

Skoro jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle

Gliniane nogi kardiologii

Maciej Biardzki

Regularnie, w kilkudniowych odstępach, pojawiają się doniesienia o kolejnych objawach szwankowania systemu ochrony zdrowia. Niektóre dotyczą sfery prawnej, jak umieszczanie zapisów dotyczących kar w umowach umożliwiających wypisywanie leków refundowanych. Niektóre wręcz sfery kryminalnej, jak dramatyczne doniesienia ze szpitala psychiatrycznego w Radomiu. Do napisania poniższego tekstu zainspirowało mnie jednak doniesienie z panelu organizowanego przez Fundację Watch Health Care – „Innowacje w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych – ocena dostępności w Polsce”.

Wnioski z informacji ogłaszanych na seminarium są dość zaskakujące. Stwierdzono, że pomimo znacznej poprawy dostępności kardiologii interwencyjnej efekty leczenia są niezadowalające. Między innymi śmiertelność do 4 lat po zawale przekracza 33 proc. Słusznie zauważano, że jest to efekt braku profilaktyki, niezorganizowania systemowego leczenia rehabilitacyjnego dla pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych (OZW), niedostatecznej liczby poradni kardiologicznych i niskiej wyceny porad.

Eurobłąd

W tym samym czasie opublikowano także szeroko komentowany Europejski Konsumentki Indeks Zdrowia



(*Euro Health Consumer Index*), w którym polski system ochrony zdrowia uznano za jeden z najgorszych w Europie. Pomimo miażdżącej oceny ogólnej dawano jednak Polsce wysokie oceny za niską umieralność w przebiegu OZW, właśnie dzięki stosunkowo dużej dostępności pracowni kardiologii interwencyjnej. Czy w doniesieniach tych są jakieś sprzeczności lub przekłamania? Absolutnie nie. Obecna sytuacja jest po prostu następstwem problemów z finansowaniem całego systemu oraz poszczególnych produktów kontraktowych. Stanowi także konsekwencję nierównomiernego rozłożenia potencjału w różnych dziedzinach medycyny i wewnątrz tych dziedzin. Przyjrzyjmy się zatem kardiologii.

Kardiologia interwencyjna

Zacznijmy od finansowania. Wielokrotnie pisano, że jedną z przyczyn generowania przez system nadmiernych wydatków jest przyjęcie zasady *fee for service*, czyli opłaty za wykonane usługi. Zamiast za efekt leczniczy płacimy za świadczenie. Jeżeli dodamy do tego brak rzetelnych wycen, rezultatem jest zbyt częste przeprowadzanie procedur opłacanych powyżej ich rentowności i rezygnowanie z tych, które wyceniono poniżej kosztów ponoszonych przez podmiot leczniczy. Funduszowym lekarstwem na tę sytuację miało być limitowanie, ale tak naprawdę nie doprowadziło ono do poprawy, lecz jedynie do pogłębienia patologii – powstały monstrualne kolejki do niektórych procedur. Temu znowu próbowano zaradzić kolejnymi pseudolekami, jak tworzenie kolejek oczekujących czy grup wydzielonych, np. w wypadku endoprotezowania.

Kardiologia interwencyjna jest jednym z niewielu beneficjentów tego dziwnego systemu. Nie dość, że procedury zostały wycenione niezwykle korzystnie, to jeszcze grupy obejmujące leczenie ostrych zespołów wieńcowych zwolniono z limitowania. Spowodowało to gwałtowne zwiększenie liczby zabiegów i nowych pracowników (obecnie jest ich niewiele mniej niż lekarzy uprawnionych do samodzielnego wykonywania zabiegów). Tajemnicą poliszynela jest, że całodobowe funkcjonowanie wielu pracowni można zapewnić tylko dzięki temu, że większość specjalistów pracuje w kilku ośrodkach.

Zjawiska te spowodowały z kolei reakcję płatnika, który próbował regulować liczbę pracowni, ustalając – zresztą nieprzestrzegany – limit jednej placówki na 250 tys. ubezpieczonych. Warto zauważyć, że było to jedyne miejsce, w którym próbowano reglamentować w sposób systemowy liczbę świadczeniodawców, co jest regułą w większości rozwiniętych systemów. Próbowano przywrócić limity, choćby dla zabiegów planowych, i obniżyć wycenę świadczeń. Ale granica między zespołami ostrymi a zabiegami planowymi jest tak płynna, że utworzenie standardów rozpoznawania OZW to – prawdę mówiąc – fikcja, a obniżenie wyceny było, delikatnie rzecz ujmując, negocjacyjne i nadal kardiologia

interwencyjna jest jedną z najlepiej finansowanych dziedzin. Gdyby w systemie się przelewało, nie byłoby się nad czym rozwodzić. Wszyscy jednak widzimy, jak bardzo brakuje pieniędzy w innych rodzajach i zakresach świadczeń.

