Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized

MODEL 3

Podręcznik 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 8

Spis schematów 8

Wstęp 12

Oczekiwane rezultaty 15

Kontekst i podstawowe informacje 16

Sytuacja demograficzna w Polsce 16

Potrzeby zdrowotne osób po 65. roku życia – mapowanie systemu realizacji świadczeń 29

Model udzielania świadczeń 64

Zakres modelu 3 64

Beneficjenci Modelu 3 70

Instrumenty wdrożenia 70

Kontraktowanie 76

Finansowanie 78

Główne założenia finansowania Modelu 3 81

Raportowanie 85

Budowanie potencjału 86

Wsparcie świadczeniodawców 86

Zarządzanie kompetencjami płatnika i ich rozwój 87

Narzędzia stratyfikacji 87

Zarządzanie projektem i monitorowanie 91

Monitorowanie i ewaluacja 94

Monitorowanie w ramach projektu pilotażowego 94

Wskaźniki ewaluacji pilotażu 96

Wymogi sprawozdawcze 101

Technologie informatyczne 104

Bibliografia 106

Spis rysunków

Rys. 1.	Ludność Polski wg płci i wieku w 2014 r. oraz prognozowana na lata 2030 i 2050 (dane GUS)	17
Rys. 2.	Udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem (w %), województwa	17
Rys. 3.	Przewidywany wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, kraje UE-28, lata 2015–80 (Eurostat)	18
Rys. 4.	Współczynniki zgonów w Polsce i UE	19
Rys. 5.	Najczęściej stawiane rozpoznania wśród populacji 65+ w 2015 r.	20
Rys. 6.	Zgony w grupie osób w wieku lat 60 i starszych, według wybranych przyczyn (w %)	21
Rys. 7.	Odsetek zgonów według najczęściej występujących przyczyn, zgony ogółem, w grupach wiekowych co 5 lat, mężczyźni, 2014	22
Rys. 8.	Odsetek zgonów według najczęściej występujących przyczyn, zgony ogółem, w grupach wiekowych co 5 lat, kobiety, 2014	22
Rys. 9.	Oczekiwana dalsza długość życia w zdrowiu dla mężczyzn i kobiet w wieku 25, 50 i 65 lat w Polsce w 2013 r.	23
Rys. 10.	Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej w 2014 r.	24
Rys. 11.	Trudności w życiu codziennym (samoocena)	26
Rys. 12.	Trudności w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego (samoocena)	27
Rys. 13.	Samoocena stanu zdrowia osób w pierwszym (najniższym) i piątym (najwyższym) kwintylu dochodów w populacji 65+	28
Rys. 14.	Trudności w codziennym funkcjonowaniu wywołane problemami zdrowotnymi w pierwszym (najniższym) i piątym (najwyższym) kwintylu dochodów, w populacji 65+ i 85+	29
Rys. 15.	Populacja pacjentów z grupy wiekowej 65+ w 2015 r., według rodzaju placówki opieki zdrowotnej (świadczenia publiczne finansowane przez NFZ)	30
Rys. 16.	Pacjenci 65+ jako odsetek pacjentów ogółem w POZ, AOS i opiece szpitalnej w Polsce w 2015 r. (świadczenia publiczne finansowane przez NFZ)	30
Rys. 17.	Średnie wydatki NFZ na jednego pacjenta w 2015 r.	31

Rys. 18.	Koszt świadczeń zdrowotnych zrealizowanych na rzecz populacji osób starszych jako % całkowitego budżetu NFZ w 2015 r.	32
Rys. 19.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w populacji 65+ w 2016 r.	33
Rys. 20.	Dwadzieścia najczęściej stawianych rozpoznań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w populacji 65+ w 2015 r.	34
Rys. 21.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem cukrzycy typu 2 (E11) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	37
Rys. 22.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem nadciśnienia tętniczego (I10–I13) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	37
Rys. 23.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	37
Rys. 24.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem migotania i trzepotania przedsionków (I48) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	38
Rys. 25.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem niewydolności serca (I50) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	38
Rys. 26.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem miażdżycy (I70) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	38
Rys. 27.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem osteoporozy (M15–M21) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	39
Rys. 28.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem zapalenia stawów/osteoporozy kręgosłupa (M45, M46, M47, M48, M50, M51, M53, M54, G54) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	39
Rys. 29.	Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem przerostu prostaty (N40) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.	39
Rys. 30.	Opieka szpitalna w populacji 65+ w 2016 r.	40
Rys. 31.	Dwadzieścia najczęstszych rozpoznań w opiece szpitalnej w populacji 65+ w 2015 r.	41
Rys. 32.	Szpitalne rozpoznania dla populacji powyżej oraz poniżej 65. roku życia, 2015 r.	42

Rys. 33.	Koszty szpitalnych świadczeń zdrowotnych w przeliczeniu na jednego pacjenta w wieku 65 lat i więcej w 2016 r.	43
Rys. 34.	Świadczenia rehabilitacyjne w populacji 65+ w 2016 r.	44
Rys. 35.	Pacjenci 65+ w opiece długoterminowej w 2016 r.	46
Rys. 36.	Odsetek korzystających z formalnej opieki długoterminowej w populacji 65+ i 80+ (dane z 2014 r., mężczyźni i kobiety razem)	47
Rys. 37.	Korzystanie z formalnej opieki długoterminowej w populacji 65+, według płci (dane z 2014 r.)	47
Rys. 38.	Odsetek korzystających z formalnej opieki długoterminowej w populacji 80+, według płci (dane z 2014 r.)	48
Rys. 39.	Wydatki systemu ochrony zdrowia na długoterminowe świadczenia pielęgnacyjne (% PKB) w 2012 r. (klasyfikacja Systemu Rachunków Zdrowia SHA HC.3)	48
Rys. 40.	Kontrakty na opiekę długoterminową, paliatywną i hospicyjną jako % budżetu NFZ (stan z początku 2017 r.)	49
Rys. 41.	Koszt wyrobów medycznych dla pacjentów 65+ (wydatki NFZ) w 2016 r.	52
Rys. 42.	Łączna liczba beneficjentów usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, lata 2008–2015	53
Rys. 43.	Liczba beneficjentów usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w województwach w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców, 2015 r.	54
Rys. 44.	Wydatki na długoterminowe usługi pomocy społecznej jako % PKB (klasyfikacja Systemu Rachunków Zdrowia SHA HC.R.6.1)	55
Rys. 45.	Poziom i struktura wydatków publicznych na domowe usługi opiekuńcze i domowe specjalistyczne usługi opiekuńcze, 2015 r. (w PLN)	55
Rys. 46.	Struktura wiekowa mieszkańców domów pomocy społecznej w powiatach i na wyższych poziomach administracyjnych w 2015 r.	57
Rys. 47.	Liczba miejsc i nowych beneficjentów opieki DPS w powiatach	58
Rys. 48.	Liczba beneficjentów świadczeń w stacjonarnych placówkach opieki w latach 2008–2015	59
Rys. 49.	Liczba mieszkańców ponadgminnych domów pomocy społecznej na 10 tys. ludności według województw	59
Rys. 50.	Poziom i struktura wydatków publicznych na domy pomocy społecznej, 2015 r. (w PLN)	60

Rys. 51.	„Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy opiekował(a) się Pan(i) inną osobą (nie uwzględniając małych dzieci)?" – odpowiedzi w podziale na płeć respondenta, porównanie między krajami, 2015 r.	61
Rys. 52	Odsetek osób utożsamiających się z następującym stwierdzeniem: „Kiedy rodzice są w potrzebie, córki biorą na siebie większą odpowiedzialność niż synowie"	62
Rys. 53.	Szacunkowe kwoty łącznych wydatków na opiekę długoterminową (opieka domowa i stacjonarna) w sektorach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej	63
Rys. 54.	Wydatki na opiekę długoterminową jako % PKB w 2013 r.	63
Rys. 55.	Alokacja zasobów w rocznym budżecie Modelu 3.	82
Rys. 56.	Alokacja zasobów dla opłaty za usługę (OZU) w rocznym budżecie Modelu 3.	82
Rys. 57.	Koszt projektu pilotażowego (pięć powiatów); koszt programu dla realizacji w skali ogólnokrajowej; przewidywane przychody NFZ	83
Rys. 58.	Koszty modelu za okres 6 miesięcy	83
Rys. 59.	Koszty jako odsetek rocznego budżetu NFZ	84
Rys. 60.	Koszty programu oraz beneficjenci danego programu	84

Spis tabel

Tabela 1.	Średnia liczba chorób na osobę	25
Tabela 2.	Najczęściej zgłaszane schorzenia w populacji 65+	25
Tabela 3.	Kryteria wyboru do projektu pilotażowego w zakresie lokalnie koordynowanych świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej	69
Tabela 4.	Podsumowanie budżetu Modelu 3 na lata 2017–2020	81
Tabela 5.	Przygotowanie świadczeniodawców do realizacji usług	93
Tabela 6.	Obszary ewaluacji systemu opieki koordynowanej	98
Tabela 7.	Wskaźniki produktu	98
Tabela 8.	Efekty wdrożenia Modelu 3 z perspektywy funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia	99
Tabela 9.	Wskaźniki dotyczące jakości opieki	99
Tabela 10.	Wskaźniki dotyczące koordynacji	101
Tabela 11.	Moduły SIM mające znaczenie dla projektu pilotażowego	102

Spis schematów i map

Schemat 1.	Ramy zintegrowanej opieki nad osobami starszymi o szczególnych potrzebach zdrowotnych	14
Schemat 2.	Pacjenci po hospitalizacji w aktualnym systemie	65
Schemat 3.	Ścieżki pacjenta w nowym, skoordynowanym systemie	67
Schemat 4.	Przebieg procesu opieki w ramach centrum opieki domowej (COD)	69
Schemat 5.	Budżet powierzony POZ. Części składowe	78
Mapa 1.	Liczba świadczeń AOS w populacji 75+ w związku z I25 (przewlekła niedokrwienna choroba serca) w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych (2015). Powiaty.	35
Mapa 2.	Liczba świadczeń AOS w populacji 75+ w związku z I10, I11, I12, I13 (nadciśnienie tętnicze) w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych (2015). Powiaty.	35
Mapa 3.	Liczba świadczeń AOS w populacji 75+ w związku z E11 (cukrzyca typu 2) w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych (2015). Powiaty.	36

Akronimy i skróty

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

BWP – Biuro Wdrażania Projektu

COD – Centrum Opieki Domowej

DDP – Dzienny Dom Pomocy

DMP – Disease Management Program (program zarządzania chorobą)

DPS – Dom Pomocy Społecznej

EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IOP – Instrukcja Operacyjna Projektu Pilotażowego

IT – Technologie Informacyjne

JST – Jednostki Samorządu Terytorialnego

M&E – monitorowanie i ewaluacja

MRPiPS (dawniej MPiPS) – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Pomocy Społecznej

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

NOCH – Nocna i Świąteczna Opieka Chorych

OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

OPS – Ośrodek Pomocy Społecznej

OSOZ – Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia

OK – Opieka Koordynowana

PKB – Produkt Krajowy Brutto

PLN – Złoty Polski

PoChP – Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

SIM – System Informacji Medycznej

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

ZIP – Zintegrowanego Informator Pacjenta

ZOL – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

ZPO – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

Podziękowania

Modele opieki koordynowanej zawarte w tym raporcie zostały przygotowane w ramach umowy RAS (Reimbursable Advisory Services) podpisanej w listopadzie 2015 roku, pomiędzy Bankiem Światowym, a Narodowym Funduszem Zdrowia. Liderami projektu byli Anna Kozieł i Mukesh Chawla (oboje z Banku Światowego), których wspierał szeroki zespół ekspertów, w skład którego weszli: Adam Kozierkiewicz, Agnieszka Gaczkowska, Zbigniew Król, Artur Prusaczyk, Andrzej Zapaśnik, Aleksandra Kononiuk i Rocio Schmunis. Adrienne Kate Mcmanus i Gabrielle Lynn Williams, obie z Banku Światowy, dokonały edycji finalnego produktu i asystowały podczas pisania raportu. Gabriel Francis, Zinaida Korableva and Maya Razat zapewnili wsparcie podczas wszystkich faz przygotowywania raportu. Szczególne podziękowania należą się także ekspertom Banku Światowego: Aparnaa Somanathan, Donald Edward Shriber, Mickey Chopra, Shuo Zhang, którzy dostarczyli cennych uwag i sugestii, które poprawiły jakość ostatecznego produktu.

Raport powstał przy strategicznym i merytorycznym wsparciu następujących osób z Banku Światowego: Arup Banerji (Country Director), Enis Baris (Practice Manager), Carlos Piñerúa (Country Manager), Marina Wes (Country Manager).

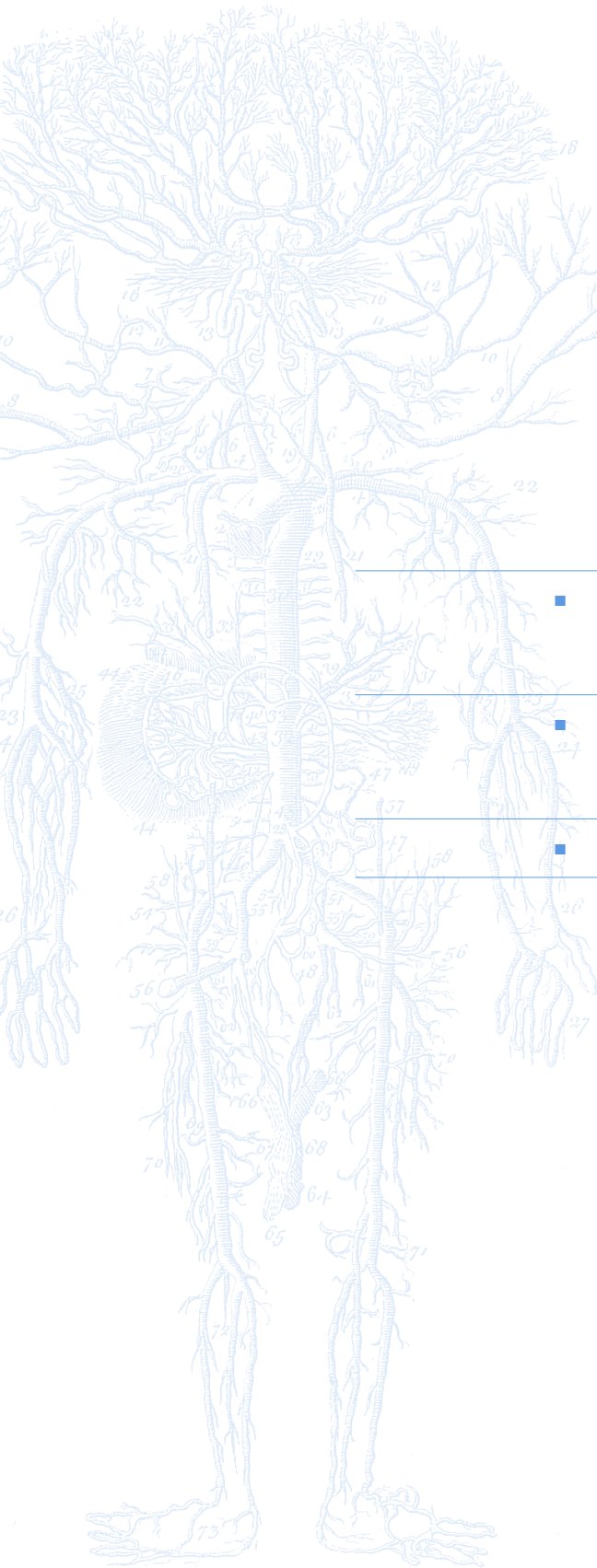
Autorzy chcieliby wyrazić ogromną wdzięczność Konstantemu Radziwiłłowi (Minister Zdrowia) i Piotrowi Gryzie (Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia), Andrzejowi Jacynie (Prezes) i Maciejowi Miłkowskiemu (Zastępca Prezesa) z Narodowego Funduszu Zdrowia za ich nieocenioną pomoc i wsparcie podczas przygotowywania tych modeli. Praca ta nie byłaby możliwa bez ich aktywnego zaangażowania i nadzoru strategicznego.

Wielu pracowników Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia poświeciło swój czas i przekazało nam wiele cennych porad, jesteśmy wdzięczni im wszystkim. Dziękujemy wymienionym osobom: Dariusz Działak, Krzysztof Górski, Damian Jakubik, Katarzyna Wiktorzak, Sabina Karczmarz, Katarzyna Ilowiecka, Dariusz Jarnutowski, Katarzyna Klonowska, Rafał Kiepuszewski, Rafał Kozłowski, Katarzyna Kulaga, Iwona Poznerowicz, Agata Szymczak, Milena Sześciórka-Rybak, Andrzej Śliwczyński za to, że zawsze byli gotowi do współpracy.

Modele projektowane były w procesie konsultacji i dyskusji ze środowiskiem eksperckim, ze środowiskami medycznymi i pacjenckimi. Za aktywną obecność, uwagi i pomysły dziękujemy następującym osobom: Ewa Bandurska, Mariusz Bidziński, Michał Brzeziński, Jarosław Buczyński,Czesław Ceberek, Aneta Cebulak, Damian Chaciak, Ewa Dmoch-Gajzlerska, Przemysław Dybciak, Adam Dziki, Dawid Faltynowski, Dariusz Gilewski, Grzegorz Gierelak, Piotr Głuchowski , Jacek Gronwald, Barbara Grudek, Marika Guzek, Bartosz Idziak, Marek Jankowski, Monika Jastrzębska, Małgorzata Kalisz, Piotr Kulesza, Tomasz Kobus, Anna Kordowska, Donata Kurpas, Anna Miecznikowska, Jeremi Mizerski, Jolanta Michałowska, Włodzimierz Olszewski, Tadeusz Orłowski, Iwona Orkiszewska, Ewa Orlewska, Bartłomiej Ostręga, Michał Pękała Bartosz Pędziński, Jarosław Reguła, Jarosław Skłucki, Agnieszka Sowa, Andrzej Strug, Sylwia Szafraniec – Buryło, Joanna Szeląg, Roman Topór-Mądry, Jan Tumasz, Piotr Tyszko, Adam Windak, Andrzej Witek, Wiesław Witek, Mikołaj Wiśniewski, Tomasz Włodarczyk, Joanna Zabielska-Cieciuch, Marzena Zarzeczna-Baran, Tomasz Zieliński i Paweł Żuk.

Dziękujemy także wszystkim uczestnikom licznych spotkań i konferencji, w czasie których otwarcie dyskutowano o rozwiązaniach proponowanych w modelach. Nauczyliśmy się bardzo dużo podczas trwania tego projektu i mamy nadzieję, że udało nam się uwzględnić wszystkie sugestie, które otrzymaliśmy podczas przygotowywania raportu.

Wstęp



Model trzeci jest odpowiedzią na brak integracji między usługami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych.

W oparciu o informacje wynikające z Modelu 1 i 2, a także z analizy świadczeń socjalnych i zdrowotnych dla osób w podeszłym wieku, prezentowany Model 3 łączy najważniejsze elementy obu sektorów, proponując kompleksowe usługi w ramach **Centrum Opieki Domowej (COD).**

Model jest rozwiązaniem wynikającym z potrzeb określonych przez klienta podczas dyskusji i analiz merytorycznych, a jednocześnie wpisuje się w podpisaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Bank Światowy umowę dotyczącą świadczenia usług doradczych (RAS).

Oto cele wdrożenia opieki koordynowanej na poziomie środowiskowym:

- Poprawa w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej i długoterminowej dla wychodzących ze szpitala osób w starszym wieku – **wypełnienie istniejącej luki w sposób inkluzyjny.**
- Zmniejszenie ryzyka ponownej hospitalizacji osób starszych dzięki usprawnieniu świadczeń zdrowotnych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych – **poprawa jakości.**
- Obniżenie i racjonalizacja kosztów leczenia – **wzrost efektywności.**

Żaden świadczeniodawca nie osiągnie integracji w pojedynkę – potrzebne jest kompleksowe podejście do opieki, obejmujące różne sektory, zawody i lokalizacje. Model 3 nie ma charakteru nakazowego, lecz prezentuje pewne zasady dotyczące planowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w skali lokalnej. Uwzględnia lokalne potrzeby osób starszych i zawiera innowacyjne rozwiązania, będące odpowiedzią na problemy seniorów. Lokalny system opieki nad osobami starszymi nie jest samotną wyspą, lecz jest osadzony w szerszym krajowym kontekście polityki, systemu i finansowania opieki zdrowotnej i socjalnej kierowanej do osób starszych. W opiekę nad seniorami zaangażowanych jest wielu zróżnicowanych interesariuszy, ich całkowita identyfikacja na stopniu centralnym nie jest możliwa. Dlatego rozpoznanie i włączenie wszystkich istotnych interesariuszy zaangażowanych w realizację świadczeń musi odbywać się na poziomie lokalnym. **Celem jest zaproponowanie modelu, który pomógłby w świadczeniu usług socjalnych i zdrowotnych jak najbliżej domu pacjenta i w jak najkrótszym czasie (od pół roku do roku).** Nie podważa to znaczenia opieki szpitalnej, wręcz przeciwnie: łączy opiekę szpitalną z innymi formami

opieki i pozwala na zastosowanie alternatywnych rozwiązań tam, gdzie jest to zasadne – czy to w placówce opieki długoterminowej, ośrodku opieki dziennej, czy w domu. Na sytuację zdrowotną osoby starszej wpływa dodatkowo wiele innych czynników, w tym warunki mieszkaniowe oraz dostępne usługi wsparcia i transportu. Nie są one objęte prezentowanym modelem, jednak należy je uwzględnić i odpowiednio zaadaptować na etapie wdrażania.

Raport składa się z dwóch części. W części pierwszej opisano strukturę sektora opieki zdrowotnej i sektora pomocy społecznej, a także modele realizacji świadczeń dla osób w wieku 65 lat i więcej. Ponadto, przedstawiono elementy danych finansowych dotyczące kosztów opieki nad osobami starszymi w obu wymienionych sektorach. W części drugiej raportu opisano potencjalny zakres i szczegóły organizacyjne Modelu 3.

Ostatni z trzech proponowanych modeli jest jednocześnie najbardziej nowatorski i najbardziej ambitny pod względem postawionych wyzwań. Wprowadza bowiem opiekę koordynowaną skoncentrowaną na potrzebach pacjenta w wymiarze zdrowia i jakości życia, w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia projektu pilotażowego. Zapewnienie takiej międzysektorowej opieki wymaga koordynacji i współpracy pomiędzy wieloma systemami i poziomami opieki.

Wdrożenie modelu wymaga nowego otoczenia organizacyjnego, bardzo sprawnego procesu realizacji usług, nowych struktur i narzędzi klinicznych, umiejętności, przepływu informacji oraz dodatkowego finansowania niedostępnych świadczeń. Model dotyczy pacjentów w wieku 65 lat i więcej, którzy w okresie ostatnich 12 miesięcy byli hospitalizowani i mają określone problemy zdrowotne. Kryteria te zdecydowanie zawężają populację beneficjentów modelu. W rezultacie szacowana liczba beneficjentów w jednym powiecie to ok. 1,4 tys. osób. Jak widać, model nie wygeneruje efektów w znaczącej skali. Tym niemniej, potencjał pilotażu testującego koncepcję realizacji świadczeń zdrowotnych i usług socjalnych „pod jednym dachem", z koordynacją na szczeblu lokalnym, wydaje się bardzo obiecujący.

Schemat 1. Ramy zintegrowanej opieki nad osobami starszymi o szczególnych potrzebach zdrowotnych

Zasady projektowania systemu

- Wspólna wizja usług zdrowotnych dla osób starszych w gabinecie środowiskowych usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, z uzgodnionymi celami i miarami sukcesu przyjętymi przez interesariuszy
- Jasne i transparentne wielosektorowe ramy zarządzania i mocne przywództwo nadające zmianom ton i impet
- Wdrożenie modeli i usług zapewniających niezwłoczny dostęp do opieki i umożliwiających pozostałym służbom realizację świadczeń możliwie blisko środowiska domowego
- Zaangażowanie samych pacjentów, ich opiekunów i rodzin na każdym z etapów, a także traktowanie ich doświadczeń z takim samym szacunkiem i uwagą, z jakimi podchodzimy do efektywności klinicznej
- Wsparcie technologiczne dla zintegrowanej realizacji świadczeń, z wymianą informacji niezbędną do skutecznego procesu decyzyjnego.

Droga osoby starszej przez system ochrony zdrowia

- Początkowy kontakt w szpitalu
- Organizacja i planowanie – indywidualne plany opieki
- Pomoc społeczna
- Specjalistyczna opieka zdrowotna
- Powrót do zdrowia-rehabilitacja
- Wsparcie, edukacja

Zaangażowanie osób starszych, ich opiekunów i rodzin

- Przyznanie prawa do spółuczestnictwa (upodmiotowienie)
- Transparentność i dostępność
- Edukacja konsumenta
- Wsparcie opiekunów
- Współtworzenie planów opieki i współodpowiedzialność za plany

Wsparcie świadczeniodawców w realizacji opieki

- Wymiana informacji i łączność IT
- Jednolite wytyczne i wspólne narzędzia
- Szkolenie i edukacja
- Zmiana zachowania

Harmonizacja kierunków programowych, zasobów i bodźców

- Przyznanie prawa do współuczestnictwa (upodmiotowienie)
- Transparentność i dostępność
- Edukacja konsumenta
- Wsparcie opiekunów
- Współtworzenie planów opieki i współodpowiedzialność za plany

Zaangażowane osoby starsze i ich opiekunowie

Jednolite procesy, wytyczne i narzędzia

Zharmonizowane kierunki programowe, zasoby oraz bodźce

Transformacja w kierunku opieki zintegrowanej

Lepsze efekty zdrowotne u osób starszych
Lepszy odbiór ochrony zdrowia przez osoby starsze
Niższe wydatki na zdrowie

Interesariusze

- Powiatowa POZ we współpracy z koordynatorem opieki
- Miejscowe szpitale
- OW NFZ
- Pomoc społeczna
- Lokalne organizacje pozarządowe
- Lekarze specjaliści
- Fizjoterapeuci
- Świadczeniodawcy obsługujący osoby starsze i inni lokalni świadczeniodawcy

Źródło: na podstawie *„MacColl Institute for Healthcare Innovation in Strategic Framework for Integrated Care for older persons with complex health needs”,* 2013 (1)

Oczekiwane rezultaty

Potrzeby pacjenta są uwzględniane w procesie terapeutycznym w bardziej wszechstronny i kompleksowy sposób, co prowadzi do następujących efektów:

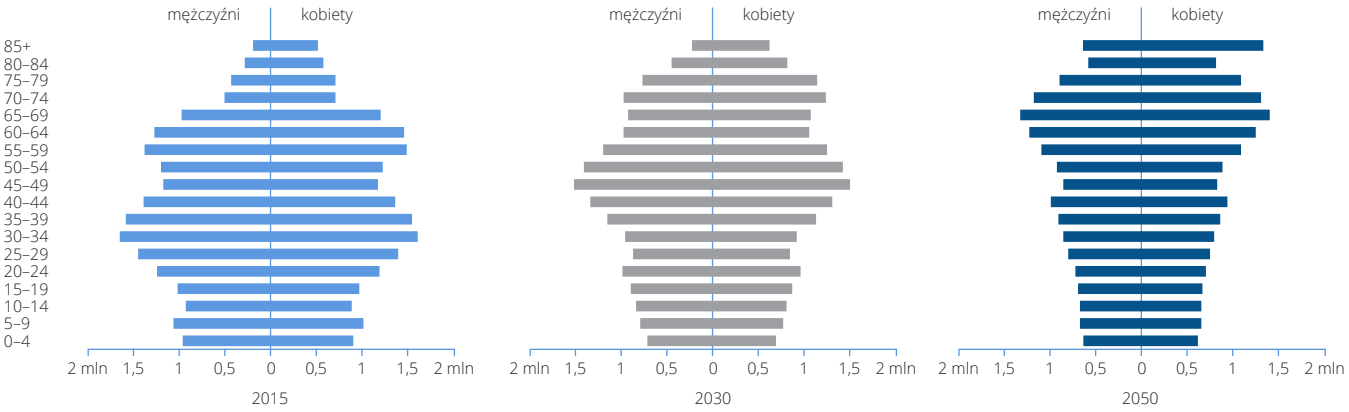
- Mniej groźne dla zdrowia i życia powikłania chorób cywilizacyjnych dzięki poprawie efektywności i możliwości w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej;
- Mniej interwencji szpitalnych w stanach ostrych;
- Lepszy dostęp do opieki i wyższa jakość opieki dzięki:
  - dodatkowemu wsparciu oferowanemu pacjentowi w środowisku domowym,
  - pomocy socjalnej świadczonej w razie potrzeby,
  - dostępności rehabilitacji przyspieszającej powrót do zdrowia,
  - opiece środowiskowej i aktywizacji,
  - zmniejszeniu obciążeń finansowych po stronie pacjenta w wyniku ograniczenia niepotrzebnych wydatków na leki (np. redukcja polipragmazji i częstych zmian w procesie terapeutycznym);
- Wzrost efektywności leczenia i komfortu pacjenta.
- Model 3 ponadto:
  - promuje bliską współpracę między przedstawicielami poszczególnych zawodów i sektorów,
  - zapewnia pacjentowi odpowiednią opiekę,
  - zapewnia wysoką jakość w ochronie zdrowia,
  - tworzy nowe systemy realizacji świadczeń w ramach koordynowanej opieki zdrowotnej,
  - buduje nowe ścieżki współpracy między szpitalem, POZ i pomocą społeczną, przyczynia się do powstania nowych funkcji dla pracowników ochrony zdrowia.

