

Czy opieka koordynowana jest OK?

Największa reforma w ochronie zdrowia, czy pułapka finansowa dla POZ-etów? Będą dodawane kolejne ścieżki, czy raczej można się spodziewać podcinania kontraktów? Czy program będzie miał szansę raz na zawsze zmienić obraz ochrony zdrowia w oczach pacjentów, czy zostanie potraktowany jako średnio udany eksperyment? Po dwóch latach od wprowadzenia opieki koordynowanej (OK) próbujemy odpowiedzieć na niektóre z tych pytań.

Justyna Kowalewska

Cel reformy był jasny: umożliwienie pacjentom kompleksowego leczenia w POZ-ecie, prowadzonego przez zaufany personel medyczny i specjalnego koordynatora. Skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów i poszerzenie możliwości diagnostycznych lekarza rodzinnego. Brzmi świetnie. Czy udało się spełnić te cele?

– Moim zdaniem opieka koordynowana i zmiana, która się dokonała w ciągu dwóch lat to największa i najistotniejsza reforma w ochronie zdrowia w ciągu ostatnich trzech dekad – mówi **Filip Pawliczak, sekretarz ORL, lekarz internista konsultujący kardiologicznie**. – To zupełnie inny koncept opieki nad pacjentem. Dotychczas pacjent przychodził do POZ-etów po skierowaniu, by potem ustawić się w gigantycznej kolejce do specjalisty albo wybierał gabinet prywatny, ewentualnie trafiał do szpitala, gdy było już bardzo źle – podkreśla F. Pawliczak. – W opiece koordynowanej lekarz rodzinny dostaje niemal pełnię możliwości diagnostycznych w najbardziej powszechnych chorobach przewlekłych. I co najważniejsze, pacjent jest zaopiekowany w swoim POZ-ecie.

Nie dziwi więc zadowolenie pacjentów. Z raportu fundacji MY PACJENCI przedstawionego 14 października podczas konferencji w Polskiej Agencji Prasowej, wynika, że aż 95 proc. pacjentów objętych tym modelem opieki ma poczucie, że ich potrzeby czy sugestie były uwzględniane na etapie konsultacji z lekarzem. Ponad 90 proc. respondentów stosuje się do jego zaleceń i nie dostrzega potrzeby sięgania po dodatkowe opinie czy konsultacje poza swoją placówką POZ-etową.

Szybciej, lepiej, taniej?

– Z kolei właściciel POZ-etów, który zdecyduje się na opiekę koordynowaną, ma możliwość wejścia we współpracę ze specjalistami, którzy albo udzielają konsultacji na miejscu, albo są podwykonawcami, ale dedykowanymi dla POZ-etów, z którym mają podpisaną umowę – dodaje **F. Pawliczak**. – Oznacza to, że pacjent nie czeka w przyszpitalnym AOS-ie razem

z pacjentami z całego miasta plus pacjentami poszpitalnymi, tylko do swojego POZ-etu, a to oznacza, że kolejka jest znacznie krótsza.

O ile krótsza? – To są widoczne różnice. Jestem praktykiem, dlatego łatwo mi je zauważyć – podkreśla **F. Pawliczak**. – Jeśli zlecam pacjentowi badanie Holtera w opiece koordynowanej, pacjent czeka na badanie dwa-trzy tygodnie. W przyszpitalnym AOS-ie, w którym też pracuję, jest to dwanaście miesięcy. Na wykonanie echa serca w opiece koordynowanej pacjent czeka niecałe 3 tygodnie, natomiast w systemie prawie 13 tygodni.

– Samo wprowadzenie opieki koordynowanej jest pozytywną zmianą. Wielu lekarzy rodzinnych ocenia tę zmianę jako zmianę na lepsze, głównie ze względu na poszerzenie pakietu świadczeń po stronie lekarza – mówi **dr Paweł Lewek, Prezes Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**. – Ponadto opieka koordynowana ma skracać kolejki do lekarzy specjalistów, wydawać by się mogło, że wszyscy powinni na tym wygrać. Po raz pierwszy również opieka koordynowana wprowadza możliwość konsultacji lekarz-lekarz, co może znacznie wpływać na przyspieszenie procesu decyzyjnego.