Efektem dobrej wyceny, braku limitów i gęstej sieci pracowni jest łatwy dostęp do leczenia. Czy wszystkie wykonane zabiegi były zasadne? Nie wiem i nie mam zamiaru o tym w tym miejscu dyskutować. Prawdą natomiast jest, że duża liczba chorych leczonych interwencyjnie i wynikający z tego spadek śmiertelności w OZW stały się faktem. Zabrakło jednak późniejszego leczenia i efekty odległe są dalekie od naszych oczekiwań.

„ Jedną z przyczyn nadmiernych wydatków jest przyjęcie zasady *fee for service*, czyli opłaty za wykonane usługi. Kardiologia interwencyjna to jeden z niewielu beneficjentów tego dziwnego systemu ”

Problemy z zapleczem

Na przeciwnym biegunie jest finansowanie ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego w zakresie kardiologii. Poradnie kardiologiczne są finansowane tak samo jak wszystkie pozostałe o profilu niezabiegowym. Nic nie zmieniło wprowadzenie ekwiwalentów JGP w połowie ubiegłego roku. Odrębnie finansowane są jedynie badania UKG i elektrograficzne próby wysiłkowe, pozostałe badania znajdują się w katalogach pozwalających na kwalifikowanie do grup wyższej kategorii. Nie muszę przypominać, że wykonanie badań dodatkowych kwalifikujące do wyższej grupy odbywa się w ramach limitu finansowania, więc kilka wizyt wyższej kategorii w sposób istotny ogranicza dostępność dla innych pacjentów. A rozliczania nie widać, mimo obietnic znacznego zwiększenia finansowania ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego po zmianie systemu. Efektem jest coraz dłuższe oczekiwanie na wizyty, a także ograniczanie takich metod diagnostycznych, jak badanie holterowskie czy elektrofizjologiczne, których kosztu nie pokrywa nawet wyższa wycena porady. Do tego należy dodać przejęcie prawie w całości opieki nad osobami po OZW przez poradnie specjalistyczne zamiast leczenia ich przez lekarzy rodzinnych z niezbędnymi konsultacjami specjalistycznymi. Ponieważ specjaliści utrzymują latami opiekę nad „stałymi” pacjentami, przy

ograniczonych nakładach i zasobach kadrowych lawinowo narastają problemy w obejmowaniu opieką nowych podopiecznych. I tak spirala braku dostępności się nakręca.

Podobnie jest w kwestii rehabilitacji kardiologicznej po OZW. Nie chcę po raz kolejny dyskutować o kwalifikacji, bo nie każdy pacjent po angioplastyce wymaga rehabilitacji, zwłaszcza stacjonarnej. Przy obecnych kryteriach kwalifikowania do PCI wiele zabiegów kardiologii interwencyjnej wykonuje się u pacjentów ze zmianami *minimal change*, bez upośledzenia kurczliwości mięśnia. Tak czy owak, wszyscy pacjenci po zabiegu formalnie mają takie samo prawo do skierowania na leczenie rehabilitacyjne, ale oferta dla nich jest nadal niewystarczająca. Ponieważ rocznie wykonuje się ponad 100 tys. zabiegów PCI, łatwo ocenić, ile osób powinno podlegać rehabilitacji. A przecież jest jeszcze rehabilitacja osób nieleczonych inwazyjnie i z innymi jednostkami chorobowymi, w tym z odległymi następstwami OZW.