Kontekst i podstawowe informacje

Sytuacja demograficzna w Polsce

W porównaniu do innych państw europejskich, Polska ma stosunkowo młodą populację. Tylko 11% ludności stanowią osoby w wieku 65–79 lat, a 3,9% – osoby powyżej 80 roku życia, co plasuje Polskę poniżej średniego poziomu dla grupy państw UE-28 (odpowiednio, 13,4% oraz 5,1%) według stanu na 2014 rok (2). Jednak pomimo dość korzystnej obecnej sytuacji demograficznej, Polska – podobnie jak inne kraje Europy – wchodzi w okres szybkiego starzenia się społeczeństwa w związku z obserwowanym na przestrzeni dwóch ostatnich dekad wzrostem oczekiwanej długości życia oraz niskimi wskaźnikami dzietności. Wzrost średniej długości życia wynika przede wszystkim ze wzrostu przeżywalności mężczyzn poniżej 65. roku życia i kobiet powyżej 65. roku życia. Choć zmiany te były znaczące, Polska pozostaje poniżej średniej długości życia, w UE-28 wynoszącej 83,3 lat dla kobiet i 77,8 lat dla mężczyzn. (3) W kraju występuje również istotna różnica w średniej oczekiwanej długości życia w momencie narodzin, w zależności od płci: kobiety mają żyć średnio o 8,2 lat dłużej niż mężczyźni, co skutkuje feminizacją starszego społeczeństwa. Średnia oczekiwana dalsza długość życia w wieku 65 lat wynosi 19,9 lat dla kobiet, przy czym około 39% okresu życia w starszym wieku to lata spędzone w dobrym zdrowiu i bez niepełnosprawności (dalsza długość życia w zdrowiu); w przypadku mężczyzn, średnia oczekiwana dalsza długość życia w wieku 65 lat wynosi 15,5 lat, z czego około 45% tego czasu w dobrym zdrowiu i bez niepełnosprawności. W związku ze wzrostem oczekiwanej długości życia i niskim poziomem dzietności, liczba osób w wieku 65 lat i więcej ma w następnych latach wzrosnąć o 5,4 mln, stanowiąc w roku 2050 nieco ponad jedną trzecią ludności ogółem (32,5%) (4). Jednocześnie dojdzie do podwojenia populacji osób najstarszych (80+), które w roku 2050 mają stanowić 10% ludności ogółem (4), (rys. 1).

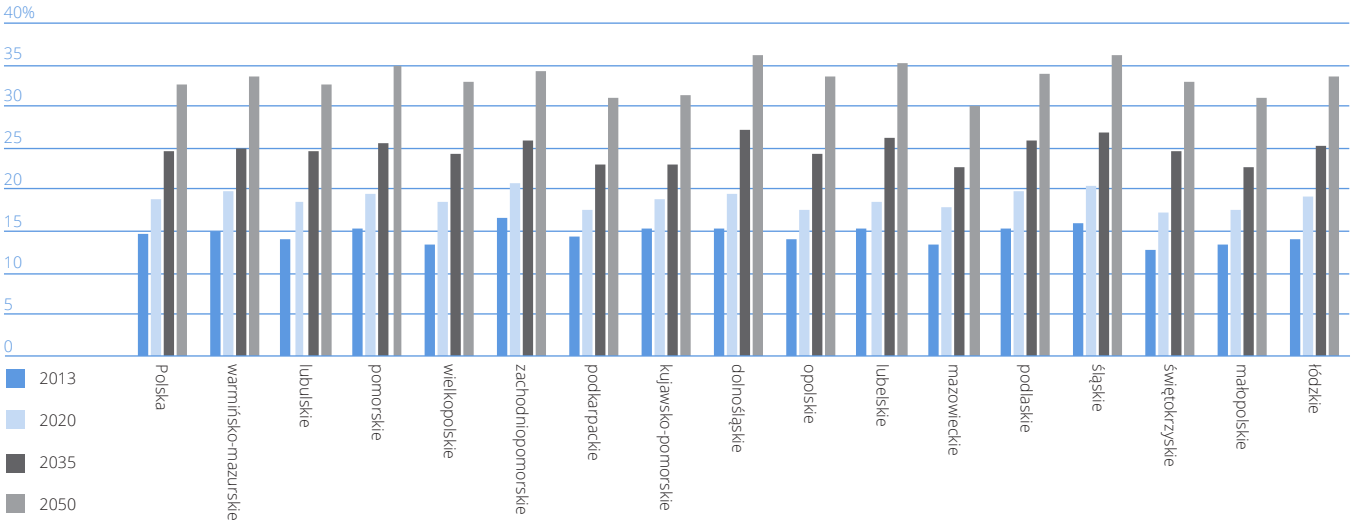
Rys. 1. Ludność Polski wg płci i wieku w 2014 r. oraz prognozowana na lata 2030 i 2050 (dane GUS)



Źródło: NIZP-PZH, 2016

Odsetek osób starszych i przewidywana dynamika starzenia się różnią się w zależności od województwa, a także między obszarami miejskimi i wiejskimi. Obecnie najniższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej występuje w woj. warmińsko-mazurskim, a najwyższy w woj. łódzkim. Przewiduje się, że w woj. mazowieckim, małopolskim i pomorskim starzenie się społeczeństwa będzie mieć mniej zauważalny przebieg ze względu na obecność silnych i prężnych gospodarczo metropolii, które charakteryzują się wyższą dzietnością w związku z migracją zarobkową młodych ludzi. Prognozuje się, że w 2050 r. najniższy odsetek osób starszych będzie w woj. pomorskim, a najwyższy w woj. opolskim i świętokrzyskim. Trendy oszacowano z uwzględnieniem wskaźników dzietności, przewidywanej długości życia, a także założeń dotyczących migracji. Przewiduje się, że w objętym prognozą okresie we wszystkich województwach wzrośnie odsetek osób starszych na obszarach wiejskich. (5)

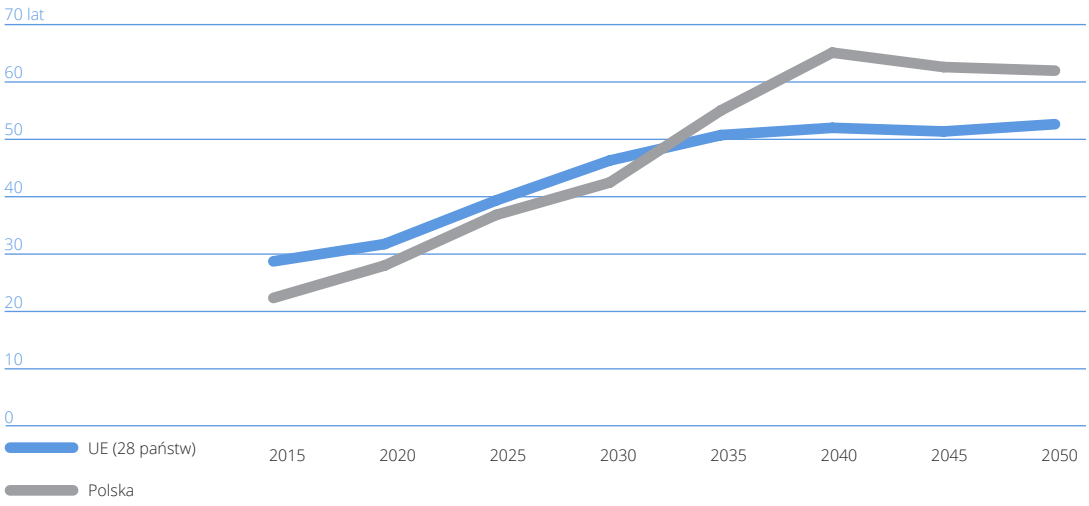
Rys. 2. Udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem (w %), województwa



Źródło: GUS, 2014

Widoczny trend starzenia się społeczeństwa skutkuje wzrostem wskaźnika obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym, który w Polsce w 2015 r. wynosił 22,1, co oznacza, że statystycznie na każde 100 osób w wieku produkcyjnym, 22,1 to osoby w wieku poprodukcyjnym (obecnie granica wieku produkcyjnego to 65 lat). Jest to poziom niższy od średniego wskaźnika obciążenia demograficznego dla państw UE-28, który w 2015 r. wyniósł 28,8. Przewiduje się, że w perspektywie roku 2050 Polska będzie mieć wyższy wskaźnik obciążenia demograficznego niż średnia dla UE, z następującymi wartościami: 54,6 dla Polski i 50,3 dla UE (rys. 3). Przy obniżonej proporcji osób młodych w wieku produkcyjnym do osób starszych, nieformalne struktury opieki ulegną daleko idącej zmianie. Tymczasem obecnie w polskim społeczeństwie podstawą opieki jest właśnie opieka nieformalna, bazująca na relacjach między dziećmi a rodzicami.

Rys. 3. Przewidywany wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, kraje UE-28, lata 2015–80 (Eurostat)

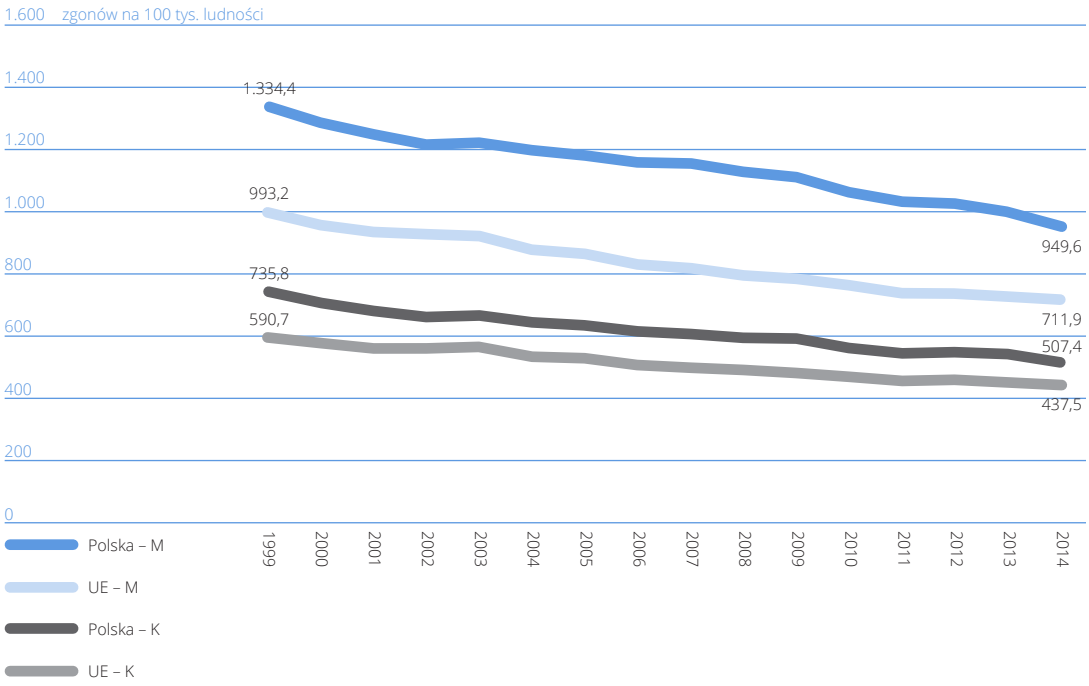


Źródło: Baza danych Eurostatu

Stan zdrowia populacji osób starszych w Polsce

Ogólny stan zdrowia tej grupy ludności poprawia się, o czym świadczy spadająca umieralność i odpowiednio do tego spadku rosnąca oczekiwana długość życia. Według NIZP-PZH, jeśli obecny trend spadku umieralności utrzyma swoją dynamikę, do roku 2020 Polska powinna osiągnąć poziom umieralności średniej UE.

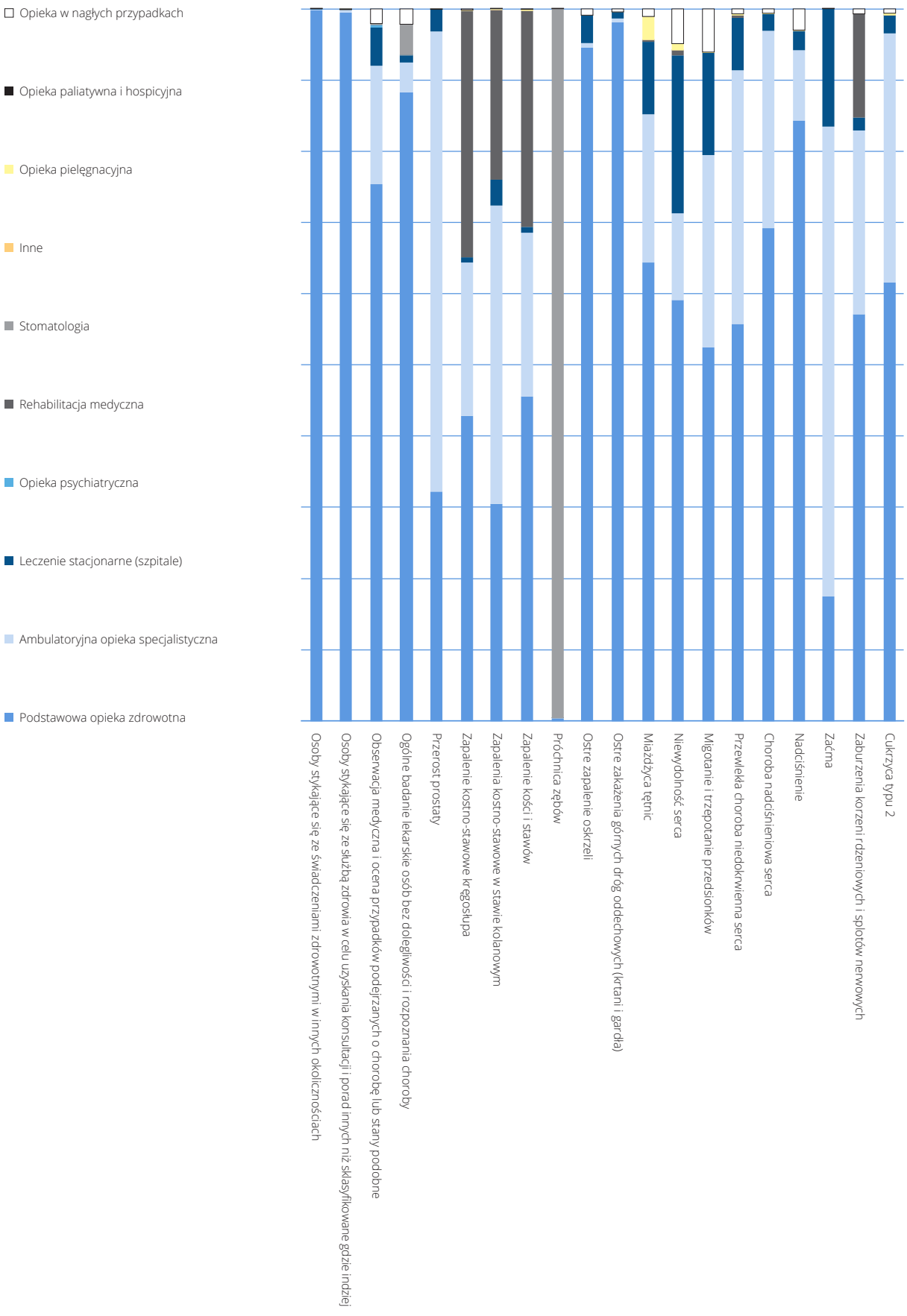
Rys. 4. Współczynniki zgonów w Polsce i UE



Źródło: NIZP-PZH, 2016

Większość rozpoznań w grupie osób w wieku 65 lat i więcej stawianych jest przez lekarza POZ. Wyjątkami są opieka dentystyczna realizowana w gabinetach stomatologicznych, diagnozy zapalenia kostno-stawowego w stawie kolanowym, diagnozy przerostu prostaty oraz zaćmy, które zazwyczaj stawiane są w AOS. Od 20% do 30% przypadków zapaleń kostno-stawowych jest diagnozowanych na poziomie rehabilitacji medycznej. Poza tym, choroby układu krążenia są bardzo często diagnozowane w opiece stacjonarnej (szpitale), dotyczy to w szczególności takich schorzeń jak migotanie i trzepotanie przedsionków, niewydolność serca oraz miażdżyca.

Rys. 5. Najczęściej stawiane rozpoznania wśród populacji 65+ w 2015 r.

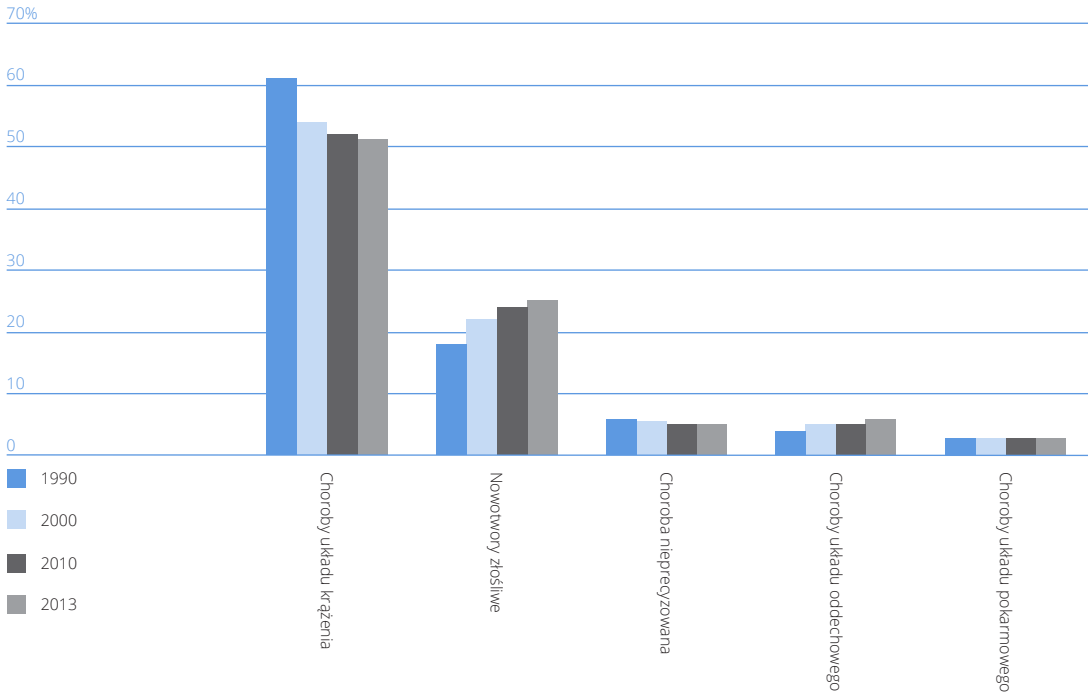


Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Pomimo spadku umieralności populacji ogółem, największa część zgonów w skali roku przypada na osoby w wieku 60 lat i więcej, przy czym w kolejnych latach przewidywany jest wzrost umieralności w tej grupie z uwagi na zmiany demograficzne. W 2014 r. 82% wszystkich zgonów zanotowanych w tymże roku przypadało na populację 60+, jest to o 8 punktów procentowych więcej niż w 1990 r. Pomimo wzrostu liczby zgonów w ujęciu proporcjonalnym, umieralność zmniejszyła się o 14 promili dla wspomnianej grupy 60+, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla populacji ogółem pozostaje na tym samym poziomie od 1990 r. Najwyższa umieralność obserwowana jest w najstarszej grupie ludności – 80+ (4).

Główną przyczyną zgonów osób w wieku 60 lat i więcej są choroby układu krążenia. W 2013 r. były one powodem nieco powyżej 60% zgonów w tej grupie wiekowej; przy czym 80% wszystkich zgonów z powodu chorób krążenia zanotowano w grupie osób w wieku 60+. Drugą najczęściej spotykaną przyczyną zgonów w omawianej grupie wiekowej jest rak. Odsetek zgonów związany z nowotworami złośliwymi wzrósł od 1990 r. o 7 punktów procentowych (rys. 6). Na następnych miejscach wśród przyczyn zgonów w populacji 60+ należy wymienić nieznane przyczyny zgonu, choroby związane z cukrzycą i schorzenia układu oddechowego. Wśród chorób układu krążenia najczęściej jako przyczyna zgonu podawana jest przewlekła choroba niedokrwienna serca oraz choroba wieńcowa. Wśród nowotworów złośliwych największe śmiertelne żniwo w populacji 65+ zbierają nowotwory tchawicy, oskrzeli i płuc, a także jelita grubego i odbytnicy. (4)

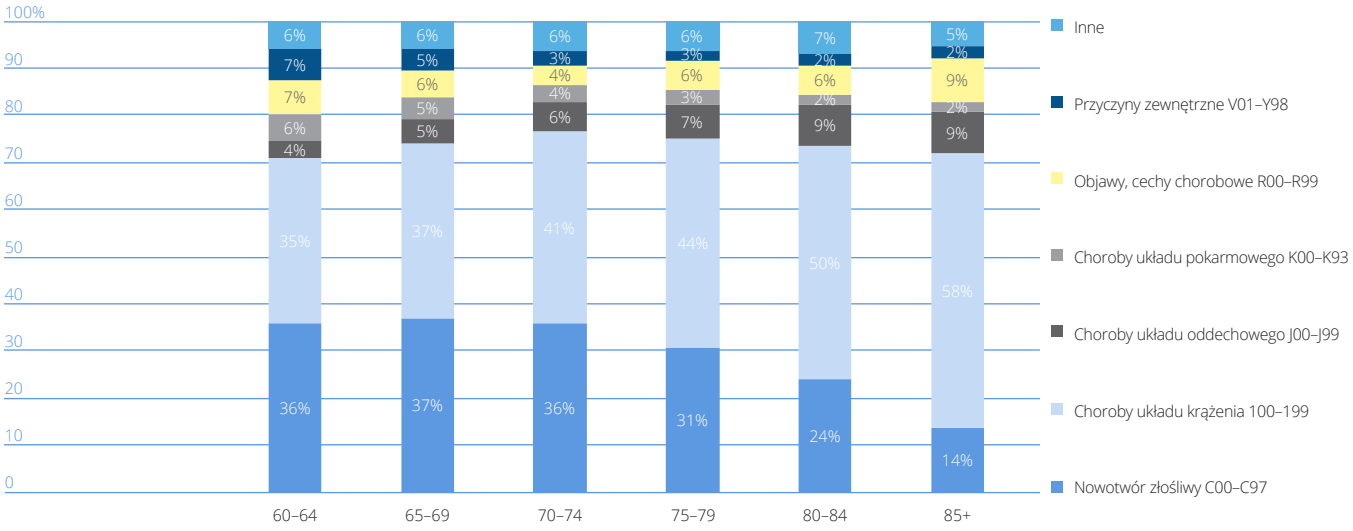
Rys. 6. Zgony w grupie osób w wieku lat 60 i starszych, według wybranych przyczyn (w %)



Źródło: GUS, 2016

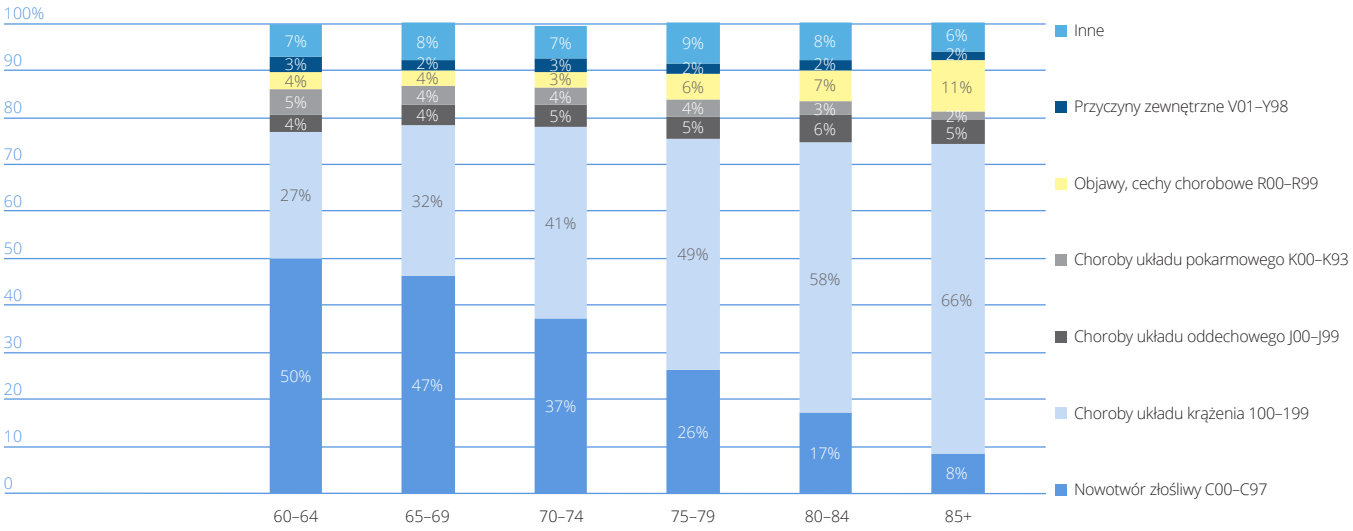
Choroby układu krążenia to najczęstsza przyczyna zgonów wśród mężczyzn w wieku 60–70 lat oraz wśród kobiet po 70. roku życia. W przypadku nowotworów złośliwych jest odwrotnie: rak to najczęstsza przyczyna zgonów wśród kobiet w wieku 60–70 lat, natomiast po 70. roku życia częściej powoduje zgony wśród mężczyzn (rys. 7 i rys. 8).

Rys. 7. Odsetek zgonów według najczęściej występujących przyczyn, zgony ogółem, w grupach wiekowych co 5 lat, mężczyźni, 2014



Źródło: NIZP-PZH na podstawie danych GUS, 2016

Rys. 8. Odsetek zgonów według najczęściej występujących przyczyn, zgony ogółem, w grupach wiekowych co 5 lat, kobiety, 2014

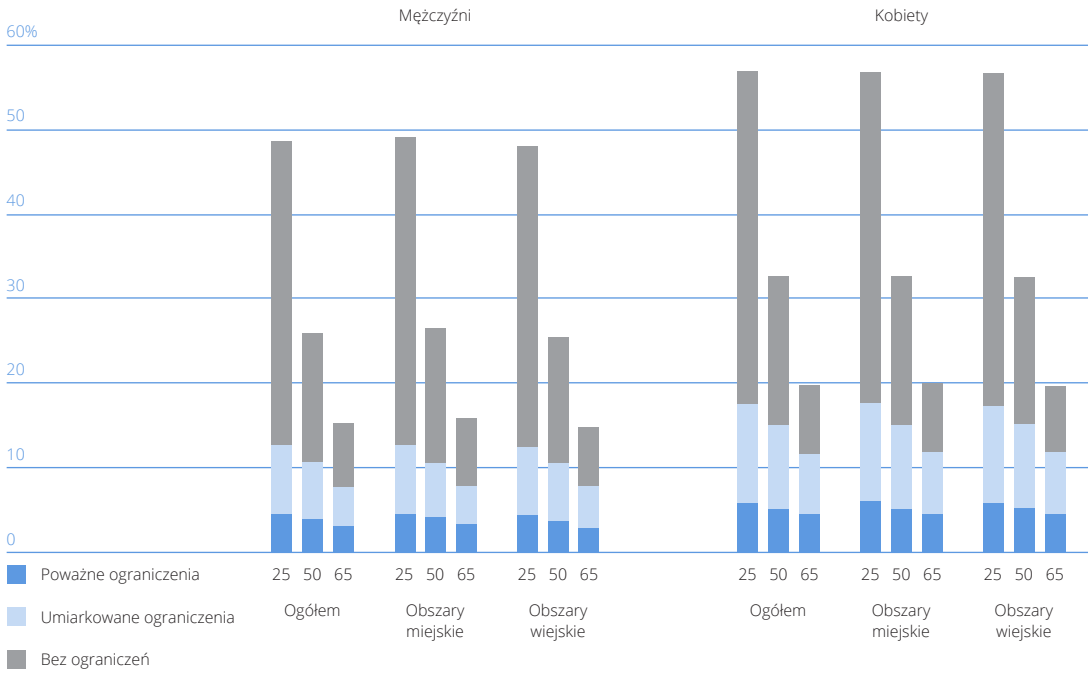


Źródło: NIZP-PZH na podstawie danych GUS, 2016

W 2014 r. średnia oczekiwana długość życia wyniosła 73,8 lat dla mężczyzn i 81,6 lat dla kobiet. (3) W 2014 r. średnie oczekiwane dalsze trwanie życia dla mężczyzn w wieku 70 lat wyniosło 12,9 lat, a dla kobiet 16,3 lat. Pomimo znaczącej poprawy średniej oczekiwanej długości życia dla obu płci, jaką obserwuje się w Polsce od 1991 r., kraj zajmuje pod tym względem ostatnie miejsce w Unii Europejskiej.

