



Fot. iStockphoto.com

RADY DLA NOWEGO ministra zdrowia

ADAM KOZIERKIEWICZ

Każdy nowy rząd i nowy minister zdrowia zaczynają kadencję od wielkich planów. Popularne na początku są deklaracje o „dokonaniu zmian systemowych”. Często za takimi zapowiedziami idzie niepełna znajomość tego, jak ten system działa, a postulowane zmiany systemowe oznaczają „przesuwanie dużych klocków” typu – wprowadzanie kas chorych, likwidacja kas chorych, wprowadzanie NFZ, likwidacja NFZ, utworzenie sieci szpitalnej, onkologicznej lub kardiologicznej albo jej likwidacja. Takie zmiany wydają się „systemowe” przez to, że dotyczą najważniejszych instytucji – a są atrakcyjne, bo można ich dokonać za pomocą ustawy.

Problem polega na tym, że tzw. zmiany systemowe często mają ograniczony wpływ na to, jak system ostatecznie działa. Na dodatek ich skutki są bardzo często nieprzewidywalne i nieoczekiwane. Politycy zapominają, że to nie jest jednorazowy akt, ale raczej długotrwały proces, który trzeba zaplanować i nim zarządzać. Jeśli tego nie zrobimy, to po dokonaniu „zmiany systemowej” reszta dzieje się spontanicznie, często cha-

otycznie, zwykle wolniej, niż się oczekuje, a przede wszystkim w innym kierunku niż oczekiwany.

Najważniejszy jest cel

Dlatego rada dla przyszłego ministra zdrowia – proszę ustalić cele zmian, a następnie proszę przygotować projekt wdrożeniowy, z doбором odpowiednich działań, mechanizmem zarządzania projektem, okresową oceną rezultatów wdrożenia, skutków ubocznych, kosztów i korzyści itd.

Określenie celu zmiany jest przy tym najważniejsze. Celu, a nie sposobu jego osiągnięcia. Jaka jest różnica między jednym a drugim? Ano taka, że dany cel można osiągać różnymi sposobami i najczęściej nie za pomocą jednego mechanizmu, lecz złożenia wielu naraz.

Kampania wyborcza upłynęła pod znakiem wzajemnych oskarżeń i obelg, a w tej nawalance właściwie pominięto programy wyborcze. Z badań opinii społecznej wynika, że po inflacji najważniejszymi zmartwieniami Polaków są brak dostępu do lekarzy oraz koszty związane z nabywaniem usług (na rynku pry-

watnym) i leków. Jeśli to uznalibyśmy za wskazówkę, to celem ministra zdrowia powinno być „poprawienie dostępności do lekarzy”. Wszystkich lekarzy? Niekoniecznie, bo bardziej szczegółowe analizy prowadzą do wniosku, że dostęp do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest dość dobry (w niektórych miejscach natychmiastowy), podobnie jak do świadczeń szpitalnych, gdy stan zdrowia jest poważny.

Największym problemem jest dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, do poradnictwa i diagnostyki pozaszpitalnej. To na te usługi Polacy wydają najwięcej pieniędzy (poza zakupami leków). To brak możliwości dostępu do lekarza AOS wywołuje największe frustracje i dotyczy największej liczby osób; każdy obywatel przeciętnie korzysta z porady specjalistycznej trzy razy w roku, a zatem rocznie jest ok. 120 000 000 okazji do irytacji.

