

Opieka koordynowana na świecie Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce

Raport sporządzony przez K. Viktorię Stein



SYMPOZJUM
EDUKACYJNE
OOK!
14 XII 2016 r.
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Autor:
Katharina Viktoria Stein

Tytuł wersji polskiej:
Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opieką zdrowotną w Polsce

Wersja oryginalna:
Integrated Care around the world. Examples to help improve (primary) health care in Poland

Niniejsza publikacja jest wiernym tłumaczeniem publikacji angielskiej.

Przekład:
ATET Euro-Tłumacze Sp. z o.o.

Rysunki i grafiki:
Pracownia Grafiki Użytkowej NextForm Tomasz Żmijewski

Skład:
Pracownia Grafiki Użytkowej NextForm Tomasz Żmijewski

Druk:
Drukarnia Agent PR

Wydawca:
Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala
Departament Analiz i Strategii
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
tel.: 48 22 572 64 62
e-mail: koordynowana@nfz.gov.pl

Publikacja dotycząca najlepszych rozwiązań międzynarodowych poświęconych opiece koordynowanej została zrealizowana w ramach projektu pt. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

ISBN: 978-83-944034-1-6

Wszelkie prawa zastrzeżone.
Egzemplarz bezpłatny.

Warszawa, grudzień 2016 r.

1. STRESZCZENIE

Opieka koordynowana od dłuższego czasu postrzegana jest jako opłacalne rozwiązanie, które pozwoli rozwiązać problemy organizacji świadczeń dla osób cierpiących na schorzenia przewlekłe i dla słabszych osób starszych, a przy tym poprawi efektywność, jakość oraz skuteczność świadczonych usług. W związku z powyższym w ostatnim czasie uwaga skupiona była na lepszej koordynacji i integracji sektorów opieki zdrowotnej, tak aby usprawnić leczenie danych chorób. Stało się jednak jasne, że aby świadczyć usługi promujące zdrowie, które faktycznie skupiają się na doświadczeniach pacjenta, zakres opieki koordynowanej musi zostać poszerzony tak, aby możliwe było niwelowanie luk występujących nie tylko wewnątrz systemu opieki zdrowotnej, ale również, między innymi, pomiędzy opieką zdrowotną i społeczną. Realizacja tych dążeń wymaga pokonania wielu ograniczeń wynikających głównie z różnic pomiędzy różnym zakresem opieki oferowanym przez przedstawicieli różnych zawodów medycznych, z różnic występujących pomiędzy różnymi organizacjami oraz z różnic w prezentowanych postawach.

Wiele doświadczeń płynących z Europy i ze świata ukazało, że dla opracowania długotrwałych rozwiązań nie wystarczy usunięcie tylko jednego z tych ograniczeń, ale konieczne będzie zastosowanie podejścia wielopłaszczyznowego, które w równie dużym stopniu zmieni procesy i struktury świadczenia usług opieki, co kultury organizacyjne i postawy zaangażowanych podmiotów. Co najbardziej istotne pacjenci, ich rodziny oraz społeczności lokalne muszą odgrywać w tym procesie aktywną rolę, aby upewnić się, że ich potrzeby zostaną zaspokojone, a opinia uwzględniona. Ponadto, podczas gdy wiele wysiłków skoncentrowanych jest na szczegółach funkcjonowania opieki koordynowanej, to jednak kwestia budowania kompetencji niezbędnych do pracy i zarządzania w środowisku koordynowanym jest często pomijana.

Niniejszy raport przedstawia kompleksowy przegląd fundamentów, na których powinna być oparta opieka koordynowana, a przy tym przedstawia różne jej koncepcje, opierając się na wielu przykładach empirycznych z całego świata. Wspomniane fundamenty obejmują całościowe rozumienie i przyswojenie podstaw koncepcji opieki koordynowanej, tworzenie sprzyjających warunków, budowanie wspólnych wartości i kultur, rozwijanie wiedzy i umiejętności niezbędnych w opiece koordynowanej, ujednolicenie sposobów finansowania i motywowania oraz wsparcie dla zaangażowania i udziału świadczeniobiorców w opiece społecznej i ochronie zdrowia.

Główne postulaty to:

- usługi opieki muszą być skoncentrowane na potrzebach świadczeniobiorców, nie zaś na świadczeniodawcach czy systemie
- wymaga to podejścia prozdrowotnego, dotyczącego całej populacji, oraz poszukiwania społecznych determinantów dobrego stanu zdrowia
- opieka koordynowana może funkcjonować wyłącznie w momencie gdy wszyscy interesariusze pełnić będą aktywną rolę w procesie projektowania, zarządzania i wdrażania systemu oraz oceny instrumentów motywujących
- funkcjonować muszą zatem równoległe podejścia odgórne i oddolne (ang. top-down, bottom-up)
- opieka koordynowana wymaga ciągłej uwagi, bieżącego zarządzania i kierowania
- wymaga ona jasnej wizji, misji oraz mierzalnych celów
- podczas gdy dostępnych jest wiele przykładów, na których oprzeć można proponowane rozwiązania, to jednak opieka koordynowana musi nie tylko być dostosowana do kontekstu lokalnego, ale faktycznie opracowana przez społeczności lokalne, co zagwarantuje ich zaangażowanie i przyjęcie odpowiedzialności za jej funkcjonowanie
- przemiana systemowa w kierunku opieki zintegrowanej wymaga zmian w postawach i wartościach wyznawanych przez wszystkie zaangażowane osoby

2. FUNDAMENTY OPIEKI KOORDYNOWANEJ

W niniejszym rozdziale opisane zostały fundamentalne elementy opieki koordynowanej, z których wszystkie wymagają poświęcenia uwagi w procesie wdrażania nowego modelu opieki. W literaturze przedmiotu elementy te uznane zostały jako najistotniejsze obszary działań, których ignorowanie prowadzić może do niepowodzenia lub opóźnienia przebiegu reformy. Mimo iż uniwersalne, elementy te muszą zostać przeanalizowane w kontekście Polski i na podstawie wniosków płynących z tej analizy należy opracować odpowiedni plan działań, który odpowiadać będzie potrzebom i priorytetom polskiego systemu. Poszczególne elementy przedstawione zostały w oparciu o przykłady ze świata.

2.1. ZROZUMIENIE ISTOTY OPIEKI KOORDYNOWANEJ

W ostatniej dekadzie powstało wiele definicji, koncepcji i teorii, których zadaniem było wyjaśnienie, czym jest opieka koordynowana oraz jakie są jej podstawowe elementy, warunkujące skuteczną koordynację usług na przestrzeni różnych sektorów. Pierwsza część rozdziału przedstawia koncepcję modelu tęczy Pima Valentijna (2015) oraz strategię globalną Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) (2015), które posłużą jako przewodnik w podjętej analizie i pozwolą podsumować płynące z niej wnioski oraz kluczowe elementy składowe systemu opieki koordynowanej.

Opieka koordynowana nie jest celem samym w sobie, ale raczej środkiem służącym polepszaniu jakości świadczonych usług. Wielu autorów stwierdza również, że opieka koordynowana jest środkiem, który pozwala na realizację koncepcji Trzech Celów [ang. Triple Aim Approach] (Goodwin, Nolte i McKee, Groene i in.). Przy rozważaniach i próbach zdefiniowania opieki koordynowanej ważnym jest, aby zastanowić się nad przyjętą perspektywą, ponieważ to ona w znaczący sposób wpływa na przebieg zachodzących przekształceń oraz na obszary, którym poświęcona jest największa uwaga. Poniżej, jako przykład, przedstawiono rozpowszechnione i często cytowane definicje.

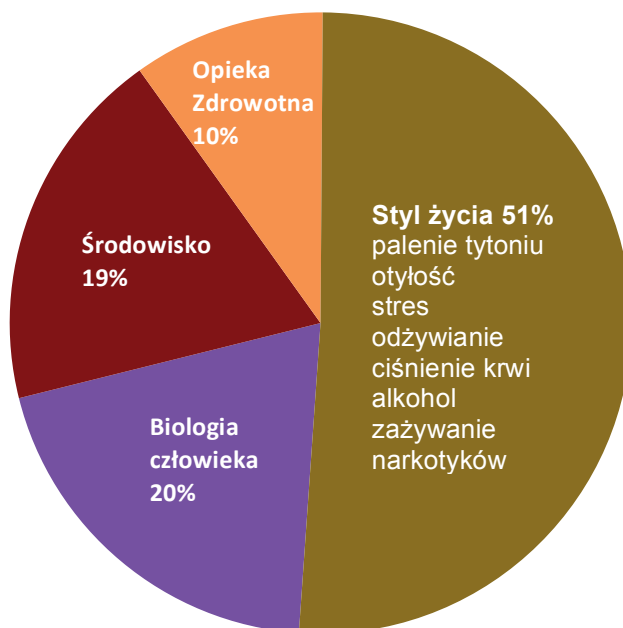
2.1.1. PRZYJĘCIE PODEJŚCIA SYSTEMOWEGO

W strategii globalnej WHO dla koordynowanych usług ochrony zdrowia skupionych na doświadczeniach świadczeniobiorców (2015) przyjęto poniższą definicję Panamerykańskiej Organizacji Zdrowia (2011):

„Koordynowane usługi opieki zdrowotnej to usługi opieki zdrowotnej, które są świadczone na rzecz świadczeniobiorców i zarządzane w sposób, który zapewnia nieprzerwaną promocję zdrowia, profilaktykę zdrowotną, rozpoznanie, leczenie, leczenie chorób, usługi rehabilitacyjne i usługi opieki paliatywnej na różnych poziomach i w różnych miejscach świadczenia opieki w systemie ochrony zdrowia oraz adekwatnie do potrzeb świadczeniobiorców podczas całego ich życia.”

Przyjęcie perspektywy systemowej uwiadamia, że na ogólny dobry stan zdrowia nie wpływa funkcjonujący system i nie warunkuje go. Przeciwnie – system ochrony zdrowia odpowiada jedynie za około 10% całokształtu stanu zdrowia danej osoby (patrz rysunek 1). Społeczne determinanty kondycji zdrowotnej, infrastruktura i transport, wybrany styl życia itp. wpływają łącznie w większym stopniu na stan zdrowia jednostki i społeczeństwa, niż ma to miejsce w przypadku usług opieki zdrowotnej. Fakt ten pozwala lepiej zdać sobie sprawę z wagi przyjęcia podejścia, które uwzględnia całokształt systemu i całokształt zarządzania (WHO Europa) oraz wymaga przyjęcia koncepcji zdrowia we wszystkich planach politycznych, ponieważ każda decyzja podjęta przez rząd, czy to na poziomie krajowym, regionalnym czy lokalnym, może wpływać na stan zdrowia i na kondycję społeczeństwa.

Rysunek 1
Co wpływa na stan zdrowia



Opracowano na podstawie Shroeder, Steven A, We Can Improving the Health of the American People, N Engl J Med 2007 357: 12221-1228

2.1.2 PODEJŚCIE PROCESOWE

Przez długi czas opieka koordynowana uważana była za strategię usprawniania procesów świadczenia usług opieki, która w dużym stopniu kształtowana była przez jej źródła w opiece kierowanej, pozwalającą na opracowanie sposobów sprawniejszego przechodzenia pacjentów przez określoną ścieżkę opieki oraz za strategię, która precyzyjnie określa punkty przejścia pomiędzy sektorami i systemami usług. Definicja opracowana przez Kodnera i Spreeuwenberga (2002) oddaje to podejście:

„koordynacja jest spójnym zestawem metod i modeli na poziomach finansowania, administrowania, organizacji, świadczenia usług oraz na poziomie klinicznym, zaprojektowanym w celu stworzenia łączności, ujednolicenia i pobudzenia współpracy wewnątrz i pomiędzy sektorami leczenia i opieki. Celem tych metod i modeli jest polepszenie jakości opieki i życia, satysfakcja pacjenta oraz efektywność systemu odczuwana przez świadczeniobiorców wskutek łączenia wielu usług, świadczeniodawców i środowisk. Tam, gdzie tego typu wielotorowe wysiłki promujące integrację prowadzą do osiągnięcia korzyści przez świadczeniobiorców, rezultat można określić mianem „opieki koordynowanej”.

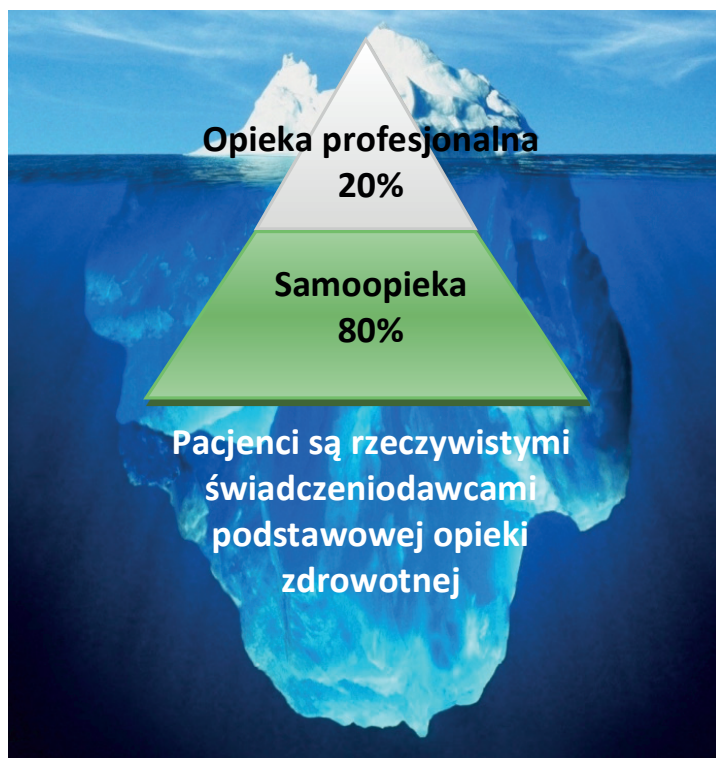
Zaletą tego podejścia wynika z uwagi, jaką poświęca się narzędziom zarządzania oraz zasadzie dostosowywania świadczonych usług do sektorów leczenia i opieki (opieka zdrowotna i społeczna). Podkreśla ono również wagę funkcji zaplecza informacyjno-obrachunkowego, takich jak systemy finansowania czy raportowania, które służyć mogą odpowiednio jako bodźce wpływające na większe rozdrobnienie lub pogłębioną współpracę.

2.1.3 PERSPEKTYWA PACJENTA

Podczas gdy od samego początku koncepcja opieki koordynowanej głosiła potrzebę umiejscowienia pacjenta w samym centrum wysiłków podejmowanych w celu ulepszenia świadczonych usług, to jednak dopiero niedawno punkt widzenia pacjentów, ich potrzeby i oczekiwania stały się przedmiotem dyskusji na temat opieki koordynowanej. Ponadto wciąż dość rzadko pacjenci, ich rodziny i opiekunowie, jak również szersze społeczności są w sposób aktywny i znaczący angażowane w proces podejmowania decyzji oraz w projektowanie i świadczenie usług, pomimo iż tego typu podejście jest kluczem do pomyślnego świadczenia usług opieki podczas całego ich życia, bez względu na to, czy przyjęta zostanie perspektywa zarządzających, kierownictwa czy świadczeniodawców. Jak zaprezentowano na Rysunku 1 (powyżej) oraz Rysunku 2 (poniżej), przez zdecydowaną większość czasu to jednostka dba o swoje zdrowie i ma największy wpływ na jego stan oraz na ogólne dobre samopoczucie – nieuwzględnienie głosu samych zainteresowanych jest rażącym zaniedbaniem i ignorancją oraz głównym czynnikiem wpływającym na wzrost zachorowań na choroby przewlekłe oraz spadek przeżywalności.

Rysunek 2

Znaczenie samoopieki



W Służbie Zdrowia Anglii (National Health Service) średni czas kontaktu jednej osoby z systemem wynosi

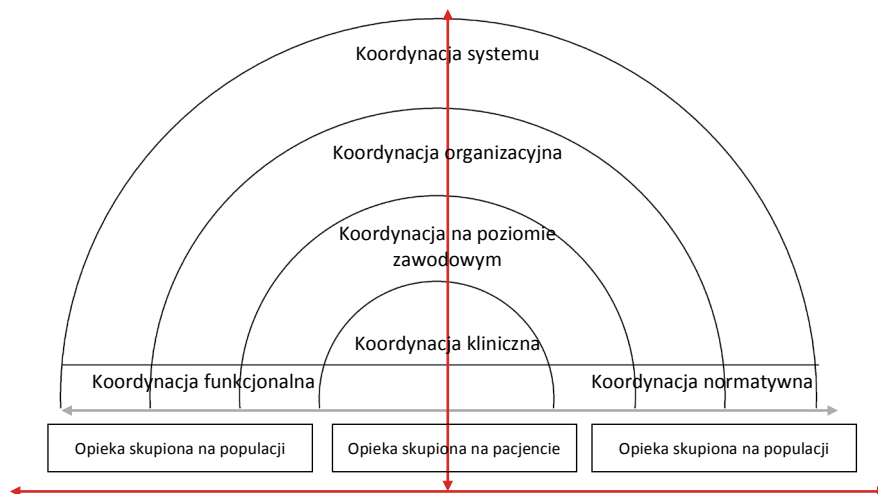
3 godziny rocznie – reszta czasu w ciągu roku poświęcona jest dbaniu o własny stan zdrowia, tak więc odpowiedni odsetek samoopieki jest nawet wyższy niż przedstawiony na Rysunku 2. Podczas gdy konkretne wartości mogą się różnić pomiędzy systemami czy krajami, to jednak wniosek płynący z tych danych jest jasny – to pacjent jest świadczeniodawcą podstawowej opieki zdrowotnej, a świadczeniodawcy i osoby zarządzające systemem nie tylko muszą zdawać sobie z tego sprawę, ale również uwzględnić ten fakt w podejmowanych działaniach, tak aby poniższe zdanie było prawdziwe:

„Mogę zaplanować swoją opiekę wraz z osobami, które wspólnie pracują, aby zrozumieć mnie i mojego opiekuna (opiekunów), pozwalają mi decydować o kształcie mojej opieki oraz łączyć dane usługi, tak aby osiągnąć skutki, które są dla mnie ważne.” (National Voices 2013)

Aby opieka koordynowana funkcjonowała sprawnie, należy uwzględnić wszystkie z powyższych perspektyw oraz dostosować je do właściwego kontekstu, ponieważ perspektywy te oddają różne cele interesariuszy. Kontynuując rozważania, koordynacja opieki, aby była skuteczna i długotrwała, musi odbywać się na wszystkich poziomach systemu. Pomimo iż opracowany przez Valentijna (2013) Model Tęczy rozpatruje opiekę koordynowaną w kontekście Holandii z perspektywy podstawowej opieki zdrowotnej, to jednak model ten wciąż jest użytecznym narzędziem, które pozwala analizować różne poziomy systemu ochrony zdrowia, a do tego pozwala określić, co należy zmienić, połączyć lub skoordynować, aby uzyskać lepsze efekty.

Rysunek 3

Model Tęczy Valentijna dla koordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej



Źródło: Valentijn i inni (2013) Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the Integrative functions of primary care, IJIC, nr 13. styczeń–marzec.

Po wprowadzeniu dodatkowych informacji zaczerpniętych z literatury przedmiotu poziomy w modelu mogą zostać opisane w następujący sposób:

Koordynacja systemu. Ten wymiar opieki koordynowanej odnosi się do możliwości stwarzanych przez system opieki do świadczenia usług oraz funkcjonowania jako platforma dla opieki koordynowanej na poziomie organizacyjnym, zawodowym i klinicznym (np. poprzez ujednolicenie kluczowych czynników systemowych, takich jak przepisy, mechanizmy finansowania, rozwój i szkolenie pracowników).

Koordynacja organizacyjna. Ten wymiar opieki koordynowanej odnosi się do zdolności różnych świadczeniodawców do zawiązywania grup współpracy w celu wspólnego świadczenia usług (co następnie przyczynia się do koordynacji na poziomie zawodowym i klinicznym).

Koordynacja na poziomie zawodowym. Ten wymiar opieki koordynowanej odnosi się do istnienia i promowania partnerstw pomiędzy podmiotami świadczącymi usługi opieki, które umożliwiają im wspólną pracę (np. w zespołach czy sieciach), a przez to promują lepszą koordynację opieki skupionej na potrzebach świadczeniobiorcy.

Koordynacja kliniczna. Ten wymiar opieki koordynowanej odnosi się do sposobu koordynacji i/lub organizacji usług opieki ze skupieniem na potrzebach świadczeniobiorców.

Koordynacja funkcjonalna. Ten wymiar opieki koordynowanej odnosi się do zdolności efektywnej wymiany danych i informacji w obrębie systemu koordynowanego.

Koordynacja normatywna. Ten wymiar opieki koordynowanej odnosi się do stopnia, w jakim różne podmioty w systemie opieki opracowały wspólne ramy (np. wizja, normy i wartości) dla wspierania celów i zamierzeń opieki koordynowanej.

Podczas gdy Valentijn (2015) utrzymuje, że koordynacja na wszystkich z powyższych poziomów w efekcie prowadzi do powstania systemu opieki, który skupia się na potrzebach świadczeniobiorcy i populacji, to jednak strategia globalna WHO (2015), WHO Europe's Framework for Action (2016), jak również inni badacze zwracają uwagę (Ferrer 2015, Project INTEGRATE (nadchodzący)), że świadczeniobiorcy, ich rodziny, opiekunowie oraz społeczności stanowią oddzielny, pełnoprawny poziom modelu:

Opieka skupiona wokół świadczeniobiorcy. Ten wymiar opieki koordynowanej odnosi się do zdolności umożliwiania i angażowania świadczeniobiorców w proces polepszania ich zdrowia i dobrego samopoczucia. Podejście to dąży do tego, aby szerokie grono „świadczeniobiorców” (np. pacjentów, osób żyjących z określonym stopniem niepełnosprawności, opiekunów itd.) było aktywnie zaangażowane w proces świadczenia usług opieki, podobnie jak pozostałe podmioty w systemie.

Dyskusja na temat różnych perspektyw i poziomów opieki koordynowanej uwidacznia znaczenie postrzegania opieki koordynowanej w sposób poziomy (tj. na przestrzeni sektorów i systemów) oraz pionowy (tj. od poziomu systemowego aż do pojedynczej osoby). O ile jasnym jest, że nie wszystkie perspektywy i poziomy wymagać będą równie dużej uwagi w każdym momencie we wszystkich krajach, to jednak w przypadku pominięcia któregośkolwiek z tych poziomów prędzej czy później powstaną opóźnienia we wdrażaniu nowego modelu, ponieważ kluczowi interesariusze poczują się wykluczeni lub nie będzie możliwości skutecznej koordynacji podsystemów i ich współpracy.

2.2 TWORZENIE SPRZYJAJĄCEGO ŚRODOWISKA PRAWNEGO I POLITYCZNEGO

Jeżeli zmiana w kierunku systemów koordynowanych nie znajdzie wsparcia osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki, które dopilnują, aby ramy prawne i obowiązujące przepisy były odpowiednio dostosowane do wprowadzanych przekształceń, zmiana ta nie będzie długotrwała. Żeby zmienić środowisko, w którym świadczone są usługi opieki zdrowotnej i społecznej, konieczne będzie podjęcie wieloetapo-

wych wysiłków. Ponadto zmiana tego typu wymagać będzie aktywnego wpływania na treść podejmowanych decyzji oraz na postępowanie osób odpowiedzialnych za prowadzoną politykę, ponieważ wiele z tych działań zorientowanych jest na cele długoterminowe i nie da się ich w prosty sposób przekształcić w korzyści polityczne, czy to w przypadku struktur finansowych, przepisów regulujących działalność profesjonalną podmiotów świadczących usług opieki, czy też w przypadku tworzenia nowych form prawnych służących zawiązywaniu praktyk opieki koordynowanej.

Funkcje prawodawcze są wielopoziomowe, jednak obejmują zazwyczaj zarządzanie, wyznaczanie kierunków na poziomie strategicznym oraz formułowanie celów. Proces stanowienia prawa pozwala na sformułowanie oraz sformalizowanie ram prawnych i systemowych oraz ram związanych z dostępnymi zasobami. Wsparcie polityczne jest kluczem do wprowadzenia inicjatyw na poziomie całego systemu oraz dla zachowania ich ciągłości (Borgonovi i Compagni 2013, Goodwin 2002, Ling i in. 2012, Mur-Veeman, Van Raak i Paulus 2008, OECD 2012, Williams i Sullivan 2009). Bez przejrzystej polityki opieki koordynowanej na poziomie systemowym inicjatywy oddolne mają małe szanse na ostateczne wdrożenie (Stein 2010, William i Sullivan 2009). W tym przypadku jednoznaczne wskazanie podmiotów odpowiedzialnych jest krokiem koniecznym dla „zbudowania ram oraz jednoznacznego określenia sposobów, w jaki podmioty wewnątrz systemu opieki zdrowotnej mają funkcjonować i porozumiewać się między sobą” (Barbaza i Tello 201, str. 7).

