

# Opieka koordynowana – chory z petenta staje się obiektem ciągłego zainteresowania

– Mamy jeden świetny model kompleksowej opieki koordynowanej z wynikami porównywalnymi z najbardziej rozwiniętymi krajami. I Ministerstwo Zdrowia nie kiwnęło przy nim palcem – mówił w trakcie debaty poświęconej zarządzaniu różnymi modelami skoordynowanej opieki zdrowotnej w Polsce Michał Dzięgielewski, dyrektor Departamentu Świadczeń Ministerstwa Zdrowia.

Debatę pt. „Zarządzanie różnymi modelami skoordynowanej opieki zdrowotnej” przeprowadzono w ramach konferencji Priorytety Ochrony Zdrowia 2024 zorganizowanej przez Wydawnictwo Termedia. Prestiżowe wydarzenie z udziałem tuzów systemu ochrony zdrowia miało miejsce 31 stycznia tego roku na Zamku Królewskim w Warszawie. Eksperti spotkali się, by przedyskutować zalety, wady i zasadność koordynowanej opieki zdrowotnej.

## Pierwsze takie spotkanie ekspertów

Gospodarzem sesji została ustanowiona dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, która od wielu lat buduje ideę opieki zorientowanej na wartość (*value based healthcare*) i koordynacji opieki.

– W Instytucie rzeczywiście we wszystkich badaniach i analizach, jakie podejmujemy, szukamy odpowiedzi na pytania, jakie to przyniesie rezultaty kliniczne, jak to zmieni doświadczenie pacjentów i ile to będzie kosztowało. Wbrew utartym schematom wierzymy bowiem, że tylko poprzez monitorowanie i ewaluację podejmowanych działań w kontekście uzyskanych wyników leczenia ważnych dla pacjentów w odniesieniu do kosztów ich uzyskania zmienimy orientację systemu z choroby na zdrowie – wyjaśniła ekspertka. Dodała, że jeśli chcemy kroczyć w kierunku *value based healthcare*, co jest rekomendacją Grupy Ekspertów Komisji Europejskiej dla systemów europejskich, należy skoncentrować się na kilku filarach. Po pierwsze – orientacja na pomiar, ewaluację, na stworzenie systemów integracji danych, które umożliwiają pomiar wyników leczenia i kosztów. Rozwiązania takie pozwolą prowadzić *benchmarking* podmiotów i motywować się wzajemnie do doskonalenia swojej działalności.

– Po drugie – konieczna jest integracja i koordynacja opieki. Tylko współdziałanie wszystkich świadczeniodawców zaangażowanych w opiekę nad pacjentem w całym cyklu diagnostyczno-terapeutycznym gwarantuje uzyskanie optymalnej wartości zdrowotnej. Nic jednak nie zadziała bez szerokiego zewnętrznego wsparcia różnych intere-

sariuszy systemu, którzy będą otwarci na to, aby udostępnić dane do monitorowania, wspierać formalnie i prawnie rozwój koordynacji i integracji opieki, zmieniać podejście do finansowania opieki. Zupełnie inaczej finansuje się opiekę koordynowaną, a inaczej model oparty na *fee for service*, czyli placeniu za procedurę – kontynuowała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Celem opieki koordynowanej jest zapewnienie pacjentowi kompleksowego, dobrze zorganizowanego świadczenia, które jest odpowiedzią na potrzeby: minimalizacji czynników ryzyka, szybkiej diagnostyki, skutecznego leczenia i rehabilitacji, ale również utrwalania wyników zdrowotnych w długim czasie. Nie mniej ważna jest optymalizacja wykorzystania zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych.

– Kluczową cechą opieki koordynowanej jest wskazanie ośrodka, który będzie centrum dowodzenia skomplikowanego i często długiego procesu, jakim jest leczenie pacjenta w chorobie przewlekłej, wymagającej wielu technologii i zaangażowania wielodyscyplinarnego zespołu. Ośrodek koordynujący nie musi zabezpieczyć wszystkich etapów diagnostyki i leczenia w ramach własnej struktury. Dla dobra pacjenta i uzyskania optymalnych wyników leczenia w relacji do kosztów powinien sięgnąć po potencjał współpracujących ośrodków. Dajmy sobie szansę na maksymalizowanie efektu synergii, którego źródłem jest współdzielenie i połączenie kompetencji – przekonywała ekspertka. Jak zauważyła, systemy zachodnie zmniejszają koncentrację na kontroli zasobów, których dostępność deklarują płatnikowi świadczeniodawcy, a przenoszą ciężar oceny na wynik kliniczny, komfort i bezpieczeństwo pacjenta, które dostarczają. Żeby optymalizować efekty, sięga się po koordynację, której krwibiegami są zintegrowane dane medyczne.

