

Większe wykorzystanie medycyny laboratoryjnej w POZ. Te zmiany potrzebne są już dziś

„Potrzebujemy zmian, które powinny zaczynać się u podstaw polskiego systemu opieki zdrowotnej. By móc w pełni wykorzystać potencjał medycyny laboratoryjnej w Polsce, przede wszystkim lekarze POZ-u powinni mieć możliwość zlecenia większej ilości badań profilaktycznych, a także bilansów stanu zdrowia. Konieczne jest większe zaangażowanie w działania profilaktyczne lekarzy medycyny pracy, a nawet personelu medycznego niższego szczebla” – mówi Jarosław Wyligąła, prezes Stowarzyszenia MedTech Polska. Rozmawiamy o zmianach, które w polskim systemie zdrowia powinny być wprowadzone jak najszybciej – i dla dobra pacjentów, i dla kondycji budżetu państwa.

Dlaczego medycyna laboratoryjna powinna być priorytetem w systemie zdrowia i to właśnie na pełne wykorzystanie jej potencjału medycyny warto dziś postawić?

Wyniki badań laboratoryjnych, czyli informacja diagnostyczna, jako pierwsze dają ogólny obraz stanu zdrowia. Od wykonania podstawowych badań powinno się zawsze zaczynać proces diagnostyczny. Dopiero potem przychodzi czas na dalsze postępowanie, zlecenie ukierunkowanych testów zgodnie z rozpoznaniem lekarza. Taka formuła jest nie tylko najbardziej efektywna, ale i najtańsza. Niestety w Polsce nadal wykonuje się za mało badań podstawowych. W ostatnich latach jest wprawdzie pewien postęp, ale to nadal nie jest wystarczające. W innych krajach europejskich określa się 7-9 parametrów z jednego pobrania krwi u pacjenta. Są kraje, w których ta liczba sięga kilkunastu parametrów. W Polsce zaś średnio to zaledwie trzy.

Co należałoby zrobić, by w pełni wykorzystać ten potencjał?

W tym obszarze sporo już się dzieje. Mamy projekt medycyny skoordynowanej w POZ-ach. Od 1 lipca 2022 obowiązuje nowa stawka kapitacyjna dotycząca lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, która wynosi 191,88 zł. Mamy dla lekarzy poza stawką kapitacyjną również dodatkowy budżet powierzony. Są programy, gdzie nagradza się lekarzy za zwiększoną ilość osób zgłoszonych do programu „Profilaktyka 40 Plus”. (modyfikacje zgodnie z zarządzeniem z 13 grudnia 2022 dotyczyły m.in. przedłużenia naliczania Świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza POZ, do 31 grudnia 2023 r., współczynnika korygującego związanego z poziomem zgłaszalności do programu „Profilaktyka 40 Plus” – przyp. red.). Zmiany wchodzi w życie, ale niestety bardzo powoli. Wystarczy spojrzeć choćby na wspomniany program „Profilaktyka Plus”. Z 20 milionów Polaków, którzy mogliby się przebadzać, korzystając z programu, zrobiło to jedynie 1,5 miliona. To jest bardzo mały odsetek. Myślę, że w społeczeństwie, nie tylko wśród pacjentów, ale także w środowisku medycznym, funkcjonuje utarte przekonanie, według którego medycyna laboratoryjna to coś luksusowego, a więc kosztownego. Tymczasem jest akurat odwrotnie!

Medycyna laboratoryjna pozwala generować oszczędności w budżecie?

Zdecydowanie tak. Pokazuje to wyraźnie raport Związku Pracodawców IPDiDL „Medycyna laboratoryjna w Polsce. Efektywność kosztowa” opracowany w 2017 roku. Według danych z raportu przy zwiększeniu liczby badań glukozy o 25%, roczne oszczędności NFZ z tytułu kosztów leczenia cukrzycy wyniosłyby blisko 0,5 mld PLN rocznie w cenach z roku 2013, tj. 11% rocznych kosztów, już po uwzględnieniu wydatków na dodatkowe badania. Podobną oszczędność można uzyskać przy większym wykorzystaniu medycyny laboratoryjnej w diagnostyce przewlekłej choroby nerek. Analiza efektywności kosztowej dowiodła, że wzrost liczby badań kreatyniny o 25% prowadzi do oszczędności dla NFZ rzędu 93-197 mln PLN rocznie w cenach z roku 2013 (koszty bezpośrednie), tj. 5-9% rocznych kosztów, już po uwzględnieniu wydatków na dodatkowe badania.

Jakie usprawnienia warto wprowadzić w pierwszej kolejności na poziomie organizacji w obsłudze pacjenta?

