

Na dobre wyniki w organizacji POZ trzeba wspólnie pracować latami

Co nagle, to po diable



Fot. iStockphoto.com 2x

W trakcie marcowej konferencji Top Medical Trends miałem przyjemność moderować panel poświęcony opiece koordynowanej, w którym jednym z prelegentów był dr Helmut Hildebrandt, prezes zarządu OptiMeds AG z Hamburga. W swoim wykładzie pokazał on możliwości opieki koordynowanej i korzyści płynące z jej stosowania z perspektywy kilkunastu lat własnych doświadczeń.

Uciec od doraźności

Dla nas z tej prezentacji wynika kilka nauk. Przede wszystkim nie powinniśmy traktować naszych doświadczeń wypływających z prowadzonych obecnie projektów w sposób doraźny. Nie możemy również oczekiwać sukcesów w zakresie efektywności wydawania środków w perspektywie krótkoterminowej. Całe przedsięwzięcie związane z poprawą zdrowotności populacji pacjentów objętych koordynacją musi się odbywać we współdziałaniu wielu środowisk związanych formalnie i nieformalnie ze zdrowiem publicznym i systemem ochrony zdrowia w ogóle.

Do współpracy powinny być włączone także służby i podmioty podlegające nie tylko resortowi zdrowia. I najważniejsze – konieczne jest podpisanie z podmiotami leczniczymi realizującymi taki projekt długoterminowej umowy na wykonywanie świadczeń, będącej *de facto* inwestycją płatnika w takie przedsięwzięcie, która zwróci się dopiero po latach. W projekcie Gesund Kinzigtal nastąpiło to w ciągu kilkunastu lat,

a pacjenci otrzymali lepszą jakość opieki, której dowodem jest wydłużenie średniego czasu przeżycia o 1,5 roku. Od 2007 do 2017 r. zaoszczędzono dla współpracujących funduszy ubezpieczeniowych 47 mln euro. Współpracujące podmioty medyczne zanotowały 15-procentowy wzrost dochodów. O zadowoleniu uczestników projektu świadczy to, że 98,9 proc. z tych, którzy zgodzili się zdefiniować cele zdrowotne, poleciłoby innym uczestnictwo w tym przedsięwzięciu.

Polski sposób

Nasze doświadczenia we wprowadzaniu opieki koordynowanej do tej pory opierały się na projektach prowadzonych w kilku województwach na przełomie XX i XXI wieku, opartych głównie na zasadzie fundholdingu. Polegała ona na dysponowaniu środkami finansowymi przekazywanymi przez płatnika określonego świadczeniodawcy. Środki te przeznaczano zarówno na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, jak i nabywanie ich u innych świadczeniodawców w celu zaspokojenia

potrzeb zdrowotnych pacjentów zaopatrywanych przez dany podmiot. Założono, że świadczeniodawcy – najczęściej lekarze POZ – lepiej potrafią rozpoznać potrzeby pacjentów i kupić dla nich odpowiednią opiekę w określonym zakresie niż obciążony wieloma innymi obowiązkami płatnik.

Od lipca zeszłego roku realizowany jest pilotaż POZ PLUS, którego fundamentem oprócz obecnie oferowanej opieki podstawowej są działania profilaktyczne, poszerzenie zakresu diagnostyki obecnie dostępnej na poziomie POZ oraz ścisła współpraca ze specjalistami w ramach wcześniej ustalonych ścieżek postępowania terapeutycznego w 11 schorzeniach przewlekłych (programy zarządzania chorobami przewlekłymi). Prawdopodobnie pierwsze analizy realizacji programu, przygotowywane przez NFZ, zostaną przedstawione w najbliższych miesiącach, ale już teraz można zaryzkować pewne wnioski. Na podstawie kilkumiesięcznych doświadczeń firm biorących udział w pilotażu można wskazać pluse i minusy tego przedsięwzięcia. Doraźnie wnioski zostaną skorygowane przez twarde dane wynikające z analiz przeprowadzonych przez narodowego płatnika finansującego projekt, ale już teraz widać, że większe pieniądze przeznaczone na poprawę opieki nad pacjentami procentują wzrostem ich satysfakcji z otrzymywanych świadczeń,

