

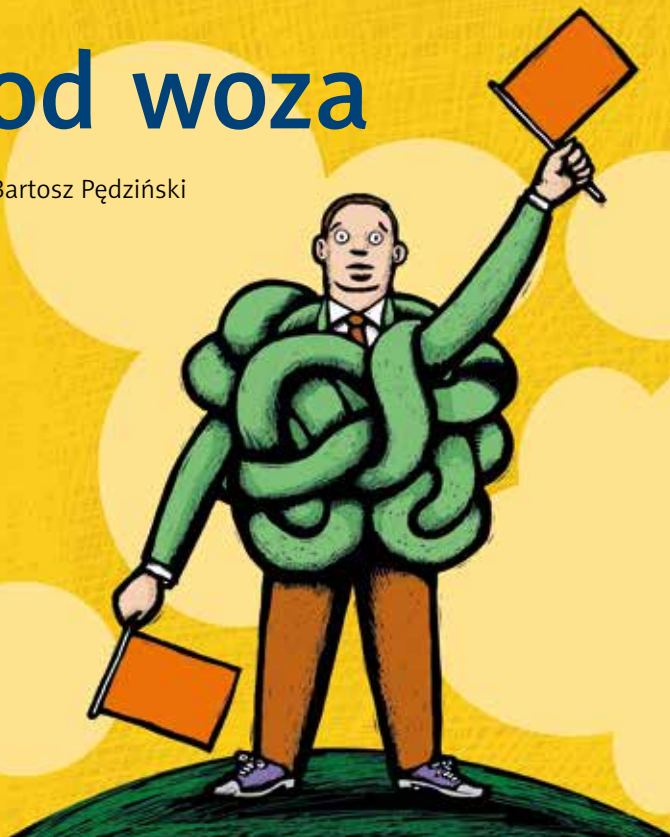
Koordynowana opieka zdrowotna: pozwolić na innowacje organizacyjne

KOZ-a daleko od woza

Bartosz Pędziński

Wyzwolenie innowacyjności organizacyjnej menedżerów polskich placówek medycznych jest możliwe, a model opieki koordynowanej to dobry punkt wyjścia.

fot. Illustration Works/Corbis



Model koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) od lat z powodzeniem funkcjonuje w wielu krajach charakteryzujących się różnymi systemami ochrony zdrowia – np. w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy częściowo w Niemczech. Model ten, zwłaszcza w USA, ewoluował naturalnie, z niewielką ingerencją regulatora. W ten sposób Stany Zjednoczone są ponownie w awangardzie, eksportując swoje rozwiązania organizacyjne.

Polskie doświadczenia

Polskie doświadczenia dotyczące organizacji opieki koordynowanej są wciąż bardzo skromne. W przeszłości co prawda próby w tym zakresie podejmowały gminy (model gminy Wydmyny), lekarze rodzinni (województwo małopolskie, łódzkie, zachodniopomorskie czy pomorskie), a nawet szpital powiatowy. Obecnie jednak, poza kompleksową ambulatoryjną opieką specjalistyczną (KAOS) dla chorych na cukrzycę oraz zakażonych HIV, brakuje przykładów tego typu opieki.

Próbie koordynacji opieki zdrowotnej podjęto ostatnio w stosunku do jednej grupy pacjentów w związku z tzw. pakietem kolejkowo-onkologicznym. Jednak znany od lat problem braku współpracy między lekarzami POZ, specjalistami i opieką szpitalną postanowiono rozwiązać, nakładając kolejne obowiązki admi-

nistracyjne na lekarzy poszczególnych szczebli systemu. Tymczasem w modelu KOZ współpraca ta zapewniona jest poprzez finansowanie skoordynowanej opieki sprawowanej przez wielospecjalistyczny zespół.

Przetknięte filary

Pierwszy filar opieki koordynowanej, opierający się na założeniu, że każdy pacjent ma stałego koordynatora odpowiedzialnego za opiekę, próbuje się zastąpić sztywną ścieżką diagnostyczną i kartą pacjenta onkologicznego, dzięki czemu pacjent ma sprawniej poruszać się po szczeblach systemu. Drugi filar, czyli zwiększenie dostępności świadczeń, co w modelu KOZ zapewnione jest poprzez promowanie wielospecjalistycznych placówek wyposażonych w szerokie zaplecze diagnostyczne, w Polsce planuje się zrealizować poprzez narzucenie sztywnych terminów pomiędzy kolejnymi skierowaniami na ścieżce diagnostycznej. Trzeci filar modelu KOZ, wynikający z zasady 2S, tj. stosowności (zapewnić świadczenia, których wymaga pacjent) i substytucji (rozważyć świadczenia tańsze, ale równie skuteczne), ma być realizowany poprzez wyznaczenie map potrzeb zdrowotnych oraz odgórne planowanie liczby i struktury świadczeń. Ostatecznie problem rozdrobnienia i wysokich kosztów operacyjnych małych świadczeniodawców, który w modelu KOZ rozwiązywany jest poprzez natu-

ralną konsolidację graczy rynkowych, w Polsce ma być zlikwidowany poprzez decyzję administracyjną wojewody wydającego opinię o celowości utworzenia nowego podmiotu leczniczego i jego komórek organizacyjnych.

