



Specialist thyroid package 1 (PS1) in outpatient endocrine care

Arkadiusz Zygmunt^{1,2}, Jan Dąbrowski², Andrzej Lewiński^{1,2}

¹Department of Endocrinology and Metabolic Diseases, Medical University of Lodz, Lodz, Poland

²Department of Endocrinology and Metabolic Diseases, Polish Mother's Memorial Hospital — Research Institute, Lodz, Poland

Abstract

The article presents the assumptions of a new specialist thyroid package (PS1) in outpatient specialist care in the field of endocrinology, which was introduced by the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia — NFZ) in January 2020. It became an impulse to characterise the current problems affecting specialist care in the field of endocrinology, search for their potential causes, and propose strategies with the intention of contributing to increasing the efficiency of the system. (*Endokrynol Pol* 2020; 71 (6): 485–490)

Key words: thyroid diseases; diagnostics and treatment; outpatient specialist care

Introduction

In connection with the introduction by the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia — NFZ) of a new product in outpatient specialist care (ambulatoryjna opieka specjalistyczna — AOS) in the field of endocrinology called specialist package 1 — thyroid (pakiet specjalistyczny 1 — tarczyca, PS1), many questions arose about the purpose of the proposed changes and the direction of further decisions affecting current conditions for the operation of specialist care in the field of endocrinology.

As the representatives of the NFZ explain, the introduced changes entail a different method of accounting for diagnostic services in the field of endocrinology related to the diagnosis of thyroid diseases. In particular, a catalogue of diagnostic specialist packages is being introduced, which — so far — contains only the aforementioned product — PS1. The newly proposed product includes a flat-rate financing of the test package, which should end with diagnosis, therapy, and the possibility of taking over the care of the diagnosed patient by a primary care (podstawowa opieka zdrowotna — POZ) physician. The introduced regulation is aimed at limiting the unjustified division of diagnostic advice; it is also meant to be an incentive to shorten the queue of patients to a specialist and to transfer the diagnosed patients to the care of POZ physicians.

State to date

The availability of consultations with an endocrinologist in AOS is limited, and the waiting time for the first visit is often several months, and occasionally even several years.

It is not much better with follow-up visits of patients who are already under the care of an endocrinology outpatient clinic, but this type of data is not kept as meticulously as the waiting time for a first-time appointment with a specialist.

At this point, it should be emphasised that if the patient is under the care of the outpatient clinic, then — according to the contract concluded — the NFZ has the right to expect that the patient is provided with care by the facility, and the control visit is scheduled based on the patient's clinical condition (there are patients who must be seen quickly — e.g. with severe hyperthyroidism, pregnant women; there are also patients for whom a follow-up visit may take place in 6–9 months or even later).

The above facts are not acceptable; therefore, the management of the NFZ has made efforts to introduce certain changes in the system that would improve the situation. The current state of AOS is a consequence of suboptimal management and neglect in healthcare in the last 30 years. The key principle of the reform introduced by the government of Jerzy Buzek — “Money



Prof. Andrzej Lewiński, Department of Endocrinology and Metabolic Diseases, Medical University of Lodz, Polish Mother's Memorial Hospital – Research Institute, Rzgowska St. 281/289, 93–338 Lodz, Poland, tel: (+48) 42 271 11 41, fax: (+48) 42 271 11 40; e-mail: andrzej.lewinski@umed.lodz.pl

follows the patient" — did not work. This was due to insufficient financial expenditure on the health service, which in turn resulted in the following:

- limiting benefits — the contract for the provision of services had a limit above which the NFZ was not obliged to pay for the services provided; it was the officials — after conducting the tender competition — who decided the amount of the contract awarded to a given institution;
- distribution of competences in the diagnosis and treatment of diseases — initially the POZ physician could only order performing thyrotropin (thyroid stimulating hormone, TSH) test, now also free thyroxine (FT4) and free triiodothyronine (FT3) and ultrasound examination (US) of the thyroid and parathyroid glands, but it is still not possible to determine the concentration of antibodies against thyroid autoantigens [anti-thyroid-peroxidase antibodies (anti-TPO), anti-TSH receptor antibodies (anti-TSHR), anti-thyroglobulin antibodies (anti-Tg)]. As a result of such a division of competences, the patient was referred to a specialistic outpatient clinic for tests, not for treatment (i.e. without any selection of patients at the primary health care level for those who actually require endocrinological consultation and those who are healthy or have uncomplicated dysfunction of the thyroid gland, possible to be treated as part of primary health care, e.g. postoperative hypothyroidism, hypothyroidism after treatment with radioactive iodine ¹³¹I, hypothyroidism in the course of autoimmune thyroiditis).

In view of this state of affairs, people suspected of having thyroid disease, a significant part of whom are healthy, as well as those actually sick, requiring prompt specialist care, report to a specialist endocrinology outpatient clinic (the AOS) to perform tests under the NFZ insurance. This is what makes endocrine outpatient clinics ineffective and overcrowded due to the excessive number of patients.

The often-used attempt to bypass the inefficient system was to use the possibility of hospitalising the patient and performing diagnostics in the internal medicine/endocrinology ward.

As a result, the NFZ paid for tests, which in most cases could be performed at the level of the POZ physician, if the system allowed it, and then their price would be much lower. However, in accordance with the applicable assumptions, they should be performed at the AOS clinic. This is what the system provides, but again due to its inefficiency, and more specifically due to the very long waiting times for an appointment, these tests cannot be performed in practice. As a result, the tests were performed as part of hospitalisation (and then the cost of performing these procedures was the highest).

In 2017, the Ministry of Health, together with the NFZ, attempted to change this state of affairs by developing the concept of coordinated care organisation (organizacja opieki koordynowanej — OOK) as part of the POZ PLUS model (two of us participated in the preparation of this concept personally); however, this idea was implemented as a pilot only in some POZ health care facilities [1]. According to the assumptions, hypothyroidism, diffuse goitre, and nodular goitre should be treated in the POZ units in coordination with a specialist endocrinologist, according to the proposed algorithms [2].

