

Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności

Iga Rudawska

Zintegrowane systemy świadczenia opieki zdrowotnej odgrywają coraz ważniejszą rolę w reformach systemowych podejmowanych w krajach Unii Europejskiej. Sednem tych zmian jest przechodzenie od epizodycznego leczenia chorób ostrych ku świadczeniu skoordynowanych usług zorientowanych na przypadki chroniczne i zapewniających pacjentom ciągłość leczenia. Celem niniejszego artykułu jest zatem dyskusja na temat możliwości zwiększania efektywności opieki zdrowotnej poprzez jej integrację. Struktura artykułu jest trzyczęściowa: pierwsza część definiuje pojęcie integracji opieki zdrowotnej, druga – omawia siły napędowe integracji, a ostatnia – przedstawia wyniki badań empirycznych poświęconych integracji opieki zdrowotnej przeprowadzone przez OECD.

1. Wstęp

Integracja procesu dostarczania opieki zdrowotnej, jak również integracja systemu opieki zdrowotnej z innymi obszarami życia społeczno-gospodarczego, znajduje się w centrum zainteresowania wielu międzynarodowych gremiów, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) czy Bank Światowy. Wyrazem tej uwagi są liczne prace zorientowane bezpośrednio (integracja jako główny priorytet) lub pośrednio (integracja jako jeden z modułów szerszego projektu) na kwestię koordynacji procesu dostarczania opieki zdrowotnej. Samo tylko Biuro WHO ds. Zintegrowanych Usług Opieki Zdrowotnej (WHO European Office for Integrated Health Care Services) prowadzi kilka projektów poświęconych tej tematyce, by wspomnieć tu o „Linking Levels of Care”, „Primary Health Care”, „Hospital Management”, „Home Health Care”, „Human Resource Development” czy „Telemedicine”. Źródła tych i podobnych projektów tkwią w dążeniu do poszukiwania sposobów synergicznego osiągnięcia kilku celów stawianych przed systemami opieki zdrowotnej, tj. racjonalizacji kosztów, podnoszenia skuteczności leczenia oraz wyrównywaniu nierówności w dostępie i korzystaniu z opieki. Wiążąc owe cele z pojęciem efektywności, będącym centralną

kategorią pojęciową niniejszych rozważań, należy wyróżnić trzy jej wymiary (Rudawska 2007: 25):

- efektywność kosztową – odnoszoną do wytworzenia określonej liczby usług przy minimalnych (możliwie najniższych) kosztach,
- efektywność rynkową – odwołującą się do takiej alokacji usług opieki zdrowotnej, która jest w stanie zapewnić maksymalizację korzyści zdrowotnych populacji objętej opieką w relacji do nakładów ponoszonych na tę aktywność,
- efektywność społeczną – odnoszoną do stopnia realizacji zadań społecznych stawianych przed systemami opieki zdrowotnej, np. podnoszenia ogólnej zdrowotności społeczeństw lub ich grup objętych opieką, wzrostu dostępności i jakości opieki zdrowotnej różnych szczebli dla zdefiniowanej populacji.

Pierwszy wymiar efektywności ma zatem zasięg mikro i interpretowany jest jako wynik działalności usługowej danego podmiotu opieki zdrowotnej w odniesieniu do wielkości poniesionych nakładów. Dążenie do zwiększania efektywności oznacza zatem kierowanie się w praktyce zasadą maksymalizacji rzeczywistych wyników działalności usługowej podmiotu przy określonych nakładach lub osiągania danych wyników przy minimalnych (możliwie najniższych) kosztach (Kleczkowski 1969).

Wymiary drugi i trzeci efektywności odnoszą się do skali makro i odzwierciedlają stosunek nakładów do efektów w odniesieniu do sektora opieki zdrowotnej jako części gospodarki narodowej. Warto przy tym dodać, iż po pierwsze suma efektywności na poziomie mikro nie jest równoznaczna z efektywnością na poziomie makro. Po drugie wydatki na opiekę zdrowotną są konkurencyjne w stosunku do innych wydatków w skali państwa, co w połączeniu z przypisywanym 10–12-procentowym wpływem opieki zdrowotnej na stan ludzkiego zdrowia budzi uzasadnione dylematy natury ekonomicznej i społecznej.

Celem niniejszego artykułu jest dyskusja na temat możliwości podnoszenia efektywności za pomocą rozwiązań określanych mianem integracji świadczenia usług opieki zdrowotnych (*integrated health care delivery*).

2. Integracja opieki zdrowotnej – zdefiniowanie pojęcia

Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych definiuje termin „integracja” jako proces tworzenia całości z części, a także zespolenie i zharmonizowanie składników zbiorowości (Kopaliński 1989: 232). Taka interpretacja reprezentuje ujęcie procesowe, lecz nie odwołuje się do rezultatów podejmowanej aktywności ludzkiej, co w odniesieniu do sektora opieki zdrowotnej oznaczałoby orientację na analizę wykonania i pomiar wyników.

