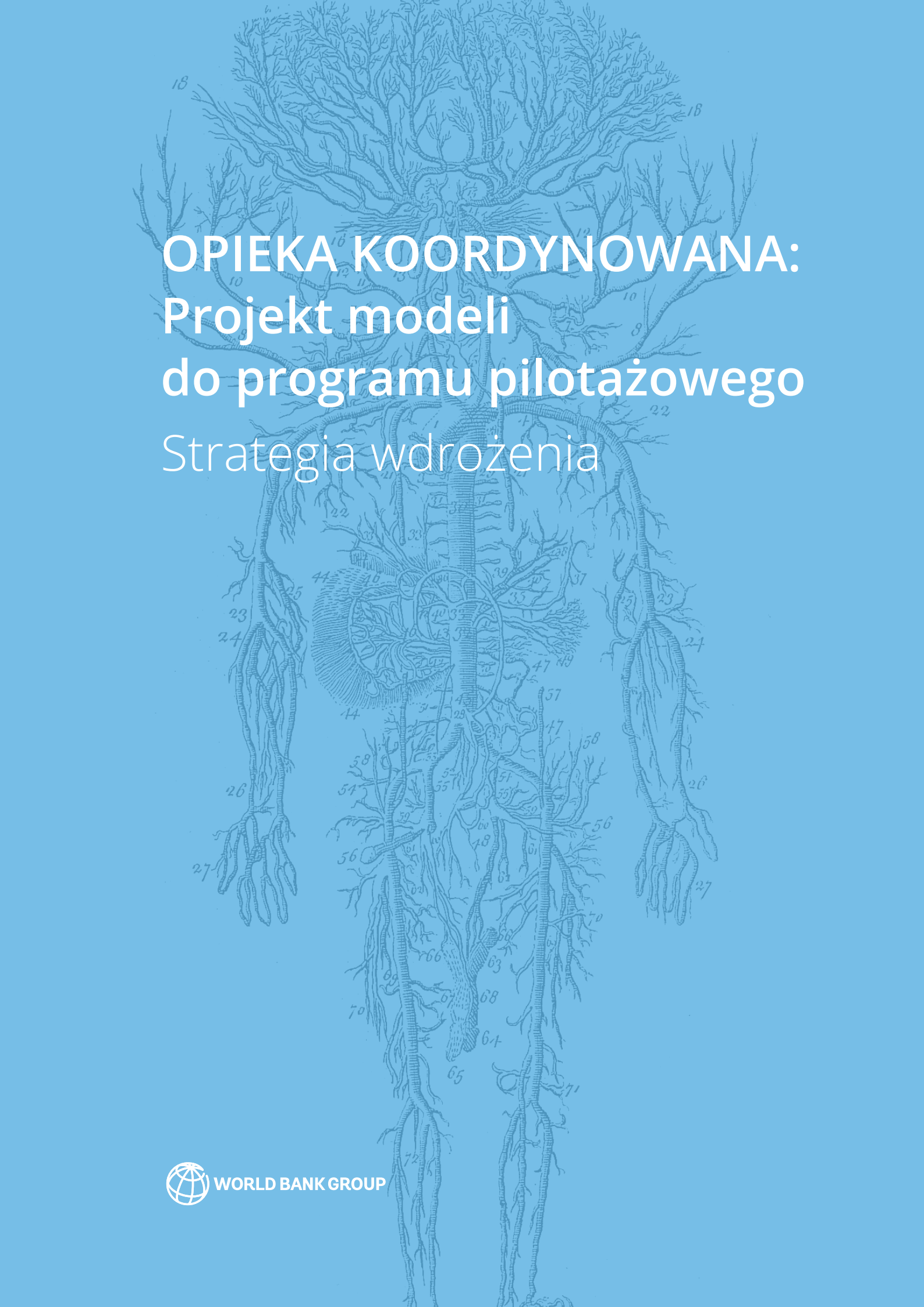




OPIEKA KOORDYNOWANA: Projekt modeli do programu pilotażowego Strategia wdrożenia



WORLD BANK GROUP

© 2017 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org
Some rights reserved

1 2 3 4 15 14 13 12

This work is the product of the staff of the World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent. The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgement on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Nothing herein shall constitute or be considered to be a limitation upon or waiver of the privileges and immunities of The World Bank, all of which are specifically reserved.

Rights and Permissions

This work is available under the Creative Commons Attribution 3.0 IGO license (CC BY 3.0 IGO) <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>. Under the Creative Commons Attribution license, you are free to copy, distribute, transmit, and adapt this work, including for commercial purposes, under the following conditions:

Translations – If you create a translation of this work, please add the following disclaimer along with the attribution:

This translation is an adaptation of an original work by The World Bank and should not be considered an official World Bank translation. The World Bank shall not be liable for any content or error in this translation.

Adaptation – If you create an adaptation of this work, please add the following disclaimer along with the attribution: This is an adaptation of an original work by TheWorld Bank. Views and opinions expressed in the adaptation are the sole responsibility of the authors of the adaptation and are not endorsed by TheWorld Bank.

Ryciny wykorzystane w publikacji na licencji Creative Commons z zasobów Internet Archive Book Images.

Spis treści

Spis rysunków	4
Spis tabel	7
Spis schematów	8
Spis załączników	8
Streszczenie	11
Opieka koordynowana dla Polski – kontekst systemowy	13
Międzynarodowa definicja opieki koordynowanej	13
Zarys opieki koordynowanej dla Polski	14
Fazy projektowe: wprowadzenie	15
Cele	16
Podstawowe informacje: uzasadnienie dla opieki koordynowanej w Polsce	20
Struktura polskiego systemu ochrony zdrowia	22
Aktualne problemy systemu ochrony zdrowia	29
Opieka długoterminowa w Polsce: punkt wyjścia dla modelu 3	43
Opieka koordynowana po hospitalizacji dla osób w wieku 65+	43
Model opieki koordynowanej dla Polski	63
Doświadczenia i wnioski – wdrażanie opieki koordynowanej w różnych kontekstach	64
Rozwiązania instytucjonalne i wdrożeniowe	78
Bibliografia	98

Spis rysunków

Rys. 1:	Wydatki na zdrowie według rodzaju finansowania (2013) OECD34	23
Rys. 2:	Publiczne i prywatne wydatki na zdrowie jako odsetek PKB	24
Rys. 3:	Liczba lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (2014)	29
Rys. 4:	Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (2014)	29
Rys. 5:	Przewidywana zmiana liczby lekarzy specjalistów i lekarzy dentystów specjalistów w latach 2015–2035	30
Rys. 6:	Czas oczekiwania na konsultację ambulatoryjną u lekarza specjalisty (w miesiącach)	31
Rys. 7:	Czas oczekiwania na operację usunięcia zączy (liczba dni) (2014)	32
Rys. 8:	Czas oczekiwania na operację wymiany stawu biodrowego (liczba dni) (2014)	32
Rys. 9:	Czas oczekiwania na operację wymiany stawu kolanowego (liczba dni) (2014)	33
Rys. 10:	Operacja usunięcia zączy – czas oczekiwania między specjalistyczną konsultacją a leczeniem, rok 2007 do 2014 (lub 2013)	34
Rys. 11:	Operacja wymiany stawu biodrowego – czas oczekiwania między specjalistyczną konsultacją a leczeniem, rok 2007 do 2014 (lub 2013)	34
Rys. 12:	Operacja wymiany stawu kolanowego – czas oczekiwania między specjalistyczną konsultacją a leczeniem, rok 2007 do 2014 (lub 2013)	35
Rys. 13:	Liczba oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania (2013–2015)	35
Rys. 14:	Liczba stabilnych przypadków dla specjalisty endokrynologa w poszczególnych województwach	36
Rys. 15:	Czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia – Czy uważa Pan/i, że: jest to zagrożenie bardzo istotne; dość istotne; niezbyt istotne; nie ma takiego zagrożenia?	37
Rys. 16:	Poziom zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej w Polsce	38
Rys. 17:	Opinia na temat systemu opieki zdrowotnej	38
Rys. 18:	Główne choroby zakaźne jako przyczyna zgonu w Polsce na tle średniej UE	40

Rys. 19:	Osoby z długotrwałą chorobą lub problemem zdrowotnym (według zgłaszających-respondentów, %) w 2014 r.	40
Rys. 20:	Odsetek respondentów zgłaszających choroby przewlekłe (według samych pacjentów)	41
Rys. 21:	Odsetek osób przebadanych w 2014 roku	42
Rys. 22:	Liczba badań cytologicznych i odsetek przebadanych osób w latach 2007–2013	43
Rys. 24:	Zgony w grupie osób w wieku lat 60 i starszych, według wybranych przyczyn (w %)	45
Rys. 25:	Samoocena stanu zdrowia osób w wieku lat 60 i starszych (w %)	46
Rys. 26:	Czynności dnia codziennego sprawiające najwięcej trudności (%)	47
Rys. 27:	Trudności z wykonywaniem domowych obowiązków (%)	48
Rys. 28:	Współczynnik lat przeżytych w zdrowiu dla osób w wieku 25, 50 i 65 lat, według płci, dla mieszkańców obszarów miejskich i wiejskich w Polsce, lata 2011–2013	49
Rys. 29:	Najczęściej stawiane rozpoznania w populacji 65+ w 2015 roku	50
Rys. 30:	Najczęściej stawiane rozpoznania wśród populacji 65+ w 2015 r.	51
Rys. 31:	Liczba pacjentów z grupy wiekowej 65+ w 2015 r., według rodzaju placówki	52
Rys. 32:	Pacjenci z grupy wiekowej 65+ jako odsetek pacjentów ogółem w 2015 r.	53
Rys. 33:	„Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy opiekował(a) się Pan(i) inną osobą (nie uwzględniając małych dzieci)?”	55
Rys. 34:	Odsetek osób utożsamiających się z następującym stwierdzeniem: „Kiedy rodzice są w potrzebie, córki biorą na siebie większą odpowiedzialność niż synowie”	55
Rys. 35:	Kontrakty na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej (% budżetu NFZ)	56
Rys. 36:	Wydatki na opiekę zdrowotną w zakresie świadczeń pielęgnacyjnej opieki długoterminowej (% PKB) w 2012 r.	56
Rys. 37:	Wydatki na świadczenia socjalne związane z opieką długoterminową (% PKB), 2012 r.	57
Rys. 38:	Wydatki na opiekę długoterminową jako odsetek PKB, 2012 r.	57
Rys. 39:	Średni koszt pacjenta z perspektywy NFZ (2015)	58
Rys. 40:	Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem cukrzycy typu 2 w ramach AOS w 2015 r.	58

Rys. 41:	Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem nadciśnienia tętniczego (I10–I13) w ramach AOS w 2015 roku	58
Rys. 42:	Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25) w ramach AOS w 2015 r.	59
Rys. 43:	Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem miażdżycy tętnic (I70) w ramach AOS w 2015 r.	59
Rys. 44:	Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem osteoporozy (M15–M21) w ramach AOS w 2015 r.	59
Rys. 45:	Ludność Polski według stanu na grudzień 2015 r.	60
Rys. 46:	Prognozowany poziom współczynnika obciążenia demograficznego, UE28, lata 2015–80	60
Rys. 47:	Liczba łóżek w placówkach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 1000 osób w wieku 65+ w 2014 r.	62
Rys. 48:	Wydatki na długoterminową opiekę pielęgnacyjną w ochronie zdrowia jako odsetek PKB w 2012 r.	62
Rys. 49:	Liczba łóżek w placówkach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 1000 osób w wieku 65+ w krajach OECD	63

Spis tabel

Tabela 1:	Strategiczne podejście do zmiany systemu realizacji świadczeń w ochronie zdrowia w Polsce	19
Tabela 2:	Przewlekłe choroby lub dolegliwości przypadające statystycznie na jedną osobę	39
Tabela 3:	Sześć najczęściej występujących dolegliwości zdrowotnych/chorób przewlekłych (zgłaszane przez samych pacjentów) (EHIS, 2014)	41
Tabela 4:	Najczęściej zgłaszane schorzenia w grupie osób w wieku 65+	46
Tabela 5:	Zasoby ludzkie w opiece długoterminowej w Polsce	63
Tabela 6:	Etapy realizacji	64
Tabela 7:	Organizacja opieki nad pacjentem z POChP w Danii	71
Tabela 8:	Międzynarodowe przykłady kryteriów selekcji	72
Tabela 9:	Wady i zalety poszczególnych mechanizmów opłacania świadczeniodawców	73
Tabela 10:	Międzynarodowe przykłady ankiet satysfakcji	77
Tabela 11:	Obszary ewaluacji systemu opieki koordynowanej	85
Tabela 12:	Wskaźniki rezultatu w Modelu 1	86
Tabela 13:	Wskaźniki produktu w pilotażowym Modelu 1	86
Tabela 14:	Wskaźniki dotyczące jakości opieki	87
Tabela 15:	Wskaźniki dotyczące koordynacji	89
Tabela 16:	Moduły SIM mające znaczenie dla projektu pilotażowego	92
Tabela 17:	Wymogi sprawozdawcze	93

Spis schematów

Schemat 1: Model 1. Piramida obciążenia chorobami	15
Schemat 2: Modele i etapy	20
Schemat 3: Połączone elementy składowe procesu wdrożeniowego	21
Schemat 4: Wskaźniki uczestnictwa w programach profilaktycznych w Polsce	43
Schemat 5: Świadczenia realizowane na poziomie AOS na rzecz populacji osób w grupie wiekowej 65–69 lat w związku z nadciśnieniem tętniczym I10–I13 jako współczynnik na 10 000 ubezpieczonych (2015) – szczebel powiatu	54
Schemat 6: Wskaźnik deprywacji w 2013 roku – powiaty	61
Schemat 7: Katalizatory zmian	64
Schemat 8: Przygotowanie świadczeniodawców do realizacji usług	81
Schemat 9: Ramy monitorowania i ewaluacji	83

Spis załączników

Załącznik 1. Międzynarodowe przykłady opieki koordynowanej
Załącznik 2. Analiza ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w Polsce

Akronimy i skróty

ACES – <i>Ambulatory Care Experiences Survey</i> (ankieta satysfakcji ze świadczeń opieki ambulatoryjnej)
AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna
ASDK – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne
BWP – Biuro Wdrażania Projektu
CAHPS – <i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i> (ocena świadczeniodawców i systemów ochrony zdrowia)
CHUK – Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia
DEKL – wiadomość XML dotycząca deklaracji do POZ i AOS
DGN – diagnostyka
DM – <i>Disease Management</i> (zarządzanie chorobą, czyli postępowanie w istniejącym stanie chorobowym)
EBI – Europejski Bank Inwestycyjny
EBM – <i>Evidence Based Medicine</i> (medycyna oparta na dowodach [naukowych]),
EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna
EQUIP – Europejskie Stowarzyszenie ds. Poprawy Jakości w Medycynie Rodzinnej
FFS – <i>Fee for Service</i> (opłata za usługę)
FPZ – Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
GUS – Główny Urząd Statystyczny
ICT – technologie informacyjno-komunikacyjne
IPOM – indywidualny plan opieki medycznej
ISO – Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna
IT – technologie informacyjne
JST – jednostka samorządu terytorialnego
KPS – Krajowy Program Szkolenia
LR – lekarz rodzinny
M&E – monitorowanie i ewaluacja
MZ – Ministerstwo Zdrowia
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli
NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NOCH – Nocna i Świąteczna Opieka Chorych
NSZ – Narodowy System Zdrowia
OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
OSOZ – ogólnopolski system ochrony zdrowia
OK – opieka koordynowana
OZW – ostry zespół wieńcowy
PACIC – <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i> (ocena opieki nad pacjentem z przewlekłą chorobą)
PKB – produkt krajowy brutto
PLN – złoty polski
POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc
POP – podręcznik operacyjny projektu
POZ – podstawowa opieka zdrowotna
PR – pakiet rozszerzony
PZD – platforma zarządzania danymi
RPO – Rzecznik Praw Obywatelskich
SIM – System Informacji Medycznej
SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
SIWZ – specyfikacja istotnych warunków zamówienia
SOR – szpitalny oddział ratunkowy
SPDT – schematy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego
SWIAD – komunikat XML dotyczący świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy)
UZ – ubezpieczenie zdrowotne
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
WONCA – Światowa Organizacja Kolegów i Stowarzyszeń Lekarzy Rodzinnych
ZBPOZ – komunikat XML dla świadczeniodawców dotyczący sprawozdawczości zbiorczej POZ
ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta

Streszczenie

W licznych międzynarodowych badaniach Polska często notuje słabe wyniki pod względem satysfakcji pacjenta i dostosowania opieki zdrowotnej do potrzeb świadczeniobiorców. Przyczyn dalekiej pozycji Polski w rankingach należy zapewne upatrywać w czynnikach takich jak rozdrobnienie świadczeń, długie listy oczekujących i tylko częściowe wdrożenie kompleksowych programów prewencyjnych. Są to kwestie coraz bardziej palące: według prognoz, do 2060 roku liczba seniorów w Polsce wzrośnie z obecnych 5,5 miliona do 11 milionów. Starzenie się społeczeństwa oraz towarzyszący mu wzrost liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi to niezwykle silne trendy w systemie opieki zdrowotnej. Dla Polski przyjęcie systemu opieki koordynowanej jest obecnie pilniejsze niż kiedykolwiek wcześniej.

W 2013 r. Ministerstwo Zdrowia (MZ), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Bank Światowy (BŚ) zainicjowały dyskusję na temat systemu opieki koordynowanej.

Przewidywana integracja świadczeń koncentruje się na dwóch kluczowych obszarach, którymi są:

- reforma umów podpisywanych przez NFZ ze świadczeniodawcami (kontraktowanie), zmierzająca w kierunku integracji i koordynacji świadczeń; oraz
- reforma rozwiązań i struktur organizacyjnych pod kątem wprowadzenia opieki koordynowanej (OK).

Plan integracji podzielono na trzy odrębne etapy, a każdy z nich obejmuje jeden model opieki koordynowanej. W pierwszym etapie opracowano model podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), tzw. Model 1.

Nowy model POZ w Polsce jest postrzegany jako strategia zogniskowana na osobie pacjenta i zmieniająca system realizacji świadczeń, opierający się w głównej mierze na opiece stacjonarnej, w model o większej elastyczności, wykorzystujący instrumenty profilaktyki, w odpowiedzi na rosnący popyt i współczesne wyzwania w sektorze zdrowia. Zmiana systemu opieki zdrowotnej wymaga długofalowego, strategicznego podejścia. Efektami nowego modelu mają być integracja opieki, organizacyjna integracja świadczeń dostosowanych do potrzeb pacjenta oraz integracja ścieżek klinicznych, a także wzrost satysfakcji pacjenta.

Na Model 1 składają się standardowe świadczenia realizowane przez personel POZ (lekarzy i pielęgniarki), lecz w zmienionym zakresie, uwzględniającym

takie usługi jak profilaktyka i edukacja, dodatkowe świadczenia dla pacjentów cierpiących na schorzenia przewlekłe, badania diagnostyczne i rehabilitacja. Dzięki nowym usługom zespoły medyczne, wspierane przez nowoczesne systemy informatyczne, będą mogły sterować przepływem informacji o pacjencie w czasie rzeczywistym. Nowy system to także szereg nowości w obszarze monitorowania i oceny, wdrażanych i usprawnianych w oparciu o systemy wspierania potencjału i kompetencji świadczeniodawców i interesariuszy w ochronie zdrowia.

W napisanym w formie podręcznika raporcie przedstawiono najważniejsze atrybuty trzech modeli opieki koordynowanej, wraz ze strategią wdrożenia dla Polski, międzynarodowe przykłady opieki koordynowanej, koszty wybranych usług ambulatoryjnych, raporty na temat konsumpcji świadczeń, a także kosztorysy i materiały dodatkowe. Prezentowany projekt raportu ma być dla decydentów podstawą do opracowania nowych modeli opieki koordynowanej.

Raport składa się z dwóch głównych części:

-
- **Część pierwsza:** wprowadzenie zawierające podstawowe informacje i wybrane przykłady z innych krajów (więcej przykładów zamieszczono w Załączniku 1).
-
- **Część druga:** opis trzech modeli opieki koordynowanej, ze szczególnym uwzględnieniem ich zakresu, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji.
-

Opieka koordynowana dla Polski – kontekst systemowy

Międzynarodowa definicja opieki koordynowanej

Zgodnie z definicją Europejskiego Biura ds. Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej, będącego częścią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka koordynowana to „koncepta świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania”. Koordynowana opieka zdrowotna prowadzi do poprawy dostępności, jakości oraz efektywności opieki, a także poziomu satysfakcji pacjenta. Z praktycznej perspektywy, koordynowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich, roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak szpitale, policja, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne związane ze zdrowiem.

Opieka koordynowana nie jest rezultatem, lecz istotnym czynnikiem wpływającym na poprawę jakości opieki. Istnieją obszerne badania przedstawiające różne elementy i definicje opieki koordynowanej i odsłaniające różne perspektywy, mające wpływ na projektowanie i kształt procesu (1).

Kluczową cechą opieki koordynowanej jest jej różnorodność, w zależności od poziomu aktywności i stopnia integracji. Mimo że opieka koordynowana może w systemach opieki zdrowotnej przybierać różne formy, cechą wspólną jest to, że luki w integracji na jednym poziomie mogą mieć negatywny wpływ na integrację na pozostałych poziomach. Przykładem takiej współzależności jest związek między opieką medyczną świadczoną w trybie ostrym a pierwszym punktem kontaktowym dla pacjenta wchodzącego do systemu opieki: gdy POZ dobrze pełni funkcję „strażnika” oceniającego sytuację i kierującego pacjenta na dalsze szczeble systemu, z szybko stawianą diagnozą, obciążenie na poziomie opieki w trybie ostrym będzie mniejsze (2).

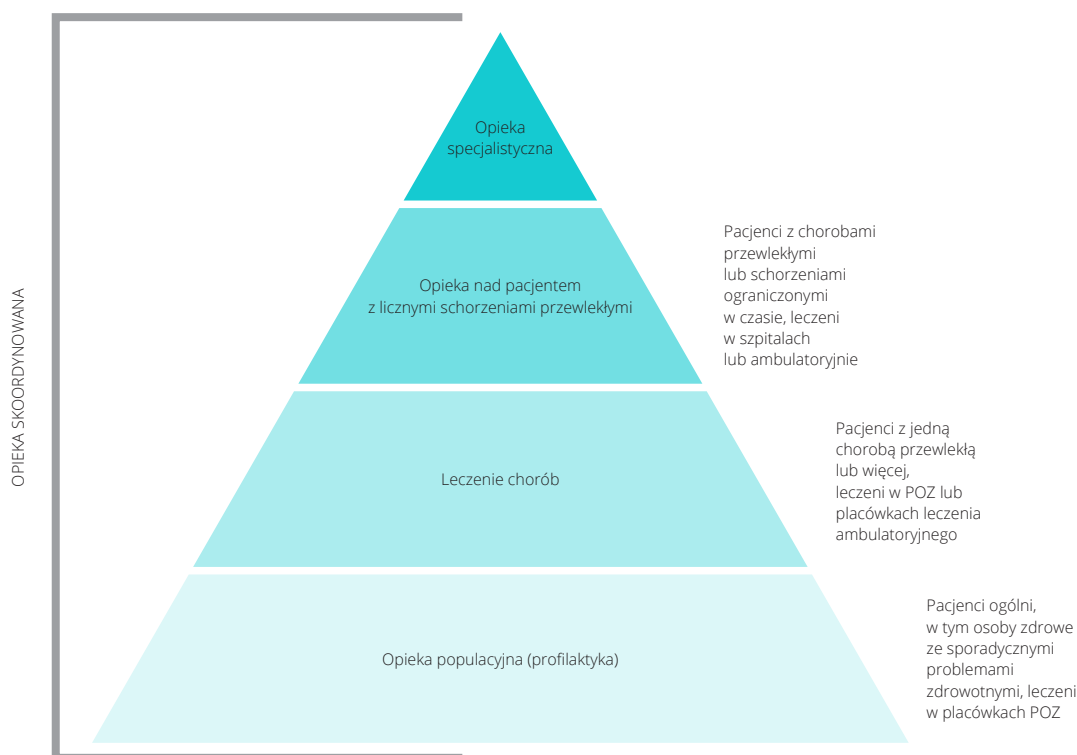
Zarys opieki koordynowanej dla Polski

Opieka koordynowana dla Polski łączy w sobie wiele elementów charakterystycznych dla systemu zintegrowanej realizacji świadczeń. Jest to zestaw elementów wynikających z analiz międzynarodowych przykładów opieki koordynowanej, literatury przedmiotu, istniejących w Polsce analiz systemu opieki zdrowotnej, a także pogłębionych debat z krajowymi interesariuszami centralnego szczebla, ekspertami, naukowcami, pacjentami i personelem medycznym.

Opieka koordynowana w Polsce powinna skutkować:

- Wzrostem satysfakcji pacjenta;
- Lepszą jakością opieki;
- Wdrożeniem opieki z pacjentem w centrum uwagi;
- Wzrostem efektywności profilaktyki zdrowotnej: pierwotnej (I fazy), wtórnej (II fazy) i III fazy;
- Optymalizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego, znajdującą wyraz w stosowaniu w diagnostyce i leczeniu chorób trafnych środków ukierunkowanych na osiągnięcie rezultatu;
- Współpracą personelu ochrony zdrowia podczas realizacji świadczeń;
- Poprawą efektywności kosztowej w zakresie diagnostyki i leczenia.

Schemat 1: Model 1. Piramida obciążenia chorobami



Fazy projektowe: wprowadzenie

W 2013 r. Ministerstwo Zdrowia RP (MZ) i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zainicjowały dyskusję na temat opieki koordynowanej w reakcji na problem rozdrobnienia realizacji świadczeń oraz w celu poprawy efektywności i wydajności systemu opieki zdrowotnej. MZ i NFZ postanowiły udostępnić środki z UE na opracowanie i pilotażowe wdrożenie koordynowanego systemu realizacji świadczeń w Polsce.

Program opieki koordynowanej ma na celu poprawę jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez restrukturyzację organizacyjną i wdrożenie nowego modelu opłacania świadczeniodawców. Podejmowane działania mają zapewnić dobre zarządzanie diagnostyką, terapią i rehabilitacją oraz ukierunkowanie ich na potrzeby pacjenta. Celem nadrzędnym programu pilotażowego jest stworzenie solidnego systemu opieki zdrowotnej, z pacjentem w centrum uwagi.

Partnerska współpraca z Bankiem Światowym (BŚ) umożliwia wymianę zasobów wiedzy, obejmujących m.in. doświadczenie w projektowaniu systemów opieki koordynowanej oraz umiejętność ich wdrażania.

Prezentowany raport ma służyć koordynacji na rzecz strategicznego rozwoju systemu. Zawiera również opis procesu ze szczegółowymi rozwiązaniami praktycznymi dotyczącymi wdrożenia opieki koordynowanej w Polsce.

Integracja to proces angażujący licznych interesariuszy, reprezentujących wszystkie poziomy opieki – prezentowany raport może im służyć za punkt wyjścia. Przedstawiono w nim często spotykane problemy wdrożeniowe i sformułowano kilka propozycji zawartych w trzech modelach opieki. Zachęcamy do monitorowania i modyfikowania modeli, stosownie do potrzeb pojawiających się na różnych etapach procesu wdrażania. Ostateczny kształt zostanie modelom nadany w ciągłym procesie decyzyjnym realizowanym przez interesariuszy oraz decydentów.

Chcąc uczynić raport bardziej przystępnym, autorzy postanowili przenieść do załącznika wiele kluczowych zasobów, takich jak szczegółowe informacje oraz dane, najlepsze międzynarodowe praktyki, baza danych do projektu oraz ustalenia naukowe. Są to bardzo ważne zasoby i należy je uwzględnić podczas realizacji programu pilotażowego.

Modele są zgodne z opracowaną przez MZ „Strategią rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej” oraz obowiązującymi przepisami w zakresie POZ. Proponowane modele oraz strategia rozwoju POZ mają jednakowe cele, tj:

-
- udoskonalenie i dywersyfikację sposobów finansowania w podstawowej opiece zdrowotnej,
 - zwiększenie roli profilaktyki w opiece zdrowotnej,
 - integrację sektorów opieki zdrowotnej,
-

-
- wdrożenie efektywnych rozwiązań informatycznych, a także
 - poprawę jakości opieki.
-

Modele uwzględniają potrzeby pacjentów i możliwości systemu ochrony zdrowia.

W związku z tym, że wdrożenie opartych na modelach pilotaży ma być współfinansowane ze środków Unii Europejskiej, przy niektórych pozycjach budżetowych odwołano się do środków unijnych jako potencjalnego źródła finansowania. Warunki brzegowe dotyczące wydatkowania środków UE nie zostały uwzględnione w modelu, ponieważ jest to zagadnienie wykraczające poza obszar wsparcia ze strony Banku Światowego.

Proponowane modele oparto na następujących podstawach:

-
- Analiza systemu opieki zdrowotnej (bazy danych GUS dla NFZ),
 - Analiza potrzeb pacjentów (ankiety i sondaże),
 - Analiza przedziału kosztów dla wybranych kategorii świadczeń objętych finansowaniem z NFZ,
 - Przegląd światowej literatury przedmiotu na temat opieki koordynowanej.
-

Z myślą o modelach opieki koordynowanej wychodzących poza obszar podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniono dodatkowe obszary opieki zdrowotnej, takie jak świadczenia ambulatoryjne i szpitalne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz inne elementy składowe sektora opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej w Polsce tradycyjnie kładzie nacisk na opiekę stacjonarną świadczoną w szpitalach. Jednym z istotnych celów opieki koordynowanej jest odejście od tego dziedzictwa poprzez podkreślanie roli podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Strategiczny plan powstawał w drodze konsultacji i spotkań edukacyjnych z udziałem świadczeniodawców, organizacji pacjentów i specjalistów ds. systemu ochrony zdrowia. W ten sposób eksperci mieli szansę wyposażyć model w kluczowe elementy, a interesariusze mogli omówić poszczególne elementy systemu opieki koordynowanej.

Cele

Głównym celem programu pilotażowego jest pomoc w zaprojektowaniu modelu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce, a dokładniej opracowanie zapewniającego ciągłość opieki pakietu świadczeń dla wybranych świadczeniodawców, poczynwszy od profilaktyki i badań przesiewowych, do zarządzania przypadkami priorytetowych chorób niezakaźnych. Dodatkowo, istotne znaczenie ma wzrost efektywności i jakości usług oraz satysfakcji opinii publicznej.

Beneficjenci programu pilotażowego

Świadczeniodawcy POZ: w ramach programu pilotażowego zostanie wzmocniony potencjał grupy od 50 do 100 świadczeniodawców mających kontrakt z NFZ. Dzięki budowie potencjału placówek medycznych oraz rozwojowi umiejętności pracującego w nich personelu medycznego i zarządzającego, będzie można skuteczniej zarządzać rosnącym popytem na wysokiej jakości profilaktykę. Ze względów analitycznych dokonano założenia co do liczby placówek zaangażowanych we wdrożenie Modelu 1, ustalając, że w pilotażu weźmie udział 75 placówek z różnych województw.

Pacjenci: beneficjentami pilotażu będą pacjenci zapisani do placówek-świadczeniodawców uczestniczących w programie. Planowana populacja do programu pilotażowego to od 250.000 do 500.000 pacjentów. Początkowo z działań realizowanych w ramach pilotażu powinno skorzystać ok. 300.000 osób, w perspektywie roku 2019 ta liczba może potencjalnie wzrosnąć do 5 milionów.

Instytucje publiczne w ochronie zdrowia: pilotaż ma poszerzyć potencjał NFZ pod względem efektywnej regulacji i administracji POZ, a także – dzięki poprawie dostępności danych – usprawnić procesy decyzyjne w Ministerstwie Zdrowia.

Projekt pilotażowy oraz planowane uruchomienie pozostałych modeli ma zapewnić kadrze zarządzającej większą decyzyjność na poziomie realizacji świadczeń. Niektóre cechy charakterystyczne i rozwiązania organizacyjne należałoby uznać za obowiązkowe, natomiast inne są jedynie rekomendowane, a kwestia ich zastosowania (lub nie) leży w gestii kierownictwa placówki.

Opieka koordynowana: rozwiązanie czy tylko zmiana podejścia?

Systemy koordynowanej opieki zdrowotnej to odpowiedzialność za realizację i koordynację wszystkich kluczowych świadczeń obejmujących całość kondycji zdrowotnej ludności, począwszy od POZ aż do trzeciego stopnia referencyjności (3–4). Rogers i Sheaff (5) piszą, że „motywem przewodnim zintegrowanej realizacji świadczeń jest zaspokojenie potrzeb pacjentów, a nie świadczeniodawców”, co idealnie wpisuje się w przyświecający reformie cel, czyli postawienie pacjenta w centrum uwagi.

Jednym z najważniejszych atrybutów opieki koordynowanej jest **partner dla pacjenta przechodzącego proces terapeutyczny**. Ideałem jest sytuacja, gdy zarówno lekarz, jak i pacjent, wspólnie podejmują decyzje diagnostyczne, a ciągłość opieki zostaje zachowana. Jest to szczególnie cenne w przypadku pacjentów z wieloma współistniejącymi chorobami przewlekłymi, a także osób starszych. Program opieki koordynowanej w Polsce może nas znacząco przybliżyć do tych standardów i podnieść poziom satysfakcji pacjenta.

Wśród pośrednich korzyści płynących z opieki koordynowanej należy wymienić spadek obciążenia odczuwanego przez personel medyczny oraz ujednolicenie procedur w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Opieka jest koordynowana pod kątem rozwiązań będących odpowiedzią na presję wynikającą ze zmian demograficznych oraz kurczących się zasobów finansowych (6). W tabeli 1 hasłowo przedstawiono strategiczne podejście do zmiany systemu realizacji świadczeń w ochronie zdrowia.

Tabela 1: Strategiczne podejście do zmiany systemu realizacji świadczeń w ochronie zdrowia w Polsce

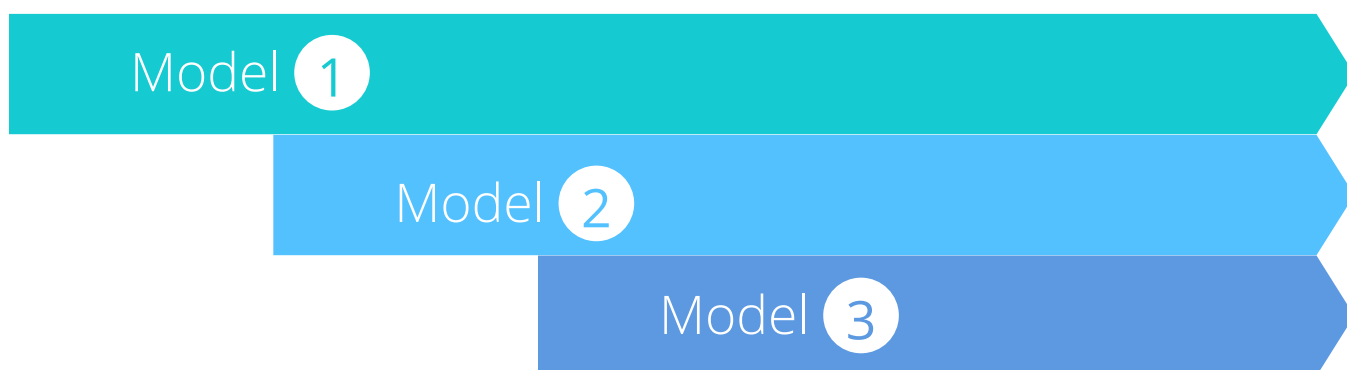
Obecny system opieki		Opieka koordynowana w przyszłości
Zogniskowany na świadczeniach		Zogniskowany na potrzebach
Scentralizowany na fundamencie opieki specjalistycznej i stacjonarnej		Zdecentralizowany do opieki ambulatoryjnej: POZ zyskuje na znaczeniu
Reaktywny i reagujący		Proaktywny i zapobiegający
Tryb nagły i ostry		Tryb planowy i systematyczny
Pacjent bierny, niedoinformowany i traktowany przedmiotowo		Pacjent aktywny, dobrze poinformowany i traktowany podmiotowo
Personel medyczny pracuje niezależnie do siebie		Personel medyczny współpracuje
Za partnerów uznaje się tylko lekarzy		Za partnerów uznaje się cały personel medyczny
Słabe wsparcie technologiczne		Technologia w służbie opieki zdrowotnej, jako narzędzie wspierające i usprawniające jej funkcjonowanie

Modele opieki koordynowanej: krótki opis procesu wdrażania

Program pilotażowy składa się z trzech oddzielnych modeli, wdrażanych w odrębnych etapach:

- **Etap 1: Model 1** – Podstawowa opieka zdrowotna
- **Etap 2: Model 2** – Ambulatoryjna opieka koordynowana
- **Etap 3: Model 3** – Opieka koordynowana dla osób po hospitalizacji i powyżej 65. roku życia

Schemat 2: Modele i etapy



Jak widać, kolejne modele są wdrażane sekwencyjnie, lecz wzajemnie się uzupełniają, jako spójny system zapewniający pacjentowi płynną, nieprzerwaną i skuteczną opiekę wysokiej jakości.