Purpose of activities undertaken by the NFZ

The goal of the NFZ is to reverse the direction of test transfers, which is unfavourable for the insurer's finances — to perform as few tests in the hospital as possible (because they cost the most) and to perform as many tests as possible in the POZ level or AOS outpatient clinics (because it is much cheaper). To do this, the following changes should be made:

- hospital — reduce the possibility of hospitalisation of patients due to thyroid diseases to a minimum;
- AOS — unblock the infirmary, which means that more patients can be admitted to the AOS outpatient clinics and that more patients can return to the POZ care;
- POZ — increase the role of the POZ physician in caring for a patient with thyroid diseases — select groups of patients with specific disease entities with a relatively simple pathomechanism and a relatively stable course, which can be treated by the POZ physician.

Tools and activities introduced by the NFZ to achieve the intended goal

Hospital

Due to the valuation and reporting method, performing a fine-needle aspiration biopsy (FNAB) of the thyroid in a hospital setting is not very profitable (low valuation of the service). However, the NFZ did not take into account that there will always be cases of patients in whom FNAB will have to be performed in the hospital (e.g. in order to extend the diagnosis to the determination of various hormones/markers in the biopsy material, such as the presence of PTH or calcitonin or thyroglobulin in the biopsy needle washings). Such an examination is difficult, and among the doctors of the department there are only a few people with adequate great practice in performing this type of examination, and in certain situations, only they are able to perform such an examination well.

AOS

From January 1, 2020, the PS1 product was introduced in outpatient treatment (a specialist package covering the diagnosis of thyroid diseases only) [3].

At the AOS outpatient clinic, each patient should be diagnosed to the extent that allow the diagnosis of ailments/disorders or specific disease in order to decide whether the patient should remain under the care of this specialist clinic (AOS), or if the care on the level of the POZ clinic will suffice.

POZ

A primary care physician caring for a patient with a minor thyroid disease, who will not be referred to a specialist endocrinology clinic for at least 365 days, will receive a capitation rate multiplied by a factor of 3.2 for the care of this patient, which translates into an additional approximately PLN 350/year [4]. Within this amount, he/she is to conduct the following: perform follow-up, possibly extend the medications, and — if necessary — perform tests. Table 1 presents the list of thyroid diseases that may be treated in primary care.

Similar financial resources must be sufficient at the AOS clinic to perform laboratory tests, sometimes also imaging tests, and to pay for the work of a specialist doctor (at least two visits). Therefore, the conditions were introduced that make POZ really care about “keeping” patients in their clinics.

Advantages of the PS1 product

Unlimited benefits

Currently clinics cannot justify long queues for first-time patients by limiting benefits. The only

bottleneck is the efficiency of the clinic, which should be understood as the readiness of the doctors employed there to extend their working hours and take advantage of the possibility of using unlimited benefits. Unfortunately, it is not always possible, because the employed doctors are almost completely occupied with patients admitted in the old current mode, and their method of remuneration does not directly depend on the number of patients consulted. Large, state-owned clinics, especially hospital ones, are particularly inefficient.

Relatively good valuation of the PS1 product

A total of 381 points for diagnostics and consultations plus 40 points for writing a document on further care to the POZ clinic; the price, if you look at it through the prism of the wholesale price, seems attractive. In this amount, a minimum of 5 tests should be performed from the list provided in Annex 5e to the order No. 182/2019/DSOZ [3]. If thyroid FNAB is performed, this procedure will be additionally payable (from the pool of traditional contract points). Table 2 provides a list of tests that an AOS physician can perform as part of the PS1 package.

Therefore, in the first-time patient, we practically have to perform basic tests to assess the structure of the thyroid gland (e.g. ultrasound of the thyroid gland, which is one of the tests from the list) and the thyroid function (e.g. concentration of TSH, FT4, or FT3 — 2–3 tests) and antibodies against the thyroid gland autoantigens (anti-TPO, anti-Tg, anti-TSHR — 1, 2 or 3 tests). Other tests may be performed if necessary. Regardless of the number and type of tests, the clinic will only receive a strictly defined lump sum.

Table 1. Thyroid diseases that can be treated at POZ [Ordinance No. 182/2019/DSOZ of the President of the National Health Fund of December 31, 2019, Annex 5f]

I. Patients requiring pharmacotherapy	
Hypothyroidism (a classic form in which there is a good response to pharmacotherapy, the dose of the drug is relatively constant over a longer period of time, the patient does not report any symptoms suggesting thyroid-mediated disorders):	Hypothyroidism in the course of chronic autoimmune thyroiditis (Hashimoto's disease) — E06.3/E03.8
	Hypothyroidism after surgical treatment — E89.0
	Hypothyroidism after treatment with iodine 131 — E03.2
NOTE: Not applicable: a) pregnant women, b) thyroiditis with thyrotoxicosis (phasic thyroiditis), c) patients being treated for the thyroid carcinoma	
II. Patients who do not require pharmacotherapy	
Chronic autoimmune thyroiditis in the euthyroid stage — E06.3	
Non-toxic diffuse goitre — E04.0	
Single non-toxic thyroid nodule (only when FNAB result — group 2 according to the Bethesda System of Reporting Thyroid Cytopathology [TBSRTC]) — E04.1	
Non-toxic multinodular goitre (only when FNAB result - group 2 according to TBSRTC) — E04.2	

Table 2. List of tests that an AOS physician may perform under PS1 [Ordinance No. 182/2019/DSOZ of the President of the NFZ of December 31, 2019, Annex 5e]

ICD-9	Research
I81	C-reactive protein (CRP)
L69	Thyrotropic hormone (TSH)
M11	Calcitonin
009	Anti-thyroid-peroxidase antibodies
015	Anti-thyrotropin receptor antibodies
018	Anti-thyroglobulin antibodies
055	Free triiodothyronine (FT3)
065	Thyroglobulin
069	Free thyroxine (FT4)
88.713	Ultrasound of the thyroid and parathyroid glands
92.012	Scintigraphy and radioisotope thyroid function testing — using ^{99m} Tc
92.019	Scintigraphy and radioisotope thyroid function tests — other

Principles of conducting diagnostics in a first-time patient

It must be admitted that the NFZ did not clearly define them. One of the goals of the described changes was to limit the unjustified sharing of diagnostic advice. Therefore, you can meet with the patient on one day or on several visits — the NFZ also leaves it at the discretion of the clinic. Only a minimum of 5 tests must be performed, a diagnosis established, and a decision made as to where the patient should be treated.