– Zawsze pojawia się pytanie, czy opieka koordynowana jest tańsza. Być może jest droższa, ale mówimy o rozwiązaniach efektywnych kosztowo. Zainwestujmy, aby osiągnąć lepsze wyniki zdrowotne i doświadczenia pacjentów. Inwestycje w zdrowie dają zwrot – przekonywała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.



## W DEBACIE PT. „ZARZĄDZANIE RÓŻNYMI MODELAMI SKOORDYNOWANEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ” UCZESTNICZYLI:

- Michał Dzięgielewski – Ministerstwo Zdrowia
- dr Małgorzata Gałązka-Sobotka – dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie
- prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil – prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie
- prof. dr hab. n. med. Marek Grygier – kierownik Pracowni Hemodynamiki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu
- prof. dr hab. n. med. Dariusz Koziorowski – Polskie Towarzystwo Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych, Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Klinika Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- prof. dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół – prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej, Szpital Czerniakowski w Warszawie

Dodała, że regulator musi zrozumieć, że inwestycje w modele kompleksowe, oparte na braniu odpowiedzialności za cały cykl leczenia pacjenta, a także odnoszenie wyniku do kosztu, który jest przeznaczany na pacjenta, to nowa filozofia, którą podąża Narodowy Fundusz Zdrowia. Profesor dr hab. n. med. Robert J. Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, stwierdził, że kardiologia ma prawo, a wręcz obowiązek mówić o przewadze koordynowanej, kompleksowej opieki w stosunku do tej, która dominuje w dalszym ciągu w Polsce, czyli opartej na procedurach zapłaconych.

– W 2016 r. nastąpiło załamanie fali wznoszącej, jeśli chodzi o rozwój kardiologii interwencyjnej w Polsce. Okazało się, że jesteśmy przereakcyjni i robimy za dużo zabiegów, nie do końca ze wskazań klinicznych. I wtedy pojawiło się hasło: „wewnątrzszpitalna śmiertelność u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi”. Była jedną

z najniższych w Europie, poniżej 5 proc. Śmiertelność 30-dniowa wypadła już gorzej, a roczna sięgała prawie 20 proc. To było bazą pomysłu programu KOS-zawał, wdrożonego w 2017 r. Ośrodki kardiologii nieinwazyjnej swoją presją i lobbiiem wymusiły przesunięcie pieniędzy z części interwencyjnej na część bardziej zachowawczą – opowiadał prof. Robert J. Gil. Przypomniał, że KOS-zawał pierwotnie składał się z czterech modułów. W czasie tego całego procesu są prowadzone badania laboratoryjne, od niedawna rozszerzone o stężenie cholesterolu.

– W czasie wizyt są również możliwości konsultacji dietetyka, psychologa, bo pacjentem w średnim wieku albo bardzo młodym wali się cały świat, trzeba go zbudować od początku. Niestety KOS-zawał jest ograniczony do roku, chociaż nasze doświadczenie mówi, że dobrze prowadzeni pacjenci uczą się w tym czasie wszystkiego, co trzeba, w tym nawyków regularnego wysiłku fizycznego, zdrowej diety oraz umiejętności „psychologicznej ucieczki ze stresu” – wyjaśniał ekspert.

– Program KOS-zawał – mówię teraz w imieniu kardiologów interwencyjnych – to nie jest tylko dobrze zorganizowana pomoc chorym. W jego efekcie pacjenci po prostu dłużej żyją i są ewidentnymi przykładami, że nie tylko medycyna reparacyjna czy naprawcza odgrywa tu najważniejszą rolę. Myślimy, żeby program rozbudować, bo korzysta z niego niestety poniżej 30 proc. pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi – podsumował prof. Robert J. Gil.

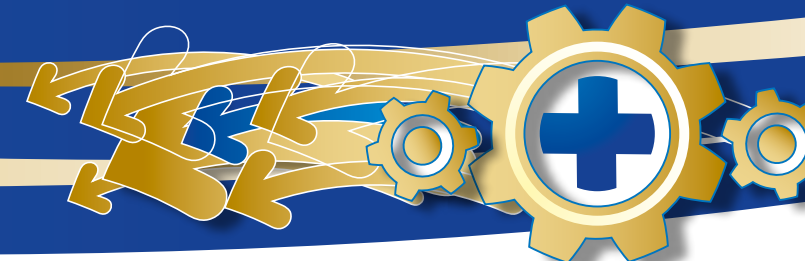
## Program KOS-BAR będzie kontynuowany

Drugi omawiany w trakcie sesji program pilotażowy: kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem z otyłością olbrzymią – KOS-BAR, który na razie nie jest kontynuowany, to konik prof. dr hab. n. med. Mariusza Wyleżoła, prezesa elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, kierownika Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie.