W piśmiennictwie z zakresu ekonomiki zdrowia integracja opieki zdrowotnej jest współczesnym fenomenem rozpatrywanym zwykle w dwóch wymiarach:

- jako organizacyjna struktura podporządkowana imperatywowi ekonomicznemu, sprowadzająca się do tworzenia grup kapitałowych, łączących różne podmioty sektora zdrowia (od szpitali, poprzez ambulatoryjne formy opieki, aż po apteki); taka interpretacja integracji wiąże ją silnie z pojęciem fuzji i przejęć (Devers i in. 2001);
- jako sposób dostarczania opieki zdrowotnej poprzez koordynację różnych aktywności, których finalnym beneficjentem jest pacjent; miarą osiągnięć z tej perspektywy jest poprawa wyników leczenia przy równoczesnej dbałości o efektywność kosztową (Stranberg-Larsen i Krasnik 2009).

Obie subkategorie integracji wymagają zmiany perspektywy oceny usługodawcy z podejścia charakterystycznego dla pojedynczego podmiotu (np. szpitala) na rzecz kompleksowej oceny sieci współpracujących ze sobą dostawców opieki zdrowotnej. Pojęcie sieci w tym kontekście zostało wprowadzone w 1998 r. przez SMG Market Group (1998), która zinterpretowała ją jako „formę organizacyjną, która poprzez prawo własności lub formalną umowę uszeregowuje podmioty opieki zdrowotnej celem dostarczenia zdefiniowanemu rynkowi zintegrowanych usług zdrowotnych poprzez poprawę jakości i redukcję kosztów opieki”.

Definicja przyjęta przez WHO jest bliższa drugiemu z przytoczonych powyżej wymiarów integracji. Według niej opieka zintegrowana (*integrated care*) jest koncepcją łączącą zasoby na wejściu, proces świadczenia usług, zarządzanie i organizację usługami zdrowotnymi w odniesieniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia (WHO European Office for Integrated Health Care Services 2001). Z kolei inne definicje uwypuklają pojęcie sieci, interpretując zintegrowany system dostarczania opieki zdrowotnej jako „sieć podmiotów, która dostarcza lub aranżuje koordynowane kontinuum usług dla zdefiniowanej populacji i która jest w stanie wziąć na siebie kliniczną i finansową odpowiedzialność za wyniki i status zdrowotny obsługiwanej społeczności” (Wan, Lin i Ma 2002). Wan argumentuje przy tym, że system zintegrowanego świadczenia usług zdrowotnych wymaga integracji na trzech poziomach (Wan, Lin i Ma 2002: 129):

- strukturalnym (odnoszącym się do struktury zarządzania),
- klinicznym (odnoszącym się do ciągłości opieki),
- informacyjnym (odnoszącym się do systemu danych klinicznych i administracyjnych).

Integracja może przebiegać wertykalnie lub horyzontalnie. Sieć zintegrowanego dostarczania usług może wykorzystywać oba kierunki integracji, tworząc system współpracujących ze sobą podmiotów/programów/planów zdrowotnych – zarówno na tym samym poziomie opieki, jak i między poszczególnymi jej szczeblami. Zadania stawiane przed systemami tego typu

mają w głównej mierze charakter ekonomiczny (poprawa efektywności, wzrost udziału w rynku) i kliniczny (poprawa wyników leczenia). Nie należy jednak zapominać o efektach integracji w postaci bardziej satysfakcjonujących relacji z pacjentami, dla których podstawową oczekiwaną korzyścią z integracji jest ciągłość leczenia i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Integrację można również odnieść do trzech poziomów analizy systemu opieki zdrowotnej (tabela 1).

Poziom mikro (indywidualnego podmiotu opieki zdrowotnej)	Poziom mezo (poszczególnych programów zdrowotnych)	Poziom makro (systemowy)
Ciągłość opieki Koordynacja sekwencyjna Koordynacja wzajemna	Integracja profesjonalistów Integracja kliniczna Koordynacja kolektywna	Integracja funkcyjna Integracja normatywna Integracja systemowa

Tab. 1. Rozumienie integracji opieki zdrowotnej w zależności od poziomu analizy. Źródło: opracowanie własne na podstawie Rodriguez, C. i C. Rivieres-Pigeon 2007. *A literature review on integrated perinatal care. International Journal of Integrated Care*, nr 7, s. 3.

Pierwszy z powyższych poziomów dotyczy opieki nad danym pacjentem i zapewnienia mu kontinuum leczenia nie tylko podstawowej jednostki chorobowej, ale także usług komplementarnych z nią związanych, takich jak wsparcie psychologiczne. Koordynacja sekwencyjna ma miejsce, gdy podczas danego epizodu chorobowego pacjent jest leczony przez co najmniej dwóch profesjonalistów medycznych postępujących po sobie i współpracujących ze sobą. Koordynacja wzajemna oznacza natomiast współpracę co najmniej dwóch lekarzy leczących danego pacjenta jednocześnie (Rodriguez i Rivieres-Pigeon 2007).