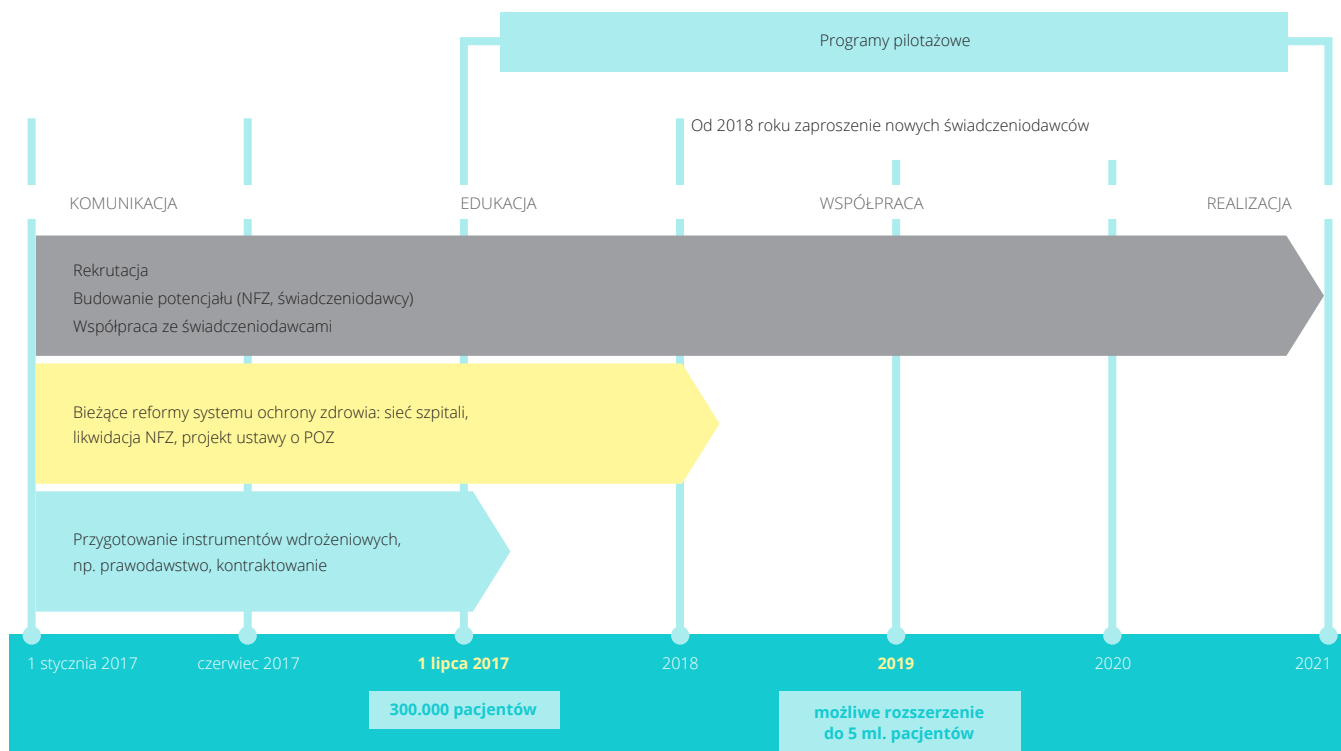
Realizacja programu pilotażowego została pomyślana jako dynamiczny proces, otwarty na aktualizacje i modyfikacje wprowadzane w miarę zdobywania kolejnych doświadczeń w toku wdrożenia. Dla długofalowego sukcesu programu istotne znaczenie mają takie cechy jak elastyczność i wrażliwość na pojawiające się wyzwania. Temat monitorowania i ewaluacji omówiono szczegółowo w ostatnim rozdziale raportu.

Model 1 ma docelowo nadać obecnie istniejącemu systemowi POZ kompleksowy charakter, a także przekazać lekarzom POZ i lekarzom rodzinnym odpowiedzialność za koordynowanie drogi pacjenta przez system opieki zdrowotnej.

Model zaprojektowano z myślą o stopniowym poszerzaniu skali jego funkcjonowania, odpowiednio do zasobów placówek medycznych i możliwości systemu opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem instytucji monitorującej wyniki. Dlatego też pierwsza faza programu pilotażowego obejmuje jedynie obowiązkową część Modelu 1, z możliwością dalszego rozwoju w miarę zaawansowania projektu.

Schemat 3: Połączone elementy składowe procesu wdrożeniowego

Wdrożenie – proces



Podstawowe informacje: uzasadnienie dla opieki koordynowanej w Polsce

Koncepcja opieki koordynowanej w systemie ochrony zdrowia sięga lat dziewięćdziesiątych XX wieku i do tej pory jest na globalnym „porządku dziennym”. Wiele krajów borykających się z problemami w sektorze opieki zdrowotnej próbuje je rozwiązać właśnie poprzez coraz dalej idącą integrację świadczeń i poprzez specjalne programy opieki koordynowanej. Są to działania uzasadnione argumentem logicznym: powszechnie uważa się, że jest to jedyna opcja łącząca powszechny dostęp z szerokim zakresem świadczeń. Obecnie wyzwaniem jest operacjonalizacja zintegrowanych świadczeń i jasne zdefiniowanie kluczowych funkcji (7).

W zakres świadczeń POZ wchodzi: opieka pierwszego kontaktu i *triage*; świadczenia diagnostyczne; świadczenia terapeutyczne wraz z kontrolą stanu zdrowia; świadczenia profilaktyczne i promocja zdrowia; a także opieka nad matką i dzieckiem oraz zdrowie reprodukcyjne. Widać też trend polegający na poszerzaniu zakresu zadań w POZ, z większym zaangażowaniem w badania przesiewowe, profilaktykę i promocję zdrowia. (8) Jednak poziom

zaangażowania lekarzy POZ w promocję zdrowia i propagowanie zdrowego trybu życia różni się nie tylko w zależności od kraju, ale i regionu (9).

Zakres chorób leczonych przez lekarzy rodzinnych jest często szerszy w tych krajach, w których funkcjonują praktyki lekarskie mające bardziej autonomiczny charakter, choć może się to również wiązać z czynnikami demograficznymi – na przykład, należy się spodziewać, że na peryferyjnych obszarach lekarz rodzinny będzie raczej pracować niezależnie i oferować szerszy zakres świadczeń. Mówiąc ogólnie, najszerszy zakres usług POZ obserwujemy w takich krajach jak: Litwa, Norwegia, Bułgaria, Belgia, Wielka Brytania, Hiszpania, Finlandia, Szwecja, Portugalia i Francja. Węższy profil usług znajdziemy w takich krajach jak: Słowacja, Włochy, Grecja, Cypr, Rumunia, Węgry, Polska, Holandia, Słowenia, Czechy i Austria (10).

Personel medyczny

Podstawowa opieka zdrowotna jest zazwyczaj realizowana przez lekarzy rodzinnych i pediatrów, którzy z reguły pełnią funkcję lekarzy pierwszego kontaktu w przypadku dzieci. Poza tym w POZ pracują interniści, ginekolodzy, pielęgniarki, fizjoterapeuci i przedstawiciele innych zawodów medycznych; w większości krajów POZ to również dentyści i położne.

Rola pielęgniarek w POZ może być bardzo różna, w zależności od systemu, i obejmować zarówno obowiązki o charakterze ściśle pielęgniarskim (np. pacjenci z chorobami przewlekłymi), jak i bardziej ogólne zadania wspierające. Jednak pielęgniarki specjalistyczne i personel pielęgniarski opieki domowej należą raczej do mniejszości w POZ, a rola pielęgniarek w POZ jest w większości krajów dość ograniczona. Kringos podaje, że w gronie 31 przeanalizowanych krajów tylko w dwunastu pielęgniarki zajmują się edukacją zdrowotną w POZ, a w zaledwie pięciu krajach pielęgniarki prowadzą poradnie dla diabetyków (10).

Pomimo tych uwarunkowań, wiele krajów zmierza w kierunku intensywniejszego wykorzystania pracy pielęgniarek u boku lekarzy. Tendencja ta jest szczególnie widoczna w Danii, Polsce, Wielkiej Brytanii, Holandii i Szwecji. W Wlk. Brytanii i Szwecji pielęgniarki mogą się teraz zajmować pacjentami z drobnymi problemami zdrowotnymi; w Wlk. Brytanii, Rumunii i Szwecji mogą przepisywać leki¹ (w ograniczonym zakresie), a w Wlk. Brytanii i Holandii realizują programy zdrowotne, takie jak szczepienia dzieci i młodzieży.

Pomimo obserwowanego w wielu powyższych przypadkach zwrotu w kierunku opieki koordynowanej, w Polsce koncepcja koordynowanej realizacji świadczeń zdrowotnych po raz pierwszy uwidoczniała się dopiero w 2013 r. w formie dyskusji między MZ i NFZ. Prowadzone rozmowy koncentrują się na tematach takich jak kwestia podzielonego systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz

¹ W Polsce również od 2016 roku (uwaga tłumacza).

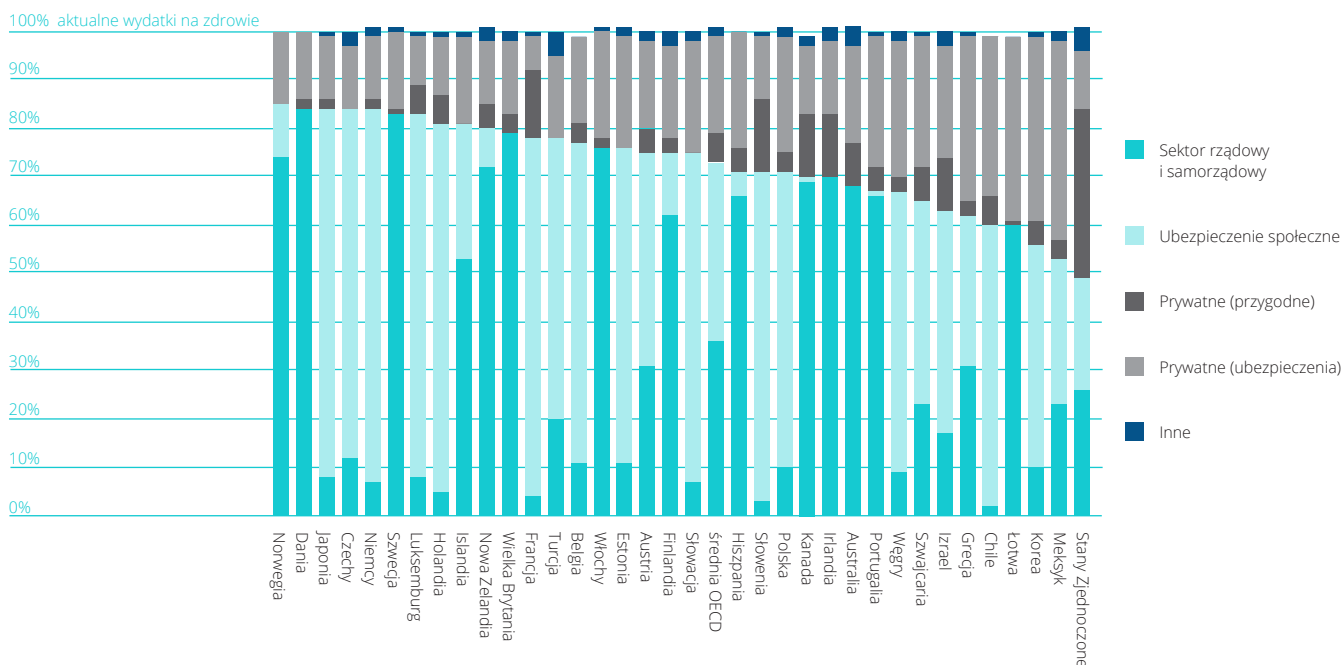
wykorzystania funduszy unijnych na rzecz poprawy wydajności i efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Kształt projektowanego systemu opieki koordynowanej jest z dużej mierze zdeterminowany przez polski kontekst, a w prowadzonych pracach trzeba koniecznie uwzględnić obecny kształt systemu oraz czynniki, jakie na niego wpływają, czyli sytuację demograficzną i epidemiologiczną, a także opinie pacjentów.

Struktura polskiego systemu ochrony zdrowia

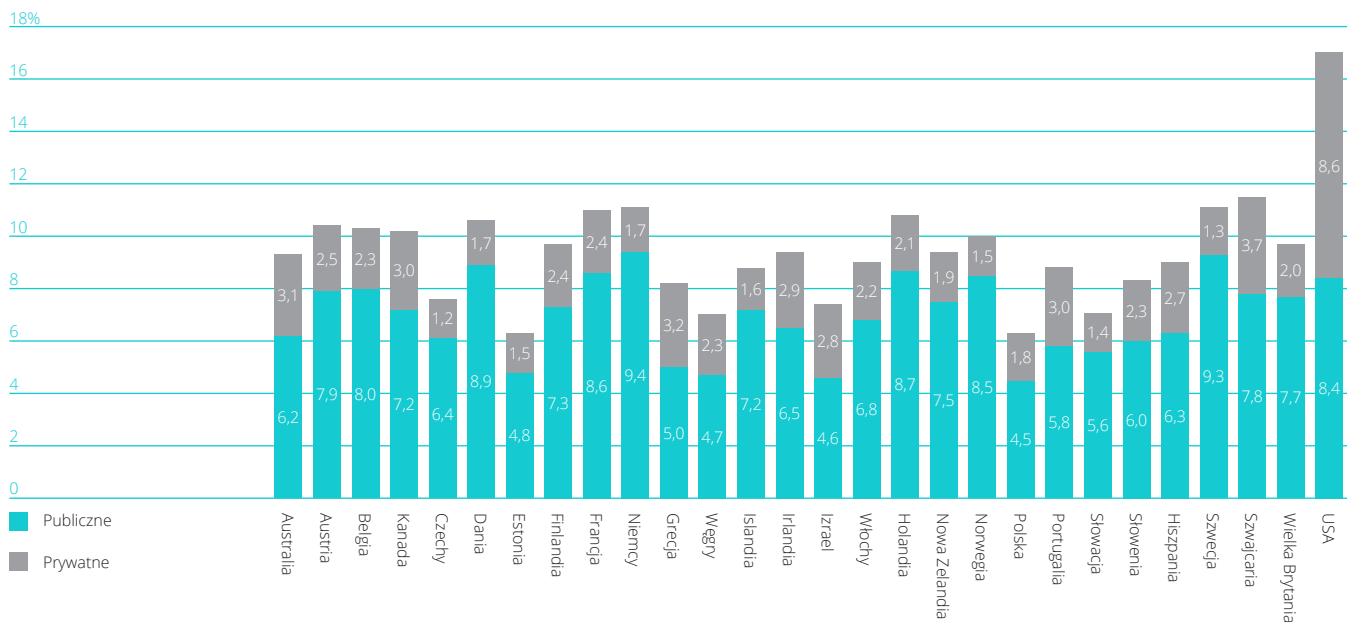
Z liczbą ludności ok. 38,2 mln oraz dochodem narodowym brutto na osobę w wysokości 12.480 USD (2011 rok), Polska jest największą gospodarką w Europie Środkowej. Tymczasem – pomimo wstąpienia Polski do UE w 2004 roku – dochód narodowy brutto na osobę w Polsce stanowi obecnie 63 procent średniej unijnej, a budżetowe wydatki na opiekę zdrowotną wciąż plasują się poniżej średniej dla 34 państw OECD. Cechą charakterystyczną polskich wydatków na zdrowie jest wysoki odsetek wydatków „przypadkowych” (z kieszeni pacjenta), który wynosi 24%, w porównaniu do średniego poziomu 19% dla 34 państw OECD.

Rys. 1: Wydatki na zdrowie według rodzaju finansowania (2013) OECD34



Źródło: OECD (2015)

Rys. 2: Publiczne i prywatne wydatki na zdrowie jako odsetek PKB



Źródło: OECD (2015)

Od lat 90. ubiegłego wieku wydatki na zdrowie ogółem wzrosły sześciokrotnie z kwoty 18,5 mld PLN (6 mld USD) w 1995 roku do 123,5 mld PLN (40 mld USD) w roku 2011 (11). Jednak pod względem wydatków na osobę oraz wydatków jako odsetek PKB, Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc w rankingu państw OECD.

Obecny kształt systemu opieki zdrowotnej jest efektem reform wdrażanych w latach 1989–2004. Wcześniejszy system był silnie scentralizowany pod rządami komunistycznymi i w pełni finansowany z powszechnego opodatkowania, aż do roku 1999, kiedy to wprowadzono system obowiązkowego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Początkowo środkami z ubezpieczeń zarządzało szesnaście regionalnych Kas Chorych oraz jedna kasa branżowa dla służb mundurowych (były to agencje kontraktujące świadczenia zdrowotne) (12). Pomimo decentralizacji, międzywojewódzka mobilność pacjentów była utrudniona ze względu na uciążliwość procedur biurokratycznych, co prowadziło do wielu przypadków nadużyć i korupcji (13). W 2003 roku Kasy Chorych połączono w jeden Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i obecnie w Polsce funkcjonuje system jednego płatnika.

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce

W 1999 roku w Polsce zastąpiono system opieki zdrowotnej finansowany z budżetu państwa systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wraz z wprowadzeniem modelu ubezpieczeniowego, dokonano rozdziału funkcji decydenta (Ministerstwo Zdrowia), płatnika (Kasy Chorych, a następnie

Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz świadczeniodawcy. Przed wprowadzeniem nowego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczenia opieki zdrowotnej były w Polsce finansowane w oparciu o koszty operacyjne (budżet historyczny). Absolutnie kluczowa była transformacja w kierunku budżetu zadaniowego, gdzie finansowanie jest powiązane z wykonaniem określonych zadań. W konsekwencji wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nastąpiła również zmiana mechanizmów finansowania, a najczęściej spotykanym rozwiązaniem stało się kontraktowanie świadczeń zdrowotnych.

Pierwsze kontrakty oparto na listach pacjentów, które konstruowano na podstawie składanych przez pacjentów deklaracji wyboru konkretnego lekarza. Następnie listy pacjentów podpisywano z lekarzami rodzinnymi prowadzącymi praktykę indywidualną lub grupową. W 1998 r. dostępnych było ok. 3000 lekarzy rodzinnych, podczas gdy liczbę potrzebnych LR szacowano na 20.000 osób. W obliczu niedoborów postanowiono, że deklaracje pacjentów mogą również zbierać lekarze pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej, głównie interniści i pediatrzy.

Charakterystyczną cechą ówczesnego modelu POZ był „sektorowy” podział przychodni rejonowych, w zależności od rodzaju oferowanych świadczeń. Były więc poradnie medycyny ogólnej z internistami, poradnie dziecięce z pediatrami, poradnie dla kobiet z ginekologami i położnikami, oraz poradnie chirurgiczne z chirurgami i położnikami.

Kontrakty na realizację świadczeń zawierane z lekarzami POZ przez Kasy Chorych były oparte na opłatach kapitałowych wyliczanych każdego roku i wypłacanych w rytmie miesięcznym. Niektóre Kasy Chorych² wprowadziły budżet powierzony, wzorowany na znanej z Anglii i Walii koncepcji finansowania praktyki lekarza rodzinnego oraz metodach opłacania usług lekarzy rodzinnych (*Huis Arts*) w Holandii.

Z tych wszystkich elementów, integralną częścią systemu funkcjonującego w Polsce obecnie są: i) kontrakty zadaniowe/wynikowe ze ii) specjalnie wyszkolonym lekarzem rodzinnym, który iii) świadczy usługi grupie osób, które zadeklarowały, że chcą się znaleźć na liście pacjentów danego lekarza.

Objęte kontraktem zadania opierają się na zbiorze podstawowych wartości medycyny rodzinnej, w tym obietnicy kompleksowej opieki medycznej realizowanej przez lekarza ogólnego z pacjentem w centrum uwagi, tzn. z uwzględnieniem wszystkich zgłaszanych przez pacjenta problemów zdrowotnych, takich jak, między innymi, zdrowie psychiczne i fizyczne oraz dobrostan pacjenta. Istotnymi elementami są również: preferowana ciągłość opieki nad pacjentem przez wybranego lekarza przez całe życie pacjenta oraz możliwość korzystania ze świadczeń niezależnie od ich znaczenia dla stanu zdrowia i procesu leczenia – innymi słowy, chodzi o to, by pacjent miał kontakt

² Kasy Chorych: Zachodniopomorska, Dolnośląska, Małopolska, Łódzka, Podlaska i Pomorska.

ze swoim lekarzem przed i po otrzymaniu skierowania do opieki ambulatoryjnej lub specjalistycznej.

Szeroki zakres zadań uwzględnionych w kontraktach jest odzwierciedleniem doświadczeń medycyny rodzinnej w Polsce. W tym czasie lekarze zdobywający specjalizację przygotowywali się do realizacji świadczeń takich jak profilaktyka, promocja zdrowia oraz usługi opieki zdrowotnej w domu lub w szkole, a w niektórych województwach lekarze rodinni/POZ podpisywali również kontrakty na świadczenie całodobowej opieki medycznej.

Kiedy w Polsce wprowadzono koncepcję medycyny rodzinnej w jej pierwotnym kształcie, tworząc w ten sposób podwaliny pod nowoczesny system podstawowej opieki zdrowotnej, dodano jeszcze jedną ważną funkcję: mowa o roli „strażnika”, będącego pierwszym punktem kontaktowym dla pacjenta wchodzącego do systemu. W konsekwencji powierzenia tej funkcji lekarzowi rodzinnemu, można było określić pierwszy punkt styczności pacjenta z systemem opieki zdrowotnej i zidentyfikować (w rozsądnym stopniu) świadczenia wykonane (i zakontraktowane) przez praktykę lekarza rodzinnego.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna w Polsce

W Polsce wszyscy pacjenci objęci systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są uprawnieni do korzystania z bezpłatnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Pomijając kilka specjalizacji i chorób, takich jak HIV, gruźlica, uzależnienia i nagłe przypadki, warunkiem uzyskania dostępu do AOS jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub innego specjalisty. Na listach oczekujących przewidziano pierwszeństwo dla pewnych kategorii pacjentów: honorowych dawców krwi, dawców narządów oraz weteranów wojennych.

GUS (14) podaje, że w pierwszych trzech miesiącach 2013 roku wizytę u specjalisty odbyło 20% mieszkańców Polski, a ok. 10% skorzystało ze świadczeń specjalistycznych tylko raz. Częściej odwiedzały specjalistów osoby będące w lepszej sytuacji finansowej. Na osoby o miesięcznych dochodach powyżej 1.600 PLN przypadało 26,4% wszystkich wizyt u lekarzy specjalistów, podczas gdy na osoby o miesięcznych dochodach poniżej tej granicy przypadało 13,4% konsultacji specjalistycznych. Opieka specjalistyczna była w 63% przypadków finansowana przez NFZ, co stanowi spadek w porównaniu do poziomu 70% w roku 2010.

Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne są realizowane przez podmioty lecznicze, tj. poradnie i specjalistyczne praktyki medyczne. W 2009 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało 16.000 podmiotów leczniczych, z czego 18% to podmioty publiczne, a 82% prywatne. Od 2000 r. liczba niepublicznych podmiotów leczniczych stale wzrasta, a liczba podmiotów publicznych spada. Ponadto, w 2009 r. ze środków publicznych sfinansowano 6.900 praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi opieki ambulatoryjnej, z czego 76% to praktyki dentystyczne. Liczba praktyk

dentystycznych znacznie wzrosła z około 2.800 praktyk w 2000 r. do 5.230 w 2009 r., podczas gdy liczba praktyk lekarskich od roku 2004 gwałtownie spadła (z około 4.340 w 2004 r. do około 1.680 w 2009 r.). Ogólnie rzecz biorąc, praktyki indywidualne przeważają w obu wymienionych kategoriach i stanowią 92% praktyk lekarskich oraz 98% praktyk dentystycznych.

Specjalistyczne konsultacje lekarskie stanowią 76% ogółu konsultacji zrealizowanych w AOS, pozostałe 24% to konsultacje stomatologiczne. Do najczęściej spotykanych konsultacji lekarskich należą konsultacje chirurgiczne (17%), ginekologiczno-położnicze (14%) i okulistyczne (11%). Podmioty lecznicze realizują 93% ogółu konsultacji w opiece ambulatoryjnej. Od roku 2000 w Polsce obserwujemy stały wzrost liczby placówek opieki ambulatoryjnej i konsultacji (14).

Stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce

W ciągu ostatnich dwudziestu lat polski system ochrony zdrowia przeszedł kilka zasadniczych zmian. Pod wieloma względami, i w porównaniu do krajów, które przystąpiły do UE w ciągu ostatniej dekady, polski system opieki zdrowotnej działa dosyć skutecznie i utrzymuje koszty na rozsądnym poziomie. Parametry takie jak oczekiwana długość życia systematycznie idą w górę. Jednocześnie istnieje szerokie pole do poprawy w zakresie alokacji kosztów i realizacji świadczeń.

Stosunkowo wysokie wydatki na szpitale w Polsce mogą świadczyć o potencjalnej nieefektywności. Pod względem wydatków na stacjonarną opiekę szpitalną w proporcji do wydatków na zdrowie ogółem Polska zajmuje piąte miejsce wśród państw OECD (15). Wysokie wskaźniki hospitalizacji obserwuje się w schorzeniach i interwencjach chirurgicznych, które można skutecznie leczyć i wykonywać w trybie ambulatoryjnym. Nadmierna konsumpcja świadczeń w opiece stacjonarnej jest nie do utrzymania w obliczu zmieniających się trendów demograficznych, m.in. wskaźnika dzietności na poziomie należącym do najniższych w Europie oraz przewidywanego wskaźnika obciążenia demograficznego powyżej 51,9% w roku 2050 – jest to poziom najwyższy w Europie (16).

Struktura własności szpitali publicznych³ jest rozproszona między różne szczeble administracji rządowej i samorządowej, co prowadzi do rozmycia odpowiedzialności i nadmiaru interesariuszy. Podobnie jak to miało miejsce w wielu państwach Europy Wschodniej, jednostki samorządu terytorialnego (JST) w momencie ich powołania przejęły odpowiedzialność za zarządzanie szpitalami obsługującymi ludność zamieszkującą obszar danej JST. W Polsce decentralizacja nadal jest faktem: szpitalami wojewódzkimi zarządzają

³ Po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej w 2011 r. rozróżnienie między szpitalami prywatnymi i publicznymi straciło na znaczeniu; przymiotnikiem „publiczny” określamy tutaj szpitale należące do wyższych uczelni oraz JST różnego szczebla, aby odróżnić je od placówek działających na komercyjnych zasadach.

województwie, a szpitalami lokalnymi – powiaty⁴. Właścicielami szpitali świadczących usługi zdrowotne dla ludności są również uczelnie wyższe i szereg instytucji publicznych.

Polska poczyniła znaczne postępy w reorganizacji zasobów opieki zdrowotnej i zmniejszeniu liczby łóżek szpitalnych, lecz dalsze reformy wydają się niezbędne, aby wreszcie rozwiązać kwestię zadłużenia w sektorze opieki zdrowotnej. Jednym z czynników wpływających na powstawanie zadłużenia, które w 2016 r. wynosiło 11 mld PLN, jest stałe i nadmierne narastanie zobowiązań szpitali publicznych (17). Zadłużenie⁵ to powracający kłopot, z którym borykają się kolejne rządy; a rozmaite programy oddłużania przyniosły jak dotąd jedynie krótkotrwałą poprawę sytuacji.

Rząd wdraża kolejne reformy zwiększające odpowiedzialność właścicieli szpitali za rozwiązanie problemu zadłużenia, lecz potrzeba dodatkowych działań, by wyeliminować systemowe przyczyny leżące u podstaw narastającego zadłużenia.

Zasoby ludzkie w polskim systemie ochrony zdrowia

Od roku 1990 zanotowano istotne postępy pod względem efektów zdrowotnych, lecz poziom wskaźników dotyczących jakości i dostępności w systemie ochrony zdrowia jest nadal niski. W sytuacji, gdy pojawia się kolejne wyzwanie – presja związana z prognozami demograficznymi – paląca staje się potrzeba działań prowadzących do poprawy wymienionych wskaźników.

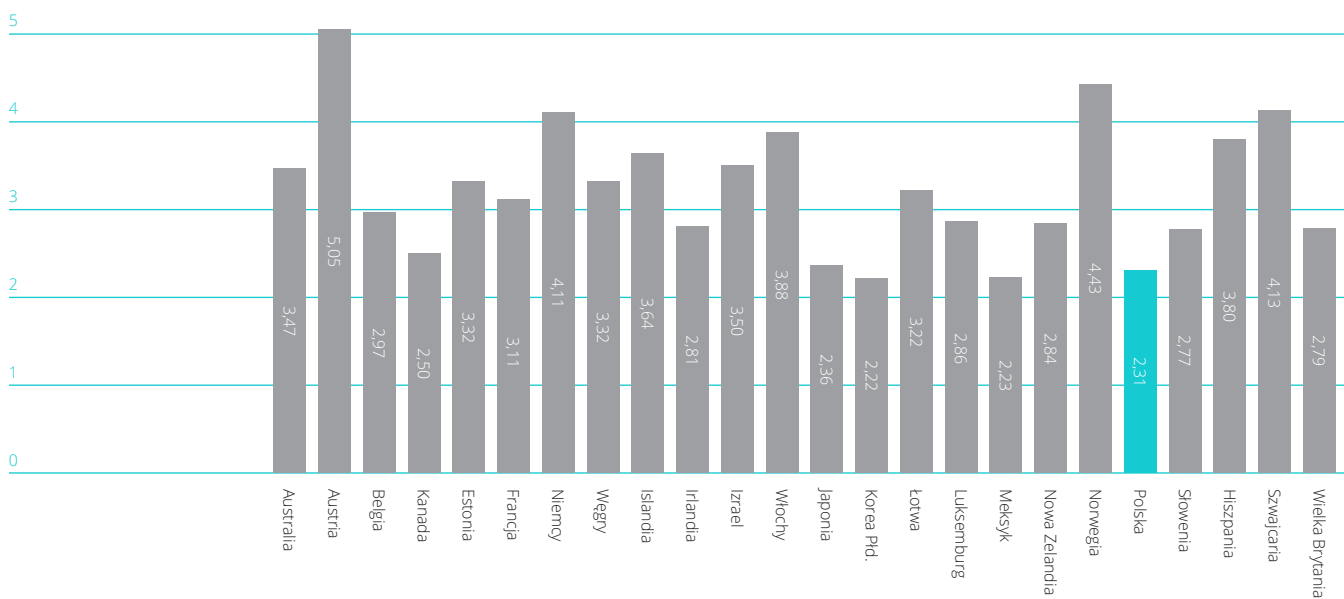
W całej UE Polska ma najniższy współczynnik liczby lekarzy do liczby ludności, wyrażony liczbą lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, która wynosi statystycznie 2,3 lekarza na 1000 mieszkańców (18). Ten sam problem dotyczy innych zawodów medycznych, na przykład współczynnik liczby pielęgniarek wynosi 5,2 na 1000 mieszkańców (rysunek 4) (19).

⁴ W Polsce funkcjonują trzy poziomy władz samorządowych: województwa, w liczbie 16 od czasu reformy administracyjnej z 1999, zamieszkane przez populację wielkości 1 mln–5 mln mieszkańców, powiaty oraz gminy. Funkcjonariusze władz samorządowych są wybieralni i zarządzają niezależnymi budżetami, zasilanymi częściowo ze środków centralnych (krajowych), a częściowo ze środków własnych JST. W wielu sektorach, w tym w sektorze zdrowia, w Polsce dość szybko przeprowadzono decentralizację. JST są właścicielami większości szpitali publicznych (przy czym świadczenia są finansowane z systemu ubezpieczeń zdrowotnych, jak zostanie wyjaśnione w dalszej części opracowania).

⁵ Termin „zadłużenie” jest dość pojemny i może przybierać kilka znaczeń. W raporcie przyjęto konwencję, w ramach której słowem zadłużenie określamy wszystkie zobowiązania szpitali. Zobowiązania zaległe to wszystkie zobowiązania „wymagalne”, stanowią one część zadłużenia. Deficyt to nadwyżka wydatków szpitala nad przychodami w jednym roku finansowym, czyli narosły w tym czasie dług.

Rys. 3: Liczba lekarzy⁶ w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (2014)

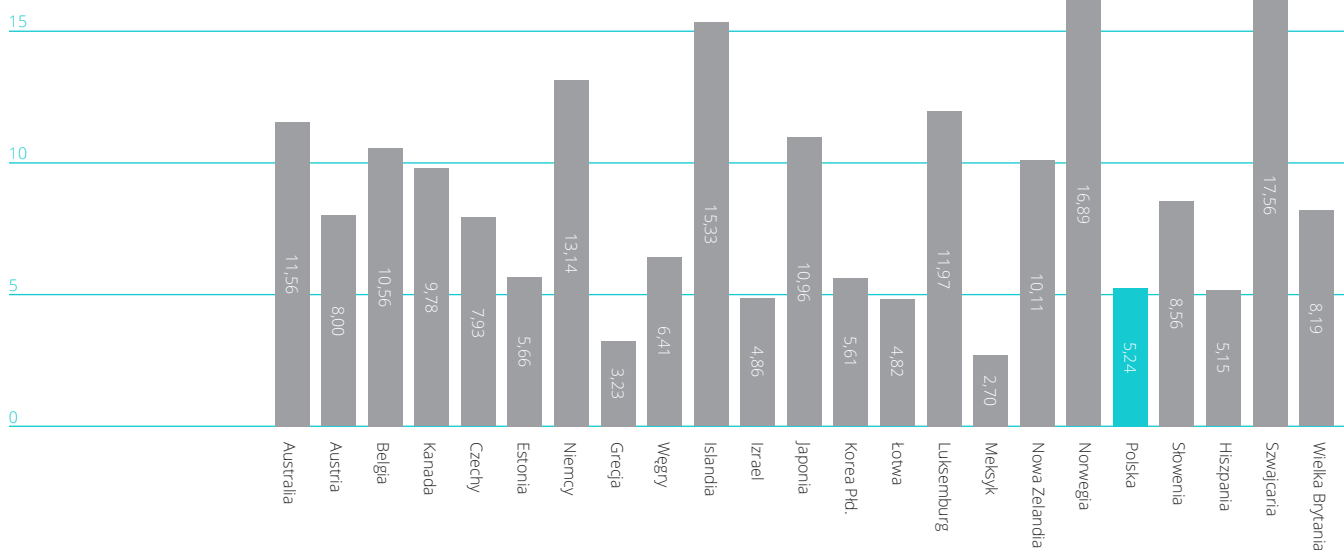
6 lekarzy



Źródło: OECD (2015)

Rys. 4: Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (2014)

20 pielęgniarek

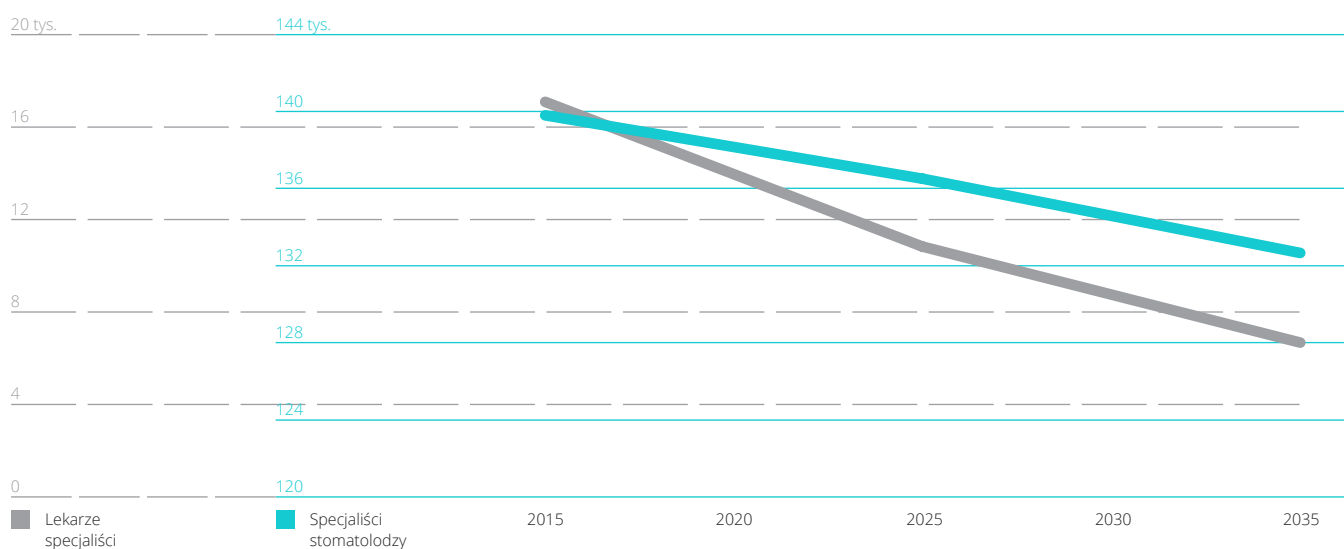


Źródło: OECD (2015)

⁶ Lekarze ogólni oraz specjaliści.

