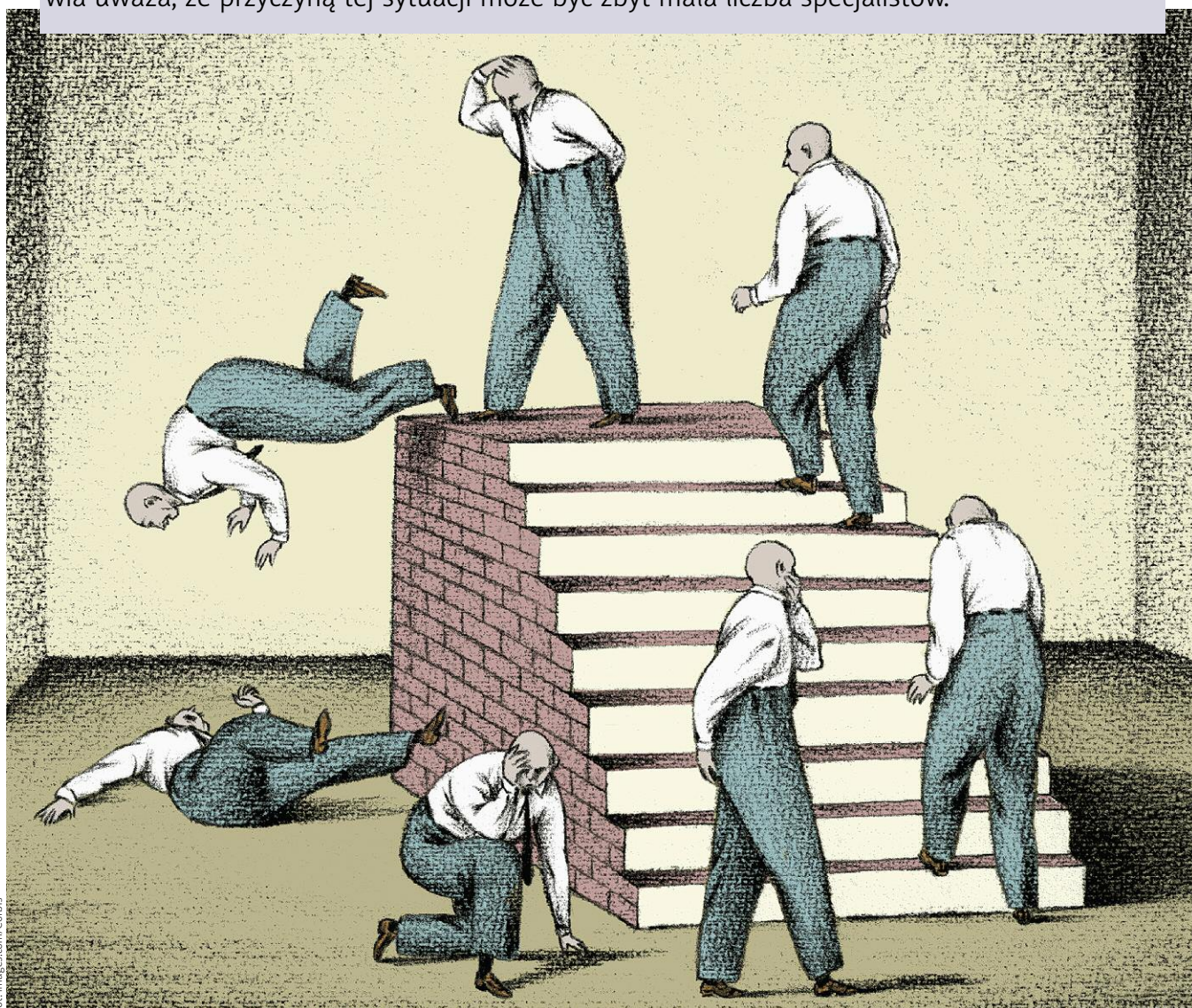


Dlaczego kolejki do specjalistów są tak długie

Ślepy zaułek

W dyskusjach dotyczących zakresu potrzebnych zmian w systemie opieki zdrowotnej zwraca się uwagę na nierozwiązany problem kolejek do specjalistów. Część menedżerów służby zdrowia uważa, że przyczyną tej sytuacji może być zbyt mała liczba specjalistów.



for. images.com/Corbis

Najważniejszą metodą finansowania świadczeń specjalistycznych w systemie publicznym (NFZ) jest tzw. opłata za usługę. W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że każde otwarcie drzwi, wejście pacjenta do gabinetu specjalisty wiąże się z określoną opłatą za konsultację i ewentualną inną czynność diagnostyczną

bądź zabiegową. Z tego powodu specjalista jest zainteresowany, aby świadczeń było dużo, jak najwięcej.

Poszukiwanie choroby

Pamiętam z własnej praktyki w prywatnym pogotowiu (niestety, nie wzbudza to we mnie wyrzutów

sumienia), że najlepszym dla moich dochodów okresem był przełom jesieni i zimy. Kilkakrotnie wzrastała wtedy liczba wyjazdów z powodu zachorowań na przeziębienia oraz grypę i kilkakrotnie zwiększały się także moje dochody. Przedwojenne przysłowie mówi, że lekarzowi i grabarzowi nie życzy się dobrego roku.