Na poziomie mezo koordynacja kolektywna ma miejsce, gdy różne zespoły profesjonalistów wspólnie świadczą usługi zdrowotne. Z kolei integracja profesjonalistów oznacza tworzenie multidyscyplinarnych zespołów, które są w stanie lepiej zaspokoić potrzeby danej populacji. Profesjonaliści godzący się na integrację kliniczną dążą do koordynacji ich indywidualnych działań wokół danego przypadku chorobowego pacjenta (Shortell i in. 1996).

Termin integracja normatywna został wprowadzony przez zespół Contandriopoulou, odnosząc go do zgodności norm i wartości uznawanych przez wszystkich interesariuszy danego systemu. Integracja systemowa na poziomie makro oznacza natomiast harmonizację struktury i funkcji danego systemu opieki zdrowotnej i ma wymiar kompleksowy (Rodriguez i Rivieres-Pigeon 2007: 4). Podobnie należy interpretować integrację funkcyjną, gdzie podstawowe funkcje to finansowanie, informowanie i zarządzanie.

3. Siły napędowe integracji opieki zdrowotnej

Chociaż strategie dojścia do integracji i koordynacji opieki zdrowotnej mogą różnić się między poszczególnymi państwami (wszak Wspólnota Europejska nie dostarcza wytycznych tego typu, pozostawiając państwom członkowskim swobodę kształtowania ich systemów opieki zdrowotnej), proces reformowania jest zbliżony. Po stronie popytowej głównymi siłami napędowymi tych reform są zmiany demograficzne i epidemiologiczne współczesnych społeczeństw oraz rosnące upodmiotowienie pacjenta, wyrażające się śmielszą artykulacją potrzeb i preferencji oraz zorganizowanym ruchem konsumenckim. Po stronie podażowej natomiast kluczowe znaczenie mają: rozwój technologii medycznych i systemów informacyjnych oraz presja ekonomiczna na zarządzanie kosztami systemów opieki zdrowotnej (rysunek 1).



Rys. 1. Integracja opieki zdrowotnej. Źródło: opracowanie własne na podstawie O. Grone, M. Garcia-Barbero 2001. *Integrated care. A position paper of the WHO European Office for integrated health care services. International Journal of Integrated Care, April–June, s. 21.*

Rosnący wskaźnik oczekiwanej długości życia oraz rozrost segmentu osób w grupie 65+ niewątpliwie wpływają na wielkość i strukturę popytu na opiekę zdrowotną. Tylko w ciągu ostatnich blisko 30 lat odsetek populacji w wieku 65+, liczony jako średnia unijna, wzrósł o cztery punkty procentowe – z 13,22% w 1980 r. do 17,23% w 2009 r., a oczekiwana długość życia w chwili urodzenia dla statystycznego mieszkańca Unii Europejskiej wzrosła w tym samym okresie z 70,20 do 76,52 lat dla mężczyzn i z 77,05 do 82,56 lat dla kobiet (WHO Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfadb>). I choć trudności z ekstrapolacją innych zmiennych, takich jak osobniczy styl życia, genetyczne czynniki ryzyka czy środowisko, nie pozwalają na dokładne oszacowanie popytu na usługi zdrowotne wynikającego z transformacji demograficznej współczesnych społeczeństw, to dłuższe życie oznacza ujawnienie się problemów zdrowotnych typowych dla wieku starszego (liczne badania pokazują, iż częstotliwość korzystania z opieki zdrowotnej wzrasta po 65. roku życia, by eskalować po 75. roku życia), a także pojawienie się nowych jednostek chorobowych. Dlatego też popyt na usługi zdrowotne starzejącego się społeczeństwa, przede wszystkim Europy, opisywany jest przez choroby chroniczne (jak cukrzyca, nadciśnie-

nie tętnicze, osteoporoza) oraz choroby wielonarządowe, których konsekwencje mają wymiar nie tylko funkcjonalny (ograniczający funkcje życiowe pacjenta), ale także psychologiczny oraz społeczny.