Ideally, the patient comes to the appointment in the morning (8.00–8.30 a.m.) then has blood drawn for the determination of hormones and antibodies and has an ultrasound scan of the thyroid gland (8.30–9.30 a.m.). If there are no indications for FNAB, after receiving hormonal results on the same day (1.00–2.00 p.m.), the doctor makes a final diagnosis and decides about further care (AOS/POZ) — so it is practically one day of hospitalisation. The patient comes to the outpatient clinic in the morning, and in the early afternoon hours (2 p.m.) his/her diagnosis is completed, thus avoiding the huge bureaucracy that accompanies hospitalisation. The costs of the NFZ are much lower than the costs of a hospital stay. It should also be assumed that the patient is less stressed during such a visit than during a stay in a hospital ward.

Unfortunately, such a model of conduct may fail because the following problems may arise:

- will the laboratory determine the hormones and antibodies within 3–4 hours? — sometimes it takes several days for tests to be performed;

- how to plan the work of doctors so that they work all day in the clinic — admitting patients in the morning and then after 1 p.m. — in the case of doctors combining work in the hospital clinic and in the ward, this may prove difficult;
- after thyroid ultrasound examination, it may be necessary to perform a FNAB of the thyroid gland — this means that one has to wait several days for the result.

Taking into account the above, it seems that at least two visits are necessary, and if the visit ending the diagnostics is scheduled in a few months (e.g. due to the lack of free appointments for doctors), the clinic, despite having performed many tests, will not receive a refund for the costs. From the clinic's point of view, this situation is unacceptable. It may happen, after all, that the patient demands the results (he/she has the right to do so) and reports to another doctor, e.g. privately. Then he/she will never come to the final visit and the clinic will only incur costs (visits and tests) and will not receive any remuneration for it.

Weaknesses of the PS1 product

Are you sure this is a relatively good valuation of the PS1 product?

Initially, the NFZ assumed that at least 3 tests must be performed, at the same rate. Performing two additional tests is an additional cost (rigid, which cannot be circumvented), which means that the income for the clinic will be less (and significantly less). It is possible to imagine a clinical situation in which there is no need to perform so many tests, e.g. the patient is after thyroid surgery — subtotal thyroidectomy due to nodular goitre 3 years ago, the autoimmune process was excluded before surgery, now the patient is taking L-thyroxine substitution treatment. In this case, it is advisable to perform US examination of the thyroid gland (if no reliable examination has been performed recently), TSH, maybe FT4 tests, maybe anti-TPO (is it really worth it?). However, it still does not constitute 5 tests; therefore, one more test must be performed unnecessarily to meet the criterion of not less than 5 tests. If the criterion was set for 3 tests, there would be no such problem.

In turn, there will certainly be patients in whom the clinical situation will require more tests, and sometimes more expensive ones (e.g. calcitonin testing). Then the resources that were saved on the diagnosis of simple cases could be allocated to the diagnosis of more complex cases.

The representatives of the NFZ may assume that doctors will carry out a minimum of tests anyway, and thus they want to systematically force the need for more extensive diagnostics (5 tests *vs.* 3 tests). We are

not convinced that this is right — after all, public funds are spent on unnecessary research. It is then used by the laboratory that performs these tests, especially if it is private, while the clinic has fewer financial resources, and it is also difficult to clearly state that the patient benefits.

The introduced lump sum (381 points) should simplify settlements and not be a way to cut expenses by the NFZ. It is unacceptable that the clinic will receive remuneration for the diagnosis of a patient with a complex thyroid problem, but which will not cover the cost of the tests. This may lead to pathologies in the system because it may, to some extent, select patients (the clinic may prefer to admit patients with uncomplicated diagnoses and avoid admitting patients with more complex health problems).

Patients already under the care of the outpatient clinic

These patients remain treated according to the “old” rules, so they are not privileged for “quick” diagnostics — they will still have appointments scheduled in such a number and at such intervals as to allow for the most effective accounting for the types of visits. Additionally, it must be taken into account that from the group of first-time patients who were diagnosed according to PS1, some of them will have to remain under the care of the clinic and follow-up visits must be provided for them; there is no solution of how to do this if the clinic is already inefficient.

Change in the system of outpatient clinic functioning

The product was introduced from January 1, 2020, and the relevant regulation of the President of the NFZ was published on December 31, 2019. There was no chance that the clinics could prepare for such a large change in the system. Complaints from medical entities were so numerous that in the first days of January the NFZ decided to introduce a transitional period (until the end of June 2020), when there were two diagnostic pathways for first-time patients — according to the old and new rules. From 1.7.2020, only PS1 will apply.

Staff

The question is: who is supposed to perform these additional activities in the clinic? After all, the doctors employed so far have their admission schedules filled with patients for several to several dozen months ahead. A good solution seems to be the approval by the NFZ of the so-called residence places in the clinic’s personal potential. This would allow one to use the help of doctors who are at the final stage to complete their specialisation.

What is the future for PS1?

NFZ budget

When the PS1 idea was developed, the world was free from problems related to COVID-19, and Poland recorded solid economic growth, which had been stable for several years, as a consequence of which the NFZ’s budget grew year by year.