Plusy i minusy

Po stronie plusów niewątpliwie należy zapisać położenie większego nacisku w codziennej działalności POZ na działania prewencyjne, czyli profilaktykę i promocję zdrowia. Przejawia się to głównie w aktywności świadczeniodawcy w zakresie edukacji: wizyty edukacyjne dotyczące zdrowego stylu życia – co 3 miesiące, specjalistyczne wizyty edukacyjne dietetyczne lub psychologiczne – do 3 wizyt przez 3 miesiące po bilansie zdrowia. Można także łączyć profilaktykę w ramach pilotażu z innymi realizowanymi programami, np. z edukacją onkologiczną dotyczącą cytologii, mammografii i kolonoskopii w ramach regionalnych programów finansowanych z funduszy Unii Europejskiej. Lepsza jest także kontrola nad pacjentami z przewlekłymi schorzeniami.

Wynika to z dodatkowego koszyka badań diagnostycznych i możliwości konsultacji specjalistycznych. W ten sposób, podobnie jak we wcześniej wspomnianym systemie fundholdingu, rozszerza się możliwości sprawowania opieki nad pacjentem przez lekarzy POZ i wykorzystania ich szerokich kompetencji bez obecnego ograniczenia, np. finansowaniem tylko części świadczeń przez płatnika.

Konsylium

Współpraca ze specjalistami polegająca na konsultowaniu, a nie *de facto* przejmowaniu terapii przewlekle chorych, stwarza komfort decyzji terapeutycznych

„Przedsięwzięcie związane z poprawą zdrowotności populacji pacjentów objętych koordynacją musi odbywać się we współdziałaniu wielu środowisk”

podejmowanych na zasadzie konsylium. To daje także motywację lekarzom i pacjentom do wdrażania opieki planowej (indywidualny plan postępowania zdrowotnego), ustalania terminów kolejnych wizyt (rejestracja z wyprzedzeniem) i monitorowania *compliance*, czyli wykonania zaplanowanych działań także po stronie pacjenta, np. poprzez kontrolę pacjentów, którzy nie zgłaszają się na zaplanowane wizyty. Niewątpliwym walorem jest także możliwość zatrudnienia koordynatora, który pomaga w organizacji programów profilaktycznych i opieki nad przewlekle chorymi. Za prawdziwy sukces już teraz można uznać obecność dietetyka w programie. Liczba udzielonych porad oraz satysfakcja i zainteresowanie pacjentów poradami tego typu pozytywnie zaskoczyły uczestników pilotażu. Wszystkie wymienione wyżej atuty wiążą się jednak z koniecznością zwiększenia zatrudnienia – nie tylko o dietetyka, psychologa czy koordynatora, ale także dodatkowo lekarza i pielęgniarkę.

„NFZ nie zdążył przygotować narzędzi informatycznych, w tym sprawozdawczych, na pierwsze miesiące trwania pilotażu”

Działania podejmowane podczas wdrażania pilotażu wymagają także dużego zaangażowania organizacyjnego. Biorąc pod uwagę znane problemy kadrowe wynikające z liczby lekarzy i pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej, należy potraktować konieczność zwiększenia zatrudnienia w podmiotach koordynujących świadczenia zdrowotne jako pierwszy bardzo poważny minus w aspekcie powszechnego wprowadzenia opieki koordynowanej w tym modelu w Polsce. Trzeba także pamiętać, że liczba dietetyków jest ograniczona, a koordynatorzy, aby dobrze wywiązywać się ze swoich obowiązków, muszą być przeszkol-



„Można łączyć profilaktykę wykonywaną w ramach pilotażu z innymi realizowanymi programami, np. edukacją onkologiczną”

leni. Trudno sobie bowiem wyobrazić, że taką funkcję będą pełniły osoby przypadkowe.

