaje mediów, ale przede wszystkim media społecznościowe i internet jako taki oraz tradycyjna wersja pisemna dedykowana grupie seniorów) w sprawie przekazania Polkom i Polakom wiedzy, z jakimi problemami mogą zgłaszać się odpowiednio do POZ, NPL, SOR;

- rozpoczęcie skutecznej kampanii medialnej opisującej obowiązek przejścia osoby zgłaszającej zachorowanie do NPL przez telefoniczny triage, na podstawie którego dzwoniący zostanie przekierowany do NPL, POZ w godzinach jego działania, SOR lub IP;
- informacje o adresach NPL powinny być podawane w aptekach, sklepach wielkopowierzchniowych, również w formie map prowadzących do tych najbliższych położonych. Lekarz POZ winien być zobligowany do poinformowania wszystkich chorych wpisanych do jego praktyki o adresie najbliższego NPL. Przy zmianie lokalizacji takiego punktu informacje winny być ponawiane i aktualizowane;
- promowanie abonamentów medycznych dla pracowników różnych firm, oraz abonamentów medycznych i innych dostępnych produktów ubezpieczeniowych zawierających opcję leczenia/pokrywania kosztów pobytu w szpitalu, wykupywanych przez osoby fizyczne. Szersze zainteresowanie abonamentami medycznymi i produktami ubezpieczeniowymi odciąży ambulatoryjne jednostki ochrony zdrowia i NPL. Jednocześnie proponujemy rozpoczęcie dyskusji nad zmianami w systemie podatkowym, które umożliwiłyby pracodawcy, ale również osobie fizycznej odliczanie od kwoty przychodu jakiejś części wykupionych abonamentów medycznych lub produktów ubezpieczeniowych.

4. Lokalne Domy Zdrowia – opieka w jednym miejscu

Jednostki podstawowej opieki zdrowotnej z różnych przyczyn nie obejmują opieką swoich pacjentów w trybie całodobowym oraz w święta. Również przeważnie sprywatyzowana NPL nie spełniła oczekiwań i pokładanych w niej nadziei. Dostęp do ochrony zdrowia w wymiarze podstawowym i specjalistycznym pozostaje utrudniony, o czym świadczą przede wszystkim szpitalne oddziały ratunkowe przepełnione chorymi, którzy trafili w niewłaściwe miejsce. Na styku działania POZ, NPL, AOS i SOR powstał węzeł gordyjski, którego liczne próby rozplątania podejmowane przez kolejne rządy, zawsze kończyły się klęską. Jako Instytut Strategii 2050 chcielibyśmy zaproponować rozwiązanie, które pozwoli przywrócić zasady normalności i współpracy na styku działania wymienionych elementów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Proponujemy utworzenie nowej struktury organizacyjnej systemu, jaką będą Lokalne Domy Zdrowia. Utworzenie Domu Zdrowia w powiatach i miastach na prawach powiatu jako brakującego ogniwa w systemie opieki zdrowotnej jest odniesieniem się do sprawdzonej funkcji pełnionej przez norweski LEGEVAKT oraz przez domy zdrowia funkcjonujące na obszarze północnych Włoch. LEGEVAKT jest instytucją lekarza gminnego z zapleczem diagnostycznym do udzielania świadczeń lekarskich i pielęgniarskich. Posiadając szerokie kompetencje proceduralne i diagnostyczne, zastępuje działanie lekarza rodzinnego, gdy jego gabinet jest nieczynny. Można więc powiedzieć, że jest dużo lepszą wersją naszej nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Włoskie domy zdrowia są strukturami integrującymi pod jednym dachem opiekę zdrowotną podstawową i specjalistyczną oraz innego rodzaju świadczenia medyczne ważne z punktu widzenia lokalnej społeczności.



W polskich warunkach Dom Zdrowia powinien być instytucjonalną formułą nowego typu jednostki ochrony zdrowia utworzonej i prowadzonej przez samorządy powiatowe lub miasta na prawach powiatu. Lokalny dom zdrowia powinien być instytucją pierwszego kontaktu dla wszystkich mieszkańców, obsługującą ich w zdecydowanej większości spraw związanych z opieką zdrowotną (z wyłączeniem leczenia szpitalnego). Po szczegółowym przeglądzie problemów systemu ochrony zdrowia obecnych w miejscach zamieszkania i udzielania pomocy w podstawowym zakresie uważamy, że minimum organizacyjne dla Domu Zdrowia w każdym przypadku powinno obejmować: poradnię podstawowej opieki zdrowotnej (oczywiście pacjent będzie mógł wybrać między przychodnią POZ funkcjonującą w ramach LDZ a konkurencyjną), poradnie specjalistyczne (wspólnie utworzą KomPOZ), nocną i świąteczną pomoc lekarską (NPL) z zespołem ratownictwa medycznego typu POZ, biuro koronera, pracownię diagnostyczne (EKG, USG, usługi radiologiczne według potrzeby) oraz punkt pobrań materiału na badania laboratoryjne.

Pod dachem Domu Zdrowia zintegrować można również wiele innych ważnych dla lokalnej społeczności usług zdrowotnych, które dziś są świadczone przez odrębne podmioty i bez właściwej koordynacji pozostają niedostępne w miejscu zamieszkania. Ambulatorium chirurgiczne w miastach 50 tysięcy plus, opieka rehabilitacyjna, również po przebytej chorobie COVID-19, opieka długoterminowa i paliatywna, centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży to tylko kilka przykładów. Szczegółowy zakres świadczeń medycznych, jakie w konkretnym powiecie Dom Zdrowia mógłby zaproponować do zrealizowania, będzie zależał od kadrowych i lokalowych możliwości powiatu. Lokalne domy zdrowia w takiej strukturze powinny przynieść ulgę obłożonym szpitalnym oddziałom ratunkowym, dokąd dziś trafiają osoby pozbawione łatwo dostępnej i kompleksowej opieki na niższym poziomie systemu.

Domy Zdrowia powinny stać się szansą nie tylko na rozwiązanie niektórych poważnych problemów zdrowotnych regionu, ale również na odtworzenie obecnie prawie nieistniejącej publicznej podstawowej opieki zdrowotnej. To ważny problem, bo z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego państwa i zarządzania w kryzysie pandemicznym, nigdy więcej nie może powtórzyć się sytuacja z marca i kwietnia 2020 roku, kiedy to w przeważającej liczbie poradnie rodzinne i punkty NPL przestały być dla swoich pacjentów dostępne. Publiczne jednostki POZ, AOS i NPL w czasie kolejnej pandemii powinny pozostać otwarte, tak jak w czasie obecnej

pandemii otwarte były SOR-y. Jednym z zadań stawianych przez nas przed Domami Zdrowia jest takie ich przygotowanie, żeby w kolejnym czasie próby, w przypadku nawrotu tej pandemii lub pojawienia się nowego typu pandemii mogły zostać przekształcone w ośrodki przyjmujące osoby podejrzane o zakażenie. Być może ten ruch pozwoli na zachowanie otwartymi pozostałe poradnie POZ, co umożliwi zaopiekowanie się wszystkimi chorymi potrzebującymi medycznej konsultacji ze swoim lekarzem.