Co prawda, Polacy średnio żyją dłużej, a czas życia w starszym wieku się wydłuża, lecz mniej niż połowa tego czasu jest przeżywana w zdrowiu i bez niepełnosprawności. W najnowszym raporcie NIZP-PZH obliczono średnie oczekiwane dalsze trwanie życia w zdrowiu dla osób mających 25, 50 i 65 lat. Okazuje się, że 65-letni mężczyźni mają przed sobą 7,5 lat życia w zdrowiu, oraz 8 lat życia z ograniczeniami o umiarkowanym i ciężkim stopniu zaawansowania. Kobiety w wieku 65 lat mogą się spodziewać 8 lat życia w zdrowiu, jednak po osiągnięciu 73. roku życia stan ich zdrowia (średnio) pogarsza się, skutkując okresem 7,2 lat z umiarkowanymi ograniczeniami i 4,6 lat z ciężkimi ograniczeniami. Dla obu płci średnie oczekiwane dalsze trwanie życia (w zdrowiu i z ograniczeniami) w wieku 65 lat jest dłuższe dla osób mieszkających na obszarach miejskich niż dla tych zamieszkujących wiejskie obszary Polski. (3)

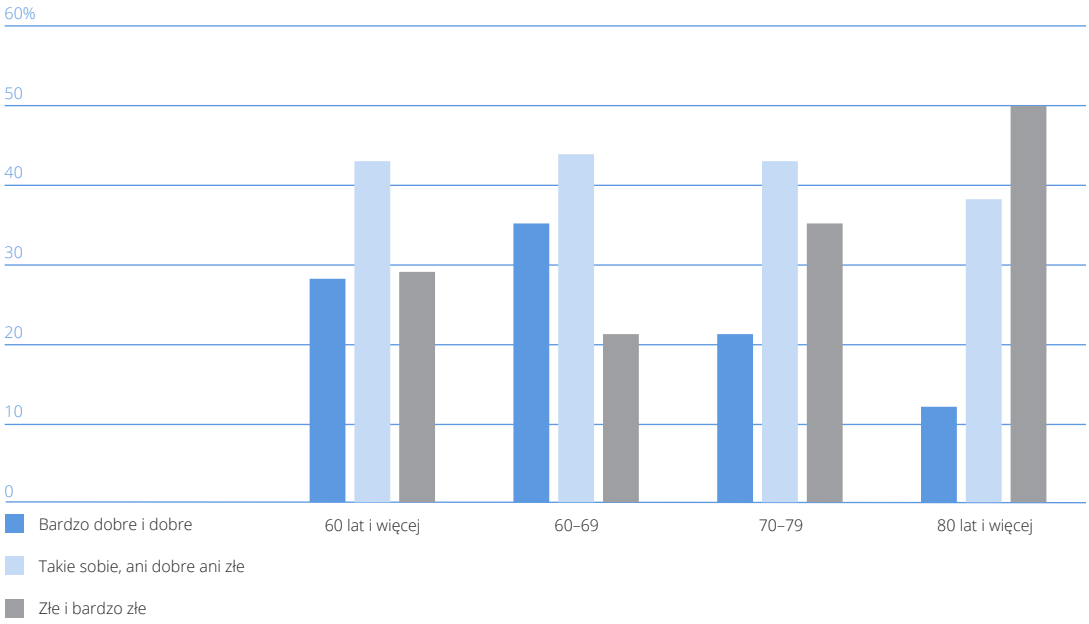
Rys. 9. Oczekiwana dalsza długość życia w zdrowiu dla mężczyzn i kobiet w wieku 25, 50 i 65 lat w Polsce w 2013 r.



Źródło: NIZP-PZH na podstawie europejskiego badania warunków życia ludności EU SILC i danych GUS, 2016

Według subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia przez mieszkańców Polski powyżej 60. roku życia, ich kondycja zdrowotna nie jest ani zdecydowanie pozytywna, ani zdecydowanie negatywna. Wraz z wiekiem respondenta częstość raportowania niezadowolenia z własnego zdrowia wzrasta. Jak wynika z porównania Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS), w porównaniu do danych z 2009 r. wzrósł poziom zadowolenia z własnej kondycji zdrowotnej w grupach wiekowych 60–79 lat, ale zaobserwowano spadek tego wskaźnika w grupie osób najstarszych wiekiem. Podsumowując, kobiety zazwyczaj oceniają swoją sytuację zdrowotną gorzej od pytanych o stan własnego zdrowia mężczyzn. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że kobiety przez większą liczbę lat żyją z wieloma schorzeniami, szczególnie chorobami układu krążenia, cukrzycą i powszechnymi chorobami reumatycznymi. (4)

Rys. 10. Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej w 2014 r.



Źródło: GUS, 2016

Statystycznie, mieszkająca w Polsce osoba w wieku 65 lat lub więcej, zgłasza 3,6 choroby lub dolegliwości. Kobiety średnio zgłaszają więcej chorób niż mężczyźni, a liczba chorób gwałtownie rośnie wraz z wiekiem. Jednoczesne występowanie rozmaitych, często przewlekłych schorzeń określa się w literaturze przedmiotu mianem wielochorobowości. Z raportów epidemiologicznych wynika, że u 65 na 100 osób w wieku 65 lat i więcej występuje wielochorobowość, przy czym odsetek osób cierpiących na więcej niż jedną chorobę jednocześnie podnosi się wraz z wiekiem. (6)

Tabela 1. Średnia liczba chorób na osobę

Grupa wiekowa	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Wszyscy	**3,6**	**3,2**	**3,9**
60–69 latkowie	3,1	2,8	3,4
70–70 latkowie	4,1	3,7	4,4
80 latkowie i starsi	4,5	4,3	4,6

Źródło: GUS, 2016

Jak podaje GUS, w populacji osób w wieku 60 lat i więcej najczęściej występującą dolegliwością jest wysokie ciśnienie krwi, niezależnie od płci, przy czym jest ono częściej zgłaszane przez kobiety. W tabeli 2 uszeregowano choroby najczęściej zgłaszane przez respondentów w roku 2014.

Tabela 2. Najczęściej zgłaszane schorzenia w populacji 65+

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

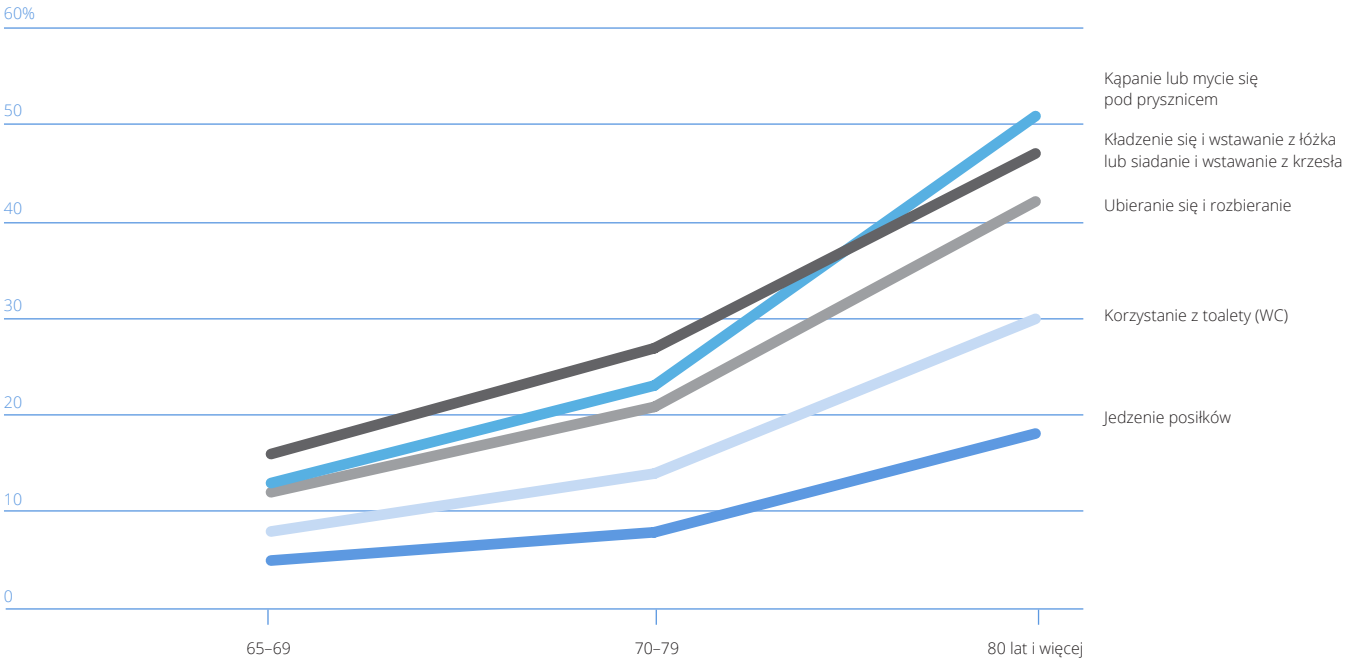
Źródło: GUS, 2016

Jak wynika z danych projektu SHARE (badania dotyczące zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie) z lat 2010/2011, 66,5% respondentów cierpiało wówczas na długotrwałą chorobę. Najczęstszym schorzeniem zgłaszanym w Polsce przez osoby 50+ było nadciśnienie tętnicze podane przez 43,5% respondentów; 22,4% miało wysoki poziom cholesterolu

we krwi; 13,9% cierpiało na cukrzycę lub miało podwyższoną glikemię; a 6,1% chorowało na POChP. Ponadto, 60,8% ankietowanych odczuwało bóle pleców, kolan, bioder lub innych stawów, a 20,5% chorowało na serce. (7)

Podczas gdy występowanie chorób kształtuje zapotrzebowanie na usługi medyczne w sektorze opieki zdrowotnej, utrata zdolności do samodzielnego funkcjonowania – często wynikająca z chorób starszego wieku, a zwłaszcza cukrzycy, choroby Parkinsona i zaburzeń funkcji poznawczych, takich jak np. otępienie – kształtuje zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Stopień trudności w funkcjonowaniu na co dzień zazwyczaj mierzy się przy pomocy ankiet, w których respondenci opisują trudności w wykonywaniu tzw. czynności dnia codziennego. Za najtrudniejsze respondenci uznają podnoszenie się z krzesła lub łóżka do pozycji stojącej, siadanie, a także branie kąpieli i prysznica. Najmniej kłopotliwe dla wszystkich grup wiekowych jest jedzenie. Częstość występowania tego rodzaju trudności zdecydowanie wzrasta w przypadku osób najstarszych (80 lat i więcej).

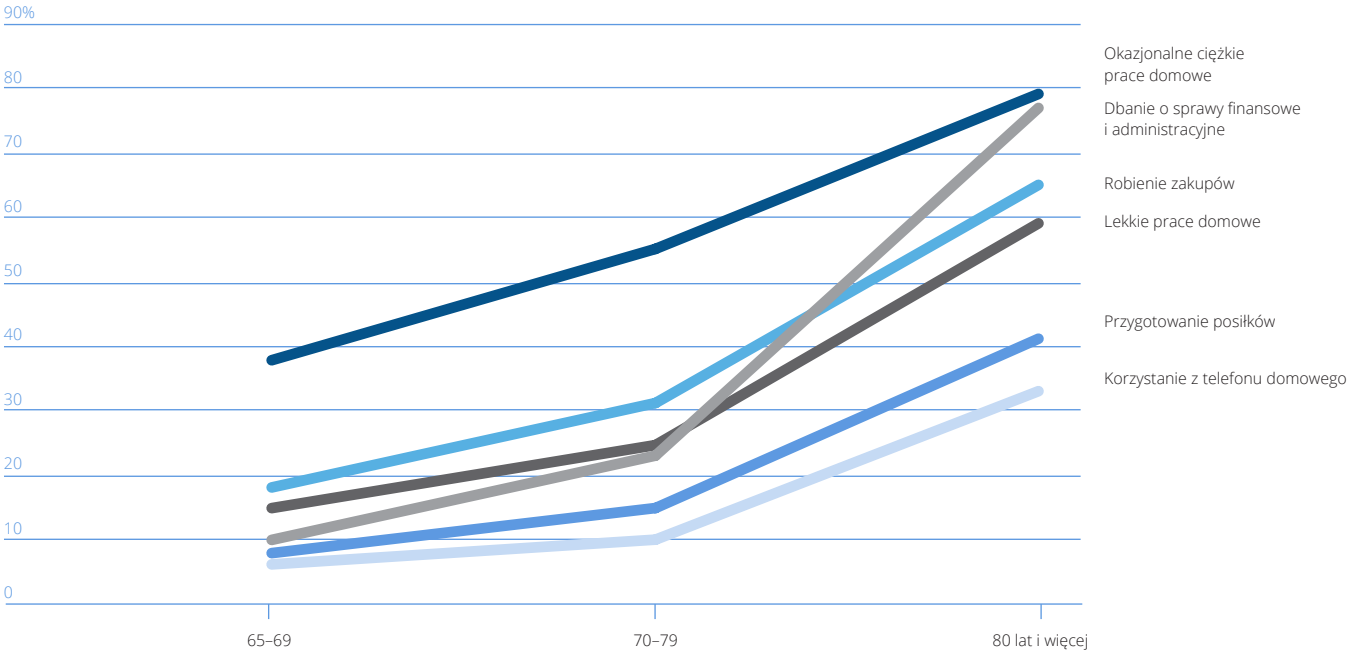
Rys. 11. Trudności w życiu codziennym (samoocena)



Źródło: GUS, 2016

Jeśli chodzi o trudności związane z wykonywaniem domowych obowiązków i samodzielnym funkcjonowaniem (tzw. złożone czynności dnia codziennego), za najtrudniejsze uznano sporadycznie wykonywane ciężkie prace domowe oraz zakupy, natomiast za najmniej wymagające – przyjmowanie lekarstw i przygotowanie posiłków.

Rys. 12. Trudności w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego (samoocena)



Źródło: GUS, 2016

Pod względem trudności w funkcjonowaniu na co dzień, respondenci badani w ramach projektu SHARE (7) za najtrudniejsze uznali podnoszenie, pchanie lub ciągnięcie ciężkich przedmiotów (5 kg i więcej), a także podnoszenie się z krzesła do pozycji stojącej. Za obarczone najmniejszym stopniem trudności respondenci uznali przyjmowanie lekarstw i korzystanie z toalety. 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.

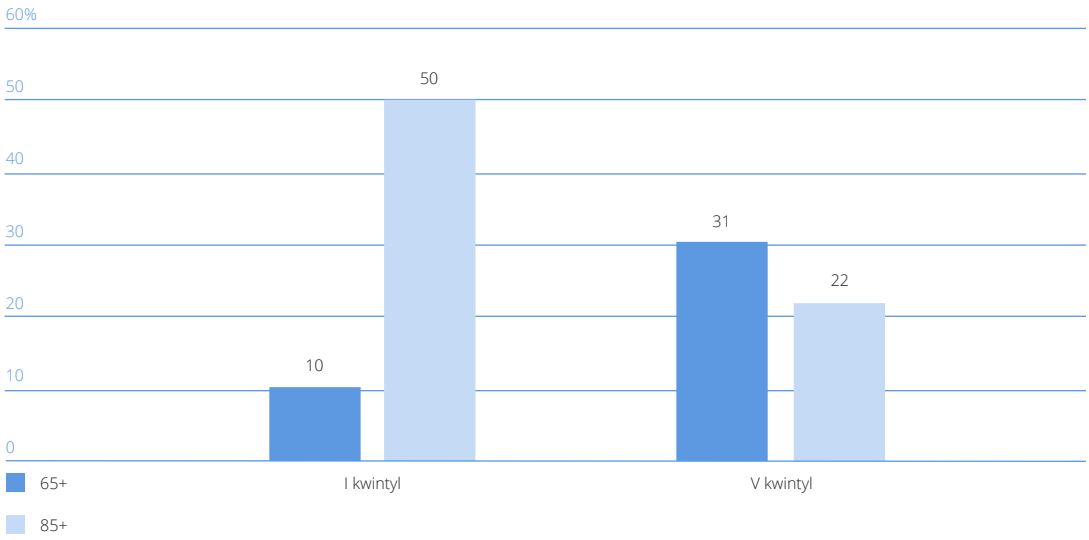
W ramach projektu SHARE oceniono również poziom zadowolenia z życia oraz występowanie depresji w polskiej populacji 50+. Okazuje się, że 44% respondentów często odczuwa szczęście, 39% tylko niekiedy, 16% rzadko, a 2% respondentów nigdy nie odczuwa szczęścia. W badaniu oceniono także występowanie depresji wśród uczestników za pomocą skali EURO-D. Zgodnie z wynikami, 11% respondentów nie ma depresji, 19% ma współczynnik EURO-D[1] równy 1, a 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 wskaźnik samopoczucia, okaże się, że tylko 40% respondentów to osoby cieszące się dobrym samopoczuciem. (4)

Polska jest krajem dużych nierówności w zdrowiu, definiowanych jako dysproporcje w umieralności i chorobowości w poszczególnych grupach społeczno-gospodarczych. Na tle krajów Europy Zachodniej nierówności w Polsce są nie tylko bardziej rozpowszechnione, ale też stają się coraz bardziej

[1] EURO-D to dwunastopunktowy kwestionariusz badający występowanie depresji, wypełniany przez respondenta, gdzie wynik końcowy 0 oznacza brak depresji, a wynik 12 oznacza poważną depresję.

widoczne na przestrzeni ostatniej dekady (8) (9) (10). Dowodzi to, że niezbędne są publiczne interwencje w sektorze ochrony zdrowia na rzecz uboższych grup ludności. Społeczno-gospodarcze nierówności w zdrowiu dotyczą również osób starszych: w najwyższym kwintylu poziom zgłaszanego słabego zdrowia jest dwa razy niższy niż w dolnych kwintylach, a w przypadku złego stanu zdrowia wynosi dwie trzecie wskazań z dolnych kwintyli.

Rys. 13. Samoocena stanu zdrowia osób w pierwszym (najniższym) i piątym (najwyższym) kwintylu dochodów w populacji 65+

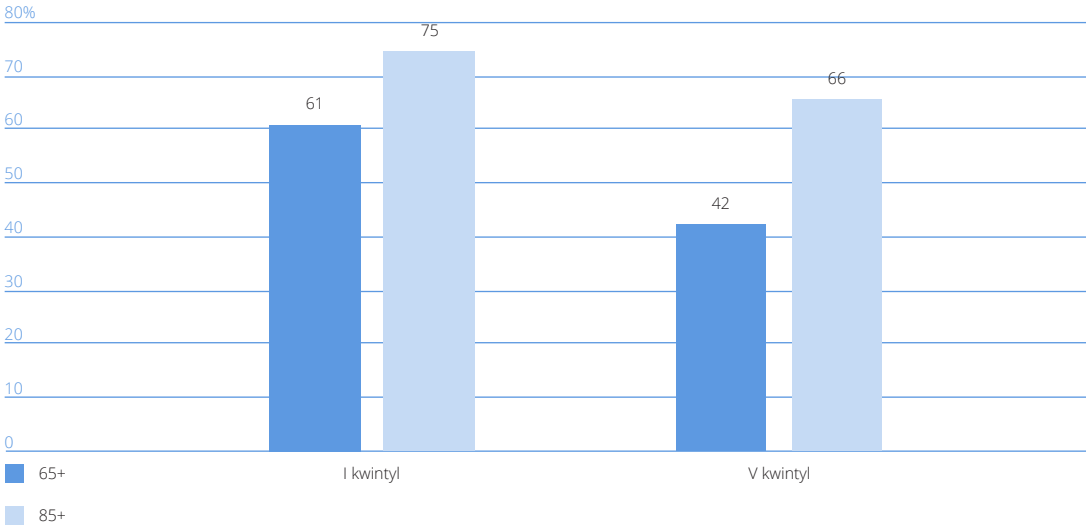


Źródło: Eurostat 2016

Ten trend dotyczy również upośledzenia funkcjonalnego, które z reguły generuje znaczne zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze i dotyka przede wszystkim osoby starsze. Częstość występowania związanych ze stanem zdrowia trudności w funkcjonowaniu jest o jedną trzecią wyższa w populacji najuboższych, w porównaniu do populacji najbogatszych. Wśród osób najstarszych wiekiem (85+) ta dysproporcja się zmniejsza, ale nie znika.

Wdrożenie opieki koordynowanej w zakresie świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych dla osób starszych może się przyczynić do zmniejszenia nierówności w zdrowiu poprzez dotarcie ze spersonalizowanymi usługami opiekuńczymi do osób starszych będących w najtrudniejszej sytuacji i ułatwienie im dostępu do świadczeń.

Rys. 14. Trudności w codziennym funkcjonowaniu wywołane problemami zdrowotnymi w pierwszym (najniższym) i piątym (najwyższym) kwintylu dochodów, w populacji 65+ i 85+

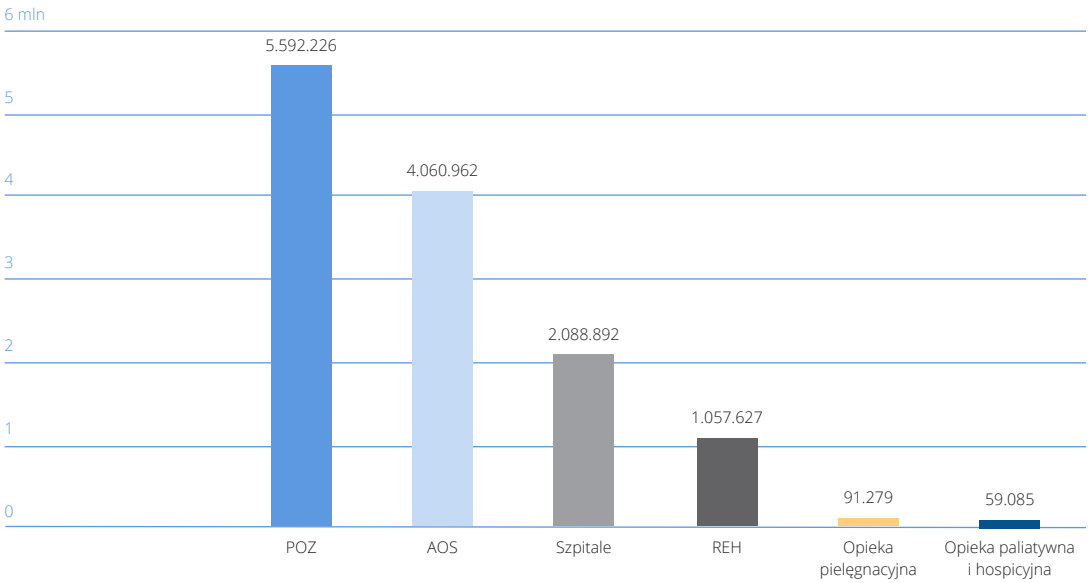


Źródło: Eurostat 2016

Potrzeby zdrowotne osób po 65. roku życia – mapowanie systemu realizacji świadczeń

Liczba osób powyżej 65. roku życia ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) wynosiła w 2015 r. 5,88 mln. Koszty leczenia tej grupy w NFZ zamknęły się w kwocie 17,37 mln PLN. Struktura pacjentów, pod względem poziomu korzystania ze świadczeń, jest zdominowana przez podstawową opiekę zdrowotną (5,6 mln pacjentów) i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (4 mln pacjentów): trzeba przy tym pamiętać, że są to liczby odnoszące się do pacjentów w ujęciu nominalnym, a nie do pojedynczych osób. W związku z kształtem publicznego modelu ochrony zdrowia w Polsce, w którym droga do lekarza specjalisty wiedzie przez lekarza POZ (gatekeeper), należy przyjąć, że 4 mln pacjentów korzystających z AOS znalazło się również w ewidencji POZ, co sugeruje, że skierowanie do specjalisty otrzymuje mniej więcej 73% pacjentów POZ. W szpitalach leczy się około dwóch milionów pacjentów, a jeden milion korzysta z usług rehabilitacyjnych. Opieką długoterminową objętych jest zaledwie 91.000 osób, a z opieki paliatywnej i hospicyjnej korzysta 60.000 osób. W populacji 65+ w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych przebywa 46,000 osób, według stanu na 2014 r.

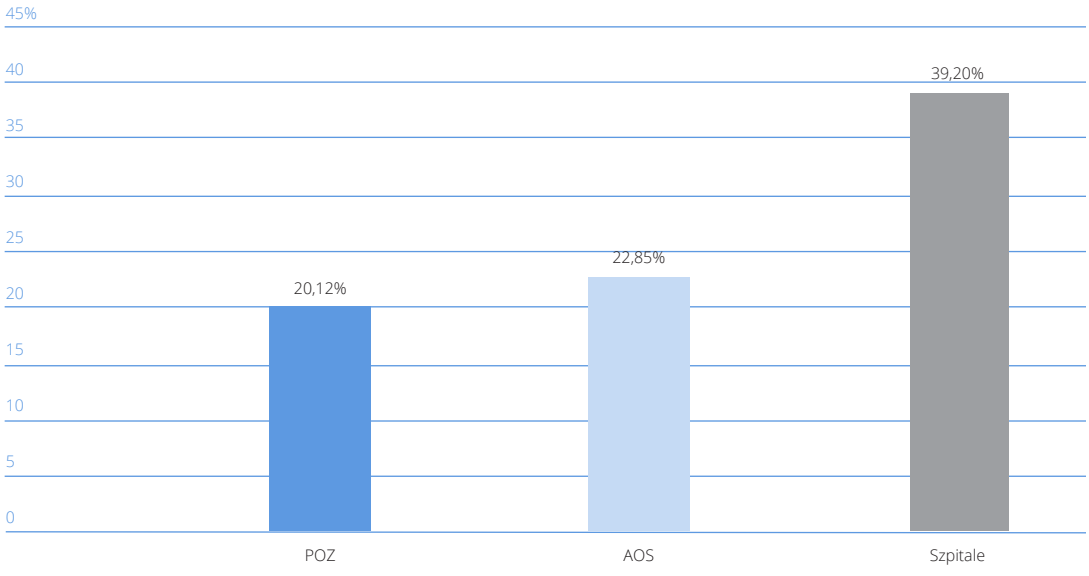
Rys. 15. Populacja pacjentów z grupy wiekowej 65+ w 2015 r., według rodzaju placówki opieki zdrowotnej (świadczenia publiczne finansowane przez NFZ)



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

W Polsce w 2015 roku co piąty pacjent POZ był osobą powyżej 65. roku życia; w AOS osoby z tej grupy wiekowej stanowiły 22,85% populacji pacjentów, a w opiece stacjonarnej (szpitale) ponad 39%.

