

Opieka koordynowana: szanse i zagrożenia

Maciej Müller

Czy polski system warto reformować poprzez wprowadzanie elementów koordynowanej opieki zdrowotnej? – zastanawiali się uczestnicy debaty na Forum Ekonomicznym w Krynicy.



Forum Ekonomiczne w Krynicy. Fot. Adam Golec / Agencja Gazeta

Pierwszego dnia Forum Ekonomicznego w Krynicy dr Katarzyna Kowalska i Witold Paweł Kalbarczyk przedstawili raport na temat Koordynowanej Opieki Zdrowotnej. Rozwiązania z zakresu KOZ mogą pomóc NFZ w usprawnieniu zarządzania opieką nad pacjentami – podkreślają autorzy.

Jak wyjaśnia raport, z Koordynowaną Opieką Zdrowotną mamy do czynienia wtedy, gdy na rynku usług medycznych działają sieci współpracujących ze sobą dostawców usług (przychodnie, szpitale), a dostępem do tych sieci zarządzają koordynatorzy procesu leczenia. Mogą to być lekarze pierwszego kontaktu (wzorzec brytyjski) bądź instytucje ubezpieczeniowo-medyczne (wzorzec amerykański).

System KOZ działa według dwóch zasad: stosowności (dostosowywanie opieki do problemów zdrowotnych pacjenta) oraz substytucji (poszukiwanie tańszych i równie skutecznych metod leczenia).

W niedawnym [wywiadzie dla Medycyny Praktycznej](#) problematykę KOZ szczegółowo wyjaśniał ekspert ochrony zdrowia dr Adam Kozierekiewicz. „W tradycyjnej organizacji opieki zdrowotnej świadczeniodawcy skupiają się na poszczególnych epizodach opieki, a w opiece koordynowanej nacisk kładzie się na cały jej proces” – mówił.

Obecny w Krynicy **wiceminister zdrowia Sławomir Neumann** zapewnił, że w resorcie od 2011 r. trwa refleksja nad rozwiązaniami opieki koordynowanej. – Nakłady na ochronę zdrowia rosną z roku na rok, ale ze względu na procesy demograficzne potrzeby zawsze będą wyprzedzały ilość środków. Dlatego potrzebujemy racjonalizacji wydatków – mówił Neumann. – Kluczowy jest zarówno efekt w postaci wyleczenia, jak i oszczędność w kosztach. Pracujemy nad integracją pionową systemu, odejściem od fragmentaryzacji ochrony zdrowia – dodał.

- W systemie zawsze będzie niedobór środków – zastrzegł wiceminister. – Możemy jednak skrócić kolejki, ograniczając liczbę zbędnych porad i zmieniając model podstawowej opieki zdrowotnej tak, żeby lekarz pierwszego kontaktu rzeczywiście koordynował leczenie pacjenta.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz podkreśliła konieczność przeprowadzenia niezbędnych pilotaży badających funkcjonowanie elementów KOZ w warunkach polskich. Zaznaczyła, że idealny system nie istnieje, a funkcjonujące w różnych krajach modele koordynacji są obciążone wadami. – W Polsce mamy rozdrobniony rynek świadczeniodawców. Kiedy Niemcy wprowadzali elementy systemu koordynowanego, okazało się, że uczestnicy rynku nie byli gotowi do łączenia się. – mówiła Pachciarz. – Trzeba też pamiętać, że pacjent, zapisując się do opieki koordynowanej, traci możliwość swobodnego wyboru specjalisty. A w Polsce jest to prawo zagwarantowane ustawowo.

- W dodatku pilotaże wykazują, że jeśli podmiot medyczny prowadzi naraz POZ i specjalistykę, to pacjent trafia do specjalisty wielokrotnie częściej, niż w podmiocie, który nie ma poradni specjalistycznych – dodała prezes NFZ.

Do ciekawego sporu doszło między **posłem Jakubem Szulcem** (byłym wiceministrem zdrowia) a konsultantem krajowym ds. medycyny rodzinnej **prof. Adamem Windakiem**. Szulc stwierdził, że koordynacja opieki nad pacjentem powinna zachodzić na szczeblu wysokim, czyli np. z poziomu szpitala. Prof. Windak podkreślał z kolei, że najlepszym koordynatorem opieki nad pacjentem byłby lekarz pierwszego kontaktu. Jednak w obecnie funkcjonującym systemie lekarz POZ łatwo traci kontrolę nad tym, co dzieje się z jego pacjentem (szczegółowo tematykę tę podjął prof. Windak w zeszłorocznym raporcie na temat podstawowej opieki zdrowotnej). Konsultant krajowy wskazał też na związane z opieką koordynowaną ryzyko negatywnej selekcji pacjentów (ci „najdrożsi” pozostawaliby poza systemem).

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł przypomniał, że w krajach, w których działają formy opieki koordynowanej, niekoniecznie budzą one entuzjazm lekarzy. – W USA można mówić o schyłku tego projektu, w Wielkiej Brytanii wycofano się z pomysłu GP fundholdera (lekarza

rodzinnego z budżetem na specjalistykę), środowiska lekarskie protestują także w Niemczech – wskazał. – Jednak w Polsce doszło do daleko idącej dezintegracji opieki. Wszyscy ze wszystkimi konkurują i przerzucają koszty. A opieka nad pacjentem jest zupełnie nieskoordynowana, więc coś trzeba z tym zrobić – zastrzegł.

Radziwiłł dostrzegł też ryzyko ukryte w tym, że decyzjami klinicznymi w systemie KOZ „będą wspólnie zarządzać lekarze i menedżerowie”. – Np. ktoś poza lekarzem będzie musiał się zgodzić na zastosowanie procedur droższych. Będzie też nacisk na używanie leków generycznych. Dążenie do skrócenia okresu hospitalizacji to rozsądny pomysł, ale jeżeli doradcą będzie tu menedżer, mogą być to decyzje niemedyczne. W leczeniu będzie dochodziło do relacji lekarz-menedżer, a nie lekarz-pacjent – wyliczał swoje wątpliwości wiceprezes samorządu lekarskiego.

Na koniec **wiceminister Neumann** zaznaczył, że we wrześniu zaczną się w ministerstwie rozmowy z lekarzami POZ na temat zwiększenia ich roli w koordynacji leczenia pacjentów.