Bazą dla Lokalnych Domów Zdrowia mogą być niektóre dzisiejsze szpitale powiatowe, nieliczne już przychodnie prowadzone przez samorządy, ale także nowo tworzone instytucje. Odpowiednia infrastruktura powinna zostać wyremontowana i przystosowana do nowych zadań. Powiat będzie mógł zorganizować lokalny dom zdrowia prowadząc go samodzielnie jako w pełni publiczną placówkę zdrowotną. Jeśli to rozwiązanie nie będzie możliwe, właściwa JST będzie mogła przekazać zadanie prowadzenia Domu Zdrowia podmiotowi prywatnemu, czy też wejść z takim podmiotem w partnerstwo publiczno-prywatne, wszystko na zasadzie podwykonawstwa³². W każdym przypadku poziom poradni POZ, AOS i NPL w ramach LDZ będzie musiał pozostać jednostką publiczną systemu publicznego, nawet działając jako podmiot prywatny będzie musiał zobowiązać się do realizowania wszystkich uzgodnionych zadań również w sytuacji kryzysu epidemicznego.

Działające w strukturze lokalnego domu zdrowia nocna i świąteczna pomoc lekarska (NPL) poszerzona o funkcjonującą obok poradnię POZ oraz o istniejące zaplecze laboratoryjno-diagnostyczne, utworzyłyby czynną przez całą dobę i przez 7 dni w tygodniu instytucję medyczną o szerokich kompetencjach, w której udzielane byłyby świadczenia lekarskie i pielęgniarskie. Jako instytucja wspierałaby działanie lekarza rodzinnego, gdy jego gabinet jest nieczynny. Proponujemy, żeby przy każdym lokalnym domu zdrowia stacjonował zespół ratownictwa medycznego typu POZ (ZRM POZ) udzielający pomocy w miejscu zamieszkania chorego (szczegóły dotyczące ZRM POZ są przedstawione w części analizy dotyczącej systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne).

Z obowiązkowych elementów, w każdym Domu Zdrowia w trybie ciągłym powinno funkcjonować biuro koronera odpowiedzialne za dopełnienie

³² Ochrona zdrowia czekając na katastrofę, dostęp: http://obserwatoriumdemokracji.pl/wp-content/uploads/2019/09/Interaktywny_Ochrona-zdrowia_czekajac-na-katastrofe.pdf

obowiązków w przypadku zgonów w miejscu zamieszkania i w miejscu publicznym.

5. Szpital Dzienny

Szpital Dzienny to propozycja kolejnej po Lokalnych Domach Zdrowia nowej jednostki w polskim systemie ochrony zdrowia. Jest to jednostka dziennego pobytu, którą można też nazwać oddziałem działań ambulatoryjnych. W naszej ocenie szpital dzienny powinien powstać w każdym szpitalu, który realizuje świadczenia medyczne w co najmniej kilku zakresach specjalistycznych. Coraz więcej procedur powinno być wykonywanych właśnie w trybie ambulatoryjnym, a nie tak jak dotychczas typowo szpitalnym. Decyzję o wielkości oddziału w każdym przypadku należy pozostawić zarządzającym szpitalem oraz JST według map potrzeb zdrowotnych.

Proponowany przez nas szpital dzienny ma do zrealizowania dwa główne cele: (1) specjalistyczne wsparcie KomPOZ przy wykorzystaniu sił i środków szpitala, w merytorycznie i diagnostycznie trudnych przypadkach oraz w sytuacjach uzasadnionych stanem pacjenta; (2) realizacja świadczeń z zakresu medycyny „jednego dnia” w zakresie każdej dostępnej w szpitalu „specjalistyki”, będącej przedmiotem umowy z płatnikiem. Cel drugi dedykowany szpitala dziennym pozostaje w zupełnej niezależności od zadania specjalistycznego wsparcia KomPOZ w realizowaniu merytorycznie trudnych świadczeń z zakresu AOS, np. próby prowokacyjne czy testy czynnościowe.

Według naszej propozycji, każdy KomPOZ będzie mógł podpisać kilka niezależnych umów (z różnymi szpitalami) na realizowanie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnych trybie szpitala dziennego, pod warunkiem, że zakresy tych umów nie będą się dublowały. Skierowanie na konsultację u lekarza specjalisty w trybie szpitala dziennego może odbyć się w trakcie e-konsultacji, tele-porady, czy rozmowy telefonicznej między lekarzem rodzinnym a lekarzem specjalistą, w oparciu o badanie lekarskie i diagnostykę wstępną, którą lekarz rodzinny w ramach swoich możliwości wykonał. To zatrudniony w szpitalu lekarz specjalista powinien decydować o nadaniu stopnia pilności konsultacji pacjenta. To on powinien decydować, czy konieczne będzie przyjęcie chorego do szpitala dziennego w trybie pilnym, czy też termin konsultacji można będzie odroczyć o na przykład 90 dni (maksymalny termin odroczenia). Co ważne, wszystkie sprawy proceduralne powinny odbywać się bez udziału pacjenta. Pacjent powinien zostać poinformowany przez swojego lekarza rodzinnego wyłącznie o konkluzjach.