Nasuującą się zatem odpowiedzią na synchroniczne radzenie sobie z tymi problemami jest **zintegrowana opieka zdrowotna** nawiązująca w swej istocie do holistycznego ujęcia zdrowia człowieka. Leczenie chorób przewlekłych, coraz powszechniej wstępujących, wymagać będzie odejścia od fragmentaryzacji opieki zdrowotnej i koncentracji na tzw. chorobach ostrych oraz przystosowanych do ich zwalczania szpitali krótkoterminowych na rzecz zarządzania jednostką chorobową pacjenta wraz z systemem wsparcia społecznego i środowiskowego. Oznacza to *de facto* **zmianę paradygmatu opieki zdrowotnej** z podejścia przedmiotowego, opartego na zasobach ku podejściu podmiotowemu z pacjentem w roli głównej (*patient-centered health care*). Nieuchronną tego konsekwencją będzie, pod stronie systemowej, konieczność poszukiwań nowych sposobów organizacji, dystrybucji i finansowania usług zdrowotnych, a po stronie popytowej – wzrost odpowiedzialności pacjentów za własne zdrowie wraz z finansowymi tego następstwami. Zatem w triadzie relacji usługodawca–płatnik–pacjent kwestią fundamentalną będzie podział ryzyka pomiędzy wszystkimi zaangażowanymi stronami.

Kolejnym czynnikiem poddającym w wątpliwość obecny system dostarczania opieki zdrowotnej oparty na jej fragmentaryzacji są rosnące oczekiwania pacjentów, co należy wiązać nie tylko z większą dostępnością do informacji medycznej, ale też z procesami globalizacji jako takiej. Sprostanie oczekiwaniom pacjentów co do dostępności opieki zdrowotnej, jej kompleksowości i ciągłości oznacza wzrost odpowiedzialności instytucji za usprawnienie zarządzania, promocję zdrowia oraz kompleksową rehabilitację. Z drugiej strony zwiększenie upodmiotowienia pacjenta wiąże się z rozwojem tzw. „samozarządzania chorobą” (*disease self-management*) (Newman, Steed i Mulligan 2009) oraz koniecznością przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie poprzez osobniczy styl życia i kreowanie prozdrowotnego otoczenia/środowiska.

Wśród czynników lokowanych po podaźowej stronie opieki zdrowotnej największy wpływ na tendencje integracyjne ma rozwój nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT). Na poziomie mikro ICT może podnieść jakość opieki poprzez ułatwienie obiegu informacji pomiędzy uczestnikami procesu leczenia na różnych poziomach systemu (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna, zamknięta opieka zdrowotna). ICT pozwala również na monitoring skuteczności procesu terapii poprzez udostępnianie informacji zwrotnych zainteresowanym interesariuszom systemu (pacjentom, lekarzom różnych szczebli, płatnikom). Oznacza to integrację wertykalną procesu dostarczania usług medycznych, przede wszystkim w aspekcie organizacyjnym i informacyjnym.

Na poziomie mezzo ICT ułatwiają integrację profesjonalistów i instytucji w interdyscyplinarne zespoły dzielące się wiedzą i doświadczeniem. W tym

przypadku chodzi o integrację horyzontalną w aspekcie know-how. Dla finalnego beneficjenta usług zdrowotnych oczywistą zaletą takiego rozwiązania jest podniesienie szybkości diagnozy i rozpoczęcia leczenia bez konieczności fizycznego przemieszczania się. Dla pacjentów ośrodków zlokalizowanych poza dużymi centrami specjalistycznymi telemedycyna (na przykład teleradiologia, telerehabilitacja) oznacza wzrost dostępności usług, a więc wsparcie dla efektywności społecznej. W końcu na poziomie makro ICT umożliwiają lepsze planowanie alokacji usług opieki zdrowotnej w oparciu o dane epidemiologiczne i wyniki. Nowe technologie to także perspektywa redukcji kosztów pozyskiwania i transmisji informacji medycznych, a więc wsparcie dla medycyny opartej na dowodach naukowych.

Z kolei nowe technologie medyczne (jak chirurgia małoinwazyjna, urządzenia do monitoringu stanu pacjenta na odległość, innowacyjne sensory w technice laboratoryjnej) będą wymagały dostosowania form świadczenia usług zdrowotnych do zmienionych warunków (przykładem tego są oddziały chirurgii jednego dnia czy tzw. kliniki przysklepowe w USA). Oto bowiem skraca się długość pobytu chorego w szpitalu, zmniejsza się liczba przyjęć szpitalnych kosztem rozbudowy szczebla ambulatoryjnego i opieki środowiskowej, w tym domowej. Innowacje dysruptywne, takie jak terapia genowa, będą wymagały całkowicie nowych form dostarczania opieki zdrowotnej, a także nowych rozwiązań logistyczno-organizacyjnych. W tej perspektywie koordynacja między ambulatoryjnym a specjalistycznym zamkniętym poziomem opieki zdrowotnej staje się wyzwaniem. Nowe technologie medyczne mogą okazać się bardziej efektywne kosztowo od obecnych. Nie należy jednak zapominać o zjawisku popytu indukowanego przez podaż, które prowadzi do eskalacji wydatków, a to jest już problem makroekonomiczny. Na przykład skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu za sprawą nowych technologii oznacza nie tylko lepsze wykorzystanie łóżek, ale także pośrednio wzrost popytu na nie. To z kolei oznacza nowe przyjęcia szpitalne, a zatem również wzrost wydatków na opiekę zdrowotną. Pomimo skrócenia średniego czasu pobytu w szpitalu z 16,14 dni w 1980 r. do 8,61 dni w 2008 r. (średnia dla UE), wskaźnik przyjęć (liczba przyjęć w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców Unii Europejskiej) wzrósł z 16,14 w 1980 r. do 17,73 w 2008 r., a szacunki WHO mówią o dalszym wzroście do poziomu 18,5 w 2015 r. (WHO Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfad>).