Today it is a thing of the past, and all budget plans will have to be verified. Will there be sufficient funds in the NFZ budget for unlimited benefits?

Availability to an endocrinologist

It should be expected that the queues for first-time patients to the endocrinology clinic will be significantly shortened. On the other hand, the situation of those who are already under the care of an endocrinology outpatient clinic does not have to improve at all, and may even worsen (still limits on benefits, work valuation calculated on the basis of prices from a few years ago, more and more inconsistent with the expectations of specialist doctors, so that their salary was higher). If nothing changes in this respect, then a further outflow of endocrinologists from the sector of benefits paid by the NFZ to the commercial services sector should be expected.

Being aware of the limitations/shortcomings of PS1, one should also appreciate the efforts of the NFZ and its will to make some changes. Until now, either questionable diagnoses have been made (e.g. that there are too few endocrinologists in Poland), or only sham movements have been made (e.g. an increasingly complex system of settlement of benefits in AOS has been introduced, divided into pools of points for first-time/follow-up/oncological patients, as well as expansion of the reporting regarding the patient queues).

Diagnosing according to new rules

The NFZ wants more and more endocrine diseases to be diagnosed and treated according to the “new rules” in AOS, which will thus reduce the number of hospitalisations.

Proposal

Considering all the pros and cons, the changes introduced with the PS1 package are the first real step towards healing the situation and solving the problem of the inefficient AOS system.

References

1. Preparation, testing and implementation into the health care system of a coordinated care organization (OOK) Stage II Pilot phase — POZ.PLUS model. <https://akademia.nfz.gov.pl/poz-plus/> (1.7.2020).

2. Attachments to the Order of the President of the National Health Fund No. 23/2018/DAiS of March 16, 2018 on the pilot program of coordinated care in primary health care „POZ PLUS”. Annex 2c. Diagnostic paths. Group 4 — endocrinology. Authors and co-authors: Jagiełło P, Lewiński A, Orlewska E, Adamczewski Z, Zygmunt A, Grabowski J, Lipiński C, Rybak M. <https://www.nfz.gov.pl/Ordinance-President/Ordinance-President-NHF/nr-management-232018dais,6741.html> (1.7.2020).
3. Ordinance No. 182/2019/DSOZ of the President of the National Health Fund of December 31, 2019 on determining the conditions for concluding and implementing contracts for the provision of healthcare services such as outpatient specialist care. <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1822019dsoz,7104.html> (1.7.2020).
4. Ordinance No. 177/2019/DSOZ of the President of the National Health Fund of 30 December 2019 on the conditions for the conclusion and implementation of contracts for the provision of healthcare services in the field of primary healthcare. <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1772019dsoz,7098.html> (1.7.2020).



Pakiet specjalistyczny dotyczący tarczycy (PS1) w ambulatoryjnej opiece endokrynologicznej

Arkadiusz Zygmunt^{1,2}, Jan Dąbrowski², Andrzej Lewiński^{1,2}

¹Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Arkadiusz Zygmunt, Jan Dąbrowski, Andrzej Lewiński. *Specialist thyroid package 1 (PS1) in outpatient endocrine care*. *Endokrynol Pol* 2020; 71 (6): 485–490.

Należy cytować wersję pierwotną. Piśmiennictwo dostępne w wersji pierwotnej na stronach 489–490.

Streszczenie

W artykule przedstawiono założenia nowego pakietu specjalistycznego dotyczącego tarczycy (PS1) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w zakresie endokrynologii, który został wprowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) od stycznia 2020 roku. Działania NFZ stały się impulsem do scharakteryzowania obecnych problemów dotyczących opieki specjalistycznej w zakresie endokrynologii, poszukiwania ich potencjalnych przyczyn oraz zaproponowania strategii mających w swym zamiarze przyczynić do zwiększenia wydolności systemu. (*Endokrynol Pol* 2020; 71 (6): 491–496)

Słowa kluczowe: choroby tarczycy; diagnostyka i leczenie; ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wstęp

W związku z wprowadzeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nowego produktu w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) z zakresu endokrynologii pod nazwą *Pakiet specjalistyczny 1 — tarczycza* (PS1) pojawiło się wiele pytań o cel zaproponowanych zmian i kierunek dalszych decyzji mających wpływ na dotychczasowe warunki działania opieki specjalistycznej w zakresie endokrynologii.

Jak wyjaśniają przedstawiciele NFZ, wprowadzone zmiany pociągają za sobą odmienny sposób rozliczania świadczeń diagnostycznych w zakresie endokrynologii, związanych z diagnostyką chorób tarczycy. W szczególności wprowadzono katalog diagnostycznych pakietów specjalistycznych, który w tym momencie zawiera jedynie wspomniany wcześniej produkt: *Pakiet specjalistyczny 1 — tarczycza* (PS1). Nowo zaproponowany produkt obejmuje ryczałtowe finansowanie pakietu badań, które w założeniu powinny zakończyć się postawieniem diagnozy, ustaleniem terapii oraz określeniem możliwości przejęcia opieki nad zdiagnozowanym pacjentem przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Wprowadzona regulacja ma na celu ograniczenie nieuzasadnionego udzielania porad diagnostycznych, ma być również zachętą do skrócenia kolejek pacjentów do

specjalisty i przesuwania zdiagnozowanych pacjentów pod opiekę lekarzy POZ.

Stan dotychczasowy

Dostępność do lekarza specjalisty endokrynologa w AOS jest ograniczona, a oczekiwanie na wizytę pierwszorazową wynosi często kilka do kilkunastu miesięcy, a sporadycznie nawet do kilku lat!

Kwestia wizyt kontrolnych pacjentów już pozostających pod opieką poradni endokrynologicznej wcale nie wygląda lepiej, ale tego typu danych nie ewidencjonuje się tak skrupulatnie, jak długości oczekiwania na pierwszą wizytę u specjalisty.