W przypadku, kiedy lekarz KomPOZ, badając pacjenta stwierdzi, że jego sytuacja zdrowotna wskazuje na potrzebę szybkiej konsultacji specjalistycznej, a jednocześnie kontakt z lekarzem specjalistą nie będzie możliwy do nawiązania, lekarz KomPOZ winien wpisać chorego do systemu szpitala dziennego, zgłaszając potrzebę konsultacji specjalistycznej w ciągu na przykład 3-5 dni. Osoba przyjmująca ze strony szpitala to zgłoszenie, w porozumieniu z lekarzem specjalistą w konkretnej dziedzinie, poprzez szpital dzienny wyznaczy termin przyjęcia chorego do oddziału dziennego pobytu (wtedy, kiedy specjalista ma zaplanowaną aktywność w szpitalu). Lekarz KomPOZ powinien zwrócić informację, jakie badania powinny zostać wykonane jeszcze przed terminem konsultacji i w jaki sposób chory powinien się do tej konsultacji przygotować – na przykład przygotowanie przewodu pokarmowego przed planowaną kolonoskopią jako jednego z zaplanowanych elementów badania. W umówionym dniu chory zostanie przyjęty do oddziału badań ambulatoryjnych i w ciągu kilku – kilkunastu godzin pobytu wykonane zostaną wszystkie zaplanowane i konieczne dla postawienia rozpoznania badania, włącznie z konsultacją wielospecjalistyczną, jeżeli taka potrzeba się pojawi. Chory z opisem wykonanego świadczenia i zaleceniami do leczenia powróci do KomPOZ. Wszystkie dane dotyczące pobytu chorego w oddziale działań ambulatoryjnych szpitala dziennego powinny zostać udostępnione w IKP. Ponieważ KomPOZ pozostają ze szpitalem powiązane umową i jako konsorcjum tworzą wspólną zadaniowo jednostkę, chory potrzebujący medycznej pomocy i wsparcia konsultacyjnego będzie omijał nadzorowaną przez płatnika kolejkę do lekarza specjalisty. W sytuacji braku możliwości wykonania świadczenia medycznego „u siebie”, powinna pojawić się możliwość skorzystania z placówki publicznej prowadzonej przez inny samorząd, na koszt samorządu miejsca zamieszkania pacjenta.

Żeby oddziałyienne mogły zostać wykorzystane możliwie maksymalnie, jako jedno z dwóch zadań obowiązkowych wskazaliśmy realizację świadczeń w dziedzinie medycyny jednego dnia, w zakresie każdej dostępnej w szpitalu i zakontraktowanej specjalistyki. Pisząc te słowa, nie myślimy tylko o chirurgii „jednego dnia”, ale o wszystkich możliwych procedurach diagnostycznych i drobnych terapeutycznych, które w obszarze jednostki dziennego pobytu mogłyby zostać wykonane, na przykład diagnostyka alergologiczna z odczulaniem, itd. W to miejsce powinny zostać przeniesione ze szpitalnego koszyka świadczeń mało skomplikowane zabiegi operacyjne

u chorych bez wysokiego ryzyka powikłań (zaćma, żylaki, przepukliny, ortopedyczne zabiegi endoskopowe i inne), z ceną znacznie niższą niż ta dotychczasowa, uwzględniająca kilkudniowy pobyt w szpitalu.

Fakt, że podstawą dla funkcjonowania szpitala dziennego z oddziałem działań ambulatoryjnych jest podpisanie umowy o współpracy pomiędzy szpitalem a KomPOZ, oznacza możliwość wprowadzenia nowej jakości sprawowania opieki nad chorym wypisywanym ze szpitala do domu. Po zakończeniu procedury medycznej „jednego dnia” i wypisaniu chorego do domu, lekarz sprawujący opiekę nad chorym w szpitalu informuje lekarza KomPOZ sprawującego opiekę nad chorym w tzw. rejonie, telefonicznie, lub w innej formie komunikacyjnej (w przyszłości zadanie IKP) o fakcie wypisu, przekazuje istotne medyczne informacje, dokumentację medyczną z pobytu, zalecenia pooperacyjne. Lekarz rodzinny zleca pielęgniarkom POZ i pielęgniarkom środowiskowym zatrudnionym w POZ sprawowanie wizyt patronażowych w okresie pooperacyjnym / powypisowym według zasad przedstawionych uprzednio w punkcie dotyczącym organizacji pracy w KomPOZ (1.j.2.), pozostając jednocześnie w kontakcie z lekarzem, który leczył i wypisał chorego ze szpitala. Sprawowanie tego typu opieki nad chorym, wsparte proponowanym przez nas uruchomieniem programu KOS-wypis (koordynowana opieka specjalistyczna nad pacjentem po wypisie ze szpitala sprawowana przez personel KomPOZ wsparty w razie potrzeby właściwym lekarzem specjalistą) może i powinno zostać rozszerzone na wszystkich chorych wypisywanych ze szpitala po różnie długim okresie hospitalizacji.

W szpitalu dziennym, tak jak w każdej innej jednostce medycznej, powinna obowiązywać zasada liczenia kosztów skoordynowanej procedury diagnostyczno-terapeutycznej. W cenie świadczenia powinna zostać uwzględniona określona kwota przekazywana do jednostki KomPOZ, a pozostająca w związku z prowadzoną przez siły POZ opieką pooperacyjną. Premiowanie dodatkami finansowymi lekarzy medycyny rodzinnej, tych skutecznie kierujących chorych do szpitala dziennego oraz pielęgniarek środowiskowych, pielęgniarek POZ uczestniczących w pooperacyjnych wizytach patronażowych będzie możliwe po zakończonej procedurze konsultacyjnej, jako jeden z elementów honorujących działania lekarzy KomPOZ w ramach szeroko rozumianej profilaktyki wtórnej.

6. Szpitale – jednostki kompleksowo zarządzające chorobą

Szpitalne są najważniejszym i jednocześnie najdroższym elementem systemu ochrony zdrowia. Cała obecna organizacja opieki zdrowotnej opiera się właśnie na szpitalnictwie. Wiele lat temu piramida świadczeń medycznych została w swojej organizacji odwrócona i wszystkie kolejne rządy tę nieprawidłową sytuację akceptowały. Nie inaczej jest dzisiaj. Polska wciąż pozostaje wśród europejskich liderów, jeśli chodzi o liczbę łóżek szpitalnych i proporcjonalny udział środków na leczenie szpitalne w całości wydatków na zdrowie. Tę piramidę chcemy odwrócić. Żeby stało się to możliwe, zmiany muszą objąć wszystkie poziomy SOZ, od opieki podstawowej i form jej skoordynowania z ambulatoryjną opieką specjalistyczną, po szpitale. Decyzji o kompleksowości zmian powinno towarzyszyć wyeliminowanie rozproszenia odpowiedzialności za szpitale i wzmocnienia koordynacji zarządzania systemem ochrony zdrowia na poziomie regionalnym. Takiemu celowi służyć postulowane przez nas przejęcie przez samorząd wojewódzki zarządzania regionalną siecią szpitali, co umożliwi, kierując się mapami potrzeb zdrowotnych, podejmowanie decyzji o liczbie szpitali w całym województwie i o strukturze specjalistyki w tych szpitalach. Działania te muszą być zharmonizowane z planowaniem struktury wszystkich innych jednostek SOZ w regionie (POZ, AOS, NPL, Domy Zdrowia, opieka rehabilitacyjna, opieka paliatywna i długoterminowa oraz wiele innych), czemu służyć ma zwiększenie roli regionalnego oddziału NFZ (lub innej instytucji pełniącej rolę „gospodarza systemu”, który powinien dysponować odpowiednimi uprawnieniami zarządczymi i środkami finansowymi na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa na danym terenie. Sieć szpitali musi być uzupełniona siecią Lokalnych Domów Zdrowia prowadzonych przez samorządy powiatowe.

