

Alfabet Jarosława J. Fedorowskiego, czyli rady prezesa Polskiej Federacji Szpitali dla ministra zdrowia

PKP (Polskie Kolejki Pacjentów)

Jak zlikwidować kolejki do lekarzy specjalistów bez zwiększenia ich liczby i ponoszenia dodatkowych kosztów przez system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego?

Kolejki do specjalistów to jeden z najczęściej zgłaszanych problemów ochrony zdrowia w naszym kraju. W mediach pokazywane są różne sytuacje, a zwłaszcza kolejki pacjentów do rejestracji przypominające czasy PRL. Chorzy ze strachem w oczach opowiadają w wywiadach o kilkumiesięcznym okresie oczekiwania na wizytę np. u diabetologa, endokrynologa czy kardiologa. Co ciekawe, większość historii kolejkowych dotyczy specjalistów z dziedzin internistycznych.

Atmosfera kryzysu

Dodatkowo media, często posilując się opinią konsultantów krajowych, wojewódzkich oraz innych autorytetów, kreują atmosferę kryzysu. Najczęściej słyszymy o niedoborze lekarzy w Polsce w porównaniu z innymi krajami UE. Nagminnie przytaczane są nieaktualne dane OECD, które mówią o 220 lekarzach na 100 tys. mieszkańców. Prawdziwy wskaźnik, obliczony na podstawie regularnie aktualizowanego rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej, który wykazuje 121 196 lekarzy medycyny

z ważnym prawem wykonywania zawodu, wynosi jednak 314 lekarzy medycyny na 100 tys. ludności.

W związku z rekordową liczbą specjalizacji lekarskich pacjenci słyszą, że jedynie taki, a nie inny specjalista zapewni im bezpieczne i skuteczne leczenie. Ostatnio modnym tematem jest opieka nad seniorami, a głównym hasłem – oczywiście brak geriatrów. W dyskusji nad kolejkami pojawiają się dwa główne postulaty: zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia oraz zwiększenie liczby lekarzy specjalistów. Moim zdaniem, konieczne są jednak zupełnie inne działania, głównie o charakterze organizacyjnym.

Postawić na interneę

Przede wszystkim konieczne jest utworzenie poradni internistycznych i pediatrycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. To zmniejszy kolejki głównie do lekarzy podspecjalności internistycznych. Należy wreszcie zrozumieć, że większość pacjentów poradni specjalistycznych to osoby z chorobami przewlekłymi

Alfabet Fedorowskiego

Strategie ograniczające kolejki do lekarzy specjalistów

i współlistniejącymi. Szczególnie starsi pacjenci wymagają opieki specjalisty od „wielu chorób” – czyli chorób wewnętrznych. Rola geriatry powinna być inna, ale to temat na osobną publikację.

Największym problemem, dobrze wszystkim znanym, jest brak koordynacji opieki nad takimi pacjentami, niezależnie od ich wieku. Dotyczy to także leczenia szpitalnego. Uznanie kluczowej roli specjalisty z dziedziny chorób wewnętrznych w ambulatoryjnej i szpitalnej opiece medycznej dorosłych nie tylko zmniejszy kolejki do innych specjalistów, lecz także poprawi wyniki leczenia. Są już badania porównawcze, w których udowodniono np., że typowy pacjent ze złamaniem biodra prowadzony przez lekarza internistę szpitalnego (hospitalistę) z konsultacją ortopedyczną uzyskuje lepsze wyniki terapii niż taki sam pacjent prowadzony przez ortopedę z konsultacją internistyczną według uznania. O bardzo niekorzystnym zjawisku degradacji chorób wewnętrznych pisałem na łamach „Menedżera Zdrowia” („Upadek królowej”).

Poradnie

Kolejnym działaniem powinno być usprawnienie organizacji pracy lekarzy w poradniach, które od kilkudziesięciu lat zorganizowane są w tradycyjny i nieefektywny sposób. Lekarz pracuje, bada pacjenta i prowadzi dokumentację w jednym gabinecie. Bo tego wymaga przyzwyczajenie, NFZ i sanepid. To pacjent krąży po gabinetach, w których czekają lekarze. Pacjent jest zapraszany do gabinetu przez lekarza, a w gabinecie najczęściej nie ma innego personelu. Pacjent rozbiera się, lekarz sprawdza dokumentację, często mierzy oznaki życia, przeprowadza wywiad oraz badanie lekarskie. Im starszy jest pacjent, tym dłużej trwają czynności przygotowawczo-administracyjne. Następnie lekarz uzupełnia dokumentację, wypisuje recepty, informuje pacjenta oraz czeka, aż pacjent opuści gabinet. Często trzeba coś posprzątać, więc wtedy jest przerwa techniczna. W poradni AOS każda specjalność ma swoje gabinety. Nasza inspekcja sanitarna i nasz płatnik nie zauważyli, że dokonał się znaczny postęp w zakresie organizacji i ergonomiki pracy, a nawet 80 proc. przestrzeni w placówkach ochrony zdrowia może być wykorzystywane w sposób wielofunkcyjny.