Rys. 16. Pacjenci 65+ jako odsetek pacjentów ogółem w POZ, AOS i opiece szpitalnej w Polsce w 2015 r. (świadczenia publiczne finansowane przez NFZ)

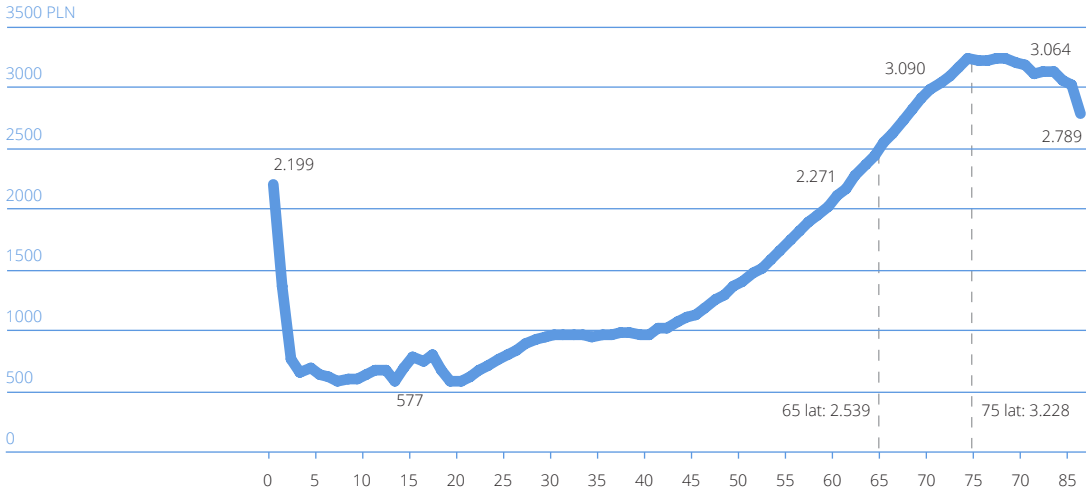


Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Finansowanie

W analizie wydatków na zdrowie w trakcie życia przeciętnego pacjenta, wykres ich wysokości tworzy na linii wieku krzywą przypominającą kształtem literę „U": wysokie wydatki poniżej 5. Roku życia, a potem gwałtowny wzrost po 50. Roku życia. Najwyższe średnie koszty dotyczą leczenia populacji osób starszych. Średni koszt leczenia 65-letniego pacjenta wynosi w Polsce 2.539 PLN rocznie (dane z 2015 r.). Z punktu widzenia NFZ, najbardziej kosztowny wiek pacjenta to 75 lat, ze średnią kwotą 3.228 PLN.

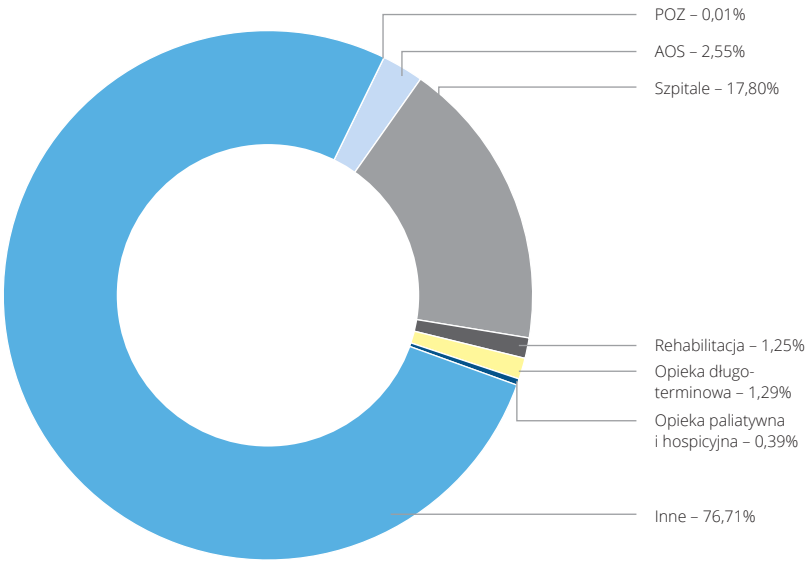
Rys. 17. Średnie wydatki NFZ na jednego pacjenta w 2015 r.



Źródło: Na podstawie danych NFZ, 2017

W 2015 r. Wydatki na świadczenia dla populacji osób starszych (65+) pochłonęły 26% budżetu NFZ. Największy udział miała opieka szpitalna dla tej grupy wiekowej (prawie 18% budżetu), ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla osób starszych to 2,5% budżetu NFZ w 2015 r., opieka długoterminowa to 1,29%, a rehabilitacja – 1,25% budżetu NFZ. Świadczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiły 0,39% liczącego niemal 68 mld PLN budżetu. Całkowite koszty POZ, oparte przede wszystkim na stawce kapitacyjnej, nie zostały oszacowane, natomiast dodatkowe świadczenia zrealizowane na tym poziomie opieki zdrowotnej szacuje się na 0,01% łącznego budżetu NFZ.

Rys. 18. Koszt świadczeń zdrowotnych zrealizowanych na rzecz populacji osób starszych jako % całkowitego budżetu NFZ w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Wśród poradni specjalistycznych świadczących usługi dla populacji 65+ najwięcej wizyt rejestruje się w ambulatoryjnych poradniach chirurgicznych (17,3%), okulistycznych (14,4%), kardiologicznych (10,6%) oraz neurologicznych (7,2%). (4)

Rodzaje świadczeń zdrowotnych ukierunkowanych na pacjentów w starszym wieku

W Polsce opiekę zdrowotną kierowaną specyficznie do osób starszych można podzielić na trzy kategorie świadczeń (opieka geriatryczna, opieka długoterminowa, opieka paliatywna i hospicyjna), przy czym każda z nich jest regulowana i organizowana w odrębny sposób. Zaleca się przestrzeganie tego podziału przy pracach analitycznych.

Opieka geriatryczna w Polsce jest realizowana w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu NFZ. W przypadku Polski, przy opisie usług opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych, trzeba przeanalizować każdy poziom opieki, a także miejsce świadczenia usług. W trosce o kompleksową opiekę geriatryczną wysokiej jakości na wszystkich szczeblach przygotowano standardy opieki geriatrycznej w Polsce, lecz ich wdrożenie jest obecnie niedostateczne.

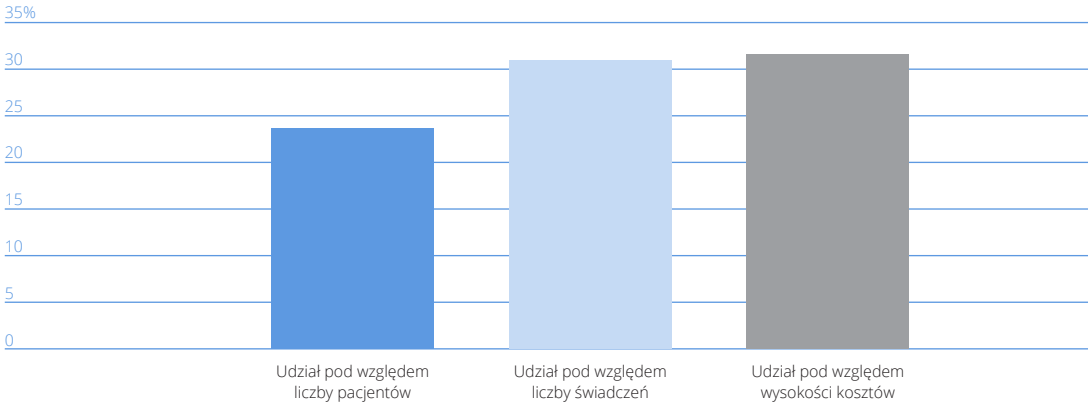
Wśród gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej należy wymienić następujące elementy:

Podstawowa opieka zdrowotna
Świadczenia POZ dla osób starszych są integralną częścią oferowanego pakietu usług realizowanych przez zespół POZ i finansowanych mechanizmem kapitacyjnym. Są to świadczenia realizowane przez lekarza POZ i pielęgniarkę POZ. Do zadań pielęgniarki POZ należy realizacja opieki w trybie ambulatoryjnym oraz w domu pacjenta (w zależności od stanu zdrowia pacjenta), a także prewencja i profilaktyka. Około 20% pacjentów POZ to osoby w wieku 65 lat i więcej.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
Świadczenia AOS dla pacjentów geriatrycznych obejmują usługi realizowane w specjalistycznych poradniach geriatrycznych i psychogeriatrycznych, a także cały pakiet innych usług świadczonych osobom starszym w pozostałych poradniach AOS.

W 2016 roku 24% ogółu pacjentów AOS to osoby w wieku 65 lat i starsze; ich udział w kosztach opieki ambulatoryjnej wyniósł 31% ogółu kosztów.

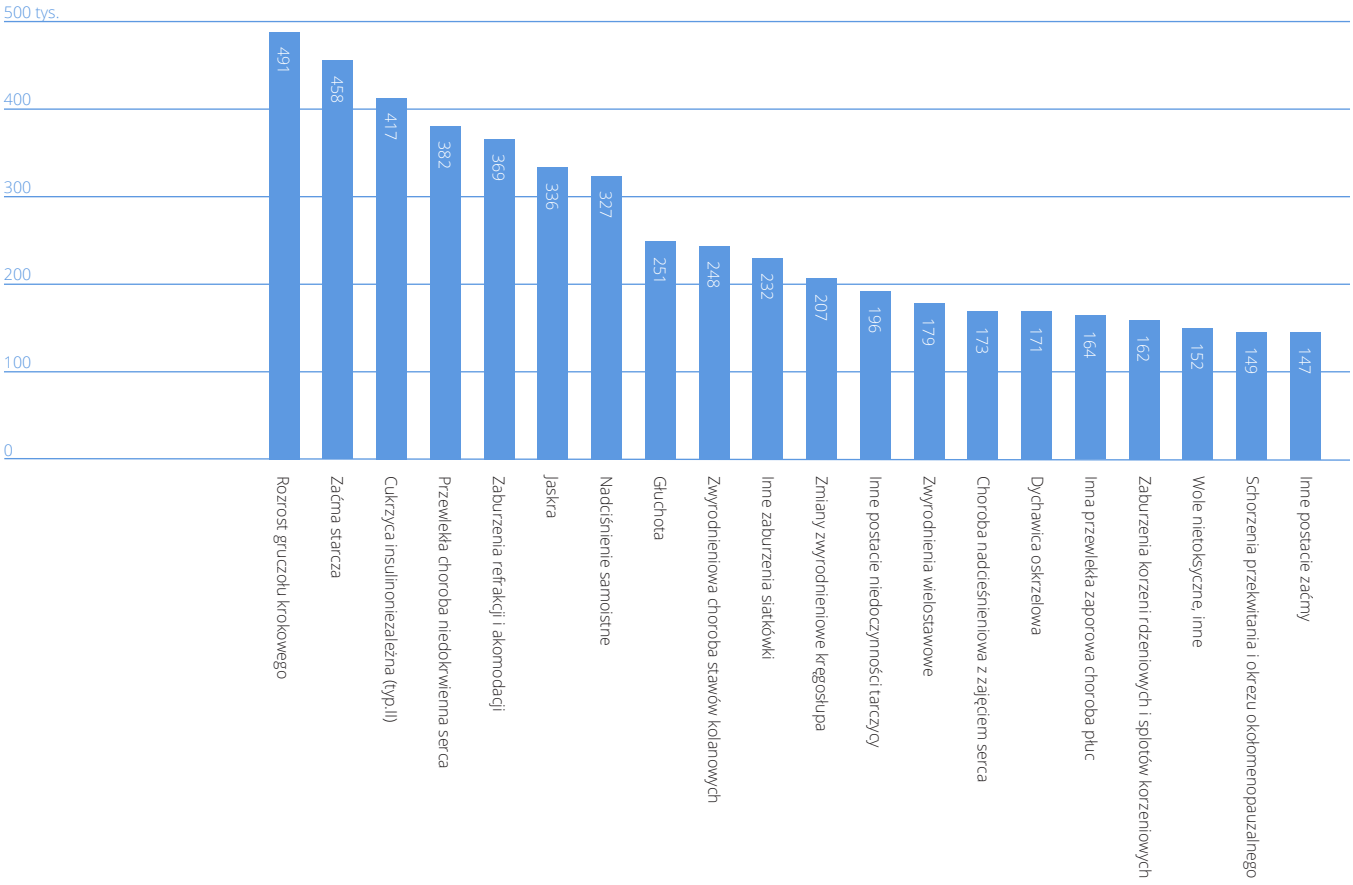
Rys. 19. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w populacji 65+ w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Najczęściej występujące rozpoznania w populacji 65+ na poziomie AOS to przerost prostaty, zaćma, cukrzyca typu 2 oraz przewlekła choroba niedokrwienna serca. Na rys. 20 poniżej przedstawiono 20 najczęściej spotykanych przyczyn konsultacji w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej w populacji 65+.

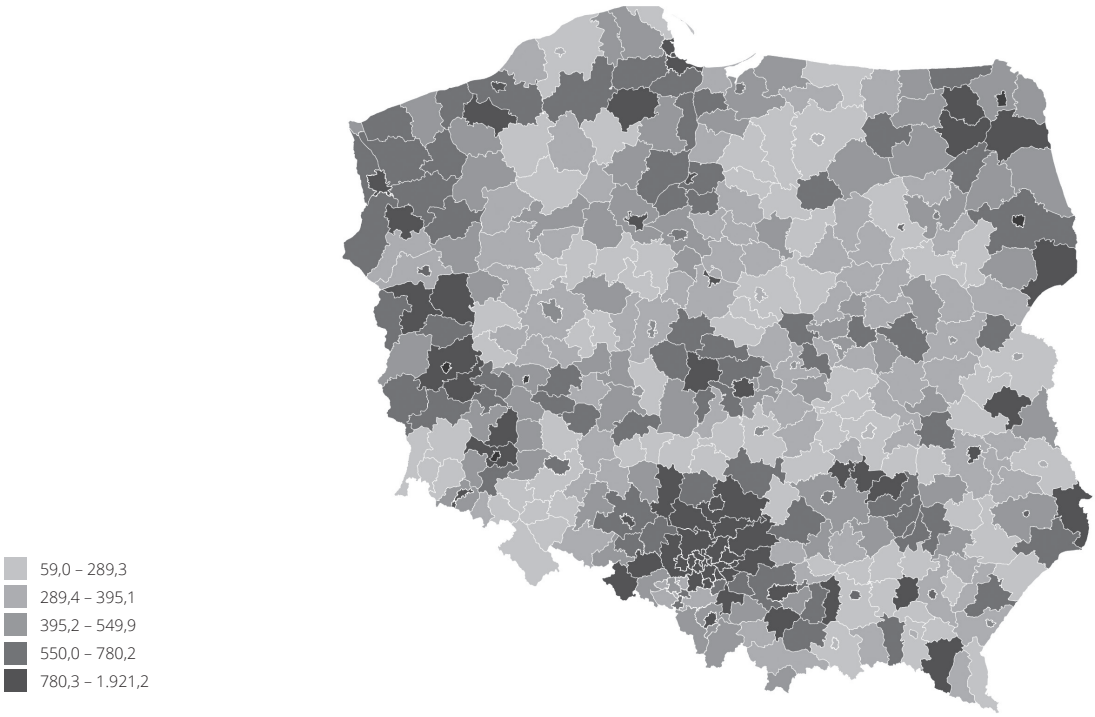
Rys. 20. Dwadzieścia najczęściej stawianych rozpoznań
w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w populacji 65+ w 2015 r.



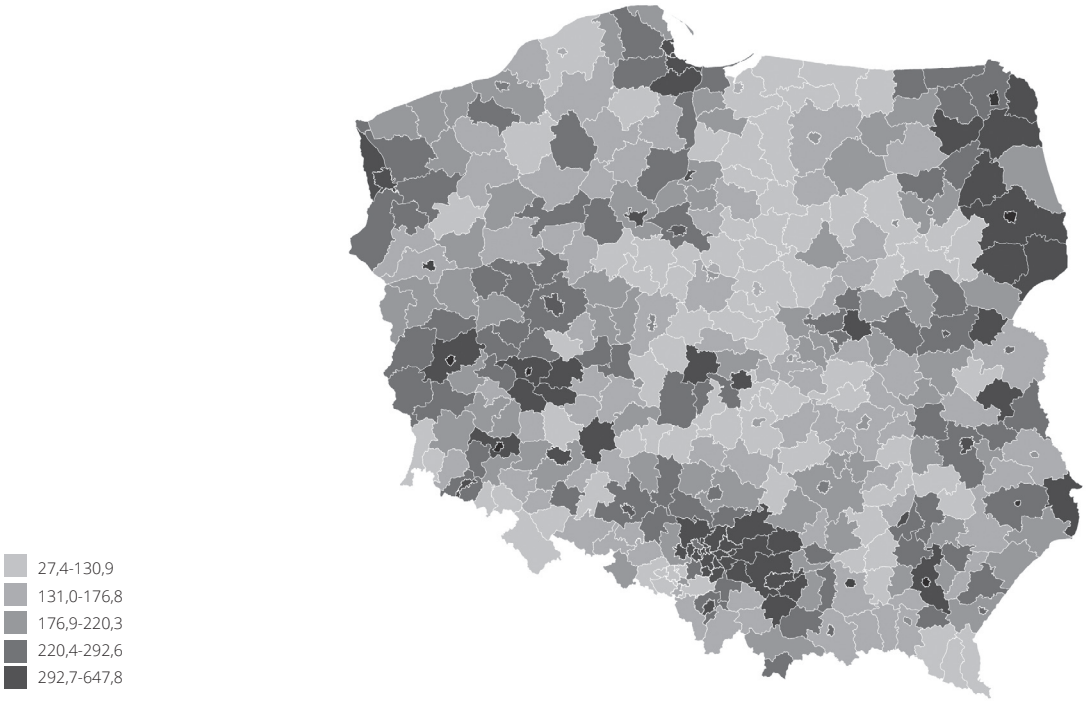
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Województwa i powiaty mocno się od siebie różnią pod względem konsumpcji świadczeń ambulatoryjnych w przypadku chorób populacji 75+. Na przykład, w chorobie niedokrwiennej serca (mapa 1) najniższe wykorzystanie świadczeń występuje w powiecie kłodzkim (208,8), a najwyższe w Siemianowicach Śląskich (4,348), tj. niemal 21 razy więcej od najmniejszego zanotowanego wskaźnika (11). Podobne dysproporcje występują w przypadku nadciśnienia tętniczego (mapa 2), które jest najczęściej spotykanym problemem zdrowotnym wśród osób starszych. Na szczeblu powiatu najwyższy wskaźnik konsumpcji świadczeń związanych z tym schorzeniem w grupie pacjentów 75+ występuje w powiecie lubartowskim (5,346 świadczeń na 10.000 ubezpieczonych w 2015 r.), jest to poziom 34 razy wyższy od tego zanotowanego w powiecie wałbrzyskim (tylko 156,6 świadczenia na 10.000 ubezpieczonych).

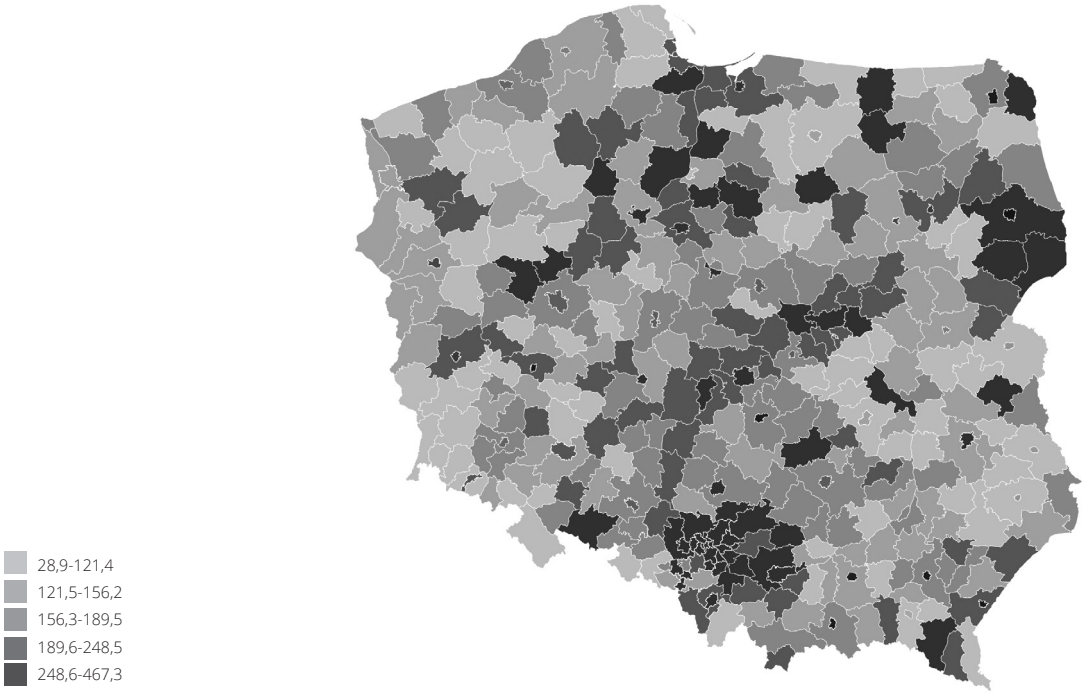
Mapa 1. Liczba świadczeń AOS w populacji 75+ w związku z I25 (przewlekła niedokrwienna choroba serca) w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych (2015). Powiaty.



Mapa 2. Liczba świadczeń AOS w populacji 75+ w związku z I10, I11, I12, I13 (nadciśnienie tętnicze) w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych (2015). Powiaty.



Mapa 3. Liczba świadczeń AOS w populacji 75+ w związku z E11 (cukrzyca typu 2) w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych (2015). Powiaty.

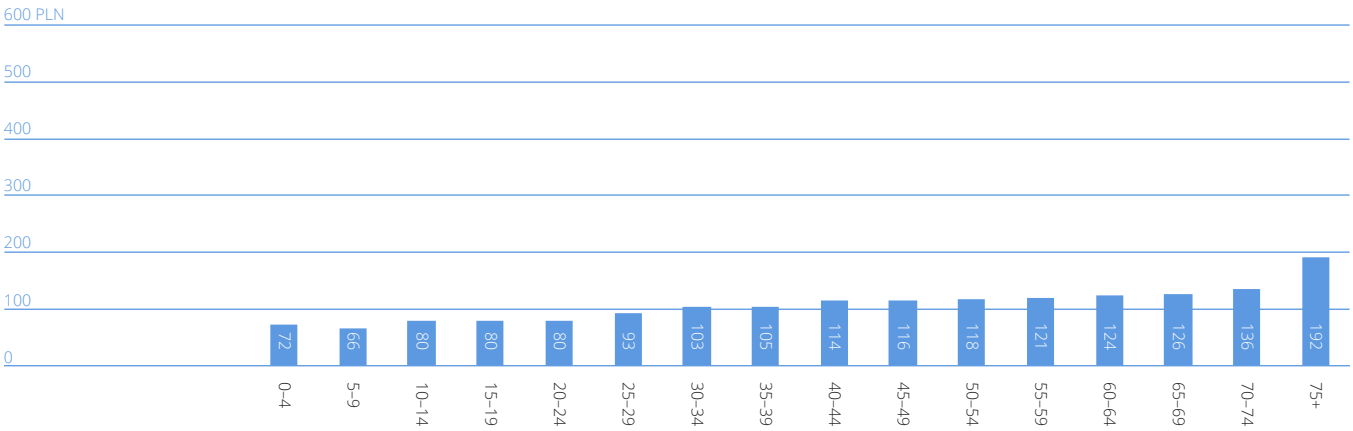


Powyższe mapy pokazują skalę dysproporcji geograficznych w konsumpcji świadczeń. Reforma systemu ochrony zdrowia powinna zmierzyć się m.in. z tymi nierównościami i rozwiązać będące ich przyczyną problemy (np. niezdrowy styl życia, niski poziom uczestnictwa w programach profilaktycznych).

Koszty opieki ambulatoryjnej w wybranych chorobach

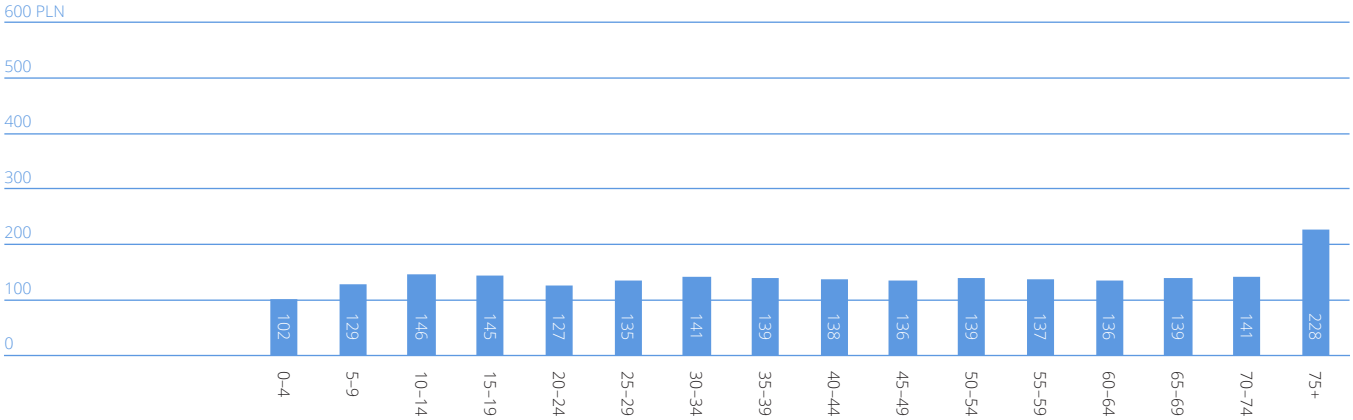
Dane statystyczne Narodowego Funduszu Zdrowia umożliwiają śledzenie średnich wydatków na pacjenta związanych z leczeniem konkretnych chorób w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; możliwe jest również zidentyfikowanie najkosztowniejszych chorób u osób w podeszłym wieku leczonych w AOS. Ryzyko wystąpienia tych chorób rośnie wraz wiekiem, w rezultacie ich częstość jest największa właśnie wśród osób starszych: do tej grupy należą choroby układu krążenia, a zwłaszcza miażdżyca i choroba niedokrwienna serca, a także osteoporoza i cukrzyca typu 2.

