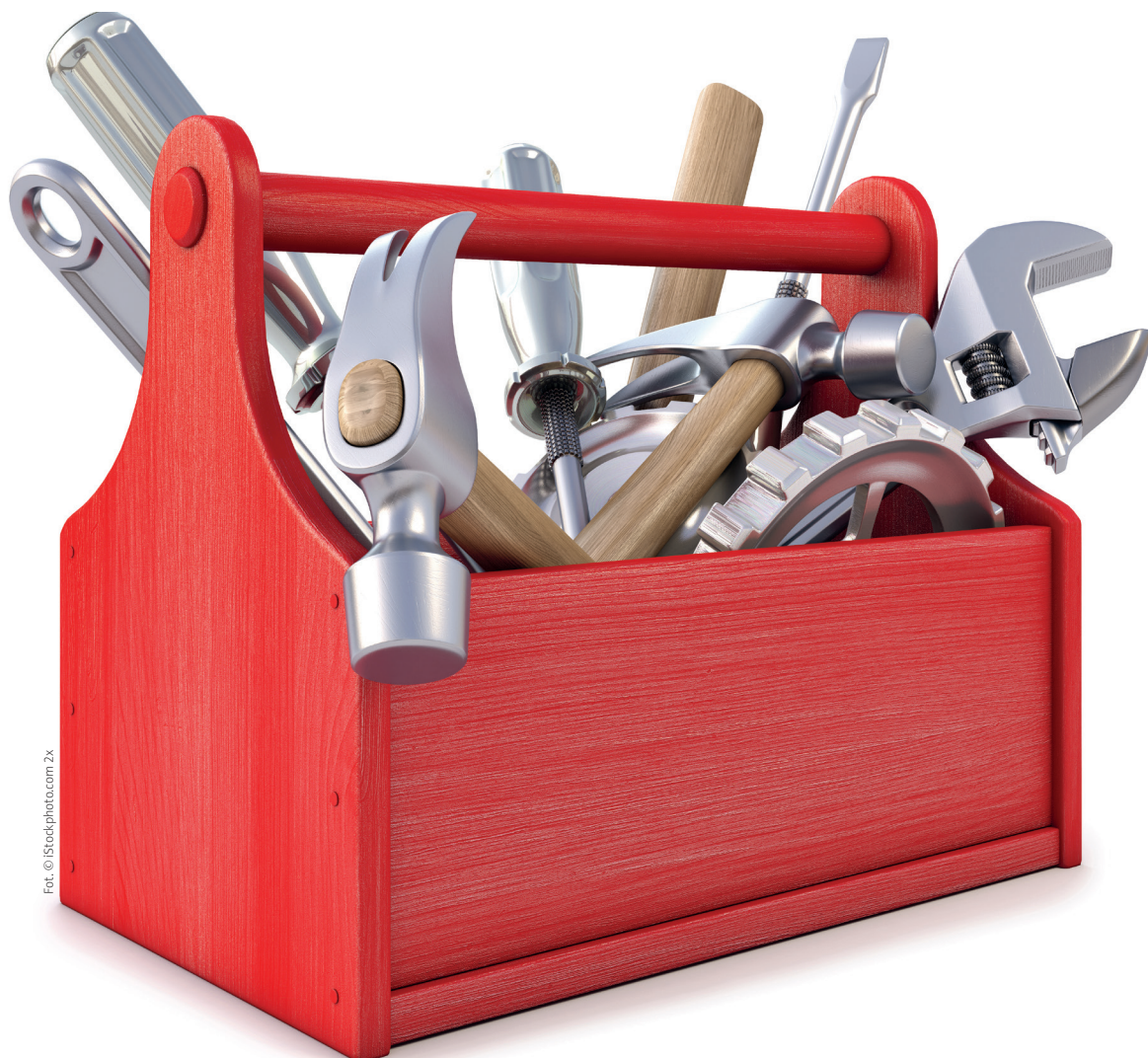


Czym różni się koordynacja świadczeń od kompleksowości?



Fot. © iStockphoto.com 2x

Skoordynowana kompleksowość przeciwłupieżowa

Koordynacja, kompleksowość, wszystko w jednym i jedno we wszystkim. Wygląda na to, że czekają nas ciekawe czasy, w których pacjent z określonym schorzeniem będzie miał zapewniony dostęp do wszystkich niezbędnych świadczeń.