Dlatego też jedną z ważnych strategii ograniczenia kolejek w polskiej ochronie zdrowia jest poprawa efektywności pracy. Pacjent powinien być najpierw przepytany przez pielęgniarki lub asystentów medycznych w pokoju badań wstępnych (*triage*), a następnie wprowadzany przez personel do pokoju badań lekarskich, przygotowywany do badania, dokumentacja powinna być uporządkowana i gotowa do przeglądu przez lekarza. Pokoje badań powinny być wielofunkcyjne, a potrzebny specjalistyczny sprzęt może wjeżdżać na wózkach. Lekarz wchodzi do gabinetu, gdzie znajduje się pacjent przygotowany do badania, wykonuje czynności medyczne, rozmawia z pacjentem, po czym przechodzi do stanowiska dokumentacji medycznej (lub pokoju lekar-

A jak AOS

Radykalnie usprawnić organizację pracy poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

B jak bariery

Przełamać bariery formalne ze strony decydentów, płatnika oraz inspekcji sanitarnej w kwestii reorganizacji i wyposażenia poradni medycznych

C jak cyfryzacja

Wprowadzić receptę elektroniczną i elektroniczną dokumentację medyczną

D jak delegowanie

Scedować znacznie więcej czynności dotychczas wykonywanych przez lekarzy na personel nielekarski

E jak ergonomika

Poprawić ergonomikę pracy lekarzy w poradniach

F jak farmaceuta

Zobligować farmaceutów w aptekach do wydawania pacjentom instrukcji dawkowania leków wynikających z przepisu lekarza

G jak granica

Brać dobry przykład z krajów, w których kolejki do specjalistów nie stanowią problemu

H jak help

Wprowadzić asystentów i techników medycznych

I jak interna

Utworzyć poradnie internistyczne oraz pediatryczne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

J jak jakość

Monitorować i poprawiać jakość, zapobiegając powtórny wizytom z tego samego powodu lub powikłaniami

K jak konsultanci

Zreformować system konsultantów krajowych i wojewódzkich

skiego), gdzie prowadzi dokumentację oraz wypisuje recepty, jeśli są potrzebne. Personel pomocniczy odbiera dokumentację i przekazuje pacjentowi odpowiednie jej elementy. W tym samym czasie lekarz bada pacjenta w innym gabinecie. Zmiana modelu pracy z tradycyjnego na ergonomiczny prowadzi do uwolnienia nawet 30 proc. czasu lekarza, a ponadto eksploatacja i budowa nowych poradni jest znacznie tańsza. Wzrasta także satysfakcja pacjenta, a czas dotychczas spędzany w poczekalni czy przed gabinetem zamienia się w rozłożoną na etapy opiekę medyczną. Dodatkowo lekarz ma nieco więcej czasu na rozmowę z pacjentem.

Podstawowa opieka zdrowotna

Mówiąc o zmniejszeniu kolejek do specjalistów, nie należy oczywiście zapominać o ulepszeniu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Konieczność odsyłania chorego do specjalisty w celu konsultacji procesu diagnostycznego czy leczniczego można ograniczyć administracyjnie i/lub zastąpić nowoczesnymi technologiami, np. telemedycyną. W wypadku procedur profilaktycznych, które mają udowodnioną efektywność

Alfabet Fedorowskiego

L jak leki

Przenieść do aptek sprawdzanie uprawnień pacjentów do leków refundowanych

M jak mentalność

Pokonać bariery mentalnościowe związane ze zmianą organizacji opieki ambulatoryjnej

N jak Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Wzmocnić rolę Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych

O jak organizacje

Włączyć organizacje pozarządowe interesariuszy rynku ochrony zdrowia do reformowania

P jak POZ

Wzmocnić rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

R jak rejestracja

Zorganizować regionalne centra rejestracji i odwotywanie wizyt w AOS

S jak specjalista

Uporządkować nadmierną liczbę specjalizacji lekarskich

Ś jak świąteczny

Przenieść nocną oraz świąteczną opiekę lekarską do szpitali

T jak transkrypcja

Wprowadzić transkrypcję cyfrową lub ucyfrowioną raportów medycznych

U jak ubezpieczenia

Wprowadzić dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne

W jak współpłacenie

Wprowadzić współpłacenie pacjenta

Z jak zdrowie

Wprowadzić funkcję pielęgniarki ds. profilaktyki zdrowotnej

kosztową, konieczne jest finansowanie typu *fee for service*, co przyniesie oszczędności dla systemu, a także skróci kolejki do specjalistów w przyszłości. Ważne jest wzmocnienie roli pielęgniarki środowiskowej albo wręcz utworzenie nowej funkcji – pielęgniarki profilaktyki zdrowia. Konieczne jest jak najszybsze poprawienie komunikacji lekarza POZ z lekarzem AOS.