Od roku 2000 liczba lekarzy w ujęciu *per capita* zwiększyła się we wszystkich krajach europejskich, z wyjątkiem Francji, Estonii i Polski. Średnio w państwach członkowskich UE wskaźnik statystyczny wzrósł z poziomu 2,9 lekarza na 1000 mieszkańców w 2000 roku do 3,4 w roku 2010 (20). Sytuację dodatkowo pogarsza fakt, że w Polsce niedobór lekarzy jest związany z niską liczbą absolwentów studiów medycznych (21). Polskie Towarzystwo Lekarskie przewiduje, że jeśli lekarze obecnie aktywni zawodowo przejdą na emeryturę w wieku 70 lat, za 10 lat liczba lekarzy spadnie o 3%, a za 20 lat – o 9% (22). Przy aktualnym trendzie narastającego zapotrzebowania na opiekę specjalistyczną i ograniczonej podaży lekarzy i pielęgniarek, problem z zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia staje się coraz bardziej palący.

Rys. 5: Przewidywana zmiana liczby lekarzy specjalistów i lekarzy dentystów specjalistów w latach 2015–2035



Źródło: Naczelna Izba Lekarska [NIL] (2015)

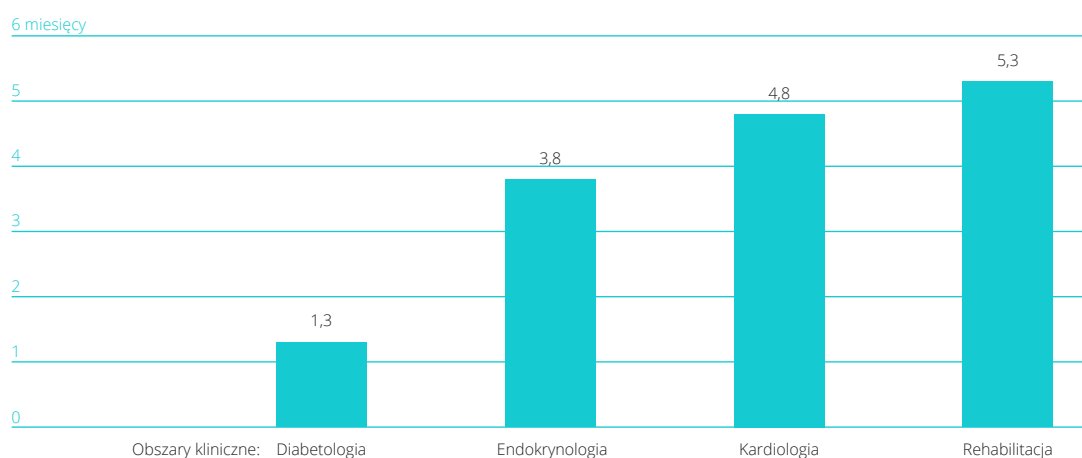
Aktualne problemy systemu ochrony zdrowia

1. Długie listy oczekujących i brak ciągłości opieki

Polska notuje najdłuższe kolejki (tj. najdłuższy czas oczekiwania na realizację świadczenia) w Europie, zwyczajowo mierzone czasem oczekiwania na trzy procedury chirurgiczne: usunięcie ząbmy, wymianę stawu kolanowego i wymianę stawu biodrowego. Powodem długich list oczekujących jest przede wszystkim niewystarczające finansowanie oraz słaba koordynacja realizacji usług. Sytuację dodatkowo pogarsza brak bodźców zachęcających do poprawy

wydajności w ochronie zdrowia⁷, a także wciąż nieuregulowana praktyka polegająca na „pracy na dwóch etatach”. Jeżeli chodzi o tę drugą kwestię, w raporcie OECD (23) czytamy, że: „pacjenci, którzy muszą iść do szpitala, niejednokrotnie omijają kolejkę, umawiając się na prywatną konsultację (i płacąc za nią z własnej kieszeni) u lekarza zatrudnionego również w publicznym szpitalu i podejmującego decyzje w sprawach dotyczących leczenia specjalistycznego, a w wielu przypadkach również operacji chirurgicznych. Następnie lekarz bez zwłoki „organizuje” pobyt pacjenta w szpitalu i samą operację”. Innymi słowy, lekarze specjaliści mają powody, by „utrzymywać długie kolejki dla pacjentów publicznych, zwiększając w ten sposób popyt na korzystanie z usług prowadzonej przez nich praktyki prywatnej”. Często trudno jest ocenić efekty osiągane przez ambulatoryjną opiekę zdrowotną, ponieważ wielu pacjentów cierpi na choroby przewlekłe, których przebieg nie ma określonej granicy czasowej, a poza tym pacjenci dość powszechnie korzystają jednocześnie z usług kilku świadczeniodawców (24). W Polsce panują wyjątkowo sprzyjające po temu warunki, ponieważ szwankuje wymiana informacji między świadczeniodawcami, w związku z brakiem adekwatnych systemów informatycznych: zaledwie 15% praktyk medycyny rodzinnej przechowuje dane pacjentów w formacie elektronicznym (25), w przypadku szpitali ten odsetek wynosi 8% (26).

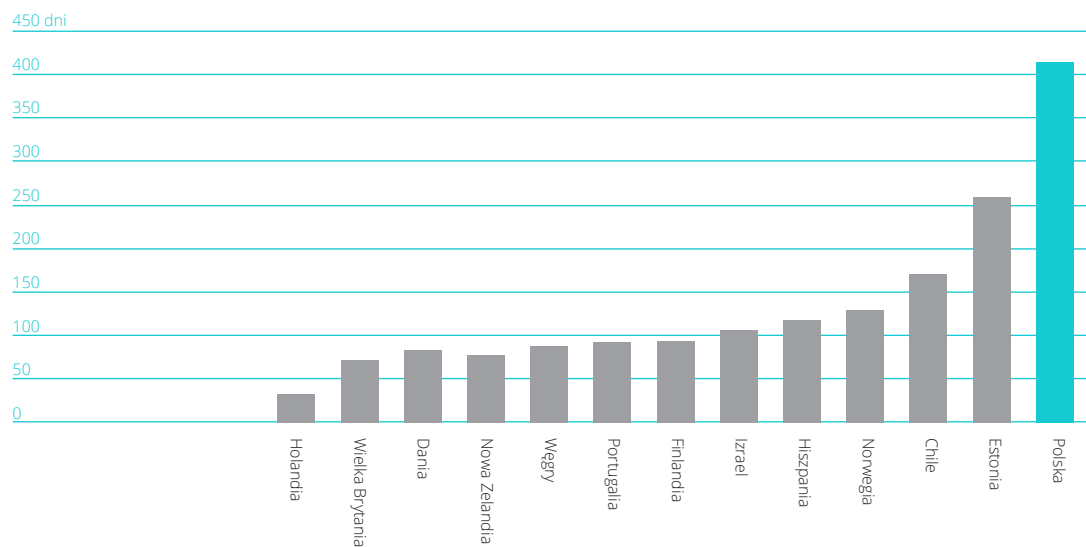
Rys. 6: Czas oczekiwania na konsultację ambulatoryjną u lekarza specjalisty (w miesiącach)



Źródło: Watch Health Care (2016) (27)

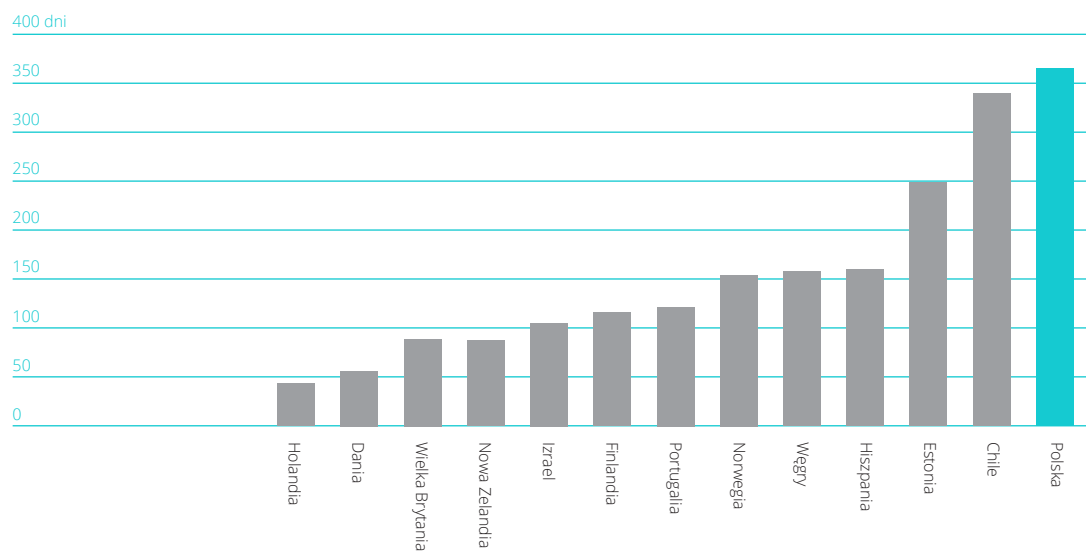
⁷ Jak zauważa OECD, kraje charakteryzujące się krótszymi kolejkami wydają więcej (średnio) na opiekę zdrowotną zarówno ogółem, jak i w sektorze publicznym, i dysponują większym potencjałem w tym zakresie, lecz jednocześnie mają z reguły wyższą wydajność realizacji świadczeń.

Rys. 7: Czas oczekiwania na operację usunięcia zaćmy (liczba dni) (2014)



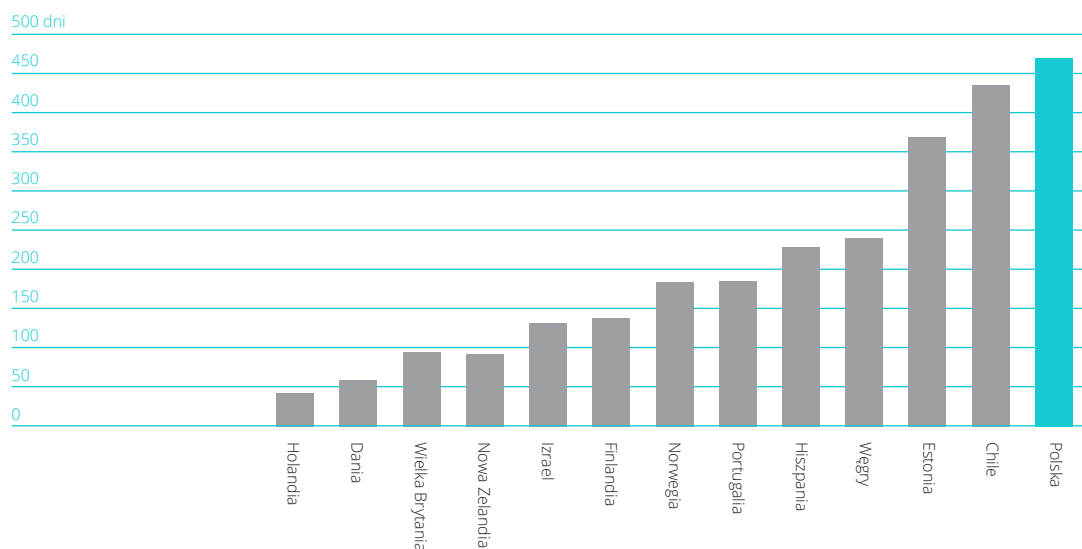
Źródło: OECD (2015)

Rys. 8: Czas oczekiwania na operację wymiany stawu biodrowego (liczba dni) (2014)



Źródło: OECD (2015)

Rys. 9: Czas oczekiwania na operację wymiany stawu kolanowego (liczba dni) (2014)



Źródło: OECD (2015)

Coraz dłuższe kolejki, które rosną pomimo wzrostu realizacji świadczeń, wskazują na pilną potrzebę reorganizacji systemu przyznawania świadczeń w ramach AOS. W 2015 r. wartość kontraktów ze świadczeniodawcami wzrosła, a mimo to dostęp do opieki specjalistycznej nadal stanowi wyzwanie.

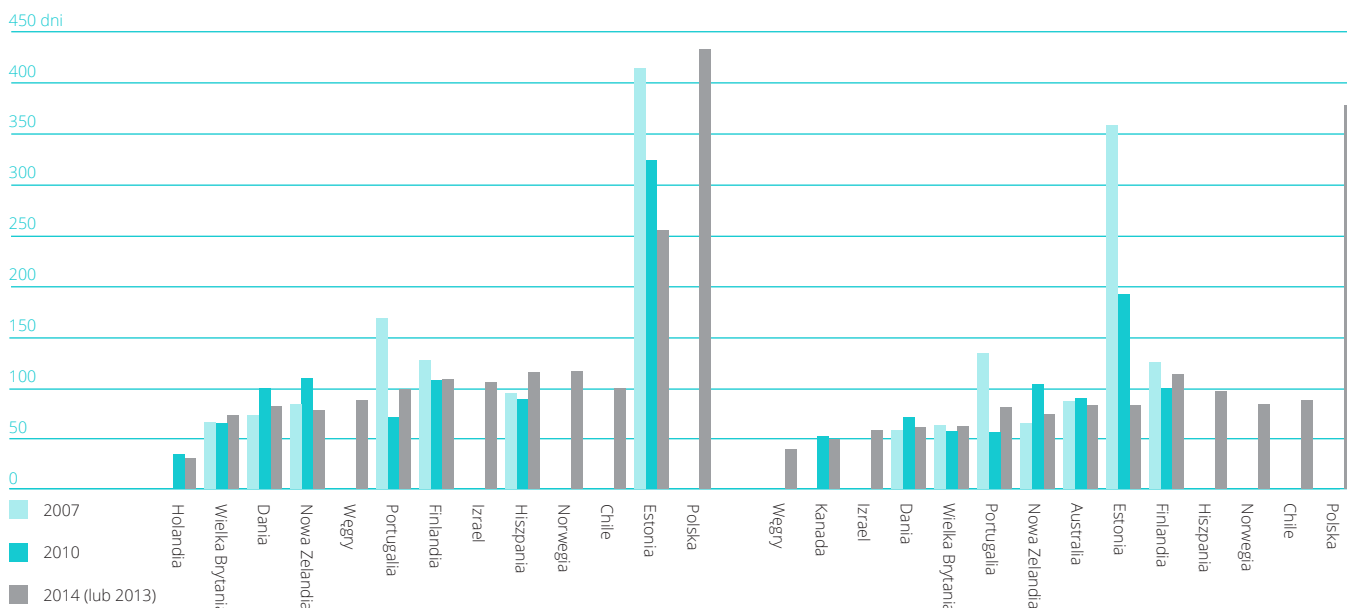
Koszt świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 r. wyniósł 67 mld zł, tj. o 4,4 mld zł więcej niż w 2014 r. Tymczasem w roku 2014 wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne w porównaniu z rokiem 2013 (62 mld zł) zamknął się kwotą 1,2 mld zł.

W 2015 r. wartość kontraktów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami wzrosła o ponad 4 mld zł (w tym 1,5 mld zł z funduszu rezerwowego). W dniu 1 stycznia 2015 r. wszedł w życie pakiet legislacyjny wprowadzający nowe zasady i precyzujący warunki oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych; zakładanym celem było skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.

Pomimo tych zmian, nie stwierdzono zmniejszenia kolejek ani skrócenia czasu oczekiwania przez pacjentów na większość świadczeń. Przeciwnie, odnotowano wzrost. W porównaniu z rokiem 2014, średni czas oczekiwania na świadczenie w 2015 r. wzrósł dla ponad połowy rodzajów świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (28). Według danych z 2015 r., w poradniach kardiologicznych całkowita liczba pacjentów oczekujących zmniejszyła się z 138.487 do 113.806 osób, tj. o 17,8%, ale rzeczywista mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 97 do 98 dni, co oznacza wzrost o 1%. (Rys. 13).

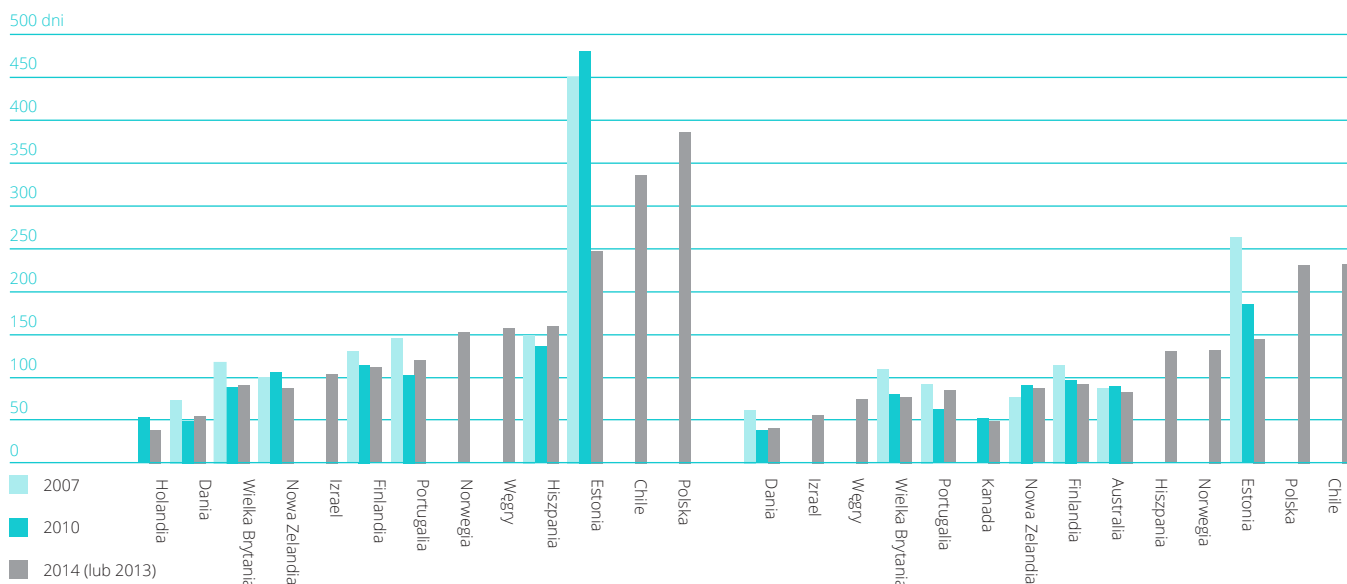
Jak pokazano na rys. 10, 11 i 12, w Polsce występuje jeden z najdłuższych czasów oczekiwania na operacje usunięcia zączy oraz wymiany stawu kolanowego i biodrowego (licząc od daty specjalistycznej konsultacji w tym zakresie) (19).

Rys. 10: Operacja usunięcia zaćmy – czas oczekiwania między specjalistyczną konsultacją a leczeniem, rok 2007 do 2014 (lub 2013)



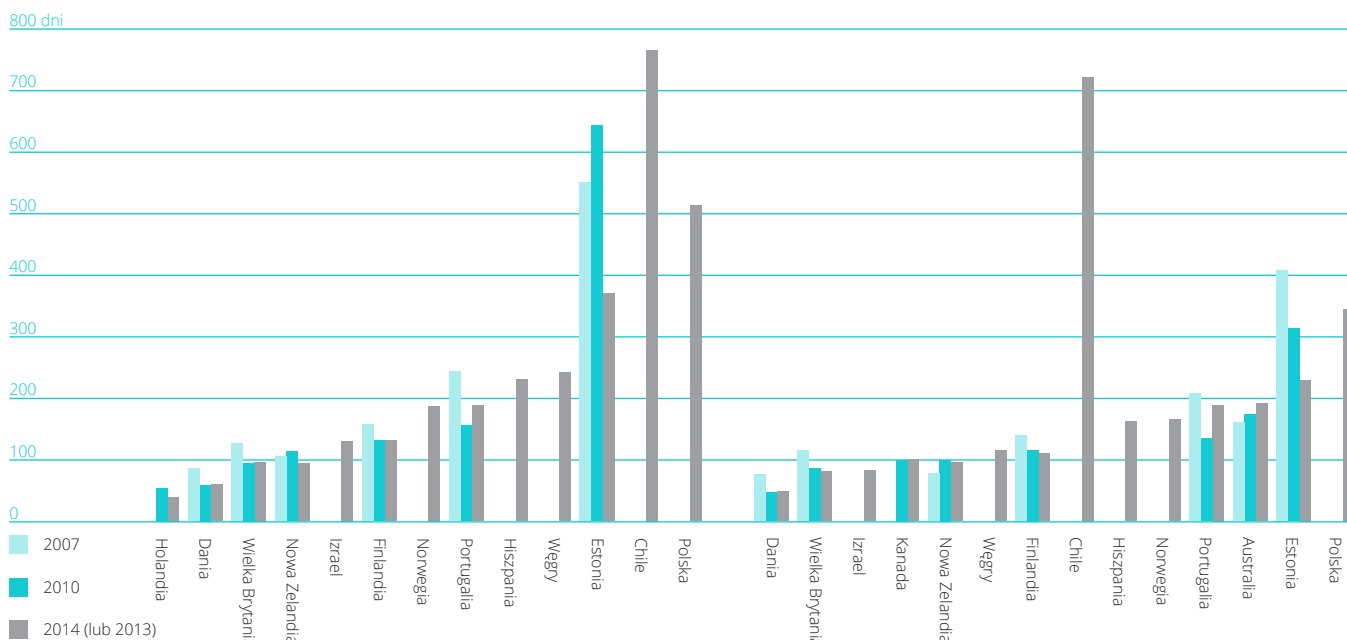
Źródło: OECD (2015)

Rys. 11: Operacja wymiany stawu biodrowego – czas oczekiwania między specjalistyczną konsultacją a leczeniem, rok 2007 do 2014 (lub 2013)



Źródło: OECD (2015)

Rys. 12: Operacja wymiany stawu kolanowego – czas oczekiwania między specjalistyczną konsultacją a leczeniem, rok 2007 do 2014 (lub 2013)



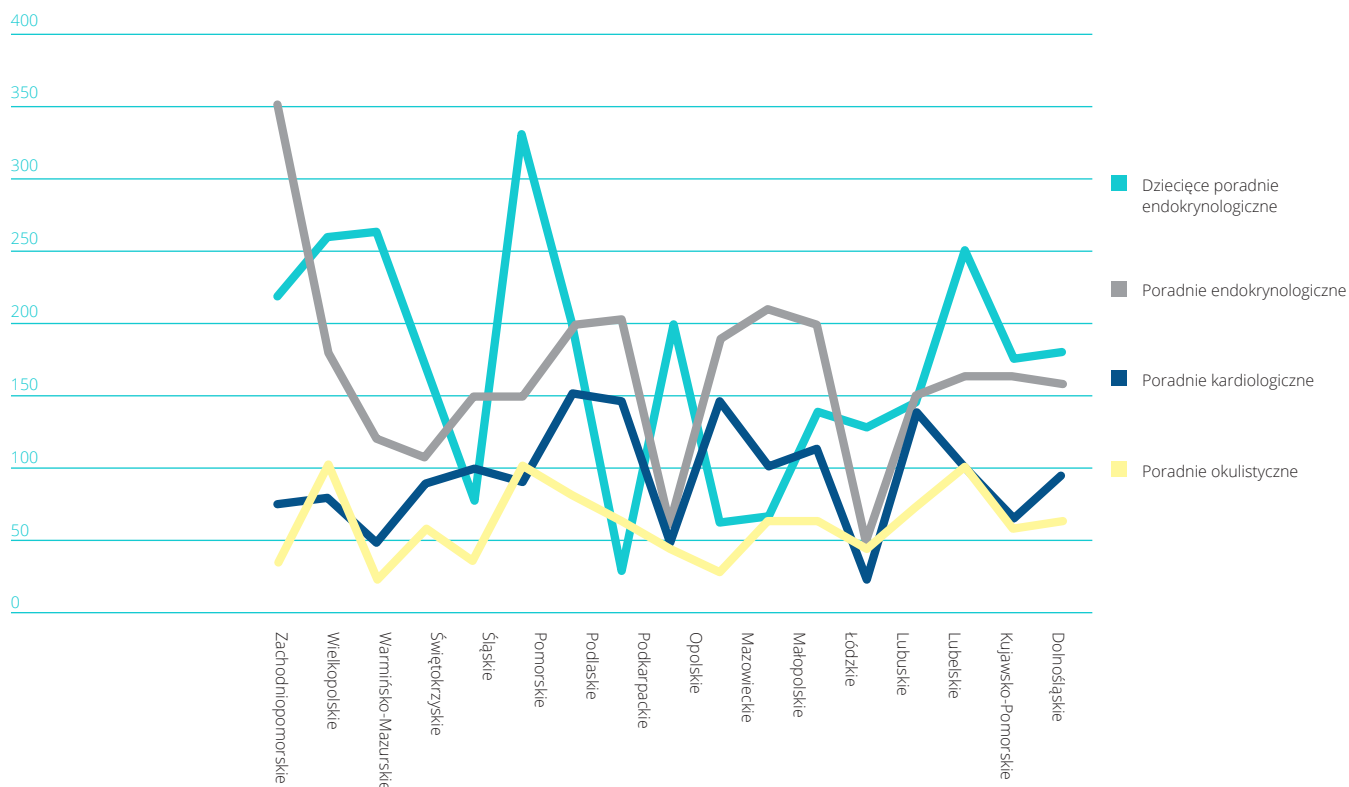
Źródło: OECD (2015)

Rys. 13: Liczba oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania (2013–2015)



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2015)

Rys. 14: Liczba stabilnych przypadków dla specjalisty endokrynologa w poszczególnych województwach



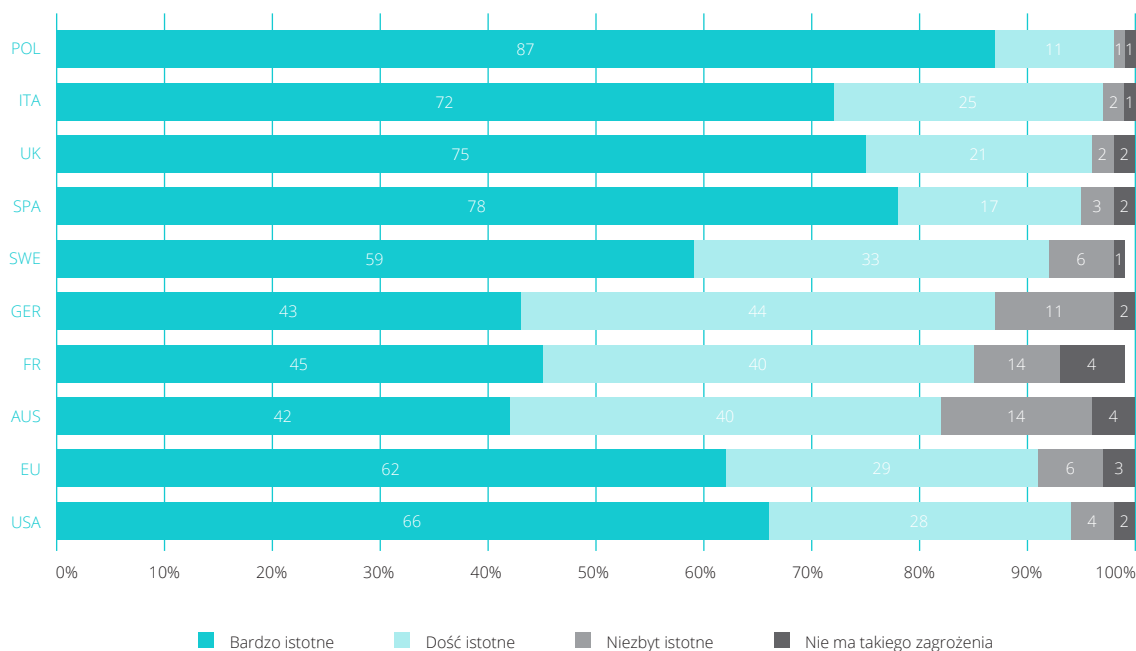
Źródło: Bank Światowy na podstawie danych NFZ (2015)

Jak wynika z rys. 14, obserwuje się znaczące różnice między województwami pod względem czasu oczekiwania na konsultację lekarza specjalisty. Po części można to wyjaśnić różnicami w poziomie kontraktowania poszczególnych świadczeń oraz dysproporcjami w liczbie świadczeniodawców. Szczegółowa analiza wybranych aspektów opieki ambulatoryjnej oraz różnic obserwowanych między województwami znajduje się w załączniku 3.

2. Niski poziom satysfakcji pacjenta

Długie kolejki, w połączeniu z innymi wspomnianymi wyżej bolączkami, wywierają silny wpływ na opinię publiczną i jej zdanie na temat sektora ochrony zdrowia w Polsce (por. rys. 15) (29).

Rys. 15: Czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia – Czy uważa Pan/i, że: jest to zagrożenie bardzo istotne; dość istotne; niezbyt istotne; nie ma takiego zagrożenia?

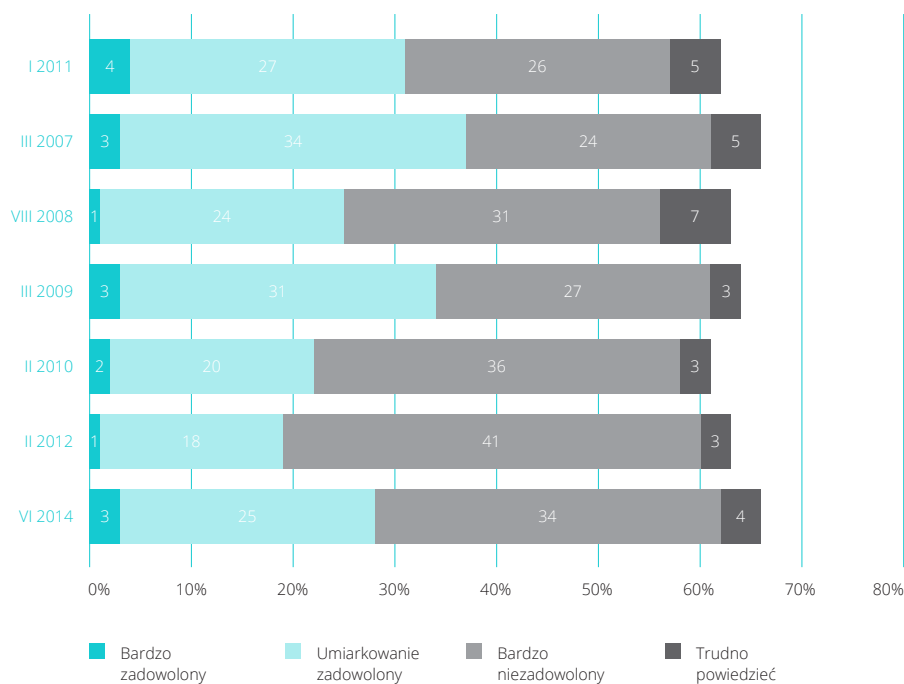


Źródło: Europe Assistance (2013)

Do najbardziej nagłych wyzwań nowoczesnych systemów ochrony zdrowia powszechnie zalicza się rozdrobnienie i fragmentację opieki nad pacjentem oraz brak współpracy w opiece specjalistycznej. NFZ i Rzecznik Praw Obywatelskich corocznie donoszą o rosnącej liczbie skarg ze strony pacjentów. Zgłaszane problemy to, między innymi, kwestia dostępu do świadczeń, długie kolejki do badań diagnostycznych oraz nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących (30). Świadczy to o braku koordynacji w początkowych fazach opieki stacjonarnej i utrudnionej współpracy między POZ i AOS, a także wskazuje na generalnie ograniczony dostęp do świadczeń specjalistycznych.

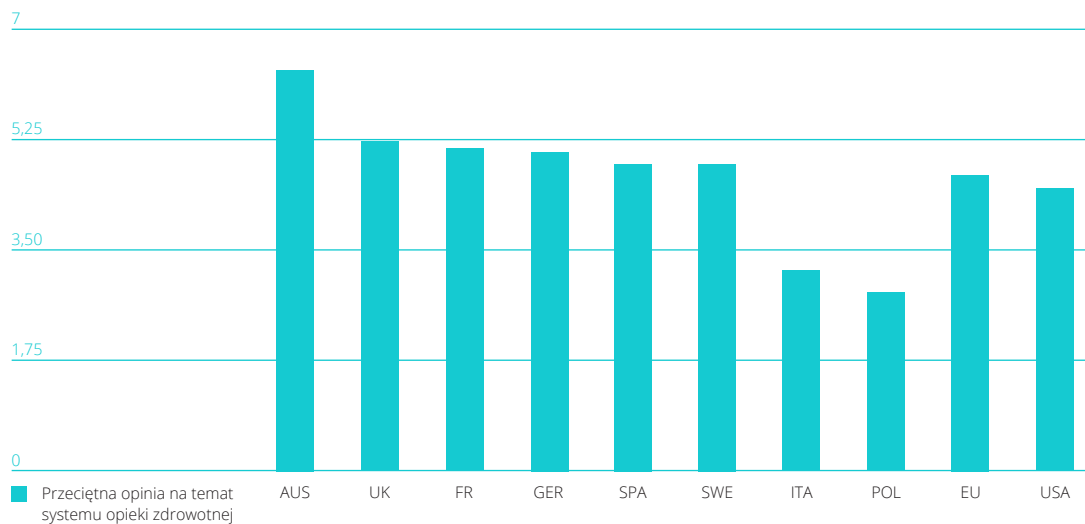
Większość obywateli negatywnie ocenia stan polskiego systemu ochrony zdrowia (rys. 16 i 17), choć jednocześnie generalnie jest zadowolona z poziomu opieki zapewnianej przez własnego lekarza rodzinnego (31).

Rys. 16: Poziom zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej w Polsce



Źródło: CBOS (2014)

Rys. 17: Opinia na temat systemu opieki zdrowotnej



Źródło: Europe Assistance (2013)

W ostatnim czasie rosnącemu niezadowoleniu z systemu opieki zdrowotnej towarzyszy spadek zaufania pacjentów do personelu medycznego (32). Przypuszcza się, że jest on pokłosiem negatywnej opinii społeczeństwa na temat funkcjonowania zarówno pojedynczych placówek medycznych, jak i systemu jako całości, co nie pozostaje bez wpływu na opinię o pracy personelu medycznego (33).

3. Zmiany demograficzne i występowanie chorób przewlekłych

Do 2060 r. liczba obywateli UE powyżej 65. roku życia ma wzrosnąć o niemal 60%: z obecnych 93 mln do szacowanego poziomu 148 mln. W przypadku Polski zjawisko ma przybrać jeszcze bardziej dramatyczny przebieg, gdyż prognozuje się, że populacja osób starszych ulegnie podwojeniu z obecnych 5,5 mln do 11 mln. Wówczas współczynnik obciążenia demograficznego w Polsce⁸ będzie według prognoz aż trzykrotnie wyższy od aktualnego (16, 34).

Choć poprawa opieki zdrowotnej pozwala ludziom żyć dłużej, osoby powyżej 60. roku życia są zdecydowanie nadreprezentowane w populacji osób cierpiących na choroby przewlekłe. Dlatego zjawisko starzenia się ludności jest skorelowane ze wzrostem liczby osób cierpiących na choroby przewlekłe.

Przeciętnie osoba w wieku 60–69 lat zgłasza trzy przewlekłe choroby lub dolegliwości, wśród osób między 70. a 79. rokiem życia średnia wynosi 4, a wśród najstarszych – 4,5 (35).

Tabela 2: Przewlekłe choroby lub dolegliwości przypadające statystycznie na jedną osobę

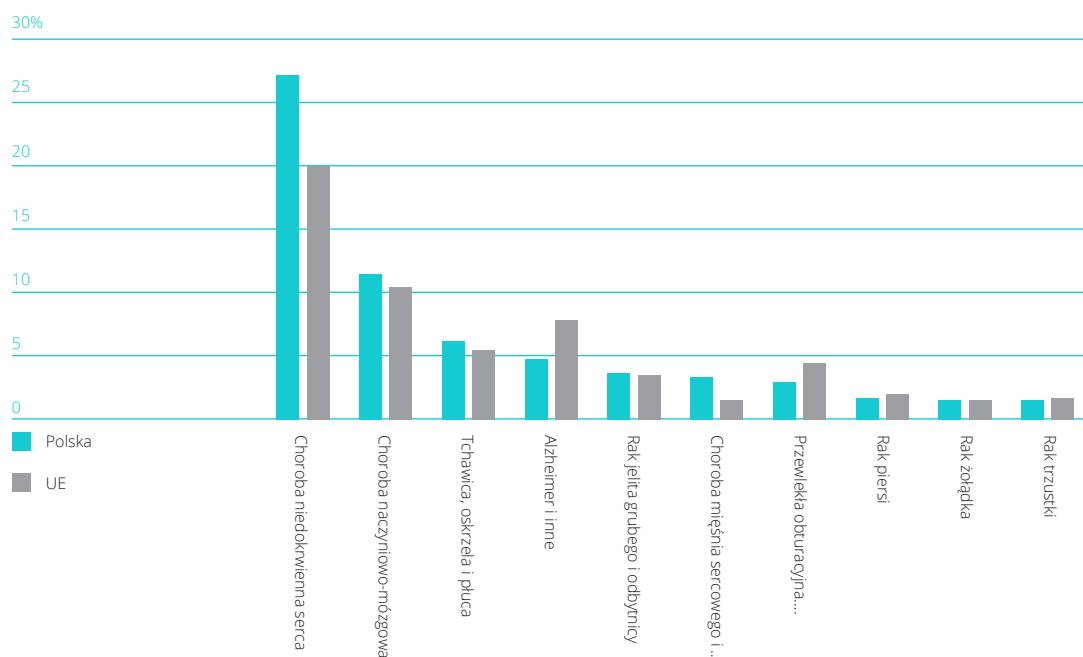
Grupa wiekowa	Kobiety	Mężczyźni	Średnia
Ogółem	3,9	3,2	3,6
60–69 lat	3,4	2,8	3,1
70–79	4,4	3,7	4,1
80+	4,6	4,3	4,5

Źródło: GUS (2014)

Zgodnie z globalnymi trendami, poważne obciążenie stanowią w Polsce choroby niezakaźne.

