

OPIEKA KOORDYNOWANA

DEFINICJE, ZAMYŚŁ, LOGIKA, METODY, DOWODY, PRZYKŁADY

dr Mukesh Chawla
Bank Światowy

Warszawa, 25 luty 2015

Opieka koordynowana - brak jednolitej definicji

- Wiele osób używa terminu "opieka koordynowana" w odniesieniu do wielu różnych rzeczy
- Terminologia jest "elastyczna" (*MacAdam, 2008*)
- Inne nazwy w jęz. angielskim
 - managed care
 - continuity of care
 - case/care management
 - transmural care
 - patient centered care (opieka zorientowana na pacjenta)
 - shared care
 - transitional care
 - integrated delivery
- Wiele pojęć powiązanych ze sobą i pokrywających się (*Howarth & Haigh, 2007*)

Opieka koordynowana - brak jednolitych ram

- Terminologia jest ważna w procesie tworzenia koncepcji, projektowania i ewaluacji systemów opieki zdrowotnej
- Dobrze zarysowane ramy ułatwiają komunikację, tworzenie hipotez, formułowanie strategii, tworzenie modelu opieki koordynowanej i jego ocenę (*Kodner & Kyriacou, 2000*)
- Solidne ramy stworzone w oparciu o doświadczenie pomagają zrozumieć istotę i zwiększyć skalę udanych wdrożeń opieki koordynowanej (*Godwin i wsp., 2004*)
- Zasady zachowania organizacyjnego i techniki zarządzania z sektora biznesowego mogą pomóc nam lepiej zrozumieć opiekę koordynowaną (*Suter i wsp., 2007*)
- Dziedzina wciąż niesprecyzowana i ewoluująca

Po co nam opieka koordynowana?

- Aby udoskonalić proces tworzenia i świadczenia opieki zdrowotnej zorientowanej na pacjenta
- Aby zrównoważyć "niewyrównany" system
- Aby podnieść jakość świadczeń dla osób w podeszłym wieku, przewlekle chorych i niepełnosprawnych
- Aby zmniejszyć fragmentację, wypełnić luki i usunąć nadwyżki
- Aby odnieść się do problemów związanych z dostępem do świadczeń, ciągłością i koordynacją leczenia
- Aby zwiększyć efektywność wykorzystania posiadanych zasobów
- Aby zapobiec błędom lekarskim
- Aby zmniejszyć koszty trudno poddające się kontroli
- Aby zwiększyć zaufanie społeczeństwa do systemu opieki zdrowotnej

Wybrane definicje

- Metody/sposoby organizacji opieki umożliwiające udzielanie świadczeń profilaktycznych i leczniczych wysokiej jakości, a jednocześnie opłacalnych, zapewniających ciągłość i koordynację leczenia z przeznaczeniem dla pacjentów o największych potrzebach zdrowotnych (*Ovretveit, 1998*)
- To 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 (*Grone & Barbero, 2001*)
- Modele płatności, organizacji systemu, udzielania świadczeń i ścieżek zawodowych personelu medycznego sprzyjające współpracy, spójności i konsolidacji powiązań między poziomami opieki przyczyniające się do wzrostu jakości opieki i życia pacjentów oraz wydajności systemu (*Kodner & Spreuwenberg*)

Opieka koordynowana z różnych punktów widzenia

(Lloyd & Wait, 2006)

Pacjentów

- Łatwy dostęp
- Jednolita opieka

Świadczeniodawców

- Współpraca interdyscyplinarna
- Koordynacja pracy i świadczeń ponad "podziałami"