Z kwestią świadczeń medycznych realizowanych przez szpitale wiąże się konieczność uporządkowania i doprecyzowania roli tzw. szpitali specjalnego znaczenia: klinicznych, specjalistycznych instytutów, szpitali pomników, etc., również sposób i zakres ich finansowania. Podobną sytuację mamy w przypadku szpitali resortowych: MSWiA i MON. Szpitale specjalne i resortowe, które będą świadczyć usługi na rzecz obywateli, powinny podlegać tym samym przepisom i w celu realizacji świadczeń medycznych w ramach koszyka świadczeń medycznych być zależne od tych samych struktur zarządczych co szpitale systemowe. Jediną różnicą może być źródło ich finansowania.

Strategiczne i o ogólnokrajowym znaczeniu placówki powinny być finansowane centralnie, np. przez centrale NFZ o zredefiniowanych zadaniach. Instytuty medyczne i szpitale pomniki powinny być finansowane z funduszy Ministerstwa Zdrowia. Ewentualne dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszy wszystkich województw dla Instytutów i Szpitali Pomników, powinny zależeć od liczby mieszkańców województwa leczonych tamże. Trzeba jednak pamiętać, że dopuszczenie do sytuacji, w której za dużo szpitali realizujących świadczenia ze środków publicznych, a należących do grupy specjalnego znaczenia, będzie pozostawało poza nadzorem gospodarza systemu opieki zdrowotnej, nie będzie dobrym rozwiązaniem. W takiej sytuacji zaplanowanie logicznej polityki zdrowotnej dla województwa / regionu może okazać się trudne. Dlatego w dyskusji nad rolą szpitali klinicznych, jedną z opcji do rozważenia powinno być uniezależnienie dyrektorów szpitali klinicznych od władz uczelni medycznych. Organem założycielskim dla uczelni i szpitali klinicznych jest Ministerstwo Zdrowia, więc z organizowaniem konkursów na stanowisko osoby zarządzającej szpitalem klinicznym nie powinno być problemu. Obecnie dyrektor szpitala klinicznego jest wybierany i odwoływany przez Rektora uczelni. Proponowane rozwiązanie wzmocni pozycję zarządczą dyrektora szpitala klinicznego, który będzie mógł wymagać od swoich ordynatorów działania wyłącznie w imieniu i na rzecz szpitala, bez groźby konsekwencji ewentualnych decyzji sprzecznych z interesem Rektora, Rady Uczelni, czy któregoś z kierowników klinik. Zmiana ta powinna również ograniczyć ryzyko potencjalnie możliwego przenoszenia kosztów prowadzenia badań naukowych oraz kosztów dydaktyki na szpitale.

W naszej ocenie ważnym zadaniem gospodarza zarządzającego i finansującego SOZ na obszarze województwa będzie czynny udział w „pozyskiwaniu” porozumień na prowadzenie dydaktyki przez wszystkie podległe gospodarzowi SOZ jednostki (nie tylko szpitale). Trzeba poważnie rozważyć wprowadzenie klauzuli o obowiązku uczestniczenia wszystkich jednostek, których działalność jest finansowana ze środków publicznych, w realizowaniu określonych zadań dydaktycznych w zakresie nauk medycznych. Jeśli uwzględnimy fakt, że obecnie rządzący zapowiedzieli zwiększanie liczby studentów medycyny rozpoczynających studia o 1000 każdego roku przez kolejnych 6 lat, tylko poszerzenie bazy do prowadzenia zajęć przy łóżku pacjenta da szansę na zrealizowanie tego zamiaru z możliwie niewielką stratą dla studentów w zakresie efektów nauczania.

Niezwykle ważne jest też określenie zasad finansowania programów centralnych, na przykład w kardiologii, onkologii, pulmonologii, psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży, leczenia ciężkich urazów i udarów mózgu (w tym trombektomii mechanicznej), chorób zakaźnych, ale również chorób rzadkich. Wymienione dziedziny (poza chorobami „rzadkimi”) należą do grupy głównych przyczyn zgonów w Polsce. Wszystkie powinny być finansowane bezpośrednio z budżetu państwa. Jedynie w przypadku chorób rzadkich źródłem finansowania będą środki gwarantowane w Ustawie o Funduszu medycznym.

Organizator ochrony zdrowia na danym terenie, swoją koncepcję zabezpieczenia gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych będzie starał się oprzeć na jednostkach sektora publicznego. Obecnie publiczny SOZ jest zaniedbany i osłabiony wieloletnim zbyt niskim finansowaniem, fatalną organizacją i brakiem polityki kadrowej. Nie jest więc i nie będzie w stanie samodzielnie zaspokoić wszystkich potrzeb koszykowych wszędzie i w każdym zakresie świadczeń medycznych. W przypadku niewydolności publicznego SOZ w danej dziedzinie medycyny i na określonym obszarze działania, jedyne możliwe wsparcie w zastępstwie publicznego SOZ stanowić może sektor prywatny ochrony zdrowia. Nie ma żadnej przeszkody w tym, żeby jednostki sektora prywatnego mogły pozyskiwać środki publiczne dla wykonania objętych „koszykiem” gwarantowanych świadczeń medycznych zlecanych przez gospodarzy sektora publicznego, ale **pod warunkiem spełnienia zasady kompleksowości świadczonych usług i pełnej integracji opieki medycznej**. Kompleksowość świadczonych usług ma tutaj podwójne znaczenie: **(-) pełen proces diagnostyczno-terapeutyczno-usprawniający i (-) pełen wykaz świadczeń medycznych z danego zakresu**. Przykładem spełnienia pierwszej zasady jest zgoda na wykonywanie wysoko wycenionych procedur z zakresu kardiologii interwencyjnej pod warunkiem realizowania również pakietu świadczeń z zakresu kardiologii, rehabilitacji kardiologicznej oraz opieki patronackiej w ciągu dwóch kolejnych lat. Takie postępowanie jednocześnie jest przykładem zintegrowanej opieki medycznej. Przykładem niespełnienia drugiej zasady jest pozyskanie finansowania na całą ortopedię i traumatologię ruchu, a następnie wykonywanie wyłącznie procedur artroskopii, endoprotezoplastyk czy prostych technicznie i w założeniu niepowikłanych operacji kręgosłupa oraz pozostawienie innym świadczeniodawcom całej reszty świadczeń, wyłącznie z leczeniem powikłań oraz z dyżurami medycznymi. Kolejnym

charakterystycznym przykładem jest okulistyka i ograniczanie się podmiotów leczniczych prywatnych do nielimitowanego operacyjnego leczenia wyłącznie zaćmy i pozostawienie wszystkich pozostałych procedur operacyjnych jednostkom publicznego SOZ. Przykład okulistyki i operacji zaćmy jest znakomity dla przedstawienia problemu poprawy dostępu do jednych świadczeń zdrowotnych z niemal pełną ich komercjalizacją, kosztem dostępu do innych świadczeń medycznych z tego samego zakresu.