Jeśli dodać do tego, iż wydatki na szpitale konsumują, w zależności do systemu, od 40 do 80% całkowitego budżetu z przeznaczeniem na opiekę zdrowotną, to nowe technologie mogą budzić uzasadnione wątpliwości co do poprawy efektywności w skali makro. Niewątpliwie jednak wzrasta efektywność społeczna za sprawą zwiększonych zdolności usługowych różnych szczebli opieki zdrowotnej poprawiających dostęp do usług. Poprawa efektywności w skali makro jest zatem możliwa poprzez harmonizację systemu i konsolidację powiązań między poszczególnymi poziomami opieki. W świetle postępującej specjalizacji i fragmentaryzacji medycyny cele ten może

być jednak trudny do osiągnięcia. Doświadczenie z sektorów przemysłowych podpowiada, iż „Każda zorganizowana działalność ludzka – od lepienia garnków, po podróże kosmiczne – podnosi kwestię dwóch fundamentalnych, lecz przeciwstawnych warunków: podziału pracy między poszczególne zadania do wykonania oraz koordynacji tych zadań tak, by zrealizować cel podejmowanej aktywności. Struktura danej organizacji może być zatem postrzegana jako całkowita suma sposobów podziału pracy między poszczególne zadania i następnie sposobów uzyskiwania koordynacji między tymi zadaniami” (Mintzberg 1971). Przenosząc słowa H. Mintzberga na grunt opieki zdrowotnej, można wysunąć konkluzję, że sukcesy reformatorów systemu opieki zdrowotnej dotyczą jedynie podziału pracy między różne jego zadania, koordynacja i integracja zostały natomiast zaniedbane.

4. Koordynacja opieki zdrowotnej w świetle badań OECD

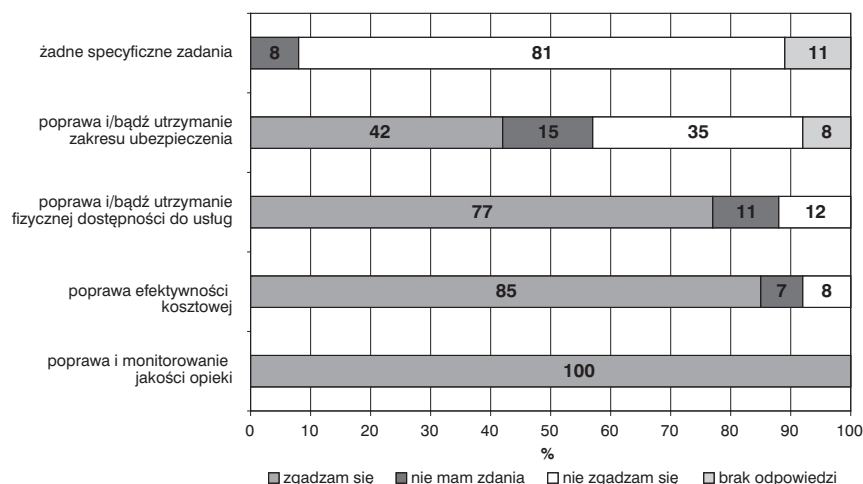
Dotychczas nie przeprowadzono badań umożliwiających międzynarodowe porównania na temat stosowanych rozwiązań zmierzający do integrowania opieki zdrowotnej. Niemniej jednak w 2006 r. OECD była inicjatorem badania ankietowego poświęconego praktykom koordynacji opieki zdrowotnej w sumie 38 państwach OECD i UE niebędących członkami OECD. Celem badania było rozpoznanie postrzeganych zadań stawianych przed systemami koordynacji opieki zdrowotnej, ich wykonania i rezultatów. Na kwestionariusz ankiety opowiedziało 26 państw (Hofmarcher, Oxley i Rusticelli 2007: 13). Badanie dotyczyło konkretnych programów koordynacji opieki (tabela 2) poświęconych bądź zdefiniowanym jednostkom chorobowym, bądź zdefiniowanym grupom pacjentów przejawiających określone potrzeby zdrowotne.