„ Obowiązujące w praktyce nastawienie na medycynę naprawczą sprawia, że nie rehabilitujemy osób po wszczepieniu endoprotez, nie potrafimy wcześniej wykrywać chorób nowotworowych ”

Tymczasem liczba zakontraktowanych przez NFZ oddziałów rehabilitacji kardiologicznej i ośrodków dziennych, pomimo wzrostu w ostatnich latach, jest niedostateczna. W roku 2012 na przykład w województwie warmińsko-mazurskim umowy mają 4 oddziały rehabilitacji, ale ani jeden dzienny, w łódzkim – 5 oddziałów (z tego 4 w Łodzi) i 4 ośrodki dzienne (wszystkie w Łodzi), w zachodniopomorskim – 4 oddziały i 2 ośrodki. Nawet na ludnym i posiadającym ponadnormatywną liczbę szpitali Śląsku jest ledwie 5 ośrodków stacjonarnych i 12 dziennych. Dla porównania, w województwie warmińsko-mazurskim jest 8 ośrodków lub oddziałów kardiologicznych, z tego 3 kardiologii inwazyjnej, a w śląskim odpowiednio 28 i 14. To zresztą wskazuje, jak bardzo nierównomiernie rozłożona jest sieć świadczeniodawców.

Drugim problemem są niskie nakłady na rehabilitację, a także cena świadczeń. Według planu finansowe-

go NFZ na rok 2012, przy całkowitych kosztach świadczeń zdrowotnych w wysokości 60,9 mld zł, na wszystkie świadczenia rehabilitacji leczniczej przeznaczono 1,8 mld zł, czyli niespełna 3 proc. funduszy. Dla porównania, na programy terapeutyczne (lekowe) zagwarantowano 1,6 mld zł, a na stomatologię 1,7 mld zł. Nie trzeba przypominać, że najwięcej – jak zawsze – przeznaczono na leczenie szpitalne krótkoterminowe.

Jeżeli z kolei spojrzymy na wycenę zgodną z odpowiednim zarządzaniem prezesa NFZ, to porada w poradni rehabilitacyjnej kosztuje, w zależności od oddziału, od 26 do 30 zł, rehabilitacja w ośrodku dziennym – osobodzień ok. 70 zł, rehabilitacja stacjonarna – osobodzień, w zależności od grupy, 80–200 zł. Przy takich stawkach nie da się rzetelnie przeprowadzić programu rehabilitacyjnego, a szczególnie wyposażyć oddziału i zatrudnić odpowiednio wykwalifikowanych pracowników do wymaganego standardu, bo inwestycja nigdy się nie spłaci.

Jak widać, finansowanie i zorganizowanie kardiologii, tak dobre w wypadku kardiologii interwencyjnej, jest zdecydowanie gorsze w innych jej dziedzinach. Dlatego najbardziej korzystny efekt obecnej sytuacji to wynik finansowy właścicieli pracowni angiograficznych. Korzyści, które uzyskują pacjenci, w okresie wczesnym są duże, ale z czasem zanikają, co potwierdzają doniesienia z konferencji. Przypomina to sytuację ze słynnego skeczu Laskowika, Smolenia i Schubertha, gdy rozmawiając o awarii traktora, zabraniają mówić, że koło się zepsuło. Kultowe „trzy koła dobre” jako ekwiwalent określenia „koło się zepsuło” opisuje przecież tę samą sytuację, „ale jak brzmi”! Niestety, w wielu dziedzinach medycyny, podobnie jak w kardiologii interwencyjnej, mamy trzy koła dobre. Nastawienie na medycynę naprawczą sprawia, że nie rehabilitujemy osób po wszczepieniu endoprotez, nie potrafimy wcześniej wykrywać chorób nowotworowych. Mało tego – jak można przeczytać w innych doniesieniach, nawet nie potrafimy skutecznie monitorować stosowania leków immunosupresyjnych u chorych po przeszczepach. I w ten sposób odnosimy krótkotrwałe zwycięstwa, ale przegrywamy wojny o zdrowie i życie pacjentów. To jest właśnie następstwem sposobu finansowania, w którym płaci się lepiej lub gorzej, ale nie za efekt leczniczy, tylko za wykonane czynności.

Zgubiony klucz do systemu

Do tej pory tylko wrywkowo wspominałem o roli lekarza rodzinnego w leczeniu pacjentów. A przecież to on jest uparcie odpychaną podstawą piramidy kompetencyjnej. To lekarz rodzinny powinien odpowiadać za profilaktykę, a w wypadku choroby niedokrwiennej serca nie tylko za propagowanie zdrowego trybu życia, lecz także wykonywanie okresowych pomiarów ciśnienia i poziomu lipidów we krwi. Być może u osób obciążonych obiektywnymi czynnikami ryzyka i w określonej grupie wiekowej powinien zlecać okresowe testy obciąż-

żeniowie EKG. Zresztą zadaniem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego jest opracowanie kompleksowych zasad profilaktyki realizowanej na tym poziomie. Po wystąpieniu OZW i leczeniu interwencyjnym znowu lekarz rodzinny powinien się opiekować pacjentem. Chorych bez objawów mógłby konsultować raz w roku, jeżeli pojawiłyby się nowe lub nawracające objawy – częściej. Już to zmniejszyłoby liczbę osób niepotrzebnie korzystających z konsultacji specjalistycznych, skróciło kolejki oczekujących i udostępniło poradnie nowym pacjentom. Jeżeli uważamy, że lekarze rodzinni nie są przygotowani do prowadzenia takiej opieki, to na miły Bóg – wprowadźmy obowiązkowe szkolenia.