ODWRÓCENIE PIRAMIDY ŚWIADCZEŃ I KOSZTÓW



Zasady realizowania świadczeń medycznych w szpitalach

Proponując zmianę organizacji i finansowania SOZ w części opieka szpitalna, wskazujemy na konieczność zmiany filozofii działania systemu przez wprowadzenie nowych założeń jego funkcjonowania. Uważamy, że szpitale, wykonując świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych, muszą zacząć działać wyłącznie w oparciu o zasady zintegrowanej opieki medycznej. Dla każdego problemu chorobowego musi zostać przygotowany program kompleksowego zaopatrzenia: od diagnostyki, przez leczenie, wczesną opiekę pooperacyjną, leczenie usprawniające, follow-up po roku i po dwóch latach, a przez cały ten czas opiekę patronacką. Zintegrowaną opieką medyczną powinniśmy sukcesywnie objąć wszystkie potrzeby wymienione w koszyku świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Autorami programu nie powinni być pracownicy Ministerstwa Zdrowia, a interdyscyplinarne zespoły specjalistów. Zadaniem o kapitalnym znaczeniu

będzie weryfikacja zasadności programu, prawidłowości jego przygotowania i właściwa wycena przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Przykładem programów już działających jest KOSM (diagnostyka i leczenie stwardnienia rozsianego) i KOS-zawał, a w trakcie uruchamiania KOS-BAR (leczenie otyłości). Jako Instytut Strategii 2050 proponujemy przygotowanie i uruchomienie dwóch kolejnych obszernych programów spełniających **zasadę kompleksowości świadczonych usług i pełnej integracji opieki medycznej**. Jednym z proponowanych jest **KOS-Senior**, uwzględniający współpracę KomPOZ z Poradnią Zdrowia Dojrzałego, oddziałami geriatrycznymi, dziennymi oddziałami geriatrycznymi, rehabilitacją poszpitalną i ambulatoryjną w miejscu zamieszkania, wszystko z aktywnym wsparciem jednostek pomocy społecznej. Drugim proponowanym programem jest **KOS-całe serce**. Program powinien obejmować działający już obecnie program KOS-Zawał (teraz dostępny tylko na ograniczonym obszarze Polski), KONS (program koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca – program już przygotowany i uruchomiony jedynie w kilku ośrodkach, KOS-BLOK (do leczenia zaburzeń rytmu), KOS-Zastawka (leczenie wad zastawkowych, KOS-PRESS (diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego opornego i wtórnego). W ten sposób zadaniowo powielimy treści krajowej sieci kardiologicznej, z tą różnicą, że program stanie się dostępny powszechnie, a nie tylko dla Mazowsza i nie będzie projektem pilotażowym.

Równie ważnym problemem do rozwiązania jest właściwy dobór jednostek SOZ, które organizacyjnie i doświadczeniem oraz skutecznością medyczną będą odpowiednie do uruchomienia i kierowania realizacją konkretnego projektu zintegrowanej opieki medycznej. Przykładem jest tutaj onkologia i leczenie chorych onkologicznych. Szczególnie w kwalifikowaniu ośrodków onkologicznych decydujące powinny być doświadczenie operacyjne, liczba wykonanych konkretnych zabiegów w określonym czasie, liczba osób wykonujących te zabiegi, ocena odsetka i przyczyn reoperacji, odsetka i przyczyn zgonów okołoperacyjnych, odsetka i przyczyn readmisji, przyczyn zgonów w okresie pooperacyjnym, zakażeń szpitalnych, zdarzeń niepożądanych, itd. Nie ma takiego prawa, które wymuszałoby na jednostce organizującej opiekę medyczną obowiązek finansowania wszystkich działań medycznych we wszystkich publicznych podmiotach medycznych. Przeciwnie, środki publiczne powinny być kierowane do jednostek gwarantujących skuteczność i bezpieczeństwo wykonanej procedury medycznej oraz wysoką

jakość całej zintegrowanej opieki nad pacjentem. Onkologia jest też przykładem dziedziny medycyny, w której mniej ważne okazuje się kompleksowe realizowanie wszystkich rodzajów i zakresów onkologicznych. W onkologii ważna staje się wąska, ale prowadzona kompleksowo specjalistyka tworząca model zintegrowanej opieki medycznej, np. ośrodki zintegrowanej opieki medycznej nad pacjentkami z rakiem jajnika (Ovarian Cancer Units) i rakiem piersi (Breast Cancer Units)³³. Te ośrodki (11 w Polsce Breast Cancer Unit) są przykładem **organizacji systemu zgodnie z kompetencjami narządowymi**. Chory trafiając do „narządowego unitu” ma tworzoną ścieżkę, którą w określonym porządku podąża. Obecnie w ginekologii powstają kolejne jednostki z zakresu Gynecologic Cancer Units (nowotwory szyjki macicy, trzonu macicy)³⁴. Organizacja jednostek narządowych wykracza poza zakres ginekologii onkologicznej. Powstają jednostki pulmonologiczne, przewodu pokarmowego oraz urologiczne. Tego typu działania powinny być kontynuowane i rozszerzone szeroko poza onkologię. Zadaniem bardzo ważnym z punktu widzenia skuteczności działań onkologicznych, powinna być obowiązkowa akredytacja jednostek patomorfologicznych³⁵.

Zorganizowanie modelu organizacji ochrony zdrowia opartego powszechnie na zasadach zintegrowanej opieki medycznej, a w przypadku zachorowań i procedur wysokospecjalistycznych na jednostkach narządowych, będzie zdecydowanie łatwiejsze, a być może w ogóle możliwe, jeśli wszystkimi jednostkami systemu ochrony zdrowia w województwie będzie zarządzało jedno centrum decyzyjne – Regionalne Centrum Zdrowia.

