

Koordynowana opieka zdrowotna  
– model A.D. 1992

# Pomalujmy ZOZ-y

Polski system opieki zdrowotnej jest niewydolny i bez wątpienia należy go zreformować. Pomysłów na to – lepszych i gorszych – jest wiele. Jeden z nich pochodzi z 1992 r. i opiera się na systemie ubezpieczeniowym.

Fot. Gettyimages/ Hill Street Studios

W sierpniu 1992 r. Rafał Niżankowski przedstawił zarys nowoczesnego i perspektywicznego modelu opieki zdrowotnej, opartego na doświadczeniach amerykańskich organizacji zapewnienia zdrowia (*Health Maintenance Organizations* – HMO). Wiele z tamtych propozycji pozostaje aktualnych do dziś – do wykorzystania w obecnych reformach.

Niżankowski stwierdzał, że przykłady z krajów Europy Zachodniej należy wykorzystywać z dużą ostrożnością i krytycyzmem, pamiętając o specyfice polskich warunków. Właściwym celem systemu powinna być poprawa stanu zdrowotnego. Wykonanie badania czy zabieg ma sens o tyle, o ile służy poprawie zdrowia pacjenta. System ma być nakierowany na osiągnięcie

efektów zdrowotnych, nie zaś na zwiększanie liczby usług medycznych.

## Liczy się uzysk zdrowia

Z perspektywy ekonomicznej potrzeba zdrowotna definiowana jest jako zdolność do odniesienia korzyści przez pacjenta (uzysku zdrowia). Pacjenci „chodzą do lekarzy” – po zdrowie, ale dostają usługi. Nie zawsze jednak liczba i nasilenie usług są proporcjonalne do uzyskanych, pozytywnych efektów zdrowotnych (uzysku zdrowia). Rację ma J. Blanpain, który podkreśla, że: „W nadchodzących latach najważniejszym problemem polityki zdrowotnej będzie znalezienie dróg prowadzących do zmniejszenia zakresu opieki zdrowotnej, który może i powinien być



„ W nadchodzących latach najważniejszym problemem polityki zdrowotnej będzie znalezienie dróg prowadzących do zmniejszenia zakresu opieki zdrowotnej ”

objęty publicznymi gwarancjami dostępności, oraz uzyskanie społecznej aprobaty dla tych działań”.

Pamiętam, jak w 1992 r. Nizankowski z właściwym sobie entuzjazmem opowiadał o perspektywie „pomalowania ZOZ-ów”. Pomalowanie określonym kolorem miało oznaczać przynależność do określonej sieci dostawców (holdingu), odpowiedniej organizacji ochrony zdrowia.

#### Idealny świat OOO-ów

W myśl koncepcji Nizankowskiego w miejsce obecnej, państwowej służby zdrowia stworzonych miałyby zostać kilka niezależnych organizacji. Podział na 4–5 organizacji ochrony zdrowia (OOZ) zapewniłby moż-

liwość skupienia dotychczasowych zespołów opieki zdrowotnej (ZOZ-ów), szpitali, przychodni i poradni z różnych stron kraju w silnych formacjach, zdolnych do wypracowania konkurencyjnych systemów działania. Miałyby one funkcjonować i rywalizować ze sobą na terenie całego kraju. Ich wewnętrzna struktura mogłaby być różna, a oferty usług medycznych – odmienne. Składałyby się one z jednostek opieki zdrowotnej (JOZ) i spełniały funkcje zbliżone do holdingów.

Każda JOZ skupiałaby placówki opieki podstawowej i specjalistycznej na określonym terenie i byłaby zdolna do zapewnienia kompleksowej opieki medycznej. JOZ-y należące do poszczególnych OOO-ów byłyby tak rozłożone, aby w dużych miastach działało kilka OOO-ów. Dzięki temu mieszkańcy mogliby wybierać organizację, pod której opieką zechcieliby pozostawać. Pacjent mógłby wybrać nie tylko OOO i JOZ, lecz także – w ramach jednostki – konkretnego lekarza opieki podstawowej. Ponadto zostałaby powołana, na czas określony, Ogólnokrajowa Agencja Koordynacyjna, której zadaniem byłoby czuwanie nad właściwym podziałem obecnej służby zdrowia i ZOZ-ów pomiędzy poszczególne OOO-y.

Podział powinien być losowy (przypadkowe pomalowanie ZOZ-ów na sześć kolorów), ale należałoby zapewnić porównywalne zasoby i równomierne rozmieszczenie OOO-ów i JOZ-ów w całej Polsce. Mechanizm rynkowy miałby być uruchomiony poprzez konkurencję oferowanych przez OOO-y programów zdrowotnych (polis) oraz możliwość zmiany OOO-u (raz w roku) na podstawie osobistej, subiektywnej oceny pacjenta. Ocena ta byłaby wzmacniana informacjami od niezależnego od OOO-u Biura Oceny Jakości przy ministrze zdrowia. Natomiast oferta programu zdrowotnego (polisa) zawierałaby podstawowy koszyk usług, wspólny dla wszystkich OOO-ów.

#### Zniechęcanie do rozrzutności

W modelu Nizankowskiego stworzenie finansowego zainteresowania ograniczeniem kosztów opieki zdrowotnej skłaniałoby do rzeczywistego współdziałania lecznictwa podstawowego, specjalistyki ambulatoryjnej i lecznictwa szpitalnego, czego nie osiągnęły ZOZ-y.

„Całość opieki – od profilaktyki i opieki podstawowej do opieki specjalistycznej i szpitalnej – powinna być świadczona przez jedną instytucję”

Działoby się tak zwłaszcza w sytuacji, gdy koszty świadczeń byłyby niższe od wpływów z tytułu podjętej opieki.

Konkurencja i mechanizmy rynkowe zapewniłyby elastyczność i żywotność systemu, natomiast rywalizacja o środki finansowe i brak ograniczających, zewnętrznych regulacji spowodowałyby powstanie różnorodnych rozwiązań. Poszczególne OZ-y, mające prawo stosowania dowolnych wewnętrznych sposobów organizacji, finansowania i doboru kadr oraz własnych zróżnicowanych systemów kontroli i poprawy jakości, będą poszukiwały najlepszych rozwiązań. Dzięki temu opieka zdrowotna byłaby wciąż dostosowywana do zmieniających się potrzeb społeczeństwa, to zaś zapobiegałoby zwyrodnieniu, jakie obserwujemy w systemach, w których nie ma możliwości lub bodźców dla dokonywania zmian.

### Ubezpieczyciel i usługodawca w jednym

Opowiadając się za systemem ubezpieczeniowym, jednocześnie autor stwierdzał, że brak systemu ubezpieczeń nie powinien blokować rozpoczęcia radykalnych przemian opieki zdrowotnej. Całość opieki – od profilaktyki i opieki podstawowej do opieki specjalistycznej i szpitalnej – powinna być świadczona przez jedną instytucję. Oznaczałoby to integrację funkcji ubezpieczyciela i usługodawcy. Finansowanie winno dotyczyć całości opieki. Początkowo należałoby zastosować kapitacyjną alokację środków budżetowych (tj. wg liczby osób objętych opieką), a docelowo wprowadzić system powszechnych podstawowych ubezpieczeń zdrowotnych prowadzonych przez OZ-y.

W Unii Europejskiej są kraje zarówno z budżetowym (np. Dania), jak i z ubezpieczeniowym (np. Holandia) systemem opieki zdrowotnej. Obecnie kwestia przewag budżetowego czy ubezpieczeniowego sposobu finansowania nie ma dużego znaczenia. Nie istnieją w tym zakresie rekomendacje UE. Istotne jest dążenie do zbudowania modelu, w którym opieka jest koordynowana (zintegrowana) i jej świadczenie opiera się na sieci dostawców. Jedna JOZ powinna obejmować opieką więcej niż 100 000 osób (statystyczny rozkład ryzyk). Preferowane jest łączenie funkcji nabywcy i dostawcy świadczeń, co skutecznie zwiększa odpowiedzialność na wszystkich szczeblach i w grupach interesów organizacji oraz decentralizuje ewentualne konflikty.

### Trzy cele

Jak podkreślał Nizankowski, system ma realizować trzy cele (*triple aim* wg Institute for Healthcare Improvement). Po pierwsze – poprawiać i chronić stan zdrowia osób i populacji. Po drugie – poprawiać jakość i satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług. Po trzecie zaś – ograniczać koszty systemowe i poprawiać efektywność kosztową (opłacalność). Integracja winna się realizować w zakresie współpracy struktur, wykorzystywania procedur i technologii oraz przepływu informacji.

### Opieka koordynowana a zarządzanie chorobą

Warto pamiętać, że *manage or integrated care* (opieka koordynowana lub zintegrowana) to pojęcie odmienne od *diseases or case management* (zarządzanie chorobą lub przypadkiem). W prowadzonych w Polsce dyskusjach nierzadko nieświadomie lub intencjonalnie nazywa się opiekę nad osobą z cukrzycą albo kobietą ciężarną opieką koordynowaną lub zintegrowaną, co może prowadzić do nieporozumień. W takich przypadkach bowiem w międzynarodowych dyskusjach spotykamy się z określeniami *diseases or case management*. Koncentrujemy się na planowaniu, organizowaniu i monitorowaniu procesu leczenia i opieki u osoby z określoną chorobą, w określonym stanie klinicznym. W tym przypadku dominują usługi medyczne zorientowane na chorego lub jednorodną grupę chorych. Działania praktyczne polegają na osiągnięciu wyznaczonych standardów obejmujących wskaźniki struktury, procesu i wyniku klinicznego. W Stanach Zjednoczonych firmy zajmujące się *diseases management* nierzadko sprzedają swoje programy HMO.

### Czy to jest ten moment?

W przypadku „klasycznej” koordynowanej opieki zdrowotnej celem (OOZ i JOZ) jest poprawa efektów zdrowotnych określonych populacji oraz ograniczenie kosztów w warunkach zapewniających konkurencyjność. Presja konkurencji powinna wymuszać naturalne działania na rzecz poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów oraz sprzyjać podejmowaniu właściwych decyzji inwestycyjnych.

Historia polityki zdrowotnej to historia możliwości realizowanych w określonym czasie i w określonych warunkach. Na pewno w 1992 r. nie było warunków do zrealizowania wizjonerskich projektów koordynowanej opieki zdrowotnej. Czy zaistniały one w 2016 r.? Czy mamy wizjonerskie, realne projekty oraz silne grupy i instytucje zainteresowane wprowadzeniem takiej zmiany?

Jacek Łuczak  
Autor jest ekspertem Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

W tekście wykorzystano fragmenty opracowania Rafała Nizankowskiego i Pawła Kalbarczyka „Zarys nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej w Polsce” – draft z 22.08.1992 r.