

Przejrzyste kolejki

jak skutecznie uregulować dostęp do deficytowych świadczeń medycznych



Janusz Michalak

W wielu krajach w publicznych systemach ochrony zdrowia ograniczenia finansowe powodują powstawanie kolejek do deficytowych świadczeń zdrowotnych. Sposobem na zmniejszenie napięć społecznych, związanych z tym zjawiskiem, jest jawność i przejrzystość list oczekujących. Polskie przepisy prawne nie normują dopuszczalnej długości czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia. W praktyce w wielu placówkach nie stosuje się przejrzystych procedur ustalania kolejności, ani nie monitoruje czasu oczekiwania w poszczególnych dziedzinach, co prowadzi do nierówności w dostępie do świadczeń, a nawet korupcji. Czy tej sytuacji – zwłaszcza w kontekście naszego wejścia do Unii Europejskiej nie należy ucywilizować?

Temu problemowi poświęcona została dyskusja zorganizowana przez Fundację im. Stefana Batorego. Spośród wielu bardzo ciekawych głosów wybraliśmy dwa, naszym zdaniem, najbardziej charakterystyczne. (Red.)



fot. archiwum

– prof. dr hab. n. med. Andrzej Bochenek, kierownik I Kliniki Kardiochirurgii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach:

– Od 1988 roku jestem kierownikiem Kliniki, a kolejki zaczęły się u mnie w 1995 roku. Na początku do zapisywania chorych wystarczał prowadzony przeze mnie zeszyt, później był to już zeszyt u oddziałowej, następnie – zeszyt u lekarza prowadzącego izby przyjęć. Kiedy jednak chorych było coraz więcej, widząc dramatyczną sytuację, jaka ma miejsce w szpitalu, postanowiłem w 1999 r. utworzyć specjalny system zarządzania kolejką. W tym celu stworzyłem z kolegami, opierając się na doświadczeniach także kolegów z Krakowa i Zabrze, kartę kwalifikacyjną do operacji. Aby mówić o pilności operacji, trzeba wiedzieć, jakie istnieje ryzyko, a więc w tej karcie zawarliśmy również ocenę ryzyka. Mamy trzy wskazania: natychmiastowe, gdy pacjent powinien być natychmiast operowany; pilne – pacjent powinien być operowany w ciągu 3 mies. i planowe, czyli operacje, które powinny odbyć się w ciągu 6 mies. Problem jednak w tym, że nie możemy wywiązać się z tych umów.

Dlaczego? Bo kolejka to jest umowa z pacjentem na realizację zlecenia. Czyli ja, wpisując pacjenta w kolejkę, zawieram z nim umowę. Kto jednak będzie odpowiadał za realizację tej umowy? Lekarz, ordynator, dyrektor szpitala, zarządca czy płatnik? Jak ja mogę podpisywać umowę z pacjentem, jeśli ja nie wiem, jakie w następnym kwartale otrzymam środki na wykonanie tej umowy? Więc – *a priori* – lekarz, który został postawiony na bramce przez polityków – i jest w dodatku oskarżany o to, że istnieje możliwość korupcji – na tym etapie jest całkowicie bezsilny. Kto będzie odpowiadał jeśli pacjent umrze w kolejce, bo nie został przesunięty w odpowiednim czasie na szybszą ścieżkę? Kto poniesie konsekwencje tego, że u pacjenta nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia?

Stworzyliśmy także możliwość poruszania się w obrębie kolejki. Powiedzmy sobie – mamy 2 500 chorych, z czego 800 chorych ma wskazania pilne, 140 chorych wskazania

natychmiastowe, a reszta to są wskazania planowe. Jak jednak administrować kolejką, skoro w jednej klinice wykonuje się 140 operacji i właściwie operuje się tylko wskazania natychmiastowe...

Wydawało mi się, że w takiej sytuacji bardzo ważne jest informowanie pacjenta. Informacja wyglądała tak: *do zabiegu operacyjnego kwalifikuje specjalista kardiochirurg na podstawie oceny dokumentacji medycznej i badania chorego, i ustala, czy to są wskazania natychmiastowe, pilne czy planowe*. W wyniku konsultacji każdy chory otrzymuje kartę kwalifikacyjną do operacji, która jest właściwie podpisaniem umowy z tym pacjentem. Karta ta powinna być zarejestrowana w centralnym rejestrze chorych oczekujących na operację. Chory sprawdza osobiście lub telefonuje do miejsca, gdzie jest centralny rejestr pacjentów oczekujących na zabieg operacyjny. W każdej chwili, właściwie w czasie godzin pracy ma dostęp i może dowiedzieć się, na którym

miejscu jest w tej kolejce, czy ona się przesuwą, czy też nie i dlaczego?

Jednak jest jeszcze jeden problem – pogorszenie się stanu zdrowia chorego. W takiej sytuacji prosimy, aby chory zgłosił się do poradni kardiologicznej, gdzie komisyjnie zostanie oceniony stan jego zdrowia i po decyzji komisji może nastąpić zmiana kwalifikacji trybu przyjęcia. Napisałoby się także – bo przecież mamy pacjentów z całej Polski – że podstawą do rozpatrzenia zmiany kwalifikacji może być powiadomienie pisemne kliniki kardiologicznej o pogorszeniu stanu zdrowia przez lekarza, który bezpośrednio opie-

kuje się chorem. I co się okazało? Ano, że w tej chwili mam 180 faksów, gdzie jest napisane *natychmiast prosimy o operację...* My nie wiemy, czy ci lekarze, którzy piszą do nas robią to pod wpływem stanu pacjenta, czy też może pod innym wpływem. Natomiast, gdy przyśpieszamy kolejkę, to okazuje się, że mamy problem. Odpowiedzialnym za nadzór nad listą oczekujących jest lekarz i to jest najgorsza funkcja w Klinice. W sprawach skarg i wniosków przyjmuje ordynator i zastępca kierownika Kliniki. Okazuje się, że od pewnego czasu są to ich najbardziej czasochłonne obowiązki.

Takie są realia i należy zadać sobie pytanie – czy system, jaki stworzyliśmy, w sytuacji dramatycznego niedostatku usług medycznych, jest w ogóle możliwy do przeprowadzenia. Jak tej sytuacji zaradzić? Musimy przede wszystkim poprawić dostępność do usługi kardiologicznej. Jeżeli w Polsce wykonuje się 10 tys. operacji kardiologicznych, co daje nam ok. 200–300 na milion ludności, natomiast potrzeby są na poziomie 900–1 000 na milion ludności, to wiadomo, że sytuacja jest dramatyczna i nie wierzę w żadną przejrzystość kolejki. ■



fol. Paulina

– Marek Balckl, senator RP, były minister zdrowia:

– Głos prof. Bochenka najpierw mnie zaskoczył, a potem upewnił w przekonaniu, że rekomendacja Rady Europy z 1999 roku, która mówi o tym, że należy zarządzać problemem kolejek, jest jak najbardziej trafna.

Dlaczego bowiem problem kolejek w kardiologii jest tak duży i narastający? Bo – na przestrzeni ostatnich 10 lat – nastąpił niebywały rozwój tej dziedziny. My jesteśmy w tej dziedzinie obecnie na poziomie Europy z pierwszej połowy lat 90. Zrozumiałe jest, że dalszy postęp pociągnie za sobą jeszcze większe oczekiwania i potrzebne będą wyższe nakłady. Ale ta sytuacja nie przekłada się na wiedzę powszechną. Jest ona taka, że ludziom wydaje się, że problem wynika przede wszystkim wyłącznie ze złej

organizacji. Znamienne, że opinia publiczna w większości – co pokazują badania – bo w 51 proc. była przeciwna podnoszeniu nakładów na zdrowie. Jednocześnie aż w 90 proc. nie zgadza się na odejście od publicznego systemu opieki zdrowotnej i na urynnowanie. Podobne opinie zresztą panują w Europie.

Nie powinniśmy się skupiać na pokonywaniu ograniczeń, które są nie do pokonania, bo wtedy nie zrobimy tego, co jest możliwe. Wówczas możemy przegrać więcej. Porównania z bogatymi krajami, które najczęściej robimy, są zawsze ciekawe, ale z praktycznego punktu widzenia to jednak lepiej porównywać się z krajami, które przechodzą podobne fazy rozwoju, a dochód narodowy i poziom rozwoju gospodarczego tak bardzo nie odbiega od naszego. Wtedy łatwiej te rozwiązania mogą być u nas implementowane. W niektórych obszarach chętnie patrzę, np. na Hiszpanię. Niektóre tamtejsze systemy aż się proszą, aby spróbować wykorzystać je u nas.

Profesor Bochenek dużo i słusznie mówił o gwarancjach czasu oczekiwania. Należałoby zadać pytanie, kto ma tę gwarancję określić? Toż nie świadczeniodawca! Bo zawsze się znajdzie taki ośrodek, który będzie gwiazdą na mapie placówek opieki zdrowotnej i wszyscy będą chcieli się tam leczyć. A więc gwarantowanie wszędzie, np. 6-miesięcznego oczekiwania na dany zabieg nie ma tam sensu. Powstaje problem, czy obowiązek stworzenia gwarancji co do czasu po-

winien mieć u nas Narodowy Fundusz Zdrowia, czy też to powinno mieć umocowanie ustawowe. Uważam, że do tego dojdziemy. Wówczas pacjent będzie miał wybór – dłuższego czekania na zabieg w tym ośrodku, który jest wiodący, albo krótszego – w wypadku skorzystania z innego ośrodka. Gdy Polska wejdzie do Unii, a okresy oczekiwania na operacje będą przekraczane, to pacjent będzie mógł wyjechać na leczenie za granicę, a Narodowy Fundusz Zdrowia będzie musiał za jego operację zapłacić.

Ewidencjonowanie kolejek oczywiście, nie rozwiąże żadnego problemu. Umożliwi jednak pokazanie, jaka jest sytuacja. Może później zdecydujemy, aby sytuację braku środków złagodzić, choćby wprowadzając przymusowe, dodatkowe ubezpieczenia. Jednak przestrzegalbym przed traktowaniem tej sprawy jako remedium na załatwienie problemu. Dopóki będzie istniał powszechny system służby zdrowia, z szerokim zakresem świadczeń, to dodatkowe źródła finansowania będzie bardzo trudno stworzyć.

Powinniśmy szukać różnych rozwiązań sytuacji niedoboru, w tym także dodatkowych ubezpieczeń czy nawet komercjalizacji niektórych obszarów medycyny. Niech one pompują pieniądze do systemu. Jednak od publicznego modelu służby zdrowia nie uciekniemy, a tutaj finansowanie i zasady korzystania muszą być jasno określone, transparentne i znane przez wszystkich. ■