Dziennik Bałtycki
19.01.24 nr: 15 (24 073) str. 8 nakład: 11753 egz.

JUŻ 13 MILIONÓW POLAKÓW KORZYSTA Z OPIEKI KOORDYNOWANEJ

– Program opieki koordynowanej miał od początku dwie zalety. Był po pierwsze programem ponadpolitycznym, a po drugie odpowiadał na ewidentne potrzeby zdrowotne pacjentów – twierdzi dr Andrzej Zapaśnik, wiceprzewodniczący Pomorskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia i główny autor tego modelu

Jolanta Gromadzka-Anzelewicz

Przez wiele lat pokutowała opinia, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest od wypisywania skierowań do specjalistów. Wystawia pan dużo takich skierowań?
Zdecydowanie mniej niż przed laty. Kiedyś, by wykonać pacjentowi na przykład TK klatki piersiowej musiałem go odesłać do specjalisty, bo tylko on miał prawo to zrobić. Teraz lekarz POZ też może zlecić takie badanie, jeżeli zauważy na zdjęciu rentgenowskim zmiany w badanym obszarze. To tylko przykład. Pakiet badań diagnostycznych, z których mogą korzystać lekarze rodzinni stał się, na mocy ministerialnych rozporządzeń, o wiele szerszy.

To znaczy?
W ramach tzw. budżetu powierzonego lekarz rodzinny może teraz zlecić pacjentowi również takie badania laboratoryjne, jak np. poziom przeciwciał przeciwtarczycowych - stosowane w diagnostyce choroby Hashimoto, oraz choroby Gravesa-Basedowa), albuminurię - to badanie wykonywane m.in. w cukrzycy, dla oceny występowania nefropatii cukrzycowej oraz badania stosowane dla diagnostyki i monitorowania niewydolności serca, czy poziom ferrytyny, witaminy B12 i kwasu foliowego, czyli badania pomocne m.in. przy rozpoznawaniu przyczyny niedokrwistości. Mamy „narzędzia" diagnostyczne niezbędne przy rozpoznawaniu chorób reumatycznych czy aktywnego zakażenia bakterią Helicobacter pylori. Bardzo przydatny w codziennej praktyce jest też szybki test CRP do stosowania w diagnostyce pediatrycznej, dla oceny, czy doszło do infekcji bakteryjnej czy wirusowej. Z innych badań m.in. echo serca, próbę wysiłkową, holter EKG, holter ciśnieniowy, a także USG dopplerowskie tętnic szyjnych i kończyn dolnych czy biopsję tarczycy. Nie musimy każdego pacjenta kierować do poradni hepatologicznej, bo dzięki badaniu poziomu przeciwciał anty HCV mamy możliwość zdiagnozowania, czy to jest wirusowe zapalenie wątroby typu B czy typu C. Umożliwia to kompleksową opiekę nad pacjentem w wybranych problemach zdrowotnych i poszerza możliwości diagnostyczne dla wszystkich pacjentów.

Według Głównego Urzędu Statystycznego najwięcej, bo aż 97, 7 proc. porad udzielały w ub. roku przychodnie POZ. Wzrosty zanotowały zarówno placówki w miastach - o 5 proc., jak i na wsiach - o 2,8 proc. Wprawdzie większość pacjentów marzy, by leczyć się u specjalisty, a tak naprawdę, gdy zdrowie szwankuje, to pomocy szukają oni przede wszystkim w pobliskiej przychodni, u lekarza rodzinnego. I coraz częściej - pod jego opieką pozostają. Nie tylko dlatego, że lekarz rodzinny ma teraz szersze kompetencje.
Być może doceniają też, że w przychodni lepsze są relacje na linii lekarz - pacjent. Wielu lekarzy zna swoich pacjentów, a często również ich rodziny, od wielu lat. Podczas wizyty w lekarskim gabinecie rozmawiają nie tylko o chorobach i metodach leczenia, ale także o codziennych problemach, i w ogóle o życiu, a nawet o polityce. Ta dodatkowa wiedza pozwala nam jeszcze lepiej prowadzić szczególnie pacjentów w starszym wieku chorujących przewlekle. Dzięki wprowadzeniu opieki koordynowanej lekarze POZ mogą w pełni wykorzystywać swoją wiedzę i umiejętności zdobyte w trakcie studiów oraz doświadczenie zdobyte w trakcie codziennej praktyki.