Jednocześnie — zgodnie z zawartym kontraktem NFZ — pacjent, który jest pod opieką poradni, ma prawo oczekiwać zapewnienia opieki przez placówkę oraz wyznaczenia kontrolnej wizyty na podstawie jego stanu klinicznego (np. są pacjenci, których trzeba przyjąć szybko — z ciężko przebiegającą nadczynnością tarczycy, kobiety w ciąży; są także chorzy, u których kontrolna wizyta może odbyć się za 6–9 miesięcy, a nawet później).

Obecny stan AOS jest konsekwencją nieoptymalnego zarządzania i zaniechań w opiece zdrowotnej w ostatnich 30 latach. Kluczowa zasada reformy



wprowadzonej przez rząd Jerzego Buzka, której towarzyszyła maksyma „Pieniądze idą za pacjentem”, nie zadziałała. Wynikało to ze zbyt małych nakładów finansowych na służbę zdrowia, a to z kolei było przyczyną:

- limitowania świadczeń — kontrakt na świadczenie usług miał limit, powyżej którego NFZ nie miał obowiązku zapłacenia za wykonane usługi; to urzędnicy — po przeprowadzeniu konkursu ofert — decydowali o wysokości kontraktu przyznanego danej placówce;
- rozdziału kompetencji w diagnostyce i leczeniu chorób — początkowo lekarz POZ mógł tylko zlecić wykonanie oznaczenia tyreotropiny (TSH, *thyroid stimulating hormone*), obecnie także wolnej frakcji tyroksyny (FT4, *free thyroxine*) i wolnej frakcji trijodotyroniny (FT3, *free triiodothyronine*) oraz badanie ultrasonograficzne (USG) tarczycy i przytarczyc, ale nadal nie ma możliwości zlecenia oznaczenia stężenia przeciwciał przeciwko autoantygenom tarczycy [przeciwko tyreoperoksydazie (anty-TPO), przeciwko receptorowi TSH (anty-TSHR), przeciwko tyreoglobulinie (anty-Tg)]. W efekcie takiego rozdziału kompetencji pacjent był kierowany do poradni specjalistycznej w celu wykonania badań, a nie w celu leczenia (czyli bez żadnej selekcji chorych na poziomie POZ na tych, którzy faktycznie wymagają konsultacji endokrynologicznej, i tych, którzy są zdrowi bądź mają nieskomplikowane zaburzenia czynności tarczycy możliwe do leczenia w ramach POZ, np. pooperacyjną niedoczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy po leczeniu jodem radioaktywnym ¹³¹I, niedoczynność tarczycy w przebiegu autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy).

Sytuacja ta sprawia, że do specjalistycznej poradni endokrynologicznej trafiają zarówno pacjenci z podejrzeniem choroby tarczycy w celu wykonania badań w ramach ubezpieczenia w NFZ, wśród których znaczący odsetek stanowią osoby zdrowe, oraz chorzy, którzy naprawdę wymagają opieki specjalistycznej. Z tego powodu poradnie specjalistyczne stały się niewydolne.

Stosowaną nierzadko próbą obejścia niewydolnego systemu było wykorzystanie możliwości hospitalizacji pacjenta i wykonanie diagnostyki na oddziale internistycznym/endokrynologicznym.

W efekcie NFZ płacił za badania, które w znacznej mierze mogłyby być wykonane na poziomie POZ, gdyby pozwalał na to system. Koszt realizacji takich badań byłby wówczas zdecydowanie mniejszy. Jednakże, zgodnie z obowiązującymi założeniami, badania te należało przeprowadzić w ramach w poradni AOS. Ze względu na niewydolność systemu, a przede wszystkim z powodu bardzo długich terminów oczekiwania na wizytę, w praktyce wykonanie tych badań było bardzo

utrudnione. Następstwem tego stanu rzeczy była ich realizacja w ramach hospitalizacji (przy czym cena wykonania tych procedur w warunkach szpitalnych jest najwyższa).

Powyższy stan faktyczny był nie do zaakceptowania, dlatego kierownictwo NFZ podjęło wysiłki, aby wprowadzić w systemie pewne zmiany, które polepszyłyby sytuację.

W 2017 r. Ministerstwo Zdrowia wraz z NFZ podjęło próby zmiany tego stanu rzeczy, opracowując koncepcję organizacji opieki koordynowanej (OOK) w ramach modelu POZ PLUS (w przygotowaniu tej koncepcji dwóch spośród autorów niniejszej pracy współuczestniczyło osobiście), jednakże pomysł ten wdrożono pilotażowo tylko w niektórych placówkach POZ [1]. Zgodnie z jego założeniami niedoczynność tarczycy, wole rozlane oraz wole guzkowe powinny być leczone w poradni POZ w koordynacji ze specjalistą endokrynologiem według zaproponowanych algorytmów [2].

Cel działań podjętych przez NFZ

Celem NFZ jest odwrócenie niekorzystnego dla finansów ubezpieczyciela kierunku transferu badań — ograniczenie liczby badań wykonywanych w ramach pobytu chorego w szpitalu (ponieważ są one najdroższe), przy jak największej liczbie badań wykonywanych w ramach POZ/AOS (ponieważ są one dużo tańsze). W tym celu należy doprowadzić do następujących zmian:

- szpital — ograniczyć możliwość hospitalizacji chorych z powodu chorób tarczycy do minimum;
- AOS — udrożnić ambulatorium; spowodować, aby więcej chorych mogło być przyjętych w AOS oraz aby więcej chorych mogło powrócić pod opiekę POZ;
- POZ — zwiększyć rolę lekarza POZ w opiece nad pacjentem z chorobami tarczycy — wytypować grupy chorych z określonymi jednostkami chorobowymi o mało skomplikowanym patomechanizmie oraz relatywnie stabilnym przebiegu, które mogą być leczone przez lekarza POZ.