W ogłoszonych w roku 2016 „Mapach Potrzeb Zdrowotnych” znalazła się rekomendacja udzielania świadczeń w ramach szpitalnych oddziałów wieloprofilowych. Według Polskiej Federacji Szpitali, która zrzesza duży odsetek polskich szpitali, nawet 80% infrastruktury szpitalnej może być wykorzystywana w sposób multidyscyplinarny. Mają na to wskazywać doświadczenia np. holenderskiego systemu ochrony zdrowia. Propozycja tworzenia oddziałów wieloprofilowych brzmi kusząco, szczególnie z punktu widzenia poziomu

³³ Zdrowie kobiet profilaktyka, diagnostyka leczenie chorób nowotworowych, dostęp: <https://www.termedia.pl/mz/Zdrowie-kobiet-profilaktyka-diagnostyka-i-leczenie-chorob-nowotworowych-41834.html>

³⁴ Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia w zakresie ginekologii onkologicznej (we wskazaniach: C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy, C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy, C56 nowotwór złośliwy jajnika), 2019, dostęp: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/089/RPT/WS.4320.2.2020_RAPORT_GIN_aktualizacja_BIP.pdf

³⁵ Obowiązkowa akredytacja w patomorfologii ma pomóc w walce z kiepską jakością badań, dostęp: <https://www.prawo.pl/zdrowie/akredytacja-zakladow-patomorfologii-od-1-stycznia-2021-r,363821.html>

szpitala powiatowego o niskim stopniu referencyjności oraz szpitala sektora prywatnego, które w ten sposób mogłyby skuteczniej wykorzystać posiadane zasoby ludzkie i infrastrukturę szpitalną. Powyższą rekomendację można byłoby przyjąć za aktualną, gdybyśmy mieli pewność, że taki sposób organizacji opieki nad chorym w dalszym ciągu będzie pozwalał na zachowanie zasady kompleksowości świadczonych usług. Gdyby natomiast system wieloprofilowy miał polegać na tym, że zainteresowanie lekarza wykonującego konkretne świadczenie medyczne kończy się na wykonaniu tego świadczenia i/lub na wybieraniu z koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych wyłącznie tych korzystnych finansowo świadczeń medycznych, przestanie być akceptowalnym rozwiązaniem³⁶. Nie rezygnując zatem a priori z propozycji udzielania świadczeń w ramach szpitalnych oddziałów wieloprofilowych, koniecznie trzeba będzie odwołać się w tym przypadku do trwającego rok pilotażu prowadzonego w kilkudziesięciu szpitalach na obszarze całego kraju, w lokalizacjach o różnym nasyceniu możliwymi do wykonania świadczeniami szpitalnymi.

Kończąc część analizy dotyczącą szpitali nie można pominąć benchmarkingu. Podmioty zarządzające systemem muszą prowadzić stały monitoring efektów działania poszczególnych placówek, w tym wyników prowadzonego leczenia. Jedną z propozycji takiego monitoringu jest zasada regularnego badania satysfakcji pacjentów POZ, AOS, KomPOZ, szpitala dzienny, Domów Zdrowia, NPL i szpitali. Taka forma powtarzanego audytu byłaby świadectwem, że proponowany przez nas system nastawiony jest na dobro pacjenta, a nie na dobro pracowników systemu. Pozwalałaby też na identyfikowanie i niwelowanie luk w proponowanej organizacji SOZ. Forma badania satysfakcji nie musi być skomplikowana. Rekomendujemy prosty system oceny: „w skali od 1 do 10, na ile chętnie polecisz ten szpital innym pacjentom?”.

Bardzo ważnym elementem benchmarkingu jest ocena efektów pracy szpitali i pozostałych jednostek SOZ. Wiedza o odsetku zdarzeń niepożądanych, reoperacji, zgonów, readmisji, o wskaźniku wykonywanych badań mikrobiologicznych, monitorowania zakażeń szpitalnych i odsetku tych zakażeń dla każdej jednostki SOZ powinna być powszechnie dostępna. Od razu pojawia się jednak potrzeba zmiany podejścia do interpretacji wymienionych danych. Nie wystarczy wiedzieć, że w konkretnej jednostce SOZ odsetki zdarzeń

³⁶ PFSz występuje o ułatwienie oddziałów wieloprofilowych, dostęp: <https://www.termedia.pl/mz/PFSz-wystepuje-o-ulatwienie-oddzialow-wieloprofilowych,23424.html>

niepożądanych, reoperacji, zgonów, readmisji są bardzo niskie. Te wartości muszą zostać porównane z zasadą kompleksowości świadczeń realizowanych przez daną jednostkę, wykazem odmów ponownych przyjęć do jednostki oraz z rzeczywistym follow-up pacjenta (trwa co najmniej 1 rok i polega na śledzeniu chorego po numerze PESEL).

Zabezpieczenie szpitalne na wypadek epidemii choroby zakaźnej

Na nadejście pandemii wirusa SARS-CoV-2 nie byliśmy przygotowani. Jako państwo, nie dajemy sobie rady z kolejnymi falami zakażenia, wiedząc, że nadejdą. Brakuje zarówno procedur zarządzania w kryzysie, zasobów kadrowych, ale również odpowiedniej infrastruktury. Większość szpitali i przychodni to stare budynki, często kilkudziesięcioletnie. Te, które były budowane niedawno, chociaż do zagrożeń obecnego świata zostały lepiej przygotowane, w czasie pandemii egzaminu również nie zdały. Nie mamy żadnej pewności, czy zaraz po opanowaniu COVID-19 nie pojawi się kolejne zagrożenie. **Dlatego proponujemy, żeby na terenie każdego szpitala organizowane były pomieszczenia przygotowane do pełnienia roli oddziałów zakaźno-izolacyjnych, w sytuacji zaistnienia zagrożenia.** Proponujemy, żeby oddziały te powstawały w systemie kontenerowym posadowionym w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala i połączonym z nim również kontenerową służą. Sprzęt stanowiący wyposażenie kontenerów powinien być zunifikowany, serwisowany, rotowany pół roku przed utratą gwarancji. Dodatkowo Lokalne Domy Zdrowia powinny zapewnić dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej w razie wystąpienia kolejnej epidemii.

Intensywna terapia – wzmocnienie potrzebne od zaraz

Jesteśmy po trzeciej fali pandemii COVID-19. Jako państwo i system ponieśliśmy porażkę. W oddziałach intensywnej terapii i poza nimi, w domach, z powodu COVID-19 i przez Covid-19 zmarły dziesiątki tysięcy osób. Z braku dostępu do jednostek ochrony zdrowia kolejne dziesiątki tysięcy zginą w ciągu najbliższych kilku miesięcy z innych przyczyn niż COVID-19. O jakości i skuteczności systemu ochrony zdrowia świadczy wskaźnik zgonów do uniknięcia. Wartość tego wskaźnika określa zgony naszych współobywateli, do których nie doszłoby, gdyby zastosowane zostały prawidłowe zasady diagnostyczno-terapeutyczne. O ile możemy założyć, że zgony z powodu Covid

w znacznej części mogły nie być do uniknięcia, to śmierci osób, o których Minister Zdrowia Adam Niedzielski tak bezdusznie mówi „nadmiarowe”, w znacznej większości do uniknięcia były. Osoby, które za bezpieczeństwo zdrowotne Polek i Polaków odpowiadają, najpierw nie wyciągnęły żadnych wniosków z obserwowanej w mediach humanitarnej katastrofy, do której wiosną 2020 roku doszło w północnych Włoszech i w Hiszpanii. Potem nie wyciągnęły żadnych wniosków w czasie drugiej fali pandemii, gdy każdego dnia również w Polsce ginęły setki osób. Właśnie odpływa od nas jeszcze tragiczniejsza w skutkach trzecia fala.