FOT. ARCH. BALTIMED

Dr Andrzej Zapaśnik o roli koordynatorów opieki: - Koordynator przede wszystkim pilnuje, żeby te zalecenia, które wydał lekarz, były przez pacjenta zrealizowane

BaltiMed był jedną z pierwszych przychodni w Polsce, która zaoferowała pacjentom tę formę opieki? Jak to wszystko się zaczęło?
W 2013 r. wraz z zespołem pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego opracowałem koncepcję koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, uprzedzając prace nad podobnym zagadnieniem prowadzone w tym samym czasie w Ministerstwie Zdrowia. Przygotowania do pilotażu tego projektu zainicjował doktor z Pomorza Tadeusz Jędrzejczyk. Najpierw jako dyrektor Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie jako prezes NFZ. Bo to w czasie rządów poprzedniej koalicji PO-PSL podjęto decyzję o potrzebie wdrażania opieki koordynowanej. To prezes Jędrzejczyk podpisał umowę z zespołem Banku Światowego na przygotowanie modelu POZ Plus. I jego zasługą było to, że on przekonał wszystkich, że to NFZ ma robić, a nie Ministerstwo Zdrowia. A ostatniego dnia swego urzędowania minister Sławomir Neumann podpisał się pod decyzją przekazania tych środków na pilotaż z Ministerstwa Zdrowia do NFZ-u. Oczywiście, należy zaznaczyć, że mimo zmiany ekipy rządzącej program został utrzymany i kierunek - w stronę koordynacji - się nie zmienił. Wspierał go mocno pierwszy minister zdrowia w rządach PiS, czyli Konstanty Radziwiłł, który jasno określił, że jest zainteresowany modelem dedykowanym małym podmiotom - praktykom lekarzy rodzinnych.
Program opieki koordynowanej miał dwie zalety. Był po pierwsze programem ponad politycznym i odpowiadał na ewidentne potrzeby zdrowotne pacjentów. Gdy okazało się, że jestem jako ekspert Banku Światowego odpowiedzialny za przygotowanie modelu dla małych praktyk, zwróciłem się o pomoc do lekarzy rodzinnych zrzeszonych w Federacji Porozumienie Zielonogórskie. I Federacja PZ się wtedy w to zaangażowała. Stworzyła własny zespół ekspertów. Przygotowywaliśmy wspólnie założenia modelu opieki, później zjeździłem prawie całą Polskę, konsultując jego założenia.

A potem testowały go przychodnie?
Pilotaż POZ Plus trwał od 1 lipca 2018 r. do 30 września 2021 r. i obejmował całą Polskę, ale tylko wybrane przychodnie, zwykle po dwie, trzy z danego województwa. Miał on za zadanie sprawdzić, czy POZ Plus pomoże rozwiązać takie problemy polskiej ochrony zdrowia jak leżąca na obu łopatkach profilaktyka, poczucie zagubienia się pacjentów w systemie ochrony zdrowia, fragmentaryzacja opieki - poszczególne placówki odpowiadały tylko za część procesu leczenia, brak koordynatorów, którzy czuwaliby nad jego całością, trudny dostęp do badań diagnostycznych oraz do specjalistów dziedzinowych.
No a potem był taki okres gorszej współpracy z NFZ, bo o ile Fundusz przyjął właściwie bez żadnych modyfikacji model opieki nad chorymi przewlekle, który myśmy wypracowali, to starał się nam narzucić własne rozwiązania w zakresie profilaktyki w postaci bilansów zdrowia bardzo czasochłonnych, które w ogóle nie były z nami konsultowane. I to tak naprawdę położyło pilotaż. Tym sposobem my, jako środowisko, które stworzyło model opieki nad chorymi przewlekle staliśmy się krytykami tego pilotażu. Doszło do paradoksalnej sytuacji, w której model opracowany z myślą o praktykach lekarskich, małych poradniach, był w pilotażu testowany przez duże podmioty

A pacjenci coś zyskali?
W ramach pilotażu POZ Plus pacjenci biorący w nim udział korzystali dodatkowo z okresowych badań profilaktycznych, edukacji, pomocy koordynatorów, dodatkowych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistów oraz fizjoterapii. I byli bardzo zadowoleni.