Specjaliści mają wpływ na zwiększenie liczby świadczeń (dodatkowe badania i konsultacje). Uzasadniają to koniecznością zapewnienia wysokiej jakości usług ze względu na dobro pacjenta. Dociekliwość i skrupulatność w poszukiwaniu choroby są przecież wysoko cenione, także przez chorych. Wśród lekarzy znane jest powiedzenie, że nie ma ludzi zdrowych, są tylko niedostatecznie przebadani. Wynagradzanym za usługę specjalistom może zależeć, aby pacjent miał rozpoznaną chorobę, wykonywane badania i „pozostawał w leczeniu” (pozostawał chory).

Rachunek ekonomiczny

Ekonomiści wiedzą, że stan zdrowia Polaków nie jest w prosty sposób uzależniony od liczby świadczeń, tzn. osoba, która poszła do lekarza 10 razy, nie jest 10 razy zdrowsza od takiej, która była u lekarza tylko raz, dlatego nie rekomendują systemów generujących udzielanie bardzo dużej liczby świadczeń. Dodatkowo wiemy, że takie „nadmiarowe”, drogie systemy początkowo odnotowywały tzw. niedobór pacjentów, a w miarę zwiększania finansowania stymulują wzrost liczby świadczeniodawców, którzy rozwijają pakiety wysoce opłacalnych, ale niekoniecznie najbardziej potrzebnych świadczeń. W Polsce dotyczy to np. niektórych świadczeń kardiologii inwazyjnej. Znane są metody pobudzania popytu na takie świadczenia. Im więcej specjalistów, tym więcej świadczeń specjalistycznych do sfinansowania, bez wyraźnego wpływu na stan zdrowia. Analiza rodzajów i jakości świadczeń specjalistycznych może prowadzić do przekonania, że ich realna wartość, oparta na ocenie współczynnika koszty-efektywność, jest problematyczna. Nie stwierdzono np., żeby zwiększenie liczby specjalistów poprawiało stan zdrowia populacji. Można się natomiast spodziewać, że większa liczba specjalistów wygeneruje większą liczbę świadczeń i problem kolejek pozostanie nierozwiązany.

Krytycy stawki kapitałowej

Niektórzy uważają, że kolejki można zmniejszyć, likwidując kapitałową technikę finansowania i wprowadzając gratyfikację za usługę, ponieważ wynagradzani w ten sposób lekarze rodzinni (podstawowej opieki zdrowotnej) będą zmotywowani do udzielania większej liczby konsultacji i w ten sposób odciążą specjalistykę.

Jednym z osiągnięć reformy systemu opieki zdrowotnej po 1990 r. było wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego z kapitałowym sposobem jej finansowania. Wolny wybór lekarza rodzinnego i lista podopiecznych gwarantują korzystny dla pacjenta mechanizm, motywujący



foto: iStockphoto

„ Każde otwarcie drzwi w gabinecie specjalisty wiąże się z określoną opłatą. Z tego powodu jest on zainteresowany, aby świadczeń było dużo, jak najwięcej ”

lekarza rodzinnego do skutecznego leczenia i utrzymania osób z listy w dobrym zdrowiu. Lekarz rodzinny chce bowiem tego samego, co jego podopieczny – aby pacjent pozostawał w jak najlepszym stanie zdrowia (i do lekarza nie przychodził). Nietrudno też zrozumieć, że lekarz rodzinny powinien być „strażnikiem bramki” i koordynatorem procesu konsultowania pacjenta przez wąskich specjalistów. Informacja o wszystkich zdarzeniach medycznych powinna się zbiegać w jego gabinecie. Lekarz rodzinny powinien mieć szerokie kompetencje i uprawnienia oraz właściwie skonstruowane bodźce (motywacje) do rozwiązywania większości problemów pacjentów na tym poziomie opieki (według WHO do 85 proc. świadczeń).

W Polsce realizowano kilka interesujących eksperymentów w podstawowej opiece zdrowotnej, np. w pilotażach „lekarza rodzinnego z budżetem” w województwach małopolskim czy zachodniopomorskim. Wykorzystanie doświadczeń lekarzy rodzinnych z budżetem (*fund holding*) może stanowić istotny wkład w budowanie polskiej koncepcji opieki koordynowanej. W tym wypadku struktury powinny się tworzyć od dołu, łącząc grupy lekarzy i populacje ich pacjentów z instytucją nabywcy świadczeń. Następnie w imieniu tych pacjentów lekarze rodzinni i urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia mogliby dokonać zakupu świadczeń specjalistycznych oraz szpitalnych na odpowiednich szczeblach opieki. Takie subsystemy ze względu na rozkład ryzyk powinny obejmować populacje powyżej 100 tys. osób.