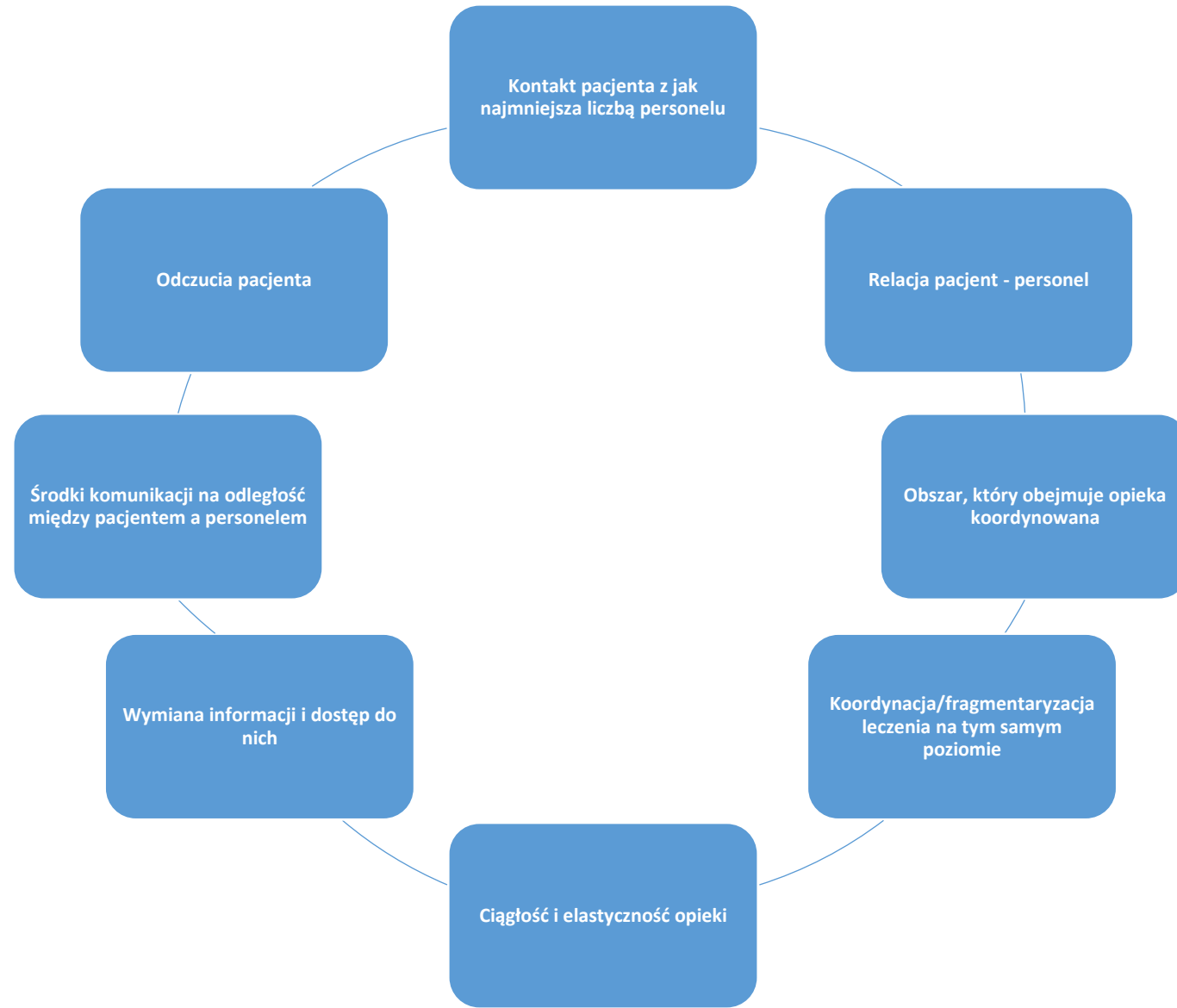
Koordynatorów

- Nadzór nad metodami finansowania
- Zarządzanie złożonymi strukturami organizacyjnymi

Decydentów

- Stworzenie strategii i metod finansowania sprzyjających koordynacji
- Ewaluacja systemów i programów

Aspekty



Typy integracji

(Nolte & McLee, 2008; Shortell, 2000; Fulop et al, 2005)

- Integracja funkcyjna
 - Koordynacja na poziomie nie związanym bezpośrednio z udzielaniem świadczeń (finansowanie, informowanie, zarządzanie)
- Integracja organizacji
 - Koordynacja opieki między instytucjami
- Integracja interdyscyplinarna
 - Tworzenie interdyscyplinarnych zespołów
- Integracja świadczeń
 - Koordynacja świadczeń w ramach pojedynczego procesu
- Integracja normatywna
 - Wspólne normy i wartości
- Integracja systemowa
 - Dopasowanie strategii i systemu motywacyjnego na poziomie organizacyjnym

Poziomy koordynacji

(Kodner et al, 2000; Kodner et al, 2002)

