

ŚNIEŻNA KULA



Fot. istockphoto.com

Sytuacja epidemiczna w kraju spowodowała, że lecznice ograniczyły, a niektóre wręcz zaprzęstały udzielania świadczeń zdrowotnych. Ogromna grupa chorych oczekujących w kolejkach na planowe leczenie nie może, a często nie chce korzystać ze świadczeń. Co z nimi? I co to oznacza dla systemu w ogóle?

Od początku wystąpienia zachorowań na COVID-19 pojawiały się komunikaty, rekomendacje i stanowiska różnych środowisk zalecające ograniczenie udzielania świadczeń do minimum. W wielu zakresach wygaszono działalność już na podstawie rekomendacji towarzystw i konsultantów medycznych. Jedną z pierwszych takich dziedzin była rehabilitacja. Krajowa Izba Fizjoterapeutów stosunkowo wcześniej nawoływała do wstrzymania udzielania świadczeń lub ich ograniczenia wyłącznie do przypadków niezbędnych z punktu widzenia stanu klinicznego pacjenta. W ślad za tym pojawiły się podobne rekomendacje dla stomatologów. Około 15 marca Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował rekomendacje dla świadczeniodawców, w których zaleca ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym harmonogramem postępowania leczniczego. Płatnik wskazał nawet rodzaje świadczeń, których udzielanie powinno być ograniczone:

- diagnostyka oraz zabiegi diagnostyczne, lecznicze i operacyjne,
- rehabilitacja lecznicza,

- świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stomatologii, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- badania diagnostyczne wykonywane ambulatoryjnie, takie jak: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, gastroskopia, kolonoskopia, USG, oraz badania profilaktyczne,
- szczepienia.

Komunikat brzmi jednoznacznie i został stosunkowo szybko przyjęty przez lecznice, a w niektórych przypadkach stał się powodem zupełnego zaprzestania udzielania świadczeń.

W kolejnym komunikacie, z 21 marca, płatnik wydał zalecenia dotyczące zasad realizacji planowych zabiegów, rekomendując stopniowe ograniczanie przyjęć, a od 30 marca 2020 r. wstrzymanie przyjęć pacjentów na operacje wykonywane planowo. W szczególności ma to dotyczyć:

- endoprotezoplastyki dużych stawów,
- dużych zabiegów korekcyjnych kręgosłupa,
- zabiegów naczyniowych na aorcie brzusznej i piersiowej,

- pomostowania naczyń wieńcowych,
- nefrektomii,
- histerektomii.

Choć NFZ zastrzegł, że decyzja o odroczeniu terminu zabiegu powinna być podejmowana indywidualnie w odniesieniu do każdego pacjenta, to w zasadzie placówki nie dostrzegły w tym konieczności udzielania świadczeń. Wręcz przeciwnie.

Mleko się rozlało

Bezskutecznie niektórzy eksperci nawoływali do niepodejmowania radykalnych działań zmierzających do wygaszenia działalności. Wiele podmiotów po opublikowaniu komunikatu i rekomendacji zawiesiło działalność. Zdarzało się nawet, że niektórzy wojewodowie wydawali nakazy zaprzestania przyjęć planowych i zabiegów chirurgicznych.

Należy podkreślić, że świadczeniodawcy opierali się na komunikatach NFZ, towarzystw naukowych oraz różnych organizacji i instytucji. Stan prawny, z uwzględnieniem ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, bynajmniej nie dawał podstaw do zaprzestania udzielania świadczeń.

Rozumiem, że sytuacja jest szczególna. Jestem w stanie przyjąć, że czasem szybkie działanie wymaga skróconej komunikacji pomiędzy zarządzającym systemem a świadczeniodawcami. Tak, zarządzającym systemem, czyli ministrem zdrowia. To z resortu powinny płynąć jedyne wiążące akty prawne, komunikaty i zalecenia. Wówczas unika się niepotrzebnych nieporozumień i chaosu. Jeśli z uwagi na sytuację epidemiologiczną minister zdrowia postanowi ograniczyć dostęp do świadczeń, to ma do tego stosowne instrumenty prawne. Realizatorami jego decyzji i zaleceń stają się płatnik i świadczeniodawcy.

Nie trzeba było długo czekać na komunikat „wyjaśniający”. Narodowy Fundusz Zdrowia 24 marca przypomina świadczeniodawcom z zakresu POZ i AOS o obowiązku realizacji świadczeń, a w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych przeszkód powiadomienia o tym płatnika oraz podjęcia działań mających na celu przywrócenie ciągłości realizacji umowy. W komunikacie czytamy, że „niedopuszczalne jest bezpodstawne całkowite zamykanie miejsc udzielania świadczeń, a tym samym pozbawianie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”.