Warto tu postawić postulat: „PRZYGOTUJMY SIĘ chociaż NA CZWARTĄ FAŁĘ”

Najsłabszym ogniwem łańcucha przeżycia w zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w Polsce nie jest brak tlenu, respiratorów czy innego sprzętu koniecznego do leczenia chorych w warunkach intensywnej terapii, ale brak kadr medycznych. Nie mamy żadnej rezerwy pośród lekarzy specjalistów anestezjologii intensywnej terapii i pielęgniarek ze specjalizacją lub po kursie z anestezjologii i intensywnej opieki oraz tych bez potwierdzenia kwalifikacji zawodowych, ale z doświadczeniem pracy w Oddziałach Intensywnej Terapii (OIT). Liczba specjalistek i specjalistów jest ograniczona. Przed kolejną falą zakażeń należy prowadzić intensywne szkolenia, nie tylko w Centrum Symulacji Medycznej przy fantomie i urządzeniu, które imituje respirator i warunki intensywnej terapii, ale przede wszystkim przy łóżku chorego. **Szkolenie musi obejmować naukę:** zasad bezpiecznego poruszania się w obszarze OIT, naukę zakładania i zdejmowania środków ochrony osobistej, fizjologicznych podstaw skutecznej tlenoterapii i bezpiecznej wentylacji zastępczej, zasad monitorowania podstawowych funkcji życiowych chorego z wykorzystaniem monitora funkcji życiowych, oraz obsługi sprzętu obecnego na OIT, w tym strzykawek automatycznych, paneli respiratora, urządzenia do terapii nerkozastępczej i innych urządzeń intensywnej terapii.

Szkolenie powinno również obejmować zasady wykonywania rozmaitych procedur pielęgnacyjno-medycznych (np. bezpieczna pielęgnacja chorego, zapobieganie nieoczekiwanemu rozszczelnieniu układu oddechowego chory-respirator, stosowanie systemów zamkniętych do odsysania wydzieliny z drzewa oskrzelowego, nauka bezpiecznego obracania pacjenta intensywnej terapii do pozycji „na brzuchu”). Wszystko oczywiście

w zakresie odpowiednim do funkcji, jaką dana osoba ma pełnić w części OIT. **Po ukończeniu szkolenia lekarze i pielęgniarki powinni posiadać umiejętność zmiany nastawów respiratora, jeżeli takie będzie polecenie pracującego w części OIT lekarza specjalisty anestezjologii intensywnej terapii.** Szkolenie powinno być prowadzone z wykorzystaniem sprzętu, na którym szkolący będą pracowali.

Czwartej fali spodziewać się możemy w miesiącach jesiennych. Mamy więc wystarczająco dużo czasu, żeby w każdym województwie zorganizować przynajmniej **jedną edycję kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego.**

Wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologia i intensywna terapia, również tych z niepełną specjalizacją, którzy aktywnie wykonują swój zawód, jest w Polsce 7092 (dane na dzień 31 marca 2021 roku)³⁷. Ponad 1200 z nich przekroczyło 65 rok życia. Ta liczba lekarzy odpowiada za zapewnienie ciągłości pracy 4000 stanowisk intensywnej terapii i podobnej liczby stanowisk do znieczulenia na salach operacyjnych. Nawet w czasach pokoju to zdecydowanie niewystarczające zasoby kadry medycznej. Statystycznie w Polsce na każde 100.000 mieszkańców przypada 15 lekarzy anestezjologów. Proponujemy zatem uruchomienie szerokiego wsparcia dla trwającej 2 lata specjalizacji szczegółowej o nazwie intensywna terapia, która jest dedykowana lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w 20 specjalizacjach lekarskich, innych niż anestezjologia i intensywna terapia. Każdy lekarz posiadający wymagane koniecznością pracy w oddziale intensywnej terapii umiejętności jest dziś na wagę złota. Tym bardziej, że nie da się wykluczyć wystąpienia w najbliższych latach kolejnych epidemii.

Z intensywną terapią wiąże się jeszcze jeden aktualny problem – zakażenia szpitalne szczepami wieloopornymi. Walka z powikłaniami COVID-19 w postaci nadkażeń bakteryjnych i grzybiczych i stosowanie w leczeniu niemal wyłącznie antybiotyków szerokospektralnych, oraz nadużywanie antybiotyków, głównie z grupy makrolidów, przez lekarzy POZ, popychają nas w bakteriologiczną przepaść. Po pandemii pozostaną z nami oddziały, które z przyczyn ryzyka infekcyjnego będą niebezpiecznymi lokalizacjami dla wymagających prowadzenia technik intensywnej terapii chorych bez COVID-19. I właśnie w takim momencie Ministerstwo Zdrowia podaje, że w ramach

³⁷ Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, dostęp: https://nil.org.pl/uploaded_files/1617881991_zestawienie-nr-04.pdf

„Narodowego programu zdrowia na lata 2021-2025” przewidziana jest rezygnacja z kontynuacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą **„Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2016-2020”³⁸** i powierzenie zadania bliżej nieokreślonym dysponującym zasobami i potencjałem instytutom. Jedynym komentarzem jest ten, że „zadania, które nie były realizowane w latach 2016–2020 albo cieszyły się znikomym zainteresowaniem ze strony instytucji publicznych realizujących NPZ nie zostały uwzględnione w projekcie”³⁹. Czyli zamiast realizować program i wymusić realizowanie tego programu przez innych, niszczyliśmy termometr – nie będziemy wtedy wiedzieli jaka jest gorączka.

Jako eksperci Instytutu Strategii 2050 już dzisiaj apelujemy o ponowne uznanie **„Narodowego programu ochrony antybiotyków na lata 2016-2020”** za wiodący program polityki zdrowotnej w latach 2021-2025 i nadanie jego realizacji najwyższego priorytetu. W przeciwnym razie jest prawdopodobne, że już niedługo przyczyną codziennych zgonów kilkudziesięciu osób będzie nie Covid-19 i jego powikłania, a zakażenia wieloantybiotykoopornymi bakteriami.