2.2.1. WSPARCIE POLITYCZNE INICJUJE KOORDYNACJĘ OPIEKI

Określenie priorytetów przez organy sprawujące kontrolę nad całym systemem oraz przez osoby kształtujące politykę, jak również wsparcie organów regulacyjnych dla opieki koordynowanej jest kluczową kwestią w promowaniu nowego modelu i zgodnie uznawana jest za jedną z najistotniejszych kwestii w wielu sektorach i krajach. Można zatem bezpiecznie założyć, że instrumenty polityczne, które mają wpływać na zmiany prowadzące do opieki koordynowanej, będą wciąż sprzyjać opracowywaniu i wdrażaniu tej koncepcji oraz że osoby decyzyjne zwrócą uwagę na ten obszar działań przy planowaniu nowego modelu. Wniosek ten podkreśla pilną potrzebę opracowania spójnych strategii i jednoznacznego określenia priorytetów przez osoby kształtujące politykę zdrowotną oraz organy zarządcze, tak aby usprawnić ogólne działanie systemu (Stein 2010).

2.2.2. PODEJŚCIE ODGÓRNE UZUPEŁNIA PODEJŚCIE ODDOLNE

Pomimo iż wiele inicjatyw wprowadzenia opieki koordynowanej podejmowanych jest w związku z niezadowolaniem osób zawodowo świadczących usługi opieki z aktualnego stanu rzeczy oraz chęcią poszukiwania alternatywnych sposobów świadczenia tych usług, to jednak w pewnym momencie pojawia się konieczność opracowania przejrzystej polityki, która zapewni trwałą koordynację i integrację usług (Goodwin 2002, Halvorson 2007, Stein 2010, William/Sullivan 2009). Polityka taka powinna wyjaśniać kwestie prawne oraz te związane z dostępnością środków, jak również kwestie dotyczące współpracy pomiędzy uprzednio odrębnymi sektorami, takimi jak sektory usług opieki zdrowotnej i społecznej lub opieki zdrowotnej i oświaty (Health 2020, William/Sullivan 2009). Brak wsparcia na poziomie kształtowanej polityki uznany został jako jedna z największych przeszkód na drodze do koordynacji systemów (Nicholson i in. 2013), a w krajach takich jak Anglia (Goodwin 2002, Crinson 2009) czy Niemcy (Amelung 2010) aktywne kształtowanie polityki w kierunku koordynacji i integracji świadczenia usług opieki zdrowotnej pozwoliło na podjęcie wielu różnych inicjatyw skierowanych na ulepszenie świadczenia usług oraz poprawę doświadczeń świadczeniobiorców w drodze opieki koordynowanej. Kluczowe jest przy tym odnalezienie właściwego punktu równowagi pomiędzy podejściem oddolnym i odgórnym, z których obydwa są konieczne, aby proponowane rozwiązania były dostosowane do danego kontekstu oraz możliwe do wdrożenia na poziomie lokalnym.

2.2.3. PODEJŚCIE HOLISTYCZNE W ADMINISTRACJI I SYSTEMACH KOORDYNOWANYCH

Dbłość o zdrowie nie jest jedynym zadaniem systemu ochrony zdrowia, a zatem konieczne jest poszukiwanie możliwości współpracy wszystkich sektorów, które mają wpływ na stan zdrowia jednostek oraz ogólny dobrostan populacji. Konieczność ta pociąga za sobą potrzebę budowania koalicji w administracji, która promować będzie podejście uwzględniające zdrowie w całości realizowanej polityki (WHR 2000, WHO Europe 2010). Obecnie w wielu krajach Europy system ochrony zdrowia zatrudnia największą liczbę pracowników i jest najszybciej rozwijającym się obszarem rynku, co wymaga podejmowania odpowiednich działań na poziomie rządowym (OECD 2012). Podczas realizacji zadań z innych obszarów niezbędne będzie ujednolicenie polityki i strategii między innymi również w systemach edukacji, usług społecznych, w budowie infrastruktury i rozwoju nowych technologii czy na rynku pracy.

2.2.4. TWORZENIE RAM PRAWNYCH DLA OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Aby możliwe było przeniesienie opieki zintegrowanej na wyższy poziom, prędzej czy później konieczne będzie rozwiązanie pewnych kwestii prawnych, na przykład umożliwienie współpracy świadczeniodawców opieki medycznej i społecznej, wprowadzenie przepisów regulujących funkcjonowanie zawodów lub stworzenie nowych struktur organizacyjno-prawnych (Suter i in. 2009, Halvorsen 2007, Nicholson i in. 2013).

Przykład: Szkocja

W Szkocji funkcjonuje czternaście Rad ds. Zdrowia NSZ (narodowego systemu zdrowotnego) odpowiedzialnych za planowanie oraz świadczenie opieki szpitalnej, podstawowej opieki zdrowotnej i opieki środowiskowej dla lokalnych populacji. Rady NSZ współpracują z trzydziestoma dwoma organami lokalnymi, które bezpośrednio świadczą lub delegują świadczenie opieki społecznej i domowej niezależnym lub pozarządowym świadczeniodawcom. Pomimo iż w większości dokumentów opisujących przyjętą politykę ochrony zdrowia jest mowa o opiece koordynowanej (3, 4), to jednak Audit Scotland, niezależny organ kontroli wydatków publicznych informował o występowaniu przypadków (5), w których powszechnie uważano, że postęp we wdrażaniu modelu opieki koordynowanej jest zbyt wolny. Kwestia integracji usług była również priorytetem w raporcie Christie Commission dotyczącym przyszłości usług publicznych (6). Po wyborach przeprowadzonych w 2011 roku oraz przy wsparciu partii politycznych rząd Szkocji podjął procedurę ustawodawczą, która miała zaowocować wprowadzeniem opieki koordynowanej. Zaowocowało to opracowaniem Ustawy o Organach Publicznych (2014), która wymagała koordynacji usług opieki osób dorosłych i opieki społecznej na poziomie lokalnym wraz z opcją dodatkowego uwzględnienia usług opieki zdrowotnej dla dzieci, prac społecznych osób skazanych oraz pomocy mieszkaniowej w lokalnych ustaleniach dotyczących koordynacji usług (8). Ustawa wymagała również, aby Rady NSZ i organy lokalne opracowały jeden z dwóch możliwych modeli opieki do kwietnia 2016 roku: model zakładający delegowanie funkcji i rozlokowanie dostępnych zasobów pomiędzy Rady ds. Zdrowia i organy lokalne lub model zakładający delegowanie funkcji i przyznanie danej ilości zasobów zewnętrznej osobie prawnej (Integrated Joint Board). Każdy z Organów ds. Koordynacji sprawować będzie nadzór nad budżetem koordynowanym oraz uzgodnionym zakresem funkcji. Suma budżetów koordynowanych przekraczać będzie kwotę 8 miliardów funtów (ponad 60%) pochodzących ze środków przeznaczonych na usługi opieki zdrowotnej i społecznej, w tym wszystkie usługi opieki społecznej osób dorosłych, podstawową opiekę zdrowotną osób dorosłych oraz usługi opieki środowiskowej, jak również te obszary opieki szpitalnej osób dorosłych, których sposób świadczenia można najłatwiej dostosować w drodze wprowadzanych usprawnień w podstawowej opiece zdrowotnej i usługach środowiskowych. Plan strategiczny i budżet koordynowany, opracowany przy zaangażowaniu świadczeniodawców, partnerów nieustawowych, pacjentów, opiekunów oraz reprezentantów świadczeniobiorców, zakładają delegowanie usług koordynowanych i wsparcia społecznego w zakresie niezbędnym dla polepszenia ogólnego stanu zdrowia lokalnej populacji. Postęp przedsięwzięcia mierzony będzie w oparciu o dziewięć miar efektów związanych ze zdrowiem i ogólnym dobrostanem wraz z dodatkowym zestawem 23 wskaźników, które pozwolą na śledzenie doświadczeń związanych ze świadczoną opieką oraz na analizę danych dotyczących podejmowanych działań i wykorzystania zasobów.

2.2.5 . TWORZENIE KORZYSTNYCH WARUNKÓW

Wprowadzenie nowych przepisów nie jest rozwiązaniem szybkim, nawet w tak sprzyjających warunkach jak miało to miejsce w Szkocji. Ukończenie całego procesu, który poddany był gruntownej analizie oraz dostosowany do sytuacji panującej w kraju zajęło niemal trzy lata od momentu ogłoszenia podstawowych zamierzeń aż do ostatecznego uchwalenia i wejścia w życie ustawy. Prawodawca uważnie rozważył przykłady pomyślnej koordynacji systemów i na tej podstawie wskazał kluczowe idee, które powinny znaleźć się w opracowywanym rozwiązaniu: planowanie uwzględniające w głównej mierze potrzeby lokalnych populacji, wspólne zasoby (środki finansowe i ludzie), angażowanie przedstawicieli zawodów medycznych w planowanie świadczenia usług, inwestycje i realizacja zamierzeń oraz zapewnienie silnego przywództwa lokalnego i przejrzystego podziału odpowiedzialności. Rozmowy z liderami sektora usług opieki zdrowotnej i społecznej, z organizacjami zawodowo świadczącymi usługi opieki, z pracownikami i społecznością lokalną wymagały poświęcenia wielu miesięcy, jednak autorka uważa, że czas ten był kluczowy dla ostatecznego powodzenia reformy. Podejście to wymagało uważnego wsłuchania się w głosy płynące z całego kraju oraz podjęcia aktywnego dialogu, który stale skupiony był na wizji ulepszenia uzyskiwanych efektów: należy zapewniać taki rodzaj wsparcia świadczeniobiorców, aby mogli oni szczęśliwie żyć we własnych domach lub funkcjonować w społeczeństwie tak długo, jak to możliwe, a do tego w momencie, w którym potrzebują świadczeń opieki zdrowotnej czy społecznej, świadczenia te powinny być zapewniane w sposób, który pozostawia wrażenie pozytywne [9]. W momencie, w którym Audit Scotland wyraził swe szerokie poparcie dla ogólnych zasad koordynacji [10], Joint Improvement Team, który ustanowiony został w celu wspierania tego procesu, uznał to jako dowód na to, że przyjęty sposób zarządzania, który angażował osoby z wielu różnych sektorów oraz który w celu wzmocnienia zaangażowania oparty był zarówno na technikach twardych, jak i miękkich, jest efektywny.

W procesie, który finalnie zaowocował uchwaleniem ustawy, przewodziła grupa Ministerial Strategic Group for Health and Community Care kierowana przez Sekretarza ds. Zdrowia i Dobrego Samopoczucia. Ta grupa wysokiego szczebla złożona z lokalnych liderów politycznych i kierownictwa NSZ wspierana była przez wysokich urzędników, liderów podmiotów komercyjnych oraz ekspertów technicznych w sprawach takich jak administrowanie, finanse i uzyskiwane efekty. Grupa wyprzedziła próby koordynacji opieki i wskutek swych wcześniejszych działań w ramach nadzoru nad programem Reshaping Care for older People (RCOP) [11] zbudowała wzajemne, skuteczne międzysektorowe relacje oparte na zaufaniu. Brak podziałów pomiędzy przyjętą polityką, procesem wdrażania oraz praktycznym wsparciem wprowadzanych usprawnień stanowił kolejny istotny sprzyjający czynnik. Joint Improvement Team, który posiadał międzysektorowe, specjalistyczne doświadczenie we wdrażaniu usprawnień, pomógł w opracowaniu sieci ulepszeń, która miała pomagać lokalnym zespołom w szerzeniu dobrych praktyk, pozwalała wynajdywać i niwelować odchylenia oraz śledzić postęp programu w oparciu o zestaw przyjętych miar.

Działanie przy ograniczonych dostępnych środkach stanowi zarówno wyzwanie, jak i pewnego rodzaju szansę. W przeciągu czterech lat, począwszy od kwietnia 2011, ustanowiony został fundusz Change Fund o wartości 300 milionów funtów (około 1% całości budżetu przeznaczanego na usługi opieki zdrowotnej i społecznej osób starszych). Środki te zostały wydzielone w celu przetestowania i szerzenia działań interwencyjnych, które miały na celu polepszenie jakości życia i niezależności osób starszych oraz ich opiekunów, a także zapobieganie, ograniczanie liczby lub opóźnianie nadejścia momentu, w którym dana osoba staje się niesamodzielna, polepszanie doświadczeń świadczeniobiorców oraz efektów osobistych, oraz zwiększanie elastyczności systemu. Wczesne sukcesy były kluczowe dla uzyskania zgody na kontynuację działań oraz dla zachowania ciągłości inwestycji w nowe metody. Raport Reshaping Care and Change Fund Building on Progress [12] zawiera ponad 100 studiów indywidualnych przypadków oraz wskazuje na zmiany wartości wskaźników krajowych – np. 10% spadek w liczbie nagłych przyjęć osób w wieku powyżej 75 lat; ponad 2 miliony dodatkowych dni spędzonych w domu w roku 2014/15 w porównaniu do prognozowanej wartości.

Analiza elementów, które skutecznie funkcjonowały w RCOP pozwoliła na wyciągnięcie wniosków, które są obecnie stosowane przy działaniach skierowanych w stosunku do wszystkich grup opieki osób dorosłych poprzez Fundusz Opieki Koordynowanej o wartości 300 milionów £, w okresie trzech lat, począwszy od kwietnia 2015 roku. Wytyczne dotyczące korzystania z Funduszu [13] zachęcają do dokonywania inwestycji

w narzędzia profilaktyki oraz wskazują na kluczową rolę trzeciego sektora (wolontariatu) w działaniach mających zaowocować wzrostem roli jednostki oraz całych społeczności, tak aby świadczeniobiorcy posiadali większą kontrolę nad własnym życiem oraz aby mogli rozwinąć zdolności i pewność niezbędne w samoleczeniu. Dodatkowe inwestycje w opiekę społeczną, telefoniczne usługi zdrowia i opieki, usługi podstawowej opieki medycznej oraz usługi ochrony zdrowia psychicznego również pomogą w budowaniu potencjału usług środowiskowych [14].

2.2.6 ŹRÓDŁA

1. National Records Scotland, 2015. Projected Population of Scotland (2014-based). Edynburg Dostęp <http://www.nr-scotland.gov.uk/statistics-and-data/statistics/statistics-by-theme/population/population-projections/population-projections-scotland/2014-based>
2. Scottish Governemnt 2014 "Scotland's People. Annual report: Results from 2013 Scottish Household Survey" Edynburg. Dostęp www.gov.scot/Resource/0048/00487157.pdf
- 3 Scottish Executive 2005. "Delivering for Health". Edynburg: Scottish Executive. Dostęp: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/76169/0018996.pdf>
4. Scottish Government. 2010 "The Healthcare Quality Strategy for NSZ Scotland. Edynburg: Scottish Government. Dostęp: <http://www.gov.scot/Publications/2010/05/10102307/0>
5. Audit Scotland 2011. "Community Health Partnerships". Edynburg: Audit Scotland. Dostęp http://www.audit-scotland.gov.uk/docs/health/2011/nr_110602_chp.pdf
6. Scottish Government. 2011. "Report of the Commission on Future Delivery of Public Services." Edynburg: Scottish Government. Dostęp <http://www.gov.scot/Publications/2011/06/27154527/0>
7. Taylor A (2015) „New act, new opportunity for integration in Scotland”, Journal of Integrated Care, nr. 23 wyd.: 1, str.3 – 9 doi/abs/10.1108/JICA-11-2014-0041
8. Scottish Government. 2014. "Public Bodies Joint Working (Scotland) Act 2014. Edynburg: Scottish Government. Dostęp www.legislation.gov.uk/asp/2014/9/pdfs/asp_20140009_en.pdf
9. Scottish Government.2013. "Integration of Adult Health and Social Care in Scotland Consultation: Scottish Government response." Edynburg: Scottish Government. Dostęp www.gov.scot/Resource/0041/00414332.pdf
10. Audit Scotland 2015. "Health and social care integration". Edynburg. Audit Scotland Dostęphttp://www.audit-scotland.gov.uk/uploads/docs/report/2015/nr_151203_health_socialcare.pdf
11. Scottish Government. 2010. "Reshaping Care: a programme for change 2011-2021." Edynburg: Scottish Government. Dostęp <http://www.gov.scot/Resource/Doc/924/0114884.pdf>
12. Joint Improvement Team. 2015 "Reshaping Care for Older People Change Fund. Building on Progress Report" Dostęp www.jitscotland.org.uk/resource/reshaping-care-for-older-people-change-fund-building-on-progress-june-2015/
13. Scottish Government. 2014. "Integrated Care Fund. Guidance for local partnerships" Dostęp <http://www.gov.scot/Resource/0046/00460952.pdf>
14. Scottish Government 2015. Draft Budget 2016-17. Dostęp <http://news.scotland.gov.uk/Speeches-Briefings/Draft-Budget-2016-17-2089.aspx>.

2.3. ANGAŻOWANIE PACJENTÓW I SPOŁECZNOŚCI

Główną zasadą opieki koordynowanej jest aktywne zaangażowanie i wzmacnianie roli pacjenta, jednak w praktyce zasada ta często pozostaje niezrealizowana. Do niedawna pytanie, w jaki sposób angażować pacjentów, ich rodziny, opiekunów, jak również szersze społeczności w procesie od powstawania projektu do ostatecznego świadczenia usług opieki zdrowotnej i społecznej często pozostawało bez odpowiedzi, pomimo iż istnieje wiele przykładów świadczących o pozytywnym wpływie takiego podejścia na efekty świadczonej opieki zdrowotnej, satysfakcję pacjenta i świadczeniodawców oraz na efektywność kosztową.

Przede wszystkim należy zauważyć, że rozumienie terminów „wzmacnianie roli pacjentów”, „zaangażowanie”, „produkcja wspólna” oraz „aktywacja” jest szerokie i często sporne. Terminy te używane były zamiennie w różnym kontekście przy określaniu różnych poziomów potencjału, zainteresowania oraz aktywności świadczeniobiorców w stosunku do własnej opieki. Grupa docelowa kształtuje również sposób, w jaki terminy te są rozumiane i co oznaczają w praktyce w różnych kontekstach. W poniższym fragmencie termin „ludność” obejmuje wszystkie osoby, począwszy od pacjentów, ich rodzin, opiekunów, społeczności, populacji oraz ogólnie społeczeństwa. Cele, których realizacja pozwolić ma na wzmacnienie zaangażowania pacjentów i społeczności, to:

- wsparcie zaangażowania i większej roli ludności w prowadzeniu aktywnego i zdrowego trybu życia w ciągu całego jego trwania;
- wsparcie ludności, które pozwolić ma na podejmowanie przez ludzi lepszych działań w przypadku choroby, starzenia się, niepełnosprawności oraz na lepsze radzenie sobie ze stresem;
- wsparcie ludności, aby ta w lepszym stopniu dbała o osoby od siebie zależne;
- wsparcie ludności, aby ta uczestniczyła w realizacji otrzymywanych przez nią usług opieki;
- wsparcie ludności, aby miała ona swój wkład w zmianę i ulepszenie systemu opieki i świadczonych usług;
- wsparcie zaangażowania i aktywnej roli ludności w procesie transformacji środowisk, w których żyje oraz postępowania według społecznych determinantów dobrego stanu zdrowia;
- wsparcie zaangażowania ludności narażonej na nierówności w dostępie do usług opieki zdrowotnej oraz podejmowanie działań skierowanych na wzmocnienie roli ludności w całym procesie, tak aby jej głos miał znaczenie w jej własnej opiece i w całym systemie.

Zaangażowanie ludności oddaje fundamentalną konieczność przekonania członków społeczeństwa do zasadności proponowanych zmian, nakierowanych na stworzenie koordynowanej opieki zdrowotnej, której zakres rozciąga się od praktykowania opieki koordynowanej w przeszłości powinno budzić pewne zastrzeżenia i opiekę paliatywną [Coulter 2008, WHO Europe 2012]. Kluczowe jest umiejscowienie ludności w samym sercu systemu opieki, kierowanie się jej potrzebami i preferencjami w procesie projektowania systemu i metod świadczenia usług. W tym celu należy ponownie przeanalizować określone cele tak, aby oddawały one interesy społeczeństwa, a ograniczenia obecne w sektorze świadczeniodawców (np. dostępność, dyspozycyjność świadczeniodawców, ograniczenia wynikające z dostępnych zasobów) muszą zostać zniwelowane poprzez zaangażowanie społeczności i ludzi (WHO Euro Meeting Report 2014).

Biorąc pod uwagę fakt, iż wiele z głównych zasad opieki koordynowanej opiera się na wzmacnianiu roli świadczeniobiorcy, to brak uwzględnienia kwestii związanych ze świadczeniobiorcą podczas opracowywania i wdrażania inicjatyw opieki koordynowanej w przeszłości powinno budzić pewne zastrzeżenia. Nawet najlepiej zaplanowany model opieki koordynowanej, którego autorom przyświecały najlepsze intencje, będzie mało wartościowy, jeżeli świadczeniobiorcy nie będą chcieli przystąpić do owego modelu [Stein 2010]. W tym miejscu ważne jest zastosowanie podejścia holistycznego, które uwzględni wszystkie zainteresowane grupy, określając przy tym sposoby angażowania mniejszości i grup bardziej wrażliwych, dzięki czemu opieka koordynowana dostępna będzie dla wszystkich (WHO Euro Meeting Report 2014).

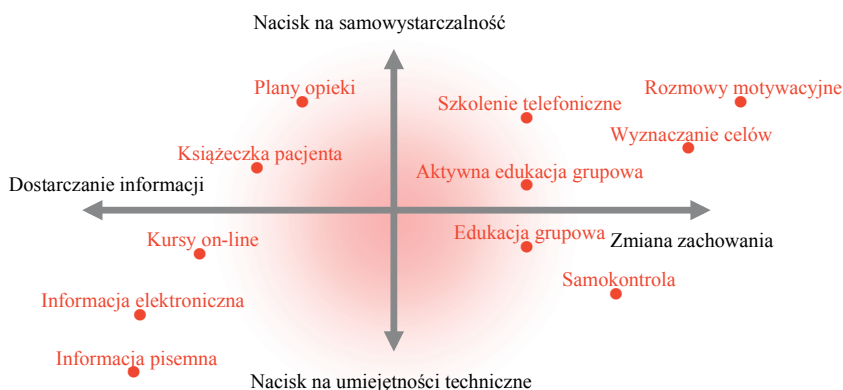
Bez zmian w stylu życia ludności, środowiska, w którym żyje oraz bez jej udziału w opracowywaniu kształtu świadczonych usług nie można oczekiwać zaistnienia istotnej zmiany w efektach świadczenia usług opieki zdrowotnej, ich jakości, doświadczeń świadczeniobiorców, efektywności systemu czy redukcji

nierówności w dostępie do opieki. Społeczeństwo potrzebuje bardziej zaawansowanych umiejętności i większego potencjału do aktywnego wspierania i utrzymywania tych zmian we wciąż ewoluującym kontekście. Poszczególne narzędzia służące realizacji tych celów mogą być zorientowane na pojedyncze osoby, określone podgrupy lub szersze społeczności. Przy tym zagadnieniu Ferrer (2015) wyodrębnił cztery zasadnicze strategie:

1. Samoleczenie i dbałość o własny stan zdrowia. Obejmuje wsparcie w nabywaniu wiedzy, umiejętności oraz pewności potrzebnych w samoleczeniu (samoopiece), opiece przy określonym schorzeniu czy rekonwalescencji po epizodzie pogorszonego stanu zdrowia.
2. Wspólne podejmowanie decyzji, które obejmuje wsparcie pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego stanu zdrowia, w analizie różnych dostępnych opcji, w tym podczas podejmowania decyzji o podjęciu lub niepodjęciu określonych działań, przy wzięciu ryzyka i potencjalnych korzyści, oraz przy analizie, w jaki sposób dostępne opcje odpowiadają wartościom wyznawanym przez świadczeniobiorców i ich preferencjom.
3. Działania wzajemne wspierają pacjentów w niesieniu pomocy i otrzymywaniu pomocy od osób znajdujących się w podobnym położeniu, na zasadzie wzajemności i w oparciu o wzajemne zrozumienie.
4. Wsparcie rodzin i opiekunów. Ma na celu pogłębianie wiedzy, umiejętności oraz sposobów działania, tak aby umożliwić ludności sprawowanie opieki nad sobą oraz nad innymi osobami.

Pełny przegląd przykładów, wyjaśnienie użytych terminów oraz analiza dostępnych narzędzi dostępne są w pracy Ferrera (2015). Poniższy Rysunek 4 przedstawia rozległy zestaw dostępnych narzędzi, które służą wsparciu samoleczenia.

Rysunek 4
Ciągłe wsparcie samoleczenia



Źródło: The Health Foundation (2015).

Aktywne angażowanie ludności w projektowanie i organizację świadczenia usług opieki zdrowotnej jest kluczem do stworzenia usług skupionych na pacjentach (Suter i in. 2009, Nicholson i in. 2013). Stworzenie kultury wysokiego zaangażowania oznacza również przekazanie zwierzchności i uprawnień pracownikom służby zdrowia, co umożliwi podejmowanie lokalnych innowacyjnych działań oraz lokalne przywództwo. Stworzenie grupy aktywnych i zaangażowanych osób, społeczności i świadczeniodawców jest niezbędne dla zbudowania znaczących relacji ze społeczeństwem i sektorem świadczeniodawców usług opieki zdrowotnej, które przyczynić się będzie do zapewnienia ciągłości świadczenia usług opieki (Suter i in. 2009, Nicholson i in. 2013).

Przykład: NorthWestLondon Whole System Integrated Care

Droga Północno Zachodniego Londynu (NorthWestLondon, NWL) w kierunku opieki koordynowanej rozpoczęła się wraz Programem Pilotażowym w 2011 roku, będącym strategią krajową, której celem była promocja innowacji w opiece zdrowotnej. Program zakładał koordynację opieki w 8 dzielnicach Londynu, w których występowała wysoce zróżnicowana populacja licząca 2 miliony osób, począwszy od osób starszych, o stabilnej sytuacji finansowej jednak społecznie wyizolowanych, a skończywszy na wieloetnicznych, aktywnych obszarach zamieszkałych głównie przez ludzi młodych, o znacznie szerszym spektrum potrzeb opieki zdrowotnej i społecznej. W roku 2014 program ten wpisany został na listę 14 Inicjatyw Pionierskich. Dopiero wtedy udział społeczności w świadczeniu i projektowaniu usług opieki stał się faktem. Proces zainicjowany został przez Zespół Pionierski w momencie, w którym zauważył on, że pomimo iż wciąż trwają rozmowy na temat opieki skupionej na pacjencie, to jednak stroną tych rozmów nie są sami pacjenci. Od tego momentu proces innowacji objął 150 lokalnych organizacji społecznych, organizacje pozarządowe, organizacje obywatelskie oraz organizacje trzeciego sektora, w którym zachęcono te podmioty, aby zaprezentowały swe pomysły zespołowi koordynującemu. Dyskusji zorganizowanej w formie zogniskowanych wywiadów grupowych, warsztatów oraz spotkań otwartych przewodziły 3 główne zasady:

- pacjenci mogą kierować swoją opieką i wsparciem, a potrzebna im opieka będzie świadczona w ich domach lub środowiskowo,
- lekarze pierwszego kontaktu będą kierować organizacją i koordynacją opieki dla pacjentów,
- udzielanie opieki koordynowanej będzie przez system wspierane, a nie hamowane.

Zaangażowanie reprezentantów wielu różnych grup w efekcie zaowocowało powstaniem sieci, za pośrednictwem której otrzymywana jest ciągła informacja zwrotna na temat kształtu systemu oraz która pozwala na wspólną ocenę i monitorowanie sposobu świadczenia usług opieki oraz wdrażanie opieki koordynowanej. Funkcje te są sukcesywnie rozszerzane w oparciu o informacje otrzymywane z sieci. W procesie tym kluczowym partnerem jest Lay Partners Advisory Board, który pełni istotną rolę podczas wszystkich spotkań oraz w podejmowaniu wszelkich decyzji.

Społeczność lokalna była aktywnie zaangażowana w proces wspólnego opracowywania planów lokalnych, strategii oraz sposobów ich wdrożenia, które dostosowane były do dostępnych zasobów i potrzeb każdej z 8 dzielnic. W tym samym czasie udział Lay Partners w ogólnej koordynacji działań w ramach NWL Pioneer Work pozwolił upewnić się, że możliwe będzie przechodzenie świadczeniobiorców pomiędzy granicami poszczególnych dzielnic oraz że ogólna wizja poprawy stanu zdrowia całej populacji nie zostanie po drodze zapomniana.

Dyskusja skupiała się wokół następujących zagadnień:

- lokalna wizja opieki koordynowanej,
- na których grupach w ramach całej populacji należy skupić się w pierwszej kolejności
- efekty pożądane dla tej grupy,
- jak powinien wyglądać nowy model opieki, tj. sposób współpracy świadczeniodawców, w ramach jednego zespołu, tak aby możliwe było świadczenie połączonych usług opieki oraz zapewnienie niezależności świadczeniobiorców.

Wnioski płynące z procesu przekształceń, wykorzystane narzędzia oraz lekcje na przyszłość dostępne są online w ramach zestawu NorthWestLondon (NWL) Whole System Integrated Care (WSIC), <http://integration.healthiernorthwestlondon.nhs.uk/chapters>.

2.4. FINANSOWANIE OPIEKI I INSTRUMENTY MOTYWUJĄCE

Obok barier organizacyjnych i zawodowych, integracja usług wewnątrz i pomiędzy sektorami hamowana jest często przez ograniczenia natury finansowej, restrykcje budżetowe lub niekompatybilne struktury finansowania. Systemy finansowe kształtują zachowanie zarówno świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców w zakresie świadczenia i otrzymywania usług opieki, które w dużym stopniu nabywane są i finansowane przez osoby trzecie (publiczny system ochrony zdrowia, ubezpieczenie społeczne/prywatne). Z związku z powyższym instrumenty motywujące wpływają na typ, jakość i ilość oraz na tryb świadczenia usług opieki oraz zakres i tryby korzystania lub nadużywania tych usług. Ponowne określenie ram finansowych, np. odejście od systemu opłaty za usługę na rzecz wynagrodzenia za uzyskaną wartość, które ma dopasować opracowywany sposób świadczenia usług tak, aby najlepiej służył pojedynczym osobom/populacji, jest zatem obszarem o kluczowym znaczeniu. Czynniki hamujące współpracę świadczeniodawców oraz rozgraniczenia sektorowe były przedmiotem dogłębnej dyskusji podczas omawiania kwestii związanych z systemem opieki zdrowotnej i systemami opieki długoterminowej. Temat ten rozciąga się od kwestii związanych z istnieniem silnych grup korporacyjnych czy zawodowych, które dominują w sektorze (Ahgren & Axelsson, 2011) i ograniczeń finansowych aż po kwestie prawne i przepisy o ochronie danych, które nie pozwalają na wymianę informacji, w szczególności (Leichsenring 2015, niepublikowane):

- ustalenia oparte o system płatności za usługę zazwyczaj nie pozwalają na zwrot kosztu zasobów środków przeznaczonych na koordynację czy wspólne szkolenia. świadczeniodawcy będą starać się unikać tego typu działań, chyba że będą w stanie osiągnąć innego rodzaju namacalne korzyści płynące z tego typu współpracy.
- stała stawka, ryczałt lub vouchery dla świadczeniobiorców są obojętne dla budowania koordynowanego systemu usług opieki zdrowotnej, który skupiony jest na pacjencie. z jednej strony systemy te dają większą niezależność i siłę nabywczą świadczeniobiorcom, którzy mogą wybrać preferowany typ i zakres otrzymywanego wsparcia. z drugiej strony, w szczególności w przypadku osób starszych cierpiących na zaburzenia poznawcze, tego typu systemy mogą stanowić dodatkowe obciążenie zarówno dla świadczeniobiorców, jak i ich opiekunów polegające na konieczności odnalezienia i koordynacji z odpowiednimi ośrodkami świadczenia opieki, w szczególności gdy zasiłek nie pozwala na pokrycie całości wymaganych świadczeń.
- brak wzajemnego zrozumienia oraz formalne lub nieformalne struktury nadrzędności w grupach zawodowych mogą być postrzegane jako kolejny hamulec w drodze do pokonania „myślenia silosowego”.
- na koniec regulacje prawne dotyczące poufności danych osobowych lub tajemnicy zawodowej mogą niekorzystnie wpływać na przebieg współpracy i koordynacji w stopniu ogólnym, jednak zwiększają one również ilość ograniczeń przy próbach porozumiewania się ponad granicami poszczególnych obszarów zawodowych. dotyczy to również kwestii związanych z ryzykiem i odpowiedzialnością, w szczególności w kontekście bezpieczeństwa pacjenta i zgodności z planami opieki.

2.4.1. INSTRUMENTY MOTYWUJĄCE JAKO METODA KIJA I MARCHEWKI

Ogólnie rzecz biorąc, instrumenty motywujące mogą przybierać formę nagród lub kar, które pobudzać mają pojedyncze osoby, jak również całe organizacje do pracy nad osiągnięciem określonych celów – zazwyczaj w ramach stosunku umownego. Aczkolwiek „głębszym celem instrumentu motywującego nie jest (...) zwykłe wynagradzanie za pozytywne działanie czy też karanie za negatywne. Celem stosowania instrumentów motywujących jest pobudzanie zachodzenia zmian w statusie quo poprzez stymulację

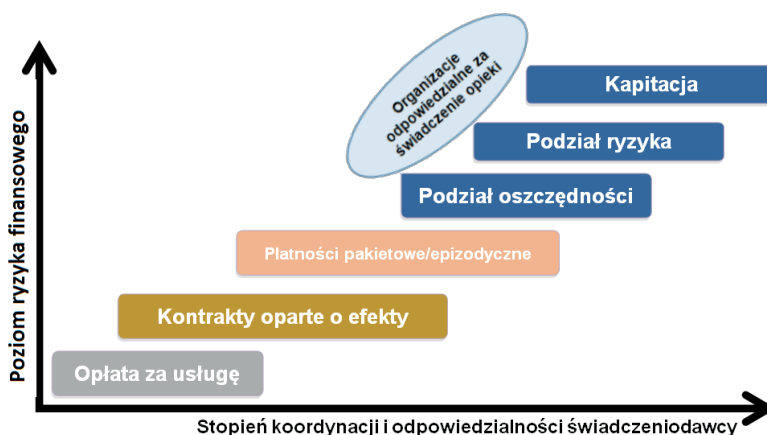
w kierunku zarówno natychmiastowych, jak i długoterminowych usprawnień działań poprzez pozytywne wzmocnienie pożądaných zachowań poprzez ujednolicenie oczekiwań i otrzymywanej nagrody (finansowej/niefinansowej) oraz przez usuwanie barier, które przewrotnie wpływają na kształt pożądaných zachowań” (Custers i in., 2007: 382). Obecnie toczy się ożywiona dyskusja na temat tego, czy instrumenty motywujące w formie nagrody dla określonych grup zawodowych mogą zostać skonstruowane w sposób wystarczająco precyzyjny, aby odnosić zamierzony skutek lub czy mogą one nawet osłabiać wewnętrzną motywację kadry. Szczegóły takie jak zasady rozdzielania, np. w przypadku gdy nagroda płatna jest na rzecz organizacji, która następnie rozdziela otrzymane środki pomiędzy członków kadry, oraz wskaźniki wydajności, ich pomiar (koszty transakcyjne) mają zasadnicze znaczenie w projektowaniu płatności motywujących, poczynwszy od definiowania jasnych celów (Elovainio, 2010). W szczególności w obszarze opieki zdrowotnej i społecznej, gdzie motywacja wewnętrzna odgrywa kluczową rolę zarówno na poziomie jednostki, jak i na poziomie organizacyjnym, finansowe instrumenty motywujące mogą nawet skutkować „wyparciem” motywatorów wewnętrznych, np. poczucia celowości czy altruizmu (Woolhandler & Arieli, 2012; Harrison & Marshall, 2005).

2.4.2. SCHEMATY PŁATNOŚCI I ICH WKŁAD W KOORDYNACJĘ

Podążanie za cyklem rozwoju schematów płatności (choć początkowo zostały one opracowane na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej (UHCHRM, 2012; KPMG, 2014)) może nieść za sobą efekt w postaci uzyskania koordynacji usług, która w większym stopniu skupiona będzie na uzyskiwanej wartości czy potrzebach ludności, ponieważ schematy te coraz częściej uwzględniają zarówno kwestie odpowiedzialności, jak również dane poziomy ryzyka, odpowiadające pozycji różnych interesariuszy (zobacz Rysunek 6). Cykl ten prowadzi do odejścia od tradycyjnych systemów opłaty za usługę w kierunku kontraktów, w których wynagrodzenie uzależnione jest od realizacji określonych wyników, a w efekcie do powstania „Centrów doskonałości” oraz „Programów opieki odpowiedzialnej”, oczywiście przy występującym dużym zróżnicowaniu na poziomie świadczeniodawców w stosunku do różnych warunków panujących w przyjętych założeniach.

Rysunek 5

Rozwój systemów płatności opartych o wartość.



Źródło: UHCHRM, cytowane przez KPMG, 2014

Ogólne niezadowolenie związane z systemem płatności za usługę było bodźcem do rozpoczęcia prac nad nowymi modelami finansowymi, które miałyby rozwiązać problemy związane z fragmentacją, przyczynić się do wzrostu efektywności oraz zredukować koszty transakcyjne. Podczas gdy tego typu działania i związane z nimi oceny zazwyczaj związane były z ogólną zmianą systemów wynagradzania i kontrolą kosztów, to jednak trudno jest przy tym wskazać, w jakim stopniu działania te same w sobie przyczyniały się do polepszenia sposobu świadczenia usług opieki koordynowanej. Jasnym jest jednak, że wszelka zmiana w sposobie świadczenia usług opieki jest w dużym stopniu inicjowana dzięki działaniu motywujących instrumentów finansowych – lub raczej hamowana przez działanie czynników zniechęcających. W toku przeprowadzonych badań i debat nad kształtem przyjętej polityki dotyczącej współpracy świadczeniodawców usług ochrony zdrowia możliwe było wskazanie kilku czynników hamujących podejmowanie działań innowacyjnych:

- na poziomie jednostki: wynagrodzenie lekarzy pierwszego kontaktu lub pojedynczych specjalistów za świadczoną usługę zachęca do realizowania zbyt dużej ilości usług, a nie do poszukiwania (potencjalnie tańszych i bardziej odpowiednich) alternatyw; pojedyncze kontrakty mogą powodować unikanie sytuacji wymagających pracy zespołowej oraz współpracy świadczeniodawców o różnych specjalizacjach (Andersson i Liff 2012); zbytne obciążenie obowiązkami administracyjnymi; trudności w „przypisaniu” indywidualnego wkładu w całokształt działań;
- na poziomie organizacyjnym: szpitale wynagradzane w oparciu o stawkę dzienną mogą dążyć do przedłużania pobytu pacjenta w placówce; świadczeniodawcy opieki domowej wynagradzani za świadczoną usługę w oparciu o kartę czasu pracy mogą niechętnie uczestniczyć w bezpłatnych spotkaniach koordynacyjnych z innymi interesariuszami;
- na poziomie systemowym: trwa obecnie debata nad tym, czy rynek regulowany i kontrola cen mają szkodliwy wpływ na uzyskiwany wzrost efektywności (Pope, 2013), jednak pojawia się przy tym pytanie, czy większa swoboda wyboru świadczeniobiorcy i uwolnienie rynku przyczynią się do wzmocnienia współpracy i usprawnienia świadczenia usług opieki koordynowanej. Na tym poziomie istnieje również kilka przykładów instrumentów motywujących dla nabywców usług, tj. ubezpieczycieli, stanowionych przez organy regulacyjne (Rząd), które mogą wykorzystywać istniejące motywujące instrumenty finansowe, aby pośrednio kierować alokacją środków, nie zaś narzucać tego typu zachowania przepisem ogólnym. Na przykład w Niemczech starano się wpływać na fundusze chorobowe, aby te podejmowały działania mające na celu opracowanie programów leczenia poprzez zastosowanie stałej stawki dodatkowej w wysokości 180 euro za każdego pacjenta zapisanego do takiego programu (Hernández-Quevedo i in., 2013).

Koordynacja i nowe typy instrumentów motywujących nakierowanych na poprawę działań świadczeniodawców, takie jak „wynagradzanie za wyniki” (ang. Pay-for-Performance, P4P), „finansowanie uzależnione od wyników” (ang. Performance Based Financing) czy „kontraktowanie uzależnione od wyników” (ang. Performance Based Contracting) (Elova-
inio, 2010), ale również wspomniane wcześniej zwrócenie się w kierunku finansowania działalności szpitali w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP) może być postrzegane jako krok w stronę opracowania nowych instrumentów motywujących, aczkolwiek tego typu nowe rozwiązania często nie skutkują oczekiwaną poprawą jakości świadczonych usług (Busse i in., 2011). W rzeczywistości finansowanie szpitali w oparciu o JGP wciąż pozostaje modelem finansowania za świadczoną usługę, gdzie głównym celem jednostki jest jak najszybsze wypisanie pacjenta, nie zaś poszukiwanie pola do kooperacji i współpracy ze świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej lub bardziej odpowiednich metod opieki.

Tabela 1. Analiza narzędzi, przykładów i zastrzeżeń.

Instrument	Literatura	Przykłady/Zastrzeżenia
Finansowanie oparte o Jednorodne Grupy Pacjentów (szpitale)	Busse i in., 2011	Duże zróżnicowanie w projekcie, większa jawność i przejrzystość, porównanie wyników, większe wysiłki administracyjne, zróżnicowane przykłady dotyczące wzrostu efektywności, możliwa redukcja kosztów szpitali, jednak potencjalnie niekorzystna w przypadku świadczeń następujących (leczenie ambulatoryjne, opieka długoterminowa); trudności w dostosowaniu poziomu ryzyka
Wynagradzanie za wyniki	Casalino i Elster, 2007; James, 2012; Mullen i in., 2009; McKalip, 2009; Conrad i Perry, 2009; van Stolk i in., 2010	Wynagradzanie za wyniki oraz publiczna sprawozdawczość może wpływać na lekarzy, aby ci poświęcili swój czas i uwagę (świadomie lub nie) usługom, dla których występuje pomiar wyników, ze szkodą dla obszarów, w których pomiary te nie występują, a które mogą być równie lub nawet bardziej istotne" (Casalino & Elster, 2007:406)
Organizacje odpowiedzialne za świadczenie usług opieki przy wynagradzaniu opartym o populację	Chernew i Hong, 2013; Bertko i Effros, 2010; Damberg i in., 2014; Marton i in., 2014	Organizacje odpowiedzialne za świadczenie usług opieki (ang. Accountable Care Organizations (ACO)) można zdefiniować ogólnie jako koordynowaną sieć świadczeniodawców usług ochrony zdrowia, która przejmuje ryzyko związane z jakością i całkowitym kosztem opieki świadczonej na rzecz jej pacjentów [...] podobnie jak tradycyjne Organizacje zarządzania opieką (ang. Managed Care Organizations (MCO), Kasy Chorych (ang. Health Maintenance Organizations (HMO)) lub sieci świadczenia usług opieki koordynowanej, ACO różnić się mogą pomiędzy sobą zarówno w kwestii szczegółów postanowień danych kontraktów zawieranych ze świadczeniodawcami, jak i podległych im populacji, przy czym obecnie ACO realizują świadczenie usług opieki dzięki kontraktom zawieranim z Medicaid, Medicare, płatnikami prywatnymi oraz kombinacją tych podmiotów" (Marton i in., 2014 : 47) Oszczędności vs. jakość.
Zarządzanie wielopoziomowe: Kary dla gmin za brak świadczeń opieki społecznej.	Emilsson, 2011; Allen i in., 2009; Godfrey i in., 2008	Użyteczne w połączeniu ze współpracą w ramach partnerstwa (w zależności od podziału kompetencji pomiędzy poziomami administracji/ubezpieczeniem społecznym).

Instrument	Literatura	Przykłady/Zastrzeżenia
Opieka Zorganizowana (ang. Managed Care), Zarządzanie w leczeniu chorób (ang. Disease Management)	Tummers i in., 2013; Iglehart, 2011; Kodner i Kyriacou, 2003; Werkman i Lentsink, 2010	Różne modele, poczynając od „Organizacji Zarządzania Zdrowiem Społecznym” (ang. Social Health Maintenance Organizations) aż do zarządzania w leczeniu chorób skupionych na PChP, chorobach układu krążenia, cukrzycy, udarach i tym podobnych, oraz również na demencji.
Zarządzanie wypisami ze szpitali	Capitman, 2003	Zróżnicowane (jakościowo) wyniki; problemy z metodologią; Uzależnione od modelu i świadczenia w opiece następującej po leczeniu w przypadkach ostrych (rehabilitacja); często kończące się wypisem (brak dalszych kontroli).
Opłata za koordynację; Zarządzanie w przypadkach indywidualnych	Tsiachristas i in. 2013; Mak, 2011; Czypionka i Röhring, 2009	Podczas gdy „zarządzanie w przypadkach indywidualnych” stanowi podstawę wszelkich programów zarządzania, zarządzania w leczeniu chorób lub zarządzania wypisami ze szpitali, to często nie jest jasne, kto powinien ponosić wysokość dodatkowych kosztów generowanych przez osoby zarządzające w tego typu przypadkach, a które również mogą przyczyniać się do powstania korzyści – widocznych jednak w innych obszarach systemu. Jedną z możliwości zakłada wynagradzanie za zarządzanie w przypadkach indywidualnych przez osoby trzecie lub budżety wspólne (AT, NL).
„Budżet pakietowy” (Trust opieki)	Bertko i Effros, 2010; Llano, 2013; Glasby i Peck, 2005	Możliwe, niezamierzone skutki: „świadczeniodawcy mogą starać się przenieść świadczenie opieki poza okresy leczenia następujące po przypadkach ostrych, aby dzięki temu zwiększać wysokość otrzymywanego wynagrodzenia (podobnie jak w sytuacji szybszego wypisywania ze szpitali po wdrożeniu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)). Dostosowanie do wskaźnika powagi przypadku może prowadzić do takiej klasyfikacji pacjentów (tj. pacjenci sklasyfikowani jako cierpiący na poważniejsze schorzenia, tak aby zwiększyć wartość wynagrodzenia) jak ma to miejsce w przypadku systemu JGP, co może zmniejszać kwotę oczekiwanych oszczędności. Świadczeniodawcy mogą również starać się zwiększyć ilość poszczególnych pakietów, tak aby zachować stały poziom dochodu. Poprzednie systemy płatności pakietowych nie obejmowały usługi opieki następującej po leczeniu w przypadkach ostrych; ujęcie tego rodzaju usług w pakiecie jednoznacznie wpłynie na decyzje dotyczące tego, kiedy pacjent gotowy jest na przeniesienie ze szpitala, w którym świadczona jest opieka w przypadku ostrym do innej placówki oraz w jaki sposób płatności rozdzielone są pomiędzy świadczeniodawców” (Bertko & Effros, 2010).
Nowy zestaw finansowych instrumentów motywujących	van Stolk i in., 2010; KPMG, 2014; UHCHRM, 2012	„na podstawie obecnie dostępnych przykładów niemożliwe jest ustalenie stopnia, w jakim dany aspekt P4P wpływa na ogólne efekty w zakresie efektywności i jakości świadczonych usług opieki” (van Stolk i in., 2010).

Instrument	Literatura	Przykłady/Zastrzeżenia
Oddolne budżetowanie w oparciu o sumę zerową i kontrakt współpracy świadczonych świadczeń	Timmins & Ham, 2013; http://www.cdhb.health.nz/News/Publications/Pages/default.aspx ; zobacz również Cumming, 2011; Addicott, 2014; ACEVO, 2015	Przekształcenia w kierunku opieki bardziej koordynowanej poprzez lepsze zarządzanie popytem w podstawowej opiece zdrowotnej, znaczącą poprawę efektywności szpitali oraz wywieranie istotnego wpływu na sposób korzystania z opieki społecznej (Timmins & Ham, 2013).
Instrumenty motywujące dla pacjentów/klientów (zgodność)	Herndez-Quevedo i in., 2013; Nolte i in., 2008	Np. odstąpienie od płatności wspólnych, jeżeli pacjenci uczestniczą w programach zarządzania leczeniem chorób oraz wykazują zgodność (FR, DE); zniżki w obiektach sportowych lub ulepszone usługi (badania kontrolne) dla zapisanych pacjentów („Gesundes Kienzigal”).
Publiczna sprawozdawczość z poziomu jakości świadczonych usług	Mor i in., 2014; Rodrigues i in., 2014; Nolte i in., 2011	Ograniczona i skupiająca się zazwyczaj na pojedynczych organizacjach i wskaźnikach klinicznych, nie zaś na „sieci jakości”, jakości koordynacji i jakości życia (doświadczanej przez klientów/pacjentów).