Alternatywne rozwiązanie

Dla wielu typowych problemów opieki zdrowotnej model opieki koordynowanej może stanowić alternatywne rozwiązanie, z którego skorzystało wiele krajów. Porównanie organizacji opieki zdrowotnej opartej na modelu klasycznym (POZ *versus* AOS) oraz na połączeniu obu szczebli w modelu opieki kompleksowej i koordynowanej (POZ i AOS) przedstawiono w tabeli.

Nie destabilizując aktualnego systemu opieki zdrowotnej i procesu reformatorskiego, warto rozważyć rozwiązania opieki koordynowanej jako projekty pilotażowe lub równoległe do obecnego systemu. Tym bardziej że w Polsce pojawia się coraz więcej placówek dążących do opieki kompleksowej, które po stworzeniu odpowiednich uwarunkowań formalnoprawnych

mogłyby z powodzeniem wpisać się w model opieki koordynowanej. W placówkach medycznych, zwłaszcza prywatnych, tkwi wielki potencjał innowacyjności organizacyjnej, którą można wyzwolić, co umożliwiłoby optymalizację działalności na poziomie mikro. Warunek jednak jest taki, że system z poziomu makro (centrali NFZ, ministra zdrowia) nie może regulować wszystkiego bardzo szczegółowo.

Przykład Łomży

Przykładem jest Łomżyńskie Centrum Medyczne Sp. z o.o., będące w początkowej fazie realizacji projektu kompleksowej opieki zdrowotnej wspartej technologiami IT. Projekt opiera się na trzech założeniach dotyczących procesu i organizacji opieki zdrowotnej nad pacjentem. Po pierwsze, połączenie realizacji zadań wykonywanych w zakresie opieki podstawowej i specjalistycznej z szeroką diagnostyką laboratoryjną i obrazową. Po drugie, udzielanie świadczeń w jednym miejscu na zasadzie *one stop facility* z wykorzystaniem

Tabela. Wybrane elementy różnicujące model obecny (POZ *versus* AOS) oraz model opieki kompleksowej i koordynowanej (POZ i AOS)

Model obecny (POZ <i>versus</i> AOS)	Model opieki kompleksowej i koordynowanej (POZ i AOS)
POZ – limitowanie świadczeń w celu minimalizowania kosztów AOS – nadprodukcja niektórych porad lub procedur diagnostycznych dla zwiększenia przychodów	motywacja do uzyskania maksymalnych wyników przy możliwie najmniejszych nakładach zgodnie z zasadą 2S (stosowności – zapewnić świadczenia, których wymaga pacjent, oraz substytucji – rozważyć świadczenia tańsze, jeśli są równie skuteczne)
płatność według stawki kapitałowej (POZ) lub płatność za usługę (AOS), brak płatności za efekty	płatność za całościową opiekę oraz płatność uzależniona od efektów (np. premie za redukcję czynników ryzyka w populacji objętej opieką)
brak instytucji oceniającej efekty/jakość opieki	konieczność powołania instytucji oceniającej efekty/jakość opieki
brak premiowania placówek osiągających lepsze efekty opieki/wyższą jakość	premiowanie placówek osiągających lepsze efekty/wyższą jakość
koncentracja świadczeniodawcy na epizodzie opieki	koncentracja świadczeniodawcy na całości opieki
brak skłonności do udzielania świadczeń profilaktycznych	przy kontraktach wieloletnich skłonność do świadczeń profilaktycznych
brak koordynatora opieki nad pacjentem	koordynator opieki nad pacjentem (np. lekarz pierwszego kontaktu)
brak opieki zarządzanej, kierowanej do określonych grup pacjentów	realizacja opieki zarządzanej (<i>case management</i>) poprzez interdyscyplinarną współpracę lekarzy różnych specjalności w ramach KOZ
brak efektów skali wynikający z rozdrobnienia świadczeniodawców	efekty skali wynikające z konsolidacji świadczeniodawców

„ Nie destabilizując systemu opieki zdrowotnej i procesu reformatorskiego, warto rozważyć rozwiązania opieki koordynowanej jako projekty pilotażowe lub równoległe do obecnego systemu ”

wspólnych zasobów infrastruktury IT oraz aparatury diagnostycznej. Po trzecie, wykorzystanie narzędzi e-zdrowia, m.in. telemonitoringu stanu zdrowia pacjenta, telekonsultacji i pełnej elektronicznej dokumentacji medycznej zintegrowanej z e-kontem pacjenta.