⁸ Współczynnik obciążenia demograficznego = liczba seniorów (osób w wieku emerytalnym) podzielona przez liczbę osób w wieku produkcyjnym.

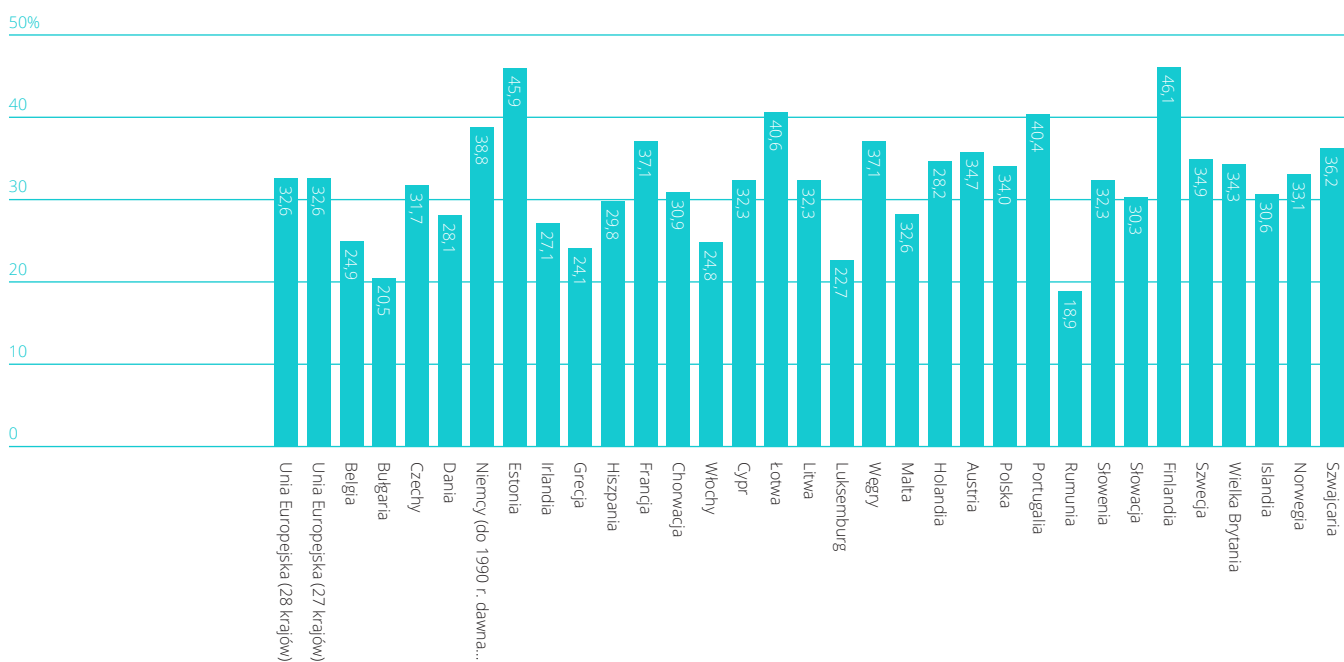
Rys. 18: Główne choroby niezakaźne jako przyczyna zgonu w Polsce na tle średniej UE



Źródło: OECD (2013)

Liczba osób z długotrwałą chorobą lub problemem zdrowotnym (według samych zgłaszających-respondentów) plasuje się blisko średniej unijnej, co pokazano na rys. 19.

Rys. 19: Osoby z długotrwałą chorobą lub problemem zdrowotnym (według zgłaszających-respondentów, %) w 2014 r.



Źródło: Eurostat (2014)

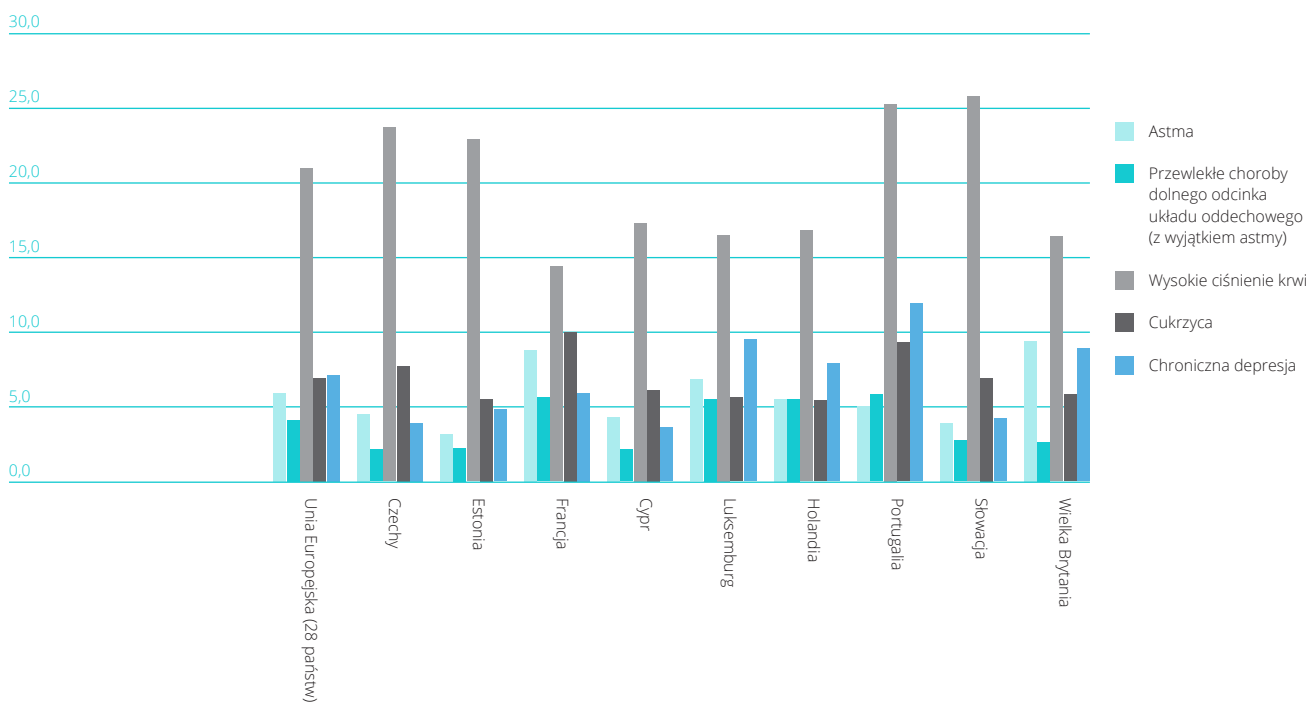
Tabela 3: Sześć najczęściej występujących dolegliwości zdrowotnych/chorób przewlekłych (zgłaszane przez samych pacjentów) (EHIS, 2014)

	Mężczyźni	w %	w %	Kobiety
	Bóle dolnej partii pleców	21,2	28,4	Bóle dolnej partii pleców
	Wysokie ciśnienie krwi	20,7	25,2	Wysokie ciśnienie krwi
	Bóle szyi	13,0	21,0	Bóle szyi
	Bóle środkowej partii pleców	12,9	19,6	Choroba zwyrodnieniowa stawów
	Choroba zwyrodnieniowa stawów	10,3	19,0	Bóle środkowej partii pleców
	Choroba wieńcowa	8,0	13,2	Silne bóle głowy (migrena)

Źródło: GUS (2015) (36)

Problemy zdrowotne zgłaszane przez respondentów generują również wydatki NFZ na opiekę ambulatoryjną i stacjonarną. W porównaniu do pozostałych krajów UE, mieszkańcy Polski charakteryzują się podobną częstością występowania problemów zdrowotnych.

Rys. 20: Odsetek respondentów zgłaszających choroby przewlekłe (według samych pacjentów)



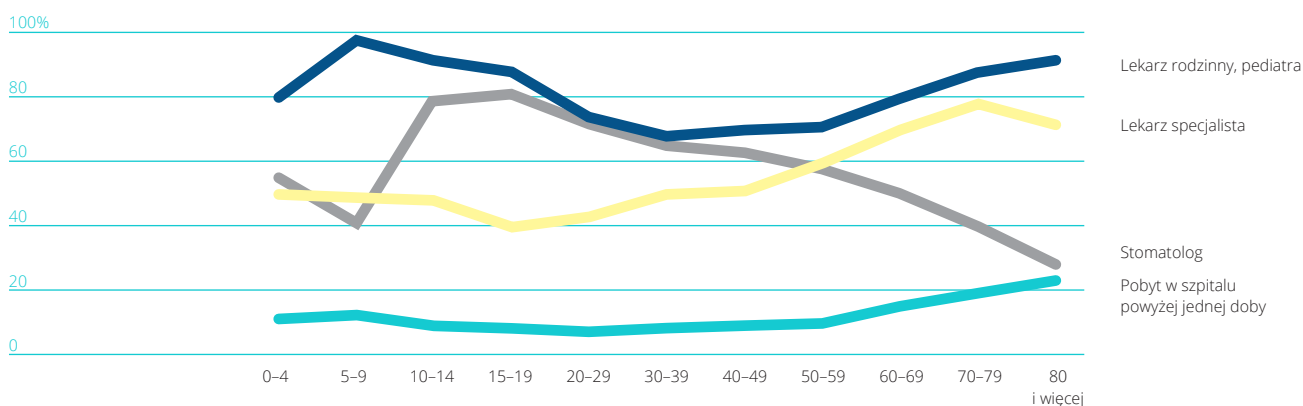
Źródło: Global Burden of Disease Study (2015)

4. Brak kompleksowych programów profilaktycznych

Jak czytamy w raporcie Najwyższej Izby Kontroli z 2015 r., w ponad połowie placówek skontrolowanych przez NIK podstawowa opieka zdrowotna jest zbyt mało skuteczna w ochronie zdrowia, zapobieganiu chorobom i ich wczesnym wykrywaniu. W analizowanym okresie mniej lekarzy POZ udzieliło porad profilaktycznych, w szczególności w zakresie tzw. chorób cywilizacyjnych, którym w znacznej mierze da się zapobiegać. Liczba pacjentów poddanych badaniu w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego, będących w Polsce najczęstszą przyczyną zgonów, spadła o ponad 26%. Dane NFZ pokazują, że z populacji osób kwalifikujących się do badań przesiewowych, w programie uczestniczy zaledwie 3% (37). Ponieważ liczba pacjentów włączonych do programu badań przesiewowych systematycznie maleje, konieczne staje się wprowadzenie zmian organizacyjnych i finansowych, mających na celu zarówno rozpowszechnienie, jak i poprawę skuteczności działań profilaktycznych. Niewielka liczba interwencji u pacjentów z podwyższonymi czynnikami ryzyka wskazuje na konieczność włączenia do programu wyszkolonych pielęgniarek i specjalistów ds. zdrowia publicznego (38). W niedawnych badaniach potwierdzono korzyści płynące z zastosowania dużych, zintegrowanych grup personelu medycznego, wykorzystujących elektroniczne rejestry danych na polu poprawy jakości i profilaktyki. Wyniki badań zdecydowanie przemawiają za wprowadzeniem w najbliższej przyszłości modelu opieki koordynowanej i zespołów do realizacji takiej opieki w POZ (39).

Program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy stanowi doskonały przykład niedoskonałości i niedociągnięć obecnie prowadzonych programów profilaktycznych. W programie obserwuje się stałą lub malejącą liczbę patientek włączonych do badania przesiewowego. Jednym z głównych problemów związanych z wdrożeniem tego programu profilaktycznego jest niski wskaźnik udziału lekarzy rodzinnych. **Według badania (SIMP), tylko 3% lekarzy rodzinnych zaprosiło swoje pacjentki na badanie przesiewowe.**

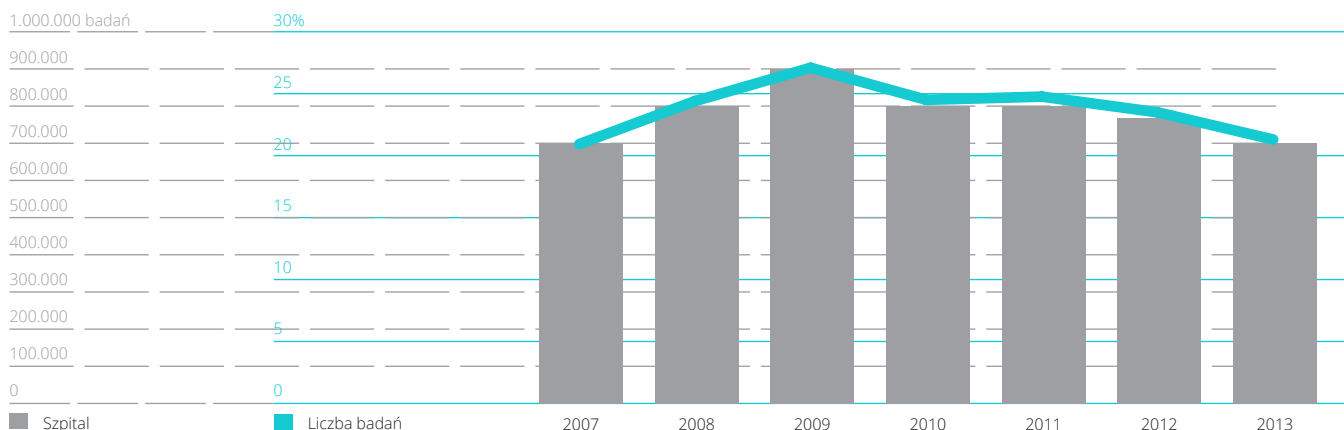
Rys. 21: Odsetek osób przebadanych w 2014 roku



Źródło: GUS (2014)

Zaleca się, aby lekarze i pielęgniarki POZ silniej angażowali się w pozyskiwanie pacjentów do udziału w programach profilaktycznych, takich jak program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Może to zwiększyć frekwencję i przynieść korzyści wielu różnym grupom pacjentów, np. kobietom, które nie wykonują regularnych badań cytologicznych (40). (Rys. 22)

Rys. 22: Liczba badań cytologicznych i odsetek przebadanych osób w latach 2007–2013

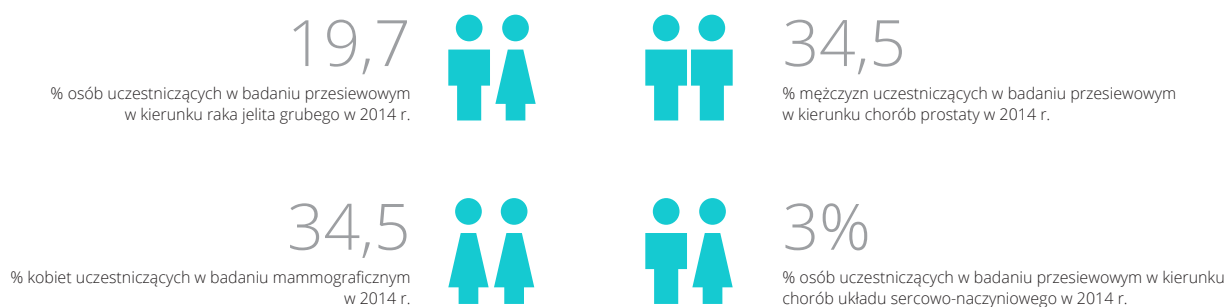


Źródło: Januszek-Michalecka (2015)

W okresie dwóch lat, między rokiem 2012 a 2014, NIK zanotował 15% spadek liczby pacjentów objętych badaniami przesiewowymi w kierunku gruźlicy oraz 23% spadek liczby pacjentów objętych badaniami przesiewowymi w kierunku chorób związanych z paleniem tytoniu, takich jak np. rak płuca (37).

Podawane przez GUS wskaźniki kurczącego się uczestnictwa w programach profilaktycznych wskazują na poważne wady w kształcie i realizacji tego rodzaju programów. **W 2015 r. tylko 3% populacji wzięło udział w programach profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego. W 2014 roku 19,7% uczestniczyło w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego (36).**

Schemat 4: Wskaźniki uczestnictwa w programach profilaktycznych w Polsce



Źródło: GUS (2014)

Pomimo wysokiej częstości występowania chorób niezakaźnych, potencjał edukacji i promocji zdrowia w kontekście przeciwdziałania otyłości oraz generalnie prewencji chorób pozostaje w dużej mierze niewykorzystany, choć są to programy pozwalające na uwzględnienie konkretnych cech i potrzeb pacjenta i stanowiące ważną broń w walce z chorobami niezakaźnymi.

Opieka długoterminowa w Polsce: punkt wyjścia dla modelu 3

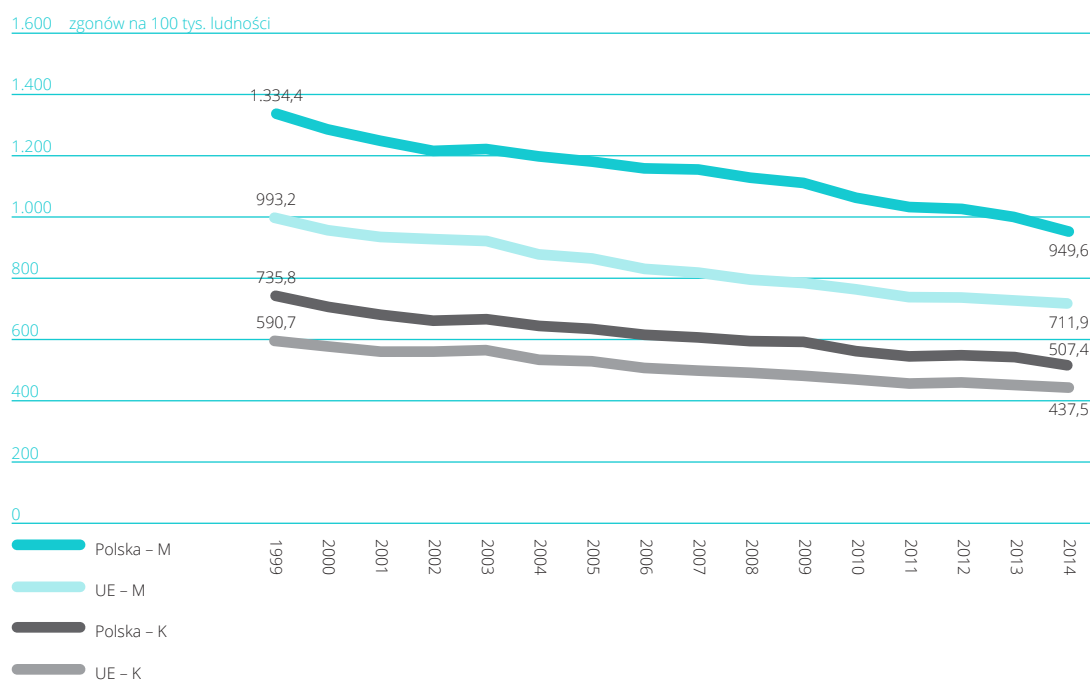
Opieka koordynowana po hospitalizacji dla osób w wieku 65+

Zdrowie

Umieralność: 65+

W 2014 r. zgony osób po 60 roku życia stanowiły 82% zgonów ogółem, tj. o osiem punktów procentowych więcej niż w roku 1990. Wynika to bardziej z postępującego starzenia się społeczeństwa niż wzrostu częstotliwości zgonów w grupie osób starszych. Współczynnik umieralności w tej grupie wiekowej zmniejszył się o 14 zgonów na tysiąc osób, podczas gdy współczynnik umieralności dla populacji ogółem utrzymuje się od 1990 roku na tym samym poziomie. Najwyższa umieralność jest obecnie notowana dla grupy osób w wieku 80+, a nie 75+.

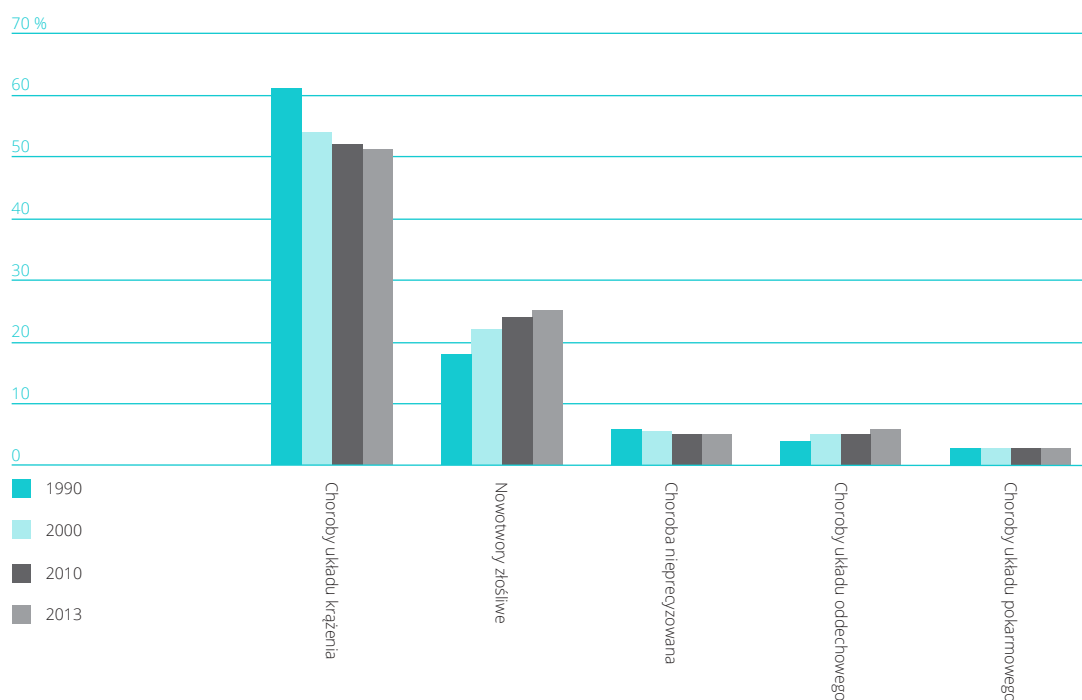
Rys. 23 Standaryzowany całkowity współczynnik umieralności na 100 000 mieszkańców, mężczyźni (M) i kobiety (K) w Polsce oraz średnia dla krajów UE28



Źródło: NIZP-PZH (2016)

Główną przyczyną zgonów osób w wieku 60+ są choroby układu krążenia. W 2013 roku były one przyczyną około 60% zgonów w tej grupie wiekowej; 80% wszystkich zgonów z powodu chorób krążenia zanotowano w grupie osób w wieku 60+⁹. Drugą najczęściej spotykaną przyczyną zgonów w omawianej grupie wiekowej jest rak. Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych wzrósł od 1990 r. o 7 punktów procentowych¹⁰. Na następnych miejscach wśród przyczyn zgonów w grupie osób w wieku 60+ należy wymienić nieznane przyczyny, choroby układu oddechowego oraz cukrzycę, co pokazano na rys. 24.

Rys. 24: Zgony w grupie osób w wieku lat 60 i starszych, według wybranych przyczyn (w %)



Źródło: GUS (2014)

W 2014 r. średnia oczekiwana długość trwania życia w momencie narodzin wynosiła 73,8 roku dla mężczyzn i 81,6 dla kobiet, natomiast średnie dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 70 lat wynosiło 12,9 roku, a dla kobiet 16,3 roku (41). Pomimo znacznej poprawy obserwowanej od 1991 r., Polska nadal zajmuje ostatnie miejsce w UE pod względem tego wskaźnika.

Zachorowalność 65+:

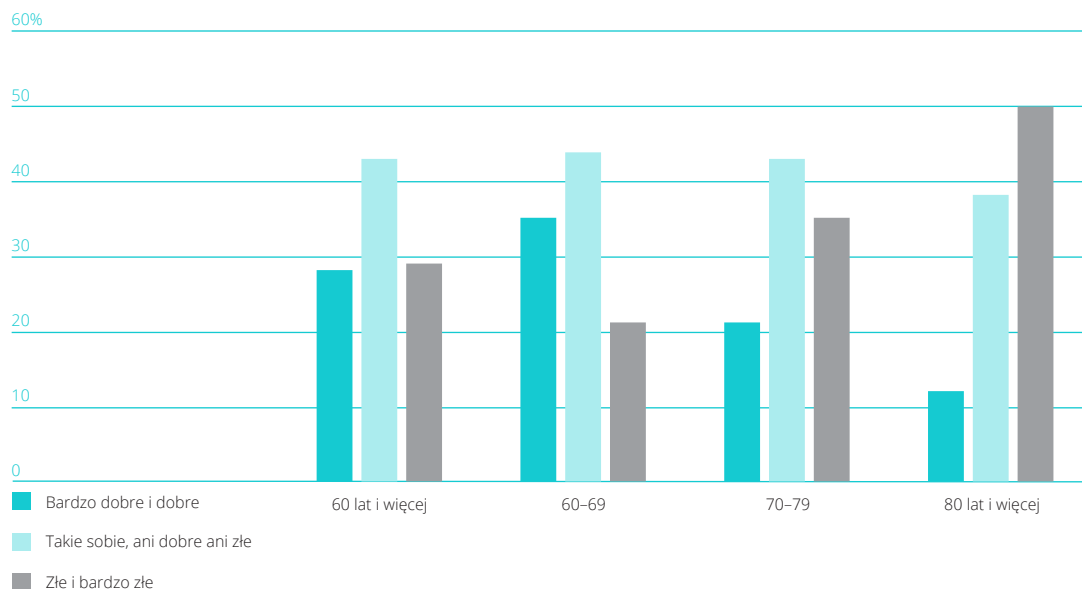
Choć subiektywna ocena własnego stanu zdrowia nie jest wśród mieszkańców Polski ani zdecydowanie pozytywna, ani zdecydowanie negatywna, podczas analizy danych widać pewną dynamikę. Rosnący wiek jest odwrotnie skorelowany z subiektywną oceną własnego zdrowia jako dobrą. W porównaniu z danymi z 2009 r., wzrósł poziom zadowolenia z własnej kondycji zdrowotnej

⁹ Wśród chorób układu krążenia do najczęstszych przyczyn zgonów należy choroba niedokrwienna serca oraz choroba wieńcowa.

¹⁰ Pod względem umieralności z powodu nowotworów złośliwych do najgroźniejszych nowotworów w grupie wiekowej 65+ należą: rak tchawicy, oskrzeli i płuc oraz rak jelita grubego.

w grupach wiekowych 60–79 lat, ale zaobserwowano spadek tego wskaźnika w grupie osób najstarszych. Ocena własnego stanu zdrowia różni się w zależności od płci: kobiety zazwyczaj oceniają swoją sytuację zdrowotną gorzej od pytanych o stan własnego zdrowia mężczyzn.

Rys. 25: Samoocena stanu zdrowia osób w wieku lat 60 i starszych (w %)



Źródło: GUS (2016)

Jak informuje GUS, w populacji osób w wieku 60+ najczęściej występującą dolegliwością jest wysokie ciśnienie tętnicze, przy czym jest ono częściej zgłaszane przez kobiety. W tabeli 4 poniżej uszeregowano choroby najczęściej zgłaszane przez respondentów w roku 2014.

Tabela 4: Najczęściej zgłaszane schorzenia w grupie osób w wieku 65+

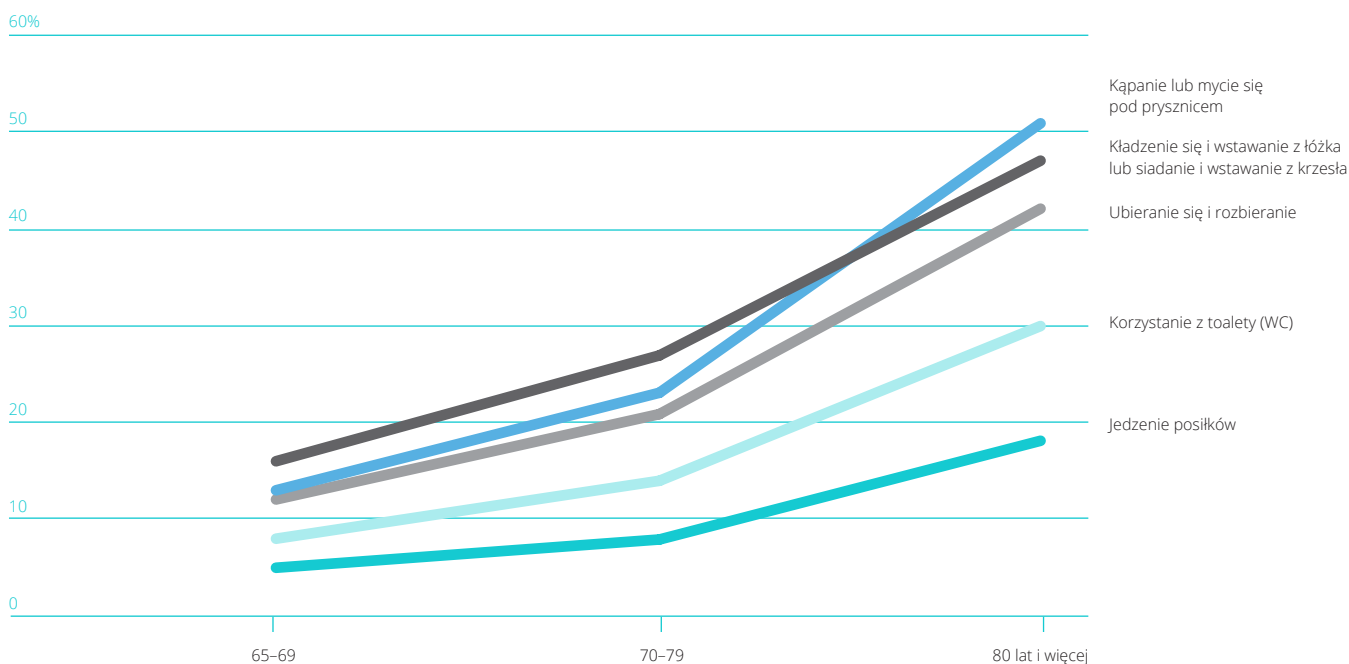
	Mężczyźni	%	%	Kobiety
	Wysokie ciśnienie krwi	47,2	56,3	Wysokie ciśnienie krwi
	Bóle dolnej partii pleców	36,2	47,3	Choroba zwyrodnieniowa stawów
	Choroba zwyrodnieniowa stawów	29,0	45,5	Bóle dolnej partii pleców
	Choroba wieńcowa, dusznica bolesna	24,8	33,9	Bóle szyje i bóle chroniczne
	Bóle środkowej partii pleców	24,0	32,4	Bóle środkowej partii pleców
	Bóle szyjne i bóle chroniczne	23,7	28,0	Choroba wieńcowa, dusznica bolesna
	Choroby prostaty (przerost prostaty)	22,5	17,6	Cukrzyca
	Cukrzyca	17,7	17,2	Choroba tarczycy
	Zawał serca i jego następstwa	13,0	15,4	Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolą pęcherza moczowego

Źródło: GUS (2016)

Współczynnik hospitalizacji jest niemal dwukrotnie wyższy w przypadku osób starszych, w porównaniu do współczynnika dla ludności ogółem. W całym 2014 roku 20% osób w wieku 65+ zostało przyjętych do szpitala na więcej niż jedną dobę. W tej grupie osób mężczyźni – zwłaszcza starsi – byli hospitalizowani częściej niż kobiety. W miarę jak stan zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem, rosną również współczynniki hospitalizacji: w populacji w wieku 60–69 lat współczynnik wynosi 18%, a w populacji 80+ już 25% (dane za 2014 rok). Tendencje te są dodatkowo wzmacniane przez wysokie wskaźniki re-hospitalizacji osób starszych.

W ankiecie przeprowadzonej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Higieny (NIZP-PIH) pytano respondentów w starszym wieku, które czynności dnia codziennego są dla nich najbardziej wymagające. Za najtrudniejsze uznano: wstawanie, siedzenie lub leżenie na łóżku/w fotelu; korzystanie z prysznica i kąpieli. We wszystkich grupach wiekowych za czynność sprawiaczącą najmniej trudności uznano jedzenie.

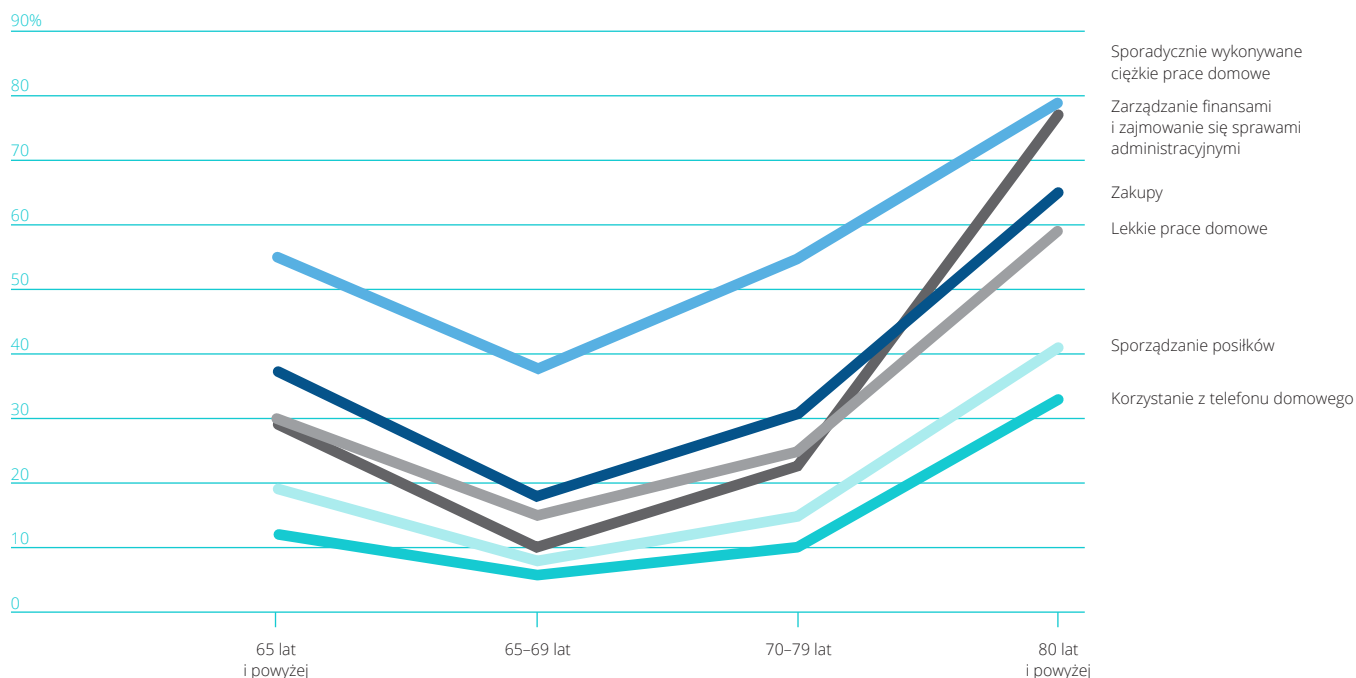
Rys. 26: Czynności dnia codziennego sprawiaczące największą trudność (%)



Źródło: NIZP-PZH (2016)

Jeśli chodzi o trudności związane z wykonywaniem domowych obowiązków, za najtrudniejsze uznano sporadycznie wykonywane ciężkie prace domowe oraz zakupy, natomiast za najmniej wymagające – przyjmowanie leków i przygotowywanie posiłków.