Badanie OECD ujawniło, iż respondenci zdecydowanie łączą zastosowanie programów koordynacji opieki zdrowotnej z realizacją celów efektywnościowych i jakościowych stawianych przed systemami opieki zdrowotnej. Nieco mniejsze przekonanie wyrazili co do orientacji takich programów na podnoszenie dostępności opieki (rysunek 2). Uwypuklanie celów związanych z poprawą jakości opieki zdrowotnej ma swoje silne uzasadnienie w licznych odniesieniach rynkowych poddających w wątpliwość powszechność stosowania najlepszych praktyk i medycyny opartej na dowodach naukowych w poszczególnych krajach OECD, by wspomnieć tylko raport „Crossing the Quality Chasm” (National Institute of Medicine 2001)¹, krytykujący poziom usług medycznych w USA i liczbę popełnianych błędów medycznych. Inne badanie konkludowało z kolei, iż podstawowym problemem erozji jakości opieki zdrowotnej są nie niskie kompetencje techniczne profesjonalistów medycznych, lecz niedoskonałości organizacyjne procesu świadczenia usług zdrowotnych (Docteur i Oxley 2003).

Kategoria	Syntetyczny opis
Zarządzanie opieką (<i>care management</i>)	Termin ten odnosi się do zapewniania świadczeń zdrowotnych populacji uprawnionej w ramach danego pakietu ubezpieczeniowego, tak by otoczyć ją kompleksową opieką bez zbędnego dublowania świadczeń. Celem jest podnoszenie skuteczności leczenia i zapewnienie efektywności kosztowej. Niezbędne jest wprowadzenie ognia koordynującego (najczęściej lekarza pierwszego kontaktu) autoryzującego dostęp do świadczeń
Zarządzanie przypadkiem (<i>case management</i>)	Odnosi się do koordynacji różnych składowych systemu opieki zdrowotnej, tak by finalnie zapewnić pozytywny wynik leczenia. Program ten wymaga szacowania długofalowych potrzeb zdrowotnych jednostki i w dalszych etapach obejmuje: planowanie opieki, powiązanie różnych jej form, monitorowanie przebiegu procesu usługowego oraz ocenę końcową. Naczelnym celem tego programu jest dostarczenie pacjentom opieki efektywnej kosztowo, głównie poprzez ograniczenie hospitalizacji i konsumpcji usług ratownictwa medycznego. Obejmuje system skierowań, konsultacji, wystawiania recept, przyjęć do szpitali, opieki poszpitalnej i niekiedy – przedpłat za usługi zleczone (specjalistyczne). W imieniu pacjenta (ubezpieczonego) funkcję koordynatora pełnią lekarze lub pielęgniarki zarządzania przypadkiem, często pozostając w konsultacji z ubezpieczycielem
Ciągłość opieki (<i>continuing care</i>)	Dotyczy systemu zapewniania opieki w długiej perspektywie, włączając w to opiekę domową oraz wsparcie innych instytucji społecznych. Celem jest dostarczenie kompleksowej opieki pacjentowi poprzez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów medycznych
Zarządzanie jednostką chorobową (<i>disease management</i>)	Rozwiązanie to zmierza do koordynacji procesu usługowego zorientowanego na poprawę statusu zdrowotnego zdefiniowanej populacji pacjentów w trakcie trwania całego procesu leczenia zamiast rozpatrywania poszczególnych wizyt jako osobnych epizodów. Zwykle chodzi o specyficzne grupy pacjentów o wysokim ryzyku chorobowym, segmenty kosztochłonne, cierpiące na choroby przewlekłe, wymagające ciągłej farmakoterapii. Zarządzanie jednostką chorobową to także profilaktyka, jak i samo-zarządzanie przez pacjenta w przypadku stwierdzenia jednostki chorobowej
Epizody opieki zdrowotnej (<i>episodes of care</i>)	Dotyczy grupowania usług medycznych podporządkowanych danej jednostce chorobowej lub diagnostycznej
Ścieżki pacjenta (<i>patient pathways</i>)	Rozwiązanie to jest oparte na drzewie decyzyjnym, na które nanosi się wszystkie niezbędne procedury (np. konsultacje, diagnostykę, leczenie, farmakoterapię, dietę, edukację pacjenta) przewidywane dla pacjenta z daną jednostką chorobową. Ścieżki mogą być stosowane w odniesieniu do przepływu informacji, jak też w odniesieniu do planowania usług zdrowotnych

Tab. 2. Rozwiązania (programy) ukierunkowane na koordynację opieki zdrowotnej. Źródło: M. Hofmarcher, H. Oxley i E. Rusticelli 2007. *Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Papers, nr 30, s. 14.*

Koordinacja opieki zdrowotnej jawi się więc tu jako jedno z możliwych rozwiązań podnoszenia jakości opieki poprzez większą zbieżność relacji między ogniwami łańcucha procesu jej udostępniania oraz zapewniania jej zgodności z medycyną opartą na dowodach naukowych.