Jednak na to było już za późno. Mleko się rozlało, a wiele poradni specjalistycznych ograniczyło lub zupełnie zaprzestało udzielania świadczeń.

Dodatkowo powstało zamieszanie dotyczące możliwości realizacji teleporad. Prezes NFZ w mediach zapewnił, że możliwe jest realizowanie świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych (bez

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ZASTRZEĞŁ,

ŻE DECYZJA O ODROCZENIU TERMINU

ZABIEGU POWINNA BYĆ PODEJMOWANA

INDYWIDUALNIE W ODNIESIENIU

DO KAŻDEGO PACJENTA, ALE PLACÓWKI

NIE DOSTRZEĞŁY W TYM KONIECZNOŚCI

UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

osobistej wizyty pacjenta). Później w komunikacie wskazał zarządzenie z grudnia 2019 r. umożliwiające rozliczanie teleporady tylko w określonych sytuacjach i w przypadku wybranych specjalności i świadczeń. Wiele podmiotów, nie zważając na szczegóły zarządzenia Prezesa NFZ, udziela świadczeń bez osobistej wizyty chorego (wpisując w dokumentacji medycznej informację o teleporadzie), ale to zbyt mało, aby zapewnić ciągłość leczenia, a tym bardziej możliwość zapotrzenia pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy.

Problem dostępności placówek narasta wraz z narastaniem kłopotów lecznicze ze zdobywaniem środków ochrony osobistej. Kosztujące dotychczas poniżej 1 zł maseczki chirurgiczne osiagają niebotyczne ceny na rynku. Zupełnie bez kontroli państwa pojawiają się oferty 5 zł, a nawet 8 zł za jedną maseczkę jednorazową. W dodatku najczęściej nie są one dostępne od ręki, a oferenci wymagają 50 proc. przedpłaty. Napotkałem nawet takie oferty rozsyłane przez jeden z urzędów wojewódzkich. Dziwi mnie to, bo ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 daje ministrowi zdrowia możliwość powstrzymania tego procederu – rekwirowania towaru, nakazania przedsiębiorcy wykonywania określonych zadań związanych ze zwalczaniem epidemii.

Pytania, pytania, pytania

Efekt jest taki, że lecznice wydają majątek na maseczki, przyłbice, kombinezony i rękawiczki, nie mając realnej możliwości bieżącego zrefundowania wydatku. Co prawda organy prowadzące oraz wojewodowie na bieżąco monitorują sytuację, ale w ślad za tym nie idą odpowiednie środki finansowe.

Pomimo starań i zwiększenia wydatków na ten cel lecznice często nie są w stanie zapewnić odpowiedniej ochrony pracownikom i pacjentom. W tej sytuacji to logiczne, że ograniczają udzielanie świadczeń do niezbędnego minimum. To logiczne, że w ślad za ich działaniami pojawiają się jednoznaczne rekomendacje ministra zdrowia, a płatnik stara się ulżyć świadczeniodawcom,

**WYGASZENIE LUB ZUPEŁNE WSTRZYMANIE
REALIZACJI ŚWIADCZEŃ POWODUJE,
ŻE OGROMNA LICZBA CHORYCH
NIE OTRZYMUJE BIEŻĄCEGO LECZENIA**

zmieniając sposób przekazywania pieniędzy, liberalizując sprawozdawczość i luzując niektóre reguły. Dobry ruch.

Ograniczenia w realizacji świadczeń dotyczą m.in. programów lekowych. Tu obok problemów z dostępem do porad, oddziałów szpitalnych oraz diagnostyki pojawia się dodatkowy kłopot – zaopatrywanie chorych w leki. Minister zdrowia wydaje komunikat, w którym wskazuje, że apteka szpitalna ma obowiązek dostarczyć leki stosowane w programie lekowym do miejsca zamieszkania pacjenta. Rozumiem, że zasadę tę resort wyprowadził z ustawy Prawo farmaceutyczne, która pośród zadań apteki szpitalnej wymienia zaopatrywanie w produkty lecznicze pacjentów objętych tymi świadczeniami. Zapis ustawy nie wskazuje na obowiązek dystrybucji czy świadczenia usług poza podmiotem leczniczym. Trudno nawet powiedzieć, że zapis jest nieprecyzyjny, bo przepisy należy czytać łącznie. Jeśli zatem nadrzędną zasadą jest, że lek wydaje pacjentowi farmaceuta, to w przypadku apteki szpitalnej czynność ta wykonywana jest na miejscu.

