



# Porady w cenie

Pomimo wzrastającej z roku na rok liczby usług ambulatoryjnych kupowanych przez NFZ zaczynamy odczuwać trudności w dostępie do świadczeń specjalistycznych w poradniach. Przerażają nas tłumy pacjentów i spore kolejki oczekujących. W dzisiejszych czasach, aby szybko dostać się do specjalistów, trzeba ich znać lub skorzystać z wizyty odpłatnej. Opieka ambulatoryjna zyskuje na sile. Renomę podmiotów leczniczych, szczególnie prywatnych, kształtują lekarze AOS.

W przypadku dużych prywatnych placówek położonych w aglomeracjach miejskich przychód z NFZ w ramach AOS stanowi 1/3 wartości przychodów ogółem, a pozostałą część pokrywają pacjenci komercyjni. Niestety niektóre gabinety funkcjonują w schemacie: proste wizyty na NFZ, a drogie badania dodatkowo płatne. Wielu lekarzy coraz częściej decyduje się na porzucenie pracy w szpitalu i przejście do ambula-

Pilnych zmian wymaga także system harmonogramów pracy personelu w zakresie AOS. Konieczność utrzymywania stałego, stabilnego i niedublującego się personelu jest oczywista, ale system poradnictwa wymaga też konsultacji wysoko kwalifikowanych specjalistów. Dlatego powinno się pozwolić na szersze wprowadzenie tzw. porady konsultacyjnej (profesorów, docentów, specjalistów) i na umieszczenie takich porad w harmonogramie pracy, np. raz w miesiącu lub w dowolnym okresie (obwarowanych oczywiście odpowiednim monitoringiem w portalu świadczeniodawcy). Podniosłoby to rangę ambulatoriów i wpłynęło pozytywnie na system doszkalania kadry specjalistów poprzez ściągnięcie kadry zainteresowanej wyłącznie „operatywą” do ambulatoriów.

Kolejny problem, który powinien zostać rozwiązany na styku AOS i lecznictwa szpitalnego, to nie-

„ Opieka ambulatoryjna zyskuje na sile. Renomę podmiotów leczniczych, szczególnie prywatnych, kształtują lekarze AOS ”

toriów. Obecnie standardem staje się doskonale zaopatrzenie sprzętowe poradni. Urządzenia, które jeszcze rok temu były dostępne w nielicznych gabinetach, weszły na stałe do podstawowego wyposażenia.

Niestety wdrożenie jednorodnych grup pacjentów w AOS nie przyniosło spodziewanych efektów. Pomimo wprowadzenia wymogu gabinetu zabiegowego nie przerzucono części drobnych zabiegów ze szpitali do AOS. Co więcej, wyśrubowanie wymogów w jednodniówkach całkowicie zamroziło ten proces. Zabrakło odważnych decyzji i zmian w katalogach. W systemie ambulatoryjnym JGP jest szansa na odciążenie szpitali. Wymaga to gruntownej przebudowy katalogu JGP i otwarcia na możliwość przeniesienia nie tylko drobnych, ale w szczególności średnio ciężkich zabiegów z części szpitalnej do ambulatoryjnej. Podobne rozwiązania zastosowali Niemcy. Zmiany w katalogu ambulatoryjnym w mojej ocenie winny również pójść w kierunku wsparcia porad udzielanych na podstawie diagnostyki wykonywanej na kosztownych aparatach.

logiczne i niepraktyczne wymagania w zakresie „miejsca lub lokalizacji” sprzętu. Do takich sytuacji dochodzi szczególnie na oddziałach klinicznych, gdzie w pomieszczeniach AOS i szpitala oddzielonych ścianą wymaga się zdublowanego sprzętu specjalistycznego, np. w zakresie okulistyki autokeratorefraktometrów.

Od tego roku zmieniły się zasady sprawozdawania kolejek oczekujących do AOS. Monitoring tego procesu został zaostrożony. Wzrasta świadomość pacjentów i stają się oni coraz bardziej roszczeniowi, cenią sobie terminowość przyjęć. Przestają tolerować opóźnienia.

Ogromnym problemem pozostaje bardzo nierównomiernie zabezpieczenie dostępności usług AOS w skali całego kraju. Wynika to po części z nagromadzenia specjalistów w dużych ośrodkach przy rosnącym ich deficycie w mniejszych miejscowościach. Zasadne wydaje się podjęcie działań promujących rozwijanie AOS na obszarach „zapomnianych medycznie”, np. poprzez zwiększenie wartości wyceny punktu. ■