³⁸ Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2016-2020, dostęp: <https://www.gov.pl/attachment/a183a4bd-5293-486c-89ff-d07834f69840>

³⁹ Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 -uzasadnienie, dostęp: <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs/3/12341659/12751642/12751643/dokument481981.docx>

7. Wsparcie pracowników ochrony zdrowia

Utrapieniem pracowników medycznych zatrudnionych w SOZ w Polsce jest ogromna i coraz większa ilość dokumentacji medycznej i quasi-medycznej, jaka z powodu obowiązujących przepisów prawa oraz oczekiwań akredytacyjnych musi być generowana i wypełniania. Dużego wysiłku urzędniczego wymaga szczegółowe planowanie i kalkulowanie usług oraz kosztów wewnątrz poszczególnych instytucji, planowanie globalne i szczegółowe wyceny każdej procedury, robione w placówkach oraz na szczeblu płatnika, prowadzenie negocjacji, ustalanie limitów, podziałów i przydziałów oraz zawieranie umów. Do tego dochodzi bardzo skomplikowana sprawozdawczość, odrębna dla potrzeb medycznych i odrębna dla potrzeb rozliczeniowych oraz następnie procedury walki o wypłatę należnych, a niewypłaconych pieniędzy. To wszystko absorbuje czas, wymaga nakładów pracy i paradoksalnie wymaga dużych nakładów finansowych. Wreszcie sposoby stosowania RODO w wielu sytuacjach doprowadzają na szczyty piramidy absurdów i bezdusznego traktowania pacjentów. W konsekwencji personel jest tak przepracowany i ma tak wiele obowiązków administracyjno-biurokratycznych, że nie ma czasu na to, żeby po prostu porozmawiać z pacjentem, który często najbardziej potrzebuje właśnie rozmowy. Wszystko to dzieje się w sytuacji dramatycznego niedoboru kadr medycznych. Właśnie dlatego hasła: „ograniczenie dokumentacji medycznej”, „uproszczenie sprawozdawczości”, „cyfryzacja SOZ”, „dostępność do systemów notujących” są tak ważne. Nie ulega wątpliwości, że żadne zewnętrzne nakazy nie wymuszają potrzebnego zwiększania efektywności i wydajności pracy, na wszystkich poziomach systemowej struktury organizacyjnej. Trzeba usunąć istniejące bariery i trzeba dostarczyć ludziom nowej motywacji do pracy. Konieczne jest rozsądne podejście do problemu wymogów akredytacyjnych, szczególnie dokonanie przeglądu dokumentów, których prowadzenia i wypełniania domaga się obowiązek akredytacyjny albo (może nawet częściowo) nadgorliwość akredytacyjna zarządzających jednostkami ochrony zdrowia.

Bez pilnego rozpoczęcia wielu konkretnych działań organizacyjnych, które usprawniłyby i uprościły pracę LUDZI ZDROWIA, SOZ kadrowo ostatecznie upadnie. Trzeba odciążyć lekarzy i pielęgniarki od wykonywania wielu uciążliwych procedur administracyjnych. Trzeba szereg rutynowych zadań, wykonywanych obecnie przez lekarzy powierzyć sekretarkom medycznym lub asystentom lekarza. Z kolei wiele zadań pielęgniarek mogłoby wykonywać

personel wspomagający (asystenci medyczni, opiekunowie medyczni, opiekunowie osób niepełnosprawnych) oraz specjaliści zdrowia publicznego. Wsparciem dla kadr medycznych zajmujących się leczeniem pacjentów powinna stać się obowiązkowa w każdym szpitalu pomoc socjalno-prawna. Mamy tu na uwadze obowiązek zatrudnienia przez szpitale (1) pracowników socjalnych, których zadaniem powinno być monitorowanie terminów ważnych z punktu widzenia zachowania ubezpieczenia przez pacjenta, przygotowywanie dokumentów dla zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, wniosków o należne zasiłki stałe lub czasowe, poszukiwanie miejsc do opieki długoterminowej, miejsc gdzie można wypisać ze szpitala dziecko, które nie może wrócić do rodziny lub jej nie ma, i inne oraz (2) osób o prawniczym przygotowaniu zawodowym. Obowiązki czasochłonnych prób kontaktowania się z ambasadami, konsulatami, czy konsułami honorowymi oraz działania w kierunku egzekwowania należności za prowadzony proces diagnostyczno-terapeutyczny, ustalanie docelowego miejsca przeniesienia i pokrycia kosztów transportu medycznego to zadanie dla osób zawodowo przygotowanych, a nie dla lekarzy.

8. Na zakończenie

W prezentowanym dokumencie staraliśmy się przedstawić spójną koncepcję generalnej zmiany filozofii organizacji i funkcjonowania jednostek tworzących system ochrony zdrowia. Proponujemy tutaj wykorzystanie rozwiązań prostych, których wprowadzenie stworzy ramy do działania nowej wersji SOZ, spójnej funkcjonalnie i dobrze wpasowanej w, mamy nadzieję, nowe uwarunkowania polityczne, gospodarcze i społeczne. Oceniamy, że cały pakiet proponowanych przez nas działań, przez swoją kompleksowość, mógłby zostać zrealizowany stosunkowo szybko, ale brak szerokiego dostępu do danych i możliwości ich analizowania uniemożliwia rozpisanie szczegółowego planu wdrożenia. Chociaż proponowane przez nas zmiany są rewolucyjne, dynamika ich implementacji będzie ewolucyjna, a kolejne kroki będą prowadzone w oparciu o szczegółowe, wielokierunkowe analizy. Najważniejszym efektem proponowanych rozwiązań ma być szybkie poprawienie jakości opieki dla każdego pacjenta i poprawa dostępności do usług SOZ i bardziej skutecznego leczenia. W dalszej perspektywie oczekujemy poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i zapewnienia wszystkim poczucia bezpieczeństwa. Oczekujemy też wyraźnej poprawy w wykorzystaniu potencjału ludzi zdrowia oraz ekonomicznej efektywności działania SOZ. Obecny system ochrony zdrowia w pierwszej kolejności wymaga usprawnienia i uszczelnienia. Równolegle niezbędne jest istotne zwiększenie finansowania ochrony zdrowia.

Prezentację naszej koncepcji naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce traktujemy jako punkt wyjścia do rozpoczęcia szerokiej dyskusji publicznej, która powinna doprowadzić nie tylko do wybrania możliwie najlepszych rozwiązań, ale także do uzyskania znacznego poparcia społecznego dla niezbędnej reformy systemu ochrony zdrowia. Do skutecznego przeprowadzenia gruntownej reformy SOZ będą potrzebne nie tylko decyzje polityczne, ale przede wszystkim zrozumienie i poparcie społeczeństwa. Będzie to przedmiotem pogłębionego dialogu i działań edukacyjnych.