Pięć sposobów na poprawę

Jak można poprawić dostęp do (finansowanych przez publicznego ubezpieczyciela) usług AOS? Likwidacja limitów nie wystarczyła, jak widać po doświadczeniach ostatnich lat. Co zatem trzeba by zrobić? Pierwszym sposobem, już wdrażanym, ale wymagającym dalszego wysiłku, jest opieka koordynowana w POZ i możliwość kupowania usług ASO przez placówki POZ. W tym mechanizmie lekarz POZ zyskuje w AOS partnera, któremu płaci za konsultacje, a także wymaga odpowiedniej jakości oraz współpracy. W ten sposób można udroźnić dostęp do określonych rodzajów usług AOS oraz zredukować zapotrzebowanie na ich część dzięki temu, że po konsultacji u specjalisty kolejne porady będą udzielane w POZ. Drugim sposobem jest udostępnienie wiarygodnej i aktualnej informacji o najbliższym terminie przyjęcia w poszczególnych placówkach AOS i umożliwienie elektronicznej rejestracji. To spowoduje, że zredukowane zostaną skrajnie długie okresy oczekiwania, ponieważ pacjenci skorzystają z lekarzy dostępnych wcześniej, a jak wiadomo, nawet w sąsiadujących placówkach czas oczekiwania może być bardzo różny, przy czym pacjenci nie są tego świadomi. Trzecim sposobem jest uruchomienie rezerw lekarzy specjalistów, którzy nie świadczą usług w sektorze publicznym, a jest ich coraz więcej. Powodów jest wiele, a najczęściej wymieniane to mordęga biurokratyczna przy kontraktowaniu, trudność elastycznego łączenia praktyki prywatnej i usług publicznych czy przejście na emeryturę. Jak tych lekarzy wciągnąć do sektora publicznego? Sposobem może być uruchomienie platformy usług telemedycznych, podobnych do działających w sektorze prywatnym, na których lekarze w elastyczny sposób mogą poświęcać swój czas pacjentom z sektora publicznego. Świadczenie takich usług nie jest powiązane z lokalizacją geograficzną, a zatem można udzielać porad osobom na najdalszych zakątkach kraju, a nawet za

„Rada dla przyszłego ministra zdrowia – proszę ustalić cele zmian, a następnie proszę przygotować projekt wdrożeniowy, z doborem odpowiednich działań, mechanizmem zarządzania projektem, okresową oceną rezultatów wdrożenia, skutków ubocznych, kosztów i korzyści itd.”

granicą. Świadczenie tych usług powinno być możliwe dla każdego lekarza zachowującego prawo wykonywania zawodów w danej specjalności, bez zbędnych procedur administracyjnych, a elektroniczna platforma telemedyczna powinna gwarantować bezpieczne dostarczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do przeprowadzenia konsultacji. Czwartym sposobem jest usunięcie plagi niezgłaszania się na zarezerwowane terminy wizyt. Jak to można zrobić? Najmniej bolesną metodą jest dzwonienie i potwierdzanie, czy pacjent się pojawi, jak zaplanowano. Dzięki temu w sektorze prywatnym udaje się zredukować znaczną część opuszczonych slotów. Nie jest to do końca skuteczne, ale w sektorze publicznym nawet tego poziomu się nie osiąga. Trudniejszym, ale znacznie skuteczniejszym sposobem byłoby obciążanie pacjenta częścią kosztów wynikających z niestawiennictwa. To wymaga wprowadzenia pieniądza w proces świadczenia usług AOS. Niełatwe, ale efekt gwarantowany. I tak dochodzimy do piątego sposobu, tzw. zdrowotnych kont oszczędnościowych (ZKO), opisanych także w tym numerze „Menedżera Zdrowia”. ZKO to sposób na wymuszanie poprzez transakcje finansowe pożądanego zachowań zarówno pacjentów, jak i lekarzy. A jednocześnie ZKO to pieniądze publiczne, dystrybuowane do pacjentów zgodnie z zasadą solidaryzmu, zatem mimo wprowadzenia transakcji pieniężnych nie pozbywamy się ochrony ubezpieczeniowej pacjenta oraz różności dostępu do świadczeń, niezależnie od zamożności.

Czy omówione powyżej działania mogą zostać wdrożone? Nie wiadomo. Ale jest wiele argumentów, by sądzić, że wprowadzone razem, jednocześnie i w zorganizowany sposób rozwiązałyby najbardziej dotkliwy problem polskich pacjentów, tj. udroźniły dostęp do usług lekarzy AOS.

Adam Kozierekiewicz, ekspert ochrony zdrowia