- Finansowanie
 - Konsolidacja funduszy na różnych poziomach
- Administracja
 - Konsolidacja zadań
- Instytucje
 - Planowanie i zarządzanie budżetem w ramach grupy świadczeniodawców
- Udzielanie świadczeń
 - Koordynacja leczenia
- Ewaluacja
 - Jednolite i kompleksowe procedury ewaluacyjne

Stopnie koordynacji(*Leutz, 1999*)

- Jak najmniej zmian
 - Współpraca doraźna
- Koordynacja w ramach istniejących struktur
 - Określa mechanizmy ułatwiające komunikację i wymianę informacji pomiędzy podmiotami
- Pełna koordynacja
 - Stworzenie nowej instytucji/systemu, obejmujących wszystkie zadania, zasoby i finansowanie

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku - przykłady (1)

	Australia	Kanada	Holandia	Nowa Zelandia	Szwecja	Wielka Brytania	USA
Krótki opis	HealthOne	PRISMA	Geriant	Te Whiringa Ora	Norrtalje	Torbay	MassGeneral
	Koordynacja opieki zdrowotnej i środowiskowej	Skoordynowana sieć udzielania świadczeń	Interdyscyplinarne zespoły ds. opieki środowiskowej nad osobami z otępieniem starczym	Interdyscyplinarne zespoły ds. opieki środowiskowej nad osobami przewlekle chorymi	Pełna koordynacja (płatnik-jeden główny dostawca świadczeń)	Interdyscyplinarne zespoły ds. opieki środowiskowej nad osobami w podeszłym wieku	Koordynacja intensywnej opieki, system bazujący na poszczególnych praktykach lekarskich
Cele	Zachowanie ciągłości leczenia poprzez koordynację POZ i opieki środowiskowej; Usprawnienie systemu skierowań; Zmniejszenie liczby przypadków ponownej hospitalizacji.	Lepsza integracja opieki zdrowotnej i socjalnej dla osób starszych z chorobami przewlekłymi; Lepszy stan zdrowia, wzmocnienie pozycji i wzrost satysfakcji pacjenta;	Zwiększenie "przepustowości", jakości i konsolidację powiązań między poziomami opieki; Opóźnienie momentu umieszczenia pacjenta z otępieniem starczym w szpitalu/domu opieki; Zapewnienie możliwie wysokiego poziomu jakości życia pacjentów i ich opiekunów.	Większa dostępność do świadczeń; Zmniejszenie nierówności w zdrowiu; Lepiej leczone choroby przewlekłe; Zmniejszenie liczby przypadków hospitalizacji, którym można zapobiec.	Wsparcie osób starszych aby jak najdłużej pozostali we własnych domach; Lepsza koordynacja opieki, wyższa jakość życia i poczucia bezpieczeństwa; Lepsza opieka nad pacjentami z otępieniem starczym u schyłku życia.	Lepsza opieka i dostęp do świadczeń, mniejsza liczba badań, skrócenie kolejek do specjalistów, większa samodzielność, mniejsza liczba przypadków hospitalizacji .	Lepsza opieka i wyniki leczenia, poprawa warunków pracy lekarzy POZ, zmniejszenie kosztów.
Okres realizacji	2005 - nadal	1999 - nadal	2000 - nadal	2011 - nadal	2006 - nadal	2000 - nadal	2006 - nadal
Grupa docelowa	Przewlekle chorzy z chorobami współistniejącymi zagrożeni hospitalizacją	Niepełnosprawni w wieku 65+ wymagający opieki domowej angażującej kilku pracowników opieki medycznej i socjalnej	Wszyscy pacjenci z otępieniem starczym mieszkający w swoich domach	Przewlekle chorzy z chorobami współistniejącymi, często hospitalizowani	Osoby starsze z dużymi potrzebami w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej	Pacjenci 65+ wymagający rehabilitacji i pomocy w powrocie do wykonywania czynności życia codziennego Pacjenci będący aktywnymi członkami społeczeństwa zagrożeni hospitalizacją	Pacjenci generujący wysokie koszty z dużymi problemami zdrowotnymi, którzy mogą wynieść korzyści z programu

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku - przykłady (2)