Narzędzia oraz działania wprowadzone przez NFZ w celu realizacji zamierzonego celu

Szpital

Wycena i sposób sprawozdawania powodują, że wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC) tarczycy w warunkach szpitalnych jest mało opłacalne (niska wycena świadczenia). Jednakże NFZ nie uwzględnił, że zawsze będą istnieć przypadki cho-

rych, u których konieczne będzie wykonanie BACC w warunkach szpitalnych [np. w celu poszerzenia diagnostyki o oznaczenie różnych hormonów/markerów w materiale biopsyjnym, np. parathormonu (PTH) czy kalcytoniny/tyreoglobuliny w popłuczynach z igły biopsyjnej]. Ponadto, wykonanie BACC tarczycy u niektórych chorych może być szczególnie trudne, zaś wśród lekarzy zatrudnionych na szpitalnym oddziale są osoby o szczególnie dużej praktyce w wykonywaniu tego typu badań i — w pewnych sytuacjach — tylko one są w stanie wykonać dobrze takie badanie.

AOS

Pakiet specjalistyczny obejmujący diagnostykę tylko chorób tarczycy (produkt PS1) w leczeniu ambulatoryjnym wprowadzono z dniem 1 stycznia 2020 r. [3].

W poradni AOS każdy pacjent powinien mieć wykonaną diagnostykę w takim zakresie, aby zdiagnozować dolegliwości/zaburzenia bądź chorobę i podjąć decyzję, czy chory powinien pozostawać pod opieką tejże poradni specjalistycznej, czy też wystarczy opieka poradni POZ.

POZ

Lekarz POZ opiekujący się pacjentem z mało skomplikowaną chorobą tarczycy, który nie zostanie skierowany na wizytę w specjalistycznej poradni endokrynologicznej przez minimum 365 dni, otrzyma za prowadzenie tego pacjenta stawkę kapitacyjną pomnożoną przez współczynnik 3,2, co przekłada się na dodatkowe około 350 PLN/rok [4]. W ramach tej kwoty lekarz ma poprowadzić leczenie obejmujące: wizyty kontrolne, przedłużenie ewentualnej terapii oraz — jeśli jest to konieczne — wykonanie badań. W tabeli 1 przedsta-

wiono wykaz chorób tarczycy, które zgodnie z sugestią NFZ mogą być leczone w ramach POZ.

Podobne środki finansowe muszą wystarczyć w poradni AOS na wykonanie badań laboratoryjnych, czasami także obrazowych, oraz na opłacenie pracy lekarza specjalisty (przynajmniej dwie wizyty). Wprowadzono zatem takie warunki, aby lekarzom POZ naprawdę zależało na „zatrzymaniu” pacjentów w swoich poradniach.

Atuty produktu PS1

Nielimitowanie świadczeń

Obecnie poradnie nie mogą usprawiedliwiać długich kolejek dla pacjentów pierwszorazowych limitowaniem świadczeń. Jedynym wąskim gardłem jest wydolność poradni, przez którą należy rozumieć gotowość zatrudnionych tam lekarzy do wydłużenia czasu pracy i skorzystania z możliwości realizacji nie-limitowanych świadczeń. Niestety, nie zawsze jest to możliwe, ponieważ zatrudnieni lekarze są zajęci niemal całkowicie pacjentami przyjmowanymi w ramach dotychczasowego trybu, a ich sposób wynagradzania nie jest bezpośrednio uzależniony od liczby skonsultowanych pacjentów. Szczególnie niewydolne są poradnie duże, państwowe, zwłaszcza przyszpitalne.

Relatywnie dobra wycena produktu PS1

Za przeprowadzoną diagnostykę i konsultację przysługuje 381 pkt oraz dodatkowo 40 pkt za wypisanie dokumentu o dalszej opiece do poradni POZ. Cena, jeśli na nią spojrzeć przez pryzmat ceny hurtowej, wydaje się atrakcyjna. W tej kwocie należy wykonać minimum 5 badań z listy podanej w załączniku nr 5e zarządzenia

Tabela 1. Choroby tarczycy, które mogą być leczone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Na podstawie: Zarządzenie Nr 182/2019/DSO Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r, załącznik 5f

I. Chorzy wymagający farmakoterapii	
Niedoczynność tarczycy (klasyczna postać, w której stwierdza się dobrą odpowiedź na farmakoterapię, dawka leku jest relatywnie stała w dłuższym przedziale czasu, pacjent nie zgłasza dolegliwości sugerujących zaburzenia tyreometaboliczne)	Niedoczynność tarczycy w przebiegu przewlekłego autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy (choroba Hashimoto) — E06.3/E03.8
	Niedoczynność tarczycy po leczeniu chirurgicznym — E89.0
	Niedoczynność tarczycy po leczeniu jodem 131 — E03.2
UWAGA: Nie dotyczy: a) kobiet ciężarnych, b) zapaleń tarczycy przebiegających z tyreotoksykozą (fazowość zapalenia), c) pacjentów leczonych z powodu raka tarczycy	
II. Chorzy niewymagający farmakoterapii	
Przewlekłe autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy w stadium eutyreozy — E06.3	
Wole rozlane nietoksyczne — E04.0	
Guzek tarczycy pojedynczy, nietoksyczny (tylko gdy wynik BACC — grupa 2 wg raportowania Bethesda) — E04.1	
Wole wieloguzkowe, nietoksyczne (tylko gdy wynik BACC — grupa 2 wg raportowania Bethesda) — E04.2	

Tabela 2. Lista badań, jakie lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) może wykonać w ramach PS1. Na podstawie: Zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r., załącznik 5e

ICD-9	Badanie
I81	Białko C-reaktywne (CRP)
L69	Hormon tyreotropowy (TSH)
M11	Kalcytonina
009	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej
015	Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny
018	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie
055	Trijodotyronina wolna (FT3)
065	Tyreoglobulina
069	Tyrosyna wolna (FT4)
88.713	USG tarczycy i przytarczyc
92.012	Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe tarczycy — z zastosowaniem ^{99m} Tc
92.019	Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe tarczycy — inne

Nr 182/2019/DSOZ [3]. Wykonanie procedury BACC tarczycy jest dodatkowo płatne (z puli punktów tradycyjnego kontraktu). W tabeli 2 przedstawiono listę badań, jakie może przeprowadzić lekarz AOS w ramach pakietu PS1.