Źródło: Leichsenring K. (2015), niepublikowane

Conrad i Perry (2009) dokonali przełomowego przeglądu badań, które rzuca nowe światło na kształt instrumentów motywacyjnych opartych o jakość świadczonych usług w opiece zdrowotnej ze skupieniem na instrumentach finansowych, w szczególności poprzez analizę następujących kwestii:

1. wykorzystanie nagród względem kar,
2. istota podmiotu i kluczowe aspekty zachowań będące przedmiotem działania instrumentu motywującego,
3. czy instrument jest ogólny czy wybiórczy,
4. motywacja wewnętrzna i zewnętrzna (w odniesieniu do niepożądanych skutków),
5. użycie względnych i bezwzględnych miar efektów,
6. wielkość instrumentu motywującego,
7. pewność wywołania efektu motywującego,
8. częstotliwość i czas działania instrumentu.

Praca wnika w konstrukcję finansowych instrumentów motywacyjnych dla praktyk samodzielnych i usług ochrony zdrowia oraz poddaje analizie szereg propozycji dotyczących kształtu tych instrumentów w oparciu o dowody empiryczne:

„zbilansowanie nagród i kar; mieszanka instrumentów motywacyjnych dotyczących poziomu indywidualnego i grupowego; kompleksowe instrumenty oparte na istniejących dowodach, dostosowane do norm odpowiednich dla usług ochrony zdrowia na poziomie profesjonalnym; dominacja bezwzględnych standardów wydajności; odpowiednio dopasowane kwoty płatności motywacyjnych wraz z zasadami płatności, które znane są z wyprzedzeniem, terminowość płatności oraz model, który może funkcjonować w długim okresie” (Conrad i Perry, 2007: 368).

Podobnie jak większość dostępnej literatury przedmiotu w tym obszarze, autorzy pracy stwierdzają, iż „efekty stosowania selektywnych finansowych instrumentów motywujących, które uzależnione są od jakości świadczonych usług w swej konstrukcji podobne do instrumentów funkcjonujących w programach P4P, będą najprawdopodobniej niewielkie” (Condrad i Perry, 2007: 365).

Przykład: Płatności pakietowe w Holandii

W Holandii do czynienia mamy z długą tradycją przedsięwzięć mających na celu ograniczenie fragmentacji w świadczeniu usług opieki, zarówno zdrowotnej, jak i długoterminowej ochrony zdrowia oraz społecznej. Na przykład wiele inicjatyw i programów leczenia chorób podjętych zostało w celu polepszenia jakości i ciągłości świadczonej opieki w przypadku chorób przewlekłych, jednak pomimo iż działania te przynosiły pewne usprawnienia, to jednak rozdrobnione metody finansowania (opłata za usługę dla pojedynczych organizacji) niwelowały osiągane efekty i nie pozwalały na uzyskanie korzyści skali. Problem ten próbowano rozwiązać, poczynwszy od 2007 roku, poprzez wprowadzenie płatności pakietowych w leczeniu cukrzycy na poziomie krajowym; później również w leczeniu POChP oraz w opiece przy zagrożeniach związanych z procesem miażdżycowym. Wyraźnym celem tego pomysłu było promowanie programów leczenia chorób oraz uwzględnienie związanych z nimi wytycznych klinicznych, tak aby usprawnić koordynację opieki oraz aby polepszyć wyniki badań pacjentów (Struijs i Baan, 2011).

W ramach nowego schematu płatności opieka w przypadku chorób przewlekłych zorganizowana jest wokół „grup opieki”, które kontraktowane są przez ubezpieczycieli zdrowotnych występujących jako świadczeniodawcy i główni nabywcy pełnego zakresu usług opieki dla danego schorzenia w danym okresie. Jako że grupy opieki w praktyce składają się głównie, a często wyłącznie, z lekarzy pierwszego kontaktu, usługi opieki świadczone są zarówno przez grupę opieki osobiście, jak i przez zakontraktowanych świadczeniodawców, takich jak lekarze specjaliści, dietetycy czy szpitale (aczkolwiek opieka ambulatoryjna, leki, urządzenia medyczne czy badania diagnostyczne nie są objęte pakietem). Jednak nie wszystkim lekarzom pierwszego kontaktu spodobał się pomysł „grup opieki” i wielu z nich wciąż opłacanych było w oparciu o model opłaty za usługę, tak jak ma to miejsce w przypadku wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu w świadczeniu pozostałych usług. Ubezpieczyciele zdrowotni i „grupy opieki” często mają możliwość negocjowania cen pakietu, a „grupy opieki” mają również swobodę w kształtowaniu lub negocjowaniu cen dla usług sub-kontraktowanych. Skutkowało to bardzo różnicowanym zakresem cen (od 258 euro do 474 euro za jednego pacjenta rocznie), aczkolwiek ceny usług podstawowej opieki medycznej w pakiecie określone zostały odgórnie, na poziomie krajowym (Struijs i Baan, 2011).

Wydaje się, iż delegowanie zadań i koordynacja opieki obejmującej daną grupę schorzeń, jak również wskaźniki przebiegu procesów, tj. zgodność z wytycznymi klinicznymi, uległy poprawie (de Bakker i in., 2012), jednak niektóre kwestie wciąż pozostają nierozwiązane (de Bakker i in., 2012; de Bakker i in., 2013; Struijs i Baan, 2011; Tsiachristas i in., 2013):

- grupy opieki skłonne są kierować (niepotrzebnie) kosztownych pacjentów do szpitali, tak aby nie byli oni objęci budżetem grupy,
- sposób wyceny pakietów i uwzględnione koszty powinny być bardziej przejrzyste,
- mechanizmy służące unikaniu „pogrywania” pomiędzy równoległymi systemami (w których funkcjonują modele opłaty za usługę i płatności pakietowe) wymagać będą dalszego rozwoju (wsparcie IT),
- nie uwzględnia się w odpowiedni sposób pacjentów cierpiących na wiele schorzeń.

Ponadto konieczne będzie rozpatrzenie poniższych ograniczeń (Appleby i in., 2012):

koszt administracyjny oraz koszt monitorowania może być znacznie wyższy niż ma to miejsce w przypadku opłaty za usługę;

konieczne jest uprzednie poświęcenie znacznych ilości czasu i zasobów (negocjacje, oprogramowanie itd.), czas wymagany będzie również przy próbach zmierzenia się z wyzwaniami natury technicznej przy budowaniu pakietów usług oraz przy negocjacjach elementów wchodzących w ich skład;

Przeniesienie ryzyka na świadczeniodawców zachęcać będzie do praktykowania wybiórczego podejścia w stosunku do świadczeniobiorców i nierealizowania pełnego zakresu leczenia, chyba że uda się stworzyć odpowiednie warunki dzielenia ryzyka (ponownie w oparciu o jawność informacji) pomiędzy świadczeniodawcami;

Kolejnym zagrożeniem, które może pojawić się z biegiem czasu jest to, że główni świadczeniodawcy zdołają zbyt dużą siłą nabywczą, co może ponownie skutkować wyższym poziomem cen; może to również skutkować ograniczeniem opcji wyboru zarówno dla pacjentów, jak i zakontraktowanych stron.

Pomimo istniejących zagrożeń, z których wiele można uniknąć dzięki opracowaniu odpowiednich mechanizmów zarządzania, płatności pakietowe stanowią ważny pierwszy krok na drodze do odejścia od systemu płatności za usługę, który uważany jest jako jeden z głównych elementów hamujących postępującą współpracę i koordynację. Potrzebne są dalsze badania oraz ciągły rozwój przyjętej polityki, aby zbadać możliwość rozszerzenia pakietów o szerzej opisane grupy docelowe, kolejne usługi oraz możliwe pakiety międzysektorowe, np. aby umożliwić częstsze świadczenie usług opieki społecznej w domach, jeśli przyczyni się to do spadku liczby skierowań do szpitali czy domów opieki.

Przykład: Organizacje odpowiedzialne za świadczenie usług opieki w Stanach Zjednoczonych

Organizacje odpowiedzialne za świadczenie usług opieki (ang. Accountable Care Organizations (ACO)) starają się rozwiązać problemy pojawiające się w leczeniu chorób, które często ograniczone jest do pojedynczych schorzeń (również w połączeniu z „płatnościami pakietowymi”)

„Organizacja odpowiedzialna za świadczenie usług opieki oznacza organizację ochrony zdrowia złożoną z lekarzy, szpitali i świadczeniodawców usług opieki medycznej, którzy dobrowolnie nawiązują współpracę w celu świadczenia usługi opieki koordynowanej oraz godzą się na ponoszenie wspólnej odpowiedzialności za ogólne koszty i jakość świadczonych usług dla przydzielonej im populacji pacjentów. Model płatności wiąże wynagrodzenie świadczeniodawcy z osiąganymi wartościami wskaźników wydajności oraz redukcją całkowitych kosztów świadczeń. W ramach umowy ACO świadczeniodawcy w ramach organizacji godzą się na ponoszenie wspólnego ryzyka finansowego i uprawnieni są do otrzymywania części oszczędności uzyskiwanych dzięki ulepszonemu sposobom realizacji świadczeń pod warunkiem osiągnięcia wymaganej jakości świadczonych usług oraz realizacji celów wydatkowych, uzgodnionych pomiędzy ACO i płatnikiem” (Damberg i in., 2014).

ACO są zatem rozwinięciem bardziej tradycyjnych Organizacji zarządzania opieką (ang. Managed Care Organizations (MCO)), Kas Chorych (ang. Health Maintenance Organizations (HMO)) czy koordynowanych sieci świadczeń. Podmioty te różnią się mogą pomiędzy sobą w zakresie zarówno warunków określonego kontraktu, jak i podległej im populacji, podczas gdy obecnie ACO świadczą usługi opieki poprzez kontrakty zawierane z Medicaid, Medicare, partnerami prywatnymi oraz z grupami składającymi z wyżej wspomnianych podmiotów (Marten i in., 2014). ACO są stosunkowo nowym rozwiązaniem. Pierwszy program pilotażowy przedstawiony został w 2012 roku i finansowany był przez Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Innovation Center, jednak występują również Organizacje finansowane przez płatników prywatnych. W programie CMS oferuje zróżnicowany katalog opcji do wyboru. Poza Pionierskim Modelem ACO funkcjonuje również program Medicare Shared Savings – program, który pomaga świadczeniodawcom, którzy objęci są programem płatności za usługę Medicare stać się ACO, oraz Zaawansowany model płatności ACO – dodatkowy program motywacyjny przeznaczony dla wybranych uczestników Programu współdzielonych oszczędności. Z uwagi na niedługi okres wdrażania wniosków płynących z kilku badań przeprowadzonych na przestrzeni paru ubiegłych lat jest niewiele i ograniczają się one jedynie do kilku wskaźników i miar. Damberg i in. (2014) podkreślają, że na tym poziomie trudno jest określić wpływ funkcjonowania ACO na jakość świadczonych usług oraz „wyciągnąć wnioski dotyczące wpływu ACO na struktury płatności i ponoszone koszty” (Damberg i in., 2014). Aczkolwiek oczekuje się, że ACO w drodze swej działalności uda się wdrożyć wiele różnych programów poprawy jakości świadczonych usług i metod zarządzania, jak również nowe narzędzia informatyczne czy nowe formy prowadzenia rejestrów pacjen-

tów, co łącznie posiada potencjał do poprawy jakości świadczonych usług opieki na większą skalę, a przy tym może generować pozytywne efekty pośrednie.

W istocie wyzwaniem jest zrozumienie, jak daleko możliwe korzyści ekonomiczne wpłynąć będą na jakość świadczonej opieki. Część łącznych danych udostępnionych przez ACO biorące udział w programie pilotażowym, które świadczyły usługi na rzecz ponad 600 000 pacjentów Medicare, wydają się być obiecujące (Tabela 1), a przy tym obecnie wciąż wdrażane są nowe funkcje, np. oczekuje się, że więcej organizacji przejdzie z systemu płatności za usługę do płatności opartych o populację w celu zapewnienia większej elastyczności przy alokowaniu funduszy (Pham i in., 2014).

Tabela 2. Początkowe efekty w pionierskim modelu organizacji odpowiedzialnych za świadczenie usług opieki (ACP), 2012– 2013a

Rok	2012 ^b	2013 ^b	2012 ^c	2012 ^c
Łączna kwota oszczędności uzyskanych w programie, w milionach dolarów	87	96	128	96
Średni wynik jakości klinicznej w %	70,8	84,0	73,0	84,0
Średni wynik satysfakcji pacjenta w %	86,3	88,0	86,7	88,0

Źródło: Pham i in., 2014. – (a) Dane pochodzą z Centrum Medicare & Medicaid ustaleń finansowych dotyczących Pionierskiego programu ACO w roku 2012 i 2013, w oparciu o dane Medicare na lata 2009–2013 oraz dane dotyczące jakości klinicznej przedstawione przez Pionierskie ACO w roku 2013 i 2014; (b) Wyniki dla 32 Pionierskich ACO uczestniczących w roku 2013 oraz 23 Pionierskich ACO uczestniczących w 2013; (c) Wyniki dla 23 Pionierskich ACO, które uczestniczyły w programie zarówno w roku 2012, jak i 2013; (d) łączne oszczędności po odjęciu łącznych strat powodowanych modelem.

Optymistyczne stanowisko dotyczące ACO jest następujące:

„Model pionierski pozostaje w fazie dojrzewania i pełen jest szybkich cykli pomiarowych, raportowych, a nauka i doskonalenie możliwe są dzięki bliskiej współpracy CMS i ACO uczestniczących w programie. Wraz ze stopniowym wzrostem efektywności i bardziej strategicznym podejściem ACO w procesie implementowania strategii świadczenia usług opieki oraz postępującym usprawnianiem procesów, uzyskiwane wyniki wskazują na tendencję wzrostową, co jest zgodne z początkowymi założeniami programu. (...) Wczesne sukcesy modelu Pionierskiego wskazują, iż w długim okresie odpowiedzialna opieka będzie mogła zaofertować pacjentom ulepszone efekty, na które zasługują, a Organizacjom stabilny model biznesowy, który jest im niezbędny, aby mogły się skupić na świadczeniu usług opieki o wysokiej wartości” (Pham i in., 2014: 1636)

Aczkolwiek istnieją również obawy, czy stworzenie Organizacji odpowiedzialnych za organizację opieki nie doprowadzi do większej koncentracji na rynku, co skutkować będzie wzrostem cen; efekt ten można łagodzić poprzez ustanowienie maksymalnej stopy wzrostu w wydatkach związanych ze świadczeniem usług medycznych ponoszonych przez świadczeniodawców (Damberg i in., 2014). Obecnie doświadczenie w tym obszarze uzyskiwane jest metodą prób i błędów, przy jednoczesnych działaniach podmiotów publicznych i prywatnych oraz działaniach świadczeniodawców zawiązujących ACO. Wyzwaniem jest zbudowanie wiedzy i pozyskanie informacji na podstawie przeprowadzonych eksperymentów oraz przekazywanie tej wiedzy w warunkach wysoce konkurencyjnego rynku.

2.5. BUDOWANIE KOMPETENTEJ KADRY W OPIECE KOORDYNOWANEJ

Podczas gdy dostępnych jest wiele narzędzi i instrumentów, które można wykorzystać w działaniach mających na celu wspieranie i ułatwianie koordynacji opieki zdrowotnej i społecznej (np. ciągłe ścieżki pacjentów, eRejestry, zarządzanie w indywidualnych przypadkach / w opiece), mało uwagi poświęca się osobom, na których ciąży obowiązek wdrażania i wykorzystywania tego typu narzędzi w ich codziennej pracy. Bazując na wiedzy technicznej i umiejętnościach niezbędnych do pracy w systemie koordynowanym, niniejsza część pracy bada rodzaj kompetencji wymaganych do pracy przy wdrażaniu opieki koordynowanej oraz analizuje powody, dla których obecne rozwiązania edukacyjne i szkoleniowe nie są w stanie przekazać tych kompetencji na wszystkich poziomach.

Znaczenie programów edukacyjnych i szkoleniowych podkreślane jest przez wielu autorów jako kluczowy element w budowaniu systemu opieki skupionej w większym stopniu na potrzebach pacjenta (Armitage i in. 2009, Nicholson i in. 2013, Suter i in. 2009, Maslin-Prothero/Bennion 2010, Williams/Sullivan 2009, Godwin 2002). Aby pracownicy systemu opieki zdrowotnej mogli z powodzeniem wypełniać powierzone im obowiązki (Armitage i in. 2009, Hickey 2008, Stewart i in. 2003), aby wskutek swoich działań dbać o całość kształt zdrowia i opieki, nie zaś skupiać się wyłącznie na danym schorzeniu czy terapii, oraz aby osoby te mogły pracować w interdyscyplinarnych zespołach pomiędzy wieloma sektorami, konieczne jest, aby nabyły one umiejętności, które jednak w znacznym stopniu różnią się od tego, czego ich tradycyjnie uczono (Maslin-Prothero/Bennion 2010). Poprzez przygotowywanie i szkolenie kadry do pracy w interdyscyplinarnym i koordynowanym środowisku możliwe może być również osiągnięcie stopniowej przemiany kultur zawodowych i organizacyjnych, która sprawi, iż długofalowa zmiana sposobu świadczenia usług opieki sprzyjać będzie pogłębionej koordynacji (Stewart i in. 2003). Edukacja i szkolenia muszą jednak tworzyć również bardziej sprzyjające środowisko dla kształcenia ustawicznego (WHO Europe 2008). Wysiłki związane z edukacją i szkoleniami należy rozpatrywać z dwóch punktów widzenia: kierownictwo oraz osoby kształtujące przyjętą politykę muszą stworzyć środowisko szkoleniowe i zawiązać organizacje, w ramach których świadczeniodawcy, pacjenci oraz pozostałe osoby będą mogły aktywnie poszukiwać potrzebnej im wiedzy. Ważnym jest przy tym zbudowanie odpowiedniego stopnia zaufania oraz zachowanie wzajemnego szacunku, tak aby zapewniać wsparcie dla tego typu organizacji kształcenia.

2.5.1. JAKIE SĄ NIEZBĘDNE KOMPETENCJE I JAK JE UZYSKAĆ?

Bazując na tytułowej pracy McLellanda (1973), którą badacz ten zainicjował ruch na rzecz edukacji skupionej wokół uzyskiwania określonych kompetencji, model „góry lodowej” bardzo trafnie wizualizuje złożoność kompetencji poprzez rozróżnienie pomiędzy kompetencjami technicznymi, tym, co wiemy i tym, co możemy zrobić (tj. wierzchołkiem góry, który widzimy na powierzchni) a kompetencjami behawioralnymi, tym, co postrzegamy oraz tym, co nas motywuje (tj. część góry znajdująca się pod powierzchnią wody). Pierwsze stanowi wiedzę i umiejętności, na które można wpływać bezpośrednio poprzez edukację i szkolenia; ostatnie stanowi nastawienie i postawy pracowników, na które wpływać można jedynie pośrednio poprzez edukację, szkolenie oraz przedstawianie odpowiednich wzorów do naśladowania czy autorytetów. W pracy napisanej na potrzeby Regionalnego Biura dla Europy WHO Langins i Borgermans (2015) opisują kompetencje kadry jako:

„...konieczne, kompleksowe działania oparte na wiedzy, które łączą i inicjują wykorzystanie wiedzy, umiejętności i postaw przy wykorzystaniu istniejących i dostępnych zasobów w celu zapewnienia bezpiecznych skutków wysokiej jakości dla pacjenta i populacji. Kompetencje wymagają określonego poziomu inteligencji społecznej i emocjonalnej, które są w równym stopniu intuicyjne co nawykowe i wyuczone.”

Autorzy kontynuują rozważania, przedstawiając listę cech i kompetencji, zaznaczając przy tym, że zdobywanie tych kompetencji wymaga czasu, poziom ich opanowania musi być określony w sposób możliwy do pomiaru i elastyczny, oraz że posiadanie tych kompetencji jest cechą wyróżniającą dla całej grupy posiadających je osób – co stanowi podstawę powstania kultur zawodowych i/lub organizacyjnych.

2.5.2. KOMPETENCJE KADRY W OPIECE KOORDYNOWANEJ

W przeprowadzonym przeglądzie literatury Busetto i in. (2015) podsumowali zmiany zachodzące w strukturach kadr w procesie wdrażania modeli opieki koordynowanej. Zmiany te obejmowały powstanie nowych stanowisk kierowniczych i zarządczych (tak jak w przypadkach opieki kierowanej przez pielęgniarki czy zarządzania w przypadkach indywidualnych), nowych stanowisk (jak w przypadku angażowania farmaceutów) oraz nowych środowisk pracy (jak w przypadku spotkań zespołów interdyscyplinarnych lub ścieżek interdyscyplinarnych). Tak więc, co nie stanowi zaskoczenia, opieka koordynowana często rzuca wyzwanie temu, w jaki sposób pracownicy kształceni byli do pracy przy świadczeniu usług opieki polegające na ponownym zdefiniowaniu ról i obowiązków, wprowadzaniu nowych narzędzi pracy i procesów oraz formalizowaniu współpracy interdyscyplinarnej, obejmującej wiele różnych sektorów. Sytuacja ta prowadzi może do powstania oporu, rezygnacji lub lekceważenia ze strony pracowników (Halvorson 2007). Aby ułatwić kadrze odnalezienie się w tych nowych warunkach, aby zarządzać całokształtem opieki, nie zaś leczeniem w przypadku danego schorzenia czy powiązanej z nim terapii, lub aby pracować w zespołach złożonych z ekspertów z różnych obszarów i sektorów, pracownicy zmuszeni będą nabyć nowy zestaw umiejętności, wiedzy oraz postaw, w znacznym stopniu różniący się od tego, czego uczeni byli w przeszłości. Wielu badaczy zwracało przy tym uwagę, że edukacja i szkolenie jest kluczową zasadą opieki koordynowanej (zobacz np. Hickey 2008, Suter i in. 2009, Williams/Sullivan 2009, Maslin-Prothero/Bennion 2010, Nicholson i in. 2013). Dzięki wsparciu dla szkolenia kadry do pracy w interdyscyplinarnym i koordynowanym środowisku możliwe będzie również uzyskanie stopniowej zmiany kultury zawodowej i organizacyjnej, co umożliwi długoterminowe przekształcenie metod świadczenia usług oraz stworzy wspólne pole porozumienia oraz kulturę sprzyjającą opiece koordynowanej (Stewart i in. 2003). Kadra służby zdrowia musi zostać wyposażona w zestaw umiejętności, który pozwoli jej na wspólne i skuteczne zaspokajanie potrzeb pacjentów, ludności i społeczności i wychodzenie im naprzeciw. Świadczenie usług w sposób bardziej skoordynowany może stanowić wyzwanie w porównaniu do podejścia indywidualistycznego w opiece, które jest tradycyjnie kultywowane i przekazywane świadczeniodawcom usług opieki zdrowotnej (Williams/Sullivan 2009). Ponownemu zdefiniowaniu ról i obowiązków w koordynowanym środowisku pracowniczym – jak np. w przypadku pielęgniarek i położnych, które zakłada rozszerzenie ich unikalnej pozycji, tak aby pobudzić zespołowe świadczenie opieki – towarzyszyć musi nabycie odpowiednich umiejętności i wyposażenie w odpowiednie narzędzia, które pozwolą na realizację reformy (Nicholson i in. 2013, Suter i in. 2009, Maslin-Prothero/Bennion 2010, Williams/Sullivan 2009, Goodwin 2002). Środowisko kształcenia ustawicznego jest również istotne dla pracowników medycznych, ponieważ dzięki niemu możliwe będzie stworzenie kultury zawodowej perfekcji, która oparta jest na konstruktywnym wykorzystaniu doświadczenia, nie zaś na obwinianiu za niepowodzenia. W tym miejscu istotne będzie opracowanie otwartego i transparentnego systemu zarządzania błędami (Ouwens i in. 2005, Ling 2012).

