

Koordynowana opieka zdrowotna – podejście procesowe

Termin „koordynowana opieka zdrowotna”, w skrócie KOZ, staje się jednym z najbardziej popularnych pojęć w środowisku szeroko rozumianej opieki zdrowotnej. Nie jest on ani precyzyjny ani jednoznaczny, często też jest stosowany przemiennie z innymi o podobnym znaczeniu, np. opieką zintegrowaną lub koordynowaną ochroną zdrowia. Niemniej jest powszechnie odbierany jako zapowiedź remedium na wiele, nierozwiązywalnych dotąd, problemów sektora zdrowia, zarówno na poziomie systemowym jak i mikrozarządzania.

Niniejszy rozdział jest swego rodzaju wstępem do pełniejszego przedstawienia genezy, celów i podstawowych założeń stosowanych na świecie rozwiązań nazywanych koordynowaną lub zintegrowaną opieką zdrowotną, którym poświęcone są kolejne części publikacji. Przedmiotem rozważań tego fragmentu jest zasadność tak dużej popularności terminu KOZ oraz przewidywany wpływ działań opatrzonych hasłem KOZ na kształt systemów opieki zdrowotnej i praktyki zarządzania podmiotami leczniczymi w Polsce i innych krajach. Innymi słowy, autor stara się odpowiedzieć na pytanie: czy KOZ to tylko przejściowa moda, jakich wiele w zarządzaniu, czy też trend, który na trwałe zmieni zasady funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych? Celem całej publikacji jest ułatwienie czytelnikowi świadomego, a przez to owocnego udziału w inicjatywach opatrzonych mianem „koordynacji”.

Zarządzanie, podobnie jak inne dziedziny ludzkiej aktywności, nie jest wolne od tendencji do formułowania poglądów, które z racji autorytetu twórców stają się modne, tzn. powszechnie naśladowane i stosowa-

ne w praktyce, a ostatecznie zostają zaniechane lub wykorzystywane w ograniczonym zakresie. Do takich koncepcji należą teorie reinżynierii (reengineering), zrównoważonej karty wyników (balanced scorecard), błękitnego oceanu (blue ocean) i wiele innych. Ich autorzy twórczo przedstawili wcześniej znane prawidłowości zarządzania, a przez to dali praktykom impuls do działania na rzecz poprawy wyników organizacji. Z reguły jednak okazywało się, że przyczyną sukcesu jest w większym stopniu przekonanie o skuteczności koncepcji, niż jej faktyczne, sprawcze działanie. Sukces w zarządzaniu zależy bowiem od umiejętnej i konsekwentnej realizacji funkcji planowania, kierowania, motywowania i kontroli. Tylko i aż tyle. Koncepcje i narzędzia mogą wspierać kompetencje menedżerów, ale nie mogą ich zastąpić. Z czasem zatem moda na „doskonały sposób na sukces” mija, a jej miejsce zajmuje kolejna. Dzieje się tak, ponieważ doskonalenie organizacji wymaga nieustannych zmian, a wprowadzanie zmian wymaga coraz to nowych, zewnętrznych impulsów.

Aby móc ocenić, na ile koordynowana opieka zdrowotna jest modą, a na ile trendem warto przyjrzeć się głównym pojęciom i postulatom głoszonym w ramach KOZ oraz ocenić ich potencjalny wpływ na największe problemy sektora.

Koordynacja to organizowanie działań wykonywanych wspólnie przez wiele osób a także harmonijny przebieg lub funkcjonowanie czegoś¹. Można zatem przyjąć, że koordynowanie to odpowiednik jednej z czterech podstawowych funkcji zarządzania – organizowania. Autorytet w tej dziedzinie, Henry Mintzberg uważa, że podział zadań i koordynacja działań stanowią całość wszelkiej ludzkiej aktywności². Zatem koordynowana opieka zdrowotna to opieka zdrowotna, którą ktoś zarządza. Niby nic nowego, ale chciałoby się rzec – nareszcie. Być może też, wymienne stosowanie słów koordynowana i zintegrowana

¹ Słownik języka polskiego PWN

² Za: Rudawska I., Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta., Wolters Kluwer, Warszawa 2014 r., s.13

wynika z podświadomego przekonania, że koordynacja w ramach jednego pomiotu to nic innego jak sprawne zarządzanie, natomiast integracja, rozumiana jako proces tworzenia się całości z części³, to w bardzo „pofragmentowanej” opiece zdrowotnej nowa jakość. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) odnosi się do integracji opieki⁴, podobnie jak oryginalne tytuły wielu publikacji dotyczących tego tematu. Stosowane w Polsce słowo koordynacja, wydaje się być przeniesieniem terminologii używanej od lat w USA, gdzie rola koordynatora, jakim są prywatni oferenci ubezpieczeń medycznych, jest odmienna od rozumienia tego słowa w systemach europejskich. W dalszej części publikacji stosować będziemy termin już rozpowszechniony w Polsce – koordynowana opieka zdrowotna, w skrócie KOZ.