# PRIORYTETY 2024

W OCHRONIE ZDROWIA



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Pankaj Byczek



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński

”

prof. Mariusz Wyleżół: *To nam zależy na tym, żeby chorzy kontynuowali leczenie i przeszli przez cały program, co w oczywisty sposób przekłada się na poprawę wyników leczenia. To całkowicie zmienia relacje pacjent – lekarz w publicznej opiece zdrowotnej*

– Niepoddanie leczeniu chirurgicznemu chorego na otyłość zwiększa jego ryzyko zgonu w perspektywie 10-letniej o 70 proc. Nieskierowanie chorego na otyłość olbrzymią na leczenie chirurgiczne jest zatem błędem w sztuce lekarskiej – alarmował prof. Mariusz Wyleżół.

– Czasem lekarze zderzają się ze ścianą. Dzwonimy do chorych, by przyszedli na kontrolę, a oni nie przychodzą. System opieki zdrowotnej powinien wprowadzić mechanizm wymuszający na chorych pewną formę partnerstwa. Po stronie chorego powinno być chociaż minimalne zobowiązanie, że będzie realizował to, co mu proponujemy – zauważył ekspert. Dodał, że program jest finansowany w ten sposób, że jeżeli świadczeniodawca nie zrealizuje poszczególnych modułów, to zakład leczniczy poniesie koszty i nie otrzyma finansowania.

KOS-BAR to leczenie chirurgiczne otyłości, które uwzględni okres przygotowania chorego, samą operację i okres monitorowania z określonymi punktami czasowymi.

– Wiemy, że tych punktów nie możemy naruszyć. Musimy chorego w odpowiednim okresie przygotować do operacji, po przeprowadzeniu kompleksowej oceny stanu zdrowia, następnie bezpiecznie go zoperować, co jest monitorowane, oceniane i finansowane w zależności od wyniku. Następnie musimy opiekować się tym chorym przez rok po operacji – wyjaśnił prof. Mariusz Wyleżół. – Dlatego to nam zależy na tym, żeby chorzy kontynuowali leczenie i przeszli przez cały program, co w oczywisty sposób przekłada się na poprawę wyników leczenia. To całkowicie zmienia relacje

”

prof. Marek Grygier: *Dążymy do tego, żeby koordynacja postępowania diagnostycznego, terapeutycznego, a potem opieki i rehabilitacji rzeczywiście dotyczyła wszystkich chorych, bo TAVI to absolutnie procedura ratująca życie*

pacjent – lekarz w publicznej opiece zdrowotnej. Chory z petenta staje się obiektem ciągłego zainteresowania i troski personelu medycznego. Jesteśmy przygotowani, żeby pilotaż kontynuować, ale obecnie nie możemy włączać kolejnych chorych do programu, a mowa o 20 najlepszych ośrodkach w Polsce, które się go nauczyły. Mamy cały czas nadzieję, że kontynuacja tego programu będzie możliwa – podkreślił.

Michał Dziegielewski, dyrektor Departamentu Świadczeń Ministerstwa Zdrowia, stwierdził, że oczekuje decyzji ministra. – Oczywiście my przedłużymy ten program, bo mamy świadomość, że i tak nie zdążymy go włożyć w koszyk świadczeń gwarantowanych. Miał być przedłużony o pół roku, a równoległe prowadzimy prace, żeby wszedł do koszyka świadczeń – tłumaczył.

– Proces koordynacji to jest fantastyczna rzecz i jestem jej ogromnym zwolennikiem, ale kilka rzeczy jest do poprawy lub nawet zmiany. Oceniam te dwa programy jako niewątpliwie sukcesy. Wyniki pokazują, że są cudowne, ale pokazują też, jakie mamy problemy z tego typu programami. Obawiam się, że nie koordynujemy pacjenta, tylko poszczególne ośrodki i poszczególne piętra. Powinniśmy zastanowić się nad tym modelem całościowo – ile z tego wszystkiego może przejść koordynator, który jest najbliżej pacjenta w jego miejscu zamieszkania – koordynator z POZ. To, czego nie da się zrobić, zostawmy gdzie indziej – dodał.

Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia przypomniał, że na progu wdrożenia w Polsce jest pięć różnych modeli opieki koordynowanej.