Rys. 21. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem cukrzycy typu 2 (E11) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



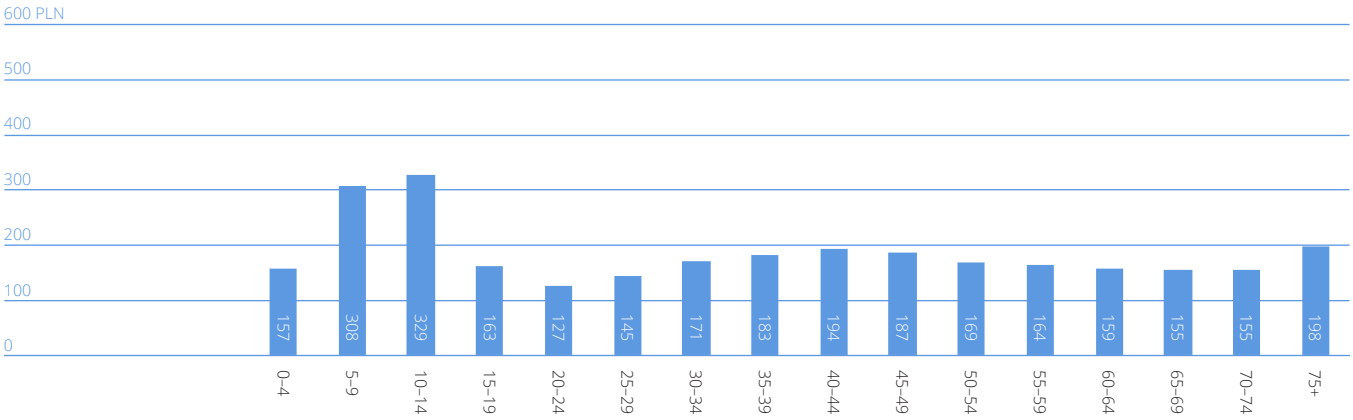
Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 22. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem nadciśnienia tętniczego (I10–I13) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



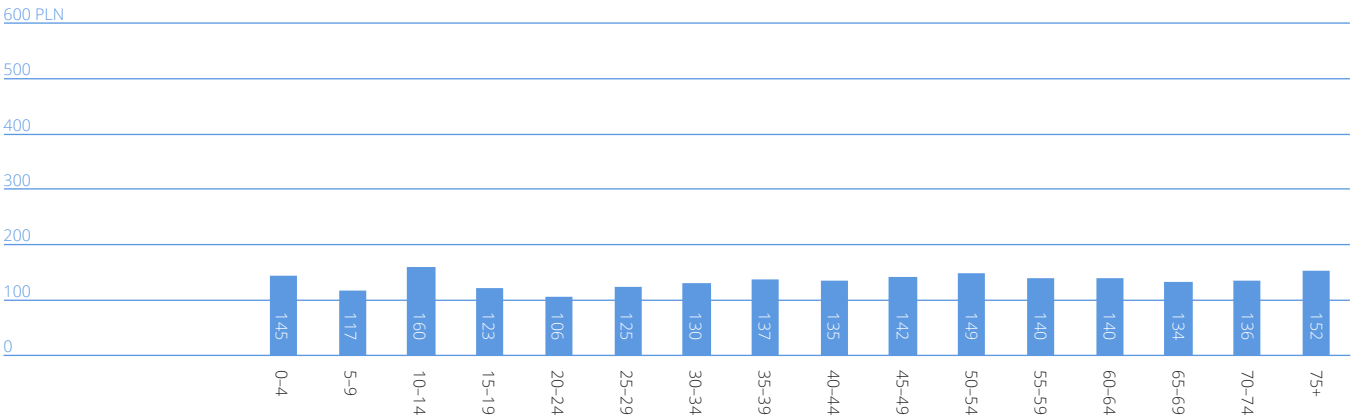
Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 23. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



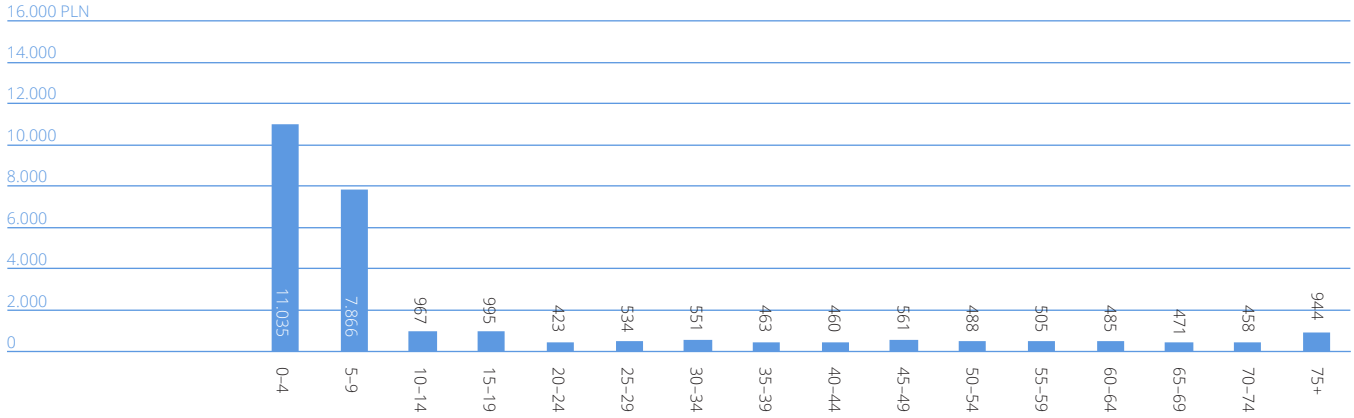
Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 24. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem migotania i trzepotania przedsionków (I48) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



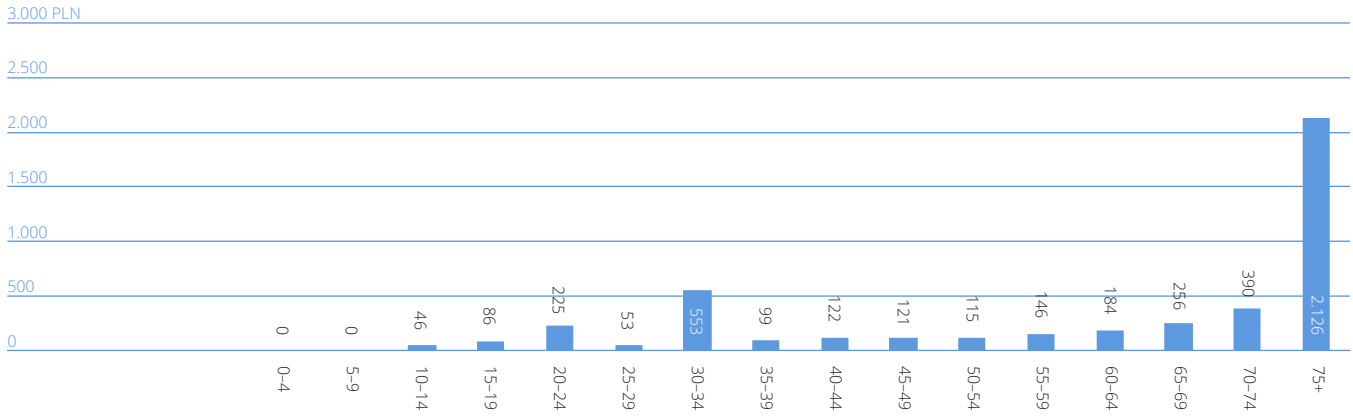
Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 25. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem niewydolności serca (I50) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



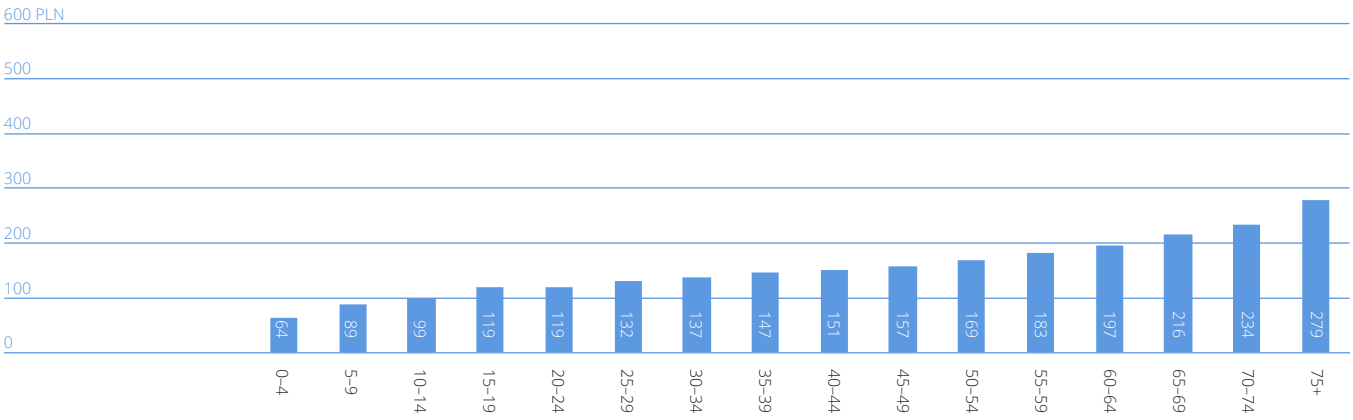
Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 26. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem miażdżycy (I70) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



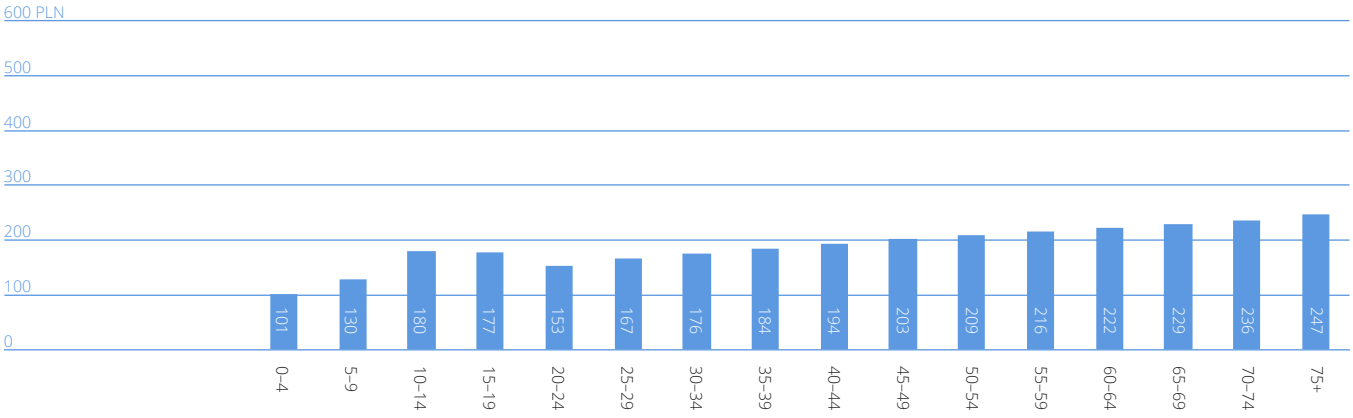
Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 27. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem osteoporozy (M15–M21) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



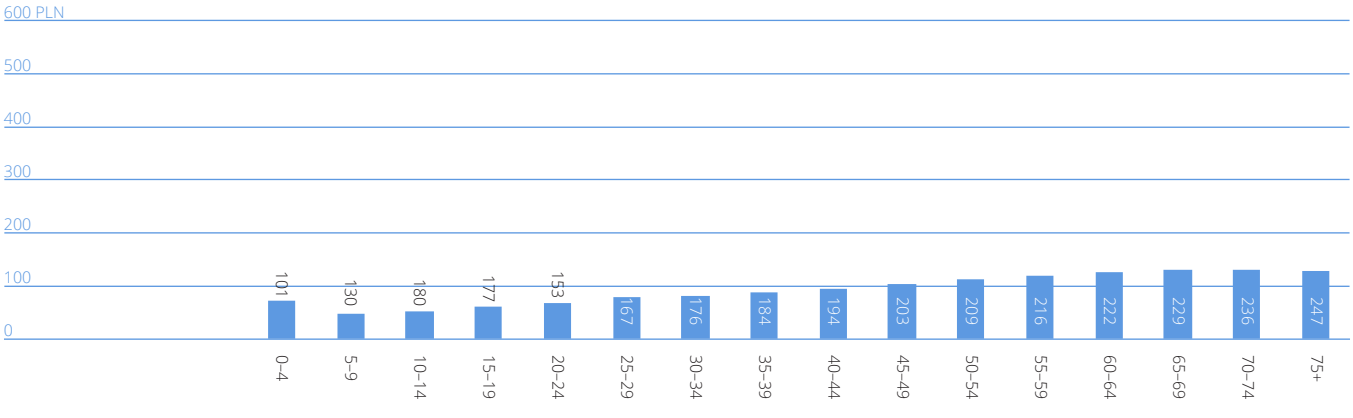
Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 28. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem zapalenia stawów/osteoporozy kręgosłupa (M45, M46, M47, M48, M50, M51, M53, M54, G54) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Rys. 29. Średnie wydatki NFZ na pacjenta związane z leczeniem przerostu prostaty (N40) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r.



Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

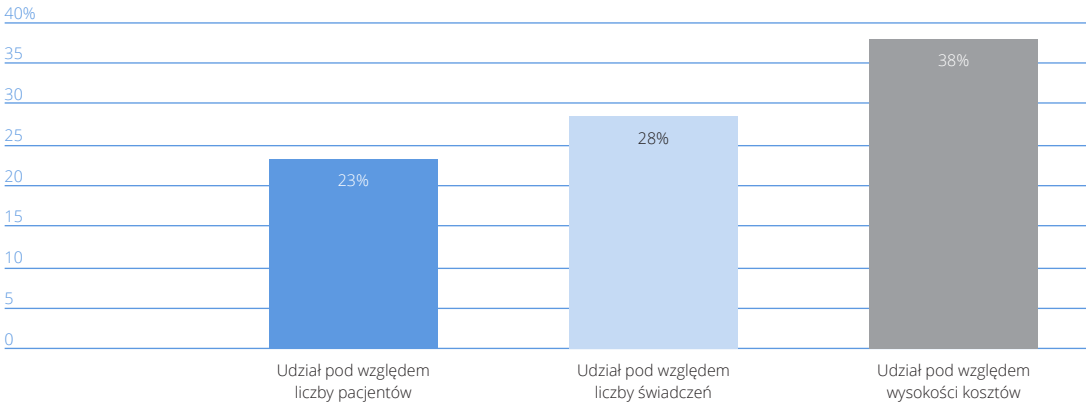
Opieka szpitalna

Świadczenia geriatryczne mogą być realizowane na oddziałach geriatrii i psychogeriatrii, jak również na innych szpitalnych oddziałach, na których leżą i są leczeni pacjenci w starszym wieku.

W 2016 roku 23% ogółu hospitalizowanych pacjentów stanowiły osoby powyżej 65. roku życia.

W porównaniu do ogółu ludności, wskaźnik hospitalizacji osób starszych jest niemal dwukrotnie wyższy. W 2014 r. jedna na pięć osób w wieku 65+ spędziła w szpitalu co najmniej jedną dobę. Statystycznie, mężczyźni są hospitalizowani częściej niż kobiety – szczególnie w najstarszej grupie wiekowej. Z wiekiem pacjenta wskaźniki hospitalizacji wzrastają: w 2014 roku w grupie wiekowej 60–69 lat hospitalizowano 18% osób, podczas gdy wśród osób po 80. roku życia z opieki szpitalnej skorzystała już co czwarta osoba.

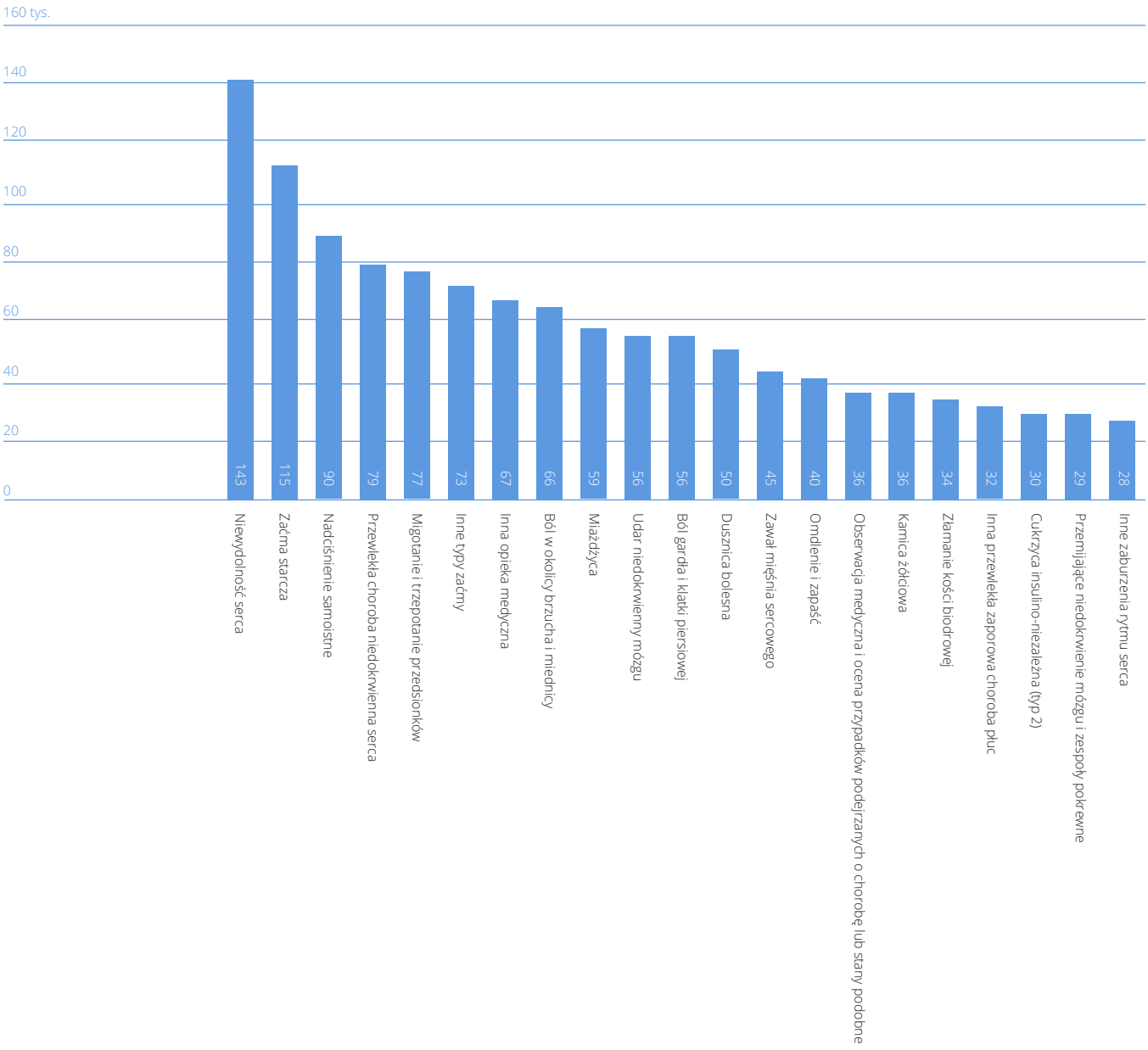
Rys. 30. Opieka szpitalna w populacji 65+ w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

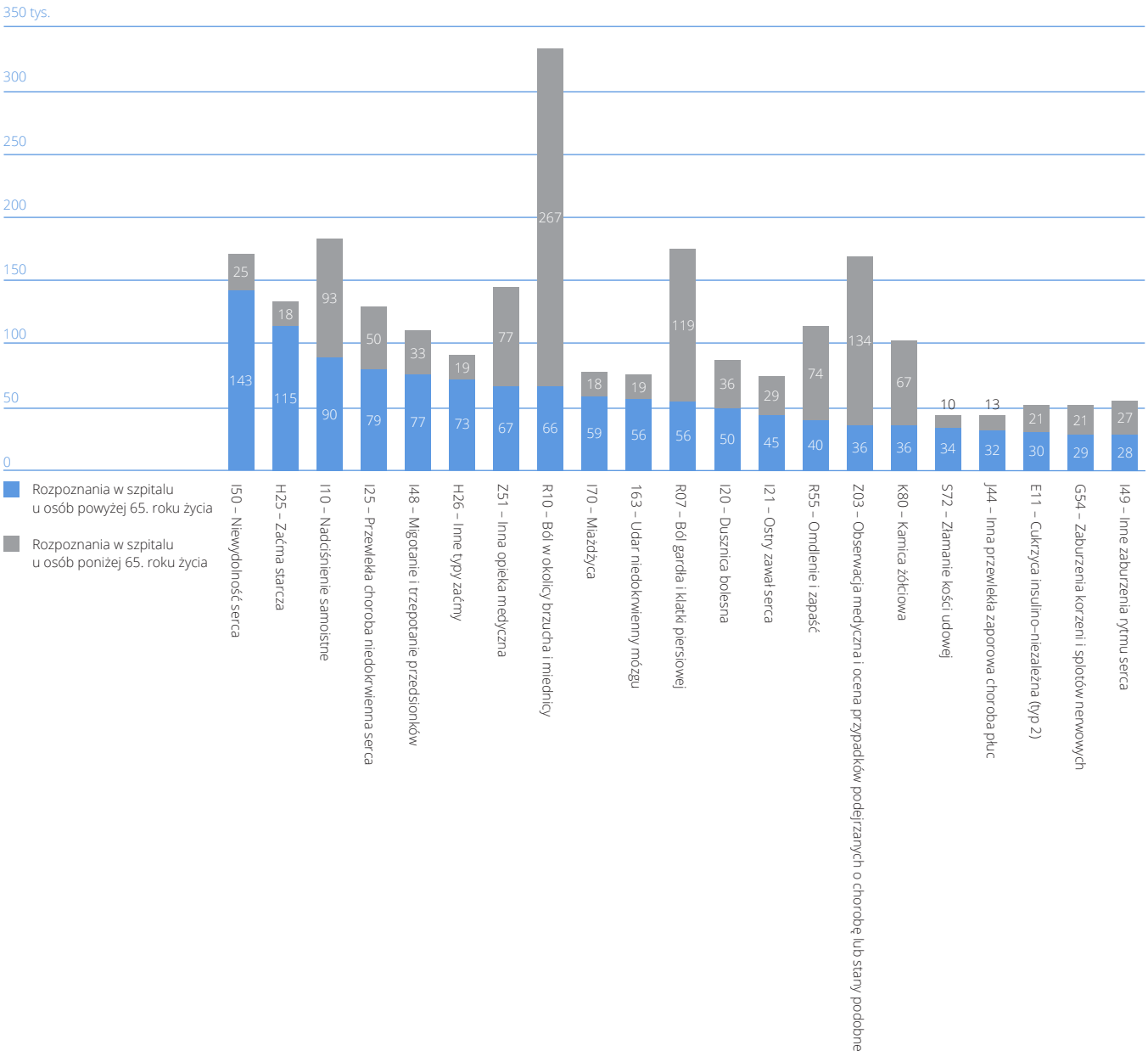
Do najczęstszych przyczyn hospitalizacji osób w wieku 65 lat i więcej należy niewydolność serca, zaćma starcza, nadciśnienie tętnicze i choroba wieńcowa. Poniżej na rys. 31 przedstawiono dwadzieścia najczęściej stawianych diagnoz w opiece szpitalnej w populacji 65+, według liczby pojedynczych rozpoznań (sprawozdawczość na poziomie szpitala).

Rys. 31. Dwadzieścia najczęstszych rozpoznań w opiece szpitalnej w populacji 65+ w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

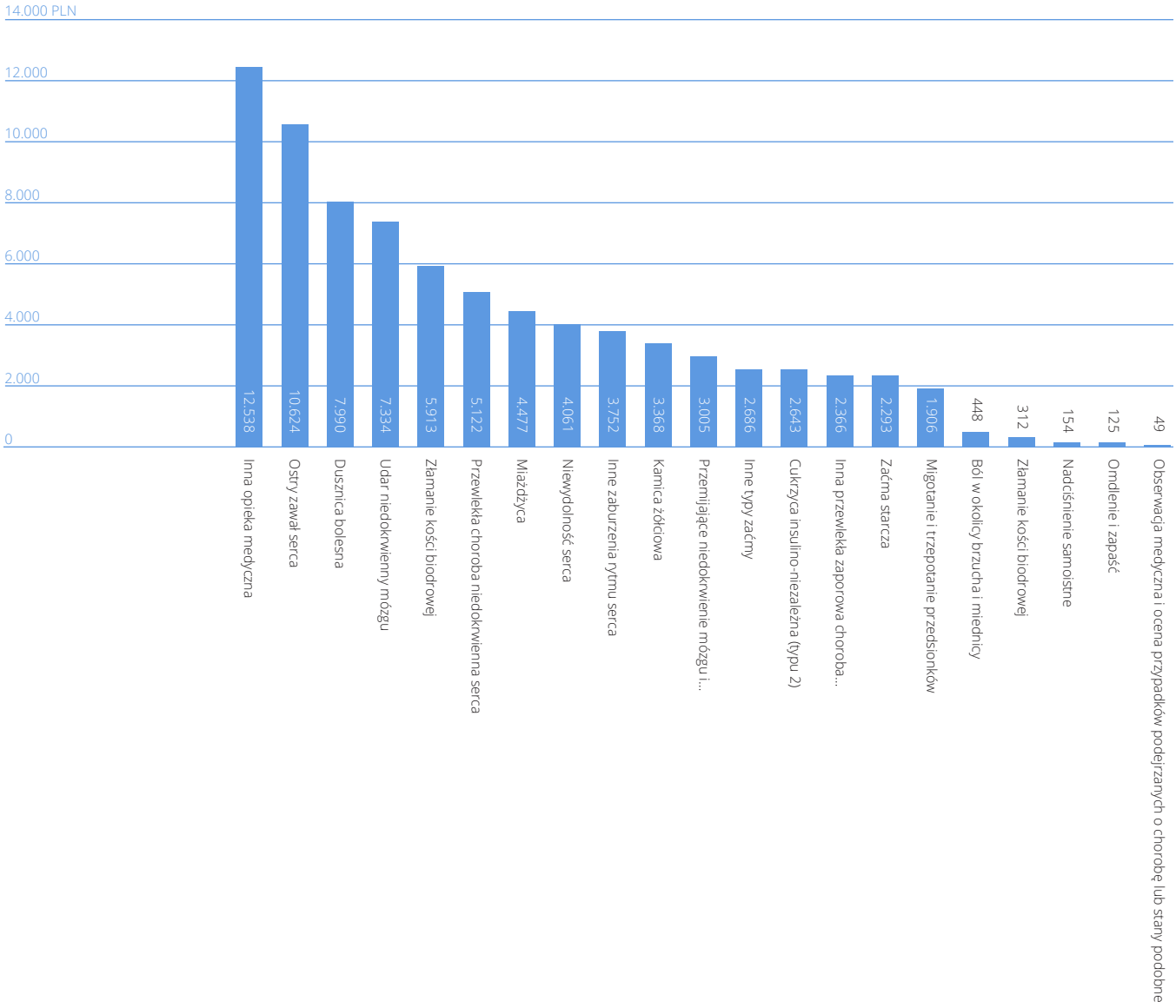
Rys. 32. Szpitalne rozpoznania dla populacji powyżej oraz poniżej 65. roku życia, 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Koszty leczenia wyżej wymienionych dwudziestu rozpoznań w populacji 65+ w opiece szpitalnej zamknęły się w 2016 r. w kwocie 4.747.742.674 PLN. Najkosztowniejszym świadczeniem szpitalnym wśród osób starszych (w przeliczeniu na jednego pacjenta) była „inna opieka medyczna" oraz zawał mięśnia sercowego, które wygenerowały w NFZ koszt, odpowiednio, 12.500 PLN oraz 10.600 PLN.

Rys. 33. Koszty szpitalnych świadczeń zdrowotnych w przeliczeniu na jednego pacjenta w wieku 65 lat i więcej w 2016 r.

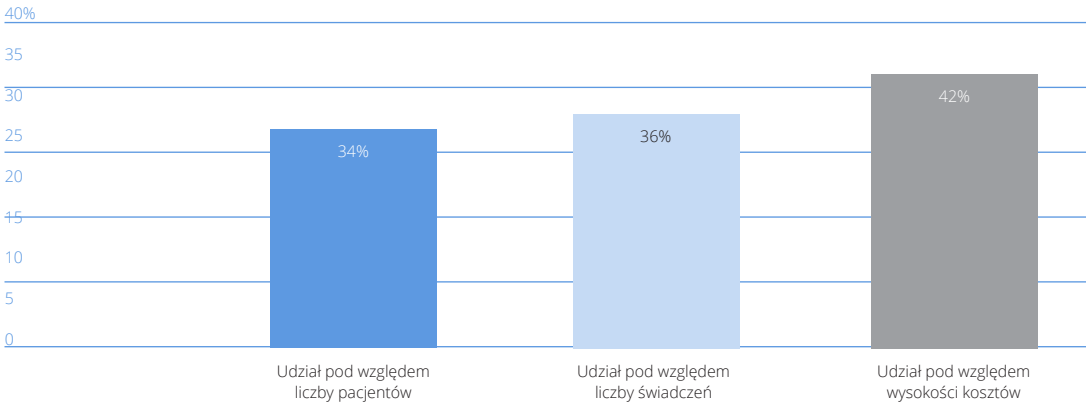


Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Rehabilitacja medyczna

W 2016 roku 42% wydatków na rehabilitację medyczną (bez świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci) wygenerowano w związku ze świadczeniami na rzecz pacjentów powyżej 65. roku życia. Największa konsumpcja usług rehabilitacji medycznej w tej grupie wiekowej związana jest z fizjoterapią domową. Na osoby starsze przypada 63% zrealizowanych świadczeń fizjoterapii domowej; 52% rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w placówkach opieki stacjonarnej oraz 51% tej wykonanej w placówkach dziennego pobytu; a także 49% ogółu świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej.

Rys. 34. Świadczenia rehabilitacyjne w populacji 65+ w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Opieka geriatryczna jest również realizowana w ramach opieki psychiatrycznej i terapii uzależnień, jednakże ten wymiar opieki leży poza zakresem modelu i nie został uwzględniony w prezentowanym raporcie.

Opis i analiza długoterminowej opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej oraz innych usług o długoterminowym charakterze świadczonych dla osób starszych, a także opieki paliatywnej i hospicyjnej, znajdują się w kolejnej części raportu (poniżej).

Opieka długoterminowa

Z opieki długoterminowej korzystają co prawda pacjenci w każdym wieku, lecz biorąc pod uwagę charakter Modelu 3, w tym rozdziale podjęto analizę opieki długoterminowej nad osobami w wieku 65 lat i więcej. Opieka długoterminowa może być realizowana w warunkach domowych lub stacjonarnych. W Polsce opieka długoterminowa jest w największej mierze realizowana przez zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) i zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), a także zespoły długoterminowej opieki domowej i pielęgniarską opiekę długoterminową domową (usługi pielęgnacyjne w warunkach domowych).

Opieka zinstytucjonalizowana: ZPO i ZOL

Długoterminowe świadczenia ochrony zdrowia w warunkach stacjonarnych są najczęściej realizowane w placówkach dwojakiego rodzaju: ZPO i ZOL. Przyjmowani do tych placówek pacjenci w większości przypadków wymagają 24-godzinnej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i kontynuacji leczenia, ale ich stan nie uzasadnia hospitalizacji.

Świadczenia ZOL/ZPO obejmują:

- Świadczenia lekarskie,
- Świadczenia pielęgniarskie,
- Rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, aby złagodzić skutki upośledzenia i poprawić mobilność pacjenta,
- Pomoc psychologiczną,
- Zajęcia terapeutyczne,
- Terapię lekową,
- Dietę,
- Sprzęt medyczny w ramach świadczeń gwarantowanych,
- Edukację zdrowotną celem przygotowania pacjenta, rodziny i opiekunów do funkcjonowania i opieki w warunkach domowych.