I co było dalej?
W połowie 2019 roku, czyli w czasie, gdy pilotaż jeszcze trwał, pan minister Radziwiłł nie tylko wybrał ten model dla lekarzy rodzinnych, ale jeszcze zlecił napisanie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Opieka koordynowana miała być gotowa do realizacji z terminem uruchomienia od pierwszego października 2020 roku. Termin ten trzeba było jednak jeszcze ustawowo przesunąć ze względu na pandemię.

NFZ zaoferował na opiekę koordynowaną przyzwoite stawki?
To też była zasługa naszych negocjatorów, bo to nasi negocjatorzy wynegocjowali atrakcyjne warunki finansowania tego modelu opieki koordynowanej dla małych praktyk. Gdybym miał wskazywać osoby najbardziej zasłużone ze środowiska świadczeniodawców w ostatnich dwóch, trzech latach, to na pewno są to: prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowa z medycyny rodzinnej, Tomasz Zieliński, wiceprzewodniczący ministerialnego zespołu i przedstawiciel FPZ jednocześnie i Paweł Żuk. Nie tylko przygotowali oni rekomendacje dla Ministerstwa Zdrowia i NFZ ale też - we trójkę - pilnowali, by w aktach wykonawczych, w rozporządzeniu ministra zdrowia i zarządzeniu prezesa NFZ znalazły się zapisy zgodne z reko-

mendacjami zespołu. Tylko współpraca urzędników i decydentów z praktykami, chociaż nie zawsze łatwa, daje szansę na sukces. To jest taka moja wielka satysfakcja.

Jak najprościej wytłumaczyć Czytelnikowi, na czym polega opieka koordynowana?
Z tego rodzaju opieki może skorzystać każdy pacjent z chorobą przewlekłą z zakresu chorób płuc - w tym z astmą na tle alergicznym, schorzeń kardiologicznych, chorób nerek, chorób tarczycy - zarówno niedoczynności, jak i nadczynności oraz cukrzycy, zarówno zaawansowanej, jak i stanów przedcukrzycowych. Lekarz rodzinny zleca takiemu pacjentowi potrzebne badania i samodzielnie go prowadzi, w razie potrzeby konsultując go z lekarzem specjalistą. Zachęca go do badań profilaktycznych, zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, odchudzania itp. Jednym słowem obejmie swoich pacjentów tzw. opieką koordynowaną. W trakcie wizyty kompleksowej pacjent otrzymuje indywidualny plan opieki opieki z wyznaczonymi wizytami kontrolnymi i badaniami, które powinien wykonać przed kolejną wizytą. Ważne jest to, że prowadzi nie pojedynczy lekarz, a zespół: lekarz, pielęgniarka i koordynator opieki. Ten ostatni odgrywa bardzo ważną rolę.

Jaką?
Koordynator przede wszystkim pilnuje, żeby te zalecenia, które wydał lekarz, były przez pacjenta zrealizowane. Jeżeli lekarz powie „Proszę do mnie przyjść za pół roku i wykonać w międzyczasie badania laboratoryjne, holter ciśnieniowy albo konsultacje kardiologiczne", to koordynator go na to wszystko umówi. Czyli jeżeli dzisiaj mamy styczeń, a pacjent ma się do mnie zgłosić w lipcu, to po wyjściu z mego gabinetu od razu idzie do rejestracji. Rejestracja go na ten lipiec rejestruje na konkretną poradę, a wcześniej rejestruje na zlecone badania, konsultacje czy edukację, a koordynator później pilnuje, aby pacjent rzeczywiście tam wszędzie był. Jeżeli pacjent przyszedłby do mnie bez tych badań, to znaczy, że koordynator tego nie dopatrzył.

Kolejna rzecz, która jest bardzo ważna, to jest edukacja, o której pan właśnie wspomniał.
Potrzeby edukacyjne pacjentów są przeogromne.
Bardzo dużo wysiłku kosztuje nas uruchomienie porad edukacyjnych dla tych chorych przewlekle przeprowadzanych przez pielęgniarki. One też muszą się tego i nauczyć i być zmotywowanymi, by to robić. Bardzo wielu pacjentów w ogóle nie ma pojęcia o swojej chorobie, o lekach, które przyjmuje ani o zachowaniach prozdrowotnych. Jak więc mają się kontrolować? To jest po prostu studnia niewiedzy. Najważniejszy jest przekaz bezpośredni. Kiedy pielęgniarka tłumaczy pacjentowi, jak ma postępować i jak działają przyjmowane przez niego leki, to może on zadać jej pytanie, jeśli czegoś nie zrozumie. Poza tym ci pacjenci często więcej mówią pielęgniarkom niż lekarzom. Przy lekarzach się krępują, wstydzą braku wiedzy albo po prostu czegoś nie rozumieją.

Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, informuje, że umowy z NFZ na opiekę koordynowaną podpisało już 2 tysiące podmiotów, a korzysta z niej 13 mln polskich pacjentów...
Wprowadzenie opieki koordynowanej w konkretnej przychodni jest dobrowolne. Przychodnie od 1 października 2022 roku występują do oddziałów wojewódzkich NFZ z wnioskiem o rozszerzenie umowy o usługi związane z opieką koordynowaną. Oddział wojewódzki NFZ sprawdza wnioski i podpisuje aneksy do umów. Wówczas konkretne placówki POZ poszerzają swoją ofertę dla pacjentów.
Z opieki koordynowanej wszyscy są zadowoleni. Pacjenci ją chwalą. Personel medyczny POZ-u także jest bardzo zadowolony. Wprawdzie ma więcej zajęć, ale widzi efekty swojej pracy. No i płatnik jest też zadowolony, bo model reformy POZ odniósł sukces. Myślę, że dlatego, iż nie był nam narzucony z góry przez urzędników, tylko powstał na bazie doświadczeń nas lekarzy, czyli praktyków.

Zdaniem prezesa Federacji PZ Jacka Krajewskiego konieczna jest liberalizacja przepisów dotyczących refundacji leków, bo lekarze czują się jak na polu minowym.
To prawda - pociąganie lekarzy do odpowiedzialności za ewentualne błędy w refundacji, której zasady są bardzo skomplikowane i które nie powinny w ogóle obchodzić lekarza, jest absurdalne. Tym bardziej, że jesteśmy później zobowiązani do zwrotu całości kwoty refundacji, co jest już kuriozalne.

Prezes Krajewski postuluje też zniesienie skierowań do okulistów.
W pełni się z tym postulatem zgadzam. My możemy leczyć zapalenie spojówek, ale wszystkie inne problemy okulistyczne pacjenta powinien załatwiać okulista.

Pacjenci skarżą się, że także do lekarza rodzinnego trudno się często dostać....
W naszej przychodni wygląda to tak, że nawet jak nie mamy wolnych miejsc, to wpisujemy pacjentów na listy awaryjne i staramy się ich przyjąć najszybciej, jak się da. W większości przypadków udaje się nam to jeszcze tego samego dnia, jeżeli jest jakiś istotny problem zdrowotny. Pytamy o to pacjentów już na poziomie rejestracji, ponadto pacjent jest też konsultowany przez pielęgniarki, które są w stałym kontakcie z lekarzem. Nie jest to jednak standard, wszystko zależy od tego, ilu pacjentów przypada na jednego lekarza w danej przychodni. Lekarz POZ nie powinien mieć więcej niż półtora tysiąca pacjentów na swojej liście, a często ma ich ponad dwa tysiące. Wówczas robi się problem, bo on sobie sam nie poradzi ze wszystkimi osobami, które wymagają porady w stosunkowo nieodległym terminie.

Co rusz wraca pomysł, by nocną i świąteczną opieką medyczną obarczyć lekarzy rodzinnych...
Zdaję sobie sprawę, że są naciski, żeby odciążyć szpitalne SOR-y i żeby ta nocna opieka była też zadaniem POZ.
W obecnej sytuacji nie jest to możliwe. Nie wiem, czy pani redaktor pamięta, ale niejako w odpowiedzi na ten postulat powstała Federacja Porozumienie Zielonogórskie. Potem wymyślono pewien sposób funkcjonowania tej opieki nocnej jako odrębnego zadanie dla przychodni. Kto chciał i miał ku temu możliwości, to ją organizował, a kto nie miał, to jej nie uruchamiał. Niewątpliwie nocna i świąteczna opieka to temat trudny i kontrowersyjny.

Zajmie się pan nim?
Przyznam, że po 10 latach które poświęciłem na stworzenie opieki koordynowanej w Polsce, uznałem, że swoje zadanie wykonałem. Zapowiedziałem już kolegom na poziomie federacji, że zmieniam profil swojej aktywności i nie będę się już angażował w działania jako ekspert Federacji. Oczywiście, na poziomie regionalnym pełnię funkcję wiceprzewodniczącego Pomorskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia, ale przede wszystkim jestem i chcę być lekarzem. ©℗