Tempo

To wszystko wskazuje na potrzebę rozwagi w planowaniu tempa wprowadzania rozbudowanych narzędzi koordynacji do naszego systemu ochrony zdrowia. W tym kontekście, pomimo niewątpliwie dobrego odbioru tych świadczeń przez pacjentów, nie bronią się czasochłonne bilanse zdrowia populacji pomiędzy 20. a 65. rokiem życia z rozbudowanym kwestionariuszem. Dodatkowo wykraczają one poza zakres badań przesiewowych opartych na dowodach naukowych. Zauważalne jest także zjawisko „wąskich gardeł”, wcześniej nieobserwowanych u wykonawców pilotażu. Polega to na znacznym wydłużeniu terminów wykonania zleconych przez lekarzy badań, np. USG, co także jest związane z niemożnością pozyskania nowych kadr. Inne przykłady to niedrożność punktu pobrania krwi, a także zwyczajnie problemy lokalowe, kiedy pojawiają się nowi pracownicy i nowe zadania w „starej” strukturze podmiotu leczniczego.

Chwalona przeze mnie profilaktyka utyka z powodu braku narzędzi do realizacji porad edukacyjnych zarówno w zakresie zasad zdrowego stylu życia, jak i radzenia sobie w chorobie. Podmioty uczestniczące w pilotażu często na własny koszt przygotowują ulotki informacyjne i poradniki dla pacjentów, także na czas po wizycie edukacyjnej – do lektury i lepszego zrozumienia w domu. Nie znikają także stałe bolączki POZ, a wręcz narastają.

e-Medycyna

Pojawia się dodatkowa, czasochłonna sprawozdawczość związana z przekazywaniem zbyt wielu danych do

Narodowego Funduszu Zdrowia. Narodowy płatnik nie zdążył z przygotowaniem narzędzi informatycznych, w tym sprawozdawczych, na pierwsze miesiące trwania pilotażu. Pojawiały się również problemy z rozliczaniem świadczeń pomiędzy NFZ i świadczeniodawcami, co przedstawiciele płatnika tłumaczyli skomplikowaniem procedur związanych z rozliczaniem środków unijnych. Dokuczliwe dla uczestników projektu były także mało drożne kanały informacyjne pomiędzy Centralą NFZ i świadczeniodawcami oraz oddziałami wojewódzkimi, co utrudniało wymianę informacji.

Jasną stroną pilotażu opieki koordynowanej będzie na pewno wzrost rozpoznania czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób przewlekłych. Zmniejszy się także liczba tzw. porad recepturowych, polegających wyłącznie na przepisaniu recepty w celu kontynuacji terapii. Wzrośnie zaangażowanie personelu nielekarskiego w działania edukacyjne i profilaktyczne, co odciąży kadry najwyższej wykwalifikowane od części obowiązków. Może to zwiększyć dostęp pacjentów do kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. To jednak będzie możliwe wyłącznie wtedy, kiedy w sposób zasadniczy zwiększy się liczba tych kadr. W innym przypadku wydłużenie czasu wizyty u lekarza, zauważane w czasie realizacji pilotażu, spowoduje silne napięcia w harmonogramie pracy dotychczas zatrudnionych lekarzy. Odpowiedzialność za „starych” pracowników i zatrudniony dodatkowo personel spoczywa na właścicielu podmiotu leczniczego. Wszelkie zatory płatnicze w ramach umowy pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą stają się ryzykiem dla uczestnika pilotażu. Opóźnienia płatności ze strony NFZ nie pogłębiają zaufania podmiotów medycznych do nowej formy udzielania świadczeń medycznych, szczególnie kiedy obecnie związani umowami z narodowym płatnikiem muszą w związku z opóźnieniami płatności kredytować pilotaż ze swoich środków.

Daleka droga

Wracając do *Gesund Kinzig*tal – widać wyraźnie, jak daleka droga jeszcze przed nami. Na pewno wprowadzanie koordynowanej opieki, wzorem tego projektu, musi dotyczyć nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale angażować społeczności lokalne czy instytucje zajmujące się szerszą działalnością, niezwiązaną bezpośrednio ze zdrowiem, choćby podległe Ministerstwu Edukacji Narodowej czy Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Trudno prorokować i wyciągać zasadnicze wnioski z prowadzonego obecnie pilotażu opieki koordynowanej. Wiadomo jednak, że na świecie – i to całkiem niedaleko – są wzorce, do których można sięgać, aby nie popełniać niepotrzebnych błędów. A najważniejsze – nie grzeszyć nadmiernym pośpiechem we wprowadzaniu zmian w funkcjonowaniu polskiej opieki zdrowotnej.

*Jacek Krajewski
Autor jest prezesem Porozumienia Zielonogórskiego.*