	Australia HealthOne	Kanada PRISMA	Holandia Geriant	Nowa Zelandia Te Whiringa Ora	Szwecja Norrtalje	Wielka Brytania Torbay	USA MassGeneral
Populacja	125 pacjentów przewlekłe chorych z chorobami współistniejącymi nie wymagający opieki domowej włączonych do programu w sierpniu 2011r.	Obszar: prowincja Quebec; 40-45 pacjentów na koordynatora	2 860 osób w roku 2011	60 pacjentów na zespół	Wszyscy mieszkańcy Norrtalje w podeszłym wieku (12 000 osób 65+ w 2011 r.)	Wszyscy mieszkańcy Torbay w podeszłym wieku; Na zespół przypada 60-90 pacjentów	2 600 pacjentów włączonych do programu w latach 2006-2009
Źródła finansowania	Sektor publiczny - państwo	Kilka: badania naukowe, władze państwowe i lokalne, lokalne instytucje zajmujące się opieką zdrowotną/socjalną, opłaty pacjentów	Umowy podpisywane co roku z ubezpieczycielami, opłaty pacjentów	Świadczenia zakupywane i udzielane przez zrzeczenie świadczeniodawców - umowa z Healthcare New Zealand (płatnik nowozelandzki)	System: płatnik - jeden główny dostawca świadczeń - umowa z radą miejską i lokalnymi władzami	Skonsolidowane fundusze przyznawane przez zespół ds. organizacji opieki zdrowotnej NHS i władze lokalne	Umowa z rządowymi ośrodkami ds. Medicare i Medicaid

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku - przykłady (3)

	Australia HealthOne	Kanada PRISMA	Holandia Geriant	Nowa Zelandia Te Whiringa Ora	Szwecja Norrtralje	Wielka Brytania Torbay	USA MassGeneral
typ (koordynacja w ramach istniejących struktur)							
Zakres koordynacji	Kontraktowa - zarówno w osi "pionowej" (od POZ w górę) jak i "poziomej" (pomiędzy specjalizacjami)	Kontraktowa - główny dostawca świadczeń - nacisk na koordynację między agencjami aby zapewnić koordynację "poziomą" i "pionową"	Pełna koordynacja Pozioma (zespoły interdyscyplinarne)	Pionowa, wielu świadczeniodawców Pozioma (zespoły interdyscyplinarne)	Pełna koordynacja Pionowa (szpital - dom) i pozioma (opieka domowa)	Pełna koordynacja Pionowa (szpital - dom) i pozioma (zespoły interdyscyplinarne)	Pełna koordynacja Pionowa (zmiana rodzaju opieki) i pozioma (koordynacja leczenia)
Stopień koordynacji	Wielu dostawców świadczeń - brak formalnej koordynacji	Model skoordynowany - odpowiedzialność za pacjentów jest dzielona między kilka agencji - brak formalnej koordynacji	Pełna koordynacja świadczeniodawców w zakresie zespołów koordynujących leczenie; skoordynowany model dla innych świadczeniodawców	Model oparty na wielu świadczeniodawcach - brak formalnej koordynacji	Pełna koordynacja opieki zdrowotnej i socjalnej (jeden główny wykonawca); koordynacja finansowania	Pełna koordynacja świadczeniodawców w zakresie zespołów koordynujących leczenie; skoordynowany model dla innych świadczeniodawców	Skoordynowany system udzielania świadczeń - duża skoordynowana sieć świadczeniodawców
Zarządzanie informacjami (koordynacja na poziomie funkcyjnym)							
System dokumentacji elektronicznej	Nie	Tak - elektroniczna karta pacjenta dostępna dla wszystkich instytucji biorących udział w programie; niedostępne dla lekarzy z sektora prywatnego	Nie	Nie	Ograniczony - wspólna dokumentacja medyczna, w przyszłości współdzielona	Ograniczony - zintegrowany system informacji dot. opieki środowiskowej i socjalnej (bez POZ)	Ograniczony - elektroniczna szpitalna dokumentacja medyczna i system koordynacji leczenia danego przypadku
Stratyfikacja ryzyka	Nie	Tak, na podstawie oceny stanu pacjenta	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku - przykłady (4)

