

Opieka (dobrze) kierowana



foto: Archiwum

Rozmowa z Adamem Koziarkiewiczem, ekspertem ds. ochrony zdrowia

W medycynie popyt można generować w zasadzie w nieskończoność. Amerykański model opieki kierowanej to jedna z prób racjonalizowania tego popytu. Czy udana? Czy możliwa do zastosowania w Polsce?

Na pewno możliwa do zastosowania w Polsce i w ograniczonym zakresie już stosowana. Czy udana – dużo jeszcze brakuje do uznania jej za w pełni skuteczną, ale z pewnością jest najskuteczniejszą ze wszystkich dotychczas podejmowanych. To próba zerwania z praktyką, że każda placówka, każdy lekarz wykonuje jakieś usługi i żegna pacjenta, nie dbając o ciągłość i kolejne etapy leczenia. Opieka kierowana (*manager care* – MC) polega na innym zdefiniowaniu tego, co powinno być efektem pracy lekarzy, i za ten efekt ich wynagradza.

Co jest zatem efektem pracy lekarzy wg koncepcji opieki kierowanej?

Od kilkudziesięciu lat w Stanach Zjednoczonych używa się nazwy *organizacje zachowania zdrowia* (*health maintenance organizations* – HMO) i to oddaje cel ich

działania. Są nim nie doraźne i drogie interwencje, lecz objęcie pacjenta całościową opieką, z profilaktyką włącznie. Z ekonomicznego punktu widzenia chodzi o to, by pacjent leczony był jak najskuteczniej i jak najtaniej. Lekarz powinien być wynagradzany nie tylko za to, że pomaga pacjentowi, gdy ten zachoruje, lecz w jakimś stopniu i za to, że jego podopieczny nie choruje, a jeśli już, to jego choroba diagnozowana jest wcześniej, by terapia była łatwiejsza i tańsza. W gruncie rzeczy koncepcja opieki kierowanej to próba wprowadzenia mechanizmu ekonomicznego, który zapewniłby lekarzowi premię właśnie za to, że pacjenci nie chorują. I za to, że gdy już się rozchorują, są leczeni tanio – wcześniej zdiagnozowani, nie wymagają kładzenia do szpitalnych łóżek, wysokospecjalistycznych i drogich procedur. Czyli odwrotnego do działającego dziś, gdzie lekarz zarabia dopiero wtedy, gdy pojawia się choroba, a największy zysk dla lekarza czy szpitala występuje w chwili zastosowania najdroższych, ratunkowych procedur.

Jak to działa?

W Stanach Zjednoczonych działa już od ponad stu lat. System ten stale ewoluje, w zależności od okresu i koniunktury gospodarczej – raz jest bardziej komfortowy, raz bardziej oszczędny. Obecnie opieka kierowana zdominowała rynek ubezpieczeń zdrowotnych, szacuje się, że 80–90 proc. ubezpieczeń Amerykanów można zaklasyfikować do opieki kierowanej. Zatem jest to forma, która po prostu zwyciężyła w rynkowej konkurencji z tzw. ubezpieczeniami tradycyjnymi (tzw. *indemnity*). System stale się zmienia i to, co było aktualne 10, 15 lat temu, jest już historią, ale w gruncie rzeczy Amerykanie wypracowali wiele użytecznych mechanizmów wykorzystujących naturalne zachowania ludzi i ich ekonomiczne motywacje. Szczegóły opisałem w artykule publikowanym w tym numerze *Menedżera Zdrowia* (*Patent Wujka Sama*, str. 24). Mechanizmy zastosowane przez Amerykanów były na tyle skuteczne, że na początku lat 90. XX wieku zaczęto wprowadzać je w Europie, początkowo w Wielkiej Brytanii za czasów Margaret Thatcher. Pojawiła się tam instytucja GP fundholdera, lekarza, który dysponował określonym funduszem na leczenie chorego zarówno przez siebie samego, jak i przez inne placówki. W przypadku brytyjskim, co jest podobne do Polski, chodziło dodatkowo o to, by pacjent sprawnie i płynnie przechodził do innych

świadczeniodawców. Lekarz rodzinny z budżetem mu to doskonale zapewniał. System się sprawdził, jego elementy z czasem wprowadzono w innych krajach Europy Zachodniej, np. Hiszpanii, Szwajcarii, Holandii, a także w postaci tzw. *disease management* w Niemczech.

Tyle że tam od zawsze istniał rynek medyczny. W Polsce mamy jedynie jego załączki...

To nie jest przeszkodą. Elementy systemu opieki kierowanej z powodzeniem wprowadzono na Węgrzech, kraju o podobnej strukturze ochrony zdrowia jak w Polsce, gdzie też mamy tylko jednego płatnika. Tam lekarze funkcjonują w ramach formalnych sieci, współpracują ze sobą. Rolę brytyjskiego fundholdera odgrywa lekarz rodzinny, ale także poradnia wielospecjali-

styczna lub szpital. Pacjent miał prawo wyboru specjalisty i placówki spoza sieci, ale to wiązało się ze znanymi problemami z kolejkami, ciągłością leczenia itp.

Czy w Polsce może być podobnie?

Wydaje się to możliwe bez istotnej zmiany przepisów. Tym bardziej, że na rynku prywatnym bez zmiany przepisów ta forma opieki i tak się rozwija, np. w tzw. sieciówkach, firmach abonamentowych. Poza tym mamy w historii dobre doświadczenia z GP fundholderami, które, niestety, zostały ostatecznie zarzucone w roku 2003. Widać także na rynku tendencje do tworzenia sieci i integracji, np. w przypadku szpitali, które podlegają ostatnio przekształceniom.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski