

Funkcjonalność przede wszystkim

<https://doi.org/10.33141/po.2008.03.01>

Jacek Hołówka

Przeгляд Organizacji, Nr 3 (818), 2008, ss. 3-5

www.przeглядorganizacji.pl

Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK)

Prosty przykład czasem rzuca światło na trudny problem. Dzieci lubią grać w karty, najchętniej w wojnę. Dzielą się talią przez pół i na zmianę wykładają swoje karty, biorąc po jednej od góry. Porównują liczbę oczek i wygrywa ten, kto zbierze więcej lew. Spory na temat organizacji opieki medycznej wyglądają bardzo podobnie. Przedstawiciele ministerstwa mają swoje argumenty (głównie, że budżet jest ograniczony – co jest prawdą) i przedstawiają je jeden po drugim. Lekarze z drugiej strony tłumaczą, dlaczego nie mogą pracować na dotychczasowych warunkach i wyliczają swoje argumenty jeden po drugim (głównie, że źle zarabiają – co też jest prawdą). Gra się kończy, gdy jedna ze stron się zmęczy. Ja czekam na dzień, gdy zmęczą się obie jednocześnie i zaczną poważnie rozmawiać na nowy temat – jak uczynić medycynę zawodem praktycznie funkcjonalnym, dobrze płatnym i przyjaznym dla pacjenta.

Ten problem nie jest kwestią ani wyłącznie polityczną, ani medyczną, ani socjologiczną, ani finansową. Nie jest też czystym problemem zarządzania, bo sprawowanie opieki medycznej wiąże się z istotnymi wartościami – ludzkim życiem i zdrowiem. Dlatego nie można o organizacji opieki medycznej rozmawiać wyłącznie w języku technicznym i operacyjnym, z nastawieniem, że zmiany muszą być płytkie i powierzchowne. Trzeba zaplanować funkcjonalną całość, która nie będzie maksymalizować jednego wskaźnika, ale optymalnie zrealizuje liczne rozbieżne oczekiwania, przyjmując za nadrzędny cel sprawność fizyczną i psychiczną pacjentów.

Przy tym założeniu spór na temat tego, jaki typ opieki zdrowotnej jest najlepszy, nie może prowadzić do podjęcia racjonalnych decyzji. Po pierwsze, nie wiadomo – i nie da się tego ustalić – ile jest różnych typów opieki. David Mechanic uważa, że w zasadzie istnieją trzy formy organizacyjne – medycyna państwowa, dobrowolne ubezpieczenia i medycyna prywatna. Mark Field jest natomiast zdania, że istnieje pięć form organizacyjnych: medycyna anomiczna, pluralistyczna, ubezpieczeniowa, państwowa i uspołeczniona. Obaj autorzy są

wybitnymi socjologami i mają dobre uzasadnienie empiryczne dla swoich tez. Ale ich rozbieżne ustalenia ukazują jedynie, że te same fakty można różnie artykułować, bo w każdym realnie istniejącym systemie opieki występują zarówno przypadki nieodpowiedzialnego bałaganu, czyli anomii, jak i wyjątkowego poświęcenia dla chorego – bez względu na koszty – czyli medycyny w pełni uspołecznionej. Jednak ani wyjątkowej nieodpowiedzialności, ani nadzwyczajnego poświęcenia nie można traktować jako wzoru pozytywnego czy negatywnego dla działania całej medycyny. Nie można na wyjątkach budować teorii standardowego działania. Trzeba raczej dostrzec – i tu Mechanic i Field są zgodni – że istnieją czynniki unifikujące sposób działania opieki medycznej oraz czynniki różnicujące. Czynniki unifikujące to przede wszystkim rozwój technologiczny w medycynie i jej globalizacja. Dziś te same lekarstwa – choć za różną cenę – używane są na całym świecie, wszędzie też stosowane są te same metody diagnostyczne i dyrektorzy szpitala starają się zdobyć to samo wyposażenie dla swoich instytucji. Czynniki dywersyfikujące to styl kształcenia i poziom finansowania. W jednych krajach kształcą się przede wszystkim generalistów, którzy mają szybko zdiagnozować pacjenta i przepisać mu jakieś skuteczne, choć powierzchowne leczenie, w innych krajach kształcą się głównie specjalistów, stosuje zasadę częstego powtarzania pełnych badań i wyraźnego prognozowania dalszego stanu zdrowia pacjenta. Jest oczywiste, że pierwszy styl leczenia wymaga mniejszych nakładów, a drugi znacznie większych. Tak więc głównymi czynnikami różnicującymi styl pracy są: zawodowe przygotowanie i sposób finansowania, bo medycyna potrzebuje olbrzymich nakładów. Ale pieniądze nie załatwiają wszystkiego – muszą być dobrze wydane. Tymczasem system może być tak skonstruowany, że nawet radykalne podniesienie jego poziomu finansowania może spowodować tylko stratę dodatkowych pieniędzy. Za nowe środki dokonywane są nietrafione inwestycje albo pieniądze rozplywają się w podwyżce płac. Pacjent nie odczuwa żadnej poprawy.



Wydaje się zatem, że dobrze działający system nie może funkcjonować jako monolityczna całość, tylko powinien się poddawać kontroli ze strony różnych podmiotów – klientów i profesjonalistów, administratorów i grup konsumenckich. Powinien zatem składać się z samodzielnie działających segmentów i modułów. Powinien odpowiadać na różne oczekiwania pacjentów, sprzyjać pojawianiu się postaw prozdrowotnych w społeczeństwie i uczyć odpowiedzialności za własne zdrowie. Powinien minimalizować koszty opieki i ograniczyć się do świadczenia usług ściśle medycznych, a nie tych, które należą do polityki społecznej. Powinien zapewniać wysoki standard wykształcenia i kompetentną pomoc pacjentom przez licencjonowanych i nadzorowanych fachowców. Kwalifikowanym pracownikom powinien zapewniać wysoki poziom wynagrodzenia i stwarzać im warunki pracy, w których dobro pacjenta może stać na pierwszym miejscu. Nadto powinien działać w sposób przejrzysty i uczciwy, rozpoznając własne błędy i patologie, stosując skuteczne sposoby ich usuwania.

Warunki te może spełnić tylko taki system opieki, w którym obowiązywać będą następujące zasady:

- wyróżnienie trzech podmiotów w opiece medycznej: klient, świadczeniodawca i ubezpieczyciel;
- uznanie współpłacenia za podstawową formę finansowania;
- priorytet medycyny ratunkowej;
- różne poziomy referencyjne dla różnego typu schorzeń;
- konkurencja między ubezpieczycielami i między świadczeniodawcami;
- powołanie do życia specjalistycznych fundacji zajmujących się opieką nad wyróżnionymi grupami pacjentów;
- odróżnienie pomocy terapeutycznej od pielęgnacyjnej.

1. Patologie funkcjonalne w medycynie wiążą się często z ograniczeniem relacji zawodowej do dwóch osób: lekarz – pacjent. Jeśli pacjent musi się liczyć tylko ze zdaniem lekarza, to albo może wyludzić od niego jakieś zbędne świadczenia, albo odwrotnie, może nierozsądnie ignorować zalecenia lekarza. Co gorsze, lekarz i pacjent mogą ze sobą wejść w jawną lub nieformalną znowę, by uzyskać dla pacjenta świadczenia mało potrzebne, mało skuteczne, ale imponujące i kosztowne. W takiej sytuacji rolę czynnika kontrolującego może pełnić ubezpieczyciel. Jeśli liczy się jego opinia w sprawie zakresu świadczeń, lekarz i pacjent będą wybierali usługi efektywne – czyli maksymalnie skuteczne przy wybranej cenie. Zmowa trójczłonowa jest w takiej sytuacji mało prawdopodobna, bo interesy poszczególnych stron są wyraźnie różne. Ubezpieczyciel chce leczyć ta-

nio i skutecznie, choć niekoniecznie wygodnie dla pacjenta. Pacjent chce się leczyć skutecznie i wygodnie, choć niekoniecznie za najniższą cenę. Lekarz chce leczyć skutecznie i możliwie za wyższą cenę z powodów związanych z prestiżem i kontaktami zawodowymi. W tej sytuacji próba realizowania własnego, wąsko pojętego interesu napotyka opór dwóch stron, co zwykle wystarczy, by nieuzasadnione roszczenia pohamować. Ten system trójczłonowej kontroli jest stosowany w ubezpieczeniach samochodowych i dobrze się tam sprawdza. Po wypadku klient chce mieć naprawiony samochód na najwyższym poziomie; warsztat chce naprawiać za wysoką cenę; ubezpieczyciel kontroluje wydatki. Taki układ nie wyklucza całkowicie patologii, ale mają one charakter spisku, a nie trwałego błędu systemowego. W medycynie podobne rozwiązanie da się bez trudu zastosować – albo przez stałe finansowanie jakiejś instytucji medycznej przez jednego ubezpieczyciela – takie wyjście przyjęto w Heath Maintenance Organizations – albo przez konsultowanie z ubezpieczycielem wszystkich znaczniejszych wydatków medycznych – takich jak np. operacja – i to rozwiązanie jest stosowane w wielu otwartych szpitalach. Poza przypadkami medycyny ratunkowej, gdy trzeba działać szybko i skutecznie, oszacowanie potrzeb medycznych klienta przez lekarza pracującego na rzecz ubezpieczyciela nie jest trudniejsze niż oszacowanie strat powypadkowych w samochodzie. Trzeba się tylko przyzwyczaić do nowego sposobu myślenia.

2. Współpłacenie jest ważnym wymaganiem racjonalizacji świadczeń i ich kosztów, bo stanowi główny instrument wzmocnienia potrzeb prozdrowotnych. Wielu pacjentów nadużywa czasu lekarza i medycznego personelu, bo ma pełne ubezpieczenie, uprawniające do wszelkich świadczeń. Tak jest zawsze w narodowym systemie usług. Mając uprawnienie do nieograniczonego kontaktu z lekarzem, wiele osób w starszym wieku mających stale jakieś nieusuwalne dolegliwości, a także wiele osób chronicznie chorych lub hipochondrycznych, umawia się na wizytę bez poważnego klinicznego powodu. Drobną opłatą na wejściu – 5 lub 10 złotych – albo przyjęcie zasady, że pacjent musi z góry płacić, a ubezpieczyciel refunduje jego wydatki, skutecznie powstrzymuje pacjentów mogących sobie poradzić bez lekarza przed absorbowaniem jego czasu. Przeciwnikom tych rozwiązań warto do znudzenia powtarzać regułę, która jest trywialnie prawdziwa: nie ma leczenia za darmo. Jeśli pacjent nie płaci, to płaci ktoś inny, i ten ktoś też powinien mieć prawo do ograniczania zbędnych kosztów. Innym korzystnym rozwiązaniem jest przyjęcie zasady, że ubezpieczony pokrywa tylko 50% swojej składki, a resztę płaci pracodawca –

dość często stosowane w USA. W ten sposób można zachęcić pracownika do wykupienia droższego ubezpieczenia, co jest korzystne i dla niego, i dla jego pracodawcy, który angażuje się w utrzymanie pracownika w dobrej kondycji. Ma to niemały wpływ na tworzenie bezpiecznych i zdrowych miejsc pracy.

3. Natomiast z wszelkich opłat bezpośrednich powinna być zwolniona medycyna ratunkowa. Karetki pogotowia i przychodnie przyszpitalne nie powinny badać, jakie ubezpieczenie ma pacjent, tylko powinny nieść mu pomoc – bez zwłoki! Celem takiej pomocy jest ratowanie życia, uśmierzenie bólu i skierowanie chorego na dalsze leczenie do wyższej placówki referencyjnej, w której leczenie jest wykonywane zgodnie z zakresem ustalonym przez firmę ubezpieczeniową.

4. Koncepcja różnych poziomów referencyjnych pozwala rozwiązać problem wykorzystania wysoko wyspecjalizowanych instytucji do leczenia błahych schorzeń oraz hamuje nadużycia na niższym poziomie, powodujące, że rozrzutna instytucja popada w długi z powodów czysto altruistycznych, bo zbyt często świadczy pomoc pacjentom nieubezpieczonym. Wygodnie jest zatem przyjąć trzy poziomy referencyjne: przychodnie lokalne, lecznice regionalne i kliniki medyczne. Przychodnie lokalne powinny być prowadzone przy minimalnym technicznym wyposażeniu i powinny zajmować się przypadkami łatwymi, krótkotrwałymi i tanimi. Taka placówka powinna zatrudniać internistę, chirurga, pediatrę i ginekologa, lub lekarza pierwszego kontaktu mającego praktyczną orientację w kilku z tych dziedzin. Taki lekarz powinien być zatrudniony na stałej pensji i powinien przyjmować każdego pacjenta, który się zgłosi po zapłaceniu kosztów wizyty lekarskiej (5–10 złotych). Ewentualne dalsze leczenie powinno być prowadzone na drugim poziomie referencyjnym w szpitalu miejskim lub rejonowym. Zakres usług tam świadczonych określałaby umowa z ubezpieczycielem. Przypadki szczególnie trudne lub kosztowne powinny być odsyłane na trzeci poziom, to znaczy do specjalistycznych klinik lub szpitali uniwersyteckich. Tu też istotną rolę powinien odgrywać ubezpieczyciel, ale ponadto finansowanie tych najbardziej elitarnych instytucji powinno być złożone i pochodzić z grantów, fundacji, dotacji rządowych itp.

5. By w sposób systemowy obniżyć koszty i nie finansować bez kontroli maksymalnego rozwoju technik medycznych, należy utrzymać konkurencję między ubezpieczycielami i między świadczeniodawcami. Pacjent powinien mieć wybór, z którym ubezpieczycielem podpisze umowę, aby mógł wybrać tego, który oferuje najszerszy zakres pomocy za te same pieniądze. Szpital powinien mieć możliwość wyboru świadczeniodawcy, aby za posiadane

pieniądze móc zakontraktować możliwie najwięcej usług na dobrym poziomie za stosunkowo umiarkowaną cenę. W takiej sytuacji lekarz, czyli świadczeniodawca, też będzie dbać o wysoką efektywność i o jakość usług.

6. Pewien rodzaj usług szczególnie kosztownych – np. transplantacja serca lub przewlekłe choroby psychiczne – nie będzie nigdy objęty pełnym ubezpieczeniem medycznym. Prewencyjne gromadzenie środków na koncie ubezpieczyciela na pokrycie kosztów takich świadczeń nie jest racjonalnym rozwiązaniem. Lepiej do tego celu powołać fundacje, które z jednej strony zajmą się finansowaniem odpowiednich badań medycznych, z drugiej zabiegać będą w parlamencie lub w Ministerstwie Zdrowia o zdobycie dodatkowych celowych funduszy, a z trzeciej, mobilizować będą pacjentów i ich rodziny do dzielenia się wiedzą na temat skutecznych sposobów walki z groźnymi schorzeniami i do wzajemnej samopomocy.

7. Wreszcie sprawą niezwykle ważną w każdym systemie opieki medycznej, który ma swe korzenie w komunistycznej medycynie państwowej, jest oddzielenie opieki pielęgnacyjnej od terapeutycznej. Klinika medyczna nie może być przechowalnią dla ludzi słabych, bezdomnych, niezaradnych i pozbawionych środków. Jeśli przyjęty system finansowania – co ciągle dzieje się w Polsce – pozwala ordynatorowi na przetrzymywanie na swym oddziale takich wycieńczonych osób, to jest to wielki i bardzo kosztowny błąd organizacyjny. Ten problem powinien być rozwiązany przez powołanie sprawnie działających służb z zakresu pracy socjalnej i przez powiększenie liczby dobrze nadzorowanych domów opieki. Istotnie, lekarza nie wolno stawiać przed dylematem: albo wyrzuci na ulicę wyleczonego właśnie pacjenta, albo musi go przechowywać na swym oddziale i udawać, że go leczy dalej. Ktoś powinien się zająć takim pacjentem, ale dalsza opieka nie jest obowiązkiem ani personelu medycznego, ani zatrudniającej go instytucji.

Sumując, dobrze działający system można zbudować stosunkowo łatwo i szybko, bo jest to system samoorganizujący się i samokorygujący. Tylko należy przezwyciężyć silne społeczne przyzwyczajenie do rzekomo darmowej opieki oraz tendencję do widzenia wyłącznych korzyści dla siebie półprawd, charakterystyczną dla wielu profesji występujących w obrębie medycyny. A mówiąc bardziej ogólnie – można się uczyć albo na już popełnionych błędach (których w tym przypadku było niemało), albo czekać na to, co stanie się po katastrofie. Wróćmy znowu do tego, co szczególnie lubią dzieci. Dzieci czekają na katastrofę.

prof. dr hab. Jacek Hołówka
Instytut Filozofii
Uniwersytetu Warszawskiego