Konieczne będzie również poświęcenie szczególnej uwagi kształtowaniu umiejętności przywództwa i zarządzania u świadczeniodawców, ponieważ jak wynika z analiz zawartych w literaturze przedmiotu, odnajdywanie i wspieranie oddanych liderów i kierowników jest kluczowe w projektowaniu i wdrażaniu opieki koordynowanej (Maslin-Prothero/Bennion 2010, Armitage i in. 2009, Nicholson i in. 2013, Suter i in. 2009). Jednakże dowody badawcze wskazują również na fakt, iż jak do tej pory obecność takich osoby w momencie uruchamiania inicjatywy opieki koordynowanej w większym stopniu była wynikiem szczęścia i zbiegu okoliczności niż planowania strategicznego czy efektów prowadzonych szkoleń. Williams i Sullivan (2009) zwracają również uwagę na potrzebę poszukiwania liderów zarówno na poziomie kształtowania polityki, jak i na poziomie zawodowym, ponieważ jedną z największych przeszkód na drodze do opieki koordynowanej pozostaje problem przeniesienia założeń z poziomu systemowego na poziom operacyjny.

2.5.3. BUDOWANIE KOMPETENCJI WYMAGA PODEJŚCIA HOLISTYCZNEGO

Rozwój programów edukacyjnych i szkoleniowych, które służyć mają budowaniu kompetentnej kadry w opiece koordynowanej wymaga podejścia wielopłaszczyznowego na wszystkich poziomach. Na poziomach systemowym i organizacyjnym osoby kształtujące politykę oraz kierownictwo będą musiały opracować ramy dla środowisk kształcenia i organizacji nauki, w których świadczeniodawcy będą mogli

wspólnie pracować nad większym zaangażowaniem pacjentów, opiekunów i społeczności lokalnych. Wiąże się to w istotny sposób z kwestią budowania zaufania i wzajemnego szacunku oraz potrzebą konstruowania otwartych procedur zarządzania błędami, co przyczyni się do rozwoju organizacji wspólnej nauki. Oznacza to jednak również podział obowiązków oraz aktywne zaangażowanie w cykl kształcenia ustawicznego (Langins i Borgermans 2015).

Niezwykle istotne jest również, aby wszyscy pracownicy na wszystkich poziomach brali aktywny udział w tego typu szkoleniach skierowanych na kształtowanie dodatkowych kompetencji. Obecnie nacisk w kształceniu, o ile w ogóle, kładziony jest na szkoleniu kadry medycznej (Langins i Borgermans 2015, Frenk 2010), jednak oczywistym jest, że skuteczne wprowadzenie modelu opieki koordynowanej wymagać będzie, aby wszystkie zaangażowane osoby nabyły dodatkowy zestaw kompetencji. Postulat ten wymaga, aby osoby decyzyjne oraz liderzy systemowi przyjęli wspólną wizję opieki koordynowanej oraz odpowiednich ram prawnych, tak aby większa ilość instytucji zawodowych i stowarzyszeń brała udział w opracowywaniu zarysu wymaganych kompetencji na potrzeby procesu szkolenia (zobacz na przykład prace Komisji ds. Edukacji Pracowników Społecznych, CSWE 2014) oraz aktywnego udziału ludności i społeczności w projektowaniu i wdrażaniu opieki koordynowanej (zobacz Ferrer 2015). A zatem faktycznie można postużyć się cytatem z Frenka (2010) mówiącym, że „...niezbędne jest, aby wszyscy (...) pracownicy we wszystkich krajach [muszą] byli kształceni, aby pobudzić rozwój wiedzy oraz krytycznego myślenia oraz wykształcenia odpowiednich postaw etycznych, tak aby kadra wyposażona była w kompetencje niezbędne do pracy w systemie opieki zdrowotnej, który skupiony jest wokół potrzeb pacjenta i populacji, w charakterze członków lokalnych ale połączonych globalnie zespołów, które wychodzą naprzeciw potrzebom świadczeniobiorców.”

Przykłady: System opieki zdrowotnej NUKA na Alasce

System opieki zdrowotnej NUKA powstał w 1997 roku z inicjatywy South West Foundation [Fundacji Południowy Zachód] w odpowiedzi na specyficzne, silne potrzeby miejscowej populacji obsługiwanej przez system opieki zdrowotnej dla rdzennych mieszkańców Alaski (w całym stanie Alaska). Kluczowym założeniem i motorem napędowym tego systemu jest fakt, że każdy rdzenny Amerykanin na Alasce jest „odbiorcą-właścicielem” systemu opieki zdrowotnej dla rdzennych mieszkańców Alaski o nazwie NUKA.

Oznacza to, że każda osoba ma taki sam udział w systemie, a tym samym odbiorcy mają wkład w jego projektowanie, wdrażanie i stosowanie. Misją systemu jest „wspólna praca ze społecznością rdzennych mieszkańców w celu osiągnięcia dobrostanu przez koordynację świadczeń zdrowotnych i innych świadczeń” oraz realizacja wizji „społeczności rdzennych mieszkańców, która ceni swoje zdrowie psychiczne, emocjonalne i duchowe”. Co ważne, obejmuje to szacunek dla kulturowych i duchowych potrzeb populacji.

Podejście to prowadzi do imponujących wyników, takich jak (Gottlieb 2013):

- 95% osób zarejestrowanych w programach poz (wcześniej 35%)
- dostęp do rutynowych wizyt tego samego dnia (wcześniej po 4 tygodniach)
- zlikwidowanie kolejek do konsultacji z zakresu medycyny behawioralnej
- zmniejszenie liczby dni pobytu w szpitalu o 36%
- zmniejszenie liczby wizyt na sor o 42%
- zmniejszenie liczby wizyt w poradniach specjalistycznych o 58%
- wysoki poziom zadowolenia pacjentów w związku z kulturą i tradycjami
- zmniejszenie rotacji personelu o 75%

Kluczowym elementem sukcesu jest kompleksowe podejście do edukacji i szkoleń, proponowanie konkretnych kursów przez cały okres kariery zawodowej, edukowanie pacjentów i sesje treningowe, działania wzajemne itd. Szczególny nacisk położono na docieranie do młodych osób, szkolenie ich oraz motywowanie do wzajemnego nauczania. Program RAISE oferuje osobom w wieku od 14 do 19 lat zdobywanie

doświadczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej NUKA.

Szkolenie zawodowe oparte jest na następujących kluczowych założeniach: odkrywanie (dotyczy zewnętrznych specjalistów i badaczy zainteresowanych poznaniem narzędzi, rezultatów i lekcji), nauka (dla osób związanych z systemem – warsztaty z zarządzania w przypadkach indywidualnych, poprawa jakości świadczeń lub Inicjatywa Wojowników Na Rzecz Zdrowia Rodziny (Family Wellness Warriors Initiative, FWWI) Wieniec Zamiast Popiołu (ucząca rozwiązywania problemów związanych z przemocą fizyczną i psychiczną w rodzinie), zmiana (program zarządzania zmianą dla organizacji opieki zdrowotnej).

Cały filar systemu poświęcony jest edukacji zdrowotnej i rozwiązywaniu problemów w takich obszarach, jak zdrowie matki i dziecka, wspieranie zmian stylu życia oraz programy profilaktyczne.

Więcej informacji znajduje się pod adresem: <https://www.southcentralfoundation.com>.

2.6. FUNKCJONALNE WSPARCIE OPIEKI KOORDYNOWANEJ: POWIĄZANIE SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH Z PRZEPŁYWEM KOMUNIKACJI

Wytwarzanie informacji i danych jest niezbędne przy projektowaniu i wdrażaniu systemu udzielania świadczeń koordynowanej opieki zdrowotnej. Brak dostępu do danych jest często określany mianem istotnej przeszkody w usprawnianiu systemu opieki zdrowotnej, a kwestia ochrony danych jest często podnoszona jako usprawiedliwienie dla całkowitej rezygnacji z ich analizowania (Raport ze spotkania WHO Euro 2014, nieopublikowany). Sposoby wytwarzania i przekazywania informacji muszą być zatem właściwie określone i stosowane, aby umożliwić rzeczowe zrozumienie tematu w kontekście opieki koordynowanej (Ling 2012). Należy zauważyć, że jest to znacznie bardziej skomplikowane od wdrożenia efektywnego systemu informatycznego. Koordynacja funkcjonalna obejmuje więc całość procesu, począwszy od utworzenia informacji do jej przekazania (w formie wiedzy), przy użyciu stosownych narzędzi technologicznych i zasad badawczych, przestrzegając reguł etyki związanych z tym wymiarem wykorzystania danych. Aby usprawnić opiekę zdrowotną, należy zwrócić szczególną uwagę na proces przekształcania informacji w wiedzę, a także na istotną rolę, jaką w promocji i weryfikacji informacji odgrywają badania (Raport ze spotkania WHO Euro 2014, nieopublikowany). W systematycznym omówieniu analizującym elementy podstawowej i specjalistycznej opieki koordynowanej (Nicholson i in. 2013), w 17 z 21 prac ujętych w opracowaniu technologia koordynowanego przekazywania informacji została określona jako kluczowa dla wdrożenia koordynacji opieki zdrowotnej. Wprowadzenie odpowiedniej infrastruktury teleinformatycznej dla systemów opieki zdrowotnej i społecznej oraz połączenie różnych poziomów opieki przekładają się na lepsze planowanie świadczeń i zasobów, monitorowanie ekonomiczności oraz rezultatów z zakresu zdrowia, a także na identyfikowanie osób z grupy wysokiego ryzyka w celu zwiększenia precyzji świadczeń (Nicholson i in. 2013, Brown i in. 2003, Suter i in. 2009).

2.6.1. ISTOTA PRZEPŁYWU KOMUNIKACJI

Świadczenie dobrej i skutecznej opieki koordynowanej obejmuje identyfikację, uwzględnianie i pielęgnowanie odrębności wiedzy, doświadczenia, ról i obowiązków wszystkich zaangażowanych osób: pacjentów, ich rodziny i przyjaciół, kadr opieki zdrowotnej i społecznej, w tym pracowników udzielających świadczeń i wsparcia z ramienia organizacji trzeciego sektora, kierowników, przywódców i decydentów. Podejście to tworzy nowe formy współpracy, w której pacjent wraz ze swoją rodziną umożliwia istnienie płynnych powiązań między różnymi segmentami i wariantami opieki zdrowotnej. Kluczem do udanej współpracy jest budowa zaufania przez stosowanie różnych metod komunikacji oraz narzędzi w celu utworzenia kultury wzajemnego szacunku przenikającej wszystkie aspekty planowania, projektowania i świadczenia opieki zdrowotnej oraz wsparcia. Komunikacja jest procesem dwukierunkowym, którego niezbędne elementy obejmują:

- nadawcę – osobę inicjującą komunikację,
- wiadomość – treść komunikatu nadawcy,
- medium – sposób komunikacji: ustny, pisemny, umowny, elektroniczny, telefoniczny itd.,
- odbiorcę – osobę otrzymującą i interpretującą wiadomość,
- zrozumienie – wiadomość musi być prawidłowo zinterpretowana przez odbiorcę,
- potwierdzenie – odbiorca musi przekazać nadawcy, że otrzymał i zrozumiał wiadomość.

Proces ten można określić mianem cyklu komunikacyjnego (Rysunek 6).

Rysunek 6
Cykl komunikacyjny



Źródło: Lewis (2015), nieopublikowane

Wdrożenie skutecznego systemu komunikacji i przekazywania wiedzy stanowi trzon udanych kontaktów między odbiorcami świadczeń oraz świadczeniodawcami, jak również między samymi świadczeniodawcami. Wiąże się z tym także wiele problemów, takich jak wiedza o zdrowiu czy umiejętność korzystania z technologii cyfrowych, różnorodność kulturowa, ciągle ewoluujące i czasem wzajemnie sprzeczne lub dezorientujące podstawy naukowe, bądź też niewystarczające szkolenia dla świadczeniodawców z zakresu stosowanych technik komunikacji z różnymi odbiorcami w różnych sytuacjach.

2.6.2. OKREŚLANIE PRZEPŁYWÓW INFORMACJI

Aby udzielać adekwatnych świadczeń opieki zdrowotnej i projektować je zgodnie z potrzebami odbiorców, niezbędne są dane, informacje oraz dzielenie się informacjami, co służy wielu celom: tworzeniu przepisów i precyzowaniu działań na rzecz strategicznego podejmowania decyzji oraz planowania, monitorowaniu skuteczności świadczeniodawców (kadr oraz organizacji), wdrażaniu środków regulacyjnych oraz udostępnianiu i opracowywaniu zasobów i narzędzi opieki zdrowotnej zgodnych z wynikami badań i umożliwiających powtarzalne udzielanie świadczeń o wysokiej jakości. Ponadto nacisk położony na pozyskiwanie preferencji i wartości pacjentów w połączeniu z dostępnością aktualnych świadczeń przełoży się na poprawę skuteczności dopasowywania świadczeń i zasobów do potrzeb pacjentów i ich opiekunów. Celem komunikacji jest zebranie i prawidłowe rozdzielanie wszystkich niezbędnych strumieni informacji, przy czym sposób komunikacji oraz jej treść są najważniejsze. Wymaga to od różnych interesariuszy, wliczając pacjenta i opiekunów, uprzedniego dostosowania odpowiednich działań edukacyjnych i szkoleniowych, wspomagania decyzji, zarządzania informacją oraz narzędzi komunikacyjnych, ponieważ komunikacja obecnie nie ogranicza się wyłącznie do osobistych rozmów, ale obejmuje także różne

kanały informacyjne, takie jak urządzenia mobilne, elektroniczne rejestry, rozmowy telefoniczne, wideokonferencje i telekonsultacje, pocztę elektroniczną, sieciowe technologie umożliwiające współpracę, wiadomości tekstowe, komunikatory, faksy, pocztę tradycyjną. Skuteczna komunikacja obejmuje połączenie wybranego mechanizmu lub mechanizmów komunikacji z wartościami pracy zespołowej, zdolnością do aktywnego słuchania i jasnego przekazywania informacji, bez korzystania z żargonu technicznego, przy użyciu języka zrozumiałego dla pacjenta i jego rodziny.

2.6.3. WYMIANA INFORMACJI

Cykl opieki wynikający z opieki koordynowanej jest często bardzo złożony i obejmuje wiele osób (np. pacjenta, rodzinę/nieformalnych opiekunów, świadczeniodawców podstawowej i środowiskowej opieki zdrowotnej, specjalistów i świadczeniodawców opieki domowej), które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w domu pacjenta, placówkach środowiskowych, PZ i szpitalach. W związku z tym prawdopodobieństwo wystąpienia luk w opiece nad pacjentami jest wysokie. Wiele programów opieki koordynowanej obejmuje kompleksowy plan oceny i opieki opracowany przez wielospecjalistyczny zespół współpracujący z pacjentem i jego rodziną/nieformalnymi opiekunami. Opracowanie i wdrożenie tych aspektów struktury opieki wymaga skutecznej wymiany informacji między wszystkimi świadczeniodawcami, typami placówek, pacjentami i innymi opiekunami w celu osiągnięcia zintegrowanej i koordynowanej opieki. Tym samym mechanizmy usprawniające komunikację i wymianę informacji z większym prawdopodobieństwem przełożą się na zaspokojenie potrzeb pacjentów i ich rodzin, poprawę zadowolenia wszystkich zaangażowanych osób, uniknięcie powtórnych testów, badań i zabiegów, a także na ograniczenie ryzyka, poprawę bezpieczeństwa pacjenta oraz jakości opieki zdrowotnej.

Użycie elektronicznych systemów informacyjnych i rejestrowych w opiece zdrowotnej, najlepiej umożliwiających złożone współdziałanie między różnymi rejestrami i systemami stosowanymi przez świadczeniodawców opieki zdrowotnej, jest postrzegane jako kluczowy składnik umożliwiający wymianę informacji, a twórcy wielu projektów dążą do wdrożenia elektronicznego rejestru opieki koordynowanej uwzględniającego plan oceny i opieki dostępny dla wszystkich osób, w tym dla pacjenta i wybranych członków rodziny. Ponadto elektroniczne systemy informacyjne mogą poprawić dostęp pacjenta do informacji, co przełoży się na lepszą umiejętność samoopieki i samoleczenia oraz lepsze samopoczucie, szczególnie u osób z przewlekłymi schorzeniami, a przy tym utworzy otoczenie łączące pacjenta z osobami w jego kręgu opieki i zmieni tryb kontaktu z opieką zdrowotną z epizodycznego na ciągły (Beard i in. 2012).

Decydenci i specjaliści IT muszą zrozumieć szereg systemów informacyjnych oraz procesów rejestracji w opiece zdrowotnej, będących w użyciu w lokalnym „ekosystemie” opieki, a także opracować metodę połączenia właściwych informacji we właściwym czasie we właściwym miejscu dla właściwych osób oraz korzystania z możliwości elektronicznych systemów, kiedy tylko jest to możliwe i wykonalne. W ramach programów opieki koordynowanej zazwyczaj tworzy się harmonogram działań opisujący bieżącą i przyszłą strukturę systemów informacyjnych oraz procesów.

2.6.4. ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA PACJENTA I TELEMEDYCYNĄ

Wielu autorów uważa, że współdzielona elektroniczna dokumentacja medyczna (SEHR) jest najważniejszym narzędziem na tym polu (Nicholson i in. 2013, Suter i in. 2009). Nie tylko wspomaga ona planowanie i koordynację opieki, ale może również służyć jako narzędzie komunikacji z konsumentem/pacjentem przez oferowanie informacji zdrowotnych oraz angażowanie we wspólne podejmowanie decyzji (Nicholson i in. 2013, Coulter i in. 2008). Elektroniczna dokumentacja medyczna jest również niezbędna do skutecznego stosowania narzędzi z zakresu telemedycyny, e-zdrowia (elektroniczny system opieki zdrowotnej) i m-zdrowia (mobline rozwiązania w zakresie opieki zdrowotnej).

Przykłady: Strategia e-zdrowia w Katalonii

Wraz z Regionalną Strategią na Rzecz Zdrowia i Dobrostanu (PINSAP 2014) rząd Katalonii zdecydował również o strategicznym wdrożeniu systemu e-zdrowia i technologii zdrowotnych w celu wsparcia budowy koordynowanego systemu opieki zdrowotnej skupionego na potrzebach pacjenta. Jednym z pierwszych zadań było sporządzenie planu systemów informacji zdrowotnej obecnie wykorzystywanych w regionie, uwzględniając przy tym podstawową opiekę zdrowotną, szpitale, opiekę z zakresu zdrowia psychicznego oraz opiekę długoterminową. Na skutek powyższego powstał obraz 60 różnych funkcjonujących systemów, a przejście na współdzielony system dokumentacji typu e-zdrowie zdawało się niemożliwe. Zamiast tego TicSalut, Kataloński instytut technologii, innowacji i zdrowia stworzył wspólną platformę umożliwiającą połączenie wszystkich systemów i wymianę potrzebnych informacji. Platforma ta, będąca zasadniczo systemem elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), umożliwia wdrożenie trzech strategii rozwoju:

- opieki koordynowanej,
- wzmocnienia roli obywateli,
- cyfryzacji zdrowia.

Wsparcie innowacji opieki koordynowanej

Pierwszym zastosowaniem EDM stała się opieka nad pacjentami ze złożonymi chorobami przewlekłymi. Dane obejmujące rozpoznania, hospitalizacje, leki, plany leczenia oraz czynniki ryzyka są wprowadzane do systemu i udostępniane wszystkim czterem sektorom. Ścieżki opieki pomagają w leczeniu tych pacjentów oraz umożliwiają zmianę świadczeniodawcy. 100% świadczeniodawców POZ oraz szpitali jest już objętych systemem i wymianą informacji, podczas gdy dla placówek zdrowia psychicznego i opieki długoterminowej odsetek ten mieści się między 97 a 99%. 77% wszystkich świadczeniodawców jest połączonych za pośrednictwem sieci WiFi, a 70% korzysta z platformy internetowej EDM, umożliwiającej przekazywanie danych w czasie rzeczywistym oraz zapewniającej łatwy dostęp.

Wsparcie dla wzmocnienia roli obywateli

Nawet po wdrożeniu EDM dostęp pacjentów do danych jest często ograniczony lub niemożliwy. Od lipca 2014 roku w Katalonii każdy mieszkaniec posiada swój osobisty portal zdrowotny, za pośrednictwem którego może połączyć się z EDM, ale również skorzystać z różnych kanałów komunikacji z systemem powszechnej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcami, z e-recept (może złożyć o nie wniosek, pobrać je lub wydrukować) oraz uzyskać ogólną informację o zdrowiu. Platforma zezwala pacjentom także na rezerwację wizyty przez internet, złożenie wniosku o e-konsultację oraz zmianę świadczeniodawcy. Do stycznia 2016 roku w systemie zarejestrowało się ponad 60 000 unikalnych użytkowników. Większość z nich tylko przegląda swoje dane, a aktywne korzystanie z systemu jest nadal mało popularne (27% korzysta z e-rejestracji, 10% z e-wyboru i 11% z e-konsultacji).

Innowacje w cyfryzacji zdrowia.

Różne organy państwowe opracowują obecnie strategię dla m-zdrowia w regionie, dyskutując na tematy związane z zakresem stosowania i funkcjonalnością urządzeń przenośnych, aplikacji m-zdrowotnych oraz innowacyjnych wyrobów medycznych. Głównym założeniem jest powstanie w Katalonii najbardziej innowacyjnego systemu opieki zdrowotnej na świecie oraz aktywne korzystanie z wielu możliwości oferowanych przez nowe technologie. Pierwszym krokiem w tym kierunku było powstanie Marketplace [Rynku], portalu internetowego oferującego aplikacje związane ze zdrowiem i dobrostanem, od promocji zdrowia (np. informacji żywieniowych i związanych z wyborem stylu życia) do monitorowania aktywności fizycznej, a także aplikacje napisane specjalnie dla danej choroby, np. w celu dbania o stan układu sercowo-naczyniowego.

Choć strategię i narzędzia zostały już w znacznym stopniu ustalone, TicSalut wraz z partnerami pracują obecnie nad promowaniem wielu możliwości aktywnego uczestnictwa w zarządzaniu osobistą EDM, szkoleniem świadczeniodawców z zakresu korzystania z usług i informacji, które oferują na co dzień, przy jednoczesnym uczuciu się o metodach wykorzystywania nowych technologii do promocji zdrowia i dobrostanu zgodnie z metodami ochrony zdrowia populacji.

2.7. KOORDYNACJA NORMATYWNA: ROZWÓJ KULTUR I WARTOŚCI NA RZECZ OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Stabilne przemiany w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w odpowiedniej skali i tempie, wymagają zaangażowania w zmianę kultury systemu opieki zdrowotnej, aby zakwestionować status quo i tradycyjne pojmowanie zdrowia i opieki zdrowotnej (Glouberman/Mintzberg 2001). Aby zmiana kulturalna miała sens, musi odbywać się na wszystkich poziomach – od jednostki po całe społeczeństwo. Przekłada się to na nową kulturę pracy wspierającą różne rodzaje współpracy między pracownikami z branży zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej, opieki zdrowotnej i społecznej, w sektorze zdrowia i w innych sektorach. Wynika z tego również zmiana priorytetów – z „wyleczenia” pacjenta w przypadku ostrym na opiekę profilaktyczną z naciskiem położonym na promocję zdrowia. Zmiana ta wiąże się też ze zmianą pozycji pacjentów, którzy stają się kluczowymi pacjentami w udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz koordynatorami swoich własnych potrzeb zdrowotnych (Suter i in. 2009, Nicholson i in. 2013).

Aby wprowadzić stabilne i trwałe zmiany do systemu, organizacje i pojedyncze osoby, decydenci, pracownicy lub pacjenci muszą zmienić swój sposób działania i myślenia o zdrowiu (Goodwin 2013, Halvorson 2007, Williams/Sullivan 2009). Konieczne jest przyjęcie zasad Zdrowia we Wszystkich Politykach (Health in All Policies), jak również zorientowania systemu opieki zdrowotnej na ludzi, bowiem system istnieje, aby służyć ludziom, a nie samemu sobie. Aby te zasady mogły przeniknąć do systemów opieki zdrowotnej, konieczna jest zmiana kulturowa, zarówno wśród pracowników opieki zdrowotnej, jak i wśród decydentów. Bez tego narzędzia takie jak przywództwo rozproszone, wspólne podejmowanie decyzji lub łączne rady ds. planowania nie mogą funkcjonować w dalszej perspektywie, ponieważ wymagają innego nastawienia i zachowań. Te elementy potrzebują otwartej i międzydyscyplinarnej współpracy, a także ustanowienia partnerstw, w przeciwieństwie do podejść konserwatywnych i współzawodniczących ze sobą (Raport ze spotkania WHO Euro 2014, nieopublikowany).