Rys. 27: Trudności z wykonywaniem domowych obowiązków (%)



Źródło: NIZP-PZH (2016)

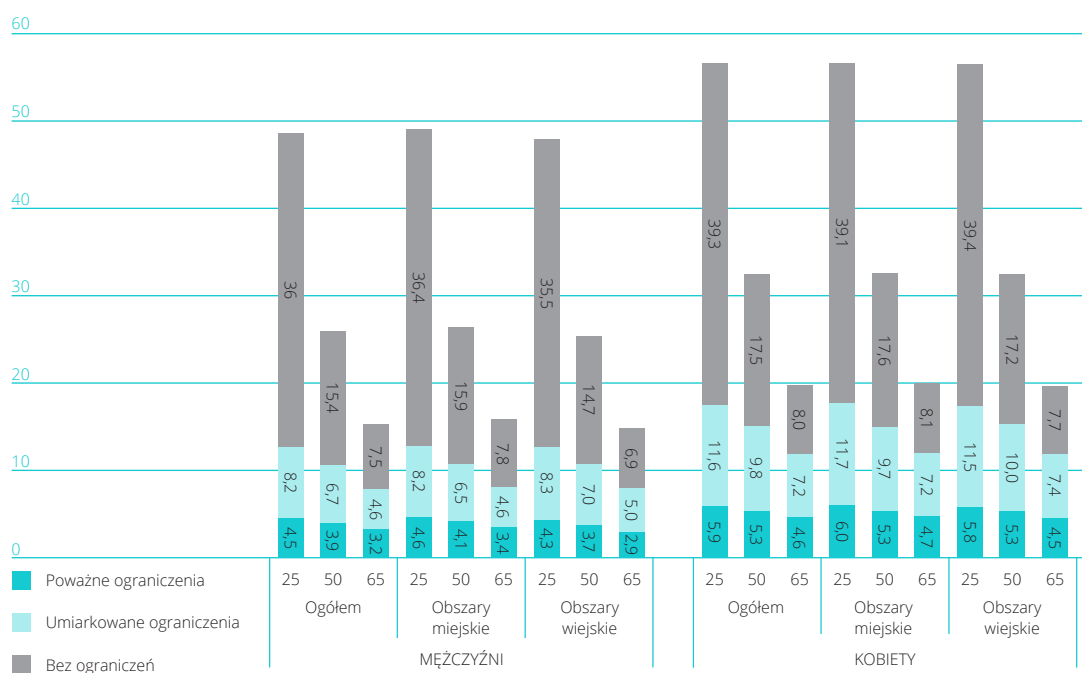
Korzystając z danych z projektu SHARE, przeprowadzono w Polsce w latach 2011–2012 badanie wśród ludności w wieku 50+: okazało się, że 34,8% respondentów uznaje swój stan zdrowia za dobry, 34% za dość dobry, 23% za słaby, a niespełna 7% oceniło swoją ogólną kondycję zdrowotną jako bardzo dobrą lub doskonałą. Idąc dalej, 67% badanych podało, że (w ówczesnym czasie) cierpi na długotrwałą chorobę. Najczęstszym schorzeniem zgłaszanym w Polsce przez osoby w wieku 50+ jest wysokie ciśnienie tętnicze – 44% zgłasza to jako chorobę, na którą cierpi/cierpiało w pewnym momencie swojego życia; 22% ma wysoki poziom cholesterolu; 14% cukrzycę lub podwyższoną glikemię; 6% choruje na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP); 61% respondentów odczuwa bóle pleców, kolan, bioder lub innych stawów; a 21% ma problemy kardiologiczne (42).

Pod względem trudności w funkcjonowaniu na co dzień, respondenci badani w ramach projektu SHARE za najtrudniejsze uznali podnoszenie, pchanie lub ciągnięcie ciężkich przedmiotów, a także podnoszenie się z krzesła do pozycji stojącej. Ogółem, 23% respondentów ocenia, że ich zdolność do wykonywania wymienionych czynności jest poważnie ograniczona z powodu stanu zdrowia; 34% ma niewielkie ograniczenia; a 42% nie odczuwa żadnych ograniczeń pod tym względem (42).

W swoim najnowszym raporcie NIZP-PZH wyliczył współczynnik lat przeżytych w zdrowiu (nazywany również współczynnikiem oczekiwanej długości życia bez niepełnosprawności) dla osób w wieku 25, 50 i 65 lat. Mężczyźni w wieku 65 lat mają przed sobą średnio 7,5 roku życia w zdrowiu oraz 8 lat życia w zdrowiu

z występowaniem pewnych ograniczeń (o umiarkowanym i ciężkim stopniu zaawansowania), podczas gdy kobiety w wieku 65 lat mogą się statystycznie spodziewać 8 lat życia w zdrowiu, ale po osiągnięciu wieku 73 lat ich kondycja ulega pogorszeniu i szacuje się ją na 7,2 roku życia z umiarkowanymi ograniczeniami oraz 4,6 roku z poważnymi ograniczeniami. W Polsce, zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet w wieku 65 lat, średnia oczekiwana dalsza długość życia oraz dalsza długość życia w zdrowiu jest wyższa wśród osób mieszkających na obszarach miejskich, w porównaniu do ludności zamieszkującej obszary wiejskie.

Rys. 28: Współczynnik lat przeżytych w zdrowiu dla osób w wieku 25, 50 i 65 lat, według płci, dla mieszkańców obszarów miejskich i wiejskich w Polsce, lata 2011–2013



Źródło: NIZP-PZH (2016)

W ramach projektu SHARE oceniono również poziom satysfakcji z życia oraz występowanie depresji w polskiej populacji osób w wieku 50+. Okazuje się, że 44% respondentów to ludzie szczęśliwi, 39% tylko niekiedy, 16% rzadko, a 2% respondentów nigdy nie odczuwa szczęścia. Badanie ocenia również występowanie depresji wśród uczestników za pomocą skali EURO-D¹¹. Zgodnie z wynikami, 11% respondentów nie ma depresji, 19% ma współczynnik EURO-D równy 1, a około 9% respondentów uzyskało więcej niż 8 punktów na skali depresji.

Ponad 73% populacji 60+ to osoby generalnie zadowolone z życia, a 71% to osoby zadowolone ze swojej sytuacji rodzinnej. Jednak gdy uwzględnimy

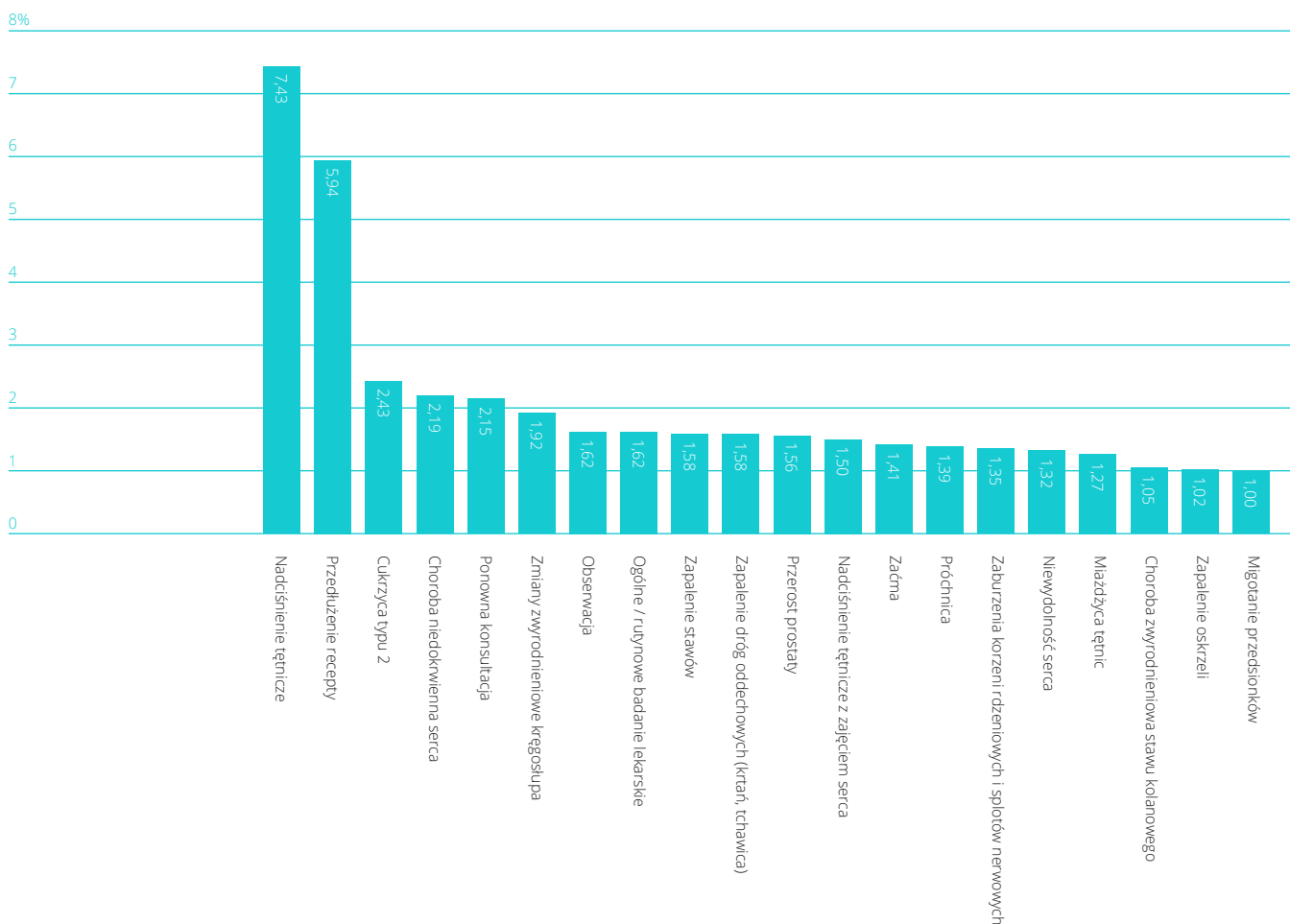
¹¹ EURO-D to dwunastopunktowy kwestionariusz badający występowanie depresji, wypełniany przez respondenta, gdzie wynik końcowy 0 oznacza brak depresji, a wynik 12 oznacza ciężką depresję.

wskaźnik dobrostanu, okaże się, że tylko 40% respondentów to osoby cieszące się dobrostanem (35).

Najczęściej diagnozowane choroby w populacji 65+ w Polsce

Jak wynika z danych NFZ, najczęściej spotykane rozpoznania w grupie osób w wieku 65+ to nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba wieńcowa, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, zapalenia dróg oddechowych i infekcje.

Rys. 29: Najczęściej stawiane rozpoznania w populacji 65+ w 2015 roku



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2017)

Większość rozpoznań stawianych jest w POZ; wyjątkiem od tej reguły są diagnozy dotyczące zębów, zapalenia kostno-stawowego w stawie kolanowym, przerostu prostaty oraz zaćmy, które zazwyczaj stawia się w AOS. Od 20% do 30% przypadków zapalenia kostno-stawowego w stawie kolanowym jest diagnozowanych na poziomie rehabilitacji medycznej. Poza tym, choroby układu krążenia często są diagnozowane w opiece stacjonarnej, dotyczy to w szczególności takich schorzeń jak migotanie i trzepotanie przedsionków, niewydolność serca oraz miażdżyca tętnic.

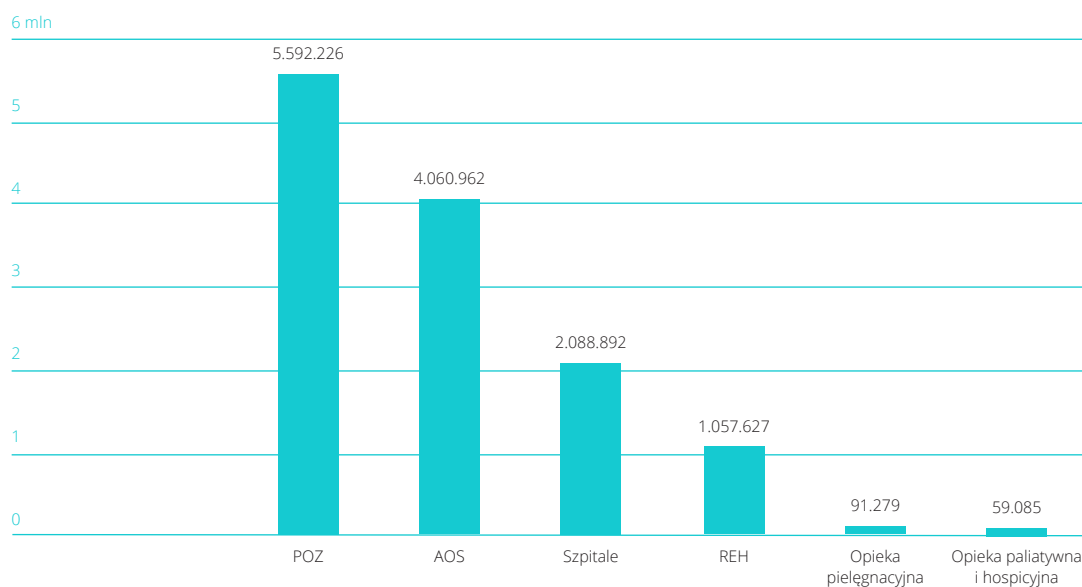
Rys. 30. Najczęściej stawiane rozpoznania wśród populacji 65+ w 2015 r.



Leczenie – konsumpcja świadczeń w opiece zdrowotnej

W NFZ ubezpieczonych jest 5,88 mln osób powyżej 65. roku życia. Ta populacja generuje dla NFZ roczny koszt w wysokości około 17,37 mld zł, co stanowi prawie 26% całego budżetu NFZ, w oparciu o szacunki z 2015 r. Struktura pacjentów pod względem poziomu opieki jest zdominowana przez POZ (5,6 mln pacjentów) i AOS (4 mln pacjentów)¹². W związku z kształtem polskiego modelu ochrony zdrowia, w którym droga to specjalistów wiedzie przez „bramę”, jaką jest lekarz POZ, przyjmuje się, że znaczny odsetek pacjentów POZ pojawia się również na poziomie AOS. W szpitalach leczy się około dwóch milionów pacjentów, a jeden milion korzysta z usług rehabilitacyjnych. Opieką długoterminową objętych jest 91.000 osób, a opieki paliatywnej i hospicyjnej wymaga 60.000 osób. W populacji 65+ w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych przebywa 46,000 osób, według stanu na 2014 r.

Rys. 31: Liczba pacjentów z grupy wiekowej 65+ w 2015 r., według rodzaju placówki

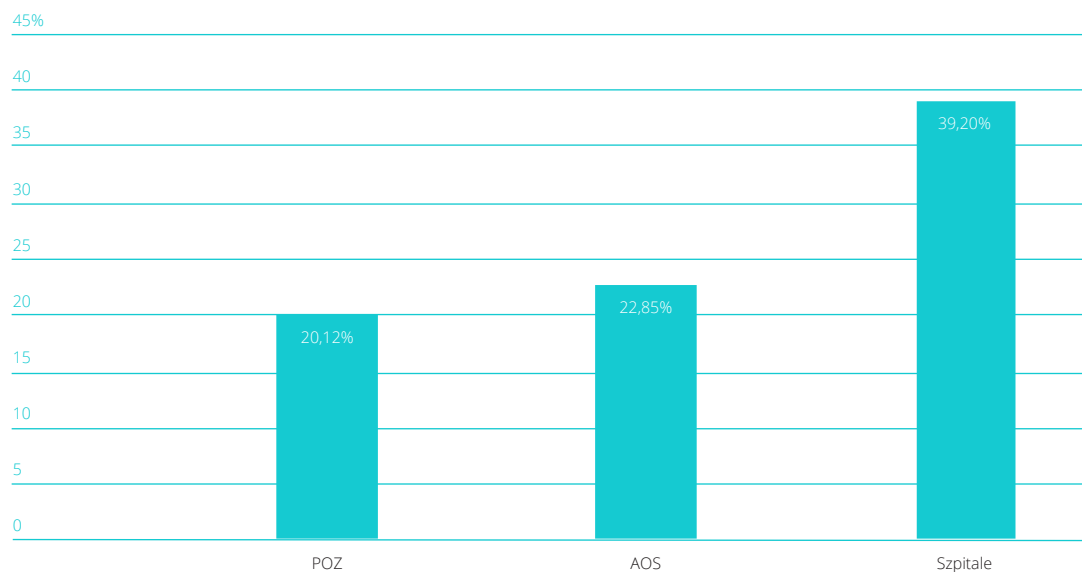


Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2017)

W Polsce w 2015 roku 20% ogółu pacjentów POZ stanowiły osoby powyżej 65. roku życia; w AOS osoby z tej grupy wiekowej stanowiły 23% populacji pacjentów, a w opiece stacjonarnej (szpitale) 39%.

¹² Są to wartości nominalne i nie należy ich utożsamiać z indywidualnymi osobami.

Rys. 32: Pacjenci z grupy wiekowej 65+ jako odsetek pacjentów ogółem w 2015 r.



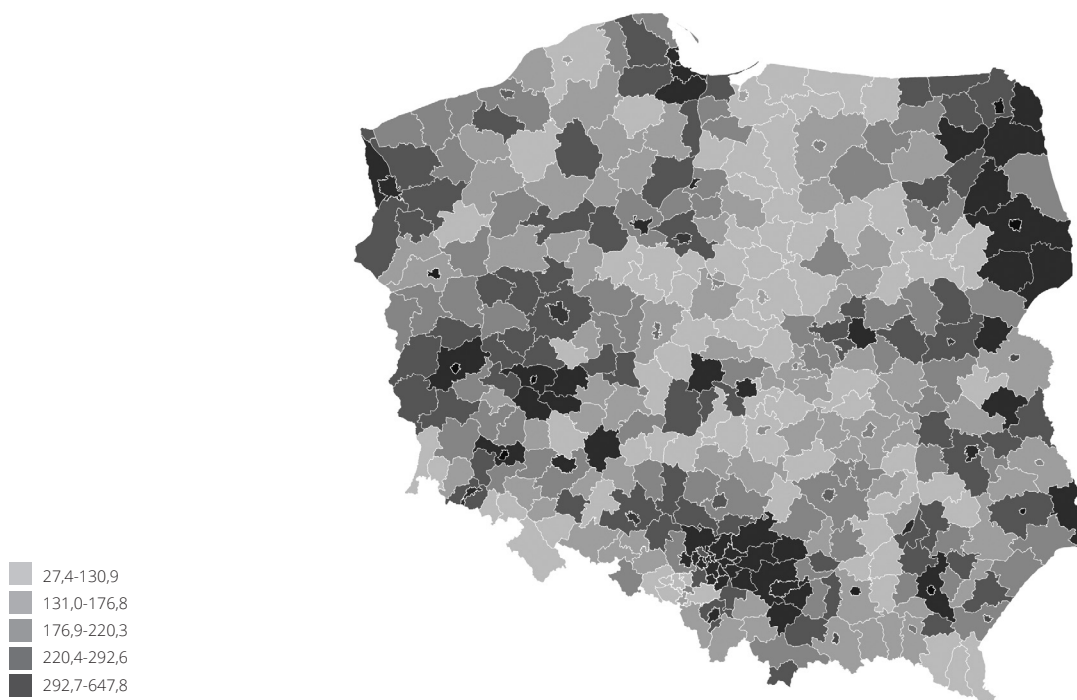
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2017)

Wśród poradni specjalistycznych obsługujących osoby z grupy wiekowej 65+, najwięcej wizyt rejestruje się w ambulatoryjnych poradniach chirurgicznych (17%), okulistycznych (14%), kardiologicznych (11%) oraz neurologicznych (7%) (35). Według stanu na 2014 rok, 75% pacjentów w opiece długoterminowej i hospicyjnej opiece paliatywnej ma ponad 65 lat, z czego prawie 59% to osoby powyżej 80. roku życia.

Regiony i kraje mocno się do siebie różnią pod względem finansowania i liczby świadczeń, a także ich kosztu i skali konsumpcji. Ilustracją tego zjawiska mogą być świadczenia dotyczące choroby niedokrwiennej serca: w grupie wiekowej 65–69 lat współczynnik pacjentów AOS w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców jest 40 razy wyższy w powiecie kościerskim niż w powiecie wałbrzyskim. Podobne dysproporcje występują w przypadku nadciśnienia tętniczego, które jest najczęściej spotykanym problemem zdrowotnym wśród osób starszych. I tak na przykład w powiecie parczewskim współczynnik dla pacjentów w wieku 65–69 lat jest 50 razy wyższy niż w powiecie kłodzkim.¹³

¹³ Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ: <http://dane-i-analazy.pl/raport/1784-wb-analiza2-part09/zobacz/index.html>

Schemat 5: Świadczenia realizowane na poziomie AOS na rzecz populacji osób w grupie wiekowej 65–69 lat w związku z nadciśnieniem tętniczym I10–I13 jako współczynnik na 10 000 ubezpieczonych (2015) – szczebel powiatu



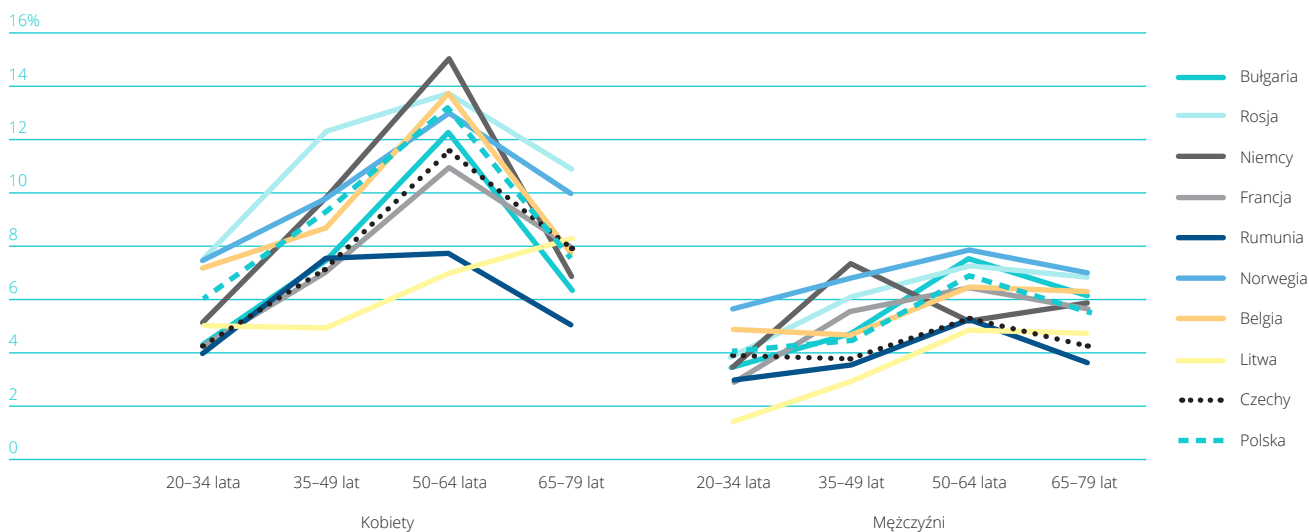
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Na schemacie 5 przedstawiono różne poziomy intensywności realizacji świadczeń z związku z nadciśnieniem tętniczym oraz akumulację wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnych świadczeń w niektórych regionach. Tego typu mapa ilustrująca skalę konsumpcji świadczeń może być punktem wyjścia do nazwania czynników leżących u źródeł takiego zróżnicowania, takich jak np. niezdrowy styl życia albo niski wskaźnik uczestnictwa w programach zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób.

Opieka formalna

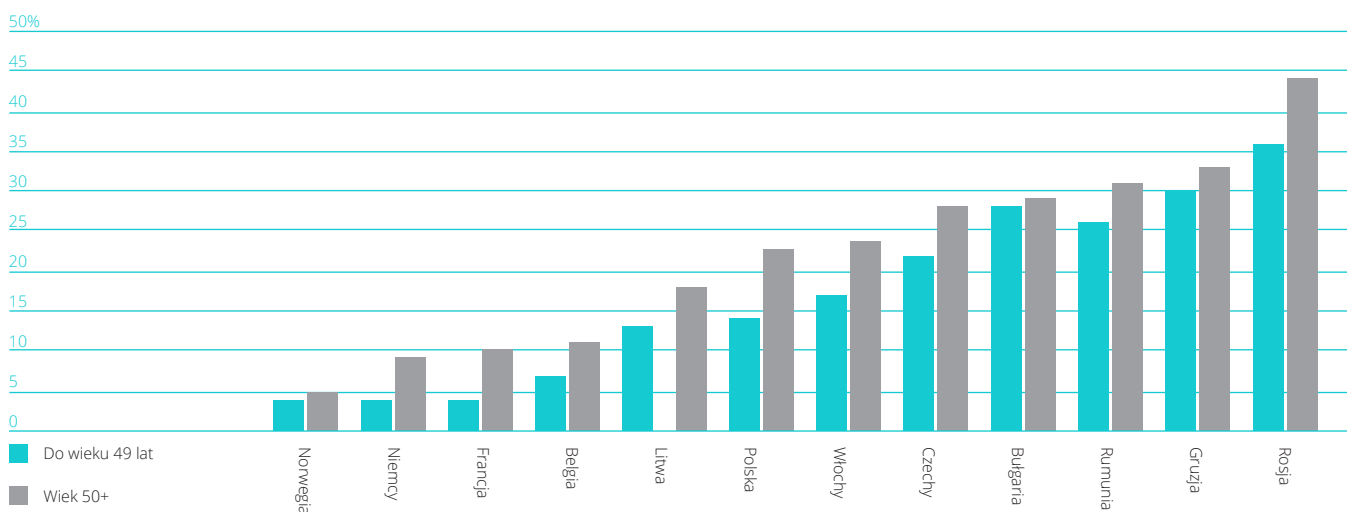
Kolejną cechą charakterystyczną polskiego systemu ochrony zdrowia jest niska dostępność formalnej opieki nad seniorami: z opieki zinstytucjonalizowanej korzysta mniej niż jeden procent populacji osób w wieku 65+ oraz 1,6% osób powyżej 80. roku życia (20). Wśród nieformalnych opiekunów osób starszych 76% stanowią kobiety, przy czym w ponad połowie przypadków opiekunem jest syn/córka lub ich współmałżonek (43).

Rys. 33: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy opiekował(a) się Pan(i) inną osobą (nie uwzględniając małych dzieci)?”



Źródło: Bank Światowy (2015)

Rys. 34: Odsetek osób utożsamiających się z następującym stwierdzeniem: „Kiedy rodzice są w potrzebie, córki biorą na siebie większą odpowiedzialność niż synowie”



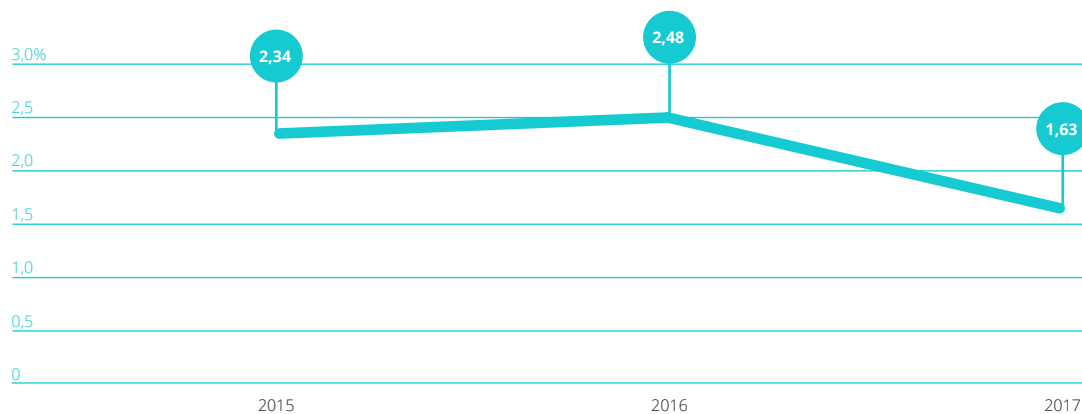
Źródło: Bank Światowy (2015)

Finansowanie 65+

Populacja 65+ odpowiada za niemal 26% budżetu NFZ w 2015 roku. Opieka szpitalna to prawie 18% budżetu, ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla osób starszych to 2,5%, opieka długoterminowa to 1,3%, a rehabilitacja to 1% budżetu NFZ. Warto przy tym zaznaczyć, że koszty POZ oparte są na stawce kapitałowej; a budżet kapitałowy szacuje się na 1,65 mld, co stanowi około 2,5% całkowitego budżetu NFZ w 2015 r.

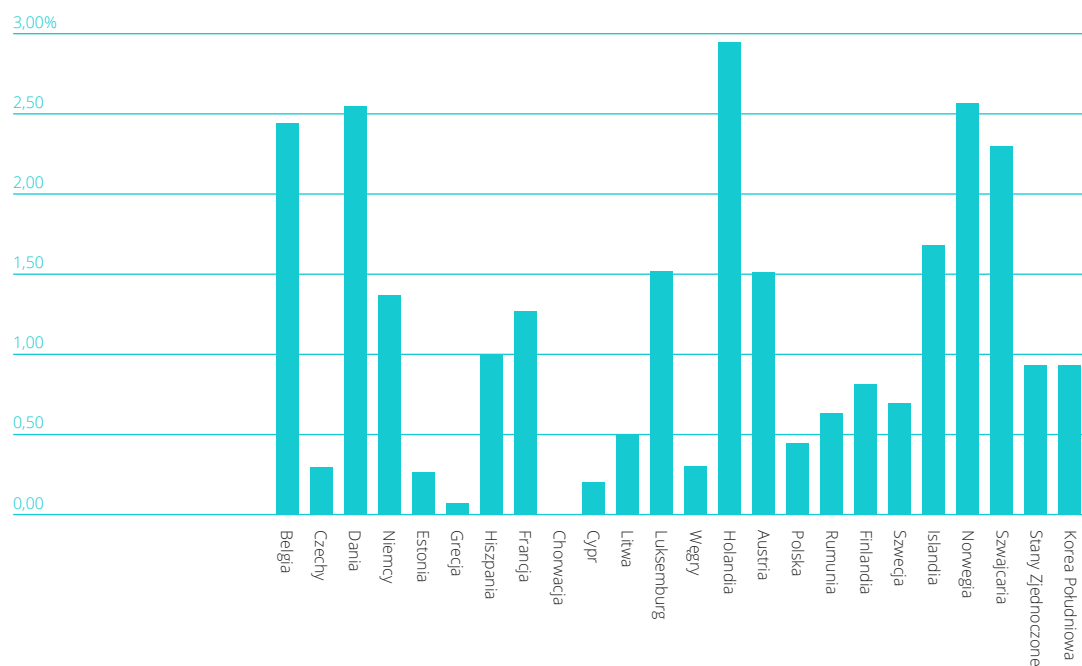
Jak informuje NFZ, w 2017 r. przewidywany jest spadek kosztów kontraktów na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej i paliatywnej. Kontrakty nie odzwierciedlają rzeczywistych wydatków jak wyżej, lecz jedynie szacunki.

Rys. 35: Kontrakty na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej (% budżetu NFZ)



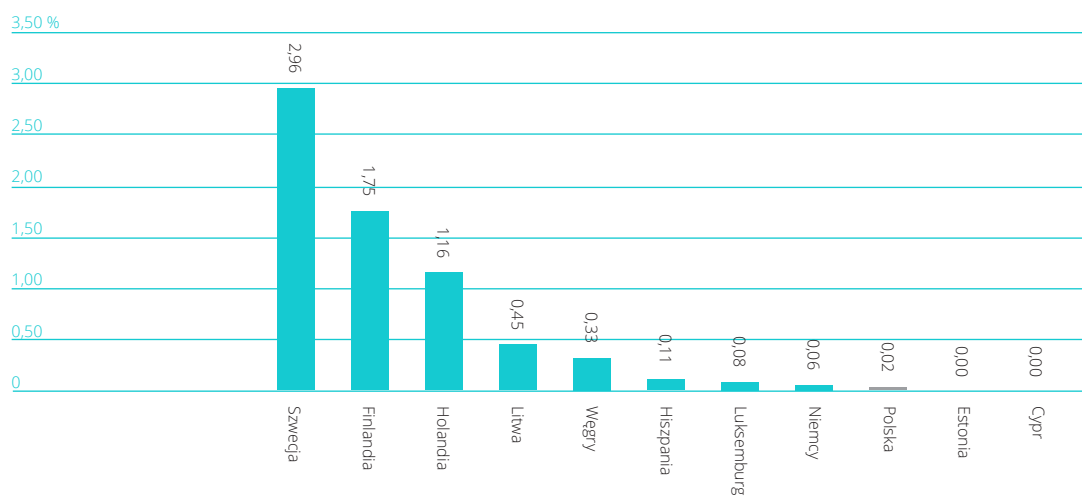
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Rys. 36: Wydatki na opiekę zdrowotną w zakresie świadczeń pielęgnacyjnej opieki długoterminowej (% PKB) w 2012 r.



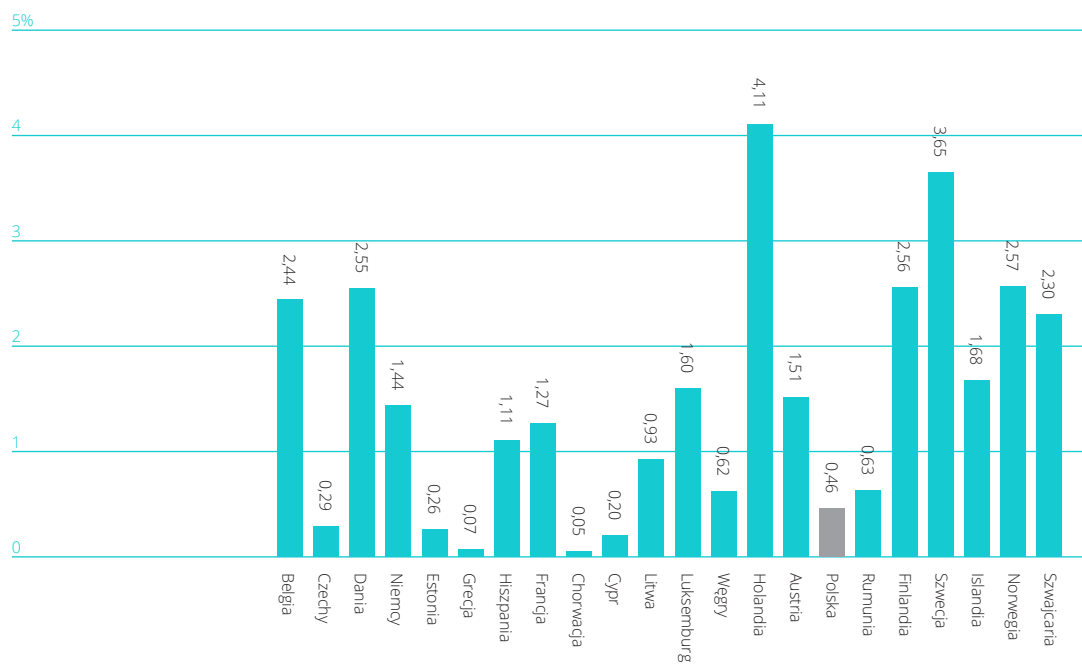
Źródło: Eurostat (2016)

Rys. 37: Wydatki na świadczenia socjalne związane z opieką długoterminową (% PKB), 2012 r.



Źródło: Eurostat (2016)

Rys. 38: Wydatki na opiekę długoterminową jako odsetek PKB, 2012 r.



Źródło: Eurostat (2016)

W 2015 r. średni koszt na osobę w wieku 65 lat wyniósł 2.539 zł. Z punktu widzenia NFZ, największe koszty generują osoby w wieku 75 lat: średni koszt to 3.228 zł rocznie (również w 2015 r.).

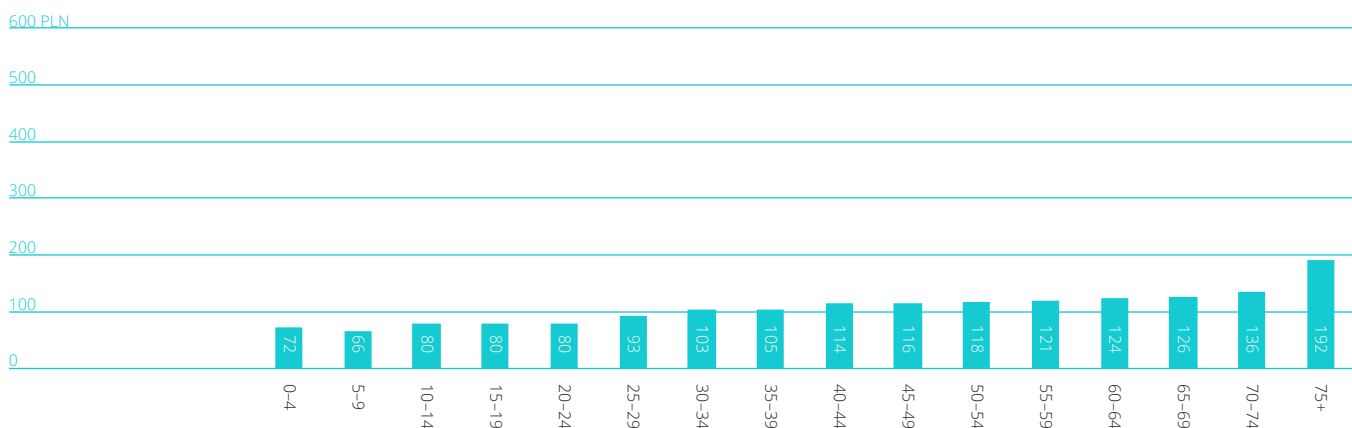
Rys. 39: Średni koszt pacjenta z perspektywy NFZ (2015)



Źródło: NFZ (2015)

Koszty opieki ambulatoryjnej według chorób

Rys. 40: Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem cukrzycy typu 2 w ramach AOS w 2015 r.