”

prof. Dariusz Koziorowski: *Mamy możliwości postawienia prawie pewnej diagnozy choroby Parkinsona dzięki narzędziom opartym na medycynie nuklearnej. Kolejny punkt to wdrażanie wszystkich metod leczenia. Do tego dochodziłaby rehabilitacja jako istotny element terapii*

– Żeby skoordynować współpracę między POZ a AOS, na razie mamy koordynatora po stronie POZ. Kto będzie koordynował terminy ustalone przez tych wszystkich koordynatorów w różnych innych miejscach? Należałoby jeszcze raz przemyśleć cały model. Pacjent może mieć teraz 5, 6 koordynatorów w różnych miejscach i na różnych szczeblach i w dalszym ciągu będziemy mieli lekki bałagan – stwierdził Michał Dziegielewski. Zauważył, że jest jedno ogniwo w systemie, które w sposób naturalny jest uprawnione do tego, żeby posiadać wszystkie dane na temat pacjenta – podstawowa opieka zdrowotna. Każdy jest zapisany do POZ, która jako jedyny element systemu ma pełny dostęp do wszystkich danych medycznych pacjenta zgromadzonych na platformie P1.

### Wyjść z ogona Europy

Gotowy jest projekt modelu opieki koordynowanej dla chorych z ciężką stenozą aortalną kwalifikowanych do przezecwnikowej implantacji zastawki aortalnej KOS-TAVI. Pomysł koordynowanej opieki w tej grupie chorych pojawił się kilka lat temu, kiedy Polska była w ogniu Europy. Wykonywano wtedy u nas 40 zabiegów przezecwnikowej implantacji zastawki aortalnej (transcatheter aortic valve implantation – TAVI) na milion mieszkańców, podczas gdy średnia europejska wynosiła ponad 100 zabiegów. Przyczyną było przede wszystkim ograniczone finansowanie. Sytuacja zmieniła się w zeszłym roku, kiedy pojawiła się Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK). Zabiegi TAVI stały się świadczeniami

”

Michał Dziegielewski: *Obawiam się, że nie koordynujemy pacjenta, tylko poszczególne ośrodki i poszczególne piętra. Powinniśmy się zastanowić, ile z tego wszystkiego może przejść koordynator, który jest najbliżej pacjenta – koordynator z POZ*

”

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: *Zawsze pojawia się pytanie, czy opieka koordynowana jest tańsza. Być może jest droższa, ale mówimy o rozwiązaniach efektywnych kosztowo. Zainwestujmy, aby osiągnąć lepsze wyniki zdrowotne. Inwestycje w zdrowie dają zwrot*

bezlimitowymi, niestety tylko w części Polski objętej programem KSK.

– Przygotowaliśmy model opieki koordynowanej obejmujący całą ścieżkę pacjenta, od diagnostyki do samego zabiegu i potem opieki po przeprowadzonej procedurze. Ten program jest gotowy. Jako środowisko dążymy do tego, żeby opieka obejmowała wszystkich pacjentów w Polsce, niezależnie od tego, w jakim województwie mieszkają. Druga rzecz: żeby koordynacja postępowania diagnostycznego, terapeutycznego, a potem opieki i rehabilitacji rzeczywiście dotyczyła wszystkich chorych, bo to absolutnie procedura ratująca życie, a cały czas gonimy średnią europejską – mówił prof. dr hab. n. med. Marek Grygier, kierownik Pracowni Hemodynamiki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu, były przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Podkreślił, że jeszcze większym problemem jest obecnie leczenie nowoczesnymi metodami przezecwnikowymi pacjentów wymagających zabiegów w zakresie zastawki mitralnej czy trójdzielnej. Tych zabiegów w Polsce wykonuje się zdecydowanie mniej niż w Europie.

– Program kompleksowej opieki koordynowanej, gdzie pacjent nie ginie w systemie, tylko jest przez niego przeprowadzony, rozwiązałoby wiele problemów – podsumował profesor.

### Choroba Parkinsona – „historyczny” program koordynacji

Profesor dr hab. n. med. Dariusz Koziorowski z Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersy-

”

prof. Robert J. Gil: *Program KOS-zawał to nie jest tylko dobrze zorganizowana pomoc chorym. W jego efekcie pacjenci po prostu dłużej żyją i są ewidentnymi przykładami, że nie tylko medycyna reparatorna czy naprawcza odgrywa tu najważniejszą rolę*

tetu Medycznego, reprezentujący Polskie Towarzystwo Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych oraz Polskie Towarzystwo Neurologiczne, przypomniał założenia pilotażowego programu kompleksowej, koordynowanej opieki nad pacjentami z chorobą Parkinsona. Został on rozpoczęty w 2015 r., ale nie doczekał się wdrożenia. Choroba Parkinsona dotyka obecnie ok. 100 tys. osób w Polsce.