Główną przeszkodą przy wprowadzaniu jakichkolwiek zmian jest „kultura”. Halvorson (2007) wykazuje, że kultury systemu opieki zdrowotnej są wyjątkowo odporne na jakąkolwiek zmianę. „Opieka zdrowotna jest największym bastionem podejścia „not invented here” (to nie nasz pomysł) przy odrzucaniu innowacji” (Halvorson 2007, str. 87). Kierownicy i przedstawiciele instytucji zdrowotnych podobnie nauczyli się „przeczekać” wszelkie kwestie związane z reformacją i reorganizacją, wiedząc, że w końcu się skończą, a po burzy będą mogli wrócić do wykonywania zadań, korzystając z poprzednich rozwiązań (Glouberman/Mintzberg 2001). W odróżnieniu od innych obszarów ekonomii, gdzie ocena dobrych i najlepszych praktyk oraz dzielenie się doświadczeniami jest podstawową cechą modeli biznesowych, każdy oddział każdego szpitala lub świadczeniodawcy opieki zdrowotnej ma swój własny zestaw reguł i procedur, a także kultury, które bezwzględnie przestrzega. Koncepty systematycznej analizy i usprawniania procesów, zarządzania jakością i przejrzystości są zupełnie nieznane systemom opieki zdrowotnej i ich podmiotom (Halvorson 2007). Williams/Sullivan (2009) sugerują zatem, aby nie prosić pracowników i świadczeniodawców o „odrzućcie ich rdzennych wartości i kultur, ale o wspólną pracę w celu stworzenia nowej metodyki pracy, której ostatecznym celem jest zaspokojenie potrzeb obywateli i użytkowników”.

2.7.1. PARADYGMAT WSPÓŁPRACY

Heaton i in. (2012) sugerują, że przekształcenie systemów opieki zdrowotnej w stronę większej koordynacji i integracji świadczeń wprowadza także zmianę paradygmatu – z „paradygmatu zawodowego”, w którym ciągłość opieki była zapewniana „dla” pacjenta, na „paradygmat współpracy”, który „nie skupia się zbytnio na odrębnych perspektywach różnych stron, [...] a bardziej na współpracy między pacjentami, opiekunami i pracownikami systemu opieki zdrowotnej”. Obejmuje to zmianę wartości wszystkich zaangażowanych stron i wspiera ideę opieki skupionej na jednostce.

2.7.2. STRUKTURA I ORGANIZACJA MAJĄ WPŁYW NA WARTOŚCI

Powszechnie wiadomo, że kultura organizacyjna i struktury lokalne silnie przekładają się na wartości, a tym samym mogą sprzyjać lub zapobiegać zmianom w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej (Williams/Sullivan 2009, Stein 2010, Suter i in. 2009, Raport ze spotkania WHO Euro 2014, nieopublikowany). Określają one również kulturę komunikacji i współpracy (Delong/Fahey 2000) wewnętrznej i zewnętrznej świadczeniodawców opieki zdrowotnej, należy je zatem odpowiednio uwzględnić przy wdrażaniu opieki koordynowanej, ponieważ niedostrzeżenie ich istotności w budowaniu wartości zawodowych i organizacyjnych często prowadzi do nieudanej integracji świadczeń (Williams/Sullivan 2009, Halvorson 2007).

Wszystkie inicjatywy na rzecz opieki koordynowanej niosły ze sobą zmiany kulturalne, ponieważ są one kluczowym czynnikiem dla zrównoważonego rozwoju. Temat ten zostanie szerzej omówiony w rozdziałach III i IV niniejszego raportu, a także uwzględniony w konkretnych przykładach.

3. KIEROWANIE I ZARZĄDZANIE ZMIANĄ

Budowa systemu koordynowanej opieki zdrowotnej jest zadaniem złożonym i długoterminowym. Choć wiedza na temat podstawowych elementów strukturalnych opieki koordynowanej jest dostępna, istnieje wyraźny deficyt pojmowania kwestii kierowania tymi systemami oraz ich rozwojem. Ponadto powszechnie przyjmuje się, że nie istnieje „pojedynczy model” opieki koordynowanej, a opieka koordynowana nie wynika z naturalnej ewolucji jakiegokolwiek systemu opieki zdrowotnej – przeciwnie, należy nią kierować i dbać o nią. Na poziomie systemu niewątpliwie istnieją przeszkody wynikające z niedopasowanego sposobu zarządzania, praktyk finansowych i regulacyjnych, a także wynikających z tego konfliktów interesów w zadaniach i rolach kluczowych organizacji. Konflikty te łączą się z różnymi barierami zawodowymi i kulturalnymi, niewłaściwymi systemami wymiany informacji i komunikacji, co przekłada się na znaczną bezwładność wszystkich elementów. W związku z powyższym zbyt duży nacisk kładzie się na lokalne podmioty zajmujące się innowacją oraz kluczowe podmioty kierownicze, aby funkcjonowały jako motor napędowy zmian, natomiast podstawowy model biznesowy dla nowej metodyki pracy pozostaje bez zmian. Napędza to tendencję do skupiania się opieki koordynowanej wokół projektów prowadzonych na niewielką skalę, których zakres lub założenia nie przewidują działań rozszerzających.

3.1. ZMIANY TRANSFORMACYJNE W KIERUNKU OPIEKI KOORDYNOWANEJ

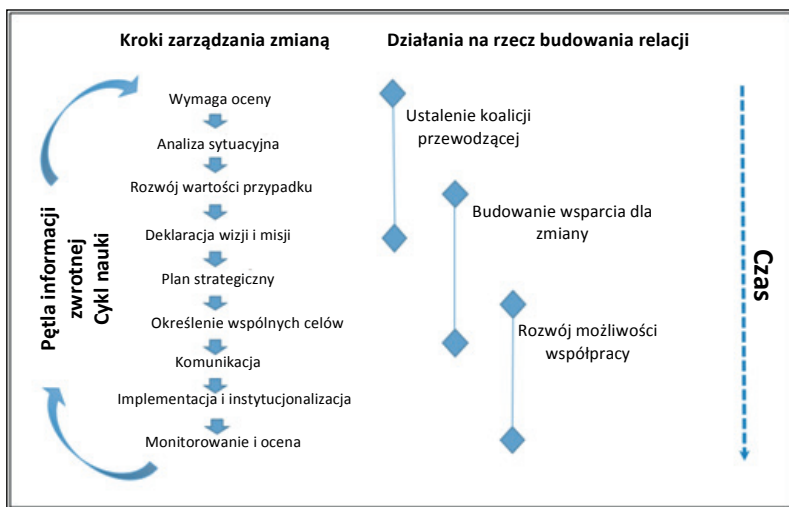
Wsparcie rozwoju systemów koordynowanej opieki zdrowotnej wymaga zmian transformacyjnych (na przykład, jak w przypadku przekształcenia Administracji ds. Zdrowia Weteranów (VHA) w USA, z podzielnego systemu o słabych wynikach na lepiej koordynowany i udany). Pomimo tego metodyka wdrożeniowa wspierająca udaną adopcję, zasięg i zrównoważony rozwój systemów koordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej jest nadal w powijakach. Tym niemniej istnieją eksperymentalne badania wielu przykładów sugerujące niektóre kluczowe elementy takiej strategii (WHO Europe 2016, King's Fund 2013, Suter i in. 2010). Na przykład złożoność opieki koordynowanej nie przekłada się na biznesowe procesy przebudowy zastosowane w innych częściach reformy opieki zdrowotnej, a zatem strategię zarządzania zmianą musią uwzględniać istotną kwestię złożoności. Widać to szczególnie w wielości różnych technicznych „komponentów” zmiany, które rozumie się jako podstawowe cechy systemów opieki koordynowanej (zgodnie z powyższym opisem). Jednakże kilka pozycji w literaturze i eksperymentalne badania dają pewne wskazówki dotyczące kluczowych czynników sukcesu oraz kroków niezbędnych do przeprowadzenia zmian, szczególnie w kwestii określenia wspólnej wizji opartej na jasnym wyszczególnieniu potrzeb osób w lokalnych społecznościach, która następnie może zostać przekształcona we wspólną strategię dla zmiany (WHO Europe 2016, King's Fund 2013, Suter i in. 2010). Podsumowując te ustalenia, Goodwin (2016) obrazuje potrzebę dwustopniowego podejścia do zmiany transformacyjnej: potrzebny jest proces stopniowego zarządzania zmianą, który ostatecznie doprowadzi do ciągłego cyklu usprawnień, a jednocześnie należy powołać i rozwijać związki oraz sieci w celu zdobywania niezbędnego wsparcia ze strony interesariuszy i przezwyciężenia niechęci wobec zmiany (patrz Rysunek 7).

Należy tutaj zwrócić uwagę na dwa aspekty: wprowadzania zmiany oraz rozwoju strategii ciągłych usprawnień:

3.1.1. WPROWADZANIE ZMIANY

Kluczowym elementem zarządzania zmianą jest praktyczne wdrożenie zmiany, zarówno względem „systemu” (np. wspólne finansowanie, zarządzanie i odpowiedzialność), jak i względem „świadceń” (np. wspólne udzielanie świadczeń poprzez rozwój zespołów). Często proces zmiany wymaga wstępnego pilotażu możliwości z intencją „instytucjonalizacji” lub wdrożenia przyswojonej wiedzy w celu jej późniejszego zastosowania na szeroką skalę. Odejście od niewielkich programów jest istotne, aby umożliwić udzielanie świadczeń na skalę niezbędną do wprowadzenia istotnej i transformacyjnej zmiany sposobu

Rysunek 7
Podwójne podejście do procesu zmiany transformacyjnej



Źródło: Goodwin N. Change Management (Zarządzanie zmianą). w Amelung i in. Handbook for Integrated Care. Podręcznik opieki koordynowanej.

udzielania świadczeń opieki zdrowotnej [47]. Istnieje jednak niewiele przykładowych zestawów narzędzi przeznaczonych do rozszerzania programów pilotażowych. Jednym z nich jest model DMIC (Development Model for Integrated Care – model rozwoju opieki koordynowanej), którego „4 faza” skupia się na strategiach konsolidacji zmian [10].

Tabela 3: Przykłady wskaźników dojrzałości dla zarządzania zmianą opieki koordynowanej

Przykładowy wymiar	Cel	Wskaźnik dojrzałości
Gotowość do zmiany	Przekonywająca wizja, poczucie konieczności szybkiego działania, wsparcie ze strony interesariuszy	Konsultacje publiczne, jasne cele strategiczne i kamienie milowe, zaangażowanie interesariuszy.
Struktura i zarządzanie	Utrzymanie i wdrażanie nowych systemów opieki koordynowanej, obecność skutecznego zarządzania zmianą	Finansowane programy, skuteczna komunikacja, wdrożone zarządzanie i odpowiedzialność
Budowanie potencjału	Inwestycja w szkolenia, umiejętności i technologie pracowników, w tym systemy ciągłej poprawy jakości	Rozwój finansowania i dostępności kursów umożliwiający oddolne innowacje i rozwój siły roboczej

3.1.2. MONITOROWANIE I OCENA: ROZWÓJ SYSTEMÓW CIĄGŁEJ POPRAWY JAKOŚCI

Opieka koordynowana jest zdecydowanie strategią służącą rozwojowi świadczeń dla pacjentów i populacji, a tym samym stanowi środek do celu, nie jest celem sama w sobie. Jest to strategia dążąca do poprawy jakości, a nie ograniczenia kosztów. Strategia ta może być wykorzystywana na wielu poziomach i musi być odzwierciedlona na każdym z nich – od systemu do jednostki – aby osiągnąć zrównoważony rozwój i skuteczność zgodnie z punktem II.1. Po przyjęciu tego do wiadomości można się wiele nauczyć z klasycznej literatury z dziedziny zarządzania oraz z praktycznych doświadczeń innych branż (6 P i in. 2006).

Określanie mierzalnych założeń

Częstym utrudnieniem różnych podejść do opieki koordynowanej jest niedostateczna ilość czasu i wysiłku poświęconych na uzgodnienie konkretnych założeń opieki koordynowanej, a także metodyki obiektywnego mierzenia i oceny rezultatów. Zwłaszcza brak dowodów na wpływ zmian oraz na różnice w kosztach mogą prowadzić do poważnych problemów (i niepowodzeń programów) podczas prób wdrożenia programu do szerszego prądu finansowania systemu opieki zdrowotnej [46]. W praktyce zatem zarządzanie zmianą wymaga umiejętności pomiaru i monitorowania rezultatów w wielu obszarach, w tym w zakresie doświadczenia użytkowników, korzystania ze świadczeń, doświadczenia pracowników oraz kosztów świadczenia opieki. Postęp w osiąganiu tych założeń należy mierzyć często, aby wyciągać z tego wnioski i wykorzystywać je we wdrażaniu.

Określanie stosownych środków i wskaźników

W systemach opieki zdrowotnej istotne jest przyjęcie i stosowanie zestawu mierników dopasowanych do głównych elementów krajowej, regionalnej lub lokalnej strategii dla opieki koordynowanej. Tym niemniej złożoność i niezbędna różnorodność sposobów rozwoju strategii dla opieki koordynowanej oznaczają, że rezultaty i miary należy dobrać tak, aby pokrywały się z lokalnymi i państwowymi priorytetami. Wiele krajów i regionów próbowało ustalić zestaw kluczowych miar i wskaźników dla zorientowanych na pacjenta i koordynowanych systemów opieki zdrowotnej w ramach monitorowania i zarządzania ich skutecznością [np. 48–49], a ich lista została podsumowana w pracy pomocniczej do Global Framework on People-Centred and Integrated Health Services [Międzynarodowe ramy systemów opieki koordynowanej i zorientowanej na pacjenta] WHO [6].

Ustanowienie cyklu nieustannego rozwoju

Istotnym aspektem rozwoju ram monitorowania i oceny jest fakt, że można je wykorzystać do zgromadzenia właściwych interesariuszy w celu określenia rezultatów, według których należy oceniać strategię opieki koordynowanej, a w rezultacie do promocji wspólnej własności i odpowiedzialności za osiągnięcie kluczowych założeń. Włączając kluczowych interesariuszy w proces ustalania sposobu, w jaki systemy opieki zdrowotnej będą oceniane, przyczyniamy się do otwarcia procesu rozwoju całej wizji i uruchomienia zmiany. Ostatnim kluczowym elementem strategii zmiany jest wykorzystanie danych i informacji z procesu monitorowania i oceny, aby stworzyć proces nieustannej poprawy jakości. Na przykład po to, aby zidentyfikować zmiany o „dużej sile oddziaływania” będące najbardziej przydatne dla pacjentów lub też redukujące nierówności w zespołach świadczeniodawców. Zasadniczo „proces poprawy” jest konieczny, aby wytłumaczyć lub ponownie zarysować założenia, ponownie opracować procesy, poprawić możliwości, zintegrować ryzyka, opracować miary skuteczności i, co najważniejsze, stworzyć pętlę informacji zwrotnej dotyczącej poprawy na przestrzeni czasu. Dwa kluczowe aspekty powyższego to, po pierwsze, potrzeba prawidłowego zaangażowania świadczeniodawców, społeczności i użytkowników przez kierowników oraz, po drugie, potrzeba rozbudowy w ramach „szybkich cykli” strategii budowy i przebudowy na rzecz zmiany po ich wdrożeniu i ocenie postępów.

Podsumowując doświadczenie 85 inicjatyw na rzecz opieki koordynowanej z Europejskiego Regionu WHO, autorzy określili 10 lekcji dla udanego wdrożenia zmiany w kierunku opieki koordynowanej (WHO Europe 2016):

1. na pierwszym miejscu stawiaj ludzi i ich potrzeby,
2. zmień priorytety modelu opieki zdrowotnej,
3. zreorganizuj sposób udzielania świadczeń,
4. zaangażuj pacjentów, ich rodziny i opiekunów,
5. zmień mechanizmy związane z odpowiedzialnością,
6. zadбай o to, aby zachęty motywacyjne były zbieżne,
7. zadбай o rozwój pracowników opieki zdrowotnej,
8. wprowadzaj innowacje,
9. współpracuj z innymi sektorami i społeczeństwem,
10. strategicznie zarządzaj zmianą.

Lekcje te podkreślają, że proces zmiany w kierunku opieki koordynowanej musi mieć miejsce na wszystkich poziomach systemu, obejmować zaangażowanie jednostek i społeczności, pracowników i innych sektorów w ramach samego procesu, a także tworzyć niezbędne ramy strukturalne, regulacyjne i finansowe wspierające przekształcenia.

3.2. PRZYWÓDZTWO W OPIECE KOORDYNOWANEJ

Przywództwo w sieciach różni się fundamentalnie od przywództwa w tradycyjnych hierarchiach. Poniżej znajduje się pięć istotnych kwestii dotyczących kierowania sieciami:

1. struktury sieci przypominają nowe hierarchie, które należy wprowadzić w istniejących strukturach;
2. dzięki sieciom pojedyncze osoby mogą przewodzić innym osobom, tak jak organizacje mogą kierować innymi organizacjami (sydow i in., 2011);
3. z definicji struktury sieciowe to równoległe struktury o niewielkiej sile, w których zasadniczo nie ma hierarchii. a dokładniej – siła bierze się z reguł i zasobów;
4. negocjacje są ważniejsze od podejścia „dowódź i kontroluj” [command and control], a tym samym zależą od bardziej złożonych, niewidzialnych struktur (sydow i in., 2011);
5. złożoność przywództwa jest znacznie większa w porównaniu z tradycyjnymi strukturami, ponieważ interesariusze reprezentują różne sektory (sektory i kultury pracy).

Sydow i in. (2011) opracowali ramy regulacyjne, które można przełożyć w ich najprostszej formie na dowolny system, np. opieki zdrowotnej, w trzech wymiarach:

- organizacja: nieformalna – formalna;
- sposób przywództwa: scentralizowane – rozproszone;
- przypisanie przywództwa: pojedyncza osoba – organizacja.

Wszystkie trzy wymiary dotyczą zarówno przewodzenia sieci, jak i przewodzenia wewnątrz sieci. Pierwszy wymiar jest identyczny dla sytuacji w organizacjach i rozróżnia między organizacjami emergentnymi/doraźnymi/nieformalnymi a formalnie zorganizowanymi strukturami. Obie formy mogą funkcjonować równoległe w różnych obszarach w obrębie struktury sieci. Drugi wymiar rozróżnia w zależności od stopnia centralizacji. Struktura sieci po jednej stronie obejmuje struktury wysoce scentralizowane, natomiast po drugiej – zdecentralizowane/rozproszone. Trzeci wymiar odpowiada na pytanie, czy przywództwo jest przypisywane osobom czy organizacjom. W praktyce oczywiście jest, że innowacyjne koncepcje dotyczące opieki zdrowotnej są często inicjowane i prowadzone przez pojedyncze osoby lub instytucje rządowe.

Inicjatywy na rzecz opieki koordynowanej można opisać jako złożone systemy adaptacyjne, które rzadko

są szczegółowo zarządzane i organizowane (Reinertsen i in., 2008). Ponadto działania opieki koordynowanej zawsze odbywają się na rzecz osób i społeczności. Den Hertog, Groen i Weehuizen (2005) obrazują, jak różne sektory opieki zdrowotnej (ściany: sektory i interdyscyplinarność) oraz poziomy systemu (sufity: decydenci, kierownicy i specjaliści) tworzą skomplikowany w zarządzaniu i oporny na innowacje system. Te ściany i sufity znajdują się w środowisku zorientowanym na pacjenta i opartym na społeczności, w którym kierownictwo musi opracować i wdrożyć zmianę.

Berwick, Nolan i Whittington (2008) opracowali pomysł Trzech Założeń (Triple Aim): Opieki, Zdrowia i Kosztów. Pomysł ten wymaga jednoczesnego dążenia do trzech założeń w celu usprawnienia systemu opieki zdrowotnej:

- poprawy indywidualnego kontaktu z opieką zdrowotną,
- poprawy zdrowia społeczeństwa,
- zmniejszenia kosztów opieki.

Założenia te należy traktować rozdzielnie, ponieważ zmiany dążące do jednego z nich mogą wpłynąć na pozostałe dwa, często negatywnie. Oznacza to, że całość zadania polega na zrównoważeniu tych trzech założeń (Berwick i in., 2008). Aby osiągnąć trzy założenia, konieczne jest przywództwo o dużej sile oddziaływania (Swensen i in., 2013). Wyniki trzech założeń reprezentują przejście z objętości do wartości (Swensen i in., 2013). Zbyt często jakość w organizacjach opieki zdrowotnej jest bardziej postrzegana w kategoriach kosztów lub wymogów regulacyjnych. Przywódcy muszą jednak zrozumieć na poziomie fundamentalnym, że jakość jest strategią biznesową oraz filarem systemu. Ponieważ poprawa jakości rzadko należy do programu nauczania pracowników systemu opieki zdrowotnej, przywództwo musi być obeznane z zasadami działania i potencjałem tych metod (Swensen i in., 2009).

Przykład: Podejście Mayo Clinic do przywództwa

Mayo Clinic to amerykańska organizacja non-profit z placówkami w Minnesocie, na Florydzie i w Arizonie. Ponadto do systemu opieki zdrowotnej Mayo należy kilka pomniejszych placówek medycznych i szpitali w Iowa i Wisconsin.

Przywództwo Mayo Clinic opiera się na fundamentalnym zrozumieniu faktu, że jakość to strategia biznesowa i filar systemu. Organizacja określa jakość jako połączenie rezultatów, bezpieczeństwa i świadczeń, co jest kluczowe dla udzielania pacjentom wysoce rzetelnej opieki zdrowotnej. Struktura jakości Mayo Clinic opiera się na czterech bazowych wymiarach niezawodnej opieki zdrowotnej, z których żaden nie może funkcjonować samodzielnie (Swensen i in., 2009):

1. optymalizacja kultury pod kątem bezpieczeństwa, rezultatów i świadczeń
2. usprawnienie infrastruktury pomocniczej
3. uproszczenie spójnych wysiłków technicznych
4. zdyscyplinowane i skuteczne wykonywanie zadań.

Mayo Clinic konsekwentnie sprzyja kulturze bezpieczeństwa poprzez określenie podstawowych zasad pracy na podstawie najlepszych praktyk – ze świadomością, że każda zbędna wariacja w środowisku pracy zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia błędu medycznego przez pracowników opieki zdrowotnej. Kluczowym elementem ich kompleksowej strategii jest również świadome inwestowanie w kapitał społeczny, który przekształca organizację ze zbiorowiska jednostek w prężny, spójny, kolektywny umysł. Opieka zdrowotna w Mayo Clinic jest organizowana i koordynowana przez zintegrowany zespół wielospecjalistyczny z dużymi programami szkoleniowo-badawczymi. Struktura organizacyjna oferuje środowisko zawodowe, w którym zbiegają się interesy kadry medycznej, szkoły medycznej oraz kierownictwa szpitalnego. Wszyscy lekarze są zatrudnieni na etat. Wydziały są odpowiedzialne przed instytucjami. Wyniki finansowe są dzielone z koordynowaną placówką i redystrybuowane przez komitety prowadzone przez lekarzy w celu osiągnięcia misji i wizji instytucji. W systemie tym opieka ambulatoryjna i szpitalna są pojmowane holistycznie. Szpital działa jak sieć bezpieczeństwa, gdy zawiedzie profilaktyczna opieka ambulatoryjna lub opieka w przypadku chorób przewlekłych.

Aby zrealizować tę kulturę bezpieczeństwa, Mayo Clinic inwestuje w infrastrukturę pomocniczą i spójne wysiłki techniczne, np. we wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, technologię informacyjną typu point-of-care (przyłóżkową), systemy szybkiego reagowania lub ośrodki symulacyjne. Mayo Clinic charakteryzuje się polityką przejrzystości i otwartej komunikacji. Prośbienie o pomoc w Mayo Clinic nie jest odbierane jako oznaka słabości – wszyscy członkowie zespołu opieki nad pacjentem muszą czuć się komfortowo podczas zwracania uwagi na problemy. Założeniem jest przeszkolenie kadry i pracowników z zakresu niedoborów jakości i zachęcenie ich do szukania rozwiązań. System zarządzania wartością Mayo Clinic określa jego strategię doskonalenia. Charakteryzuje się ona skupieniem, dyscypliną oraz skutecznym wykorzystaniem danych. Każdy zespół ds. doskonalenia ma statut projektowy ułożony w segmenty po „100 dni”, nad którym nadzór sprawuje właściciel procesu oraz kierownik projektu. Z doświadczenia wynika, że skuteczne jest skupienie się na istotnej kwestii, pomiar usprawnień, pełna implementacja sprawdzonych wyników, zamknięcie projektu i przejście do kolejnego priorytetu.

