

Optymalizacja systemu nie jest równoznaczna z optymalizacją leczenia

Bezpieczeństwo wylane z kąpielą

4 lipca ukazał się projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Stanowi on swoiste preludium do zmian, jakie od dawna zapowiada płątnik, polegających głównie na przeniesieniu do finansowania w ramach opieki otwartej części procedur i zabiegów wykonywanych dotychczas w lecznictwie szpitalnym.

O ile nie dziwi kierunek zmian, od dawna bowiem eksperci wskazują na konieczność zwiększenia kompetencji opieki otwartej, a tym samym poprawy dostępności diagnostyki i poradnictwa, o tyle niektóre z proponowanych rozwiązań budzą wątpliwości. Szczególnie te, które dotyczą wykonywania zabiegów związanych z ryzykiem, wymagających zapewnienia właściwych warunków sprzętowych, lokalowych oraz w razie konieczności szybkiego dostępu do zasobów szpitala.

Co jest nie tak

Niejednego terapeutę zastanawia umieszczenie wśród zabiegów wykonywanych ambulatoryjnie drenażu jamy

opłucnowej czy nakłucia otrzewnej – punkcji odbarczającej.

Na liście znajdują się również zabiegi chirurgiczne, takie jak przeszczepienie ujścia przewodu ślinowego czy zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela.

Zrozumiała jest intencja płątnika, aby za udzielenie świadczeń, które mogą być wykonane w warunkach ambulatoryjnych, zapłacić mniej niż dotychczas w szpitalu. Ale bezpieczeństwo pacjenta powinno być najważniejszym kryterium przy podejmowaniu decyzji, jakie to będą świadczenia. Oczywiście NFZ pozostawia sobie wentyl bezpieczeństwa, zrzucając odpowiedzialność za chorego na lekarza. Jeśli bowiem ten, zgodnie z koszykiem

świadczeń, wykona zabieg ambulatoryjnie i spowoduje uszczerbek na zdrowiu pacjenta, to poniesie konsekwencje.

Warto przy tej okazji wspomnieć, że zgodnie z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 277 poz. 1634 z późn. zm.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Medycyna ludowa i orientalna

Zgodnie z § 3 ust. 3 rozporządzenia ministra zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140 poz. 1143 z późn. zm.) świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

Rozwinięcie tego postanowienia znalazło się w zarządzeniu prezesa NFZ 72/2011/DSOZ (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Paragraf 11 ust. 1 zarządzenia stanowi, iż „przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny”.

Wkręcanie świadczeniodawcy

Wskazanie przez ministra zdrowia czy NFZ konieczności udzielania świadczenia w warunkach ambulatoryjnych nie zwalnia świadczeniodawcy z cytowanego obowiązku. Zważywszy ponadto, że za decyzję o kwalifikacji chorego do określonego rodzaju świadczenia odpowiada lekarz – okazuje się, że w konsekwencji to zawsze on będzie ostatnim ogniwem łańcucha w poszukiwaniu winnego ewentualnej krzywdy, jakiej dozna pacjent.

Z punktu widzenia prawa regulacja wydaje się niejasna i daje dużą możliwość interpretacji w wypadku łącznego czytania przepisów. Nie wolno jednak zapominać o jej konsekwencjach, szczególnie w aspekcie poprawy lub pogorszenia zdrowotności populacji. Jest bowiem różnica pomiędzy działaniem regulatora mającym na celu oszczędności a działaniem mającym na celu optymalizację. Istnieje poważne zagrożenie, że w tym wypadku dojdzie do pogorszenia kompleksowości, a co za tym idzie – bezpieczeństwa pacjentów. Spowodowane to będzie literalnym dostosowaniem się świadczeniodawców do zapisów regulacji NFZ w obawie przed karami finansowymi ze strony płatnika.

Umywam ręce

Z jednej strony świadczeniodawca obawia się skutków kontroli NFZ, a z drugiej lekarz narażony jest na sankcje za działanie zgodnie z zaleceniami płatnika. Jeśli zgodzimy się z tezą, że terapeuta jest podstawą udzielania świadczeń, może się okazać, że znajduje się on w bardzo trudnej sytuacji. Czy postępować według zaleceń płatnika i narażać się na sankcje? Czy może postąpić według wiedzy medycznej, wytycznych i zaleceń – i narażać się na to, że za wykonaną pracę płatnik odmówi wynagrodzenia? Stawianie lekarzy przed takimi dylematami powoduje niechęć do pracy w placówce mającej umowę z NFZ. Wszak koszula bliższa ciału i sytuacja finansowa szpitala, któremu zależy na kontrakcie z NFZ, może nie być wystarczającym argumentem dla lekarza, by nie narażać siebie i pacjentów.

„ Niejednego terapeutę zastanawia umieszczenie wśród zabiegów wykonywanych ambulatoryjnie drenażu jamy opłucnowej czy nakłucia otrzewnej – punkcji odbarczającej ”

A swoją drogą, czy ubezpieczony nie zada sobie lub płatnikowi pytania, dlaczego za jego pieniądze funduje mu się świadczenie, które nie spełnia warunków bezpieczeństwa.

Chcąc dokonać optymalizacji i racjonalizacji wydatkowania pieniędzy na leczenie, należało wyłonić grupę świadczeń (głównie diagnostycznych) i skierować ich realizację do opieki otwartej z jednoczesnym znaczącym zwiększeniem finansowania. Powszechnie bowiem wiadomo, że duża część hospitalizacji zachowawczych poświęcona jest głównie diagnostyce obrazowej i laboratoryjnej, rozliczanej w ramach jednorodnych grup pacjentów. Jeśli przyjmiemy, że średnia wartość takiego pobytu w szpitalu wynosi 1600 zł, to proponując świadczeniodawcom wykonanie tych badań ambulatoryjnie, należy wycenić poradę na jedną trzecią tej kwoty. Wówczas taka działalność okaże się opłacalna dla świadczeniodawcy i będzie stanowić optymalizację wydatków. Zmiana taka powinna jednak dotyczyć świadczeń diagnostycznych oraz zabiegowych, których wykonywanie ambulatoryjne jest bezwzględnie bezpieczne.

Rafał Janiszewski