	Australia HealthOne	Kanada PRISMA	Holandia Geriant	Nowa Zelandia Te Whiringa Ora	Szwecja Norrtalje	Wielka Brytania Torbay	USA MassGeneral
Podejście							
Jeden punkt rejestracji na wszystkie świadczenia	Tak - skierowania z różnych źródeł	Tak - skierowania z różnych źródeł, w tym z własnej woli pacjenta	Tak - skierowania tylko od lekarzy POZ	Tak - skierowania z różnych źródeł	Nie - nacisk na budowanie "łańcuchów opieki"	Tak - skierowania z różnych źródeł	Tak - dobrowolny udział dla wybranych beneficjentów
Kryteria włączenia do programu	Tak - kryteria doboru pacjentów	Tak - kryteria doboru pacjentów	Tak - każdy pacjent z rozpoznany otępieniem starym	Tak - szczegółowe kryteria doboru pacjentów	Brak - dla wszystkich osób 65+ w regionie	Nieokreślone - brak kryteriów wyłączających z programu, cała grupa docelowa	Tak - szczegółowe kryteria doboru pacjentów a także wyłączające z programu
Ocena stanu pacjenta	Tak - w oparciu o poprzednie badania	Tak	Tak	Tak	Tak - tylko opieka domowa	Tak	Tak
Planowanie opieki	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak - ustalone miejsca spotkań, dzielenie się dokumentacją medyczną, etc.	Tak	Tak
Koordinator leczenia	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak - pracownik zajmujący się opieką domową	Tak	Tak
Zespół interdyscyplinarny	W ograniczonym zakresie	W ograniczonym zakresie	Tak	W ograniczonym zakresie	Tak - tylko pracownicy zajmujący się opieką domową	Tak	Tak
Telemedycyna	Nie	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie	Kontrola pacjenta przez telefon

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku - przykłady (5)

	Australia HealthOne	Kanada PRISMA	Holandia Geriant	Nowa Zelandia Te Whiringa Ora	Szwecja Norrtalje	Wielka Brytania Torbay	USA MassGeneral
Wyniki							
Odczucia personelu i pacjentów	Pacjenci spokojniejsi/ wiedzą, że mogą liczyć na pomoc; Lekarze POZ - wysoka satysfakcja	Większe zadowolenie pacjentów, umocnienie ich pozycji	Pozytywna ocena rodziny/opiekunów	Pozytywna ocena lekarzy POZ	Lepsza komunikacji i przepływ informacji wśród personelu	Większa motywacja personelu i pozytywna ocena lekarzy POZ	Wysoka satysfakcja pacjentów/lekarzy
Wyniki leczenia	–	Mniejszy odsetek pacjentów u których nastąpiło pogorszenie sprawności; Mniej niezaspokojonych potrzeb	Opóźnienie momentu oddania pacjenta do szpitala/domu opieki	Dłuższe okresy remisji POCHP po włączeniu do programu	Szybszy i łatwiejszy dostęp do opieki	Krótszy okres oczekiwania na opiekę socjalną	Spadek umieralności z roku na rok
Korzystanie ze świadczeń	Mniej zgłoszeń na SOR i krótsza hospitalizacja po przyjęciu Mniej pacjentów kierowanych do opieki środowiskowej	Mniej zgłoszeń na SOR i przypadków hospitalizacji Liczba konsultacji z personelem medycznym czy świadczeń opieki domowej nie wzrosła	Mniej świadczeń opieki szpitalnej związanej z otępieniem starczym i krótszy okres pobytu w domach opieki	Mniejsza liczba przypadków hospitalizacji i skrócony pobyt w szpitalu chorych na POChP	Spadek liczby osób starszych przyjmowanych do domów opieki	Mniej przypadków ostrych, krótszy czas hospitalizacji Spadek liczby osób przyjmowanych do domów spokojnej starości	Mniej przypadków hospitalizacji i zgłoszeń na SOR
Efektywność i opłacalność	–	Większa wydajność systemu bez dodatkowych nakładów finansowych	–	–	Niższy koszt opieki domowej w przeliczeniu na pacjenta niż w podobnych lokalizacjach	Większa wydajność systemu bez dodatkowych nakładów finansowych	Znaczne oszczędności na Medicare

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku – przykłady: Rola lekarza POZ