Świadczenia pielęgnacyjne w warunkach domowych: realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej i pielęgniarską opiekę długoterminową domową

Zespół długoterminowej opieki domowej zapewnia niezbędną opiekę nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie, którzy nie wymagają hospitalizacji. Świadczenia gwarantowane realizowane przez zespół obejmują usługi lekarskie, pielęgniarskie i fizjoterapeutyczne, a także badania diagnostyczne umożliwiające odpowiednie leczenie w warunkach domowych. Do zadań zespołu należy również dostarczenie pacjentowi niezbędnego sprzętu medycznego i pomocniczego.

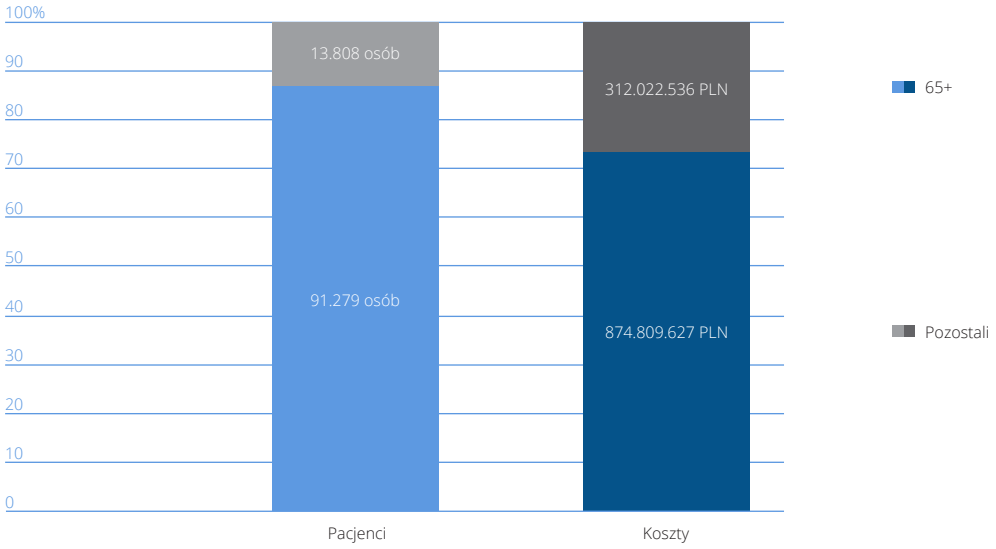
Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej realizuje świadczenia na rzecz pacjentów, którzy uzyskali 40 pkt albo mniej w skali Barthel (służącej do pomiaru sprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego). Liczba wizyt pielęgniarki świadczącej usługi w domu pacjenta powinna wynosić nie mniej niż 4 wizyty tygodniowo. Wśród dostępnych świadczeń należy wymienić:

- Typowe usługi wykonywane przez pielęgniarkę;
- Przygotowanie pacjenta, rodziny i opiekunów do samodzielnego wykonywania czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz edukowanie w zakresie radzenia sobie z istniejącymi ograniczeniami;
- Czynności pielęgniarskie, zgodnie z odpowiednimi procedurami;
- Edukacja zdrowotna pacjenta, rodziny i opiekunów;
- Pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w warunkach domowych,
- Pomoc w pozyskaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego potrzebnego do domowej opieki i rehabilitacji.

Realizowane przez pielęgniarkę świadczenia zdrowotne i pielęgnacyjne realizowane w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej są koordynowane z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ i położną POZ. Oprócz tego, przebywający w domu pacjenci z przewlekłą chorobą kwalifikują się do pomocy finansowej z NFZ przy zakupie niezbędnych leków, specjalnych produktów dietetycznych oraz wyrobów medycznych sprzedawanych przez apteki. Wyroby medyczne wydawane na zamówienie również mogą być dofinansowane przez NFZ (patrz poniżej).

W 2016 roku 77,7% pacjentów korzystających z opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, a populacja 65+ wygenerowała 70,7% kosztów w opiece długoterminowej.

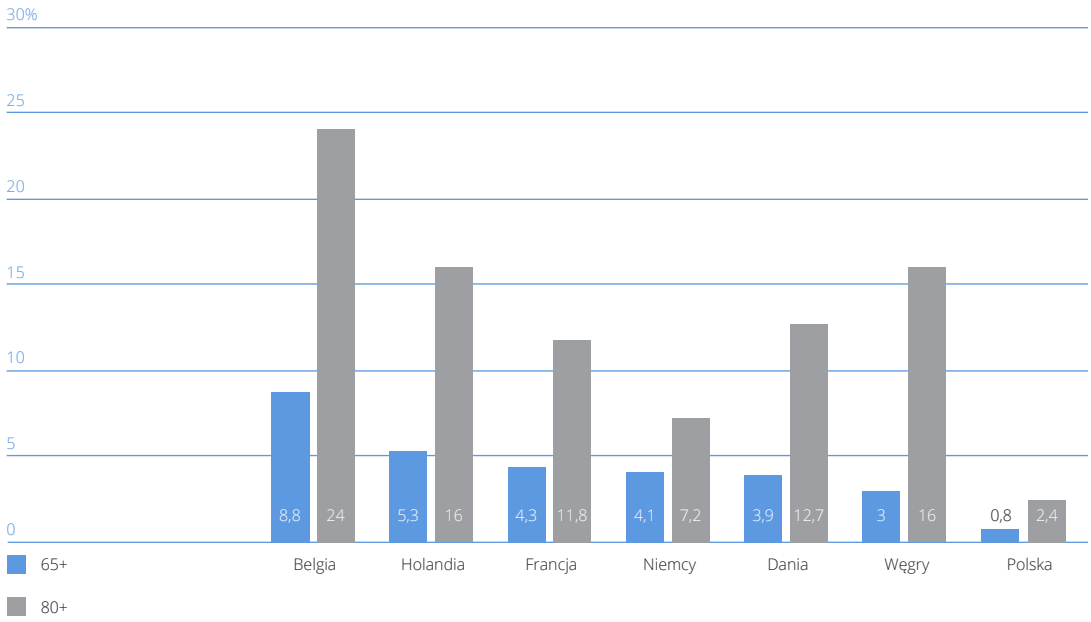
Rys. 35. Pacjenci 65+ w opiece długoterminowej w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

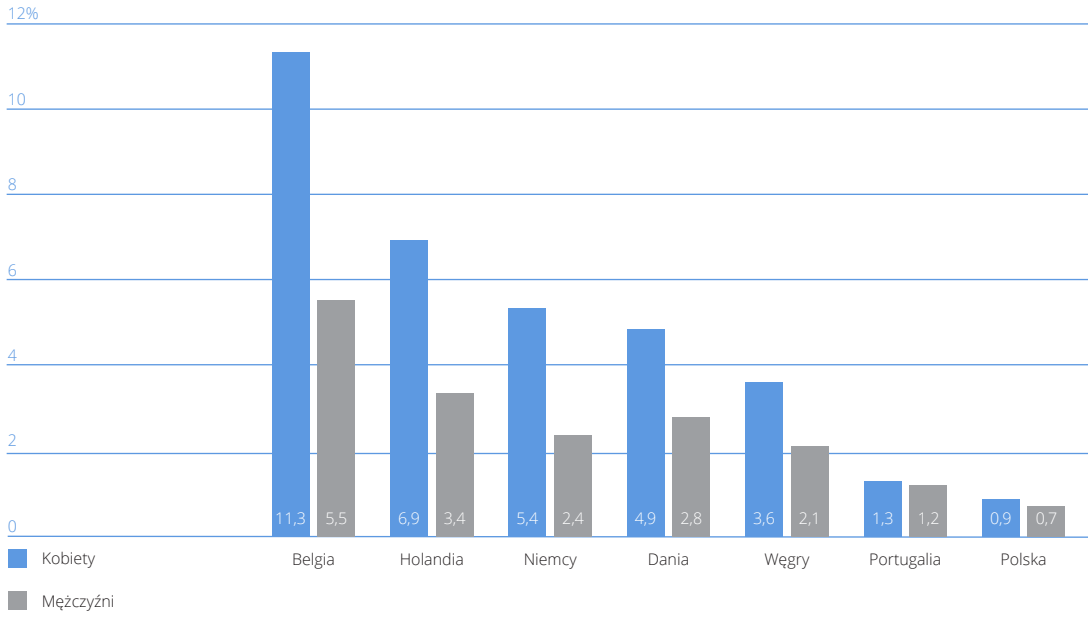
Na tle innych krajów Polska charakteryzuje się niskim wykorzystaniem formalnych usług opiekuńczych. Z opieki długoterminowej w placówkach korzysta zaledwie 0,8% populacji osób starszych (65+). W grupie osób powyżej 80. roku życia ten odsetek wzrasta do 2,4%. Statystycznie, kobiety korzystają ze stacjonarnej opieki długoterminowej częściej od mężczyzn, a różnice między płciami pod względem korzystania z formalnej opieki długoterminowej w placówkach poszerzają się wraz z wiekiem pacjenta.

Rys. 36. Odsetek korzystających z formalnej opieki długoterminowej w populacji 65+ i 80+ (dane z 2014 r., mężczyźni i kobiety razem)



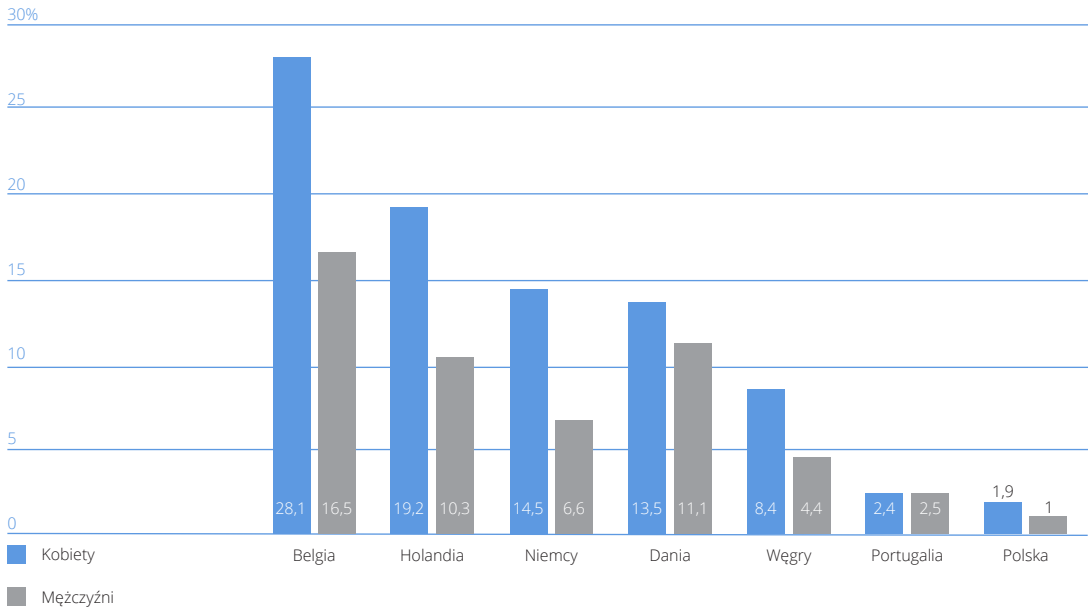
Źródło: OECD Health Statistics (12)

Rys. 37. Korzystanie z formalnej opieki długoterminowej w populacji 65+, według płci (dane z 2014 r.)



Źródło: OECD Health Statistics

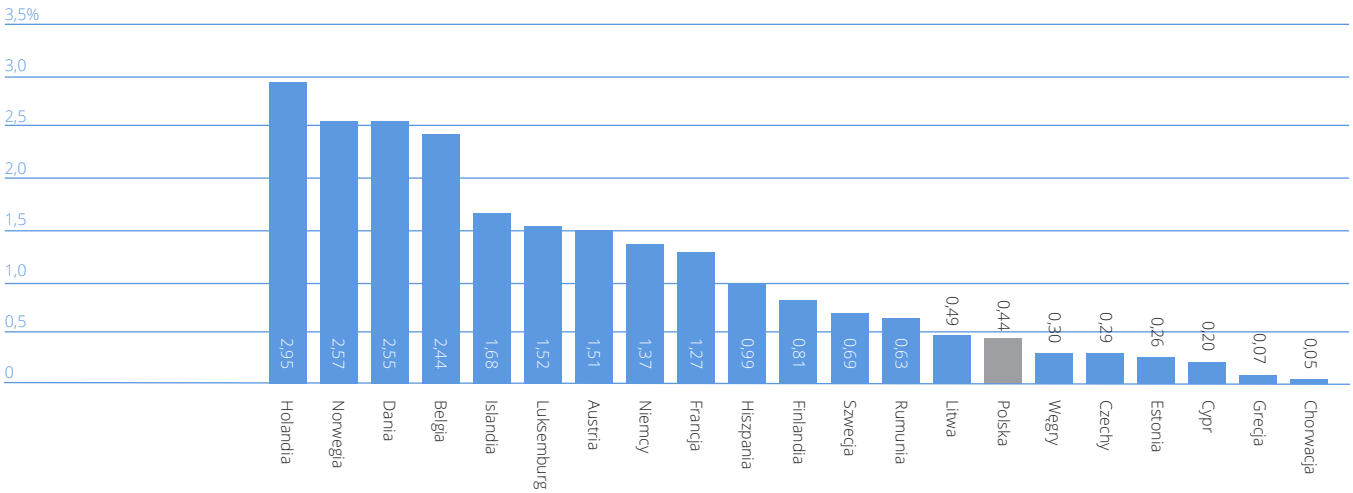
Rys. 38. Odsetek korzystających z formalnej opieki długoterminowej w populacji 80+, według płci (dane z 2014 r.)



Źródło: OECD Health Statistics

Notowane w Polsce wydatki na długoterminowe świadczenia pielęgnacyjne należą do najniższych w Europie – w 2012 r. stanowiły zaledwie 0,44% PKB. Co więcej, ponoszone przez NFZ wydatki na opiekę długoterminową, paliatywną i hospicyjną w ramach kontraktów podpisanych ze świadczeniodawcami w 2017 r. są o 0,85 punktu procentowego niższe od wartości kontraktów zawartych w 2016 r. (rys. 40).

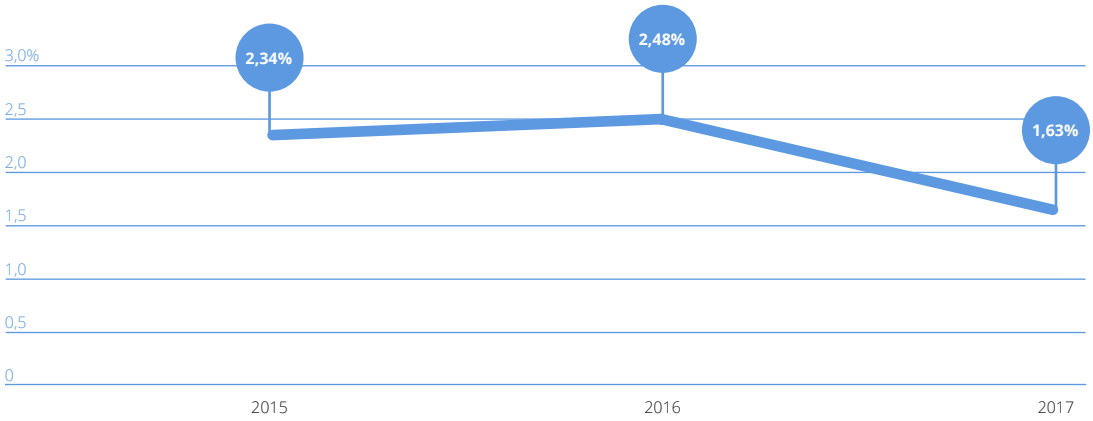
Rys. 39. Wydatki systemu ochrony zdrowia na długoterminowe świadczenia pielęgnacyjne (% PKB) w 2012 r. (klasyfikacja Systemu Rachunków Zdrowia SHA HC.3)



Źródło: Eurostat/SHA, 2016 (13)

W 2017 r. przewidywany jest spadek wartości kontraktów na opiekę długoterminową i paliatywną. Wartość kontraktów nie stanowi ekwiwalentu faktycznych kwot wydatków podanych wyżej.

Rys. 40. Kontrakty na opiekę długoterminową, paliatywną i hospicyjną jako % budżetu NFZ (stan z początku 2017 r.)



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ, 2017

Opieka hospicyjna i paliatywna

Opieka hospicyjna i paliatywna jest kompleksowym, holistycznym i objawowym leczeniem osób nieuleczalnie chorych. Ten rodzaj opieki jest ukierunkowany na eliminowanie i zmniejszanie bólu i innych objawów somatycznych oraz łagodzenie cierpień pacjenta. Świadczenia mogą być realizowane w warunkach stacjonarnych (placówka), ambulatoryjnych lub domowych.

Placówki stacjonarne

Świadczenia stacjonarne są dostępne w hospicjach i szpitalnych oddziałach opieki paliatywnej i obejmują całodobową i pełną dostępność usług, z obecnością lekarza medycyny paliatywnej (siedem dni w tygodniu) i pielęgniarki (całodobowo). Placówki organizują pomoc psychologiczną i fizjoterapeutyczną oraz dostęp do sprzętu medycznego. Do szczegółowych świadczeń realizowanych w hospicjach i szpitalnych oddziałach opieki paliatywnej należą elementy takie jak:

- Świadczenia lekarskie;
- Świadczenia pielęgniarskie;
- Leczenie bólu zgodnie ze standardami WHO (drabina analgetyczna);
- Leczenie innych objawów somatycznych;
- Opieka psychologa dla pacjenta i rodziny;
- Rehabilitacja;

- Terapia lekowa;
- Zapobieganie powikłaniom, badania zlecone przez lekarza pracującego w hospicjum lub oddziale;
- Zaopatrzenie w niezbędny sprzęt medyczny;
- Opieka wyręczająca, nie więcej niż 10 dni.

Opieka domowa

Opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych jest realizowana przez domową opiekę hospicyjną. Usługi są dostępne w podobnym zakresie jak w placówce stacjonarnej, z co najmniej dwiema wizytami lekarskimi w miesiącu i co najmniej dwiema wizytami pielęgniarskimi w tygodniu. Specjaliści określają częstotliwość wizyt fizjoterapeutów i psychologów, zgodnie z potrzebami pacjenta. W miarę potrzeb zapewniany jest niezbędny sprzęt medyczny i pomocniczy. Usługi świadczone na tym poziomie opieki w warunkach domowych są realizowane we współpracy z lekarzem, pielęgniarką i położną POZ, i obejmują:

- Świadczenia lekarskie;
- Świadczenia pielęgniarskie;
- Leczenie bólu zgodnie ze standardami WHO (drabina analgetyczna);
- Leczenie innych objawów somatycznych;
- Wsparcie psychologa dla pacjenta i rodziny;
- Rehabilitacja;
- Terapia lekowa;
- Zapobieganie powikłaniom;
- Badania zlecone przez lekarza pracującego w domowym hospicjum;
- Bezpłatny wynajem niezbędnego sprzętu medycznego.

Opieka ambulatoryjna

Usługi świadczone w trybie ambulatoryjnym są realizowane przez personel ambulatoryjnej poradni paliatywnej (w poradni albo domu pacjenta) i obejmują:

- Konsultacje i wizyty lekarskie w poradni albo domu pacjenta, w tym dla pacjentów niezakwalifikowanych do opieki domowego hospicjum;
- Konsultacje psychologa w poradni albo domu pacjenta, oraz
- Świadczenia pielęgniarskie w poradni albo domu pacjenta.

Podczas wizyty lekarskiej w poradni albo domu pacjenta:

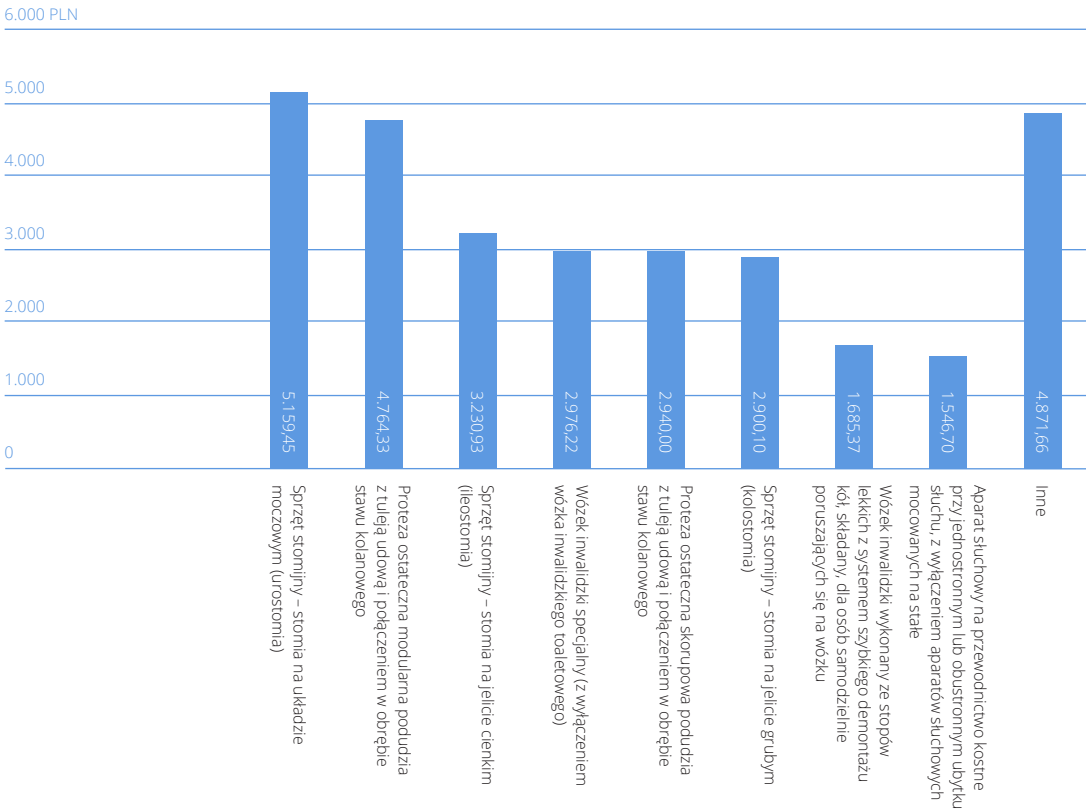
- przeprowadzany jest wywiad i badanie;
- przepisywane są leki, w tym przeciwbólowe;
- zlecane są niezbędne badania diagnostyczne;
- zlecane są niezbędne świadczenia pielęgniarskie;
- wypisywane jest skierowanie do placówek opieki zdrowotnej, w tym placówek opieki hospicyjnej i paliatywnej w trybie stacjonarnym i domowym;
- wydawane są niezbędne zaświadczenia i opinie na temat stanu zdrowia pacjenta;
- przeprowadzana jest konsultacja medyczna w miejscu zamieszkania;
- przeprowadzana jest konsultacja psychologiczna albo wizyta w miejscu zamieszkania;
- odbywa się interwencja pielęgnacyjna lub wizyta pielęgniarki w domu pacjenta.

Pacjentami kwalifikującymi się do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń opieki paliatywnej są zazwyczaj osoby w ogólnie stabilnym stanie zdrowia, które albo dojeżdżają do poradni (jeśli to możliwe), albo z powodu problemów z mobilnością wymagają wizyt domowych. Gwarantowane świadczenia opieki ambulatoryjnej obejmują nie więcej niż dwie wizyty lub konsultacje w domu pacjenta.

Wyroby medyczne

W zakresie opieki na rzecz osób starszych, na wszystkich poziomach świadczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia lub współfinansuje wyroby medyczne niezbędne, by dostarczyć tej grupie pacjentów potrzebną opiekę. W 2016 r. NFZ sfinansował 174 miliony sztuk sprzętu i materiałów medycznych o wartości 418 milionów PLN, dla niespełna 693.000 pacjentów w starszym wieku (65+). Najdroższe (w przeliczeniu na jednego pacjenta) okazały się wyroby stomijne i protezy. Jedyne wyroby nieobjęte pełną refundacją NFZ to dwa rodzaje aparatów słuchowych.

Rys. 41. Koszt wyrobów medycznych dla pacjentów 65+ (wydatki NFZ) w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego na podstawie danych NFZ

Rodzaje świadczeń opiekuńczych dostępnych dla osób starszych

Świadczenia opiekuńcze oferowane w sektorze pomocy społecznej obejmują opiekę domową, zorganizowaną opiekę dzienną oraz opiekę stacjonarną i są realizowane przez instytucje opieki społecznej na szczeblu powiatowym i gminnym.

Opieka domowa

Opieka domowa obejmuje usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym usługi dla osób z upośledzeniem umysłowym. Usługi opieki domowej są przyznawane przez ośrodki pomocy społecznej w oparciu o wywiad środowiskowy i – zgodnie z ustawą o pomocy społecznej – winny być przyznawane osobom samotnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają opieki, a nie mogą jej otrzymać od krewnych. W polskiej ustawie o pomocy społecznej istnieje domniemane założenie, że opieka jest w pierwszej kolejności obowiązkiem rodziny (współmałżonka, dzieci, wnuków i innych krewnych).

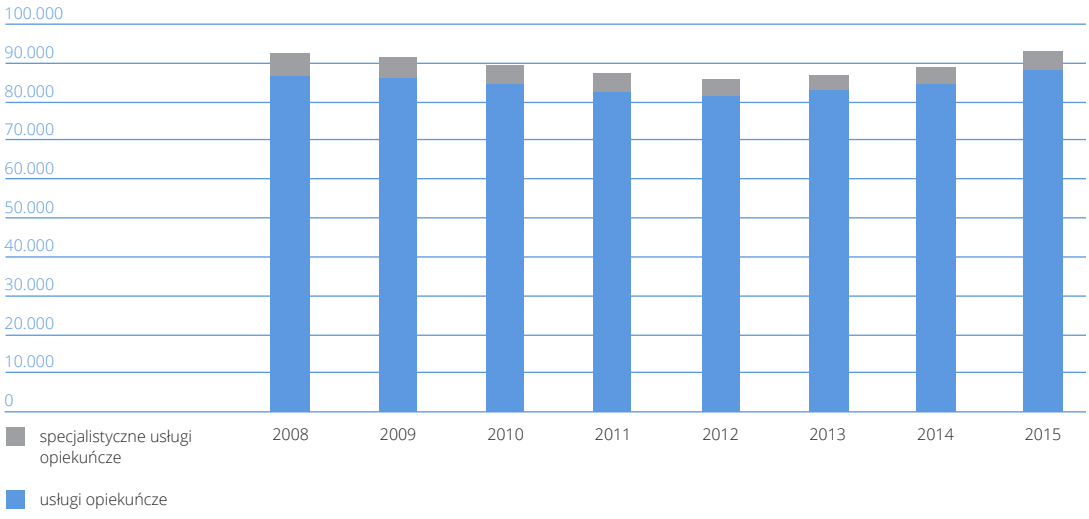
W ramach opieki domowej mieszczą się następujące pozycje:

- pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego,
- higiena osobista,
- prace związane z prowadzeniem domu (przygotowanie posiłków, sprzątanie, itp.),
- świadczenia pielęgniarskie (jeśli zostały przepisane przez lekarza), wsparcie w budowaniu relacji z innymi osobami.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są dostosowane do indywidualnych potrzeb medycznych związanych z chorobą lub niepełnosprawnością beneficjenta i są realizowane przez wyszkolony personel, np. fizjoterapeutów.

Zakres usług i miejsce ich realizacji (dom lub placówka) zależą od sytuacji konkretnego beneficjenta i jego potrzeb, a także od możliwości jednostki samorządu terytorialnego i dostępnego potencjału instytucjonalnego. Poziom realizacji domowych usług opiekuńczych jest uzależniony od możliwości zapewnienia przez daną jednostkę samorządu terytorialnego wykwalifikowanego personelu i dostępu do odpowiednich placówek. W gminach o skromniejszych zasobach finansowych i mniejszej liczbie wykwalifikowanych pracowników pomocy społecznej realizacja świadczeń często przebiega w sposób nieadekwatny do indywidualnych potrzeb (14). Gminy zapewniają realizację usług ze środków własnych, zlecając zadania organizacjom pozarządowym, które pełnią rolę świadczeniodawców. Liczba beneficjentów opieki jest niska, choć w ostatnich latach wzrosła z 85.000 w 2012 r. do 93.000 w 2015 r. Specjalistyczne usługi opiekuńcze stanowią zaledwie 5% łącznego wolumenu realizowanych usług.