Całą opiekę nocną i świąteczną należy przenieść do szpitali, gdzie trzeba zorganizować nocne poradnie w ramach obszarów opieki doraźnej, aby pacjent, stając w drzwiach tego, co obecnie nazywamy SOR czy IP, po wstępnej ocenie był kierowany do rejonu opieki nocnej, jeśli ocena wstępna nie wykaże konieczności opieki bardziej zaawansowanej. Wszystkie konsultacje u lekarzy AOS powinny się kończyć tzw. listem referencyjnym przekazywanym drogą elektroniczną lekarzowi POZ. Wprowadzenie listów referencyjnych (powinny działać w obie strony), najlepiej według szablonu i z pomocą transkrypcjonisty lub programu komputerowego rozpoznawania głosu, zapobiegnie powtórnie wykonywaniu badań i konsultacji oraz skróci kolejki do specjalistów. Do AOS należy wprowadzić techników medycznych, np. do samodzielnego lub ewentualnie pod nadzorem wykonywania badań diagnostycznych (spirometria, EKG, badanie holterowskie, EMG, ECHO, USG, próba wysiłkowa itd.).

Następnym elementem wymagającym poprawy jest ograniczenie nadużywania opieki specjalistycznej przez pacjentów oraz opuszczania wcześniej umówionych wizyt bez zawiadomienia. W każdym systemie ochrony zdrowia, także w prywatnej opiece abonamentowej, gdzie pacjent ma gwarantowany pewien koszyk usług, dochodzi do nadużyć ze strony chorych. Nie można bać się o tym pisać, gdyż koszty nieodbywanych, a umówionych wizyt przekładają się na ogół ubezpieczonych, a przy tym pogarsza się dostępność lekarzy. Najprostszym rozwiązaniem, które poprawi także finansowanie systemu, jest wprowadzenie współpłacenia oraz elektronicznej dokumentacji medycznej. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogą się tu okazać bardzo pomocne, gdyż mogą one obejmować pokrycie kosztów współpłacenia. Wprowadzenie regionalnych centrów obsługi klienta dokonujących rejestracji, a także odwołań wizyt u specjalistów AOS (działających w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) również byłoby kosztowo efektywne i niewątpliwie skróciłoby kolejki. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne to kolejny ważny element układanki mającej na celu skrócenie kolejek do specjalistów. Pacjenci ubezpieczeni w tym systemie, obok kilkumilionowej rzeszy korzystających z opieki abonamentowej czy ubezpieczeń prywatnych, z pewnością odblokują kolejki poprzez uzyskanie nowych możliwości dostępu do specjalisty. Uważam, że reformy wymienione tylko w tym jednym akapicie mogą skrócić kolejki do specjalistów nawet o 50 proc.

Bez dodatkowych kosztów

Działania wymienione w niniejszej publikacji nie wymagają nakładów ze strony systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub są niskonakładowe, a zarazem efektywne kosztowo. Część z nich przyczyni się nawet do poprawy finansowania. Wprawdzie może to być dla kogoś niezrozumiałe, ale żadna z postulowanych przeze mnie zmian nie wymaga zwiększenia liczby lekarzy specjalistów, o czym słyszymy i czytamy nagminnie jako o najważniejszym rozwiązaniu problemu kolejek. Idę o zakład, że po gruntownej reformie systemu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zgodnie z podanymi przeze mnie założeniami kolejki znikną. Uważam jednak, że reforma musi być kompleksowa, a nie wycinkowa. Wiele z przedstawionych propozycji wymaga jednak przełamania największej bariery zmian w polskim systemie ochrony zdrowia – mentalnościowej. Koszt jej pokonania musimy jednak ponieść jak najszybciej, inaczej zazwyczaj postulowane zmiany, takie jak zwiększenie liczby lekarzy czy dodatkowe nakłady finansowe, nie przyniosą spodziewanych efektów w postaci poprawy dostępności lekarzy specjalistów, o czym traktuje niniejsza publikacja.

Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali i posiada m.in. specjalizację w zakresie organizacji kompleksowej ochrony zdrowia.