Australia HealthOne	Dwie pielęgniarki "łącznikowe" w regionie współpracujące nawet z 90 lekarzami POZ; Lekarze POZ członkami komitetu sterującego, bezpośrednio nagradzani za swoje działania; Poza tym brak finansowych korzyści z udziału w programie, wsparcie w leczeniu pacjentów chorobami współistniejącymi.
Kanada PRISMA	Lekarze POZ ściśle współpracują z koordynatorami pomagając ocenić potrzeby i zaplanować leczenie; Są w tym względzie pewne ramy, ale poziom zaangażowania nie jest z góry określony, a wręcz można określić go jako "w razie potrzeby". Częściowo jest to spowodowane brakiem wynagrodzenia za udział w pracach zespołów interdyscyplinarnych czy koordynację opieki.
Holandia Geriant	Zgłoszenia pacjentów z otępieniem starczym do opieki domowej przyjmowane są tylko i wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza POZ, który w Holandii pełni rolę "strażnika systemu" opieki specjalistycznej; Lekarze POZ są informowani o przebiegu opieki, ale nie są bezpośrednio zaangażowani w program, o ile pacjent nie trafi do nich z innym problemem natury medycznej; Lekarz POZ jest odpowiedzialny za zdrowie pacjenta przez cały okres opieki; Lekarz POZ wciąż odgrywa główną rolę w opiece nad pacjentem niezwiązanej z otępieniem; Personel zaangażowany w program Geriant i lekarze POZ dzielą się informacjami i konsultują w obrębie tych ram w razie potrzeby.
Nowa Zelandia Te Whiringa Ora	Koordynatorzy (dyplomowane pielęgniarki) i pracownicy środowiskowi (kaitautoko) mają udział w całościowej ocenie danego przypadku i planowania opieki; Lekarze POZ są informowani o planie opieki ale nie są bezpośrednio zaangażowani udziału w sam proces, koordynatorzy mogą kontaktować się z nimi jeśli potrzebne jest skierowanie lub konsultacja.
Szwecja Norrtalje	Lekarze POZ pracują dla i w imieniu dostawcy świadczeń koordynowanej opieki zdrowotnej i socjalnej, są więc wcieleni w program; Jeden lekarz naczelny wspomaga pracowników zajmujących się opieką domową
Wielka Brytania Torbay	Podział terytorialny pomiędzy poszczególne zespoły koordynujące pokrywa się z podziałem pod względem regionalizacji podstawowej opieki zdrowotnej, ale lekarze POZ rzadko włączani są w główne prace zespołu; Wszystkie praktyki POZ zgłosiły się do udziału w programie i otrzymują wynagrodzenie za pomoc w planowaniu opieki i plasują się wśród najważniejszych członków zespołu, choć poziom ich zaangażowania w te prace różni się.
USA MassGeneral	Lekarze rodzinni odgrywają zasadniczą rolę w koordynacji leczenia pacjentów generujących wysokie koszty, ściśle współpracują z pielęgniarkami - koordynatorami i innymi pracownikami

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku - przykłady: Czemu to działa?

- HealthOne (Australia)
 - Lepsze planowanie i koordynacja opieki nad osobami starszymi z dużymi potrzebami zdrowotnymi = pacjenci są odpowiednio prowadzeni przez system i powiązani z właściwymi świadczeniodawcami, co przekłada się na mniejszą liczbę niepotrzebnych hospitalizacji
- PRISMA (Kanada)
 - Koordynacja opieki przy użyciu danych uzyskiwanych w czasie rzeczywistym i przepływ informacji pomiędzy personelem = bardziej efektywna opieka udzielana wcześniej i szybciej
- Geriant (Holandia)
 - Duże wsparcie zespołu interdyscyplinarnego = pacjenci z otępieniem starczym dłużej pozostają w swoich domach
- Te Whiringa Ora (Nowa Zelandia)
 - Duży nacisk na edukację i pomoc w odzyskaniu samodzielności = przewlekle chorzy lepiej radzą sobie z chorobą a liczba hospitalizacji w tej grupie spada
- Norrtalje (Szwecja)
 - Koordynacja komunikacji i świadczeniodawców = bardziej efektywna opieka świadczona wcześniej i w krótszym czasie Intensywna opieka domowa = pacjenci pozostają dłużej we własnych domach, a liczba osób starszych przyjmowanych do domów opieki spada
- Torbay (Wielka Brytania)
 - Koordynacja opieki nad osobami starszymi = mniejsza liczba przypadków ostrych wymagających hospitalizacji, pacjenci dłużej pozostają we własnych domach, a liczba osób przyjmowanych do domów opieki spada
- MassGeneral (USA)
 - Koordynacja intensywnej opieki nad pacjentami generującymi wysokie koszty, silny nacisk na samodzielność i bliska współpraca z lekarzami POZ = spadek liczby ostrych przypadków wymagających hospitalizacji w tej grupie