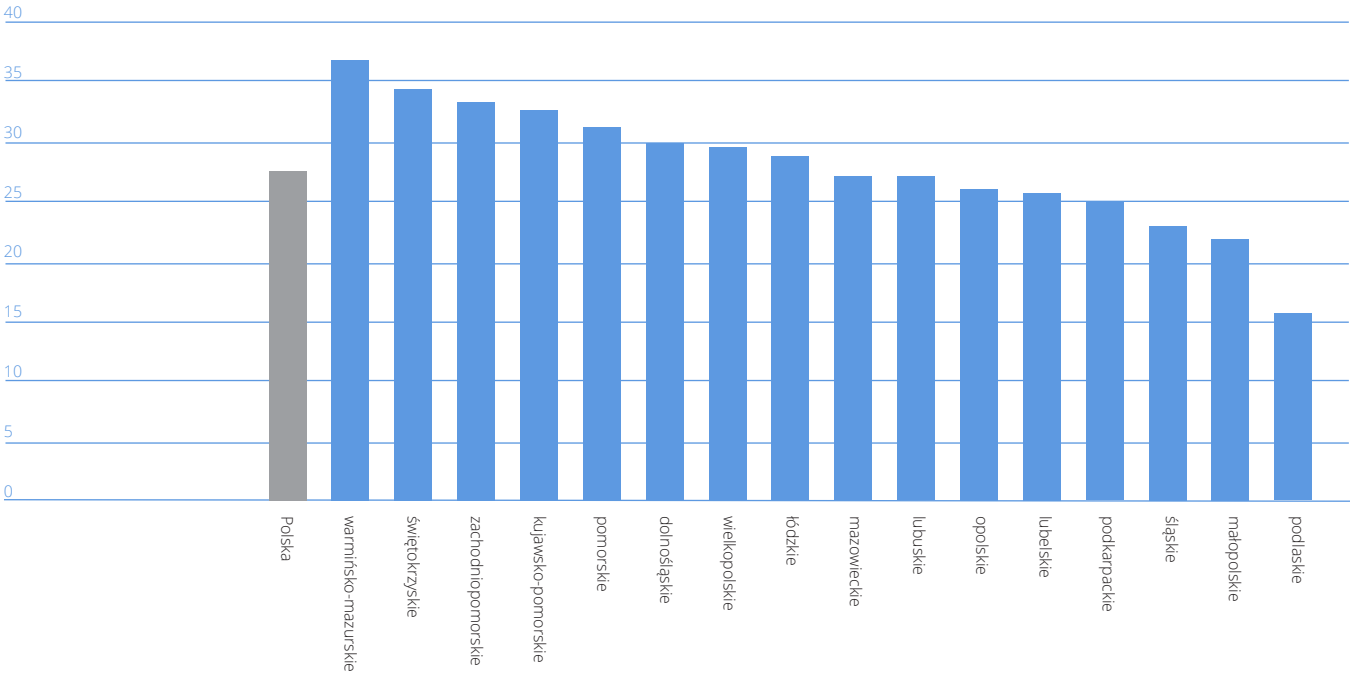
Rys. 42. Łączna liczba beneficjentów usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, lata 2008–2015



Źródło: MPiPS, 2008–2015

Dystrybucja usług różni się w zależności od województwa – największa liczba realizowanych usług występuje w najbardziej zaludnionych województwach, tj. mazowieckim, śląskim i wielkopolskim. Najmniej usług realizowanych jest w woj. lubuskim i podlaskim. Średni wskaźnik liczby odbiorców usług opiekuńczych wynosi około 27 beneficjentów na 10 tys. mieszkańców, z największą gęstością usług notowaną w województwie warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim, a najmniejszą w województwie podlaskim.

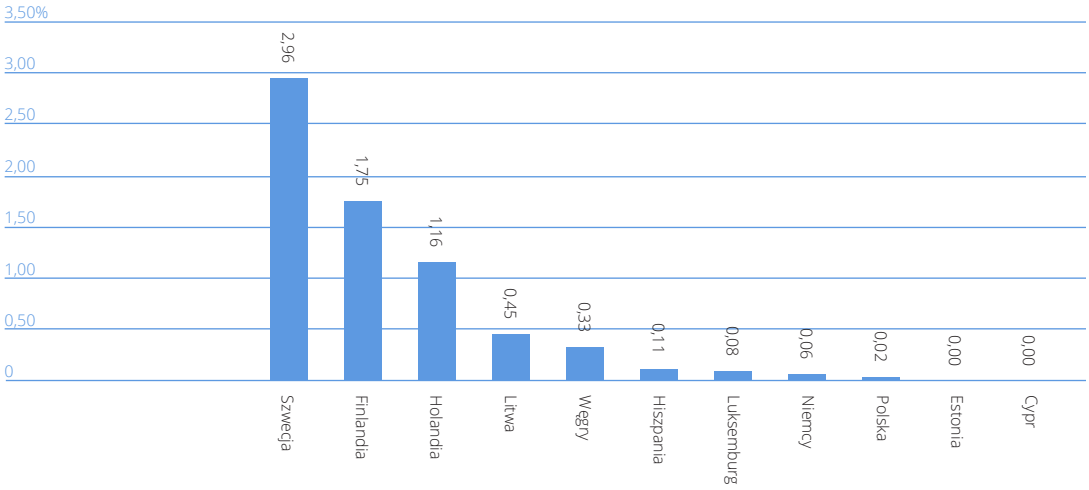
Rys. 43. Liczba beneficjentów usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w województwach w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców, 2015 r.



Źródło: GUS 2015

Jak podają szacunki Komisji Europejskiej (16), na tle większości państw europejskich Polska ma niskie wydatki na usługi pomocy społecznej – stanowią one zaledwie 0,02% PKB, podczas gdy całkowite wydatki na opiekę długoterminową szacuje się na jedynie 0,46% PKB.

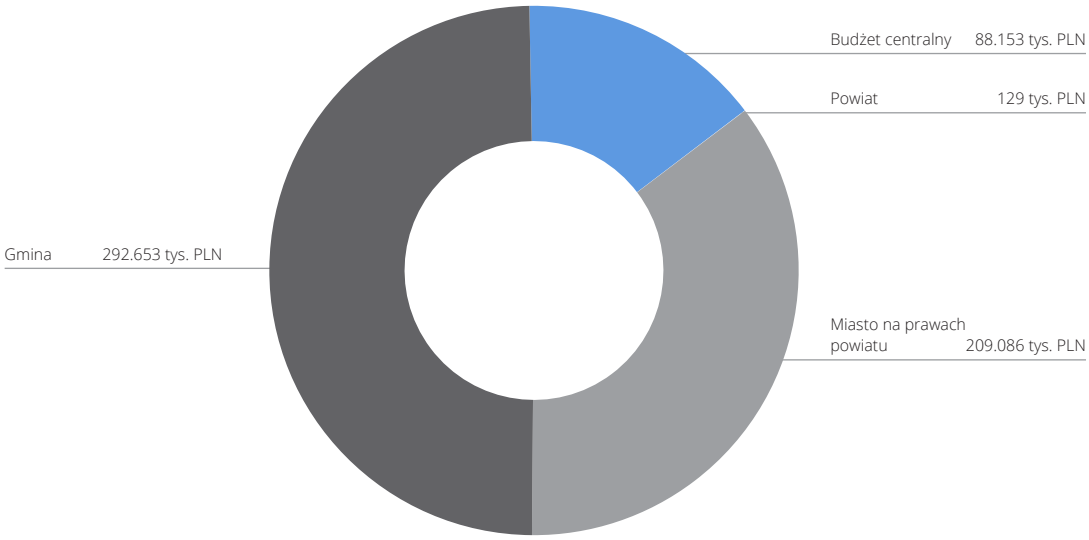
Rys. 44. Wydatki na długoterminowe usługi pomocy społecznej jako % PKB (klasyfikacja Systemu Rachunków Zdrowia SHA HC.R.6.1)



Źródło: Eurostat/SHA

Największy udział w finansowaniu usług opieki domowej mają budżety gminne (49,6%), a następnie powiatowe (35,4%). Około 15% wydatków pokrywa budżet centralny. Na szczeblu lokalnym usługi są również współfinansowane z prywatnych środków beneficjentów opieki. Poziom współfinansowania jest wyznaczany indywidualnie, w zależności od zakresu świadczonych usług i sytuacji finansowej odbiorców opieki.

Rys. 45. Poziom i struktura wydatków publicznych na domowe usługi opiekuńcze i domowe specjalistyczne usługi opiekuńcze, 2015 r. (w PLN)



Źródło: GUS 2016

Opieka dzienna

Ważnym elementem wsparcia dla samotnych osób starszych lub niepełnosprawnych są dzienne domy pomocy (DDP), które oferują opiekę, integrację społeczną i aktywizację. Działania DDP są koordynowane przez ośrodki pomocy społecznej, często we współpracy z organizacjami pozarządowymi. Usługi DDP to m.in.: edukacja zdrowotna, pomoc w realizacji usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych oraz integracja społeczna i kulturowa. DDP odgrywają istotną rolę w edukacji zdrowotnej i aktywizacji osób starszych (profilaktyka i promocja zdrowia). Pomimo rosnącej popularności tej formy opieki i wsparcia w ramach rządowych programów aktywnego starzenia się, liczba beneficjentów jest dość niska – w 2015 r. było to 18.500 osób. W ostatnich latach utworzono kolejne DDP w ramach rządowego programu Senior-Wigor: w 2015 r. powstało 99 takich placówek. Od 2017 r. program jest realizowany pod nową nazwą „Senior+". Jednak ich dalsze funkcjonowanie jest zagrożone z powodu ograniczeń budżetowych jednostek samorządów terytorialnych.

Całodobowa opieka stacjonarna

Całodobowa opieka stacjonarna jest świadczona w następujących placówkach:

- domy pomocy społecznej – DPS;
- rodzinne domy pomocy;
- domy opieki całodobowej.

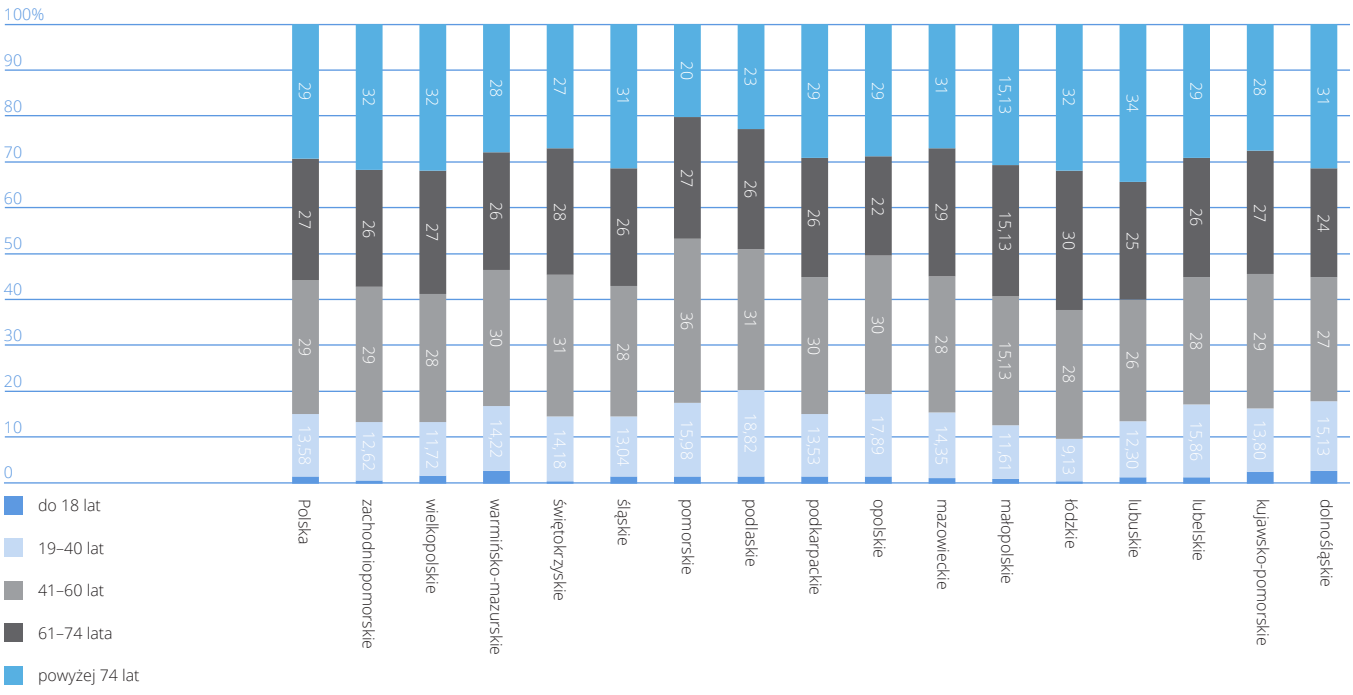
Główną placówką opiekuńczą w systemie pomocy społecznej są domy pomocy społecznej, natomiast rola rodzinnych domów pomocy nie została jeszcze ostatecznie sprecyzowana. DPS są profilowane w zależności od kategorii beneficjentów takich jak: osoby starsze; osoby niepełnosprawne; przewlekle chorzy; dzieci lub dorośli z upośledzeniem umysłowym; dzieci lub dorośli z niepełnosprawnością fizyczną; istnieją także placówki o profilu łączonym. Chociaż same DPS nie zajmują się realizacją świadczeń medycznych, personel powinien umożliwić beneficjentom skorzystanie z opieki medycznej, np. poprzez skontaktowanie się z lekarzem. Dla osób w cięższym stanie zdrowia, wymagających opieki leczniczej i pielęgnacyjnej, bardziej odpowiednie będą usługi ZOL i ZPO, a nie DPS – badania tych placówek dowodzą, że mieszkańcy ZOL i ZPO charakteryzują się podobnym stanem zdrowia i w rzeczywistości wymagają świadczeń leczniczych podobnego rodzaju (18) (19). Wśród mieszkańców domów pomocy społecznej na szczeblu powiatowym lub wyższym, 13% stanowią osoby leżące, z ciężkim upośledzeniem stanu zdrowia lub niepełnosprawnością; wśród gminnych domów pomocy społecznej odsetek ten wynosi 8%.

Domy pomocy społecznej są prowadzone przez podmioty publiczne (w przybliżeniu 74% wszystkich DPS) oraz niepubliczne (w przybliżeniu 26%

wszystkich DPS), te ostatnie są w większości przypadków prowadzone przez organizacje pozarządowe lub związki wyznaniowe.

Całodobowa opieka stacjonarna świadczona w domach pomocy społecznej jest kierowana do osób wymagających całodobowej opieki ze względu na wiek lub stan zdrowia (choroba albo niepełnosprawność), mających znaczne ograniczenia funkcjonalne, które nie mogą skorzystać z pomocy w warunkach domowych. Kryteria przyjęcia do DPS nie obejmują żadnej oceny medycznej ani funkcjonalnej. Łączna populacja beneficjentów korzystających z usług DPS wynosi rocznie 76–78.000 osób. Około 39% beneficjentów mieszka w domach dla osób starszych lub przewlekle chorych, a 25% w domach dla przewlekle chorych osób z upośledzeniem umysłowym. Zdecydowana większość mieszkańców DPS to osoby starsze. Jest to również grupa, na którą przypada większość usług, mianowicie 56% wszystkich mieszkańców domów pomocy społecznej na szczeblu administracyjnym powiatu lub wyższym to osoby powyżej 61. roku życia, a 29% – powyżej 74. roku życia (raport statystyczny MPiPS-05, dane z 2015 r.).

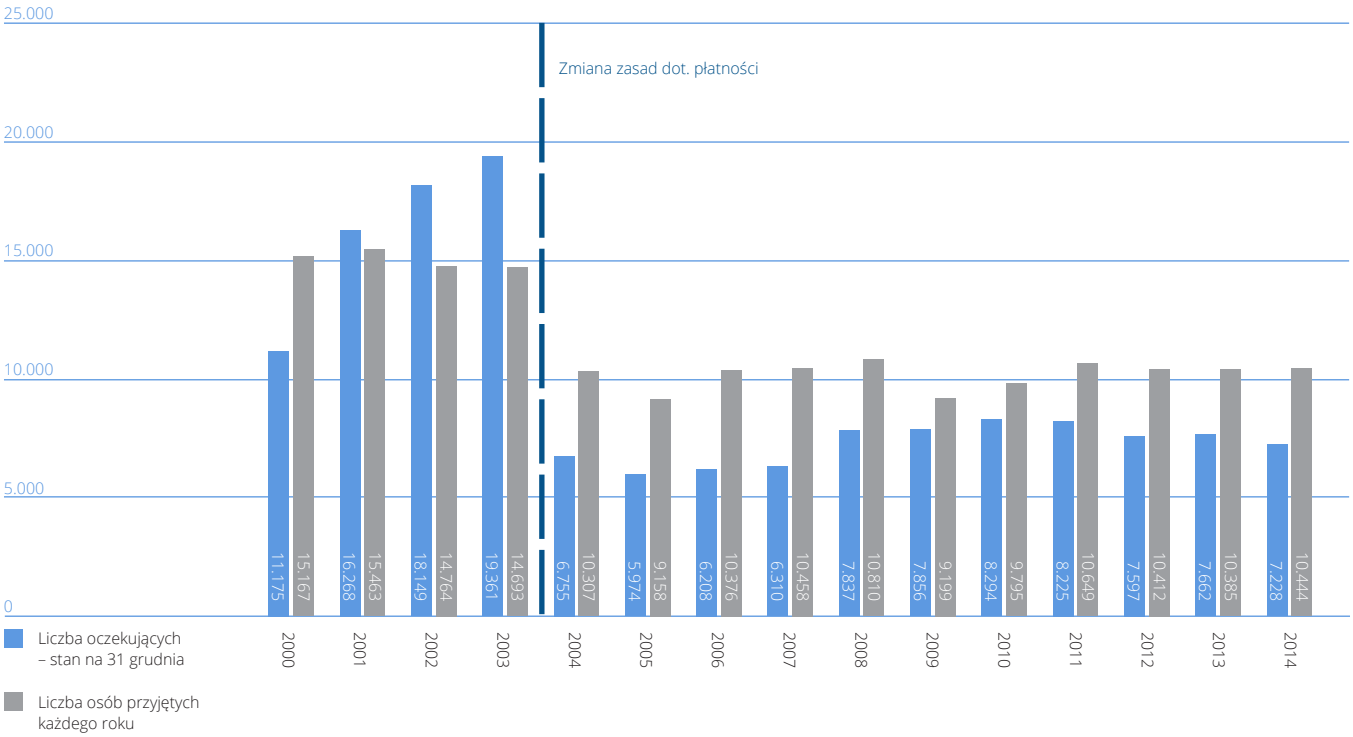
Rys. 46. Struktura wiekowa mieszkańców domów pomocy społecznej w powiatach i na wyższych poziomach administracyjnych w 2015 r.



Źródło: MPiPS, 2015

Każdego roku do DPS przyjmowanych jest około 10.000 osób, podczas gdy kolejne 7.000 jest na listach oczekujących. W 2004 r., kiedy wprowadzono współpłacenie za usługi, drastycznie spadła liczba nowych beneficjentów.

Rys. 47. Liczba miejsc i nowych beneficjentów opieki DPS w powiatach

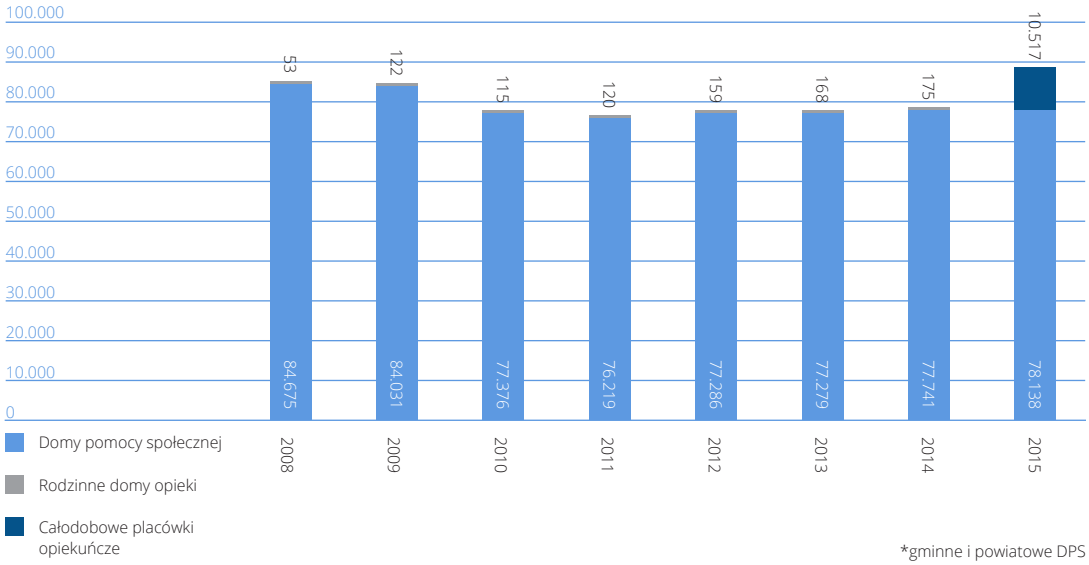


Źródło: MRPiPS, 2015

Całodobowe stacjonarne usługi opiekuńcze są również realizowane w rodzinnych domach pomocy prowadzonych przez osoby fizyczne lub organizacje pozarządowe. W jednym rodzinnym domu pomocy przebywa od 3 do 8 mieszkańców wymagających pomocy ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność. Od wprowadzenia tej formy opieki w 2008 r. liczba beneficjentów uległa potrojeniu, lecz i tak jest to bardzo mała populacja, licząca w 2014 r. tylko 175 osób.

Zgodnie z przepisami nowej ustawy o pomocy społecznej, całodobowa opieka stacjonarna nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi lub przewlekle chorymi może być realizowana w placówkach prowadzonych przez świadczeniodawców prywatnych, o ile tylko spełniają określone standardy usług i mają certyfikat Urzędu Wojewódzkiego. W 2015 r. w takich placówkach mieszkało 10.500 osób.

Rys. 48. Liczba beneficjentów świadczeń w stacjonarnych placówkach opieki w latach 2008–2015

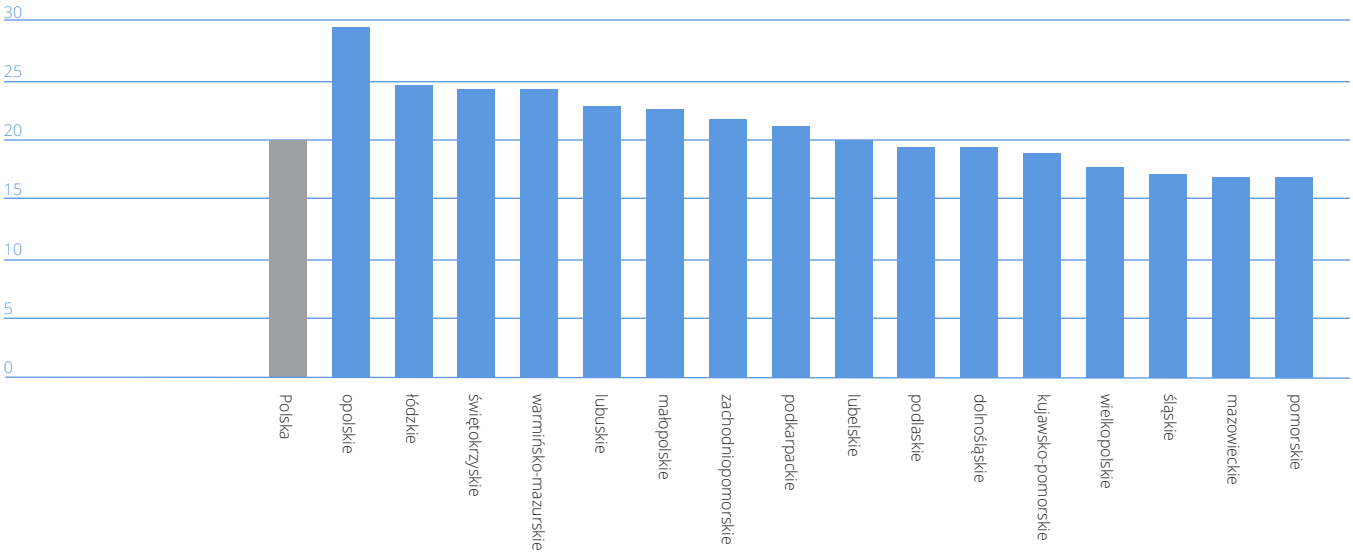


*gminne i powiatowe DPS

Źródło: MPiPS, 2008–2015

Skala świadczeń opieki stacjonarnej różni się w zależności od województwa. Statystycznie, największa gęstość beneficjentów takiej opieki przypada na woj. opolskie, które charakteryzuje się wysokim odsetkiem młodych osób emigrujących do Niemiec, przez co starsi wiekiem członkowie rodzin często zostają osamotnieni. Wysoka gęstość odbiorców opieki występuje również w woj. łódzkim i świętokrzyskim.

Rys. 49. Liczba mieszkańców ponadgminnych domów pomocy społecznej na 10 tys. ludności według województw

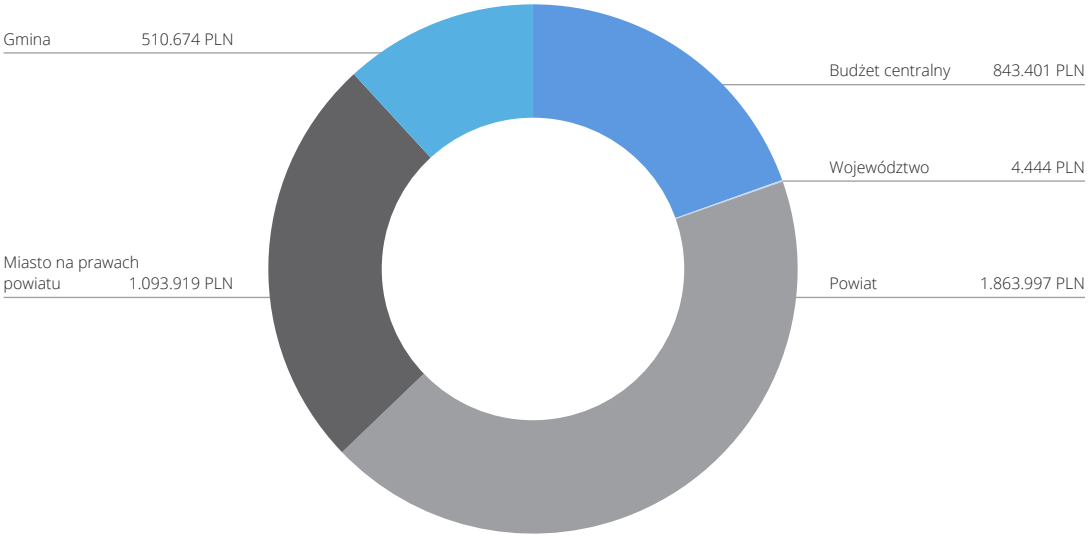


Źródło: MPiPS, 2008–2015

Realizowane w sektorze pomocy społecznej usługi opieki długoterminowej są finansowane z budżetu centralnego oraz budżetów wojewódzkich i lokalnych. Opieka domowa i opieka stacjonarna są częściowo współfinansowane ze środków prywatnych. Od 2004 r. beneficjent lub jego rodzina pokrywają część kosztów opieki. Władze lokalne mogą pokryć ten koszt, gdy rodzina nie jest wstanie unieść ciężaru finansowego. Zgodnie z danymi z 2014 r., ok. 60% świadczeniobiorców korzysta z częściowego lub pełnego wsparcia finansowego ze strony władz lokalnych. (15)

W 2015 r. wydatki publiczne na domy pomocy społecznej zamknęły się w kwocie ok. 4.3 mln PLN. Prawie 70% wydatków na placówki opieki stacjonarnej oraz ponad 60% wydatków na usługi opiekuńcze jest finansowanych z budżetu powiatowego, a niemal 12% wydatków na placówki opieki stacjonarnej oraz ponad 16% wydatków na usługi opiekuńcze pokrywa budżet lokalny (gminny).