I znów jestem gotowy rozumieć potrzebę chwili, nadzwyczajną okoliczność, w której dla bezpieczeństwa chorych (często obciążonych, a co za tym idzie – z grup szczególnego ryzyka) leki należy dostarczyć do domu. Konieczne jest jednak wskazanie owej szczególnej procedury, która odpowie na pytania:

- kto ma dostarczyć i jakie ma spełnić wymagania (choćby dobrej praktyki transportu),
- co z systemem ZSMOPL, który monitoruje obrót, a co za tym idzie – kto będzie osobą wydającą pacjentowi lek,
- kto ma finansować usługę dostarczenia leku do domu i jak ma być ona rozliczana.

A jeśli jesienią zwiększy się zachorowalność na grypę?

Oczywiście pytań może być dużo więcej, choć w prostej rekomendacji regulatora można było uniknąć tych najtrudniejszych. Efektem są praktyki wysyłania leków kurierem, udział firm farmaceutycznych w dystrybucji leków albo wstrzymanie realizacji programów lekowych. To ostatnie stanowi w mojej ocenie największą szkodę. Dla chorych oznacza zagrożenie pogorszenia się stanu zdrowia, niejednokrotnie nieodwracalne. Gdyby jednak połączyć finansowanie swego „ryczałtu transportowego” z teleporadą związaną z kontynuacją leczenia w programie lekowym, to pacjenci mogliby konty-

nuować terapię. Niestety tak się nie stało i coraz częściej słyszę o wstrzymywaniu realizacji programów lekowych. Niektóre z nich są skojarzone z rehabilitacją, stanowiącą warunek finansowania leczenia. Tu znów jest problem, bo rehabilitacja została w zasadzie zatrzymana.

Nie bez znaczenia jest również stworzenie sieci szpitali zakaźnych, które dotychczas udzielały świadczeń w wielu zakresach i rodzajach. Chorzy objęci leczeniem w tych lecznicach oraz chorzy czekający na udzielenie świadczeń nie wyparowali. Oni szukają możliwości uzyskania leczenia w innych podmiotach, a te inne ograniczyły działalność. Tu należy się uklon w stronę oddziałów NFZ, które usilnie czynią starania, aby koordynować przekazanie pacjentów do innych ośrodków. Nie zmienia to jednak faktu, że „moce wytwórcze” spadły wszędzie.

Mamy zatem sytuację, w której wygaszona lub zupełnie wstrzymana realizacja świadczeń powoduje, że ogromna liczba chorych nie otrzymuje bieżącego leczenia. Ich stan zdrowia będzie się pogarszał. Nie można też zapominać, że pojawiają się nowe zachorowania, czyli bieżące potrzeby zdrowotne. Ta śnieżna kula toczy się w kierunku późnego lata lub wczesnej jesieni, kiedy to (miejmy nadzieję) uporamy się z epidemią. Wówczas trzeba się będzie zmierzyć z ogromną liczbą chorych oczekujących na odroczone leczenie oraz bieżącymi potrzebami pacjentów. Niewykluczone też, że swoista średnia kategorii „pilny – stabilny” mocno przechyli się w stronę „pilny”, a wielu pacjentów będzie wymagało nagłego zaopatrzenia. Może się okazać, że odsunięcie terapii zwiększy liczbę chorych obciążonych, wymagających droższego leczenia. Trafi to na świadczeniodawców okaleczonych walką z koronawirusem, zdrenowanych finansowo przez szmalcowników sprzedających maseczki po 5 zł i zmęczonych organizacyjnie. Czy podołają? Myślę, że tak, bo nasza ochrona zdrowia nie ma nic wspólnego z systemem regulatora oprócz wiecznej walki o pieniądze. Tylko ich brak może spowodować, że tocząca się śnieżna kula rozbije się i zasypie lecznice ogromem zadań niemożliwych do wykonania. Znów będą działania na miarę możliwości. Na miarę posiadanych pieniędzy i personelu medycznego. Nikt na razie nie zapewnił, że po uporaniu się z epidemią pieniędzy będzie więcej. Miejmy nadzieję, że rząd ma na to pomysł.

Na koniec jeszcze jedna obawa. Czy będzie pomysł na to, jak poradzić sobie z tą śnieżną kulą, jeśli jesienią powróci do nas zwiększona liczba zachorowań na grypę? Jak wielką będziemy mieli grupę chorych obciążonych, nieleczonych od kilku miesięcy, o których trzeba się szczególnie zatroszczyć (to będzie wówczas grupa zwiększonego ryzyka).

Sądzę, że obecnie nie ma nic bardziej priorytetowego niż zabezpieczenie personelu medycznego i pacjentów w środki ochrony, procedury, właściwe wsparcie finansowe. Trzeba to zrobić tak skutecznie, aby nasze lecznice nie bały się leczyć.

Rafał Janiszewski