Przywrócenie lub wprowadzenie niektórych rozwiązań organizacyjnych oraz poprawienie stawek korygu-

„ Wśród lekarzy znane jest powiedzenie, że nie ma ludzi zdrowych, są tylko niedostatecznie przebadani „

jących (wiekowych) i technik pozakapitacyjnych (obecnie wymagają zmian) może spowodować kolejne dobre zmiany w całym systemie opieki zdrowotnej, o czym mówiono podczas seminarium zorganizowanego w związku z dwudziestolecie medycyny rodzinnej w Pałacu Prezydenckim 19 listopada 2012 r. Deklarację poparcia takiego kierunku zmian można było usłyszeć zarówno od przedstawicieli prezydenta Komorowskiego, jak i Światowej Organizacji Zdrowia.

Kolejki, ciąg dalszy

Znam menedżerów służby zdrowia, którzy twierdzili, że za kolejki odpowiada brak elektronicznego systemu weryfikacji ubezpieczonych. System rejestracji rzeczywiście może być przydatny w racjonalizowaniu zasad dostępu do świadczeń deficytowych. Istnieją europejskie rekomendacje, jak należy zarządzać kolejkami, bo chyba nie ma kraju, w którym by ten problem nie występował. Bardzo rozbudowane i bezwzględne w egzekwowaniu regulacje ma np. Kanada. Funkcjonuje tam jeden z najdroższych na świecie systemów opieki zdrowotnej, a pomimo to jest problem kolejek. Z tego powodu znaczącym problemem ekonomicznym były wyjazdy bogatych Kandyjczyków, którzy nie chcieli czekać w kolejce, a których stać na opłaceniu usługi medycznej w nieodległych Stanach Zjednoczonych. W Polsce istnieje obawa, że samo wprowadzenie systemu eWUŚ i jego kolejnych generacji nie poprawi sytuacji. Wolne miejsca będą się błyskawicznie wypełniać. W kwestii wpływu eWUŚ na skrócenie kolejek do specjalistów – może spotkać nas rozczarowanie.

Zrównoważenie popytu i podaży w systemie opieki zdrowotnej jest jednym z najtrudniejszych problemów.

„ Według badań europejskich kolejki w Polsce są spowodowane niedostatecznym finansowaniem opieki zdrowotnej oraz niewłaściwą koordynacją leczenia „

Nie ma łatwych wzorców i sposobów. Zastanówmy się, dlaczego chodzimy do lekarzy i czy to jest w każdym przypadku potrzebne? Liczba świadczeń (wzorzec korzystania) zależy od tzw. kultury zdrowotnej rodzin, od propagandy medialnej, reklamy producentów sprzętu, firm farmaceutycznych i paramedycznych, marketingu usług itp. Pacjenci nie mają wystarczających kompetencji w sprawach zdrowotnych, niełatwo je pozyskać. Asymetria informacji jest istotną barierą przy dokonywaniu właściwych wyborów. Polacy przychodzą do lekarza „niepotrzebnie” albo „za późno”. Nierzadko są zachęceni do zachowań opisywanych jako prozdrowotne albo profilaktyczne, chociaż nie przeprowadzono dostatecznej analizy podstaw naukowych (*evidence based*) potwierdzających ich skuteczność. Agencja Oceny Technologii Medycznych wielokrotnie wyrażała negatywne opinie o tzw. programach profilaktycznych inicjowanych i realizowanych przez samorządy terytorialne. Marnowane są pieniądze publiczne, które przecież powinny być wydawane rzetelnie, gospodarnie i celowo.

Niewypał ekonomiczny

Takim niewypałem ekonomicznym może się także okazać program badań osób zdrowych. Proponuję pójść z tym pomysłem do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Prawdopodobnie odradzą.

Innym kontrowersyjnym pomysłem mającym się przyczynić do zmniejszenia kolejek jest wprowadzanie opłat za wizytę od pacjentów. Może się wydawać, że jest to działanie szybkie, spektakularne, relatywnie łatwe, potencjalnie zmniejszające kolejki do specjalistów, ale należy pamiętać, że nawet małe zobowiązania w istotny sposób uderzają w grupy ekonomicznie i zdrowotnie najsłabsze (osoby starsze, ubogie, najbardziej chore). Nie bez znaczenia są także wysokie koszty transakcji takich rozwiązań. Ponadto są one bardzo kosztowne politycznie, zwłaszcza w czasach kryzysu.

Niewłaściwa organizacja

Według badań europejskich – *Organisation for Economic Co-operation and Development, ECO/EDR (2012)*³ – kolejki w Polsce są spowodowane niedostatecznym finansowaniem opieki zdrowotnej oraz niewłaściwą koordynacją leczenia (niedostateczne wykorzystanie lekarzy rodzinnych). Obecność kolejek jest przyczyną szeregu niekorzystnych tendencji. Długi czas oczekiwania na usługi specjalistyczne powoduje stres i złą opinię Polaków o systemie. Świadczy o niedostatecznej jakości. Może powodować pogorszenie stanu zdrowia. Pacjenci usiłują „przeskoczyć kolejkę”, wykorzystując strategie niezgodne z prawem, w tym korupcyjne. Warto na zakończenie dodać, że istnieje (z powodów efektywnościowych) pewien pożądany czas oczekiwania na procedury, które nie są pilne, optymalnie ok. 7 dni.

Jacek R. Łuczak
Autor jest ekspertem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce