

Co i jak  
koordynować



## Różne oblicza koordynacji

Fot. gettyimages/Alberto Ruggieri

Pojęcie *opieka koordynowana* stało się w ostatnich latach popularne i obok map zdrowotnych, sieci szpitalnej i budżetowego finansowania zdominowało przekaz medialny na temat zmian w ochronie zdrowia. Pojęcie to jest używane w różnych kontekstach i zapewne w różnych znaczeniach, a rozmaite wyobrażenia na temat jego zawartości i definicji mogą prowadzić do nieporozumień. Poniżej zaprezentowano rozważania na temat rozumienia tego sformułowania i propozycje określenia zakresu znaczeniowego pojęcia *opieka koordynowana* dla potrzeb naszego kraju.

Nie ma jednej, ogólnie obowiązującej definicji opieki koordynowanej (OK). W Polsce pojęcie to już się upowszechniło, pomimo występowania kilku określeń bliskoznacznych, takich jak:

- opieka skoncentrowana na pacjencie (*patient-centered care*),
- opieka zintegrowana (*integrated care*),
- opieka kierowana (*managed care*),
- opieka kompleksowa.

Poza tym w obszarze nauk medycznych od dawna występują koncepcje medycyny holistycznej czy ciągłości opieki, które stanowią kanon dobrej praktyki w postępowaniu z chorym.

### Zdanie WHO

W strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2015 r. „People centered health services” dla opisu

usług zdrowotnych dostarczanych w sposób skoordynowany przyjęto następującą definicję: „Koordynowane usługi opieki zdrowotnej to usługi opieki zdrowotnej, które są świadczone na rzecz świadczeniobiorców i zarządzane w sposób, który zapewnia ciągłość promocji zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania, leczenia, usług rehabilitacyjnych i opieki paliatywnej wykonywanych na różnych poziomach i w różnych miejscach świadczenia usług, adekwatnie do potrzeb świadczeniobiorców w toku ich życia”.

Inne definicje opieki koordynowanej (opieki zintegrowanej) podano w ramce.

### Opieka kierowana

Opieka kierowana (*managed care*) to pojęcie stosowane głównie w USA w odniesieniu do organizacji i tzw. planów opieki (*health plans*), czyli rodzajów polis

## Opieka koordynowana – definicje

„Metody/sposoby organizacji opieki umożliwiające udzielanie świadczeń profilaktycznych i leczniczych wysokiej jakości, efektywnych, zapewniających ciągłość i koordynację leczenia z przeznaczeniem dla pacjentów o największych potrzebach zdrowotnych” – Øvretveit 1998.

„System łączący opiekę zdrowotną (doraźną, podstawową i specjalistyczną) z opieką socjalną/środowiskową (opieką długoterminową, domową, edukacją) celem poprawy wydajności systemu i wyników leczenia” – Leutz 1999.

„(...) spaja w jedną całość nakłady, personel, etc. niezbędne do stworzenia systemu, udzielanie świadczeń, zarządzanie i organizację opieki związanej z rozpoznaniem choroby, leczeniem, rehabilitacją i promocją zdrowia, aby zwiększyć dostępność i jakość opieki, satysfakcję pacjenta i wydajności systemu” – Gröne, Barbero, 2001.

„(...) jest spójnym zestawem metod i modeli na poziomach finansowania, administrowania, organizacji, świadczenia usług oraz na poziomie klinicznym, zaprojektowanym w celu stworzenia łączności, ujednoczenia i pobudzenia współpracy wewnątrz i pomiędzy sektorami leczenia i opieki. Celem tych metod i modeli jest polepszenie jakości opieki i życia, satysfakcja pacjenta oraz efektywność systemu odczuwana przez świadczeniobiorców wskutek łączenia wielu usług, świadczeniodawców i środowisk” – Kodner, Spreuwenberg 2002.

ubezpieczeniowych, obejmujących kompleksowy zakres opieki pod pojedynczym zarządem. Stopień integracji stosowany w planach opieki kierowanej może być różny i stanowi element konkurencji między firmami. Co do zasady – w systemach bardziej zintegrowanych obowiązują niższe ceny polis, przy czym klient ma mniejsze pole wyboru między wykonawcami usług oraz sposobami uzyskiwania tych usług.

### Opieka kompleksowa

Opieka kompleksowa jest z kolei pojęciem używanym często w Polsce – w znaczeniu posiadania wszechstronnych możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w ramach jednej organizacji. Tak pojmowana kompleksowość ma znaczenie głównie strukturalne i niekoniecznie przekłada się na funkcjonowanie w postaci ciągłości i planowości opieki.

W tym bogactwie bliskoznacznych pojęć w Polsce przyjęto, że dla celów komunikacyjnych najważniejsze wydaje się pojęcie opieki koordynowanej. Jednocześnie jednak jesteśmy uczestnikami jego zbiorowego definiowania. Dla sformułowania definicji opieki koordynowanej przydatne może być określenie problemów, z którymi ta forma opieki powinna się zmierzyć. W dyskusjach prowadzonych w ramach prac nad opieką koordynowaną w Ministerstwie Zdrowia problemy te definiowano następująco:

- fragmentaryzacja opieki pomiędzy wielu różnych świadczeniodawców i różne poziomy,
- zagubienie i wynikająca z tego frustracja pacjenta,

- nadmiar świadczeń wykonywanych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym u pacjenta,
- problemy z dostępem do opieki,
- niesatysfakcjonująca jakość opieki,
- ograniczone zasoby kadrowe i finansowe.

Dotychczasowa praktyka stosowania pojęcia opieka koordynowana rozróżnia dwa podejścia z punktu widzenia podmiotu opieki:

- podejście populacyjne – opieka oferowana przekrojowej populacji pacjentów, w Polsce zorganizowanej w postaci list podopiecznych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- podejście selektywne – opieka oferowana sprofilowanej populacji, dobranej wg kryterium rozpoznania klinicznego. To podejście nazywane jest zwykle w literaturze zarządzaniem chorobą (*disease management* – DM).

### Podejście populacyjne

Z powyższego podziału wynika, że organizacja opieki koordynowanej (OOK) może obejmować opieką całą populację podopiecznych, wśród których z zasady znajdują się trzy grupy osób: osoby zdrowe nienarażone na istotne ryzyko zdrowotne, osoby zdrowe obciążone ryzykiem zdrowotnym oraz osoby chore (na schorzenia ostre lub przewlekłe).

Opieka oferowana takiej populacji powinna pozwolić na zróżnicowanie interwencji wobec tych trzech grup, ponieważ inne są ich obecne i przyszłe potrzeby zdrowotne. Z tego powodu częstym elementem zarządzania opieką jest stratyfikacja populacji podopiecznych z punktu widzenia ich potrzeb zdrowotnych i odpowiednie zarządzanie opieką nad tak zdefiniowanymi grupami pacjentów. Można założyć, że w grupie osób niezgłaszających objawów chorobowych wykonuje się okresowe badania – w trybie bądź oportunistycznym (przy okazji innych czynności), bądź przesiewowym (np. badania profilaktyczne) – i na tej podstawie identyfikuje się ewentualne występowanie chorób lub czynników ryzyka. Po ich identyfikacji i zaklasyfikowaniu danej osoby do odpowiedniej grupy obejmuje się ją właściwym postępowaniem:

- w przypadku osób zdrowych bez istotnego ryzyka zdrowotnego jest to działanie polegające na zaplanowaniu kolejnego badania profilaktycznego po określonym czasie,
- w przypadku osób zdrowych z ryzykiem zdrowotnym dąży się do usunięcia ryzyka odwracalnego (np. poprzez leczenie otyłości albo przekonywanie do rzucenia palenia),
- w przypadku osób chorych podejmuje się właściwe leczenie, przy czym po stwierdzeniu chorób przewlekłych stosuje się schematy DM.

Powyższe działania, oferowane przeciętnej populacji podopiecznych, z naturalnych powodów powinny podlegać koordynacji przez placówki posiadające kompetencje opieki podstawowej. Ze względu na wielkość



Fot. gettyimages/John Bolesky

populacji placówka odgrywająca rolę instytucjonalnego koordynatora opieki może mieć charakter pojedynczej lub grupowej praktyki lekarskiej albo większej organizacji, grupującej wielu różnych specjalistów opieki zdrowotnej.

### Podejście selektywne

Obok podejścia populacyjnego można wyróżnić także podejście selektywne, skoncentrowane na sprofilowanej populacji. Zwykle selekcja odbywa się na podstawie kryteriów klinicznych i wtedy mamy do czynienia z programami DM lub zarządzania przypadkiem (*case management* – CM). W podejściu selektywnym DM oznacza zwykle zajmowanie się ograniczonym zakresem potrzeb pacjenta, związanych z danym schorzeniem (np. chorobą nowotworową), pozostałe jego potrzeby pozostawia się z boku. W podejściu populacyjnym DM prowadzone jest w szerszym kontekście i ta sama placówka zajmuje się także innymi problemami pacjenta. Zarządzanie przypadkiem oznacza natomiast zwykle krótki i bardzo intensywny okres zajmowania się chorym (po urazach, udarach itp.), cechujący się dużą intensywnością działań i ścisłym nadzorem nad pacjentem.

Podejście selektywne ma uzasadnienie, gdy pacjent cierpi na chorobę zdecydowanie dominującą w danym czasie w jego obrazie klinicznym. Takimi chorobami są choroby nowotworowe, nasilone choroby psychiczne, zawał serca lub udar mózgu. W przeciwieństwie do podejścia populacyjnego, w podejściu selektywnym lekarzem wiodącym jest zwykle specjalista w określonej wąskiej dziedzinie, choć szczegółowe rozwiązania różnią się w poszczególnych krajach.

„Fundamentalnym założeniem opieki koordynowanej jest współpraca wielu profesjonalistów, zgodnie z ich kompetencjami i rodzajem potrzeb podopiecznych”

### Wspólne cechy obu podejść

Niezależnie od podejścia, prawidłowa OOK ma kilka wspólnych elementów. Fundamentalnym założeniem opieki koordynowanej jest współpraca wielu profesjonalistów, zgodnie z ich kompetencjami i rodzajem potrzeb podopiecznych. W ramach instytucji koordynującej opiekę istotną rolę odgrywają koordynatorzy kliniczni (zespół medyczny odpowiedzialny za proces leczenia) oraz koordynatorzy administracyjni, organizujący opiekę we właściwych miejscach i czasie. Rozróżnienie tych funkcji jest o tyle istotne, że należy unikać marnowania bardzo ograniczonych zasobów w postaci czasu pracy personelu medycznego na działania organizacyjne, które – choć niezbędne – nie wymagają jego rzadkich i deficytowych kompetencji.

Opieka koordynowana powinna zapewnić ciągłość i konsekwencję wdrażanych interwencji zdrowotnych. Oczekuje się od niej planowego, proaktywnego i nakierowanego na efekt planu opieki. Lekarz natomiast powinien ustalić postępowanie, które pozwoli uzyskać najlepszy efekt leczniczy, utrzymać najlepszy możliwy stan zdrowia dla danego pacjenta, zminimalizować ryzyko zaostrzeń, zahamować lub spowolnić postęp

## „Opieka koordynowana może znacznie poprawić ochronę zdrowia w Polsce, nie jest to jednak rozwiązanie wszystkich problemów”

choroby i przy okazji ograniczyć skutki pogorszenia zdrowia pacjenta zarówno dla niego samego, jak i dla społeczeństwa, w tym systemu opieki zdrowotnej.

### Jak to zrobić?

Wymienione efekty można osiągnąć poprzez stosowanie diagnostyki i terapii o udowodnionej skuteczności (*efficacy*), odpowiednią edukację zdrowotną pacjenta, tak by był zdolny do samoopieki, oraz kontrolę dyscypliny stosowania się do zaleceń lekarskich (*compliance, adherence*). W tym celu w zarządzaniu opieką, zwaną zarządzaniem chorobą (DM), stosuje się zwykle:

- praktyczne stosowanie wytycznych postępowania, systematycznie aktualizowanych i adaptowanych do lokalnych warunków organizacyjnych (tzw. ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego),
- określanie planów opieki z wyróżnieniem kilku kolejnych, przyszłych interwencji (badań, zabiegów) wraz z ich terminami,
- edukację zdrowotną, zwykle wykonywaną przez pielęgniarki, ewentualnie odpowiednio przeszkolonych edukatorów,
- nadzór nad stosowaniem się do zaleceń, zwykle poprzez telefoniczny lub elektroniczny kontakt z pacjentem, wykonywany także przez pielęgniarki lub edukatorów,
- rejestrowanie interwencji i najważniejszych wyników pomiarów stanu zdrowia oraz analizę z punktu widzenia jakości, w wymiarze jakości procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz jakości wyniku klinicznego,
- okresowe badanie percepcji opieki ze strony pacjenta (i ewentualnie jego bliskich).

### Efekt skali

Istnieje wiele argumentów za tym, by populacje podlegające opiece były raczej większe niż mniejsze. Głównym argumentem za większymi populacjami jest osiąganie efektu skali i odpowiedni rozkład ryzyka w populacji. W przypadku większych populacji zmienność skali potrzeb podopiecznych jest zwykle mniejsza i łatwiej zarządzać istniejącymi zasobami w celu zaspokojenia tych potrzeb. Z tego wynika w szczególności zakres odpowiedzialności (w rozumieniu usług, do

których dostarczania placówka się zobowiązuje), który powinien być skorelowany z wielkością populacji objętej opieką. Generalnie – im większa placówka i więcej podopiecznych, tym możliwe jest przejście odpowiedzialności za większy zakres świadczeń. Jednocześnie większe organizacje są w stanie zapewnić szerszy zakres usług w sposób bardziej skoordynowany i często szybszy. Wynika to m.in. z innego centrum zarządzania czy bardziej efektywnego wykorzystania personelu. Trzeba przy tym zaznaczyć, że w ramach opieki koordynowanej (zintegrowanej) powszechną praktyką jest organizowanie konsorcjów placówek zdrowotnych oferujących wspólne objęcie pacjentów opieką, co umożliwi zwiększenie zakresu rodzajów oferowanej opieki.

### Finanse

Z zagadnieniem przejmowania odpowiedzialności za świadczenia dla danej populacji wiąże się sposób finansowania tych świadczeń. Zasadniczo w opiece koordynowanej placówka (sieć lub konsorcjum placówek) przejmuje odpowiedzialność za dany zakres usług wraz z budżetem na ich dostarczenie. Budżet – często ryczałtowy, kapitacyjny – stanowi podstawę finansowania takich placówek (organizacji opieki koordynowanej). Często jednak, prócz budżetu zależnego od liczby podopiecznych, stosowane są także opłaty za usługi (co powoduje przesunięcie ryzyka popytowego na płatnika) oraz kwoty zależne od osiągnięcia uzgodnionych wskaźników jakości (*payment for performance* – P4P, *payment for result* – P4R).

Jednocześnie wewnątrz OOK stosowane są różne sposoby opłacania personelu – czasem przeniesienie opłaty kapitacyjnej (np. *per member per month* – PMPM), kiedy indziej zatrudnienie personelu na umowach o pracę (np. *Kaiser Permanente*) czy zakup grupy usług z określoną płatnością za efekt.

### To nie jest panaceum

Opieka koordynowana może znacznie poprawić ochronę zdrowia w Polsce, nie jest to jednak rozwiązanie wszystkich problemów. Istotne jest, by hasło opieki koordynowanej nie zostało skompromitowane nierozsądnymi i nieprzemyślanymi działaniami. Stąd zalecany tryb jej wdrażania, który polega na pilotażu i następnie – po dokonaniu odpowiednich, dobrze udokumentowanych korekt – stopniowym zwiększaniu jej skali.

Ważne jest, że pojęcie to nie oznacza zmiany jednego czynnika (np. sposobu finansowania) w działaniu placówek. Opieka koordynowana realizowana jest przez równoczesne wdrożenie bardzo wielu różnych zmian organizacyjnych w placówkach ochrony zdrowia. To oznacza konieczność znacznego wysiłku ze strony wszystkich pracowników, a to z kolei powoduje, że potrzebne są czas, determinacja i wsparcie finansowe. Życzymy sobie, by ich nie zabrakło.

Adam Kozierekiewicz  
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.