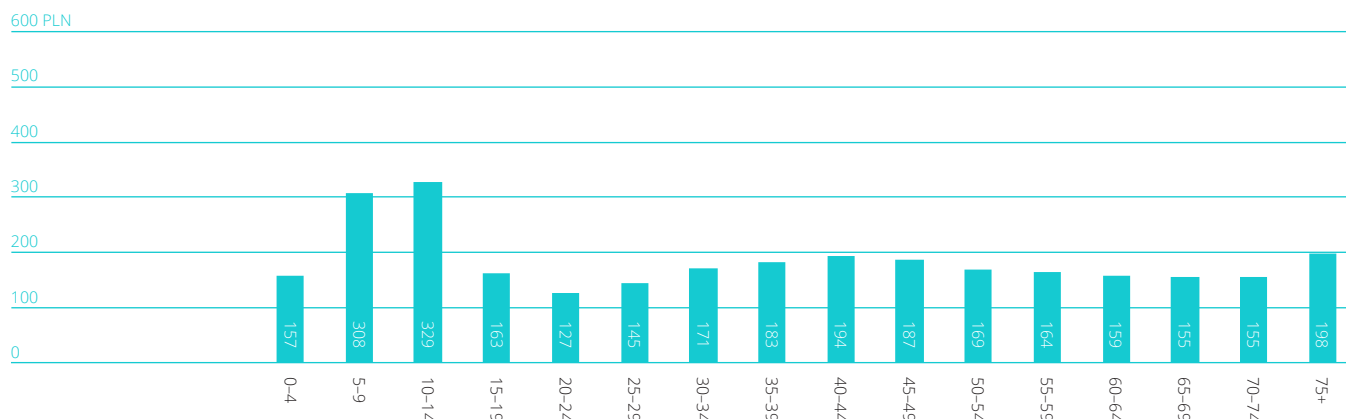
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2016)

Rys. 41: Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem nadciśnienia tętniczego (I10-I13) w ramach AOS w 2015 roku



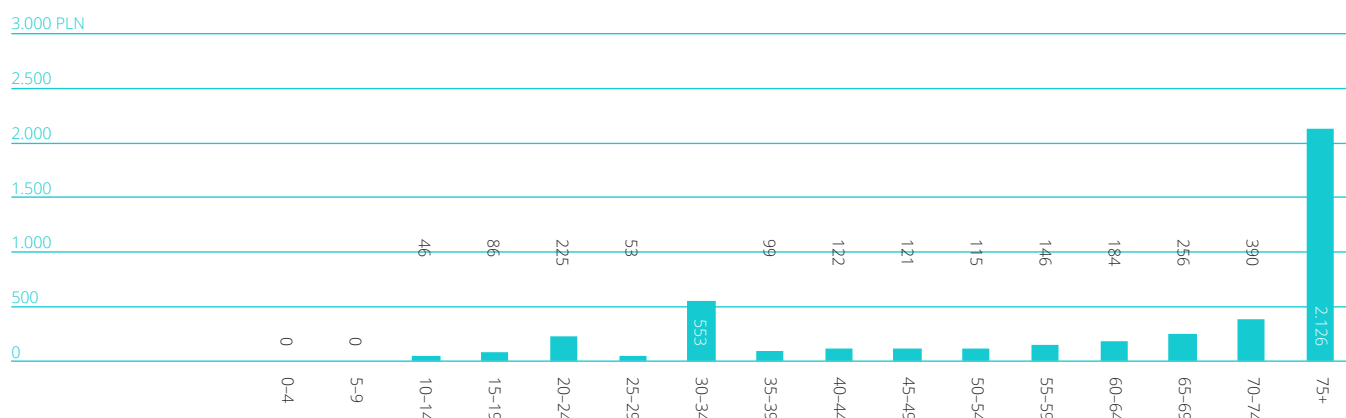
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2016)

Rys. 42: Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25) w ramach AOS w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Rys. 43: Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem miażdżycy tętnic (I70) w ramach AOS w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2016)

Rys. 44: Średnie wydatki NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta związane z leczeniem osteoporozy (M15-M21) w ramach AOS w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ (2016)

Demografia 65+

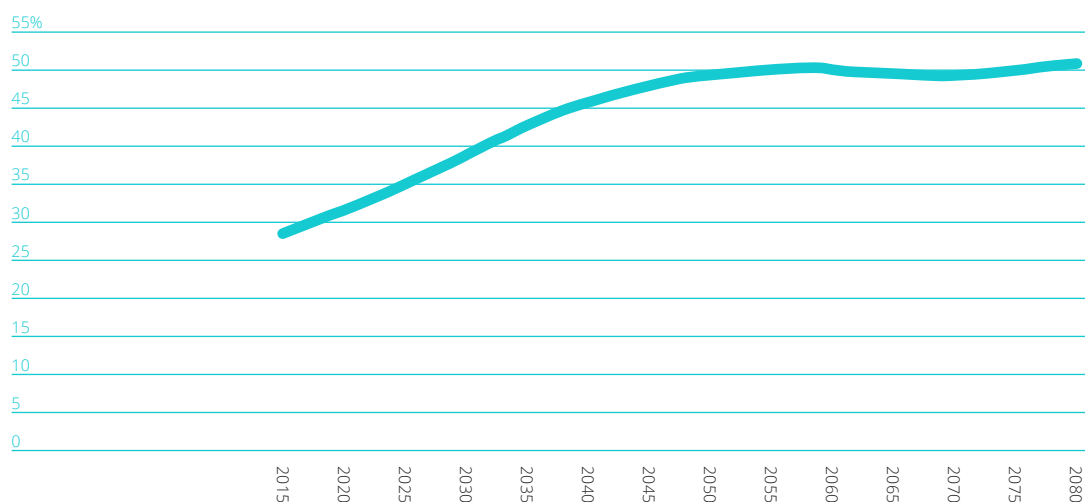
Rys. 45: Ludność Polski według stanu na grudzień 2015 r.



Źródło: GUS (2016)

Podobnie jak w innych krajach Europy, wyzwaniem dla Polski jest również gwałtowne starzenie się społeczeństwa. Według najnowszych doniesień, współczynnik obciążenia demograficznego wynosi w Polsce 31%, co oznacza, że na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 31 osób w wieku poprodukcyjnym. Dla kobiet wiek emerytalny to 60 lat, a dla mężczyzn 65. Tymczasem analogiczny współczynnik obciążenia demograficznego w krajach UE28 wynosi średnio 29%. Przewiduje się, że do 2080 roku średnia w UE28 wzrośnie do poziomu 51%, a w Polsce do poziomu 59,6%, czyli znacznie powyżej średniej dla UE28 (16).

Rys. 46: Prognozowany poziom współczynnika obciążenia demograficznego, UE28, lata 2015–80



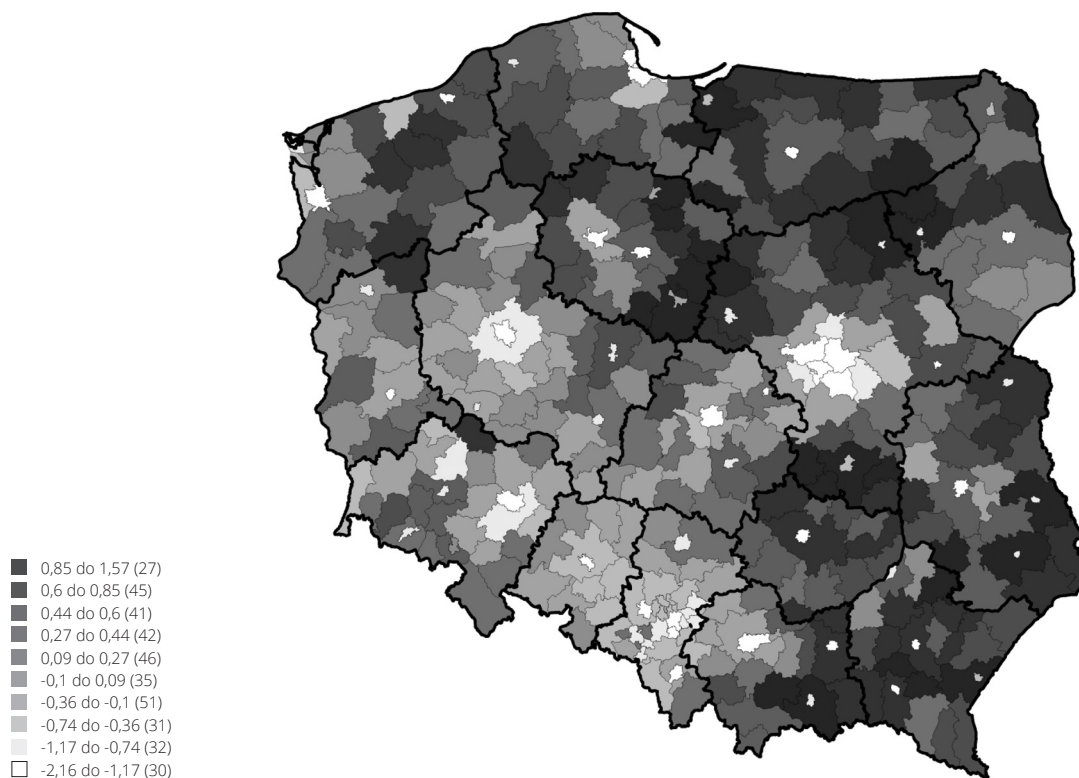
Źródło: Eurostat

Wskaźnik deprywacji

Deprywację definiuje się m.in. jako dostęp do zasobów i potencjału poniżej poziomu uznawanego za standard w danym społeczeństwie. Smętkowski et al. (44) do obliczeń wskaźników deprywacji w Polsce używa różnych wymiarów, takich jak dochód, zatrudnienie, warunki bytowe, wykształcenie oraz dostęp do towarów i usług.

Najwyższy poziom wskaźnika deprywacji notuje się w powiatach: kolneńskim [1], przemyskim [2] oraz radomskim [3] – powyżej 1,05. Z wyjątkiem Bytomia [4], ze wskaźnikiem na poziomie 0,02, w żadnym innym polskim mieście nie zanotowano dodatniego wskaźnika deprywacji (44).

Schemat 6: Wskaźnik deprywacji w 2013 roku – powiaty



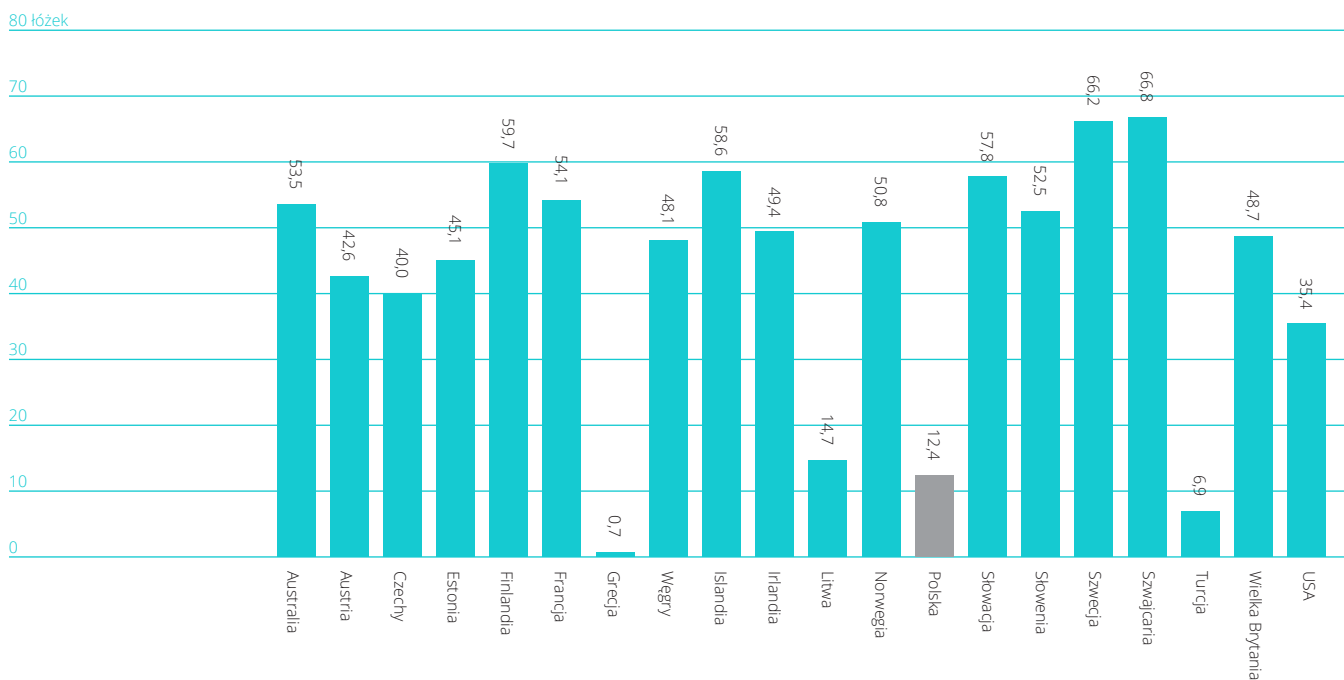
Źródło: Smętkowski et al. (2015)

Opieka zdrowotna a zasoby społeczne osób w wieku 65+

Mówiąc ogólnie, opieka formalna jest dla seniorów słabo dostępna i rzadko przez nich wykorzystywana, w związku z czym międzynarodowe bazy danych nie zawierają wielu informacji na temat opieki zinstytucjonalizowanej. Utrudnia to analizy porównawcze w kraju i w skali międzynarodowej. Jak pokazano

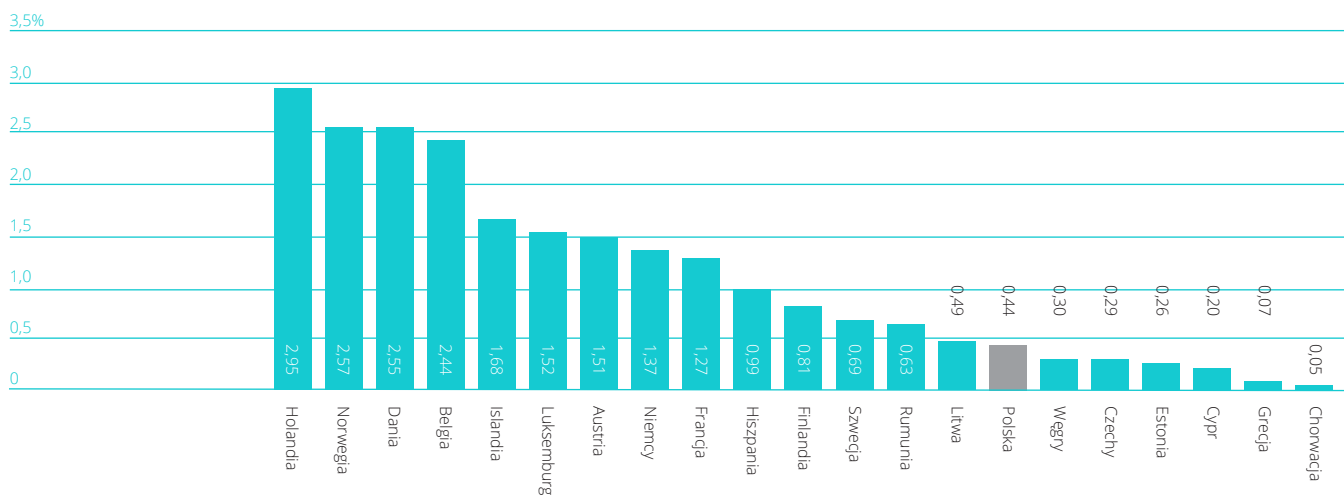
na Rys. 47, pod względem liczby łóżek w placówkach stałego pobytu w stosunku do populacji osób starszych (w wieku 65+) Polska zajmuje miejsce trzecie od końca wśród uwzględnionych w badaniu państw OECD.

Rys. 47: Liczba łóżek w placówkach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 1000 osób w wieku 65+ w 2014 r.



Źródło: OECD (2014)

Rys. 48: Wydatki na długoterminową opiekę pielęgnacyjną w ochronie zdrowia jako odsetek PKB w 2012 r.



Źródło: OECD (2014)

W 2012 r. w Polsce było 73.123 pielęgniarek opieki długoterminowej, tj. 19 na 10.000 mieszkańców (45).

Czas oczekiwania na realizację opieki długoterminowej w Polsce w 2012 r.

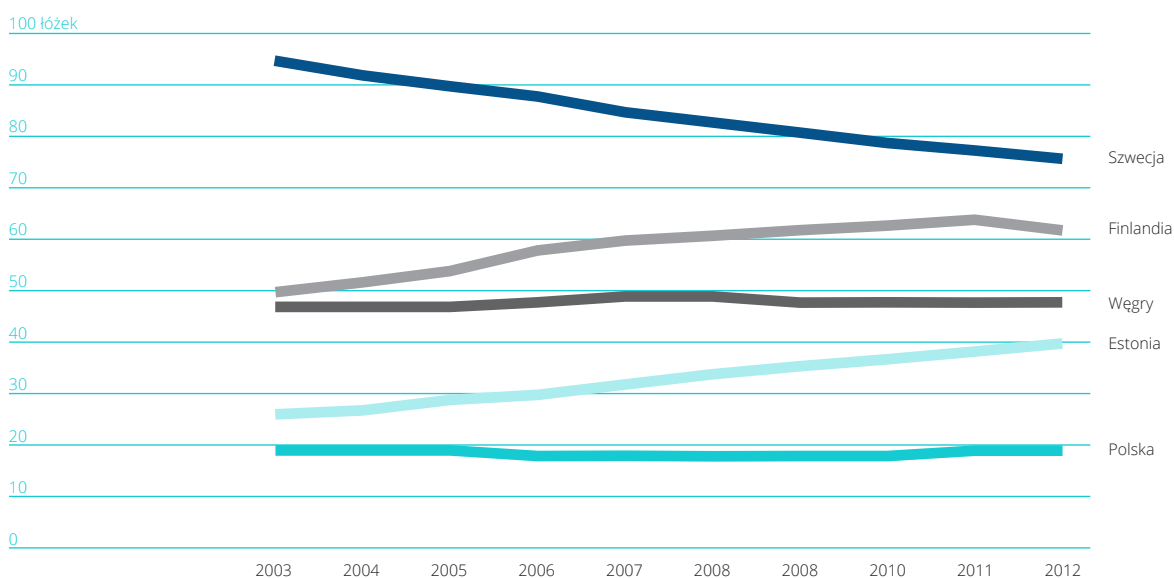
Szacuje się, że spośród osób oczekujących na świadczenia pielęgnacyjne opieki długoterminowej w 2012 r., stan 5.246 oczekujących był stabilny, natomiast 346 zgłaszało stan niestabilny.

Tabela 5: Zasoby ludzkie w opiece długoterminowej w Polsce (46)

	2005	2010	2012	2013	2014
Lekarze	1.141	1.929	2.407	2.547	2.744
Pielęgniarki	6.385	8.898	9.766	10.479	10.935
Psychologowie	255	581	692	805	821
Edukatorzy	95	31	27	54	38
Fizjoterapeuci	748	495	385	386	332
Opiekunowie	948	1.699	2.482	2.959	3.603
Pracownicy opieki społecznej	283	249	254	310	277
Salowe	2.596	2.809	2.799	2.827	2.636
Wolontariusze	1.195	1.122	34	1.503	1.536

Źródło: CSIOZ (2015)

Rys. 49: Liczba łóżek w placówkach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 1000 osób w wieku 65+ w krajach OECD



Źródło: OECD (2014)

Model opieki koordynowanej dla Polski

Schemat 7: Katalizatory zmian

KATALIZATORY ZMIAN						
SPRZYJAJĄCE WARUNKI ZEWNĘTRZNE		PIENIĄDZE		WSPARCIE I WIEDZA		
Wola polityczna	Bodźce pozytywne i negatywne	Dotacje	Pożyczki	Kierunek programowy	Pomoc techniczna	Wytyczne dotyczące restrukturyzacji i innowacyjnych projektów
MZ	NFZ	UE	BŚ / EBI / inne	Województwa, MZ	BŚ / naukowcy	BŚ / EBI / naukowcy

Tabela 6: Etapy realizacji

Etap	Co należy zrobić
1. Planowanie:	– Zdefiniować cele; – Określić i pozyskać wykwalifikowanych i zaangażowanych specjalistów, adekwatnie reprezentujących poszczególne zawody medyczne w organizacjach, które zaproszono do współpracy; – Ustanowić przejrzyste struktury organizacyjne; – Określić i pozyskać wszystkich interesariuszy zaangażowanych na każdym z etapów procesu; – Przeprowadzić pogłębioną analizę i ocenę potrzeb; – Różnicować możliwe rozwiązania; – Opracować kartę projektu z uwzględnieniem opisu elementów takich jak: kontekst wyjściowy, metody, dane, miary wyników, bazy danych, podział ról, struktury projektowe (komitet sterujący, grupa/grupy projektowe), harmonogram z węzłowymi terminami i fazami projektu (tzw. „kamienie milowe”), wytyczne wdrożeniowe, przebieg oceny i monitorowania, aspekty związane z etyką, literatura przedmiotu; a także – Przygotować plan działań i zadbać o kompleksową ewaluację
2. Realizacja:	– Zaangażować uczestników i przystąpić do realizacji; – Podnosić świadomość i upowszechniać cele projektu; a także – Zarządzać przebiegiem wdrożenia.
3. Finansowanie:	– Zagwarantować adekwatny poziom finansowania oraz mechanizmy płatności premiujące integrację opieki.
4. Monitorowanie:	– Gromadzić, przeglądać i udostępniać dane.
5. Ewaluacja:	– Analizować dane i oceniać efekty; a także – Dokonywać koniecznych adaptacji i planować dalsze działania.

Doświadczenia i wnioski – wdrażanie opieki koordynowanej w różnych kontekstach

Planowanie

Najważniejsze doświadczenia i wnioski dla pomyślnego wdrożenia koordynowanej opieki zdrowotnej na podstawie siedmiu międzynarodowych badań (47).

Poziom funkcjonalny

- Aby zbudować relacje potrzebne do dobrego funkcjonowania opieki koordynowanej, trzeba czasu, kapitału społecznego oraz zaufania.
- Dalej idące zastosowanie ICT jest istotne, ale nie kluczowe.
- Dla ostatecznego sukcesu duże znaczenie ma skuteczna komunikacja i dobre relacje między osobami korzystającymi ze świadczeń a pracownikami ochrony zdrowia i menedżerami organizującymi realizację świadczeń.

Poziom systemowy

- Istotne znaczenie mają kształt i koncepcja samego programu: lepiej unikać podejścia odgórnego, które wymaga fuzji organizacyjnych lub strukturalnych; warto również eliminować bariery stojące na przeszkodzie integracji w wymiarze lokalnym (wspomniane bariery to np. różnice w finansowaniu i uprawnieniach do świadczeń).
- Zmiany powinny się opierać na narracji mówiącej o wspieraniu innowacyjności w koordynacji opieki stawiającej pacjenta w centrum uwagi, ponieważ zwiększa to wiarygodność i pomaga zyskać poparcie.
- W wielu międzynarodowych doświadczeniach z wdrażaniem opieki koordynowanej jednym z głównych celów jest promowanie tego rodzaju opieki poza szpitalami, np. w ramach opieki ambulatoryjnej i długoterminowej.

Poziom organizacyjny

- Nie wyłoniono jednego optymalnego modelu organizacyjnego ani uniwersalnej metodologii wdrażania opieki koordynowanej.
- W zarządzaniu trzeba zastosować podejście populacyjne, celem kompleksowego zbadania potrzeb i priorytetów określonej populacji geograficznej.

-
- Rozwój systemów opieki koordynowanej i dojście do fazy dojrzałości systemu jest procesem wymagającym czasu.
-

Poziom zasobów ludzkich

-
- Przedstawiciele zawodów medycznych, zarówno na poziomie medycyny ogólnej, jak i specjalizacji, muszą ze sobą współpracować w ramach wielodyscyplinarnych zespołów lub sieci świadczeniodawców, zarówno w opiece zdrowotnej, jak i pomocy społecznej.
-
- Nie należy zapominać o promowaniu pracy zespołowej, wspólnej wizji i osobistego zaangażowania personelu na rzecz jak najlepszych rezultatów (czyli zdrowia pacjentów).
-
- Niezwykle istotna jest elastyczność w ramach zespołu pracującego z pacjentem oraz uprawnienia dające pracownikom możliwość zamiany ról w razie potrzeby.
-

Poziom świadczeń

-
- System jednego okienka ułatwia skuteczną koordynację skierowań, a pacjentowi i świadczeniodawcy zapewnia pojedynczy punkt kontaktowy.
-
- Wydaje się, że kluczowa jest rola koordynatora opieki, który ma zarządzać skierowaniami i umożliwiać skuteczną realizację celów programu.
-
- Plany opieki powinny być „szyte na miarę”, tj. dostosowane do indywidualnych potrzeb danego użytkownika. Nie należy z góry narzucać wcześniej opracowanego planu opieki, ponieważ potrzeby pacjenta mogą z czasem ewoluować, a wraz z nimi powinien elastycznie ewoluować tryb realizacji świadczeń.
-

Poziom osobisty

-
- Lepsze skutki przynosi raczej kontakt osobisty ze znanym z imienia i nazwiska koordynatorem opieki i/lub menedżerem (osobą wyznaczoną do zarządzania danym „przypadkiem”) niż monitorowanie na odległość czy wsparcie telefoniczne.
-
- Wydaje się, że skuteczność poprawia się, gdy celem jest zapewnienie pacjentowi dobrostanu/niezależności w codziennym funkcjonowaniu i wspieranie pacjenta w taki sposób, aby mógł sobie radzić ze schorzeniem i prowadzić dobre życie, w odróżnieniu od podejścia nastawionego wyłącznie na ograniczanie/leczenie objawów.

-
- Świadczeniobiorców zdecydowanie powinno się angażować w proces zarządzania chorobą poprzez samokontrolę i rozmaite pakiety wsparcia dostosowane do potrzeb pacjenta.
-

Główne obserwacje

-
- Osoby odpowiedzialne za wdrażanie programu opieki koordynowanej w różnych krajach niemal jednogłośnie twierdzą, że „doświadczeń zdobytych podczas procesu tworzenia i wdrażania programu nie da się niczym zastąpić”, gdyż kluczem do sukcesu są przede wszystkim aliance i sieci kontaktów budowane i rozwijane w trakcie samego procesu.
-
- Różnice w modelach opieki koordynowanej wynikają w znacznej mierze z lokalnego kontekstu i specyfiki, dlatego nie da się „przeszczepić” jednego modelu w całości z miejsca na miejsce.
-
- Skuteczne programy koordynacji opieki są wdrażane oddolnie i oparte na elementach partnerstwa i współpracy, w odróżnieniu od modeli narzucanych odgórnie. Przy wykorzystywaniu doświadczeń z innych podobnych programów absolutnie niezbędna jest doskonała znajomość lokalnego kontekstu i uwarunkowań.
-
- Postępy są szybsze, gdy instytucje wdrażające opiekę koordynowaną działają w ramach coraz mocniej zintegrowanego systemu realizacji świadczeń, tzn., gdy procesy zakupu, planowania, organizacji i nadzoru nad realizacją świadczeń przebiegają w jak najbardziej zbliżony i zharmonizowany sposób.
-

Wyzwania

-
- Fundamentalnym błędem, jaki rzuca się w oczy podczas analizy efektów opieki i/lub jej kosztów, jest brak strategicznej uwagi kierowanej na widoczne skutki podejmowanych działań.
-
- Należy zwrócić większą uwagę na pomiar i analizę wyników, nie tylko pod kątem uzasadnienia dla poniesionych inwestycji, ale także pod względem rozważenia jakości oferowanej opieki.
-

Wdrażanie

Jak zorganizować opiekę koordynowaną

Jak usprawnić wdrażanie koordynowanej opieki zdrowotnej – kilka wskazówek dla decydentów:

- Postawić na długoterminową wizję oceny wyników, aby dać czas potrzebny na zbudowanie relacji w systemie opieki koordynowanej;
- Pogodzić się z tym, że niektóre organizacje będą wdrażać opiekę koordynowaną szybciej, a inne wolniej;
- Uznać, że konieczne jest ciągłe i systemowe wsparcie świadczeniodawców w formie szkoleń, skutecznej komunikacji i budowy wzajemnego zaufania;
- Przyznać interesariuszom prawo do samoorganizacji – jej wrogiem jest przeregulowane środowisko zewnętrzne;
- Przyjąć do wiadomości, że warunki realizacji świadczeń oraz uwarunkowania indywidualne mogą się różnić w zależności od lokalizacji.

Jak wdrażać koordynowaną opiekę zdrowotną – kilka wskazówek dla świadczeniodawców (48):

Na podstawie badań naukowych, fachowej literatury i międzynarodowych doświadczeń z ostatniego okresu, a także konkretnych przypadków wdrożenia, można sformułować następujące zasady dla świadczeniodawców:

- Być ambasadorem opieki koordynowanej z pacjentem w centrum uwagi; podejmować działania ułatwiające realizację tak rozumianych świadczeń.
- W konstruktywny sposób współpracować z partnerami w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, aby coraz skuteczniej realizować opiekę skoordynowaną z pacjentem w centrum uwagi.
- Dbać o dobrą komunikację i dzielić się wiedzą, np. informacjami na temat sytuacji pacjenta w zakresie opieki, pomocy społecznej i stanu zdrowia (gdy zachodzi taka konieczność).

Zasada nr 1: Być ambasadorem opieki koordynowanej z pacjentem w centrum uwagi; podejmować działania ułatwiające realizację tak rozumianych świadczeń – przykłady.

- Świadczeniodawca może być ambasadorem opieki koordynowanej z pacjentem w centrum uwagi i ułatwiać jej realizację poprzez przyznanie temu modelowi realizacji świadczeń priorytetu i wdrożenie takiej organizacji pracy, która ułatwi

personelowi liniowemu współpracę z pacjentem lub świadczeniobiorcą, jego rodziną i osobami sprawującymi opiekę, przy ocenie sytuacji oraz planowaniu i realizowaniu świadczeń w sposób koordynowany.

- Bycie ambasadorem opieki koordynowanej zaczyna się na szczeblu kierownictwa placówki-świadczeniodawcy, które powinno zapewnić pracownikom adekwatne narzędzia (i czas) potrzebne do skutecznej realizacji opieki koordynowanej. Same zmiany systemowe i strukturalne raczej nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, bez towarzyszącej im zmiany w kulturze organizacyjnej.
- Świadczeniodawcy powinni opracować plany (strategiczne i operacyjne) realizacji opieki koordynowanej, uwzględniające personel liniowy oraz pacjentów i świadczeniobiorców, a następnie wprowadzić je w życie w całej organizacji, biorąc pod uwagę jej specyfikę (np. tworzenie mapy opieki dla pacjenta wewnętrznego, w zależności od kondycji zdrowotnej: pacjent zdrowy, zdrowy z czynnikami ryzyka, pacjent z przewlekłą chorobą).
- Świadczeniodawcy powinni wypracować mechanizmy oceny zwrotnej ze strony pacjentów i świadczeniobiorców pod kątem funkcjonowania i skuteczności opieki skoordynowanej z pacjentem w centrum uwagi, wykorzystując ją do dalszej poprawy jakości (decydenci powinni zapewnić odpowiednie kwestionariusze ankietowe).
- Świadczeniodawcy powinni również wypracować mechanizmy służące do gromadzenia i porównywania opinii pacjentów i świadczeniobiorców na temat efektów świadczeń, np. podczas wizyt grupowych (edukacyjnych/profilaktycznych) z zespołami opieki koordynowanej i pacjentami, z uwzględnieniem z życia wziętych doświadczeń dotyczących ról opieki koordynowanej.
- Świadczeniodawcy powinni promować współpracę interdyscyplinarną wewnątrz organizacji i między poszczególnymi podmiotami, z uwzględnieniem np. lekarza POZ, lekarza specjalisty, pielęgniarki POZ, a także koordynatora/nawigatora, którzy uczestniczą w tworzeniu planów opieki.
- Świadczeniodawca powinien umożliwić swojemu personelowi liniowemu tworzenie planów opieki ukierunkowanych na fizyczne, psychiczne i społeczne potrzeby pacjenta, w uzasadnionych przypadkach powstających z udziałem samych świadczeniobiorców i ich rodzin, budując w ten sposób ramy aktywnego uczestnictwa i autentycznego zaangażowania – pomocne może być np. wysokiej jakości szkolenie na temat zbiorowego podejmowania decyzji.
- Świadczeniodawcy powinni zachęcać personel liniowy do informowania pacjentów i świadczeniobiorców o dodatkowych, potencjalnie przydatnych usługach, również tych oferowanych przez organizacje tzw. trzeciego sektora. Zaleca się także kontakty z organizacjami pozarządowymi i grupami pacjentów oraz innymi podmiotami.

Zasada nr 2: W konstruktywny sposób współpracować z partnerami w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, aby coraz skuteczniej realizować opiekę skoordynowaną z pacjentem w centrum uwagi.

- Świadczeniodawcy powinni się regularnie kontaktować ze specjalistami i innymi usługodawcami zajmującymi się danym pacjentem, reagując w duchu współdziałania na ewentualne trudności, które da się rozwiązać przy pomocy lepszej komunikacji i koordynacji (np. wysoki wskaźnik powtórnych przyjęć do szpitala, opóźnienia w przekazaniu pacjenta na kolejne etapy opieki).
- Świadczeniodawcy powinni rozmawiać z decydentami na temat planów dotyczących organizacji opieki koordynowanej i brać otrzymane informacje pod uwagę przy pracach nad strategią dla swojej organizacji.

Zasada nr 3: Dbać o dobrą komunikację i dzielić się wiedzą, np. informacjami na temat sytuacji pacjenta w zakresie opieki, pomocy społecznej i stanu zdrowia (gdy zachodzi taka konieczność).

Opieka koordynowana wymaga skutecznej komunikacji wewnątrz i na zewnątrz podmiotu świadczeniodawcy na temat świadczeń dla konkretnego pacjenta lub świadczeniobiorcy. Skuteczna komunikacja jest potrzebna m.in. gdy pacjent lub świadczeniobiorca zmienia lekarza lub przenosi się do innej placówki ochrony zdrowia, a także w innych okolicznościach wymagających udostępnienia danych medycznych wewnątrz i na zewnątrz organizacji. Czasami świadczeniodawcy mają trudności z zastosowaniem niezbędnych zabezpieczeń i wdrożeniem procesów gwarantujących właściwą wymianę informacji; w takiej sytuacji powinni skorzystać z dostępnych zasobów, na przykład z wytycznych opracowanych przez „*Information Governance Alliance*”.

Skutecznej wymianie i udostępnianiu informacji sprzyjają:

- Współpraca z innymi lokalnymi świadczeniodawcami i koordynatorami opieki w celu wsparcia lub usprawnienia wielodyscyplinarnej pracy zespołowej na styku poszczególnych organizacji;
- Opracowanie mechanizmów umożliwiających poznanie preferencji pacjentów i świadczeniobiorców co do trybu zarządzania ich danymi osobowymi; w razie potrzeby konsultowanie się z opiekunami i rodzinami;
- Wdrożenie procesów zapewniających płynny i terminowy przepływ pacjentów i świadczeń między różnymi organizacjami lub trybami opieki;
- Współpraca z innymi lokalnymi świadczeniodawcami w celu wypracowania (dla niektórych pacjentów i świadczeniobiorców) wspólnych planów opieki będących odpowiedzią na wiele potrzeb; takie plany byłyby dostępne dla upoważnionych pracowników i zawierałyby jednoznaczne wskazanie placówek wiodących w poszczególnych kontekstach;

- Analiza, w jaki sposób można zapewnić kompatybilność systemów informatycznych poszczególnych świadczeniodawców, w tym nowatorskich kanałów wymiany informacji, np. za pomocą aplikacji lub narzędzi internetowych; a także
- Zapewnienie pacjentom i świadczeniobiorcom dostępu do własnych danych w transparentny i przyjazny sposób.

Tabela 7: Organizacja opieki nad pacjentem z POChP w Danii

Obszar	Komponenty
Określenie grupy pacjentów	Platforma zarządzania danymi (PZD) powinna zawierać następujące informacje: – Diagnozy w podziale na osoby włączane do programu postępowania w przypadku danego schorzenia, – Klasyfikacja stosowana przy wpisywaniu diagnozy do dokumentacji; oraz – Gdzie należy wpisać diagnozę i kto powinien to zrobić, kto odpowiada za ewidencję, jak gromadzić i wykorzystywać dane.
Opieka	Platforma opiera się na założeniu, iż lekarze i placówki POZ i AOS w swojej praktyce stosują się do wytycznych klinicznych i diagnostycznych opartych na dowodach, m.in. w zakresie wczesnego wykrywania następstw i leczenia chorób współwystępujących oraz samokontroli w rehabilitacji. W zależności od stopnia nasilenia choroby i potrzeby regularnego monitorowania stanu zdrowia należy dodatkowo uwzględnić wizyty i konsultacje kontrolne.
Samokontrola ze strony pacjenta	Platforma powinna również definiować relacje między służbą zdrowia a opieką nad pacjentem pod kątem mobilizacji pacjenta do samokontroli.
Organizacja opieki	Właściwa opieka nad pacjentem chorym przewlekłe wymaga całościowego uwzględnienia wszystkich niezbędnych świadczeń. W tym celu należy: – Przydzielić odpowiedzialność za przebieg opieki i określić podział zadań, oraz – Przedstawić plany opieki w podziale na „kategorie zaszerogowania”.
Podział zadań	Na platformie należy zdefiniować i opisać podział ról oraz zakres odpowiedzialności, zgodnie z następującymi zasadami: – odpowiedzialność należy przydzielać stosownie do kwalifikacji i technologii niezbędnych do realizacji danego zadania w sposób profesjonalny, – program we wszystkich aspektach powinien uwzględniać udział pacjenta w monitorowaniu, leczeniu i rehabilitacji, – program powinien też brać pod uwagę czynniki organizacyjne i związane z zasobami, oraz – należy przestrzegać centralnych (krajowych) wytycznych co do umiejscowienia procesu terapeutycznego.
Monitorowanie jakości	Należy ustanowić normy i wskaźniki monitorowania jakości i skuteczności programu, a także monitorować sytuację w podziale na grupy personelu, instytucje i sektory służby zdrowia.