Jednym z głównych, głoszonych w ramach KOZ postulatów jest przeciwdziałanie fragmentaryzacji świadczeń, zapewnienie ciągłości i eliminacja luk w procesie dostarczania usług zdrowotnych. Brzmi to jak zapowiedź wprowadzenia znanej, a nawet bardzo modnej w latach 90. ubiegłego wieku, koncepcji zarządzania procesami biznesowymi (business process management – BPM).

Zgodnie z BPM procesem określa się ciąg działań prowadzących do przekształcenia zasobów (np. kompetencji, informacji, infrastruktury, wyposażenia) w oczekiwane rezultaty (np. poprawę stanu zdrowia). W ramach procesu powinna powstawać „wartość dodana”, czyli wartość większa, niż suma wartości wynikającej z wykonania poszczególnych czynności. Aby tak się stało, proces powinien być dobrze zaplanowany (skoordynowany) i stale doskonalony. Ale co najważniejsze, powinien mieć wyznaczony cel, parametry pomiaru tego celu oraz właściciela, czyli osobę odpowiedzialną za uzyskanie oczekiwanego rezultatu. Tym rezultatem najczęściej jest dostarczenie klientowi produktu lub usługi o wymaganych parametrach jakościowych i możliwie

³ Słownik języka polskiego PWN

⁴ WHO: Opieka zintegrowana jest koncepcją łączącą zasoby na wejściu, proces świadczenia usług, zarządzanie i organizację usługami zdrowotnymi w odniesieniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia

małych kosztach. Praktyka podpowiada, że brak właściciela procesu oznacza najczęściej brak rezultatu (stąd kulejąca efektywność w wielu przedsiębiorstwach publicznych bez względu na kraj i branżę).

Wydaje się, że postulaty KOZ związane z uporządkowaniem sposobu świadczenia opieki⁵, w tym eliminacją czynności niepotrzebnie powtarzanych, odpowiadają warunkowi dobrego planowania i stałego doskonalenia procesów. Co więcej, można uznać, że jedno z głównych pojęć KOZ – tzw. potrójny cel (triple aim) to nic innego jak próba wskazania najważniejszych celów dla całego systemu opieki zdrowotnej. Są nimi: poprawa zdrowia populacji, pozytywne odczucia pacjentów dotyczące opieki zdrowotnej, niższe koszty funkcjonowania systemu w przeliczeniu na jednego pacjenta. Takie precyzyjne wyznaczenie celów może stanowić nową jakość w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia w wielu krajach. Wskazuje też ono na najważniejsze z punktu widzenia KOZ zagadnienia:

- Zdrowie populacji – cel dotyczący całej zbiorowości a nie jednostki. Oczywiście na zdrowie populacji składa się zdrowie wszystkich obywateli. Niemniej tak wyznaczony cel wskazuje koncentrację na problemach zdrowotnych o charakterze powszechnym – w krajach rozwiniętych są to choroby przewlekłe. Nie dziwi zatem, że jednym z głównych pojęć KOZ jest „zarządzanie chorobą” (disease management) czyli koncentracja na optymalizacji sposobu realizacji świadczeń wobec tej, coraz liczniejszej grupy pacjentów. Wśród narzędzi pojawiają się typowe rozwiązania optymalizacji „produkcji masowej” jak np. zobowiązanie do przestrzegania standardowych procedur (zalecane ścieżki kliniczne i powiązane z nimi mechanizmy motywacyjne). Zauważalny jest też wzrost popularności takich metod zarządzania jak np. lean management (eliminacja barier sprawnego „przepływu” pacjenta przez proces obsługi), wcześniej w ochronie zdrowia stosowanych raczej sporadycznie.