Pierwsze doświadczenia dotyczące realizacji opieki kompleksowej w Łomży wskazują, że lekarze POZ oraz lekarze specjaliści skupieni w jednej organizacji mogą współpracować ze sobą skuteczniej niż w modelu tradycyjnym. Przykładem jest opieka nad pacjentami z nadciśnieniem tętniczym, którą w większości zajmują się lekarze POZ. Dopiero w skomplikowanych sytuacjach chorzy ci trafiają do kardiologa na konsultację specjalistyczną. Ustalenia w tym zakresie podejmuje się w trakcie wspólnych konsyliów pracowniczych. Ponadto proces ten jest usprawniony dzięki elektronicznej dokumentacji medycznej, do której dostęp mają wszyscy lekarze. Dzięki temu znają pełny obraz historii zdrowia i choroby pacjenta, a tym samym unikają dublowania badań laboratoryjnych, ordynacji lekowych czy powtarzania wywiadów.

Zarzuty

Często podnoszony zarzut celowego kierowania pacjentów z POZ do AOS w celu generowania dodatkowych przychodów specjalistyki należy w tym wypadku odeprzeć. Po pierwsze dlatego, że w wypadku kardiologii z uwagi na wielomiesięczne listy oczekujących w jednej organizacji zostaje ustalone, kto naprawdę powinien prowadzić pacjenta. Po drugie dlatego, że wizyta pacjenta raz na kwartał u lekarza POZ jest pożądana ekonomicznie, gdyż powoduje zwiększenie stawki kapitałowej. Równocześnie nagminne kierowanie pacjentów z POZ do specjalistyki może dać pożądaną efekty w zakresie świadczeń profilaktycznych w AOS. Przykładem jest wysoki odsetek kobiet objętych skriningiem cytologicznym, który w populacji kobiet korzystających z usług łomżyńskiej placówki jest 2,5 razy wyższy, niż wynosi średnia w Polsce. Efekt ten został osiągnięty dzięki położnym, które mając kontakt z pacjentkami w związku z realizacją opieki podstawowej, dbają, aby każdą swoją podopieczną skierować na badanie cytologiczne przeprowadzane w poradni specjalistycznej w ramach profilaktyki raka szyjki macicy. Połączenie funkcji POZ i AOS jest także uzasadnione ekonomicznie, gdy zaczyna się dostrzegać efekt skali

wynikający z dużych zakupów usług od podwykonawców czy inwestycji w aparat RTG, która nie byłaby opłacalna w wypadku małej praktyki lekarza POZ lub specjalisty. Zysk wygoszparowany z działalności medycznej przeznaczony na rozwój placówki (np. zakup nowego sprzętu) jest także korzyścią pacjenta.

Więcej zalet niż wad

Pozytywnych przykładów połączenia opieki podstawowej ze specjalistyczną można by wskazać więcej dopiero wtedy, gdy płatnik zdecydowałby się finansować szeroki zakres ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a nie jedynie jej epizody na szczeblu POZ oraz AOS. Gdyby pozwolić placówce KOZ na dysponowanie budżetem, byłaby ona zainteresowana tym, aby realizować opiekę na podstawie wspomnianej zasady 2S. Świadczenia byłyby udzielane w ramach zasobów własnych lub obcych (wyższych szczebli), jednak zawsze dobierano by je tak, aby osiągnąć optymalny efekt kliniczny bez ponoszenia nieuzasadnionych kosztów. Świadczeniodawca, który opłacany jest za całość opieki oraz jej efekty, sam zdecydowałby, czy pacjent będzie diagnozowany w szpitalu, w poradni specjalistycznej, u lekarza POZ lub może poprzez telediagnostykę i telekonsultację. Dzięki temu można by ograniczyć charakterystyczne dla polskiego systemu opieki zdrowotnej przepychanie pacjentów z POZ do AOS i szpitalnictwa. Dodatkowo przy założeniu, że kontrakty dla tego typu podmiotów byłyby wieloletnie, lekarze mogliby w końcu bardziej docenić funkcje medycyny prewencyjnej, aby w przyszłości nie ponosić nadmiernych kosztów medycyny naprawczej. Łączne finansowanie lekarzy POZ i AOS w jednej organizacji motywowałoby do kompleksowego podejścia do populacji objętej opieką. Przykładem może być generowanie list pacjentów z większą liczbą problemów zdrowotnych oraz zaproponowanie im planów leczenia opartych na sztuce zarządzania przypadkami (*case management*) i zgodnie z aktualnymi wytycznymi medycyny opartej na dowodach naukowych.

Należy oczywiście pamiętać, że KOZ ma swoje ograniczenia i placówka oferująca opiekę kompleksową musiałaby być poddana ścisłej kontroli pod względem efektów swojej pracy. W krajach zachodnich funkcję taką pełnią organizacje niezależne od płatnika, oceniające jakość opieki zdrowotnej w wymiarze technicznym (klinicznym) i jakość postrzeganą przez pacjenta (satisfakcję z opieki). Wyniki takich analiz wykorzystywane są przy określaniu puli pieniędzy kierowanych do jednostek KOZ, a także są upubliczniane, aby pacjenci mogli zdecydować, z usług której placówki chcą korzystać. W ten sposób o alokacji funduszy decydują zarówno kliniczne efekty działalności, jak i preferencje pacjentów.

Autor jest dyrektorem ds. medycznych Centrum Diagnostyczno-Leczniczego Łomżyńskiego Centrum Medyczne Sp. z o.o., wykładowcą w Zakładzie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.