U pacjenta pierwszorazowego praktycznie należy zatem wykonać podstawowe badania oceniające budowę tarczycy (np. USG tarczycy, będące jednym z badań z listy) oraz czynność tarczycy (np. stężenie TSH, FT4, ewentualnie FT3 — 2–3 badania) i badanie przeciwciał przeciwko autoantygenom tarczycowym (anty-TPO, anty-Tg, anty-TSHR-1, -2 lub -3). Jeśli jest to konieczne, można zlecić jeszcze inne badania. Niezależnie od liczby i rodzaju badań poradnia otrzyma tylko ściśle ustaloną kwotę ryczałtu.

Zasady prowadzenia diagnostyki u pacjenta pierwszorazowego

Narodowy Fundusz Zdrowia nie określił jednoznacznie zasad prowadzenia diagnostyki u pacjentów pierwszorazowych. Jednym z celów opisywanych zmian było ograniczenie nieuzasadnionego dzielenia porad diagnostycznych. Pacjent może być diagnozowany podczas jednej lub kilku wizyt — także to NFZ pozostawia w gestii poradni. Warunkiem jest tylko wykonanie minimum 5 badań, ustalenie diagnozy oraz podjęcie decyzji wskazującej, gdzie dalej należy leczyć chorego.

W sytuacji idealnej pacjent przychodziłby na wizytę w godzinach porannych (8.00–8.30), wówczas mógłby mieć pobraną krew w celu oznaczenia stężenia hormonów i przeciwciał oraz wykonane badanie USG tarczycy

(8.30–9.30). Przy niestwierdzeniu wskazań do BACC, po otrzymaniu wyników hormonalnych, tego samego dnia (13.00–14.00), lekarz mógłby postawić ostateczną diagnozę i zdecydować o dalszej opiece (AOS/POZ) — zatem praktycznie jest to hospitalizacja jednego dnia. Sytuacja, w której chory przychodzi rano do poradni i w godzinach wczesnopopołudniowych (14.00) jego diagnostyka jest już zakończona, pozwoliłaby uniknąć olbrzymiej biurokracji, jaka towarzyszy hospitalizacji. Koszty NFZ są zdecydowanie mniejsze niż koszty pobytu w szpitalu. Należy także założyć, że pacjent mniej stresowałby się w czasie takiej wizyty niż w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym.

Niestety, wdrożenie takiego modelu postępowania może się nie udać ze względu na następujące potencjalne problemy:

- wątpliwości, czy laboratorium uda się oznaczyć hormony i przeciwciała w czasie 3–4 godzin — niekiedy na wyniki badań czeka się kilka dni;
- zaplanowanie pracy lekarzy w taki sposób, aby pracowali cały dzień w poradni (przyjęcie chorych w godzinach porannych i następnie po godzinie 13.00) — w przypadku lekarzy łączących pracę w poradni przyszpitalnej i na oddziale może to okazać się trudne;
- po badaniu USG tarczycy może okazać się konieczne wykonanie BACC tarczycy — oznacza to, że na wynik trzeba będzie czekać kilka-kilkanaście dni.

Uwzględniając powyższe, wydaje się, że przynajmniej dwie wizyty są konieczne, przy czym, jeśli kończąca diagnostykę wizyta jest wyznaczona za kilka miesięcy (np. z powodu braku wolnych terminów wizyt u lekarzy), poradnia, mimo wykonania wielu badań, nie otrzyma za to zwrotu poniesionych kosztów. Z punktu widzenia poradni taka sytuacja jest nie do zaakceptowania. Może się jednak zdarzyć, że pacjent zażąda wydania wyników (ma do tego prawo) i zgłosi się do innego lekarza, np. prywatnie. Wówczas nigdy nie pojawi się na wizycie kończącej i poradnia poniesie tylko koszty (wizyt i badań), a nie otrzyma za to wynagrodzenia.

Mankamenty produktu PS1

Czy na pewno jest to relatywnie dobra wycena produktu PS1?

Początkowo NFZ zakładał, że u pacjenta należy przeprowadzić minimum 3 badania, przy takiej samej stawce. Wykonanie dodatkowych dwóch badań jest dodatkowym kosztem (sztywnym, którego nie można obejść), który wpływa na to, że dochód dla poradni będzie mniejszy (i to znacząco mniejszy). Można sobie wyobrazić sytuację kliniczną, w której nie ma potrzeby wykonania aż tylu badań, na przykład chory obecnie

przyjmujący substytucyjne leczenie L-tyroksyną, będący po operacji tarczycy — subtotalnej tyreoidektomii z powodu wola guzkowego wykonanej 3 lata wcześniej, proces autoimmunologiczny wykluczono przed operacją. W tym przypadku wskazane jest wykonanie USG tarczycy (jeśli nie przeprowadzono wiarygodnego badania w ostatnim czasie), badanie TSH, prawdopodobnie FT4, można jeszcze zlecić badanie anty-TPO (pytanie jednak, czy na pewno warto?) — nadal nie jest to 5 badań, trzeba zatem zupełnie niepotrzebnie wykonać jeszcze jedną procedurę, aby spełnić kryterium nie mniej niż 5 badań. Gdyby kryterium ustalono na 3 badania — nie byłoby takiego problemu.

Jednocześnie z pewnością będą zdarzać się chorzy, u których sytuacja kliniczna będzie wymagała wykonania większej liczby badań i to nieraz droższych (np. oznaczenie kalcytoniny). Wówczas środki, które zostały zaoszczędzone na diagnostyce przypadków prostych, mogłyby być przeznaczone na diagnostykę przypadków bardziej złożonych.