Obszar	Komponenty
Realizacja	Platforma powinna też zawierać plan realizacji obejmujący: – wykaz osób odpowiedzialnych za proces wdrożenia i harmonogram czasowy, oraz – wykaz zaplanowanych środków i narzędzi do wykorzystania na etapie wdrożenia.

Źródło: Bank Światowy, 2017

Tabela 8: Międzynarodowe przykłady kryteriów selekcji

Kraj	Program	Wymagania	Podsumowanie
Wielka Brytania	<i>North West London</i>	– Zrekrutowanie 120 członków między listopadem 2013 r. a marcem 2014 r., w tym świadczeniobiorców i opiekunów ze wszystkich ośmiu dzielnic północno-zachodniej części Londynu (<i>North West London</i>), reprezentujących każdą z kategorii populacji w ramach modelu WSIC (<i>Whole Systems Integrated Care</i>) i charakteryzujących się atrybutami wymienionymi w ustawie równościowej.	– Uczestniczyły różne dzielnice północno-zachodniej części Londynu – Uczestniczyły różne grupy populacji
Australia	<i>Coordinated Care Trials</i> (9 różnych programów pilotażowych opieki koordynowanej)	– Zgoda na finansowanie świadczeń dla klientów w ramach puli środków i na optymalizację zarządzania budżetowego. – Zgoda na niekorzystanie ze środków w ramach powszechnie obowiązującego systemu (bez czerpania podwójnych korzyści). – Zgoda na mechanizm wspólnego ryzyka. – Bez programów opieki stacjonarnej (np. bez placówek pielęgnacyjnych i zakładów opiekuńczych).	– Wykluczono jedynie programy opieki stacjonarnej, a to z uwagi na skomplikowany mechanizm finansowania (finansowanie głównie ze środków prywatnych). – Wymóg racjonalnego i gospodarnego zarządzania środkami finansowymi.
Kanada	<i>Affordable Care Organization Model</i> (ACO) (model opieki dostępnej cenowo)	– Uwzględniono następujące kategorie świadczeniodawców: podmioty ACO (czyli lekarze w praktyce grupowej), sieci praktyk indywidualnych skupiających podmioty ACO; spółki, w skład których wchodzi szpitale i podmioty ACO, oraz szpitale zatrudniające podmioty ACO. – Do programu ACO zaproszono także szpitale o krytycznym znaczeniu, poradnie funkcjonujące na obszarach wiejskich, a także poradnie o federalnych uprawnieniach. – Pozostali świadczeniodawcy (np. agencje opieki domowej, zakłady opieki długoterminowej) mogą uczestniczyć w programie na zasadzie partnerstwa z jednym z podmiotów uprawnionych.	– Pilotaż jest dostępny dla wszelkiego rodzaju placówek.
Niemcy	<i>Gesundes Kinzigtal GmbH</i>	– Uprawnienia przyznano wszystkim lekarzom należącym do sieci Kas Chorych i mającym kontrakt z jedną z nich.	– Bez kryteriów wykluczających

Źródło: Bank Światowy, 2017

Finansowanie

Tabela 9: Wady i zalety poszczególnych mechanizmów opłacania świadczeniodawców (49)

	Definicja	Za	Przeciw
Wynagrodzenie	Kwota ryczałtowa za dany okres	– Niskie koszty transakcyjne – Przewidywalne wydatki – Elastyczność pod względem innowacyjności świadczeniodawcy	– Brak przejrzystości oraz rozliczania za wyniki – Opłaca się unikać większej aktywności – Opłaca się unikać kosztownych innowacji – Przy wysokim popycie niższa jakość opieki – Nie ma premii za efekty
Opłata kapitałowa	Kwota ryczałtowa za dany okres za każdego zapisanego pacjenta w zamian za określony zakres świadczeń	– Niskie koszty transakcyjne – Zachęta do ograniczania kosztów i kontroli finansowej – Zachęta do pozyskiwania nowych pacjentów i (być może) również poprawy jakości opieki	– Nie opłaca się wykonywać dodatkowych świadczeń – Unikanie pacjentów wysokiego ryzyka – Zachęta do kierowania pacjenta na zewnątrz
Opłata za usługę (FFS)	Płatność za każde świadczenie i interakcję z pacjentem	– Nie opłaca się wstrzymywać realizacji świadczeń – Potencjalnie promowanie równego dostępu – Zachęta do intensywnego korzystania z innowacji	– Słabsza kontrola kosztów – Popyt napędzany popytem – Brak zachęt do poprawy efektywności i stosowania profilaktyki

Źródło: The Commonwealth Fund (2008)

Reformy mechanizmów opłacania świadczeniodawców w różnych krajach (50, 51)

- Niemcy: w 2004 r., wraz z ustawą o modernizacji służby zdrowia, wprowadzono płatność globalną; w 2015 r. w ustawie o poprawie opieki zdrowotnej przewidziano znaczące środki na sfinansowanie międzysektorowej integracji opieki zdrowotnej.
- Wielka Brytania: w 2004 r. wprowadzono mechanizm płatności za wyniki dla lekarzy rodzinnych; w latach 2015/2016 wprowadzono opłatę kapitałową dla koszyka usług na określony czas; w latach 2015/2016 utworzono jeden wspólny budżet („*Better Care Fund*”), integrujący opiekę zdrowotną i pomoc społeczną.
- Holandia: w 2010 r. wprowadzono płatność związaną w przypadku chorób przewlekłych; w 2013 r. przeprowadzono eksperymenty w skali regionalnej dotyczące płatności populacyjnych i wspólnych oszczędności; w 2015 r. wprowadzono trzystopniowy system opłacania POZ z uwzględnieniem płatności za koordynację/współpracę oraz płatności za wyniki/innowacje.

Monitorowanie

Monitorowanie przebiegu wdrożenia projektu pilotażowego jest absolutnie konieczne, ponieważ: (i) umożliwia wczesne wykrycie problemów i szybką reakcję; (ii) zapewnia NFZ, MZ, świadczeniodawcom i innym zainteresowanym stronom informacje na temat postępów w realizacji celów projektu; oraz (iii) pomaga wyjaśnić ustalenia z ewaluacji, ponieważ dostarcza poprzedzających ją informacji kontekstowych dotyczących czynników stojących za sukcesem lub klęską pilotażu.

Przykłady ogólnokrajowej ewaluacji z Wielkiej Brytanii: cztery ogólne konkluzje (52)

- „Opieka koordynowana niejedno ma imię”. Wybór modelu zależy od kontekstu. Większość projektów pilotażowych koncentruje się raczej na integracji w wymiarze poziomym, a nie pionowym.
- „Personel zauważa usprawnienia w realizacji opieki, przede wszystkim w aspekcie procesowym”. Generalnie pracownicy placówek medycznych uważają, że skutkują one poprawą opieki, lecz...
- „Wydaje się, że pacjenci nie podzielają opinii o poprawie opieki”. Na etapie ewaluacji taki stan rzeczy uzasadniono kilkoma przyczynami – m.in. „jeszcze za wcześnie na takie obserwacje”. Jednak, zdaniem autorów ewaluacji, jednym z ewentualnych powodów może być to, że zmiany służą nie tyle pacjentom, ile pracownikom służby zdrowia.
- „Okazuje się, że da się ograniczyć wykorzystanie opieki szpitalnej i związane z nią koszty, lecz niezwykle trudno jest zmniejszyć liczbę przyjęć w trybie nagłym”. Podczas ewaluacji zanotowano spadek liczby niektórych kategorii hospitalizacji, lecz przyjęcia nagłe utrzymywały się na stałym poziomie.

Ewaluacja

EUROPEP

Na początku obecnego stulecia Europejskie Stowarzyszenie ds. Poprawy Jakości w Medycynie Rodzinnej (Equip), organizacja działająca pod auspicjami Światowej Organizacji Kolegiów i Stowarzyszeń Lekarzy Rodzinnych (WONCA), opracowało narzędzie do oceny systemu podstawowej opieki zdrowotnej widzianego oczami pacjentów. Pierwotny kształt instrumentu został dziesięć lat temu uaktualniony i w takiej formie funkcjonuje do dzisiaj w wielu krajach Europy. Jest to znormalizowana ankieta opracowana przez zespół specjalistów w dziedzinie jakości i medycyny rodzinnej. Jako narzędzie badawcze ankieta jest dostosowana do potrzeb różnych systemów ochrony zdrowia i umożliwia ocenę POZ z dwóch różnych perspektyw: pacjenta i lekarza. W skład ankiety wchodzi 23 deklaracje, z którymi pacjent może się zgodzić lub nie, wybierając

odpowieź „TAK” lub „NIE”. Zdaniem twórców kwestionariusza, odpowiedzi mają uniwersalne zastosowanie i umożliwiają porównania lekarzy rodzinnych z różnych krajów uczestniczących w badaniu. Poniżej cytujemy deklaracje z ankiety.

Jak oceniasz swojego lekarza rodzinnego na przestrzeni ostatnich dwunastu miesięcy pod następującymi względami:

- Podczas konsultacji czułem/am, że nie muszę się spieszyć
- Lekarz okazał zainteresowanie moją sytuacją
- Lekarz ułatwił mi przedstawienie problemu, z którym przyszedłem/przyszłam
- Lekarz dał mi możliwość uczestnictwa w decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej
- Lekarz mnie wysłuchał
- Lekarz zachował moją dokumentację i dane w tajemnicy
- Odczułem/am szybką ulgę w objawach
- Lekarz pomógł mi odzyskać dobre samopoczucie i wrócić do codziennych zadań
- Moje problemy zostały potraktowane z uwagą i namysłem
- Lekarz dokładnie mnie zbadał
- Lekarz zwrócił moją uwagę na świadczenia profilaktyczne (np. badania przesiewowe, bilans stanu zdrowia, szczepienia)
- Lekarz wyjaśnił mi cel badania, testów laboratoryjnych i leczenia
- Lekarz przekazał mi wystarczające informacje na temat moich objawów i/lub schorzenia
- Lekarz pomógł mi się uporać z emocjami związanymi z moim stanem zdrowia
- wytłumaczył mi dokładnie, dlaczego powinienem/powinnam przestrzegać zaleceń
- Lekarz wiedział, co zostało przeprowadzone lub powiedziane podczas poprzednich wizyt w gabinecie lekarza rodzinnego
- Lekarz uprzedził mnie, czego mogę się spodziewać w związku z konsultacją specjalistyczną, pobytem w szpitalu lub w związku z kontaktami z innymi świadczeniodawcami

Jak oceniasz praktykę lekarza rodzinnego na przestrzeni ostatnich dwunastu miesięcy pod następującymi względami:

- Personel praktyki (poza lekarzem) okazał się pomocny
- Umówiono mnie na wizytę w dogodnym dla mnie terminie
- Nie miałem/am problemów ze skontaktowaniem się z praktyką przez telefon
- Mogłem/am porozmawiać z lekarzem przez telefon
- Nie musiałem/am długo czekać przed gabinetem
- Mogłem/am liczyć na szybką pomoc medyczną w nagłej sytuacji

PASAT

PASAT to narzędzie opracowane przez zespół polskiego Centrum Monitorowania Jakości. Jest to system ankiet internetowych, do nabycia przez organizacje zainteresowane opiniami pacjentów i pracowników. PASAT umożliwia porównywanie wyników dla różnych organizacji. Ankietę wypełnia się przez Internet, a zainteresowana organizacja może analizować pozyskane w ten sposób informacje. Dodatkowym atutem systemu jest przyjazna funkcja profesjonalnej prezentacji wyników. PASAT jest dostępny na stronie www.cmj.org.pl/pasat.

NFZ

W listopadzie 2015 r. NFZ przeprowadził pilotażowe badanie poziomu satysfakcji pacjentów POZ. Badanie miało anonimowy charakter, a wypełniony formularz ankiety był przesyłany do NFZ przez samego pacjenta. Podczas projektowania ankiety konsultowano się z organizacjami pacjentów oraz pielęgniarkami i lekarzami POZ.

Tabela 10: Międzynarodowe przykłady ankiet satysfakcji

Pytania dotyczące koordynacji opieki	Liczba pozycji odnoszących się do koordynacji opieki	Instrument
– W ciągu ostatnich 12 miesięcy, po tym jak lekarz rodzinny zlecił Panu/Pani wykonanie badania krwi, prześwietlenia lub innego badania, czy ktoś z praktyki lekarza rodzinnego skontaktował się z Panem/Panią, aby poinformować Pana/Panią o uzyskanych wynikach? – W ciągu ostatnich 12 miesięcy, gdy lekarz rodzinny zlecił Panu/Pani wykonanie badania krwi, prześwietlenia lub innego badania, jak często uzyskane wyniki wyjaśniono Panu/Pani tak dokładnie, jak było to Panu/Pani potrzebne? – Jak ocenia Pan(i) jakość lekarzy specjalistów, do których skierował Pana/Panią lekarz rodzinny w ciągu ostatnich 12 miesięcy? – W ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak ocenia Pan(i) pomoc uzyskaną ze strony praktyki lekarza rodzinnego potrzebną do uzyskania zgody na konsultacje specjalistyczne? – W ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak często lekarz rodzinny sprawiał wrażenie dobrze poinformowanego i zorientowanego w sytuacji pod względem świadczeń, jakie uzyskał(a) Pan/i ze strony lekarzy specjalistów? – W ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak ocenia Pan(i) pomoc uzyskaną ze strony lekarza rodzinnego w zakresie decyzji dotyczących opieki zalecanej Panu/Pani przez lekarzy specjalistów?	6 pozycji dotyczących integracji opieki	ACES (<i>Ambulatory Care Experiences Survey</i>) (ankieta opieki ambulatoryjnej)
– Czy było dla Pana/Pani jasne, kto odpowiada za Pana/Pani opiekę zdrowotną w przypadku każdego problemu ze zdrowiem? – Jak często lekarze, pielęgniarki i inni świadczeniodawcy sprawujący nad Panem/Panią opiekę byli zaznajomieni z ostatnimi faktami dotyczącymi Pana/Pani kondycji zdrowotnej? – Jak często świadczeniodawcy orientowali się w zmianach w procesie terapeutycznym zaleconych Panu/Pani przez innych świadczeniodawców? – Pana/Pani zdaniem, czy świadczeniodawcy mieli wszystkie niezbędne informacje (np. wyniki badań) potrzebne do podjęcia decyzji o leczeniu? – Jak często wiedział(a) Pan(i), kogo zapytać, gdy miał(a) Pan(i) obawy co do swojego stanu zdrowia? – Jak często udzielono Panu/Pani niejasnych lub sprzecznych informacji na temat stanu zdrowia lub zastosowanego leczenia? – Jak często wiedział(a) Pan(i), jaki będzie następny krok w procesie diagnostyczno-terapeutycznym? – Jak dobrze współpracują ze sobą świadczeniodawcy udzielający Panu/Pani świadczeń?	8 pozycji dotyczących koordynacji opieki	Picker Institute
Jestem zadowolony/a z dobrej organizacji opieki. Skontaktowano się ze mną po wizycie, aby zapytać, jak się czuję.	2 pozycje dotyczące koordynacji opieki	PACIC (<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i>) (pacjenci z chorobami przewlekłymi)

Pytania dotyczące koordynacji opieki	Liczba pozycji odnoszących się do koordynacji opieki	Instrument
Lekarz sprawiał wrażenie dobrze poinformowanego i zorientowanego w sytuacji pod względem świadczeń, jakie uzyskał(a) Pan/i ze strony lekarzy specjalistów. Plan opieki zdrowotnej, praktyka lekarza lub przychodnia pomogły mi skoordynować opiekę świadczoną przez tych lekarzy lub innych świadczeniodawców.	2 pozycje dotyczące koordynacji opieki	Badanie typu CAHPS (<i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>) (ocena świadczeniodawców i systemu ochrony zdrowia przez konsumenta)
Ktoś z gabinetu lekarskiego skontaktował się ze mną, aby przekazać mi wyniki badania krwi, prześwietlenia lub innych badań.	1 pozycja dotycząca koordynacji opieki	Badanie typu CAHPS (<i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>) (ocena świadczeniodawców i systemu ochrony zdrowia przez konsumenta)
– Czy lekarz pediatra wyjaśnił innym przedstawicielom zawodów medycznych, jakie potrzeby ma Pana/Pani dziecko? – Czy lekarz pediatra, jeśli został o to poproszony, skontaktował się ze szkołą, przedszkolem itp. i wyjaśnił im, na czym polega problem zdrowotny Pana/ Pani dziecka? – Czy lekarz pediatra, jeśli został o to poproszony, przejrzał dokumentację medyczną Pana/Pani dziecka? – Czy lekarz pediatra zaproponował, że skontaktuje Pana/Panią z organizacjami rodziców chorych dzieci w danej miejscowości lub regionie? – Czy w momencie osiągnięcia przez dziecko pełnoletności lekarz pediatra pomógł Panu/Pani znaleźć właściwą opiekę zdrowotną kierowaną do osób dorosłych?	5 pozycji dotyczących zasobów zewnętrznych	Wood et al. (2008) zaadaptowane do kontekstu specjalnych potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży oraz populacji rezydentów domów opieki
– Instrukcje od pielęgniarek co do dalszego postępowania/samokontroli w warunkach domowych. – Wrażliwość na Pana/Pani potrzeby. – Jakość współpracy personelu realizującego świadczenia. – Troska personelu w reakcji na Pana/Pani wątpliwości i obawy.	4 pozycje dotyczące koordynacji opieki	<i>Press Ganey Outpatient Satisfaction Survey</i> (ankieta opieki ambulatoryjnej)

Źródło: The Commonwealth Fund (2008)

Rozwiązania instytucjonalne i wdrożeniowe

Zarządzanie projektem i monitorowanie

Celem komponentu jest zapewnienie skuteczności i efektywności aspektów regulacyjnych, administracyjnych i wdrożeniowych związanych z pilotażem NFZ. Uwzględniono także skuteczność kontraktowania świadczeniodawców przez NFZ. Z myślą o realizacji tak zarysowanego celu, w ramach prezentowanego komponentu przewidziano finansowanie następujących elementów:

- **Utworzenie Biura Zarządzania Projektem (BWP)**, w tym zatrudnienie personelu, zabezpieczenie sprzętu, ustalenie kosztów operacyjnych i rozliczanie płatności dla świadczeniodawców. Szczegółowy opis ról i zadań BWP przedstawiono w kolejnym podrozdziale;
- **Monitorowanie programu**, poszerzenie potencjału BWP w zakresie monitorowania wyników świadczeniodawców, w tym zaprojektowanie systemu M&E oraz Systemu Informacji Medycznej (SIM), oprogramowanie i oprzyrządowanie, sprawozdawczość;
- **Budowa kompetencji i pomoc techniczna dla BWP;**
- **Ankiety satysfakcji**, możliwość zatrudnienia firmy zewnętrznej do oceny poziomu satysfakcji pacjentów i świadczeniodawców w związku z wprowadzanym modelem.

W gestii NFZ leży całościowa koordynacja działań projektowych oraz zarządzanie projektem w ścisłej współpracy z licznymi partnerami strategicznymi i wdrażającymi, takimi jak, między innymi, świadczeniodawcy POZ, poradnie, szpitale i MZ.

Zaleca się również ukonstytuowanie Komitetu Sterującego, który ma analizować wyzwania pojawiające się w trakcie realizacji projektu i podejmować odpowiednie działania, zarówno na poziomie strategicznym, jak i programowym. Na czele Komitetu stoi NFZ, a członkami są kluczowi interesariusze.

BWP, działające w ramach NFZ, ma odpowiadać za bieżące zarządzanie programem pilotażowym. BWP nie tylko koordynuje proces realizacji projektu pod względem merytorycznym, ale pełni też funkcję sekretariatu projektu. BWP kieruje (i) planowaniem, wykonaniem i nadzorem nad działaniami podejmowanymi w ramach projektu; (ii) zarządzaniem środkami finansowymi projektu, w tym weryfikacją/zatwierdzaniem danych i płatnościami na rzecz świadczeniodawców, a także (iii) monitorowaniem aktywności i rezultatów projektu oraz sprawozdawczością.

W skład BWP powinni wejść urzędnicy NFZ (służba cywilna), pełnoetatowi konsultanci NFZ, a także pracownicy zatrudnieni ze środków programu pilotażowego w pełnym wymiarze godzin. Członkowie BWP podczas pilotażu

zostaną przeszkoleni w zakresie swoich obszarów zadań i różnych aspektów całego procesu, takich jak, na przykład, monitorowanie i ewaluacja czy planowanie finansowe.

W skład Biura Zarządzania Projektem mogą wejść następujące osoby:

- Koordynator projektu pilotażowego
- Zatrudniony w niepełnym wymiarze godzin specjalista ds. finansów i księgowości
- Specjalista ds. IT
- Specjaliści ds. SIM
- Specjaliści ds. M&E
- Koordynatorzy zamiejscowi
- Asystenci administracyjni
- Specjalista ds. weryfikacji/zatwierdzania danych

Podsumowanie obowiązków BWP związanych z wdrażaniem projektu:

- Rola doradcza w zakresie kontraktowania świadczeń i opłacania świadczeniodawców;
- Wspieranie działań projektowych i zabezpieczanie ich przebiegu zgodnie z wcześniej ustalonym planem i harmonogramem;
- Zabezpieczenie aktywnego monitorowania przebiegu realizacji projektu pod kątem jakości i wyników;
- Opracowanie i prowadzenie SIM w celu monitorowania realizacji projektu i zakładanych celów;
- Organizowanie ewaluacji projektu pilotażowego w oparciu o wskaźniki z monitorowania, analizy i odpowiednią metodologię;
- Organizowanie i realizowanie szkoleń dla świadczeniodawców zaangażowanych w projekt pilotażowy;
- Usprawnianie komunikacji na linii NFZ – świadczeniodawcy, a także wspieranie tych ostatnich w komunikacji z pacjentami.

Podsumowanie obowiązków BWP związanych z monitorowaniem i ewaluacją

BWP odpowiada za monitorowanie przebiegu projektu, w tym za jego planowanie i realizację oraz monitorowanie i ewaluację postępów, a także sporządzenie raportów na temat przebiegu projektu. Budowa potencjału i kompetencji BWP może się odbywać poprzez działania skoncentrowane na przekazywaniu wiedzy w połączeniu z pochodzącą z zewnątrz pomocą techniczną w dziedzinie kontraktowania, mechanizmów opłacania świadczeniodawców, monitorowania i ewaluacji (M&E), doskonalenia systemów zarządzania informacją, pozyskania i utrzymania sprzętu informatycznego, itd.

Schemat 8: Przygotowanie świadczeniodawców do realizacji usług

Spotkanie informacyjne	BWP przedstawia świadczeniodawcom cele programu i szczegóły dotyczące wdrożenia, takie jak: szkolenie, kampania informacyjna, komunikacja, niezbędne zmiany organizacyjne i wymogi sprawozdawcze.
Podpisanie kontraktu ze świadczeniodawcą	BWP przekazuje wskazówki dotyczące procesu podpisywania kontraktów ze świadczeniodawcami. BWP uczestniczy w płatności za gotowość (dostosowanie) zgodnie z harmonogramem płatności.
Świadczeniodawca wdraża plan dostosowawczy, realizuje kampanię informacyjną i uczestniczy w szkoleniach dotyczących pilotażu	BWP instaluje sprzęt i aplikacje SIM, przeprowadza szkolenie, weryfikuje gotowość po stronie świadczeniodawcy.
Rejestracja beneficjentów i realizacja świadczeń	Świadczeniodawcy rejestrują beneficjentów i przystępują do realizacji świadczeń. Harmonogram płatności: patrz rozwiązania dotyczące realizacji świadczeń. Dodatkowe informacje: patrz rozdział poświęcony monitorowaniu i ewaluacji.

Monitorowanie i ewaluacja modeli

Wskaźniki dotyczące jakości to jasno określone i wymierne parametry odnoszące się do: struktur (np. środowisko, w jakim realizowane są świadczenia), procesów (np. świadczenia udzielane pacjentowi) oraz osiągniętych rezultatów (np. umieralność) (53, 54). Do pożądanych atrybutów wskaźników jakościowych zaliczamy: jednoznaczność i łatwość pomiaru, jasną definicję populacji, jaka ma zostać włączona do pomiaru oraz kontekst, którego dotyczą wskaźniki, a także wyraźny związek między miarami dotyczącymi procesu a efektami zdrowotnymi. (55) Zgodnie z anglojęzycznym akronimem SMART, elementy poddawane monitorowaniu przy pomocy tych wskaźników powinny być konkretne, wymierne, osiągalne, realistyczne i osadzone w czasie (56).

Monitorowanie w ramach projektu

Utworzenie w ramach SIM systemu monitorowania obejmującego:

- roczne plany pracy, cele, produkty, wskaźniki i rezultaty dla każdego komponentu;
- dane wyjściowe, jeśli są dostępne, dla każdego wskaźnika rezultatu, oraz
- przyjazny dla użytkownika format wprowadzania danych i wbudowaną metodykę, aby uzyskać automatyczną aktualizację celów i wyników oraz informację na temat braków w realizacji celów jako sygnał ostrzegawczy dla agencji wdrażających.

Najważniejsze jest systematyczne pozyskiwanie danych dotyczących wcześniej zdefiniowanych wskaźników i związanych z nimi wyników, dzięki czemu kierownictwo i kluczowi interesariusze będą mieli wgląd w postępy w przebiegu projektu, osiągane wyniki oraz stan wydatkowania budżetu. Dane są gromadzone i uzgadniane z bazami danych świadczeniodawców, ze szczególnym

uwzględnieniem realizacji świadczeń w ramach pakietów rozszerzonych. Bez tego trudno mówić o podejmowaniu świadomych decyzji co do postępów w realizacji celów projektu. System monitorowania wymaga systematycznych i wiarygodnych danych oraz analiz dotyczących terminowego zakończenia działań i osiągnięcia zamierzonych rezultatów, a także ewentualnych niezamierzonych skutków – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

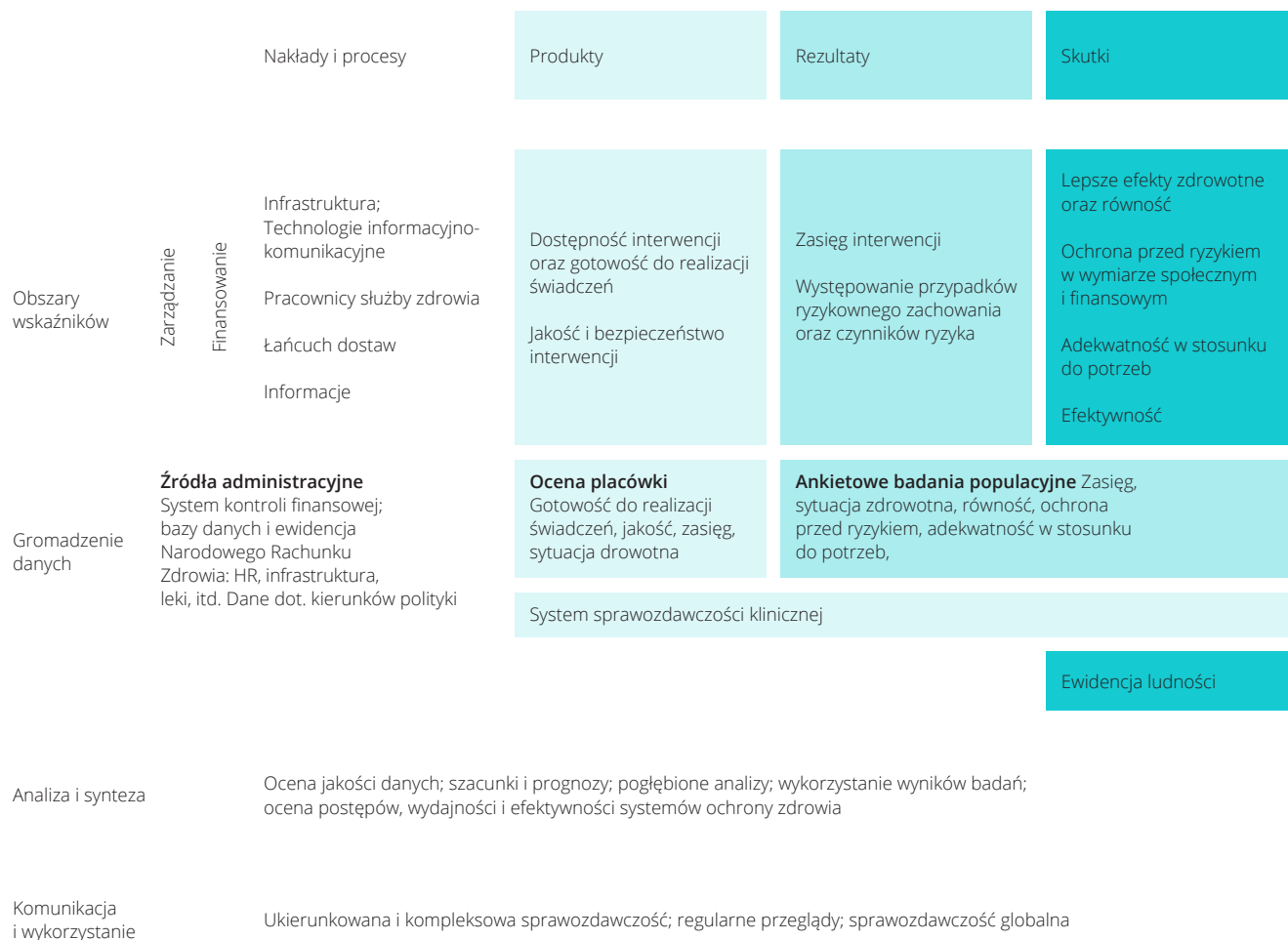
Poziom strategiczny (rezultaty):

-
- zdefiniowanie wartości referencyjnych i celów jako miar sukcesu projektu, a także skonsolidowanie oczekiwanych produktów/rezultatów wszystkich komponentów projektu w jednolity plan, będący punktem odniesienia do monitorowania wyników na tle wspomnianych wartości referencyjnych i celów;
-
- stworzenie centralnego systemu monitorowania i ewaluacji z myślą o skonsolidowanym monitorowaniu, pomiarze i raportowaniu rezultatów projektu;
-
- nadzór nad procesem wdrożeniowym i jednocześnie pełnienie funkcji głównego łącznika na linii opracowanie projektu – tworzenie systemu M&E, a także obejmująca wszystkich interesariuszy koordynacja wewnętrzna i zewnętrzna.
-

Poziom programowy (produkty i nakłady):

-
- wsparcie w projektowaniu i wdrażaniu różnych rozwiązań związanych z monitorowaniem pilotażu, a także ustaleniu wartości referencyjnych oraz wskaźników wydajności i rezultatu służących jako miara sukcesu podejmowanych działań, zarówno na szczeblu strategicznym, jak i programowym;
-
- przygotowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) dla ewaluacji zewnętrznej, podpisanie kontraktu z podmiotem prowadzącym ewaluację, koordynacja i nadzór nad procesem ewaluacji;
-
- nadzór nad przebiegiem i efektami wdrożenia najważniejszych inicjatyw związanych z monitorowaniem i powiązanie ich z rezultatami projektu pilotażowego, wsparcie w rekrutacji odpowiednich ekspertów i personelu, a także rekomendowanie ulepszeń z myślą o poprawie skuteczności wspomnianych inicjatyw;
-
- zapewnienie aktywnego monitorowania postępów osiąganych w ramach projektu pod względem wydajności i jakości;
-
- gromadzenie, ewidencjonowanie i śledzenie danych potrzebnych do ram wyników;
-
- zabezpieczenie weryfikacji i walidacji świadczeń medycznych na szczeblu świadczeniodawców i zewnętrznych placówek opieki zdrowotnej.
-

Schemat 9: Ramy monitorowania i ewaluacji (57)



Źródło: WHO (2015)

Wskaźniki do ewaluacji pilotażu

Po pierwsze, po wstępnym zatwierdzeniu modelu, należy opracować wszechstronny opis ram wyników pilotażu, zawierający katalog wskaźników do kompleksowego monitorowania programu pilotażowego, opis każdego wskaźnika, jednostkę miary, wartości wyjściowe i docelowe, częstotliwość pozyskiwania danych oraz podział odpowiedzialności za ich gromadzenie. Ramy wyników są sprawdzane podczas przeglądu cząstkowego pod kątem dokonanych postępów i ewentualnych korekt. Wówczas ocenia się adekwatność celów, wskaźników, itd., a w razie potrzeby bierze pod uwagę przemodelowanie programu pilotażowego.

Ewaluacja jest niezbędna, by ustalić, czy cele programu pilotażowego zostały osiągnięte. Ewaluacja ma mierzyć skutki pilotażu jako wkład w proces decyzyjny NFZ odnośnie do wdrażania w Polsce modelu opieki koordynowanej.

Konsultant do ewaluacji merytorycznej

W ramach ewaluacji oceniający (i) weryfikuje stan zaawansowania programu na tle założonych celów; (ii) przeprowadza niezależną ankietę satysfakcji użytkownika, której wyniki są wpisywane do ram wyników; (iii) weryfikuje świadczenia otrzymane przez beneficjentów na podstawie niezależnej kontroli próbek placówek opieki zdrowotnej pod względem poprawności ewidencji, ilości i jakości świadczeń oraz sprawozdawczości, a także próbek gospodarstw domowych – beneficjentów pod względem weryfikacji ewidencji i otrzymanych świadczeń; (iv) określa skutki pilotażu dla wykorzystania świadczeń przez gospodarstwa domowe, a także (v) ocenia zdolność świadczeniodawców do realizacji usług wysokiej jakości.

BWP dostarcza oceniającemu niezbędnych danych wyjściowych potrzebnych do przeprowadzenia ewaluacji. Zasoby danych to, między innymi:

- Dane dla wybranych wskaźników zbierane rutynowo od świadczeniodawców za pośrednictwem SIM;
- Dane na temat konsumpcji świadczeń POZ zbierane rutynowo przez Departament POZ;
- Dostępne dane dotyczące jakości usług, w tym wypełnione listy kontrolne poświęcone tematyce jakości oraz wskaźniki jakościowe gromadzone za pośrednictwem SIM;
- Dostępne dane umożliwiające weryfikację ilości świadczeń i satysfakcji pacjentów, w tym wypełnione ankiety satysfakcji pacjenta;
- Wyniki wszelkich poprzednich ewaluacji przeprowadzonych przez BWP.

Chcąc zagwarantować skuteczne monitorowanie powyższych parametrów, organizatorzy projektu pilotażowego muszą opracować odpowiednie narzędzie informatyczne umożliwiające gromadzenie danych i analizę placówek. Grupa kontrolna składa się z pacjentów niebiorących udziału w Modelu 1, pacjentów zapisanych do innych świadczeniodawców oraz pacjentów zapisanych do świadczeniodawców uczestniczących w Modelu 1, którzy jednak zdecydowali się na tradycyjny model opieki. Warto również ocenić jakość opieki w placówkach przed i po wprowadzeniu modelu OK, aby w ten sposób trafniej wychwycić potencjalne skutki programu.

Wskaźniki rezultatu

Jak zaznaczono na poprzednich stronach raportu, wskaźniki rezultatu dla opieki koordynowanej wykluczały się w drodze pogłębionych dyskusji poświęconych modelom opieki koordynowanej dla Polski, prowadzonych w gronie różnych interesariuszy: pacjentów, świadczeniodawców, MZ i NFZ.

Wskaźniki rezultatu dla ewaluacji opieki koordynowanej w Polsce oparte są na międzynarodowych praktykach, lecz zostały dostosowane do polskiego kontekstu, z uwzględnieniem dostępności danych i ekspertyz co do dostępnych systemów sprawozdawczych. Wskaźniki nie wymagają tworzenia nowych struktur sprawozdawczych, lecz bardziej efektywnego wykorzystania struktur już istniejących.

Wybrane wskaźniki charakteryzują się cechami takimi jak:

- Wykonalność – są już gromadzone przez więcej niż jeden kraj;
- Wartość naukowa – wskaźniki są rzetelne i wiarygodne;
- Przydatność interpretacyjna – prowadzą do jasnych konkluzji dla decydentów;
- Praktyczność – nadają się do bezpośredniego wdrożenia w systemie ochrony zdrowia;
- Istotność – odnoszą się do schorzeń stanowiących poważny problem pod względem zagrożenia chorobowego oraz kosztów opieki w polityce zdrowotnej państwa.

Wskaźniki wyników mają kluczowe znaczenie z punktu widzenia wykonywanych przez MZ analiz na poziomie makro i mogą zawierać ważne informacje dotyczące szeregu czynników, zarówno na szczeblu krajowym, jak i systemowym. Właśnie z uwagi na znaczenie tych wskaźników niezwykle istotna jest staranna ocena i odpowiednia ilość czasu na prace analityczne.

W przypadku Modelu 1 bardziej użyteczne mogą być miary procesowe oraz produkty, ponieważ odnoszą się do poziomu organizacyjnego lub wręcz indywidualnego.