Z różnych źródeł dotyczących czynników powodzenia opieki koordynowanej (Suter i in. 2009, King's Fund 2011) wynika, że „przywództwo” jest kluczowym czynnikiem dla wprowadzenia zmiany. Patrząc na opiekę koordynowaną jako na strategię poprawiającą jakość opieki, należy uznać przywództwo za niezbędne. Przywódca jest odpowiedzialny za rozlokowanie zasobów i infrastruktury. Motorem napędowym tego elementu wydaje się być technologia komunikacji. Przywództwo w opiece koordynowanej obejmuje również przekształcenie i pogodzenie procesów, kultur zawodowych i struktur zarządzania według nowej wizji i narracji udzielania świadczeń. Wreszcie przywództwo w opiece koordynowanej musi silnie inwestować w rozwój stosunków ze specjalistami, decydentami i populacją.

Amelung (2016) w podsumowaniu stwierdza, że przywództwo w opiece koordynowanej nie różni się fundamentalnie od ról przywódczych w innych systemach, ale wymaga szczególnej uwagi, ponieważ jest często ignorowane jako czynnik krytyczny dla powodzenia procesu zmiany transformacyjnej. Sprawdza on wnioski z literatury i doświadczeń do siedmiu aspektów:

1. Konceptcje opieki koordynowanej to środki natury strategicznej

Właściwe instytucje muszą uznać konceptcje opieki koordynowanej za środki natury strategicznej. Niezależnie od ich faktycznego znaczenia dla modelu biznesowego, konceptcje opieki koordynowanej wymagają strategicznego rozruchu. Rozruch ten może wynikać z przywództwa.

2. Przywództwo w opiece koordynowanej jest niezbędne

Struktury przywódcze należy wdrażać niezależnie od istniejących struktur, tj. ich wdrożenie nie powinno być prowadzone wyłącznie przez lekarzy lub innych świadczeniodawców niejako przy okazji, ale powinno zostać zorganizowane oddzielnie i profesjonalnie, najlepiej w ramach firmy zarządzającej.

3. Przywództwo w opiece koordynowanej wymaga inwestycji

Wydatki na przywództwo należy wycenić, nie są one kwestią oczywistą. Przywództwo to nieodłączne pole działań, które podlega odrębnemu wynagrodzeniu. Wydatki na kierownictwo są często uznawane za pomijalne. Uznanie przywództwa i kierownictwa będzie udokumentowane za pomocą przydziału budżetowego.

4. Przywództwo w opiece koordynowanej musi budować kulturę wspólnych wartości

Specjalistyczna wiedza i autorytet zawodowy są niezbędne dla kierowania koncepcjami opieki koordynowanej. Przywództwo powinno mieścić się w ramach istniejących struktur – niemal niewidoczne – i odbywać się pośrednio, przez wskazywanie kierunku i rozwój kultury wspólnych wartości. W przeciwnym razie powstanie wobec niego opór.

5. Przywództwo w opiece koordynowanej potrzebuje czasu

Przywództwo musi motywować wszystkie strony do zmiany swoich przekonań. Im dłużej istniały dane struktury, tym więcej czasu potrzeba, aby je zmienić.

6. Przywództwo w opiece koordynowanej potrzebuje skupienia

Przywództwo musi być skupione na elementach i grupach zawodowych, które najtrudniej zintegrować. Zasadniczo będą to zawody lekarskie. Jednak przywództwo powinno również inicjować lokalne działania (np. konferencje regionalne, warsztaty, koła ds. jakości, grupy stałych uczestników) w celu wzmocnienia i udokumentowania solidarności wewnątrz i pomiędzy grupami, a także zaangażowania szerszej społeczności.

7. Przywództwo w opiece koordynowanej musi być oparte na danych

Opieka zdrowotna w dużej mierze zależy od danych. Tym samym, aby skutecznie nią przewodzić, niezbędny jest kompleksowy magazyn danych. Wszystkie dane muszą być przejrzyste dostępne dla wszystkich partnerów.

Wnioski te powtarzają założenia zarządzania zmianą w kierunku opieki koordynowanej opisane w poprzednim rozdziale, a tym samym podkreślają znaczenie aktywnego przewodzenia i zarządzania zmianą w kierunku opieki koordynowanej oraz postrzegania tych aspektów jako kluczowych czynników dla powodzenia zrównoważonego rozwoju rozwiązań opieki koordynowanej. Tym samym wymagają one poświęcenia ludzi, czasu i zasobów w celu ich realizacji.

4. PRZYKŁADY KOMPLEKSOWEGO SYSTEMU OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Niniejsza część raportu opisuje szczegółowo, w jaki sposób różne elementy łączą się ze sobą w wybranych i dobrze udokumentowanych przykładach. Przykłady obejmują:

- **Gesundes Kinzigtal**: odległa społeczność wiejska o wysokich średnich zarobkach, udziela nie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, organizacja zarządzania w systemie opartym na ubezpieczeniu.
- **NorthWest London Whole System Integrated Care**: bardzo zróżnicowana społeczność miejska, udzielanie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej, połączenie świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej w systemie NSZ.
- **Canterbury, Nowa Zelandia**: obszar częściowo miejski, udzielanie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanie w ramach podatków (NSZ).

Wszystkie przykłady są oparte na podejściu związanym z ochroną zdrowia populacji, są prowadzone przez segment POZ oraz znacznie wyewoluowały wraz z upływem czasu. Były one oceniane od samego początku, a w literaturze istnieje wystarczająco wiele przykładów, aby ustalić ich wartość.

4.1. GESUNDES KINZIGTAL, NIEMCY

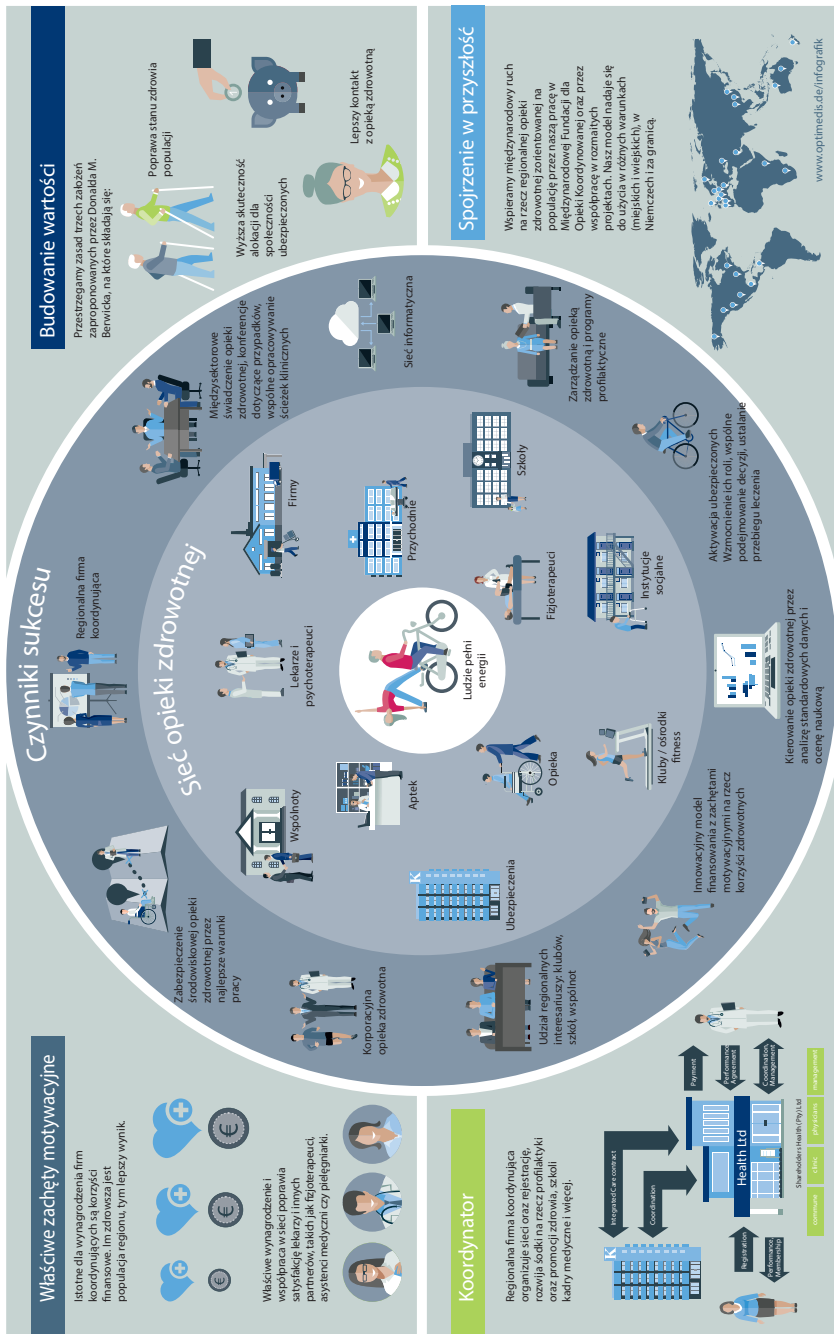
Od 2006 r. model **Gesundes Kinzigtal** (GK) obrazuje, w jaki sposób ukierunkowanie na jednostkę może prowadzić do osiągnięcia znacznych korzyści w ochronie zdrowia populacji, tj. do trzech głównych założeń (Triple Aim): poprawy zdrowia społeczeństwa, poprawy doświadczeń pacjentów w kontakcie ze służbą zdrowia oraz redukcji kosztów per capita. Przy pomocy silnej organizacji koordynującej, złożonego systemu zarządzania danymi, a także więzi opartych na zaufaniu pomiędzy partnerami i społecznościami, model GK doprowadził do wypracowania lepszych rezultatów u wszystkich zaangażowanych partnerów. Jego elementy są obecnie integrowane w innych regionach w Europie, np. w Holandii i Belgii.

4.1.1. GRANICE I STRUKTURA RYNKU

Charakterystyczną cechą niemieckiego systemu opieki zdrowotnej jest jego znaczna federalizacja, tj. „Laender” (stany federalne) są odpowiedzialne za wdrażanie państwowych przepisów zdrowotnych. Zaskłady ubezpieczeń zdrowotnych i kasy chorych to kluczowi interesariusze operacjonalizacji, wdrożenia i opracowania świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym. Dzielą się one na organizacje typu non-profit lub prywatne, a wszystkie konkurują ze sobą wzajemnie na rynku potencjalnych świadczeniobiorców. Niemieccy obywatele mają (zasadniczo) swobodę wyboru publicznego ubezpieczyciela typu non-profit lub prywatnego zakładu, przy czym mają również prawny obowiązek posiadania ubezpieczenia (tj. nie mogą zrezygnować z udziału w programie). Niemiecki system ubezpieczeń zdrowotnych jest miejscem narodzin modelu Bismarcka. Jest to wysoce konkurencyjny, ale również ściśle nadzorowany system. Charakteryzują go także częste reformy państwowego systemu opieki zdrowotnej, co przekłada się na częste zmiany, które jednak nie zaburzają głównych cech publicznie finansowanego systemu opieki zdrowotnej, silnych organizacji interesariuszy i decentralizacji zarządu, odpowiedzialności oraz struktury finansowania.

Struktura populacji i organizacji

Model **Gesundes Kinzigtal** (GK) został zaprojektowany zgodnie z zasadą trzech założeń (Triple Aim) (Berwick i in. 2008) oraz bazuje na promocji kompromisu między wszystkimi interesariuszami na rzecz zdrowia populacji. **Optimedis**, niezależna, prywatna organizacja koordynująca, pełni funkcję regionalnego koordynatora, łączy interesariuszy zaangażowanych w udzielanie świadczeń i systematycznie monitoruje implementację modelu GK. Model GK jest oparty na rozbudowanym systemie zarządzania danymi, a także obejmuje obszar kształcenia ustawicznego stanowiący motor napędowy dalszego rozwoju oferowanych świadczeń i programów.



Pomimo sukcesu pozostaje on niewielką, lokalną inicjatywą obsługującą 33 000 osób z łącznej populacji wynoszącej 71 000 w tym obszarze (kod pocztowy). Ponieważ swoboda wyboru świadczeniodawcy jest podstawową zasadą niemieckiego systemu opieki zdrowotnej, udział w programie jest dobrowolny zarówno ze strony pacjenta, jak i świadczeniodawcy. Dostęp uzyskuje się przez zawarcie umowy z koordynatorem regionalnym (świadczeniodawcą) lub podpisanie formularza zgody z wybranym „przewodnikiem zdrowotnym” (pacjent). Optimedis zawarł kontrakt na współdzielenie oszczędności z AOK (największą kasą chorych w Niemczech oraz w regionie) i inną mniejszą powszechną kasą chorych, a zatem osoby ubezpieczone u innych ubezpieczycieli lub w innej kasie chorych mogą nie mieć dostępu do oferowanych świadczeń. W związku z pozytywnymi rezultatami modelu w zakresie wszystkich trzech założeń, kontrakt z AOK został niedawno przedłużony na czas nieokreślony.

Skala i zakres świadczeń

Obecnie świadczenia nadal obejmują wyłącznie zdrowie, ale w tym zakresie uwzględniają wszystkie możliwości. Zgodnie z powyższym narzędzia dotyczące zarządzania zdrowiem publicznym i zdrowiem populacji stanowią integralną część oferty. Dlatego też ośrodki fitness, kluby zdrowotne i lokalne działania społecznościowe stanowią część sieci i mają zawarte kontrakty z koordynatorem regionalnym.

GK jest modelem zakładającym pełną integrację, co dodatkowo przekłada się na szerszą sieć współpracy na rzecz aktywnego i zdrowego trybu życia na danym obszarze. W tym celu organizacja współpracuje z lokalnymi radami miejskimi i innymi świadczeniodawcami dzielącymi jej założenia. Niektóre partnerstwa są zawarte formalnie, inne są bardziej nieformalne i związane z konkretnymi wydarzeniami.

4.1.2. ZARZĄDZANIE, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I KOORDYNACJA

Zgodnie z powyższym GK funkcjonuje według zasad Berwicka (2008). Rolę regionalnego koordynatora, twórcy i opiekuna modelu sprawuje Optimedis, prywatna firma zarządzająca. Zarządza ona udzielaniem świadczeń dla klientów wraz z siecią lekarzy oraz spółką z ograniczoną odpowiedzialnością Gesundes Kinzigtal. Rada dyrektorów reprezentująca tych trzech partnerów jest odpowiedzialna za strategię, podczas gdy firma GK odpowiada za koordynację. Zarządzanie kadrami ograniczone jest wyłącznie do pracowników zatrudnionych w firmie ponieważ wszyscy świadczeniodawcy są partnerami kontraktowymi.

Świadczeniodawcy w kontraktach zawartych z GK zobowiązują się do przestrzegania zasad GK i stają się częścią systemu złożonej oceny i pomiaru skuteczności. To narzędzie technologiczne powstawało od samego początku projektu, a obecnie osiągnęło etap, na którym każdy świadczeniodawcy otrzymują regularny i szczegółowy raport przy użyciu panelu nawigacyjnego, a ich rezultaty oraz rezultaty ich pacjentów są porównywane z wynikami innych świadczeniodawców należących do modelu oraz ze średnimi regionalnymi i krajowymi. Oceny te stanowią podstawę spotkań oceniających między koordynatorem regionalnym a świadczeniodawcami. Ponadto GK posiada certyfikat ISO.

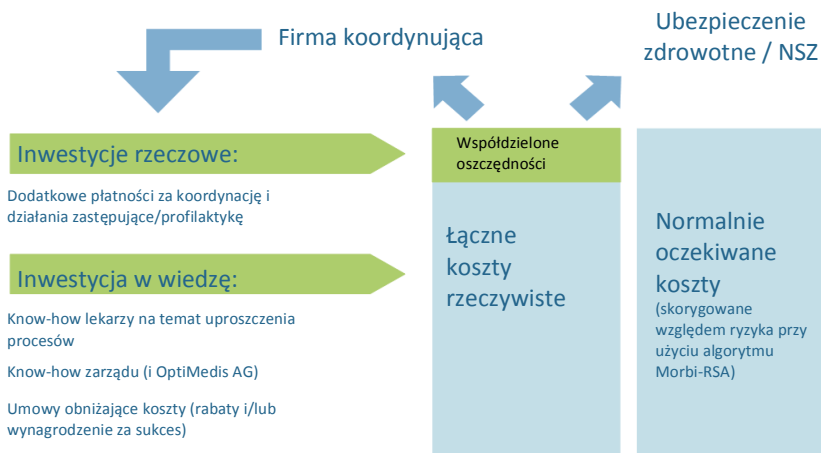
Firma GK jest odpowiedzialna względem swoich partnerów kontraktowych, jak również względem płatników: obecnie jest to regionalna kasa AOK i mniejsza lokalna kasa chorych dla rolników. W ramach współdzielonego konta oszczędności opisanego poniżej GK musi udowodnić osiągnięcie trzech założeń, a konkretnie, że była w stanie oszczędzić pieniądze kasy chorych przy jednoczesnej poprawie jakości i rezultatów.

4.1.3. MODEL FINANSOWANIA

Organizacja koordynująca generuje korzyści ekonomiczne dla nabywców (kas chorych lub, w innym kontekście, NSZ) w ramach „Kontraktów współdzielonych oszczędności zdrowotnych” dla określonej populacji przez inwestycje, profilaktykę i optymalizację opieki zdrowotnej. Nadwyżka jest dzielona przez organizację koordynującą i kasy chorych. W samej GK nadwyżka służy do opłacenia struktury zarządzania, jak również zachęt motywacyjnych dla świadczeniodawców. Jest też reinwestowana w dalszy rozwój systemu (np. systemu pomiaru skuteczności, akademii pacjentów lub zewnętrzne badania).

Rysunek 9
Dzielenie korzyści zdrowotnych:
marża przypadająca partnerom skorygowana o występujący poziom ryzyka

Firma koordynująca (re)inwestuje i czerpie korzyści z sukcesu:



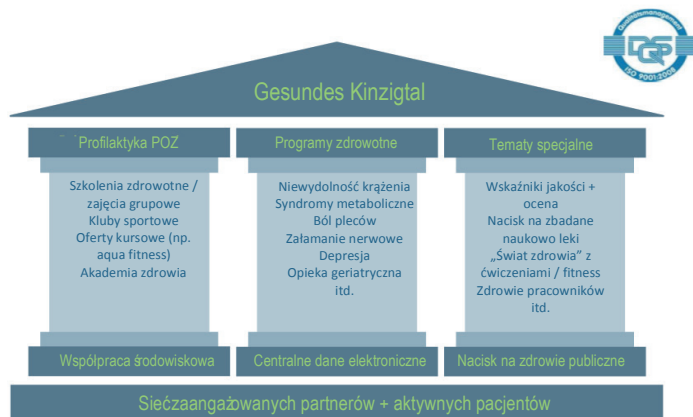
Kontrakt został wynegocjowany przez Optimedis i kasy chorych, a niedawno został przedłużony na czas nieokreślony. Świadczeniodawcy mogą pobrać standardowy kontrakt ze strony internetowej Optimedis.

4.1.4 MODEL ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Firma GK niedawno przeniosła się do nowo wybudowanej siedziby, w której mieści się zarząd operacyjny, Akademia Zdrowia oraz ośrodek edukacyjno-szkoleniowy (w trakcie budowy). Same świadczenia są udzielane w miejscu pracy partnerów, tj. w placówkach, w aptekach i w domach.

Rysunek 10

Filary optymalizacji oraz jakości – programy koordynowanej opieki zdrowotnej w Gesundes Kinzigtal



Regularnie odbywają się konferencje dotyczące przypadków oraz spotkania partnerów, podczas których omawiane są zarówno metody udzielania świadczeń, jak i tematy koordynacji i rozwoju. Świadczeniodawcy i partnerzy muszą w danym roku wziąć udział w określonej liczbie spotkań. Zadania są ustalane przez partnerów i podlegają dyskusji.

Każdy pacjent wybiera „przewodnika zdrowotnego”, który pełni funkcję dobrowolnego weryfikatora uprawnień do świadczeń (tzw. „gatekeeping”; wiążąca weryfikacja uprawnień do świadczeń nie jest legalnie możliwa w Niemczech), a w szczególności koordynatora przypadków i opieki zdrowotnej. Razem opracowują plan opieki zdrowotnej z mierzalnymi założeniami. Dodatkową wartość i korzyści dla pacjentów stanowią rozmaite programy dostępne bezpłatnie w ramach GK, takie jak zajęcia fitness, działania środowiskowe oraz świadczenia Akademii Zdrowia (informacje zdrowotne i edukacja pacjentów). GK organizuje również coroczne festiwale, wydarzenia sportowe i zdrowotne itd. w celu promocji świadczeń i zaangażowania lokalnych społeczności.

Zgodnie z powyższym firma GK wdrożyła złożony i możliwy do zweryfikowania system rozwoju skuteczności i jakości. Ponadto jest on od samego początku oceniany pod kątem badań naukowych. Nie tylko dowiódł on swojej skuteczności w zakresie trzech założeń, ale również w trzech innych wymiarach: jakości życia i satysfakcji zawodowej świadczeniodawców, budowania społeczności i zabezpieczania opieki zdrowotnej w regionie oraz wspierania zdrowej siły roboczej w regionie.

4.1.5. MOCNE I SŁABE STRONY MODELU

Zgodnie z poprzednimi rozdziałami GK zalicza większość kryteriów sukcesu. Jest silnie koordynowana i zarządzana, ma przekonującą narrację, wspólne wartości i zyski, otwarte podejście do opieki zdrowotnej populacji, a także kompleksowy system oceny i cykl nieustannego ulepszania. Opiera się na szerokiej gamie narzędzi i instrumentów, jest otwarta na innowacje oraz silnie inwestuje w wartość dodaną dla społeczności, w której funkcjonuje. Jednakże liczba zarejestrowanych pacjentów wynosi zaledwie jedną trzecią osób kwalifikujących się do programu (tj. wszystkich osób ubezpieczonych w dwóch kasach chorych w tym obszarze), a świadczenia są ograniczone do segmentu zdrowotnego. W ramach sektora zdrowotnego udzielają większości świadczeń, od promocji zdrowia do opieki paliatywnej, a także zapewniają dostęp do świadczeń niedostępnych lokalnie. Innym słabym punktem jest niedostateczne zaangażowanie pacjenta i społeczności: choć oferty przeznaczone dla nich są szeroko zakrojone, nie mają one wpływu na projektowanie lub koordynację świadczeń. Do niedawna niepewność kontraktów z kasami chorych stanowiła kolejny słaby punkt, ponieważ musiały one być przedłużane kilkakrotnie. Od 2016 roku firma GK jest oficjalnym standardem opieki zdrowotnej w regionie.

Optimedis silnie inwestuje w rozproszenie swojego modelu i ciągle poszukuje okazji do zastosowania swojego modelu i wniosków w innym kontekście. Jak dotąd sukces był ograniczony i dotyczył tylko wybranych narzędzi, nie był to w pełni koordynowany model. Jeszcze nie wiadomo, czy ten model sprawdzi się w innym kontekście.

4.1.6. ŹRÓDŁA

Groene O, Hildebrandt H, Ferrer L, Stein KV. People-centred Population Health Management in Germany [Zorientowana na jednostkę ochrona zdrowia populacji w Niemczech]. EuroHealth Special Issue on Health System Strengthening [Wydanie specjalne EuroHealth o wzmocnieniu systemu opieki zdrowotnej] 2016. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/eurohealth/full-list-of-past-issues/priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region>.

Angielska wersja strony internetowej Gesundes Kinzigtal:
<http://www.gesundes-kinzigtal.de/en/>

Strona internetowa organizacji koordynującej:
<http://optimedis.com>

Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenrath W. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract [Opieka koordynowana Gesundes Kinzigtal: poprawa zdrowia populacji przez współdzielenie korzyści zdrowotnych i oszczędności]. International Journal of Integrated Care [Międzynarodowy magazyn opieki koordynowanej]. 2010;10(2). <http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.539/>

Prezentacja autorstwa Helmuta Hildebrandta w cyklu IFIC Webinar:
A Movement for Change (Ruch dla zmiany) (2016).

<http://integratedcarefoundation.org/events/webinar-series-a-movement-for-change>.

4.2. NORTHWESTLONDON WHOLE SYSTEM INTEGRATED CARE

Zgodnie z wcześniejszym opisem, North West London rozpoczął swoją przygodę z opieką koordynowaną w 2006 roku, gdy stał się jednym z 14 pilotażowych ośrodków opieki koordynowanej w ramach NSZ England (narodowego systemu zdrowia Anglii). Następnie szybko wyewoluował w NorthWestLondon Whole System Integrated Care (NWL WSIC), a obecnie stanowi część programu Pioneer. Obsługuje populację 2 milionów mieszkańców w 8 dzielnicach północno-zachodniego Londynu.