⁵ Procesy opieki zdrowotnej w modelu M. Portera to: prewencja, rozpoznanie, przygotowanie interwencji, interwencja, rehabilitacja, monitorowanie), za: Rudawska I., op.cit., s.174

- Indywidualne odczucia pacjenta – czyli zwrócenie uwagi na usługowy wymiar świadczeń leczniczych. Skoro celem świadczeń nie jest już tylko wyleczenie (w przypadku chorób chronicznych jest to cel nieosiągalny), a długoterminowe utrzymanie w możliwie dobrym stanie zdrowia, oczywistym staje się, że wśród parametrów jakości pojawiają się elementy typowe dla sektora usług – sprawność obsługi klienta i przepływu informacji oraz komunikacja interpersonalna. Stwarza to pole do szerszego zastosowania metod i narzędzi marketingu, od badania preferencji pacjenta po rozwiązania o charakterze public relations. Przyjęcie optyki pacjenta może prowadzić w dłuższej perspektywie do podniesienia jakości procesów, w tym poprzez ich (pacjentów) zwiększoną aktywność. Do rozwiązania pozostaje jednak sposób przekonania pacjentów do akceptacji ograniczenia swobody wyboru świadczeniodawcy, co jest jednym z elementów opieki koordynowanej, a może być również postrzegane jako parametr jakości.
- Niskie koszty jednostkowe – typowy cel dla każdej działalności o dużej skali, ale w ochronie zdrowia nowość. Paradygmat działania na rzecz zdrowia bez względu na koszty zostaje zastąpiony innym, zgodnym z ideą solidaryzmu społecznego – dbając o niskie koszty, zwiększamy dostępność świadczeń a tym samym działamy na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji (patrz cel pierwszy). Takie nastawienie jest koniecznością wobec trendów demograficznych i rozwoju technologii medycznych – coraz większa liczba osób będzie oczekiwała coraz doskonalszego i droższego leczenia w coraz dłuższym okresie. Otwiera ono przestrzeń systemu zdrowia dla upowszechnienia koncepcji kontrolingu rozumianego jako monitorowanie uzyskanych rezultatów na tle poniesionych nakładów i wprowadzanie inicjatyw prowadzących do poprawy w tym względzie.

Potrójny cel to nowe wyzwanie dla organizatorów systemu ochrony zdrowia, wskazujące na konieczność przemyślenia i wprowadzenia wielu innowacji w zakresie rozporządzeń prawnych (swoboda podejmowania racjonalnych decyzji w miejscu udzielania usługi) i zasad finansowania (system motywacji ukierunkowujący działania wszystkich uczestników systemu). Potrójny cel i związana z nim modyfikacja zasad funkcjonowania podmiotów leczniczych to także wielkie wyzwanie w obszarze zmian mentalnych wszystkich pracowników systemu, od personelu medycznego, poprzez pracowników administracyjnych po dyrektorów jednostek, w szczególności publicznych⁶.

Zastosowanie metodyki procesowej, aby spełniło pokładane oczekiwania, wymaga wprowadzenia nowych ról organizacyjnych i zadbania o rozwój kompetencji z nimi związanych. Postulaty KOZ odpowiadają na te potrzeby. Przypisanie lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) odpowiedzialności za koordynację procesu leczenia to nic innego jak wprowadzenia roli właściciela procesu – osoby odpowiedzialnej za końcowy rezultat czynności (świadczeń medycznych) realizowanych przez wielu specjalistów. Odpowiedzialność ta może nawet przyjąć wymiar materialny, np. poprzez wprowadzenie „fund holdingu” lub innego systemu premii i kar. Dobre praktyki zarządzania wskazują jednak, że efektywne przejście odpowiedzialności jest możliwe tylko łącznie z uzyskaniem odpowiedniego zakresu uprawnień. Czy lekarz POZ zostanie wyposażony w prerogatywy umożliwiające mu zarządzanie procesem w szerszym zakresie niż tylko poprzez ograniczanie dostępu do świadczeń za pomocą skierowań? Jeśli nie, to zamiast właściciela procesu, jego integratora, lekarz POZ zostanie sprowadzony do niewdzięcznej roli „bramkarza” (gatekeeper). A jeśli tak się stanie, to kto przejmie rolę właściciela procesu dysponujące-

⁶ „Główną przeszkodą we wprowadzaniu jakichkolwiek zmian jest kultura organizacyjna. Koncepcja systematycznej analizy i usprawniania procesów, zarządzania jakością i przejrzystością są zupełnie nieznanymi systemom opieki zdrowotnej i ich podmiotom” – Halvorson 2007, za: Stein V., Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce., Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2016 r., s. 32

go odpowiednimi uprawnieniami? W systemie konkurujących płatników to oni sami spełniają taką rolę (patrz amerykańskie HMO i ACO). W systemach europejskich ten problem nie został jeszcze rozwiązany. Koncepcje plasujące odpowiedzialność na poziomie POZ nie wydają się dobrze rokować, ponieważ naturalną dla tego szczebla tendencją będzie próba przesunięcia kosztów na wyższy poziom systemu, np. do lokalnego szpitala. Może zatem model Alzira – opłata kapitacyjna, ale w powiązaniu z odpowiedzialnością za koszty i rezultaty kompleksowej opieki od POZ do szpitala włącznie?