0101010100101110101010010101010101001011

Preferowanie przez system finansowania kompleksowego zaopatrywania pacjentów nie jest niczym nowym. Słuszne jest tworzenie mechanizmów preferujących świadczeniodawców, a nawet wyróżniających świadczenia zawierające w sobie możliwie pełen wachlarz działań diagnostycznych i terapeutycznych związanych z problemem zdrowotnym chorego. Prowadzi to jednak do konieczności identyfikacji szczegółowych składowych świadczenia, co niekoniecznie jest spójne z koncepcją budżetowego finansowania. Szczególnie niepokojący jest brak systemowej koordynacji. Systemowej, bowiem tylko taka daje szansę na zachowanie swobodnego wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Chyba że w tym zakresie chorzy będą pozbawieni tego uprawnienia i będą skazani np. na rehabilitację w placówce, w której byli operowani. Warto również zastanowić się nad tym, jak daleko powinna sięgać koordynacja, czyli na ile szeroki powinien być zakres świadczeń powiązanych z zasadniczym zaopatrzeniem. Czy jeśli chory miał wykonany zabieg endoprotezoplastyki, to przysługiwać mu będzie tylko rehabilitacja? Czy schorzenia współtowarzyszące, a ściślej rzecz ujmując: powiązane z przyczyną choroby, również powinny podlegać zasadom kompleksowości? Wszak jeśli pacjent ma być „zaopiekowany w całości”, to w przypadku osteoporozy powinien mieć również zapewnioną ciągłą terapię tego schorzenia. W ten sposób można zapewnić ciągłość i kompleksowość w wielu obszarach terapeutycznych, natomiast świadczenia powinny być jednostkowo identyfikowane, wyceniane, a następnie na preferencyjnych warunkach sumowane. Cóż, lepiej nie rozwijać dalej tej myśli w obawie przed koniecznością opisania skutków takiej kompleksowości z punktu widzenia kolejek, dostępu do placówki nowych pacjentów, a w końcu możliwości finansowych płatnika. Dość powiedzieć, że jeśli mówimy „kompleksowe”, to rozumiemy „pełne, zapewniające wszystko”, a „wszystko” u człowieka schorowanego oznacza bardzo wiele.

Jeśli jednak pod określeniem „koordynacja” nie rozumiemy zapewnienia wszystkiego, a tylko to, co minister zdrowia uzna za konieczne, to ową koniecznością zostaną związani wszyscy. Z jednej strony świadczeniodawca, który będzie musiał wykonać świadczenie „kompleksowe”, aby otrzymać zapłatę za leczenie, z drugiej strony pacjent, który będzie musiał poddać się u tego świadczeniodawcy dodatkowym procedurom, aby otrzymać świadczenie. O ile w przypadku rehabilitacji kolejki sprawiają, że chorzy mogą się z tego ucieszyć, o tyle w planowanej niebawem koordynacji POZ radość ta może być już mniejsza. Wszak zgodnie z projektem ustawy o POZ z czasem pacjent składający deklarację w zespole lekarza będzie musiał korzystać ze świadczeń w miejscu wskazanym przez lekarza rodzinnego. To swoiste zwieranie szyków systemu, kumulowanie świadczeniodawców, aby stawić czoła dużym potrzebom pacjentów. Dzięki takiej „kompleksowości”

„ Czy choremu po zabiegu endoprotezoplastyki będzie przysługiwać tylko rehabilitacja czy również terapia osteoporozy? ”

można skupić środki, oczekując, że świadczeniodawca wykona więcej za mniej. Oczywiście, to „więcej” nie musi oznaczać więcej niż do tej pory było dostępne w systemie. Raczej dotyczyć będzie tego samego, choć w myśl mojej teorii, że zakres świadczenia ograniczać będzie świadczeniodawca do możliwości finansowych posiadanego budżetu, jednak będzie mniej.

Kogo można skoordynować?

Czy to na pewno koordynacja świadczeń jest kluczem do optymalizacji systemu? Sądzę, że pod płaszczykiem filozofii czynienia dobra dla pacjentów celem jest skoordynowanie budżetu, a w dalszej kolejności – samych świadczeniodawców. Przecież nikt nie pyta pacjentów, czy chcą być skoordynowani ani tym bardziej jakie świadczenia chcą mieć kompleksowe. Chory pod pojęciem kompleksowości rozumie najczęściej to, że udając się do lecznicy z określonym problemem, otrzyma świadczenia, które ten właśnie problem rozwiążą. O ile to terapeuta najczęściej lepiej wie, jaki rodzaj leczenia należy zastosować, o tyle to właśnie pacjent wyraża na to zgodę (lub nie). Nie może zatem być tak, że pacjent leczony z powodu zapalenia woszczyka będzie musiał poddać się wyrwaniu zębów, których próchnica spowodowała chorobę zapalną.

Spójrzmy jednak na sprawę zupełnie serio. Czym różni się koordynacja świadczeń od kompleksowości? Całkiem niedawno w systemie finansowania pojawiło się ciekawe rozwiązanie, pozwalające na udzielanie wyżej wycenionych świadczeń z zakresu rehabilitacji. Polega ono na tym, że gdy pacjent był hospitalizowany i na przykład miał wykonany określony zabieg (identyfikowany na podstawie ICD9), to po zgłoszeniu się nawet do innej placówki może otrzymać rehabilitację pohospitalizacyjną. Warunkiem wyższej wyceny jest udzielenie świadczenia w określonym, szybkim czasie po zakończeniu hospitalizacji. Efektem systemowym, dobrodziejstwem dla pacjenta jest to, że otrzymuje możliwość usprawniania w okresie najkorzystniejszym z punktu widzenia terapeutycznego. Największą korzyść przynosi bowiem rehabilitacja we wczesnym okresie. Skutkiem tego rozwiązania stało się oczywiście wydłużenie czasu oczekiwania chorych, którzy potrzebują usprawniania przewlekłego. Zaletą koordynacji



jest zwiększenie dostępności świadczeń, które z punktu widzenia klinicznego powinny następować po sobie, bez względu na to, czy realizuje to ten sam świadczeniodawca czy nie. Jeśli jednak mówimy o kompleksowości i tworzymy takie świadczenia, to w rozumieniu swoistego standardu świadczenia finansowanego wymogiem płatnika jest zrealizowanie usługi w kształcie i zakresie określonym przez koszyk. Z jednej strony kusząca jest możliwość zryczałtowania „wszystkiego w jednym”, z drugiej zaś tworzymy szablon postępowania terapeutycznego, odchodząc od spersonalizowanego podejścia do pacjenta. Nie można jednak zapominać, że system zmierza w stronę finansowania budżetowego, a więc nie będzie mowy o wykonywaniu przez świadczeniodawcę usług medycznych. Z czasem może wykształcić się definicja realizacji zadania publicznego z zakresu ochrony zdrowia, w której zawierać się będzie wykonywanie czynności diagnostyczno-terapeutycznych zmierzających do ratowania życia i zdrowia – nieokreślonych szczegółowo i nieposiadających granicy.

Przykład starej rury

W mojej ocenie wdrażanych zmian nie należy odczytywać jako nowej, wyższej jakości z punktu widzenia świadczeniodawcy. Oczywiście znacząco poprawi

Spodziewam się bardziej kompleksowości niż koordynacji. Kompleksowych świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej połączonej z wczesną rehabilitacją, neurologii i neurochirurgii w zakresie wczesnej rehabilitacji (choć tu sporo brakuje również w obecnym systemie, wszak nie tylko rehabilitacja ruchowa jest niezbędna). Nowością może okazać się szereg dodatków do świadczeń finansowanych obecnie, a nazwanych kompleksową opieką. Co jest kompleksowe, wyznaczy jednak minister zdrowia. Myślę jednak, że coraz większe szanse mają projekty zmierzające do faktycznej koordynacji, mającej na celu zapewnienie dostępu do kompleksowej opieki.

Taką inicjatywę opracowuje obecnie Urszula Jaworska, która od dłuższego czasu prowadzi prace nad skoordynowaną opieką dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM). To jest właśnie prawdziwa koordynacja i kompleksowość. Model, w którym kluczową kwestią jest praca koordynatora i wyodrębnione w systemie świadczenia, na bazie których buduje on ścieżki pacjentów. Warto przy tym podkreślić, że nie jest to związane z wielką przebudową struktury świadczeń, ale raczej z wpisaniem działania koordynatora w istniejący koszyk. Utworzono opisane kryteriami klinicznymi grupy pacjentów i przypisano im odpowiednie świadczenia, które powinny być udzielone w określonym czasie i cyklu. Projekt integruje obszary POZ, leczenia

0101010100101110101010010101010101001011

szpitalnego, opieki ambulatoryjnej, programów lekowych, rehabilitacji i opieki społecznej, sięgając również do narzędzi bezpośredniego wspierania rodziny pacjenta. Brzmi idealistycznie? Może tak, jednak zwróćmy uwagę, że mimo iż w systemie mamy wszystkie instrumenty niezbędne do zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentami z SM, nadal leczeniem objęto tylko znikomy procent. Wydaje się, że wskazywana przez Urszulę Jaworską droga do kompleksowości, wiodąca przez koordynację, jest jedyną słuszną. Obawiam się jednak, że nie do końca zgodną z linią obecnych zmian w systemie finansowania. Co bowiem stanie się z projektem, jeśli wszystkie zakresy świadczeń zostaną objęte budżetowym systemem finansowania? Jaką swobodę działania i możliwości będzie miał koordynator projektu w sytuacji, gdy zderzy się ze świadczeniami kompleksowymi, w dodatku często udzielanymi przez świadczeniodawcę pod wpływem wymagań płatnika? Można tylko mieć nadzieję, że na przykładzie skoordynowanej opieki dla pacjentów z SM minister zdrowia poprze kolejne inicjatywy koordynacji, organizując utworzone przez siebie świadczenia kompleksowe. Swoją drogą, nie jest to pierwszy pomysł stworzenia w systemie koordynatora, tyle że ten tworzy go naprawdę, a nie tylko teoretycznie. Przypomnijmy sobie choćby koordynatora pacjenta onkologicznego. Miał on być indywidualnym przewodnikiem, miał osobiście prowadzić pacjenta przez ścieżkę onkologiczną. W efekcie stał się koordynatorem pakietu w lecznicy, a pacjent najczęściej nawet nie wiedział, że takiego ma. Koordynator powinien zatem być osobą, która – podobnie jak lekarz czy pielęgniarka – bierze udział w realizacji świadczenia, nadając nazwom „koordynacja” i „kompleksowość” właściwe znaczenie. Przede wszystkim znaczenie dla pacjenta. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby jego praca była wyceniona w systemie i aby oczekiwać jej efektów w postaci optymalizacji kosztów płatnika oraz lepszego efektu terapeutycznego po stronie świadczeniodawców.

Nie mam łupieżu, ale mogę go mieć

Tworzone dotychczas tzw. świadczenia kompleksowe czy skoordynowane niewiele mają zatem wspólnego ze znaczeniem ich nazw. Stanowią jedynie agregację dotychczasowych świadczeń w celu optymalizacji wydatków i zmniejszenia migracji pacjentów pomiędzy świadczeniodawcami. Owa migracja nie sprzyja opanowaniu kolejek, a kolejki nie sprzyjają poprawie zdrowotności obywateli. Dodatkowo zaburza ona stabilność finansową płatnika, który co chwilę boryka się z tzw. nadwykonaniami, wynikającymi z powikłań i ruchu chorych poszukujących możliwości przeprowadzenia kolejnego etapu leczenia. Jedno trzeba przyznać: problemem obecnego systemu jest brak koordynacji. Panujące dotychczas rynkowe reguły systemu tworzyły często konkurencję, rywalizację i nie

„ Nie można zapominać, że kompleksowość wymaga koordynacji i możliwości wyboru „



„ Migracja pacjentów zaburza stabilność finansową płatnika, który co chwilę boryka się z tzw. nadwykonaniami „

tworzyły współpracy pomiędzy lecznicami. Opracowanie regulacji budujących interes świadczeniodawców w koordynowaniu ścieżki pacjenta jest zadaniem bardzo trudnym i z pewnością o wiele łatwiej realizować je projektami tematycznymi. Nie można jednak zapominać, że kompleksowość wymaga koordynacji i możliwości wyboru. Nasuwają mi się przykłady produktów służących do wszystkiego, np. szampoonów przeciwłupieżowych zapobiegających wypadaniu włosów i ułatwiających rozczesywanie. Nieważne, że nie mam łupieżu, ale mogę go mieć, zwłaszcza kiedy tak często drapię się po głowie, zastanawiając się, co poeta miał na myśli, mówiąc „kompleksowy”. Może właśnie to, że bym przestał drapać się po głowie i dał się „skompleksować”, zrównać z innymi w sposób nieskoordynowany, niepozwalający się zorientować, co mi przysługuje, a co mogę mieć?

Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.