Opieka koordynowana nad osobami w podeszłym wieku - przykłady: elementy kluczowe dla sukcesu

- System

- Świadomość istotności koordynowania opieki nad osobami starszymi o słabym zdrowiu
- Dostarczenie bodźców np. w postaci odpowiedniego finansowania do rozwoju lokalnych inicjatyw celujących w poprawę opieki nad tą grupą
- Unikanie odgórnego podejścia wymagającego łączenia podmiotów na poziomie strukturalnym lub organizacyjnym
- Usunięcie barier utrudniających koordynację opieki w danym regionie, np. różnych modeli finansowania czy wymogów.

- Organizacja

- Brak jednego modelu organizacji najbardziej sprzyjającego opiece koordynowanej
- Punktem wyjścia powinno być ulepszenie już świadczonej opieki, a nie wprowadzanie nowego, sztywnego modelu
- Podejście do opieki koordynowanej z czasem ulega przeobrażeniu, a większość programów ciągle się rozwija

- Komunikacja

- Dobra komunikacja i relacje między pacjentami, personelem medycznym/opieki socjalnej i koordynatorami jest warunkiem sukcesu
- Szersze zastosowanie systemów telekomunikacyjnych sprzyja sukcesowi, ale go nie warunkuje
- Budowanie relacji w związku z opieką koordynowaną wymaga czasu aby stworzyć kapitał społeczny i zbudować zaufanie

- Współpraca

- Niezbędna jest współpraca personelu medycznego i pracowników opieki socjalnej w zespołach skupiających specjalistów z różnych dziedzin i/lub różnych instytucji
- Istotne jest określenie ról każdego członka zespołu, a także ścisła współpraca z innymi członkami w ramach wspólnej wizji
- Pacjentom z dużymi potrzebami zdrowotnymi, którzy wymagają zarówno opieki medycznej jak i socjalnej niezbędne może okazać się duże wsparcie wykraczające poza możliwości POZ.

- Świadczenia

- Ważne elementy: całościowa ocena opieki, planowanie opieki, jeden punkt rejestracji, koordynacja opieki, sieć podmiotów ściśle ze sobą współpracujących, co ułatwia dostęp do wymaganego wsparcia, np. w odzyskaniu samodzielności

- Pacjent

- We wszystkich przedstawionych modelach kładziono duży nacisk na pracę z pacjentem i jego opiekunami aby zwiększyć ich samodzielność
- Ciągłość leczenia i koordynacja aby zaspokoić indywidualne potrzeby pacjenta - wysoce pożądane
- Osobisty kontakt z wyznaczonym koordynatorem opieki/ i/lub osobistym koordynatorem leczenia daje lepsze wyniki niż zdalne monitorowanie stanu pacjenta czy kontakt telefoniczny.