– Być może dzisiaj choroba Parkinsona nie ogranicza już tak istotnie życia, bo istnieje bardzo skuteczne leczenie objawowe. Jednym z problemów, który generuje koszty, jest ryzyko urazów i złamań u tych chorych, a w efekcie wydatki związane z hospitalizacją, leczeniem, opieką, instytucjonalizacją pacjentów. Wprowadzenie koordynowanej opieki miało na celu pewnego rodzaju połączenie różnych metod leczenia tej jednostki chorobowej w centrach kompetencji, które dysponują wszystkimi metodami leczenia zaawansowanej choroby Parkinsona: elektroterapią, czyli głęboką stymulacją mózgu, oraz dwoma metodami infuzyjnymi opartymi na pompach podających ciągłe leki. Wszystkie te metody są dostępne w Polsce i refundowane. W tej chwili w kolejce na refundację czeka kolejna metoda – podskórna – przedstawił sytuację prof. Dariusz Koziorowski. Jak wyjaśnił, program miał objąć kilka elementów opieki, bo miał się pojawić już w związku z postawieniem diagnozy.

– Mamy obecnie możliwości postawienia prawie pewnej diagnozy dzięki narzędziom opartym na medycynie nuklearnej. Kolejny punkt dotyczyłby tych pacjentów, u których choroba jest bardziej

zaawansowana i można by wdrażać wszystkie metody leczenia. Do tego dochodziłaby rehabilitacja jako istotny element terapii – tłumaczył ekspert.

Na podstawie badań prowadzonych w Europie powstał modelowy program, opatentowany i prowadzony w Holandii – ParkinsonNet. Wprowadzenie tego systemu w powiązaniu z rehabilitacją zmniejszyło ryzyko upadków, złamań kości szyjki udowej, ryzyko instytucjonalizacji i zgonów z tego powodu. Model miałby również dotyczyć współpracy z różnymi specjalistami: psychologiem, neurologopedą, psychiatrą, urologiem, neurochirurgiem.

– Program mógłby funkcjonować w Polsce i przynieść bardzo wymierne korzyści w postaci zmniejszenia obciążenia chorych ryzykiem urazu oraz związanych z tym kosztów, ale również poprawy jakości ich życia – podsumował prof. Dariusz Koziorowski.

W Polsce wprowadzony jest też projekt modelu skoordynowanej opieki w udarze mózgu oparty na pilotażu trombektomii mechanicznej. Doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka wskazała, że nasz kraj przez wiele lat nadrabiał zaoferowanie technologiczne, a eksperci apelowali o to, aby zwiększyć dostępność nowoczesnych technologii.

– Udało się zabezpieczyć dostęp do hi-tech w medycynie, do bardzo wielu rozwiązań, które lokują polską medycynę na poziomie europejskim. Trzeba jednak tę technologię otulić dobrą opieką i organizacją. W przypadku udarów mamy wielki sukces, postęp w zakresie terapii, dostępu do leczenia trombolitycznego oraz trombektomii mechanicznej. Jednak wielu przedstawicieli ośrodków i pacjentów ocenia, że nadal jest dużo do zrobienia, aby można było mówić o pełnej koordynowanej opiece, bo wciąż są bardzo duże różnice w jakości opieki w poszczególnych województwach. Wielu pacjentów nie ma dostępu do rehabilitacji. Nadal wiele rodzin jest przerażonych, gdy odbiera pacjenta ze szpitala i pyta, co dalej. Najtrudniejsze jest przekazywanie pacjenta z wyższego poziomu specjalistycznego niżej, ale to będzie kolejna faza rozwoju koordynacji w neurologii – stwierdziła.

– Mamy tylko jeden mankament w naszym systemie: wszystko to musi zostać zapisane w jakimś rozporządzeniu jako kolejny produkt, a to wymaga uruchomienia całej maszyny od Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji po Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia. Jest świetny polski model kompleksowej opieki koordynowanej z wynikami porównywalnymi z najbardziej rozwiniętymi krajami na świecie. Od modeli, o których rozmawiamy, różni się tylko jednym: ministerstwo się nie wtrącało, nikt nie tworzył przepisów, jak to należy organizować. Chodzi o onkologię i dziecięcą – system otwarty dla wszystkich. Jeżeli cokolwiek wyregulują przepisy, to tylko to zapisują. Wolabym wskazać kilka produjących ośrodków, tak jak jest w przypadku tej dziedziny – podsumował Michał Dziegielewski.

Joanna Lis