Po przeprowadzeniu interwencji nie można „wystawiać” pacjenta za drzwi z kartą wypisową oraz zaleceniem dalszego leczenia specjalistycznego i rehabilitacji. Powinny być ściśle określone kryteria kwalifikujące do rehabilitacji i sposobu jej przeprowadzenia. Znowu ukłon w stronę PTK lub krajowych specjalistów w dziedzinach kardiologii i rehabilitacji – trzeba opracować odpowiednie normy dotyczące wydolności wieńcowej, stopnia upośledzenia kurczliwości, zagrożenia arytmią itp. i na tej podstawie schematy obowiązkowej rehabilitacji. Te schematy powinny być wyceńnione przez płatnika, a sfinansowanie ich wykonania – czy to w ośrodku stacjonarnym, czy w ośrodku dziennym – zagwarantowane, skoro leczenie interwencyjne OZW nie podlega limitowaniu. Pewnie trzeba będzie stworzyć kolejne grupy wydzielone i odstąpić w ich wypadku od limitowania. Tylko takie rozwiązanie da pewność, że pacjenci po OZW, którzy takiego leczenia wymagają, otrzymają je bez zbędnego oczekiwania. Zresztą takie zasady rehabilitacji powinny obowiązywać także po incydentach mózgowych czy wszczepianiu endoprotez. Pewnie wymusiłoby to jednak zwiększenie nakładów na rehabilitację, do czego decydentom niespieszno.

Kluczem do rozwiązania problemów jest bowiem kompleksowe podejście do pacjenta. Obecnie wszystkie części systemu działają zupełnie niezależnie od siebie. Każdy stara się wyrwać dla siebie jak najwięcej czynności, które sam wykonuje, nie przejmując się znanymi losami swoich pacjentów – dostarczycieli punktów.

Jakie są tego efekty? W wypadku kardiologii interwencyjnej, naszej „dumy i chwały” w ocenie systemu opieki zdrowotnej, odpowiedź dają wnioski z konferencji Watch Health Care.

Kto zleca, ten płaci

Może rozwiązaniem byłoby przerzucenie odpowiedzialności za wykonanie wszystkich świadczeń zdrowotnych należnych pacjentowi po wystąpieniu określonej jednostki chorobowej na jednego lekarza lub podmiot leczniczy. Tutaj oczywiście kłania się angielski system GP – *fund holdera*, w którym to lekarz rodzinny kieruje na leczenie i niezbędne badania zgodnie z przyjętym



foto: ImageZoo/Corbis

„ Dopóki nie zbudujemy piramidy opartej na podstawie, a nie na wierzchołku, dopóty nic się nie zmieni ”

standardem oraz podejmuje decyzje o finansowaniu tych świadczeń. Takie rozwiązanie pozwoliłoby zapomnieć o limitowaniu, a jednocześnie zapewniłoby dostęp do procedur osobom, które tego wymagają, a ograniczyłoby świadczenia niepotrzebne. Ale na taką rewolucję chyba jeszcze długo poczekamy.

Póki nie zbudujemy piramidy opartej na podstawie, a nie na wierzchołku i nie stworzymy sensownego systemu finansowania ukierunkowanego na kompleksowe zaspokajanie potrzeb pacjenta, a nie na związanym z zasadą *fee for service* mechanizmie realizowania maksymalnej liczby najlepiej płatnych świadczeń, będziemy mieli to, co mamy obecnie. Oczywiście, żeby tego dokonać, musimy w końcu stworzyć odpowiednie standardy i kompleksowo z informatyzować system.

Zanim to się stanie, żeby było weselej, od czasu do czasu prezes NFZ udzieli kolejnego wywiadu, w którym się pożali, jacy nieuczciwi są świadczeniodawcy, którzy wyciągają od płatnika nienależne pieniądze. ■