Dane wskazują także, że opieka koordynowana jest zwyczajnie tańsza, powinna więc być na rękę Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

– Ze względu na wyceny procedur, różnice są widoczne gołym okiem – podkreśla **F. Pawliczak**. – Wspomniane wcześniej badanie Holter EKG w opiece koordynowanej NFZ-etu wycenia na 146 zł, w AOS-ie NFZ płaci średnio 200-220 zł.

37 procent to dużo, czy mało?

Do opieki koordynowanej, w zakresie przynajmniej jednej z pięciu dostępnych ścieżek, przystąpiło 37 procent przychodni POZ-etów w kraju. Tym samym opieka koordynowana obejmuje 48 procent pacjentów – podaje „Rynek Zdrowia” w artykule: *Opieka koordynowana w POZ*. „Pewne opinie na jej temat to powtarzane mity” z 13 października 2024 r. Wydawać by się mogło, że mówimy o sukcesie...

– Zależy, jak na to spojrzeć. Jeżeli zależy nam na faktycznym odciążeniu AOS-ów, to chcielibyśmy żeby opiekę koordynowaną wprowadziło 80, a nawet 90 proc. podmiotów, bo wtedy miałoby to faktycznie wymierny efekt – mówi **P. Lewek**. – W tej chwili jest tak, że dołącza ten, kto chce i ci, którzy się na to zdecydowali, przeważnie są zadowoleni. Nadal to jednak niespełna 40 proc. podmiotów.

Czemu nie wszystkie POZ-ety decydują się na opiekę koordynowaną? Powodów jest kilka.

– Po pierwsze wysoki poziom skomplikowania procedur ofert zgłaszanych do NFZ-et, by wejść do opieki koordynowanej. Po drugie problem stanowią rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia już po rozpoczęciu opieki koordynowanej – wylicza **P. Lewek**. – Między innymi, dlatego na opiekę koordynowaną decydują się przede wszystkim duże podmioty z rozbudowaną siatką menedżerską. Małe podmioty nie chcą też dokładać sobie nowych obowiązków biurokratycznych.

Jeśli nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o...

Program opieki koordynowanej miał poprawić jakość usług dla pacjentów, ale powoduje problemy finansowe dla poradni POZ-etów. Choć jedna trzecia placówek przystąpiła do programu, NFZ w wielu regionach opóźnia wypłaty za nadwykonania, co może prowadzić do utraty płynności finansowej przychodni. W województwach śląskim, podlaskim, małopolskim i łódzkim zaległości sięgają od kilkudziesięciu do kilkuset tysięcy złotych.

Zapytaliśmy łódzki oddział NFZ-etu o opłaty za nadwykonania. – Świadczenia opieki koordynowanej są świadczeniami limitowanymi umową z łódzkim NFZ-etem. Regulujemy je na bieżąco zgodnie z ustawą i zawartymi umowami – mówi **Anna Leder, rzeczniczka prasowa instytucji**. – Łódzki NFZ-et zapłacił 1 mln zł za świadczenia w ramach opieki koordynowanej wykonane ponad limit wynikający z umów za pierwszy kwartał 2024 r.

– Żeby utrzymać opiekę koordynowaną i myśleć o wdrożeniu nowych ścieżek, konieczne jest utrzymanie i rozszerzenie finansowania. Aktualnie jednak obserwujemy pewne zawieszenie związane z problemami finansowymi NFZ-etu – mówi **F. Pawliczak**. – Docierają do nas również niepotwierdzone informacje, że finansowanie dla placówek POZ-et, które nie przystąpiły do opieki koordynowanej, pozostanie bez zmian. Natomiast te, które zdecydowały się na udział w programie, mogą spodziewać się ograniczonych kontraktów na przyszły rok. Takie sygnały nie zachęcają do angażowania się w opiekę koordynowaną, ponieważ oznaczają zmianę zasad w trakcie gry.