Bardzo ważna jest kompletna informacja diagnostyczna, do której mieliby dostęp nie tylko pacjenci, ale przede wszystkim wszyscy lekarze konsultujący dane pacjenta w procesie diagnostycznym. Pełna, skonsolidowana informacja to podstawa decyzji klinicznej. Trwają obecnie prace nad systemem zunifikowanego nazewnictwa badań, tak, by łatwiej było w sposób przejrzysty gromadzić wszystkie dane dotyczące pacjenta. Tak jak każdy obywatel ma możliwość skorzystania z e-recepty, powinien mieć także konto w systemie e-zdrowia, w którym poprzez indywidualne konto pacjenta byłyby dostępne wszystkie dotychczas wykonane badania. Wówczas lekarz na każdym etapie procesu diagnostycznego miałby dostęp do historii badań i mógłby podejrzeć wyniki konkretnych testów, sprawdzić, jak wyglądał ostatni bilans stanu zdrowia. Wiem, że zmiany idą w kierunku takich rozwiązań. I to jest bardzo dobra inwestycja. Ogromny potencjał widzę po stronie medycyny pracy. Pracodawca jest zobowiązany do wysyłania pracownika na badania okresowe. Mogłyby one obejmować większy zakres niż w tej chwili i każdorazowo trafiać do systemu e-zdrowia. Takie rozwiązania zwiększają produktywność systemu zdrowia, produktywność ścieżki pacjenta, ale także efektywność medycyny laboratoryjnej. Laboratoria w Polsce dysponują obecnie systemami najwyższej klasy światowej, które mogą być – pod warunkiem dobrej organizacji – wykorzystywane o wiele wydajniej. To opłaca się wszystkim. Pełniejsza informacja o stanie zdrowia pacjenta oznacza dla lekarza możliwość szybszej reakcji, a więc włączenia odpowiedniej terapii, zaleceń dotyczących zmiany stylu życia. Medycyna laboratoryjna daje możliwość wdrożenia postępowania terapeutycznego jak najwcześniej, gdy nie ma jeszcze objawów choroby, gdy jest czas, by jej rozwój skutecznie powstrzymać. Tymczasem w momencie, kiedy już się pojawiają objawy, pacjent jest chory, wkracza medycyna naprawcza. Nasz system opieki zdrowotnej jest skoncentrowany właśnie na medycynie naprawczej, która jest znacznie bardziej kosztowna od profilaktyki. Dlatego tak ważne są rozwiązania, które zachęcałyby lekarzy POZ do szerszego korzystania z medycyny laboratoryjnej, jak choćby odrębnej stawki kapitałowej za wykonywanie badań przesiewowych, obowiązek zlecenia pacjentom wykonania pięcioletniego bilansu zdrowia i umieszczania go w historii w IKP.

W obrębie POZ dzieje się wiele, ale zmiany w moim odczuciu są wprowadzane zbyt wolno. Jest stawka kapitałowa, dodatkowo jest budżet powierzony, więc lekarz POZ-u jest dodatkowo nagradzany za zlecone badania. Jeśli zaś chodzi o Profilaktykę 40 Plus - do grudnia 2022 roku obowiązywały nawet zasady konkursu. Przychodnie, które pomogły pacjentowi w wypełnieniu ankiety i pokierowały go na badania, otrzymywały premię finansową wysokości 22 zł za pacjenta,

wypłacaną za 100 przebadanych pacjentów. Efekt był niestety niezadowalający, bo na koniec 2022 roku jedynie 319 placówek otrzymało taki bonus. To naprawdę niewiele. Podobny system nagród ma dotyczyć zlecenia pacjentom wykonania bilansu zdrowotnego, za który nagroda ma wynosić 300 zł. To pokazuje, że decydenci i przedstawiciele systemu zdrowotnego dostrzegają problem i próbują go rozwiązać.

Jeśli miałbym wskazać jaką, relatywnie nieskomplikowaną zmianę, powinna być wdrożona, aby strategicznie i długoterminowo poprawić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia na poziomie podstawowym – to proponowałbym odrębne finansowanie przez NFZ badań diagnostycznych wykonywanych w POZ. Jest to dlatego nieskomplikowane, gdyż obecnie prawie wszystkie te badania wykonywane są przez podmioty zewnętrzne – na bazie specyficznych umów. Będąc bezpośrednim płatnikiem NFZ i MZ mieliby pełną wiedzę i kontrolę nad procesem diagnostycznym co pozwoliłoby na wdrażanie programów zdrowotnych.

Czy gdyby nie tylko lekarze, ale także przedstawiciele personelu medycznego niższego szczebla, jak pielęgniarki, ratownicy medyczni czy położne, mieli możliwość zlecenia badań, sytuacja mogłaby się poprawić?