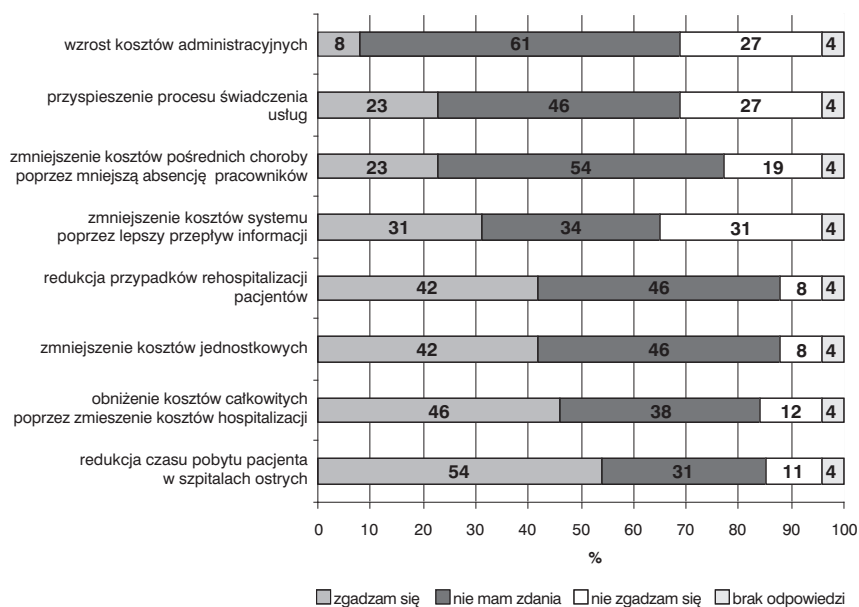


Rys. 2. Cel koordynacji opieki zdrowotnej. Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hofmarcher, H. Oxley i E. Rusticelli 2007. *Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Papers, nr 30, s. 18.*

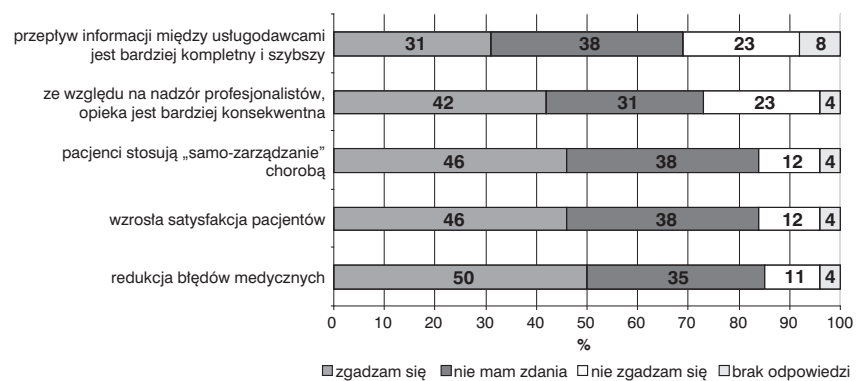
Drugim co do częstotliwości wymieniania celem wśród celów koordynacji opieki jest podnoszenie efektywności kosztowej opieki (takiego zdania było 85% respondentów w badaniu OECD). Podstawowa zaleta płynąca z koordynacji opieki to unikanie powielania tych samych badań i obniżenie kosztów informacji związanych z lepszym ich przepływem między ogniwami procesu usługowego. Trzecim z kolei argumentem za wprowadzaniem programów koordynacji opieki jest poprawa dostępności do świadczeń (taką opinię wraziło ponad $\frac{3}{4}$ respondentów analizowanego badania).

Z kolei respondenci zapytani o postrzegane rezultaty wprowadzania programów integrujących opiekę w aspekcie ich wpływu na efektywność wskazywali w większości przypadków na efekty w postaci redukcji długości hospitalizacji w szpitalach ostrych, spadek ogólnych kosztów opieki zamkniętej poprzez jej kontynuację na mniej kosztownym szczeblu ambulatoryjnym, spadek jednostkowych kosztów opieki oraz zmniejszenie liczby powtórných przyjęć do szpitala (rysunek 3).

Jednocześnie znakomita liczba respondentów nie była w stanie ocenić wpływu zastosowania programów koordynowania opieki na efektywność



Rys. 3. Wpływ rozwiązań koordynujących opiekę zdrowotną na efektywność. Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hofmarcher, H. Oxley i E. Rusticelli 2007. *Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Papers, nr 30, s. 49.*