Wprowadzenia typowych dla procesowego modelu zarządzania pojęć: *zintegrowanego procesu dostarczania opieki zdrowotnej i wartości dodanej* stawia nowe wyzwania przed wszystkimi jego uczestnikami. Pełnią oni bowiem role wewnętrznych dostawców i klientów. Klient wewnętrzny to odbiorca rezultatu czynności poprzedzających te, które sam wykonuje (np. dla lekarza opisującego wyniki badań obrazowych klientem wewnętrznym jest lekarz prowadzący pacjenta, a on sam wobec tego ostatniego pełni rolę dostawcy). W tak skomplikowanych procesach jak świadczenie usług zdrowotnych, większość uczestników pełni przemiennie wszystkie z wymienionych ról: właściciela, dostawcy i klienta procesu. Każda z nich wymaga jednak innych kompetencji. Właściciel procesu musi rozumieć zakres swojej odpowiedzialności (granice procesu) oraz oczekiwania klienta wewnętrznego, dla którego jest dostawcą częściowego rezultatu. Z uprawnieniem dotyczącym definiowania parametrów jakości, przynależnym roli klienta wewnętrznego, związane jest wymaganie precyzyjnego zdefiniowania tych parametrów – tak więc uprawnienia i odpowiedzialność idą w parze. Na tym polega istota zarządzania. W projektowaniu rozwiązań koordynowanej opieki zdrowotnej nie można tej zasady pomijać. Jest bowiem regułą, że wskaźniki na granicy procesu będą postrzegane różnie przez obie strony. Np. szpital konieczność nieplanowego przyjęcia uzna za wskaźnik niedoskonałości POZ. Zdolność do świadomego pełnienia ról w procesach bywa okre-

ślana świadomością biznesową (business acumen). Jej wzrost decyduje o skuteczności zarządzania i uzyskiwanych rezultatach.

Jeśli zatem mowa o opiece koordynowanej opartej na procesowym modelu zarządzania, to konkluzja brzmi następująco: poza uwarunkowaniami ze strony systemu, konieczna jest przebudowa mentalności i modelu kompetencji pracowników, tak aby nabyli oni zdolność do pracy zespołowej. Jest to zadanie na wiele lat, ale kiedyś trzeba zacząć, najlepiej ze świadomością problemów jakie są po drodze do rozwiązania.

Bliskim do BMP pojęciem z dziedziny zarządzania jest reengineering⁷ – koncepcja, która zakłada, że aby udoskonalić organizację, należy w miejsce drobnych usprawnień, kompleksowo ocenić zgodność realizowanych procesów z celami i w razie potrzeby odważnie i zdecydowanie je przebudować. Być może organizacje i system ochrony zdrowia znajdują się właśnie w sytuacji, gdy wprowadzanie drobnych ulepszeń ma już tylko bardzo ograniczony sens. Trzeba przebudować system (don't automate, obliterate), wprowadzić nowe procesy i wyznaczyć nowe cele. Za takim myśleniem wydaje się przemawiać kilka istotnych uwarunkowań, w jakich funkcjonuje sektor zdrowia:

- Trendy demograficzne – skoro coraz więcej osób będzie coraz dłużej starych (bo wydłużenie czasu życia to przecież wydłużenie starości) a ich potrzeby będą rosły wskutek rozwoju oferty dostawców technologii medycznych, to obecnymi metodami raczej nie da się ograniczyć kosztów do poziomu jaki mógłby zaakceptować budżet jakiegokolwiek kraju. Potrzebne są nowe rozwiązania.
- Ograniczenie dostępności profesjonalistów medycznych – zarówno z powodów finansowych jak i skomplikowania procesu kształcenia specjalistów medycznych nie można liczyć na taki wzrost ich liczby, który sprostałby obecnym i przyszłym ocze-

⁷ Twórcą koncepcji reinyżynieringu był M. Hammer – warto zwrócić uwagę na zbieżność tytułu jego książki wydanej w 2010 r. „Faster. Cheaper. Better” i tytułu książki G. Schrijvers’a z roku 2017 „Integrated Care. Better and Cheaper.” – wydanie polskie: Schrijvers G., Opieka koordynowana. Lepiej i taniej., Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2017 r.