Uważam, że cel uświęca środki. Takie rozwiązanie mogłoby usprawnić działanie systemu. Tak naprawdę każdy pracownik służby zdrowia z wykształceniem medycznym czy farmaceuta byłby w stanie przy pomocy prostego formularza, generowanego automatycznie według algorytmu, zlecić pacjentowi podstawowe badania, dzięki czemu do lekarza trafiałby on już z wynikami, które lekarz od razu przy konsultacji ma do dyspozycji i nie musi już marnować czasu na skierowanie na badania i oczekiwanie na wynik, może niemal od razu zająć się objawami. Oszczędność na czasie pracy lekarza mogłaby być sporą oszczędnością dla systemu. A takie rozwiązanie to zaoszczędzenie minimum jednej wizyty, 15 czy 30 minut, każdego lekarza POZ-u.

Jakie rozwiązania stosuje się w innych krajach?

W najbliższym nam kraju, w Czechach, służba zdrowia radzi sobie z tymi problemami bardzo sprawnie. Więcej badań jest objętych refundacją. Polska jest jednym z nielicznych krajów w UE, który nie prowadzi rejestru badań diagnostycznych. W Czechach na przykład diagnostyka jest precyzyjnie wyceniona i jest prowadzony monitoring wydatków w tym zakresie. U nas lekarz może często się wahać, czy zlecić dane badanie pacjentowi, bo zwyczajnie kalkuluje, czy może sobie na to pozwolić. Blokują go stawka kapitałowa, której przekraczać nie chce, bo dodatkowy koszt musiałby ponieść z własnej kieszeni. W Czechach tego problemu nie ma. Tam model działa zgodnie z zasadą, że efektywna praca lekarza, która jest niezbywalnym elementem prawidłowego postępowania medycznego, musi być potwierdzona konkretnymi badaniami, które są właśnie refundowane, ale też system odpowiednio monitoruje lekarzy, nie ma w tym obszarze nadużyć. Podobnie rzecz ma się z obowiązkowymi bilansami zdrowotnymi, które są refundowane w pewnych grupach wiekowych i nikt się nie zastanawia, czy pacjenta na bilans kierować, czy nie. U nas zaś lekarz, gdy ma np. pod opieką skomplikowanego pacjenta, musi się bardzo dokładnie zastanowić, na jakie badania ma go pokierować, mając świadomość, że dysponuje stawką kapitałową, która przecież obejmuje nie tylko wydatki na medycynę laboratoryjną, a szereg innych badań. Lekarz musi więc czasem dokonywać naprawdę nietatwych wyborów, choćby takich, czy wobec ograniczonych środków na jednego pacjenta zlecić mu badanie laboratoryjne, czy może lepszym wyborem będzie USG. Lekarz przed

takim wyborem, w sytuacji konieczności wykonania obu badań, stać nie powinien. POZ jest bardzo ważnym podmiotem systemu ochrony zdrowia, bo człowiek, który jest zdrowy i chce wychwycić moment, w którym zaczyna się choroba, w pierwszej kolejności kieruje się do POZ-u albo szpitala powiatowego, i właśnie tam zmiany są najbardziej potrzebne. Szpitale uniwersyteckie, duże szpitale na wyższym poziomie referencyjności są dziś w Polsce naprawdę bardzo dobrze wyposażone, mają najwyższej klasy kadrę profesorską, ekspercką. To jest ogromny potencjał do wykorzystania, tyle że to są ośrodki, w których prym wiedzie medycyna naprawcza, a ona ma inne przeznaczenie. Jeżeli chodzi o profilaktykę, to zmiany należy wprowadzać, zaczynając od dołu systemu, czyli właśnie od POZ-u. Oczywiście nie ma na świecie systemu idealnego, bo człowieka można by badać w nieskończoność. Chodzi o to, żeby wychwycić optymalizację, która nie zagrozi gospodarce i będzie naszym dobrem narodowym. Mam nadzieję, że zmiany w polskim systemie zdrowia będą szły w tym kierunku.

MedTech Polska jest stowarzyszeniem zrzeszającym działające w Polsce firmy zaangażowane w badania, rozwój, produkcję, dystrybucję i import wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro (IVD). Reprezentuje branżę IVD wobec organów regulacyjnych, stowarzyszeń naukowych i korporacji zawodowych. Wraz z innymi podmiotami działa na rzecz stałego poprawiania standardów opieki medycznej w Polsce. Stowarzyszenie MedTech Polska dąży do tego, by lekarze mogli podejmować decyzje medyczne i kliniczne na podstawie najlepszej informacji diagnostycznej, korzystali z najlepszych możliwych narzędzi i technologii medycznych związanych z wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro. Na poziomie międzynarodowym MedTech Polska współpracuje z MedTech Europe, europejskim stowarzyszeniem branżowym reprezentującym przemysł technologii medycznych, od diagnozy do wyleczenia.