Rys. 4. Wpływ rozwiązań koordynujących opiekę zdrowotną na jakość i współpracę z pacjentami. Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Hofmarcher, H. Oxley i E. Rusticelli 2007. *Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Papers, nr 30, s. 50.*

kosztową, głównie za sprawą braku formalnych działań ewaluacyjnych oraz braku danych pozwalających na analizę komparatywną. Aż 89% respondentów uznało, że całkowite efekty ekonomiczne wprowadzania takich rozwiązań są rzadko monitorowane (Hofmarcher, Oxley i Rusticelli 2007). Rezultaty badania OECD sugerują zatem, że badani mieli trudności z oceną efektów końcowych wprowadzanych rozwiązań integrujących opiekę zdrowotną. Jeśli chodzi natomiast o ocenę ich wpływu na jakość, połowa z respondentów zgodziła się z twierdzeniem, że sprzyjają one utrzymaniu się wytycznych i dobrych praktyk medycznych. Co istotne, ponad 1/3 respondentów nie miała na ten temat wyrobionej opinii. Podobny rozkład odpowiedzi dotyczył oddziaływania programów koordynacji na poprawę dostępności usług zdrowotnych i satysfakcję pacjentów (rysunek 4).

5. Podsumowanie

Współczesne systemy opieki zdrowotnej z powodzeniem poddają się regule Pareto 80/20, gdzie 80% nakładów konsumowanych jest przez 20% pacjentów. Rekrutują się oni głównie z osób chorych chronicznie oraz seniorów cierpiących zwykle na różne jednostki chorobowe jednocześnie. Konsekwencją tego jest zmiana struktury popytu na usługi zdrowotne. Jednocześnie liczne raporty donoszą o konieczności podnoszenia jakości opieki nad osobami przewlekle chorymi. Jeśli powiązać to z silną presją na utrzymanie wydatków w rozsądnych granicach (przypadek krajów Europy Zachodniej) i na bardziej efektywne nimi zarządzanie (przypadek krajów Europy Środkowo-Wschodniej), rozwiązania integrujące opiekę zdrowotną okazują się godne uwagi. Warunkiem koniecznym ku temu jest usprawnienie procesu gromadzenia i rozpowszechniania informacji na temat działalności podmiotów opieki zdrowotnej.

Poza tym realokacji zasobów z opieki zamkniętej na mniej kosztochłonny poziom opieki ambulatoryjnej powinna towarzyszyć analiza wzorców popytu. To z kolei będzie implikowało powstanie nowych form opieki ambulatoryjnej. Zintegrowane świadczenie opieki zdrowotnej należy zatem postrzegać jako wyzwanie dla poszczególnych państw Wspólnoty Europejskiej. Wyzwanie, które już obecnie zdominowało dyskusję nad pogodzeniem konkurencyjnych celów stawianych przed systemem opieki zdrowotnej.

Informacje o autorce

Dr hab. prof. US Iga Rudawska – Katedra Analizy i Strategii Przedsiębiorstw, Zakład Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński. E-mail: igita@wneiz.pl.

Przypisy

¹ Raport donosił, iż błędy popełniane przez lekarzy prowadzą rocznie do większej liczby zgonów, niż wypadki motocyklowe w USA. Podobne proporcje odnosiły się do Australii, Danii i Wielkiej Brytanii (National Institute of Medicine 2001).

Bibliografia

- Devers, K.J., Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B. i K.M. Erickson 2001. Implementing organized delivery systems: An integration scorecard. *Health Care Management Review*, nr 3 (19), s. 7–20.
- Docteur, E. i H. Oxley 2003. Health Care Systems: Lessons for the reform experience. *OECD Health Working Papers*, nr 9.
- Grone, O. i M. Garcia-Barbero 2001. Integrated care. A position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, April–June.
- Hofmarcher, M., Oxley, H. i E. Rusticelli 2007. Improved health system performance through better care coordination. *OECD Health Working Papers*, nr 30.
- Kleczkowski, B.M. 1969. Metody oceny działalności szpitala i jego efektywności usługowej. *Zdrowie Publiczne*, nr 12, s. 1104–1105.
- Kopaliński, W. 1989. *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wydanie XVIII, Warszawa, s. 232.
- Mintzberg, H. 1971. *The Structure of Organizations*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- National Institute of Medicine 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington: National Academy Press.
- Newman, S., Steed, L. i K. Mulligan 2009. *Chronic Physical Illness: Self-management and Behavioral Interventions*, Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill.
- Rodriguez, C. i C. Rivieries-Pigeon 2007. A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care*, nr 7.
- Rudawska, I. 2007. *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Erickson, K.M. i J.B. Mitchell 1996. *Remaking Health Care in America*, San Francisco: Jossey-Bass.
- SMG Market Group and John Hancock Center 1998. *Integrated Health Care Network Top 100 Directory*, Chicago.
- Stranberg-Larsen, M. i A. Krasnik 2009. Measurement of integrated healthcare delivery: A systematic review of methods and future. *International Journal of Integrated Care*, January–March.
- Wan, T.T., Lin, B. i A. Ma 2002. Integrated mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems* 2002, nr 2 (26), s. 127–143.
- WHO European Office for Integrated Health Care Services 2001. *Integrated Care. Working Definition*.
- WHO Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfad>, odczyt: 6.05.2011.