Opieka koordynowana – dowody naukowe

- W analizie 85 badań dot. opieki koordynowanej z 6 krajów OECD potwierdzono, że opieka koordynowana daje dobre wyniki leczenia i wysoką satysfakcję pacjenta, zwłaszcza przy zastosowaniu kilku strategii, jak np. narady dotyczące danego przypadku, plany opieki, szkolenia czy finansowanie koordynacji (*Powell-Davies i wsp., 2008*)
- Analizując 15 randomizowanych badań klinicznych przeprowadzonych w USA wśród beneficjentów programu Medicare zaobserwowano, iż koszty opieki koordynowanej są wyższe niż koszty leczenia w grupie kontrolnej, choć w większości przypadków różnice te nie były istotne; dowiedziono, iż pacjentom z grupy opieki koordynowanej udzielano więcej informacji na temat ich choroby i otrzymywali większą pomoc w zorganizowaniu opieki (*Peikes i wsp., 2009*)
- Analizując wpływ organizacji opieki nad osobami przewlekle chorymi wykazano, iż prawdopodobieństwo hospitalizacji u osób po zawale mięśnia sercowego było niższe jeśli opieka planowana była przez zespół interdyscyplinarny, a pacjenci mieli osobisty kontakt ze świadczeniodawcami (w zestawieniu z kontaktem telefonicznym) (*Sochalski, i wsp., 2009*)
- Choć wydaje się, iż dzięki opiece koordynowanej zmniejszenia się liczba przypadków hospitalizacji, jej wpływ na koszty pozostaje nieokreślony, zwłaszcza w krótkiej perspektywie. Niemniej jednak w niektórych badaniach wskazano programy opieki koordynowanej przynoszące oszczędności, są to programy stworzone (i) dla pacjentów np. z zastoinową niewydolnością mięśnia sercowego, czy (ii) pacjentów z dużymi potrzebami zdrowotnymi (*Mattke i wsp., 2007; Kodner i Spreuwenberg 2002*)
- Patrząc całościowo, analizując zebrane dowody stwierdzono, iż wpływ opieki koordynowanej na koszty zależy od typu leczonego schorzenia i od tego, czy jest ono powiązane z niepotrzebnymi hospitalizacjami lub niedostatecznym leczeniem przed wprowadzeniem opieki koordynowanej (*Rand Europe i Ernst i Young 2012*)

Opieka Koordynowana - nowe modele w krajach OECD

- **Niemcy - koordynacja poprzez programy opieki dla konkretnych schorzeń**

- Reforma państwowego ubezpieczenia zdrowotnego przeprowadzona w 2002 r. wprowadziła programy opieki dla konkretnych chorób, aby polepszyć profilaktykę i koordynację leczenia chorób przewlekłych. Miało to skutkować wyższą jakością i pobudzać konkurencję między kasami chorych. Wprowadzono je w kontekście starzejącego się społeczeństwa, wzrostu zapadalności na choroby przewlekłe i braku kontroli nad działaniami świadczeniodawców, czy stosowania wytycznych dobrych praktyk. Niemiecki system to przykład programu integracji "poziomej" w połączeniu z umiarkowaną koordynacją, nacisk na integrację na poziomie organizacyjnym, udzielania świadczeń i zakresu opieki; rolę koordynatorów przyjęli lekarze POZ.

- **Holandia - system ryczałtowy**

- W roku 2006 wprowadzono konkurencję regulowaną między ubezpieczycielami i świadczeniodawcami. Do 2010 roku 90% populacji Holandii podpisało umowę z jednym z czterech głównych ubezpieczycieli, natomiast 6-ciu mniejszych założyło spółdzielnię nabywców. W roku 2007 eksperymentalnie wprowadzono ryczałt za leczenie cukrzycy. W roku 2010 rozszerzono zakres opieki opłacanej ryczałtem o 3 schorzenia: POChP, zawał mięśnia sercowego i postępowanie w wypadku wystąpienia czynników ryzyka chorób układu krążenia; ze względu na wysoki wskaźnik zachorowalności i praktyczne możliwości wprowadzenia tego rozwiązania. Na przykładzie Holandii zaobserwować można elementy koordynacji "pionowej" o umiarkowanym stopniu, z naciskiem na koordynację na poziomie organizacyjnym, udzielania świadczeń i zakresu opieki; wiodącą rolę pełnią lekarze POZ.

- **Japonia - Początki koordynacji opieki**

- W Japonii ubezpieczeniem zdrowotnym objęci są wszyscy obywatele, z podziałem na 3 grupy: (i) osoby zatrudnione w firmach prywatnych i urzędnicy publiczni; (ii) samozatrudnieni; oraz (iii) osoby starsze w wieku 75+. Pacjenci wnoszą roczną opłatę, są też dopłaty do świadczeń wynoszące 20-30%. W roku 2008 Japonia wprowadziła strategię mającą na celu zachęcić do współpracy szpitale i podmioty zajmujące się opieką długoterminową w nowotworach, udarze mózgu, zawałach mięśnia sercowego czy cukrzycy. W roku 2013 dodano do tej listy zdrowie psychiczne. Celem jest udzielanie wysokiej jakości świadczeń oraz zachęcenie szpitali i świadczeniodawców zajmujących się opieką długoterminową do współpracy.

PYTANIA? UWAGI?

mchawla@worldbank.org