

Legislacyjna presja ma sens

Apel Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej wpłynął na zmianę przepisów dotyczących opieki koordynowanej w POZ. Ogólnopolski, legislacyjny sukces PORL otwiera faktyczne nowe możliwości dla pacjentów poniżej 18 roku życia i lekarzy specjalistów kardiologii dziecięcej, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, nefrologii dziecięcej, chorób płuc dzieci i pediatrów.

O zmianie w przepisach „Panaceum” rozmawia z Filipem Pawliczakiem, sekretarzem ORL, specjalistą chorób wewnętrznych, kardiologiem w trakcie specjalizacji.

Zmiana, którą udało się wprowadzić w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, dotyczy pacjentów pediatrycznych w opiece koordynowanej. Czy możesz wyjaśnić, co dokładnie zmieniło się w przepisach dla pacjentów i lekarzy?

Opieka koordynowana w POZ to program, który został wprowadzony w październiku ubiegłego roku. Program ten rozszerza koszyk świadczeń gwarantowanych w przychodniach, które do niego przystąpiły. Umożliwia on dodatkowe badania diagnostyczne w kilku ścieżkach specjalistycznych, razem z możliwością konsultacji u specjalisty. To rozwiązanie ma służyć zabezpieczeniu możliwości szybkiego konsultowania pacjentów z najpowszechniej występującymi chorobami przewlekłymi.

Brzmi świetnie.

To prawda, przychodnie, które przystąpiły do programu, mają możliwość zabezpieczenia pacjentów w świadczenia diagnostyczne, profilaktyczne i lecznicze tak, żeby pacjenci byli prowadzeni przez lekarzy rodzinnych w sposób zgodny ze sztuką według najnowszych standardów, ale jeżeli pojawi się jakiś problem diagnostyczny lub terapeutyczny – istnieje możliwość skonsultowania pacjenta z lekarzem specjalistą w danej dziedzinie. Dodatkowo lekarz ten nie musi być zakontraktowany tak, jak w AOS, może to być prywatna praktyka lekarska, która ma podpisane umowy z różnymi przychodniami.

To wszystko wygląda na przemyślany program, w czym więc problem?

W lipcu tego roku NFZ przyjął rekomendację zespołu zajmującego się wdrażaniem opieki koordynowanej i pochwalił się medialnie, że program obejmie także populację pediatryczną.

Domyślam się, że nie jest to rozwiązanie, które da się wprowadzić tylko „na papierze”?

Problem w tym, że w obowiązującym ówczesnie rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ nie wymieniono żadnego lekarza, który swoją specjalizacją obejmowałby opiekę nad pacjentem pediatrycznym. W dokumencie znaleźli się wyłącznie lekarze specjalności typowo dorosłych lub lekarze interniści mający pięcioletnie doświadczenie na oddziale o określonej wąskiej specjalności.

Można więc powiedzieć, że NFZ obiecał coś, na co nie było podstawy prawnej.

Co więcej, lekarze specjaliści specjalności dorosłych zostali w ten sposób postawieni przed faktem zajmowania się pacjentami pediatrycznymi. A tego nie obejmuje na przykład ich ubezpieczenie. Problem dotyczy też wykonywania szczegółowych badań, np. echokardiografii, ponieważ normy u dzieci i dorosłych znacząco się różnią.

Czyli przychodzi dziecko do lekarza i...?

Gdy przychodzi do mnie dwunastoletni pacjent z nadciśnieniem tętniczym, to wykonanie mu badań diagnostycznych i prowadzenie go różni się znacząco od prowadzenia pacjenta dorosłego zarówno w zakresie patofizjologii choroby, jak i schematu diagnostyczno-leczniczego.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi już 7 lipca wystosowało apel do ministra zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o określenie szczegółowych wymogów realizacji świadczeń z zakresu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej dla pacjentów poniżej 18 roku życia. Warto dodać, że był to jedyny tego typu głos na arenie ogólnopolskiej. Apel ten został także przesłany do wiadomości wszystkich konsultantów krajowych w dziedzinach objętych opieką koordynowaną i pokrewnych dziedzin pediatrycznych, które w opinii PORL powinny zostać nią objęte.

Krótko mówiąc, chodziło o to, żeby dostosować przepisy do zaproponowanych zmian w taki sposób, żeby rozporządzenie ministra objęło również lekarzy specjalistów dziedzin pediatrycznych.

Pierwsza odpowiedź na apel nie była satysfakcjonująca...

Pierwsza odpowiedź NFZ była nie tyle odpowiedzią na apel, a przesłanym stanowiskiem konsultant krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej, która jednocześnie pełni funkcję pełnomocnika ministra zdrowia do spraw wdrażania opieki koordynowanej w POZ. Profesor Agnieszka Mastalerz-Migas zasugerowała w nim, że lekarze specjalności dorosłych często mają również specjalizacje dziecięce... Wyjaśniła także, że konsultujący

lekarze specjaliści nie są zobligowani do przystępowania do opieki nad dziećmi i mogą tego odmówić, co nie powinno jednocześnie ograniczać dostępu pacjentom pediatrycznym do badań diagnostycznych przewidzianych konkretną ścieżką opieki koordynowanej u prowadzącego lekarza POZ. Odpowiedź w dużej mierze dotyczyła technicznych aspektów rozliczenia świadczenia, ale zupełnie, merytorycznie nie rozwiązywała naświetlanego przez nas problemu.

Nie odpuściliście?

Zaczekaliśmy na rozwój wydarzeń. Druga odpowiedź ze strony NFZ trafiła do nas w listopadzie i zawierała już konkretną informację o tym, jaka jest podstawa prawna zmian, które obowiązywały rzekomo od 1 lipca. Problem w tym, że ta podstawa prawna zmieniała się 9 października, a obowiązywała od 1 listopada...

Najważniejsze, że przepis udało się zmienić.

Od momentu zmiany rozporządzenia wcześniej wspomnianym dwunastoletnim pacjentem z nadciśnieniem może się zająć specjalista kardiologii dziecięcej lub pediatra z pięcioletnim doświadczeniem na oddziale kardiologii dziecięcej. I to jest najważniejsza zmiana.

Pamiętam z posiedzeń Prezydium, jak uparcie forsowałeś projekt apelu w tej sprawie. Myślę więc, że oprócz niewątpliwego sukcesu PORL, możemy też mówić o twoim sukcesie.

Aktualnie obowiązujące rozporządzenie ministra zdrowia jest spełnieniem wszystkich naszych postulatów. W dokumencie wymieniono specjalistów wszystkich dziedzin pediatrycznych, które my wymieniliśmy w korespondencji z konsultantami krajowymi.

Czyli teraz POZ mogą współpracować z większą grupą lekarzy specjalistów.

Dokładnie tak. To ważne również z punktu widzenia lekarzy, którzy mogą podejmować dodatkową pracę nie tylko w AOS, szpitalu czy prywatnej praktyce. Ponadto możliwość skonsultowania pacjentów przyspieszy ich diagnozowanie, zbliży pacjenta do lekarza rodzinnego i skróci kolejki w AOS.

Czujesz satysfakcję?

Ogromną, głównie dlatego, że od kiedy zacząłem działać w Okręgowej Izbie Lekarskiej, najchętniej zajmuję się właśnie zagadnieniami dotyczącymi legislacji. To ważne, jeśli apele Prezydium i Okręgowej Rady Lekarskiej zostają wysłuchane. Po to jesteśmy.

Rozmawiała Justyna Kowalewska

Panaceum 12/2023