Model opieki koordynowanej ocenia się według kilku obszarów:

Tabela 11: Obszary ewaluacji systemu opieki koordynowanej

Wartość wskaźnika	Obszar do ewaluacji	Proponowany obszar do monitorowania	Wskaźniki
0–1	Dostęp do opieki zdrowotnej	Dostęp do opieki – mierzony dostępem do lekarzy POZ	Liczba dni oczekiwania na konsultację lekarza/ zespołu opieki zdrowotnej w przypadku pacjenta z chorobą przewlekłą
0–1	Koordynacja opieki zdrowotnej	Występowanie planu opieki zdrowotnej, obecność zintegrowanego zespołu opieki zdrowotnej (pielęgniarka, lekarz)	Występowanie planów opieki dla głównych grup dyspanseryjnych; powstanie zespołu opieki zdrowotnej
0–12	Ciągłość opieki zdrowotnej	Schematy postępowania w opiece zdrowotnej	Liczba wdrożonych ścieżek postępowania w chorobach przewlekłych i profilaktyce

Wartość wskaźnika	Obszar do ewaluacji	Proponowany obszar do monitorowania	Wskaźniki
0–1	Opieki zdrowotna zogniskowana na pacjencie	Wsparcie na rzecz samokontroli i profilaktyki	Plany komunikacji i profilaktyki (bilanse zdrowia)
	Środowiskowa opieka zdrowotna	Nie dotyczy tego modelu	Nie dotyczy tego modelu
0–1	Doświadczenie użytkownika (pacjentów i personelu medycznego)	Ankieta satysfakcji pacjentów oraz personelu medycznego	Ankieta przeprowadzana na początku, w trakcie i pod koniec realizacji programu pilotażowego.
0–1	Narzędzia do zarządzania koordynowaną opieką POZ, narzędzia IT	Realizacja świadczeń w zgodzie w metodyką praktyki opartej na dowodach.	Narzędzia do opieki koordynowanej w POZ, narzędzia IT

Źródło: Bank Światowy, 2017

Tabela 12: Wskaźniki rezultatu w Modelu 1

Wskaźnik	Wartość referencyjna	4 lata wdrożenia
Krótszy czas oczekiwania do lekarza specjalisty (11 chorób)	—	30% krótszy
Stan zdrowia populacji objętej opieką	—	% niestabilnych pacjentów z chorobami przewlekłymi
Satysfakcja pacjenta i personelu medycznego	—	Wzrost o 30%

Źródło: Bank Światowy, 2017

Tabela 13: Wskaźniki produktu w pilotażowym Modelu 1

Wskaźnik	Minimum	Maksimum
Liczba placówek biorących udział w projekcie pilotażowym	50	150
Liczba pacjentów biorących udział w projekcie pilotażowym	250.000	500.000
Wdrożone schematy kliniczne	2	20
Plany opieki dla pacjentów z chorobami przewlekłymi	Nie dotyczy	50% populacji objętej opieką
Liczba województw objętych pilotażem	10	16
Odsetek planów organizacyjnych wdrożonych na szczeblu POZ	—	95%

Źródło: Bank Światowy, 2017

Wskaźniki dotyczące jakości

Wskaźniki dotyczące jakości opieki i koordynacji, raportowane przez podmiot uczestniczący w programie pilotażowym

Tabela 14: Wskaźniki dotyczące jakości opieki

Obszar	Cel monitoringu	Wskaźnik	Znaczenie	Mechanizm pomiaru	Wartość
Struktura	Populacja korzystająca z POZ	Liczba pacjentów zadeklarowanych do lekarza rodzinnego	Liczba przekraczająca 2000 świadczy o nadmiernym spiętrzeniu wizyt i powoduje ograniczenia w czasie trwania pojedynczej wizyty	Deklaracje pacjentów objętych opieką	Wartość
Struktura	Populacja korzystająca z POZ	Proporcja pacjentów w każdej grupie wiekowej	Dzieci do 7. roku życia oraz osoby w wieku 65+ statystycznie generują więcej wizyt w skali roku	Deklaracje pacjentów objętych opieką	%
Struktura	Lekarze POZ o odpowiednich kompetencjach	Odsetek pacjentów zadeklarowanych do lekarza rodzinnego	Preferowany model opieki zespołu medycyny rodzinnej	Deklaracje pacjentów objętych opieką	%
Proces	Oczekiwanie na wizytę w POZ w razie pilnej potrzeby pacjenta	Odsetek pacjentów przyjętych w dniu zgłoszenia	Ograniczenie korzystania z nocnej i świątecznej opieki chorych (NOCH) oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) do przypadków zagrożenia dla zdrowia i życia	Ankieta satysfakcji pacjenta	%
Struktura	Zapewnienie ciągłości opieki	Odsetek pacjentów przyjętych do POZ do wybranego przez siebie lekarza	Poprawa jakości opieki	Sprawozdanie z realizacji	%
Rezultat	Szczepienia dzieci i młodzieży	Odsetek wykonanych szczepień obowiązkowych wśród dzieci i młodzieży do 19. roku życia (według grupy wiekowej)	Walka z chorobami zakaźnymi	Sprawozdanie z realizacji	%
Rezultat	Szczepienia dorosłych	Odsetek wykonanych szczepień przeciwko grypie w konkretnych grupach wiekowych	Walka z epidemią grypy i jej powikłaniami	Sprawozdanie z realizacji	%
Proces	Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego	Odsetek badań profilaktycznych wykonanych w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK) wśród zakwalifikowanych podopiecznych	Wykrycie schorzeń układu sercowo-naczyniowego na wczesnym, bezobjawowym etapie	Sprawozdanie z realizacji	%
Proces	Profilaktyka anty-nowotworowa	Odsetek badań cytologicznych, mammograficznych i kolonoskopii wykonanych wśród zakwalifikowanych podopiecznych	Wykrycie schorzeń nowotworowych na wczesnym, bezobjawowym etapie	Sprawozdanie z realizacji	%

Obszar	Cel monitoringu	Wskaźnik	Znaczenie	Mechanizm pomiaru	Wartość
Struktura	Wykorzystanie narzędzi IT	Dostęp (na miejscu) do elektronicznych danych medycznych (EDM) dla każdego upoważnionego pracownika	Miara skuteczności wymiany informacji medycznych w gronie członków zespołu lekarza rodzinnego/POZ oraz w ramach programów DM	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Struktura	Wykorzystanie narzędzi IT	Dostęp do EDM dla specjalistów pracujących w innych lokalizacjach	Miara skuteczności wymiany informacji medycznych w gronie członków zespołu lekarza rodzinnego/POZ oraz w ramach programów DM	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Struktura	Wykorzystanie narzędzi IT	Możliwość elektronicznego zlecenia badań laboratoryjnych i odbioru wyników	Miara skuteczności przepływu informacji medycznych	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Struktura	Wykorzystanie narzędzi IT	Możliwość elektronicznego zlecenia i odbioru wyników badań obrazowych wykonywanych poza placówką	Miara skuteczności przepływu informacji medycznych	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Struktura	Interoperacyjność	Możliwość elektronicznej rejestracji pacjentów na usługi wykonywane poza placówką (np. tomografia)	Miara skuteczności koordynacji opieki zdrowotnej	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Struktura	Interoperacyjność	Dostęp do danych ze Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) dla podmiotu koordynującego	Miara skuteczności przepływu informacji medycznych	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Struktura	Interoperacyjność	Odsetek pacjentów z aktualnymi numerami telefonicznymi	Miara skuteczności komunikacji z pacjentami	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Struktura	Interoperacyjność	Odsetek pacjentów z aktualnymi adresami e-mail	Miara skuteczności komunikacji z pacjentami	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Rezultat	Ankieta satysfakcji pacjentów i personelu medycznego	Ankieta przeprowadzana na początku i na końcu każdego roku pilotażu	Subiektywna ocena jakości opieki, porównanie z placówkami niebiorącymi udziału w pilotażu	Ankieta	Osobno dla każdego pytania
Struktura	Akredytacja POZ/ISO	W posiadaniu instytucji	Gwarancja lepszej organizacji opieki	Certyfikat	Tak / Nie

Źródło: Bank Światowy, 2017

Tabela 15: Wskaźniki dotyczące koordynacji

Obszar	Cel monitoringu	Wskaźnik	Znaczenie	Mechanizm pomiaru	Wartość
Struktura	Populacja osób przewlekłe chorych	Odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi objętych programami postępowania w chorobach przewlekłych (<i>Disease Management/DM</i>) w grupach wiekowych	Poziom skuteczności wykrywania chorób przewlekłych	Informacje o pacjencie	%
Struktura	Populacja osób przewlekłe chorych	Odsetek pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi nieobjętych programami postępowania w chorobach przewlekłych (<i>Disease Management/DM</i>) w grupach wiekowych	Poziom skuteczności wykrywania chorób przewlekłych	Informacje o pacjencie	%
Proces	Opieka nad osobami przewlekłe chorymi objętymi programami postępowania w chorobach przewlekłych (<i>Disease Management/DM</i>)	Odsetek dzieci i dorosłych w różnych grupach wiekowych objętych badaniami bilansowymi	Wczesne wykrywanie i interwencja w grupach ryzyka i chorób przewlekłych	Sprawozdanie z realizacji	%
Proces	Opieka nad osobami przewlekłe chorymi objętymi DM	Średni czas oczekiwania na konsultację u innych lekarzy w ramach programu DM przez pacjenta	Skrócenie kolejek do specjalistów	Data zlecenia – data realizacji	Liczba dni
Proces	Opieka nad osobami przewlekłe chorymi objętymi DM	Odsetek pacjentów objętych ankietą satysfakcji w związku z badaniami bilansowymi i poradami kompleksowymi	Lepsze planowanie opieki i jej kosztów	Kategoria pacjenta	%
Proces	Opieka nad osobami przewlekłe chorymi objętymi DM	Odsetek pacjentów z chorobami przewlekłymi korzystających z programu DM w danej grupie chorób	Zapewnienie lepszej koordynacji opieki w chorobach przewlekłych	Informacje o pacjencie	%
Proces	Opieka nad osobami przewlekłe chorymi objętymi DM	Odsetek pacjentów objętych programem DM z udzieloną poradą kompleksową zgodnie z indywidualnym planem opieki medycznej (IPOM)	Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM	Sprawozdanie z realizacji	%
Struktura	Opieka nad osobami przewlekłe chorymi objętymi DM	Możliwość wcześniejszej elektronicznej rejestracji celem skorzystania z dobrodziejstw IPOM	Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Proces	Opieka nad osobami przewlekłe chorymi objętymi DM	Odsetek pacjentów objętych programem DM, którzy odbyli konsultację z innymi specjalistami (oddzielnie lekarz-lekarz i lekarz-pacjent) zgodnie z IPOM	Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM	Sprawozdanie z realizacji	%

Obszar	Cel monitoringu	Wskaźnik	Znaczenie	Mechanizm pomiaru	Wartość
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM	Odsetek pacjentów objętych programem DM, którym udzielono porady edukacyjnej zgodnie z IPOM	Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM	Sprawozdanie z realizacji	%
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi objętymi DM	Odsetek pacjentów objętych programem DM, którym udzielono informacji na temat zakupu przepisanych leków w aptece	Efektywność realizacji świadczeń w modelu DM	Dane NFZ i OSOZ	%
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi nieobjętymi programami postępowania w chorobach przewlekłych (<i>Disease Management / DM</i>)	Odsetek pacjentów korzystających z usług poradni AOS poza pilotażem	Wskaźnik skuteczności włączania do opieki pacjentów z chorobami przewlekłymi objętymi DM	Dane NFZ	%
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi nieobjętymi DM	Średni czas oczekiwania na pierwszą wizytę w wybranych poradniach AOS	Dostęp do AOS poza pilotażem	Dane NFZ	Wartość
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Proporcja liczby przyjęć do NOCH i SOR chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Dane NFZ	Wartość
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Proporcja liczby przyjęć do szpitala chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM – w trybie planowym i nieplanowym	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Dane NFZ	Wartość
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Proporcja liczby powtórnych przyjęć do szpitala w okresie 30 dni od wypisu dla chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM – w trybie planowym i nieplanowym	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Dane NFZ	Wartość
Proces	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Długość hospitalizacji dla chorych przewlekle objętych i nieobjętych programem DM	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Dane NFZ	Wartość
Rezultat	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Porównanie średnich wartości kluczowych parametrów klinicznych dla reprezentatywnych grup pacjentów w instytucjach uczestniczących i nieuczestniczących w pilotażu	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Sprawozdawczość EDM	Wartości parametrów
Rezultat	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Porównanie średniego kosztu leków refundowanych i nierefundowanych dla reprezentatywnych grup osób przewlekle chorych objętych i nieobjętych programem DM	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Dane NFZ i OSOZ	Wartość

Obszar	Cel monitoringu	Wskaźnik	Znaczenie	Mechanizm pomiaru	Wartość
Rezultat	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Porównanie średnich rocznych kosztów świadczeń refundowanych przez NFZ dla reprezentatywnych grup osób przewlekle chorych objętych i nieobjętych programem DM	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Dane NFZ	Wartość
Rezultat	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Porównanie średniego zużycia wybranych leków stosowanych w chorobach przewlekłych dla reprezentatywnych grup pacjentów w instytucjach uczestniczących i nieuczestniczących w pilotażu	Wskaźnik skuteczności wytycznych	Dane NFZ i OSOZ	Wartość
Rezultat	Opieka nad osobami przewlekle chorymi (zarówno w ramach DM, jak i poza DM)	Porównanie średnich kosztów opieki w roku kalendarzowym dla reprezentatywnych grup osób przewlekle chorych objętych i nieobjętych programem DM	Wskaźnik skuteczności opieki realizowanej w ramach modelu DM	Dane NFZ	Wartość
Rezultat	Leczenie infekcji układu oddechowego	Porównanie średniego zużycia antybiotyków stosowanych w ostrych infekcjach układu oddechowego dla reprezentatywnych grup pacjentów w instytucjach uczestniczących i nieuczestniczących w pilotażu	Wskaźnik skuteczności wytycznych	Dane NFZ i OSOZ	Wartość

Źródło: Bank Światowy, 2017

Mechanizmy sprawozdawcze

Poszerzone mechanizmy sprawozdawcze obejmują: (i) comiesięczne raporty świadczeniodawców dla BWP, (ii) kwartalne raporty z BWP do MZ, (iii) kwartalne raporty z BWP do Komitetu Sterującego, oraz (iv) „Roczny raport wdrożeniowy” ze skonsolidowanym opisem postępów w realizacji projektu przez każdą z zaangażowanych instytucji, sporządzany na podstawie danych administracyjnych, ankietowych, ocen beneficjentów i niezależnych ewaluacji.

Monitorowanie to ciągła funkcja realizowana przez BWP przy wsparciu zespołu SIM w NFZ. Zadanie to obejmuje dwa aspekty, a mianowicie: (i) monitorowanie wyników projektu pilotażowego w oparciu o ramy wyników i konkretne wskaźniki, oraz (ii) ewaluację projektu pilotażowego.

Moduły Systemu Informacji Medycznej

System Informacji Medycznej (SIM) to nieodłączna część ram M&E.

SIM to kompleksowy system złożony z różnych modułów (ich wykaz znajduje się w tabeli 16), umożliwiający świadczeniodawcom „śledzenie” pacjenta na każdym z etapów projektu pilotażowego – od pierwszej interakcji, przez rejestrację do programu i realizację świadczeń w POZ, aż po świadczenia wykonane za skierowaniem do innych placówek ochrony zdrowia.

Zadaniem świadczeniodawców jest wprowadzanie do modułów SIM wszystkich danych dotyczących beneficjentów. Wprowadzane do systemu przez świadczeniodawcę dane na temat realizacji świadczeń są źródłem wykorzystywanych dla celów monitorowania danych na temat rejestracji, stanu wyjściowego, kwestii administracyjnych, konsumpcji świadczeń, dokumentacji medycznej, skierowań i wskaźników.

Tabela 16: Moduły SIM mające znaczenie dla projektu pilotażowego

Moduł	Funkcja	Użytkownik pierwotny (wprowadzanie danych)
Moduł kampanii informacyjnej	Identyfikuje wszystkie działania informacyjne i interakcje zrealizowane na etapie rekrutacji beneficjentów, takie jak rozmowy telefoniczne, wizyty w domach, spotkania itp.	Świadczeniodawca
Moduł rejestracji	Zbiera wszystkie dane dotyczące rejestracji, w tym aktywnych pacjentów i ich profil demograficzny.	Świadczeniodawca
Moduł realizacji świadczeń	Zbiera dane na temat kwestii administracyjnych i konsumpcji świadczeń, w tym wizyty umówione z beneficjentami oraz zrealizowane na ich rzecz świadczenia.	Świadczeniodawca
Elektroniczna ewidencja medyczna	Zbiera wszystkie dane dotyczące stanu zdrowia beneficjenta, w tym wywiad, diagnozy, uwagi lekarza, itp.	Świadczeniodawca
Moduł z wynikami badań laboratoryjnych/prześwietleń/lekami	Zbiera wszystkie dane dotyczące wyników badań laboratoryjnych i prześwietleń wykonanych na rzecz pacjenta. Moduł lekowy zawiera szczegółowe informacje na temat leków przepisanych beneficjentom.	Świadczeniodawca
Moduł skierowań	Zawiera dane na temat skierowań wystawionych przez świadczeniodawcę do zewnętrznych placówek ochrony zdrowia.	Świadczeniodawca
Moduł kwestionariuszy	Zawiera wszystkie kwestionariusze wypełniane przez świadczeniodawcę lub personel BWP. Kwestionariusze wypełniane przez świadczeniodawcę to, między innymi, kwestionariusz danych wyjściowych, dane z oceny ryzyka reprezentowanego przez pacjentów, ankiety satysfakcji pacjenta, itp. Znajdziemy tu również raporty z kontroli przeprowadzanych przez koordynatorów terenowych BWP w poszczególnych placówkach/ w terenie.	Świadczeniodawca/BWP
Moduł szkoleniowy i rozwoju potencjału		NFZ
Moduł sprawozdawczy	Ten moduł umożliwi świadczeniodawcom przysyłanie raportów do BWP, z personelowi BWP umożliwi wykonywanie analiz danych i generowanie raportów z wynikami.	Nie ma potrzeby sprawozdawania, moduł sam zaciąga dane z wszystkich pozostałych modułów

Wymogi sprawozdawcze

W tabeli 17 przedstawiono rozmaite raporty sporządzane dla celów monitorowania, starając się ograniczyć wymagania sprawozdawcze w skali jednego roku do minimum. Raporty kwartalne są składane tylko dwa razy, a raporty półroczne tylko jeden raz, według następującego schematu: raport za I kwartał, raport półroczny, raport za III kwartał, raport roczny.

Tabela 17: Wymogi sprawozdawcze

Rodzaj raportu	Odpowiedzialność	Adresat	Zawartość
Miesięczny (finansowy)	Świadczeniodawca	NFZ/BWP	- Świadczenia profilaktyki i edukacji zdrowotnej finansowane na zasadzie płatności za usługę; dane potrzebne do wyliczenia stawki kapitacyjnej; - Świadczenia realizowane w ramach modelu 1, włącznie z tymi finansowanymi na zasadzie płatności za usługę (FFS), oraz - Inne świadczenia finansowane w ramach modelu na zasadzie płatności za usługę (np. konsultacje diagnostyczne)
Miesięczny (kliniczny)	Świadczeniodawca	NFZ/BWP	- Zatwierdzone świadczenia finansowane odrębnie w ramach budżetu zadaniowego; - Pacjenci z modelu z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi z kategorii uwzględnionych w ramach modelu 1; - Pacjenci z modelu korzystający ze świadczeń w poradniach AOS z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi z kategorii uwzględnionych w ramach modelu 1, z planem informacji na temat ram czasowych, lokalizacji oraz świadczeniodawcy, a także - Wyszczególnienie pacjentów z modelu na listach oczekujących na pierwszą wizytę w poradni AOS z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi z kategorii uwzględnionych w ramach modelu 1 (wraz z czasem oczekiwania).
Raport roczny	Świadczeniodawca	BWP	Wyniki ankiety satysfakcji pacjenta.

Źródło: Bank Światowy, 2017

Źródła danych

Źródła danych to:

- dane gromadzone rutynowo za pośrednictwem systemu rozliczeniowego;
- dane gromadzone rutynowo na szczeblu pojedynczej placówki ochrony zdrowia;
- dodatkowe dane pozyskiwane przez świadczeniodawców i NFZ, np. z rejestrów osób zapisanych do programu, kontroli na miejscu i przygodnych ankiet;
- informacje zbierane w związku z procesem weryfikacji; a także
- dane z szybkich kontroli placówek realizowanych przez BWP.

Ogólne zalecenia dotyczące budowania systemów informatycznych

Zaleca się zastosowanie podejścia skoncentrowanego na użytkowniku i dążenie do utworzenia jednej wspólnej platformy dla wszystkich zaangażowanych w projekt interesariuszy – w tym wszystkich korzystających z systemu świadczeniodawców, pracowników recepcji, pielęgniarek i lekarzy.

-
- Przy tworzeniu i testowaniu nowych narzędzi IT warto wykorzystać podstawowy cykl projektowy, składający się z następujących elementów:
 - rekonesans – znajomość użytkowników, ich zachowania, motywacji, obaw i potrzeb. Trzeba się przyjrzeć otoczeniu, w jakim realizowane są świadczenia oraz sieci współzależności wewnątrz i na zewnątrz placówki, wzbogacając projekt o dane i dowody;
 - kreacja i refleksja – określenie szans i zagrożeń, wyszukiwanie powtarzających się schematów i opcji alternatywnych;
 - utworzenie prototypu – przełożenie idei na rzeczywistość;
 - testowanie – testy i wnioski z dotychczasowych doświadczeń. Ponowne uruchomienie procesu z nowymi informacjami.
-
- Należy przestrzegać ogólnych zasad mających zastosowanie do projektowania usług:
 - Projektowane usługi powinny być mocno osadzone w kontekście systemu, a nie oderwane od niego, czyli na przykład priorytetem ma być optymalizacja systemu jako całości, a nie pojedynczych komponentów;
 - W tworzeniu usług powinni uczestniczyć użytkownicy;
 - Należy tworzyć prototypy dla kolejnych wersji projektów;
 - Usługi powinno się projektować i realizować we współpracy z partnerami wewnętrznymi i zewnętrznymi, aby uzyskać jak najwięcej korzyści wynikających ze współdziałania;
 - Należy minimalizować działania, które nic nie wnoszą z perspektywy klienta;
 - Należy się wystrzegać nadmiernie złożonych procesów, np. zmniejszając liczbę etapów procesu i kroków polegających na przekazywaniu danych z rąk do rąk, a także ograniczając liczbę reguł i mechanizmów kontrolnych; warto również przekazać pracownikom uprawnienia decyzyjne.
-

Projektanta usług trzeba zaangażować od samego początku, tj. od etapu tworzenia modelu biznesowego. Dzięki temu można zabezpieczyć interesy użytkowników, uwzględniając je w sposób całościowy przy tworzeniu celów biznesowych. Pomyślne efekty zapewnia opisany wyżej proces projektowania oraz rozmaite narzędzia, takie jak mapa doświadczeń klienta, *-persona*, przypadki użycia, mapa systemu, plan usług, itd.

Walidacja i weryfikacja danych

Walidacją i weryfikacją danych zajmuje się BWP. Weryfikacja wewnętrzna jest zharmonizowana z systemem stosowanym przez BWP i odbywa się na dwóch poziomach: (i) na poziomie regionalnym przez wojewódzkie oddziały NFZ, koordynator wojewódzki weryfikuje 5 procent ogółu roszczeń przy pomocy kontaktów telefonicznych i/lub wizyt w domach (5% próbka jest co miesiąc generowana w SIM i przesyłana do koordynatora odpowiedzialnego za to zadanie); oraz (ii) na poziomie centralnym, próbka losowa stanowiąca 2 procent roszczeń sprawdzonych na szczeblu regionalnym jest następnie sprawdzana ponownie przez BWP. Dodatkowo, na szczeblu centralnym, BWP wykonuje analizę trendów i schematów dla rozpatrywanych roszczeń pod kątem wykrycia danych odbiegających od normy; co ma zapobiegać nadużyciom.

Wiarygodność/kompletność raportowanych informacji

W przypadku wykrycia przez BWP nadużyć należy sporządzić odpowiednie sprawozdanie i przekazać je Komitetowi Sterującemu. Za przypadek nadużycia uznaje się umyślne sfalszowanie danych, np. wprowadzenie do systemu SIM nieistniejących pacjentów lub wpisanie do ewidencji świadczeń, które nie zostały wykonane, wyłącznie w celu otrzymania płatności.

NFZ może wdrożyć postępowanie dyscyplinarne, jeśli skarga została uznana za poważną i wysłuchano relacji osoby obwinionej (o ile nadużycie da się przypisać do konkretnej osoby/osób). W razie stwierdzenia nadużycia o wymiarze sankcji dla konkretnej osoby lub placówki wypowiada się lub decyduje przewodniczący prowadzący „przesłuchanie dyscyplinarne”.

Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem warunków umownych (kontrakty)

Świadczeniodawca powinien być żywo zainteresowany nadzorem nad jakością koordynacji w ramach Modelu 1, ponieważ przychody świadczeniodawcy są uzależnione od:

- Liczby świadczeń zrealizowanych zgodnie z kontraktem i procedurami wyznaczonymi w ramach budżetu zadaniowego,
- Liczby leczonych w ramach modelu pacjentów z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi zaliczanymi do kategorii Modelu 1,
- Osiągnięcia premiovanych rezultatów, a także
- Jakości świadczeń i satysfakcji pacjenta z nowego modelu.

Zewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem warunków umownych (kontrakty)

W porównaniu do tradycyjnego modelu opieki, płatnik ma większe możliwości, jeżeli chodzi o nadzorowanie i kontrolowanie realizacji świadczeń pod względem:

- liczby pacjentów leczonych zgodnie ze standardami modelu,
- rozliczania świadczeń zrealizowanych zgodnie z kontraktem w ramach budżetu zadaniowego, według procedur, a także
- dostępu do ewidencji medycznej prowadzonej zgodnie ze standardami Modelu 1.

Prowadząc nadzór, płatnik powinien wspierać świadczeniodawców i dążyć do optymalizacji rozwiązań, unikając jednocześnie działań ograniczających oraz podejmowanych w reakcji na oczekiwania roszczeniowych pacjentów lub naciski ze strony środków masowego przekazu.

Ankiety satysfakcji pacjenta

W nowoczesnym podejściu do opieki zdrowotnej stosuje się metody pozwalające pacjentom i opinii publicznej przyczynić się do coraz bardziej równego i sprawiedliwego dostępu do ochrony zdrowia. Poprawa niektórych aspektów opieki zdrowotnej jest jednym z politycznych priorytetów.

Ocena jakości opieki zdrowotnej, a w szczególności ocena satysfakcji pacjenta, mają bardzo duże znaczenie, zwłaszcza jeśli chcemy, by cele reformy były dla pacjentów zrozumiałe i istotne. Satysfakcję można zdefiniować jako przeżyte doświadczenie w odniesieniu do osobistych oczekiwań. Jeśli oczekiwania były wyższe niż faktyczne doświadczenie, poziom zadowolenia będzie niski.

Ocena poziomu satysfakcji pacjenta z otrzymanej opieki ma duże znaczenie z perspektywy realizacji świadczeń. Zadowolony pacjent lepiej reaguje na leczenie; jest też bardziej prawdopodobne, że zatroszczy się o własne zdrowie i że wróci do tego samego świadczeniodawcy. Ponadto, ewaluacja to sposób na odkrycie obszarów wymagających poprawy definiowanej właśnie poziomem satysfakcji pacjenta.

Pomimo wspomnianych wyżej korzyści, ocena poziomu satysfakcji pacjenta bywa przedmiotem krytyki. Zastrzeżenia dotyczą braku standaryzacji w zakresie pomiaru poziomu satysfakcji, braku badań porównawczych oraz ignorowania wcześniej opublikowanych badań.

Niezależnie od negatywnych uwag, satysfakcja pacjenta pozostaje jednym z ważnych czynników stanowiących o efektach systemu opieki zdrowotnej.

Personel

W dziedzinie monitorowania i ewaluacji personel BWP obejmuje:

- Specjalistów ds. M&E
- Koordynatorów zamiejscowych
- Specjalistów ds. walidacji danych

Mianowani przez BWP specjaliści ds. M&E odpowiadają za zaprojektowanie i wdrożenie planu M&E, a także zarządzanie planem: w koordynacji z kilkoma innymi departamentami i wyznaczonymi pracownikami dbają o poprawność i terminowość gromadzenia danych i ich raportowania. Do ich zadań należy:

- Zaprojektowanie planu M&E wraz z zestawem wskaźników, podaniem źródeł danych, metod analizy i mechanizmów sprawozdawczych;
- Zaprojektowanie kwestionariusza bazowego (dot. danych wyjściowych) i zabezpieczenie należytego pozyskiwania danych i ich raportowania;
- Wskaźniki do pomiaru nakładów, procesów i produktów, według komponentów/ pod-komponentów;
- Ocena stanu zaawansowania realizacji komponentu projektu w porównaniu do harmonogramów z wykresami słupkowymi, w rytmie miesięcznym i/lub co najmniej kwartalnym dla niektórych aktywności;
- Przegląd raportów otrzymywanych z różnych departamentów i agencji wdrażających pod kątem oceny postępów projektu pilotażowego na tle konkretnych, mierzalnych produktów;
- Przygotowanie na bieżąco ankiet i ocen oraz zarządzanie tymi ankietami i ocenami;
- Przygotowanie do przeglądu cząstkowego, w tym dokładna ewaluacja wszystkich wskaźników zawartych w planie, realizowanego po 12 miesiącach od rozpoczęcia projektu pilotażowego;
- Koordynowanie niezależnej grupy specjalistów dokonujących końcowej ewaluacji projektu pilotażowego.

Koordynatorzy zamiejscowi powinni współpracować z NFZ; do ich obowiązków należy składanie raportów z poszczególnych obszarów. Każdy z koordynatorów ma przypisaną grupę świadczeniodawców, których wspiera w związku z realizacją projektu. Do zadań koordynatorów należy:

- Pełnienie funkcji łącznika między specjalistami z NFZ na szczeblu centralnym a partnerami wdrażającymi po stronie świadczeniodawców;

-
- Przeprowadzanie regularnych kontroli na miejscu w placówkach świadczeniodawców i zarządzanie kwartalną listą kontrolną dot. jakości;
 - Wspieranie świadczeniodawców w składaniu comiesięcznych raportów;
 - Analiza postępów przypisanych do danego koordynatora świadczeniodawców i służenie pomocą w razie niedociągnięć i braków, przekazywanie świadczeniodawcom informacji zwrotnej na podstawie wykonywanych przez NFZ analiz ogółu świadczeniodawców;
 - Informowanie o przeszkodach we wdrażaniu projektu pilotażowego na linii placówki w terenie – specjaliści NFZ będący członkami BWP.
-

Bibliografia

1. Agency of Healthcare Research and Strategy. Closing the quality gap, critical analyses of the quality improvements strategies; 2007.
2. Reiss-Brennan B. Association of Integrated Team Based Care with health quality, utilization and cost. AMA; 2016.
3. Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. Healthcare Papers. 2000; 1(2).
4. Marriot J, Mable AL. Integrated Health Organizations in Canada: Developing the Ideal Model. Healthcare Papers. Healthcare Papers. 2000; 1(2).
5. Rogers A, Sheaff R. Formal and Informal Systems of Primary Healthcare in an Integrated System: Evidence from the United Kingdom. Healthcare Papers. 2000; 1.
6. Autor nieznany. Dlaczego opieka koordynowana. 2011; niepublikowane.
7. WHO. Integrated Health Systems–What and why? Technical Brief No.1; 2008.
8. Saltman RG, Rico A, Boerma W. Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European primary care Series EOoHSaP, editor: Open University Press; 2006.
9. Rachel B, Richardson E, McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO; 2014.
10. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series 38. Copenhagen: WHO; 2015.
11. Światowa Organizacja Zdrowia. Baza danych globalnych wydatków na zdrowie [Online]; 2014 [cytowane w 2017. Dostępne na: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
12. OECD. Improving the healthcare system in Poland. Working Paper No.957., OECD Economics Department; 2012.
13. European Commission. Join Report on Health Systems. Occasional Paper No. 74. ; 2010.
14. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2010 roku. Warsaw;; 2010.

15. Boulhol H, Sowa A, Golinowska S, Sicari P. Improving the Health-Care System in Poland. Working Papers, No. 957. OECD, OECD Economics Department; 2012.

16. Eurostat. Internetowa baza danych. [Online]; 2016. Dostępne na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_population_projections.

17. Ministry of Health. Zobowiązania wymagalne (na podstawie sprawozdań Rb-Z); 2017.

18. Bank Światowy. Wskaźniki [Online]. cytowane w 2017. Dostępne na: <http://data.worldbank.org/indicator/>.

19. OECD. Dane statystyczne OECD. [Online]. cytowane w 2017. Dostępne na: <http://stats.oecd.org/>.

20. OECD. Dane statystyczne OECD. [Online]. cytowane w 2017. Dostępne na: <http://www.oecd-ilibrary.org/>.

21. Bank Światowy. Baza danych Banku Światowego. [Online]. cytowane w 2017. Dostępne na: <http://data.worldbank.org/>.

22. Naczelna Izba Lekarska (NIL). Informacje Statystyczne. [Online]; 2015 cytowane w 2017. Dostępne na: <http://www.nil.org.pl/rejstry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>.

23. Siciliani L, Hurst J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries., OECD Economic Studies; 2004. Report No: No. 38, 2004/1.

24. Smith P. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

25. Pędziński B, Sowa A, Kołpak M, Pędziński W, Szpak A. Wykorzystanie elektronicznej dokumentacji medycznej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej województwa podlaskiego. Polish Journal of Public Health. 2013; 123(2).

26. Najwyższa Izba Kontroli [NIK]. Informatyzacja szpitali – informacja o wynikach kontroli. Raport NIK 2013. ; 2013.

27. Fundacja Watch Health Care. Barometr Fundacji Watch Health Care.; 2016. Raport nr 14/2/08/2016.

28. Główny Urząd Statystyczny [GUS]. Zdrowie i Ochrona Zdrowia Statystyki. [Online]. cytowane w 2017. Dostępne na: <http://swaid.stat.gov.pl/SitePagesDBW/ZdrowieOchronaZdrowia.aspx>.

29. Europ Assistance/CSA. Health and Society Barometer 2013. ; 2013.

30. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. ; 2015.

-
31. Centrum Badań Opinii Społecznej [CBOS]. Komunikat z badań CBOS Nr 107/2014. Warszawa; 2014. Raport nr ISSN: 2353-5822.
-
32. Centrum Badań Opinii Społecznej. Komunikat Badań CBOS, Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Nr 165/2014. Warszawa; 2014. Raport nr ISSN 2353-5822.
-
33. Kurpiewska, Łosiewicz, Ryłko. Public Perception of Healthcare Personnel in Poland and some other European Countries in view of selected studies. *International Business and Global Economy* 2015. 2015;(34).
-
34. Matysiak A, Nowok B. Stochastic forecast of the population of Poland, 2005-2050. *Demographic Research*. 2007 November; 7(11).
-
35. Główny Urząd Statystyczny [GUS]. Ludność w wieku 60 lat i więcej. ; 2016.
-
36. Główny Urząd Statystyczny [GUS]. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców. Notatka Informacyjna. Warszawa; 2015.
-
37. Naczelna Izba Kontroli [NIK]. Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych – Informacja o wynikach kontroli. ; 2015. Raport nr: nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD.
-
38. Drygas, Kwaśniewska. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia Narodowego Funduszu Zdrowia: geneza, zasady realizacji, wyniki, ocena efektywności; 2015.
-
39. Ham, Curry. Integrated care-What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? The King's Fund.
-
40. Januszek-Michalecka. Wieloczynnikowa analiza efektywności Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem Prof. zw. dr hab. n. med. Marka Spaczyńskiego. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauki o Zdrowiu; 2015.
-
41. NIZP-PZH. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2016; 2016.
-
42. SHARE Project 4th wave – 2011/2012. 2012..
-
43. World Bank. The present and Future of Long Term Care in Ageing Poland. Policy Note; 2015.
-
44. Smętkowski M, Gorzelak G, Płoszaj A, Rok J. Powiaty zagrożone deprawacją: stan, trendy i prognoza. EUROREG 7/2015. Warszawa: EUROREG, Uniwersytet Warszawski; 2015.
-
45. Ministerstwo Zdrowia. Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Warszawa; 2012.
-
46. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia. Warszawa; 2015.
-

-
47. Goodwin N, Senola L, Thiel V. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: Key lessons and markers for success. The King's Fund; 2013.
-
48. Integrated care licensed services, Monitor Making the health sector work for patients. [Online]. Dostępne na: www.gov.uk/monitor.
-
49. The Commonwealth Fund. Reducing care fragmentation, a toolkit for coordinated care. http://www.improvingchroniccare.org/downloads/reducing_care_fragmentation.pdf.exit disclaimer icon; 2008.
-
50. Cashin C, Chi Y, Borowitz M, Smith P, Thomson S. Paying for performance in healthcare: implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series ed: Open University Press; 2014.
-
51. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. Health Policy. 2013.
-
52. RAND Europe. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots; 2012.
-
53. Campbell S, Braspenning J, Hutchinson A, Marshal M. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. 2003; 326(7393).
-
54. Brook R, McGlynn E, Cleary P. Measuring quality of care- part two of six. N Engl J Med. 1996; 335(13).
-
55. Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. Qual Saf Health Care. 2001; 10(3).
-
56. Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek C. Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. Int J Qual Health Care. 2003; 15(5).
-
57. WHO. Global reference List of 100 Core Health Indicators. Luxembourg: World Health Organization; 2015.
-