kiwaniami. Należy raczej zapomnieć o możliwości powrotu do sytuacji, gdy jeden, znany rodzinie lekarz, troszczył się o zdrowie kilku pokoleń. Migracja, rozwój specjalizacji i niedobory kadr będą skutkowały koniecznością akceptacji usług zmieniającego się składu specjalistów. Zapewnienie ciągłości leczenia będzie więc głównie zapewnieniem dostępu do informacji o pacjencie oraz jego sprawnego przejścia przez „ciąg usługowy”.

- Bierność klienta (pacjenta) wynikająca z asymetrii informacji, charakteru systemu ubezpieczeń społecznych oraz tradycji sposobu świadczenia usług medycznych. Nie przystaje ona do uwarunkowań związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych, w przypadku których gros starań o zdrowie to działania podejmowane przez pacjenta a nie personel usługowy (wg NHS pacjent ma w ciągu roku kontakt z personelem medycznym przez ok. 3 godziny⁸).
- Rozwój technologii informatycznych – wobec powyższych uwag nie jest zasadnym rozważaniem opieki koordynowanej bez skutecznie wdrożonych systemów informatycznych, zarówno w obszarze obecnych procesów np. przepływu informacji pomiędzy specjalistami, jak i udostępnieniu procesów wcześniej nieistniejących, jak np. porady telemedyczne lub zabiegi z aktywnym udziałem operatorów zdalnie kierujących pracą urządzeń.

I to właśnie nowe procesy, dostępne dzięki rozwojowi technologii cyfrowych są szansą na sukces projektów opieki koordynowanej. W tym także procesy angażujące głównego interesariusza systemu – pacjenta. Bez jego aktywności, będącej pochodną wiedzy zdobytej w procesie edukacji zdrowotnej, a także zmobilizowania do przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie (rozwiązania prawne w dziedzinie ubezpieczeń zdrowotnych) i systemowego wsparcia (monitoring parametrów zdrowotnych i podejmowanych aktywności) – sukces KOZ będzie co najwyżej częściowy.

⁸ Stein V., op. cit., s. 15

Pojęcie koordynowanej opieki zdrowotnej jest modne. Wyjątkowość tej mody polega na tym, że prowadzi ona do wielu korzystnych zmian. I chociaż w literaturze brak jeszcze jednoznacznych informacji potwierdzających ekonomiczne korzyści płynące z wdrożenia KOZ to przecież procesowe, usługowe podejście do pacjenta z pewnością zwiększy jego zaufanie do systemu i świadomość potrzeby własnego zaangażowania i troski o zdrowie. I dlatego, bez względu na stosowane nazewnictwo oraz przyjęte rozwiązania szczegółowe, KOZ jako sposób zarządzania systemem ochrony zdrowia w oparciu o model procesowy wydaje się być nieodwracalnym trendem.

Na zakończenie, zapraszając do lektury całej publikacji, pozostawiamy uwadze czytelnika dwie propozycje definicji dotyczące KOZ:

Koordynowana opieka zdrowotna (KOZ) to procesowe podejście do zarządzania systemem i podmiotami ochrony zdrowia. Kluczowymi elementami KOZ są: wyznaczenie mierzalnych celów, usługowe podejście do pacjenta i innych uczestników procesu, rola zespołu POZ jako integratora usług zdrowotnych, edukacja i wzbudzenie świadomości pacjenta umożliwiające mu przejęcie odpowiedzialności za końcowy rezultat procesu, czyli stan własnego zdrowia (pacjent właścicielem procesu).

Lekarz POZ to nie bramkarz (gatekeeper) strzegący przed pacjentem wejścia do systemu ochrony zdrowia, motywowany minimalizacją kosztów udzielonych świadczeń. Lekarz, a nawet szerzej zespół POZ, to **opiekun zdrowia** (healthkeeper) chroniący pacjenta przed chorobami przewlekłymi i związanym z nimi obniżeniem jakości życia, poprzez działania edukacyjne i profilaktyczne, koordynację niezbędnych usług medycznych oraz nieustanne motywowanie do zdrowszego stylu życia.

Artykuł stanowi fragment publikacji „Koordynowana opieka zdrowotna”, Szynkiewicz P., Kalbarczyk W.P., Jędrzejczyk T., Prometriq Akademia Zarządzania, Sopot 2017.