Przedstawiciele NFZ być może zakładają, że lekarze i tak będą wykonywać minimum badań i w ten sposób chcą systemowo wymusić konieczność szerszej diagnostyki (5 badań *vs.* 3 badania). Autorzy niniejszej pracy nie są przekonani, że to jest słuszne założenie — wszak wydawane są środki publiczne na niepotrzebne procedury. Korzysta wtedy laboratorium wykonujące te badania, szczególnie jeśli jest prywatne, natomiast poradnia ma mniej środków finansowych, trudno też jest jednoznacznie stwierdzić, że zyskuje pacjent.

Wprowadzony ryczałt (381 pkt) powinien służyć uproszczeniu rozliczeń, a nie być sposobem na cięcie wydatków przez NFZ. Nie do zaakceptowania jest sytuacja, w której za przeprowadzoną diagnostykę pacjenta ze złożonym problemem tarczycowym poradnia otrzyma wynagrodzenie niepokrywające kosztów badań. To może prowadzić do patologii w systemie, gdyż może spowodować do pewnego stopnia selekcjonowanie pacjentów (poradnia może preferować przyjęcia pacjentów z nieskomplikowanymi rozpoznaniem, a unikać przyjęć chorych z bardziej złożonymi problemami zdrowotnymi).

Pacjenci pozostający już pod opieką poradni

Pacjenci pozostający już pod opieką poradni nadal będą leczeni według „starych” zasad, a więc nie będą uprzywilejowani do „szybkiej” diagnostyki — liczba wizyt i odstępów między nimi muszą być zaplanowane tak, by w jak najefektywniejszy sposób rozliczyć wykonane badania z uwzględnieniem typów wizyt. Dodatkowo trzeba wziąć pod uwagę fakt, że z grupy przyjętych pierwszorazowych chorych, u których przeprowadzono diagnostykę według PS1, część pacjentów

pozostanie pod opieką poradni. Ci chorzy muszą mieć zapewnione wizyty kontrolne, choć nie wskazano, jak rozwiązać tę sytuację, w przypadku gdy poradnia już wcześniej była niewydolna.

Zmiana pracy poradni

Produkt PS1 wprowadzono od 01.01.2020 r, a stosowne rozporządzenie Prezesa NFZ ukazało się 31.12.2019 r. Poradnie nie miały żadnych szans, by przygotować się na tak dużą zmianę w systemie. Skargi ze strony podmiotów leczniczych były tak liczne, że już w pierwszych dniach stycznia NFZ zdecydował się na wprowadzenie okresu przejściowego (do końca czerwca 2020 r, później ten okres przedłużono do końca września 2020 r.), w którym obowiązywały dwie ścieżki diagnostyki pacjentów pierwszorazowych — według starych i nowych zasad. Od 01.10.2020 obowiązuje już tylko PS1.

Personel

W związku z wprowadzonymi zmianami pojawia się pytanie, kto ma tę dodatkową pracę w poradni wykonywać. Dotychczas zatrudnieni lekarze mają przecież wypełnione grafiki przyjęć pacjentów na kilka-kilka miesięcy do przodu. Dobrym rozwiązaniem wydaje się zaakceptowanie przez NFZ tak zwanych miejsc rezydenckich w potencjale osobowym poradni. Pozwoliłoby to na skorzystanie z pomocy lekarzy będących w końcowym okresie specjalizacji.

Jaka przyszłość czeka PS1

Budżet NFZ

Gdy opracowywano pomysł PS1, świat był wolny od problemów związanych z COVID-19, a Polska notowała solidny, stały od kilku lat, wzrost gospodarczy, konsekwencją którego budżet NFZ z roku na rok rósł.

Obecnie to już przeszłość i wszelkie plany budżetowe będą musiały być zweryfikowane. Istnieją więc obawy, czy w budżecie NFZ wystarczy środków na nielimitowane świadczenia.

Dostępność do endokrynologa

Należy sądzić, że kolejki dla pacjentów pierwszorazowych do poradni endokrynologicznej istotnie się skrócą. Natomiast sytuacja chorych, którzy pozostają już pod opieką poradni endokrynologicznej, wcale nie musi się poprawić, a wręcz może się pogorszyć (obowiązujące nadal limity na świadczenia, wycena pracy skalkulowana na podstawie cen sprzed kilku lat, coraz bardziej nieprzystająca do oczekiwań ze strony lekarzy specjalistów w zakresie podwyższenia wynagrodzeń). Jeśli nic się w tym zakresie nie zmieni, należy oczekiwać dalszego odpływu specjalistów endokrynologów

z sektora świadczeń opłacanych przez NFZ do sektora usług komercyjnych.

Mając świadomość ograniczeń/mankamentów PS1, należy także docenić wysiłek NFZ i wolę dokonania zmian. Dotychczas stawiano albo wątpliwe diagnozy (np. w Polsce jest niedostateczna liczba endokrynologów), albo wykonywano tylko pozorowane ruchy (np. wprowadzano coraz bardziej skomplikowany system rozliczeń świadczeń w AOS, z podziałem na pule punktów dla pacjentów pierwszorazowych/wielorazowych/onkologicznych, czy rozbudowywano sprawozdawczość dotyczącą kolejek pacjentów).

Nowe zasady diagnostyczne

Zgodnie z założeniami NFZ coraz więcej chorób endokrynologicznych ma być diagnozowanych i leczonych na „nowych zasadach” w AOS, co tym samym ograniczy liczbę hospitalizacji.

Wniosek

Uwzględniając wszystkie za i przeciw, trzeba przyznać, że zmiany wprowadzone wraz z pakietem PS1 są pierwszym, realnym krokiem w kierunku uzdrowienia sytuacji i rozwiązania problemu niewydolnego systemu AOS.