– Należy zwrócić uwagę, że placówki POZ-et musiały kupić sprzęt, nadwykonane świadczenia również pokrywają z własnej kieszeni, już sama niepewność, czy pieniądze zostaną wypłacone, w pewnym stopniu podcina nogi opiece koordynowanej – dodaje **P. Lewek**. – Ewentualna utrata płynności finansowej to dodatkowy punkt, który zniechęca do opieki koordynowanej. Może to sprawić, że w przyszłym roku część lekarzy nie podejmie już tego wysiłku.

– Docierają też do nas głosy, że na razie nie widać długofalowych efektów opieki koordynowanej – dodaje **F. Pawliczak**. – Trudno, żeby było je widać po dwóch latach. To nedorzeczne. To, czy zmniejszy się liczba zawałów i udarów, czy wydłuży się życie pacjentów z niewydolnością serca, będziemy mogli ocenić po upływie minimum pięciu lat.

Nie uda się tego stwierdzić, jeśli opieka koordynowana zostanie przerwana.

A jednak sukces?

Tymczasem, jak czytamy w „Rynku Zdrowia”, resort planuje rozszerzenie opieki koordynowanej: Jak przekazał **dyr. Michał Dzięgielewski**, Ministerstwo Zdrowia rozważa plany dotyczące poszerzania rozwiązań opieki koordynowanej w POZ. – Zastanawiamy się nad rozszerzeniem realizacji badań laboratoryjnych, które obecnie są zastrzeżone dla przychodni prowadzących opiekę koordynowaną. Oznaczałoby to, że każdy z podmiotów, który działa w podstawowej opiece zdrowotnej, mógłby je realizować – powiedział. Ścieżka, której wprowadzenie do opieki koordynowanej w POZ-tach rozważa ministerstwo, to leczenie pacjentów z otyłością. Ministerstwo Zdrowia myśli też o ścieżce onkologicznej.

– Przy realizacji ścieżki onkologicznej w POZ-etach konieczne byłoby umożliwienie lekarzom POZ-etów wysyłanie pacjentów na badanie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. – Chcemy, by pacjent prowadzony na ścieżce onkologicznej w POZ-ecie, mógł być leczony na miejscu, a do ośrodka onkologii jeździł po konsultacji ze specjalistą wtedy, gdy dzieje się coś niepokojącego – doprecyzował dyr. **M. Dzięgielewski**.

Ponieważ opieka koordynowana w POZ-ecie się sprawdza, na posiedzeniu parlamentarnego zespołu padły już nawet pytania o to, kiedy taki model opieki stanie się powszechny.

Jak powiedziała **prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw wdrożenia opieki koordynowanej**, kierująca zespołem, który nadzoruje ten proces – trudno określić, kiedy opieka koordynowana obejmie wszystkich pacjentów POZ – czytamy w tym samym artykule.

Co dalej z opieką koordynowaną?

– Moim zdaniem, jeśli opieka koordynowana będzie dalej ewoluować i przyjmie się na stałe, stanie się ważnym elementem opieki zdrowotnej – konkluduje **P. Lewek**.

– Opieka koordynowana musi być kontynuowana – jest przekonany **F. Pawliczak**. – Wprowadza znaczne oszczędności w systemie, znacząco skraca kolejki i bardzo zwiększa zadowolenie pacjentów, którzy wreszcie mają kompleksową opiekę w swojej poradni. Zniszczenie czegoś, co dobrze działa i widocznie się sprawdza, przez problemy z finansowaniem, byłoby ogromną nieodpowiedzialnością.

Justyna Kowalewska

Aktualnie łódzki NFZ-et ma podpisanych 188 umów w ramach opieki koordynowanej (budżet powierzony). Opieką objętych jest 968 tys. pacjentów. Wartość umów z placówkami medycznymi na cały rok 2024 wynosi 50 mln zł. W Łodzi opieką koordynowaną objętych jest 69 proc. pacjentów POZ, w Piotrkowie Trybunalskim aż 86 proc. pacjentów.

Panaceum 11/2024