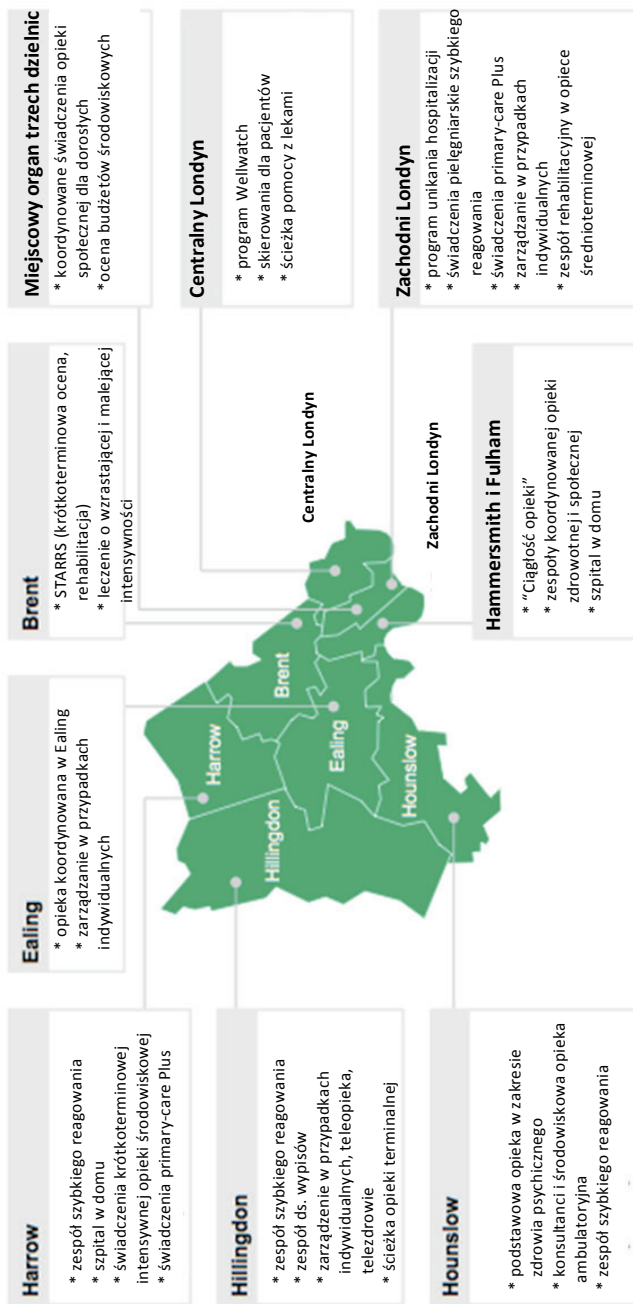
Regularnie odbywają się konferencje dotyczące przypadków oraz spotkania partnerów, podczas których omawiane są zarówno metody udzielania świadczeń, jak i tematy koordynacji i rozwoju. Świadczeniodawcy i partnerzy muszą w danym roku wziąć udział w określonej liczbie spotkań. Zadania są ustalane przez partnerów i podlegają dyskusji.

Każdy pacjent wybiera „przewodnika zdrowotnego”, który pełni funkcję dobrowolnego weryfikatora uprawnień do świadczeń (tzw. „gatekeeping”; wiążąca weryfikacja uprawnień do świadczeń nie jest legalnie możliwa w Niemczech), a w szczególności koordynatora przypadków i opieki zdrowotnej. Razem opracowują plan opieki zdrowotnej z mierzalnymi założeniami. Dodatkową wartość i korzyści dla pacjentów stanowią rozmaite programy dostępne bezpłatnie w ramach GK, takie jak zajęcia fitness, działania środowiskowe oraz świadczenia Akademii Zdrowia (informacje zdrowotne i edukacja pacjentów). GK organizuje również coroczne festiwale, wydarzenia sportowe i zdrowotne itd. w celu promocji świadczeń i zaangażowania lokalnych społeczności.

Zgodnie z powyższym firma GK wdrożyła złożony i możliwy do zweryfikowania system rozwoju skuteczności i jakości. Ponadto jest on od samego początku oceniany pod kątem badań naukowych. Nie tylko dowiódł on swojej skuteczności w zakresie trzech założeń, ale również w trzech innych wymiarach: jakości życia i satysfakcji zawodowej świadczeniodawców, budowania społeczności i zabezpieczania opieki zdrowotnej w regionie oraz wspierania zdrowej siły roboczej w regionie.

Organizacja ta funkcjonuje według 3 kluczowych założeń:

- pacjenci mogą kierować swoją opieką i wsparciem, a potrzebna im opieka będzie świadczona w ich domach lub środowiskowo,
- lekarze pierwszego kontaktu będą kierować organizacją i koordynacją opieki dla pacjentów,
- udzielanie opieki koordynowanej będzie przez system wspierane, a nie hamowane.



Program dla wszystkich dzielnic

- * programy pilotażowe wewnętrznej i zewnętrznej opieki koordynowanej
- * 111 – natychmiastowa porada kliniczna lub skierowanie
- * program koordynowanej opieki w zakresie zdrowia psychicznego

Źródło: North West London Out Of Hospital Strategies, Shaping a Healthier Future [Strategie pozaszpitalne, kształtowanie zdrowszej przyszłości]

4.2.1. GRANICE I STRUKTURA RYNKU

NorthWest London powstał w ramach różnych zasad i inicjatyw na szczeblu krajowym w celu promocji opieki koordynowanej. Program obejmuje przemiany zainicjowane na szczeblu krajowym przez fundusze POZ (PCT – Primary Care Trust) za pośrednictwem zespołów ds. zapewnienia dostępności świadczeń (CCG – Clinical Commissioning Group), jak również na skutek połączenia lokalnych świadczeniodawców opieki zdrowotnej i społecznej w lokalne rady ds. zdrowia i dobrostanu. Podobnie jak w modelu *Gesundes Kind* – zigital nie wszystkie sieci POZ funkcjonujące w 8 dzielnicach stanowią część NWL WSIC, ale ich założeniem jest udzielanie świadczeń bez ograniczeń.

Choć działalność NWL obejmowała z początku tylko osoby chore na cukrzycę oraz osoby starsze (które to programy nadal funkcjonują), od tamtej pory rozwinęła się w pełni koordynowany system oferujący szeroki zakres świadczeń, w tym świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i publicznego, od opieki podstawowej po wysoce specjalistyczną. Co istotne, obsługuje również wszystkie świadczenia opieki społecznej z oferty angielskiego systemu. Wszystkie programy opracowano w oparciu o stratyfikację ryzyka populacji, celując w konkretne grupy i ich indywidualne potrzeby. Populacje różnią się znacząco między dzielnicami, reprezentując wszystkie warstwy socjoekonomiczne i wszystkie grupy wiekowe. Oferta świadczeń różni się również w zależności od lokalnych potrzeb w każdej z dzielnic.

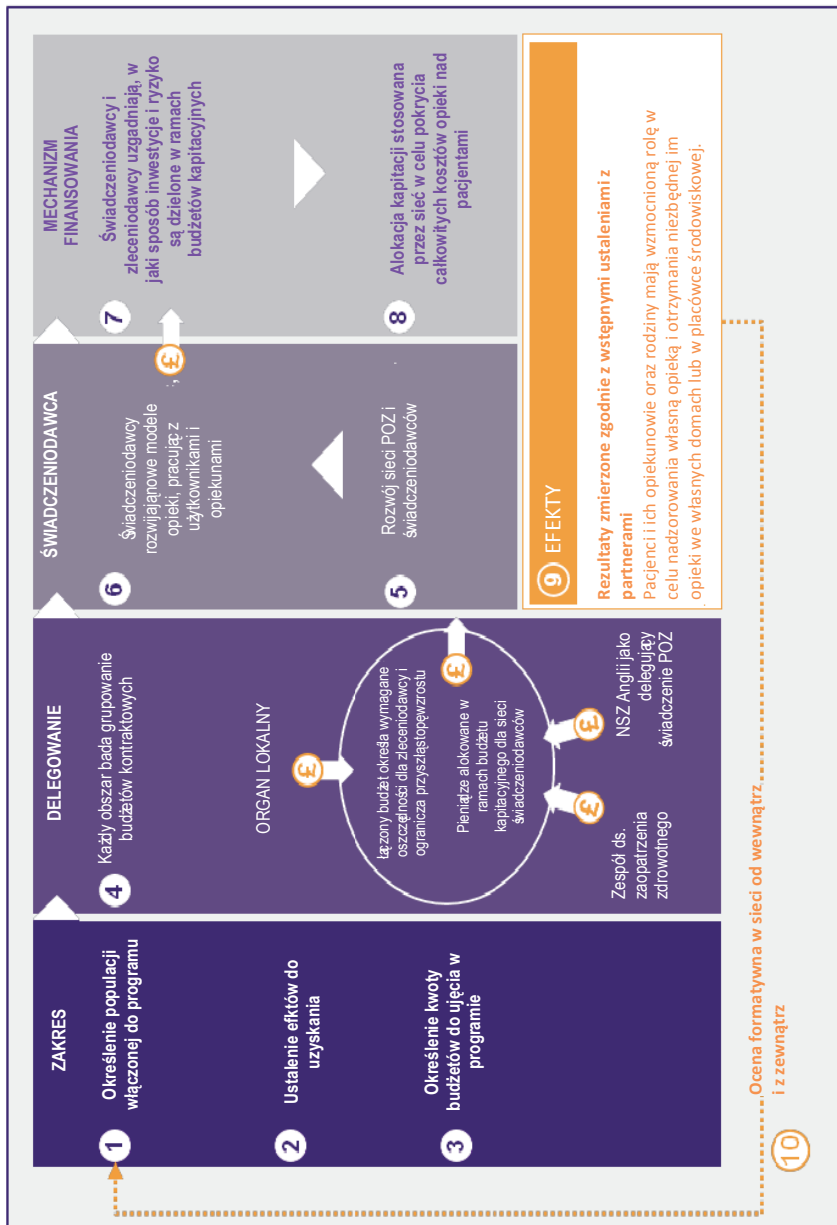
Rada ds. koordynacji opieki poradziła sobie z tym problemem przez stworzenie wspólnego rejestru pacjentów obejmującego całą populację i wykorzystanie powiązanych danych z wszystkich typów opieki zdrowotnej w celu analizy podgrup o najwyższym poziomie ryzyka i kosztów dla systemu. W związku z tym na początku nacisk był położony na pacjentów starszych i chorych na cukrzycę, dla których opracowano specjalne ścieżki opieki. Następnie system objął ścieżki dla pacjentów z POCiP i chorobami układu krążenia. Obecnie NWL WSIC skupia się na podziale pacjentów względem ryzyka, umożliwiając tym samym planowanie opieki proaktywnej. Założeniem jest zapewnienie planu opieki dla każdego pacjenta na danym obszarze, co w najprostszej postaci obejmuje wsparcie w formie zaproszeń na wydarzenia edukacyjne lub związane ze zdrowym stylem życia, a w najbardziej skomplikowanej – opiekę nad starszą, schorowaną osobą żyjącą samotnie z wieloma jednostkami chorobowymi i o złożonych potrzebach.

Konkurencja jest istotna, ponieważ każdy pacjent może wybrać swojego lekarza POZ. Pełnią oni funkcję weryfikatorów uprawnień do świadczeń w całym systemie, nie tylko w NWL WSIC. Choć w NSZ England wprowadzono elementy konkurencyjne, nie dotyczą one wyłącznie programu Pioneer, a w obrębie północno-zachodniego Londynu jest oczywiście tylko jeden świadczeniodawca opieki koordynowanej.

4.2.2. ZARZĄDZANIE, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I KOORDYNACJA

NorthWest London Whole System Integrated Care jest koordynowany przez radę koordynującą prowadzoną przez świadczeniodawców, której istotną częścią jest Lay Advisory Group (Niemedyczna Grupa Doradczą). Jej struktura rozwinęła się w konsekwencji lekcji wyniesionych z programu pilotażowego opieki koordynowanej (patrz rysunki powyżej i poniżej).

NWL WSIC jest odpowiedzialny przed NSZ England za rezultaty, a wewnątrz systemu lekarze POZ i sieci świadczeniodawców (PHN) są odpowiedzialni przed radą koordynującą, a także przed swoimi pacjentami. Kompleksowe ramy rozwoju skuteczności monitorują i oceniają rezultaty na podstawie wspólnych rejestrów i danych pobieranych ze wszystkich poziomów opieki. Stanowią one podstawę dla udzielania kontraktów i dystrybucji zachęt motywacyjnych. NWL rozwinął własne środki i wskaźniki służące do monitorowania sukcesu. Zachęty motywacyjne są dopasowywane w ramach konferencji dotyczących przypadków, rozszerzonych planów opieki oraz finansowania innowacji. NWL WSIC również śledzi i ocenia skuteczność lekarzy POZ, operacji i zespołów wielodyscyplinarnych, aby napędzać konkurencję i dzielić się najlepszymi praktykami. W związku z tym każdy zespół wielodyscyplinarny jest oceniany na podstawie odczuć pacjentów, rezultatów klinicznych, skuteczności finansowej i efektywności zespołowej. Dla każdej grupy opracowano protokoły kliniczne i pakiety opieki (w tym wymagania dla działań i zasobów), ujednoliciając tym samym najlepsze praktyki.



Źródło: Program pilotażowy NorthWest London Integrated Care.

Kluczowym czynnikiem sukcesu w ciągu rozwoju WSIC był aktywny udział pacjentów i lokalnej społeczności. Od samego początku 150 organizacji trzeciego sektora, organizacji pozarządowych i organizacji obywatelskich uczestniczyło w projektowaniu, wdrażaniu i ocenie inicjatywy opieki koordynowanej. Doprowadziło to do powstania Lay Partners Advisory Group, biorącej udział w każdym spotkaniu, pełniącej funkcję doradczą i monitorującą wdrażanie, jak również aktywnie biorącej udział w dalszym rozwoju systemu.

4.2.3. MODEL FINANSOWANIA

Zgodnie z powyższym rysunkiem NWL WSIC korzysta z wspólnego budżetu dla opieki zdrowotnej i społecznej, aby udzielać świadczeń niezbędnych na danym obszarze. Świadczeniodawcy są opłacani przy użyciu połączenia metody kapitacyjnej i fee-for-service (opłata za świadczenie). W poprzednim roku ogólny budżet został znacząco obniżony, ponieważ rząd zobowiązał NSZ i opiekę społeczną do obciążenia kosztów przed rokiem 2020. Oznacza to, że również NWL WSIC ma mniej pieniędzy na świadczenia. Brakowało kapitału założkowego na program pilotażowy opieki koordynowanej, ale w ramach programu Pioneer NSZ England zobowiązała się do zapłaty dodatkowej kwoty w 2018 roku, jeżeli program Pioneer doprowadzi do oszczędności kosztów i poprawy jakości.

Należy tutaj wspomnieć, że pomimo istnienia wspólnego budżetu dla opieki zdrowotnej i społecznej, systemy płatności oraz ceny nadal znacząco się różnią między oboma podsystemami.

4.2.4. MODEL ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Sercem organizacji są zespoły wielodyscyplinarne (MDT) współpracujące w celu opieki nad pacjentami. Obejmują one lekarza POZ, pielęgniarkę, pracownika socjalnego, lekarza z zakresu przypadków nagłych, zespół ds. zdrowia psychicznego, pielęgniarkę rejonową oraz koordynatora zespołu. W zależności od przypadku możliwa jest również konsultacja lub świadczenia udzielane przez specjalistów. Plany opieki opracowywane są podczas spotkań osobistych lekarzy z pacjentami, dzięki czemu pogłębiają się relacje lekarzy z pacjentami oraz powiększa się zaangażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji. Planami opieki zajmują się zespoły wielodyscyplinarne przy użyciu podejścia koordynowanego. Pacjent ma dostęp do jednej osoby kontaktowej przy realizacji swojego planu opieki.

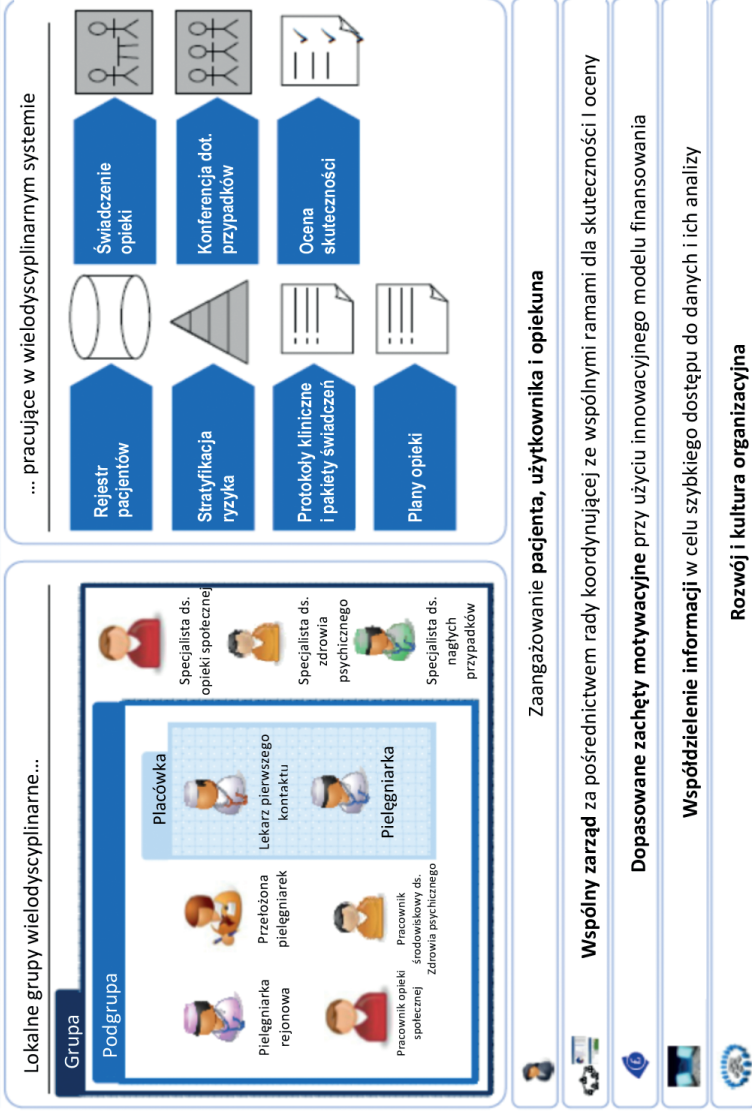
Wspólna platforma umożliwia dzielenie informacji w obrębie wielu organizacji. Jest to narzędzie informacyjne służące do łączenia i dzielenia informacji świadczeniodawców, dzięki czemu pracownicy opieki zdrowotnej i społecznej mogą przeglądać najważniejsze, zintegrowane zbiory danych pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udostępnianie swoich danych osobowych. Najbardziej złożone przypadki są omawiane na konferencjach dotyczących przypadków podczas sesji zespołu wielodyscyplinarnego.

Na konferencjach przeprowadza się analizę przyczyn wyjściowych możliwych do uniknięcia hospitalizacji w wypadkach innych niż nagłe w celu wspólnej nauki oraz omawia się rozwiązania dla uniknięcia podobnych przypadków w przyszłości.

4.2.5. SILNE I SŁABE STRONY MODELU

Model NorthWest London WSIC znacząco rozwinął się na wszystkich poziomach koordynacji dzięki silnemu procesowi zarządzania zmianą uwzględniającemu wszystkich właściwych interesariuszy na regularnych spotkaniach dotyczących planowania i projektowania. Jak już wspomniano, kluczowym kamieniem milowym było utworzenie i instytucjonalizacja Lay Partners Advisory Group. Wiele wyniesionych doświadczeń i lekcji udokumentowano także w dostępnym w internecie zestawie narzędziowym WSIC, który podlega nieustannej ewolucji, ponieważ proces integracji nie został jeszcze zakończony. Bardzo otwarte i oddolne podejście do opracowania świadczeń pomogło też w zdobyciu wsparcia lekarzy i sieci POZ przy współpracy pierwszych partnerów jako mediatorów pomagających w dotarciu do większej liczby specjalistów.

Poprawa jakości opieki nad pacjentami z cukrzycą i pacjentami starszymi



Źródło: Program pilotażowy NorthWest London Integrated Care.

Obecnie rada koordynująca planuje przebudować różne ścieżki opieki dla konkretnych chorób w bar-dziej holistyczny pakiet świadczeń, upewniając się, że pasują do pozostałych opracowanych programów i modułów. Niedawno została otwarta pierwsza przychodnia opieki koordynowanej w szpitalu St. Charles, dzięki czemu inicjatywa opieki koordynowanej zyskała również fizyczną formę. Zgodnie z planami będzie to centrala dla koordynowanej opieki POZ oferująca informacje, konsultacje, sortowanie pacjentów (triage) oraz świadczenia transferowe. NorthWest London obejmuje również trzy światowej sławy szpitale, z czego jeden to Imperial College. Aktywnie budowana jest pośrednia opieka oraz świadczenia konsultacji specja-listycznej w ramach POZ w celu osiągnięcia rezultatów w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów.

Jednakże zgodnie z ich wewnętrznymi informacjami, nie udało się osiągnąć wielu ustalonych założeń, szczególnie dotyczących oszczędności i liczby hospitalizacji. Ponadto rezultaty zdrowotne zasadniczo nie poprawiły się, co przekłada się na mieszany obraz ich programów leczenia chorób i planów opieki. Nie-które z tych kwestii sprowadzają się do zbyt ambitnych założeń, zmian przepisów i złożoności świadczeń. Organizacja przyznaje, że zrobili zbyt wiele zbyt szybko. Plan na następne lata obejmuje zatem konsolida-cję zespołów wielodyscyplinarnych, poprawę koordynacji między opieką zdrowotną i społeczną, a także próbę przeniesienia większej ilości świadczeń do domu pacjenta.

4.2.6. ŹRÓDŁA

Strona internetowa North West London WSIC:

<http://integration.healthiorthwestlondon.nhs.uk/about-us/our-journey>

Curry i in. Integrated care pilot in north-west London: a mixed methods evaluation (Program pilotażowy opieki koordynowanej w północno-zachodnim Londynie: ocena mieszanych metod). Int J Integr Care 2013; Jul-Sep (lipiec-wrzesień).

5. UWAGI KOŃCOWE

Zgodnie z wcześniejszymi uwagami przedstawionymi w raporcie projektowanie i wdrażanie opieki ko-ordynowanej wymaga znacznych inwestycji zasobów ludzkich, wiedzy i czasu, aby model ten odniósł sukces. Musi również istnieć bieżący, palący problem – brak pieniędzy, nowe ustawodawstwo czy kiepskie wyniki zdrowotne. W większości z przedstawionych przykładów było to połączenie tych oraz innych czyn-ników. Liczne przykłady z całego świata również podkreślają, że opieka koordynowana jest strategią dla ciągłego rozwoju, z perspektywą długoterminową, która nigdy się nie kończy. Aby uzyskać wsparcie i chęć uczestnictwa ludzi, specjalistów i decydentów, koordynator musi określić wspólne korzyści i zbudować koalicję na rzecz zmiany. Od samego początku konieczne są też jasne i mierzalne założenia oraz ramy dla oceny, a także w odniesieniu do nich – ustanowienie zewnętrznej (naukowej) oceny i publikacja re-zultatów. Ponadto edukacja i szkolenie kadr, pacjentów i społeczności wspiera równie niezbędne zmiany kulturalne, jak również budowanie umiejętności w celu świadczenia i aktywnego uczestnictwa w tych no-wych podejściach do opieki. Kliniczne i administracyjne przywództwo, silne struktury koordynujące oraz dopasowane zachęty motywacyjne są konieczne, aby zapewnić zrównoważony rozwój transformacji oraz odporność na zewnętrzne zmiany, takie jak zmiany przepisów czy cięcia budżetowe. Ostatecznie opieka koordynowana polega na budowaniu zaufania i zauważeniu, że obecny sposób udzielania świadczeń ma negatywny wpływ na wszystkie zaangażowane strony. Skupienie się na holistycznych potrzebach popu-lacji musi być nadrzędną zasadą dla wszystkich poziomów systemu, gdzie pomocnicze struktury regula-cyjne, prawne i finansowe wspomagają lokalną innowację zgodnie z potrzebami lokalnych mieszkańców i społeczności oraz przy ich współpracy.