Rys. 50. Poziom i struktura wydatków publicznych na domy pomocy społecznej, 2015 r. (w PLN)



Źródło: MPiPS, 2015

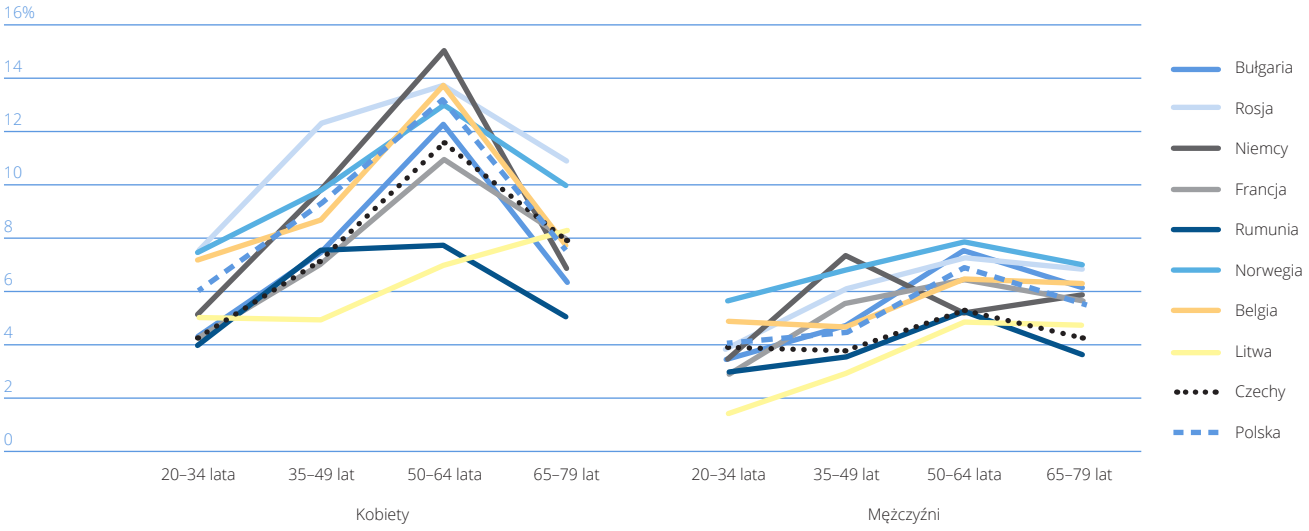
Opieka nieformalna

Pomimo mnogości rozwiązań oferowanych w sektorach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, poziom wykorzystania formalnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (i w większości przypadków starszymi) jest w Polsce niski. Komisja Europejska szacuje, że formalne usługi opieki domowej i stacjonarnej w Polsce trafiają do niespełna 10% populacji osób niesamodzielnych w każdej grupie wiekowej. (16) Obowiązek opieki nad osobami niesamodzielnymi i w zaawansowanym wieku spoczywa w głównej mierze na rodzinie. Szacunki dotyczące liczby osób objętych opieką nieformalną w Polsce wahają się od 80% (20) do ponad 90% (21) populacji

osób wymagających opieki. Jednocześnie, według badania ankietowego EHIS, 16% respondentów przynajmniej raz w tygodniu opiekuje się niesamodzielnym członkiem rodziny (przewlekle chorym, niepełnosprawnym lub starszym). Świadczenie nieformalnej opieki jest zazwyczaj domeną kobiet powyżej 45. roku życia. Kobiety w wieku 45–64 lat zapewniają z reguły opiekę osobom starszym, a kobiety w wieku emerytalnym (60+) zajmują się nieformalną opieką nad dziećmi (22). Polska jest krajem tradycyjnym i powszechne jest oczekiwanie społeczne, że w razie niesamodzielności bliskiej osoby opiekę nad nią sprawuje rodzina.

Na rys. 51 poniżej przedstawiono odpowiedzi respondentów na następujące pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy opiekował(a) się Pan(i) inną osobą (nie uwzględniając małych dzieci)?"

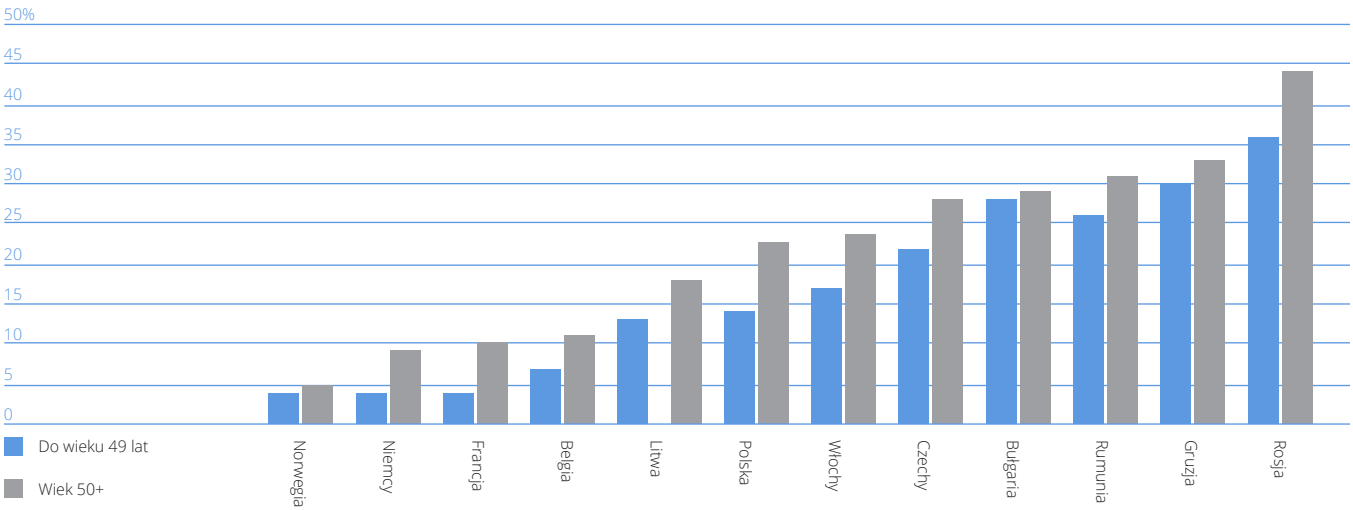
Rys. 51. „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy opiekował(a) się Pan(i) inną osobą (nie uwzględniając małych dzieci)?" – odpowiedzi w podziale na płeć respondenta, porównanie między krajami, 2015 r.



Źródło: Bank Światowy, 2015

Trzeba również dodać, że według oczekiwań społecznych, odpowiedzialnością za zapewnienie opieki niesamodzielnym członkom rodziny obarczane są przede wszystkim kobiety – przedstawia to rys. 52.

Rys. 52 Odsetek osób utożsamiających się z następującym stwierdzeniem: „Kiedy rodzice są w potrzebie, córki biorą na siebie większą odpowiedzialność niż synowie"



Źródło: Bank Światowy, 2015

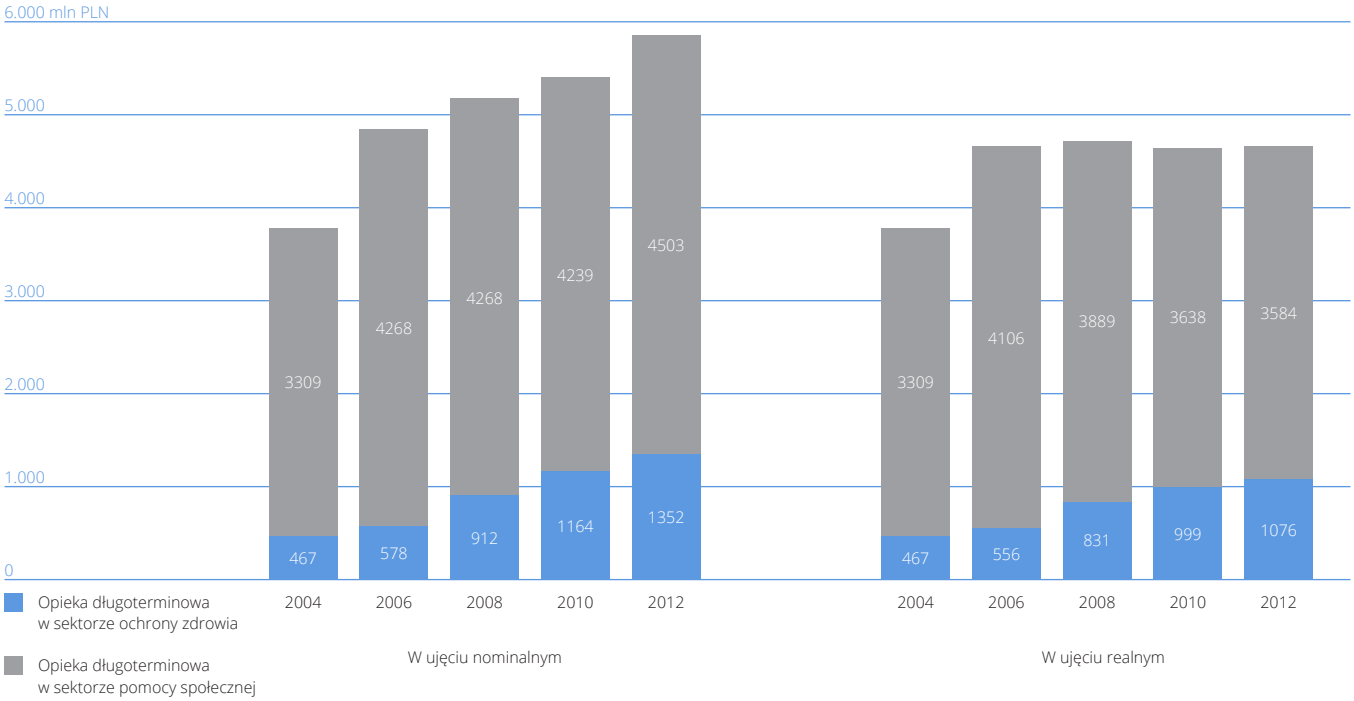
Ponadto, wsparcie finansowe dla osób sprawujących opiekę nad starszymi członkami rodziny jest niskie. Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, preferowane jest wsparcie dla nieformalnych opiekunów dzieci niepełnosprawnych, a nie wymagających opieki osób starszych. Zasiłki opiekuńcze dla osób starszych są wypłacane powszechnie, ale są to kwoty zbyt niskie, aby pokryć rzeczywiste koszty opieki (14).

Finansowanie

W ujęciu łącznym, wydatki związane z opieką długoterminową realizowaną w warunkach domowych i w placówkach stacjonarnych w sektorach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, z wyłączeniem opieki nad osobami starszymi sprawowanej w ramach podstawowej, specjalistycznej i szpitalnej opieki zdrowotnej, wyniosły w 2012 r. około 6 mld PLN. Wydatki te obejmują:

- domową opiekę pielęgnacyjną realizowaną w domu pacjenta (z wyłączeniem usług w zakresie wentylacji mechanicznej),
- stacjonarną opiekę pielęgnacyjną realizowaną w ZOL,
- opiekę paliatywną i hospicyjną,
- domowe usługi opiekuńcze i domowe specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- wydatki w opiece stacjonarnej realizowanej przez domy pomocy społecznej.

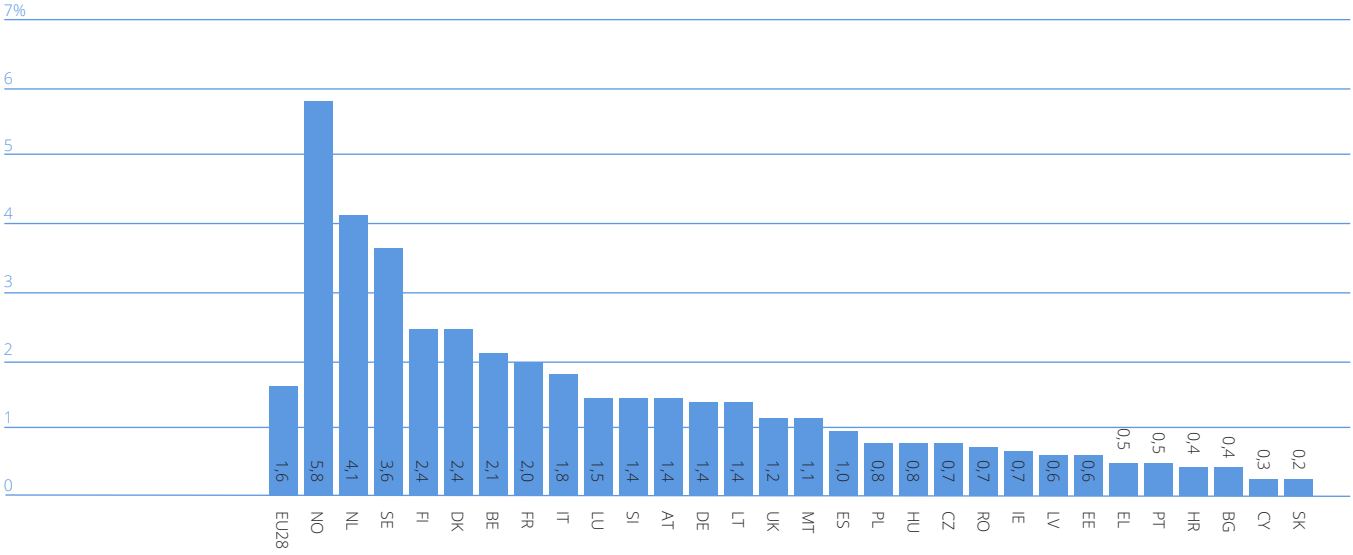
Rys. 53. Szacunkowe kwoty łącznych wydatków na opiekę długoterminową (opieka domowa i stacjonarna) w sektorach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej



Źródło: Bank Światowy, 2013

W 2013 r. wydatki te stanowiły 0,8% PKB, czyli o 50% mniej niż średnie wydatki w grupie krajów UE-28.

Rys. 54. Wydatki na opiekę długoterminową jako % PKB w 2013 r.



Źródło: Komisja Europejska, 2015

Model udzielania świadczeń

Celem Modelu 3 jest poprawa jakości opieki oraz jakości życia starszych pacjentów po hospitalizacji. Droga do realizacji tego celu prowadzi przez:

- opracowanie planów opieki nad osobami starszymi, z uwzględnieniem funkcji koordynacji procesu wdrożeniowego i budżetu;
- ułatwienie dostępu do niezbędnych świadczeń, w tym diagnostyki;
- ograniczenie częstotliwości zbędnych konsultacji u lekarzy specjalistów, a także hospitalizacji;
- ograniczenie polifarmakoterapii;usprawnienie procesu opieki dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów finansowych, materialnych i kadrowych dostępnych na poziomej gminy/praktyki POZ.

Zakres modelu 3

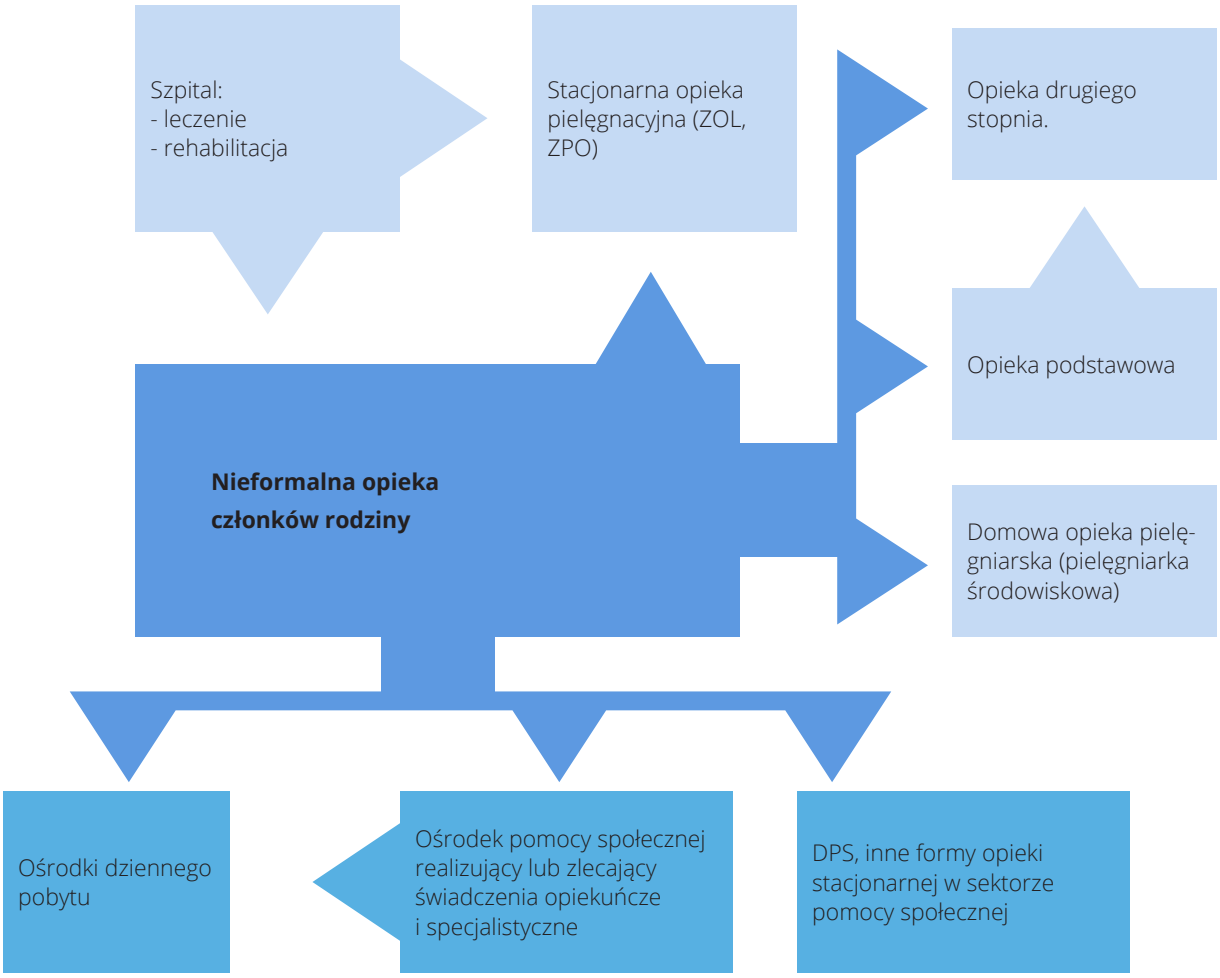
Zakres koordynowanych świadczeń opieki zdrowotnej i socjalnej dla osób starszych po hospitalizacji

Proponowany model koordynowanej opieki zdrowotnej i socjalnej dla osób starszych odnosi się do różnych elementów systemu opieki, a mianowicie: usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, systemu ochrony zdrowia i systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi w ich obecnym kształcie, a także ścieżki pacjenta trafiającego do różnych instytucji po wypisie ze szpitala. Dalszy tryb opieki nad pacjentem po hospitalizacji zależy od schorzenia będącego powodem przyjęcia do szpitala, stanu zaawansowania choroby, stanu funkcjonalnego pacjenta, jego samodzielności, a także potrzeb w zakresie rehabilitacji.

Po wypisaniu ze szpitala pacjent w starszym wieku zwykle wraca do domu, chyba że ze względu na przebytą interwencję sercowo-naczyniową (operacja) lub poważny stan neurologiczny wymaga dalszej rehabilitacji w warunkach szpitalnych. Aby zakwalifikować się do takiej opieki, pacjent z reguły musi mieć skierowanie na specjalistyczną rehabilitację. Jeśli pacjent ma ograniczone możliwości samodzielnego funkcjonowania i wymaga dalszej opieki pielęgnacyjnej, może zostać skierowany do opiekuńczej placówki stacjonarnej w systemie opieki zdrowotnej (ZOL, ZPO). Jednak w większości przypadków pacjent wraca do domu ze skierowaniem do placówki podstawowej lub specjalistycznej ochrony zdrowia, która przejmuje odpowiedzialność za dalsze

leczenie. Na tym etapie ocenia się jedynie stan zdrowia pacjenta i potrzebę dalszych działań terapeutycznych, z bardzo ograniczoną (lub żadną) oceną dalszych potrzeb pielęgnacyjnych i bez oceny dalszych potrzeb w zakresie opieki.

Schemat 2. Pacjenci po hospitalizacji w aktualnym systemie



Wszelka odpowiedzialność za identyfikację dalszych potrzeb pacjenta, wybór lekarza prowadzącego i decyzje co do zapewnienia opieki (w razie konieczności) spoczywa na pacjencie i/lub jego rodzinie. Kluczowym ograniczeniem tego rodzaju nieformalnego modelu opieki, nastawionego na wsparcie ze strony rodziny, jest brak pełnych informacji o istniejących możliwościach pomocy w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji i opieki nad starszym pacjentem. Zazwyczaj obowiązek zapewnienia opieki spada na rodzinę, ze wszystkimi tego konsekwencjami, takimi jak np. wycofanie się z rynku pracy, zwłaszcza w przypadku kobiet w wieku emerytalnym lub przedemerytalnym. Informacje o usługach socjalnych dla osób w podeszłym wieku są w znacznej mierze ograniczone ze względu na to, że te usługi są zadaniem ośrodków pomocy społecznej, a te są generalnie postrzegane jako podmioty ukierunkowane na pomoc osobom ubogim; w rezultacie informacje na temat usług kierowanych do osób starszych stanowią mniej widoczny aspekt ich pracy (24). Poza tym,

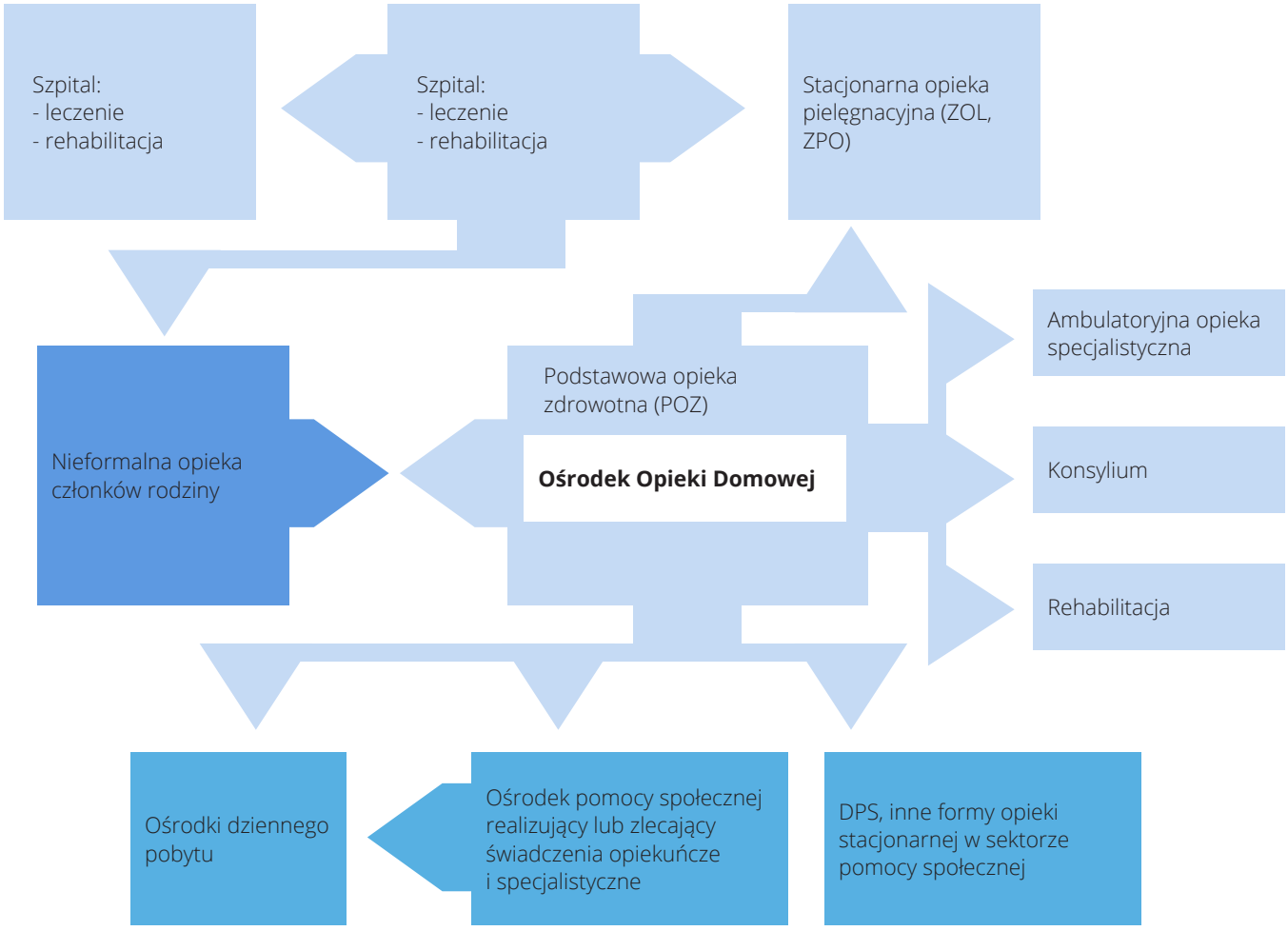
panuje przekonanie, że oferowana opieka jest niskiej jakości. Możliwość korzystania z usług pielęgniarki środowiskowej zależy od decyzji lekarza POZ, natomiast przyznanie pacjentowi rehabilitacji leży w gestii lekarza specjalisty. Takie rozwiązania wydają się ograniczać koszty na etapie realizacji (gatekeeper), lecz mogą prowadzić do wzrostu kosztów w długim okresie, gdyż utrudniają przechodzenie przez kolejne szczeble systemu (wymóg skierowania) i skutkują nieefektywnością w wyniku długiego czasu oczekiwania na realizację świadczenia. Sytuacja może się dodatkowo zaostrzyć w razie postępującego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta po wypisie ze szpitala, wywołując ryzyko ponownej hospitalizacji. Wadą obecnego systemu jest jego rozczłonkowanie w aspekcie opieki długoterminowej. Opieka pielęgnacyjno-opiekuńcza jest realizowana przez różne instytucje, co tworzy zagrożenie dublowania świadczeń. Dodatkowo, w większości przypadków usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze w instytucjach publicznych są nieadekwatne do potrzeb i mają niską jakość.

Aktualny poziom realizacji świadczeń w ramach długoterminowych usług pielęgnacyjno-opiekuńczych jest niski – uznaje się, że korzysta z nich poniżej 10% całkowitej populacji osób wymagających opieki z wszystkich grup wiekowych, w przypadku populacji osób starszych odsetek ten szacuje się na niespełna 2% (16). Sprawniejsza koordynacja ma między innymi doprowadzić do wzrostu wykorzystania świadczeń rehabilitacyjnych oraz stosunkowo niedrogich usług pielęgnacyjno-opiekuńczych realizowanych w domu pacjenta. W ten sposób można zapobiegać dalszemu pogarszaniu stanu zdrowia i utracie samodzielności, które w efekcie powodują wzrost kosztów AOS i leczenia szpitalnego.

W prezentowanej propozycji pacjent lub sprawujący opiekę nad nim członek rodziny może liczyć na profesjonalną poradę, zarządzanie procesem terapeutycznym, a także wsparcie pielęgnacyjno-opiekuńcze dla osób po hospitalizacji w ramach **centrum opieki domowej (COD)**. Ośrodki są ściśle powiązane z podmiotem POZ (ta sama placówka co COD), a osobą zarządzającą ośrodkiem jest pielęgniarka środowiskowa. COD z jednej strony blisko współpracuje z lekarzem pierwszego kontaktu i – w razie potrzeby – specjalistami, a z drugiej – z ośrodkiem pomocy społecznej. Zadaniem COD jest zarządzanie usługami pielęgnacyjnymi i organizowanie opieki nad pacjentami, co pozwoli na poprawę jakości ich życia, efektywne wykorzystanie czasu i zapobieganie ponownej hospitalizacji poprzez zapewnienie bezpiecznej i adekwatnej do potrzeb pacjenta opieki w warunkach domowych. Usługi są realizowane lokalnie, w elastyczny sposób przyczyniając się do powrotu starszego pacjenta do zdrowia i przeciwdziałając dalszemu pogorszeniu stanu zdrowia. Aby wzmocnić nowo powstały gabinet środowiskowych usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, przy wypisie ze szpitala osobie w wieku 65 lat lub starszej powinno się wystawiać skierowanie na tego rodzaju usługi.

Poniżej znajduje się schemat ilustrujący przebieg realizacji usług w proponowanym Modelu 3.

Schemat 3. Ścieżki pacjenta w nowym, skoordynowanym systemie



Zakres usług centrum opieki domowej obejmuje:

- świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej;
- domowe świadczenia pielęgnacyjne (kontrola stanu zdrowia, zlecone szczepienia, pomoc w przygotowaniu przepisanych leków, zmiana opatrunku, itp.);
- usługi domowe w zakresie higieny osobistej (toaleta, itp.);
- usługi związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego (pomoc w pracach domowych, przygotowanie albo dowóz posiłków [„posiłki na kółkach"], itp.);
- specjalistyczne świadczenia medyczne (telemedycyna/telekonsultacje, rehabilitacja, fizjoterapia, itp.);
- konsultacje dietetyczne;
- wsparcie w kontaktach z placówkami medycznymi (pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia);
- *na późniejszych etapach przeniesienie do programu zarządzania chorobą (disease management programme – DMP) (dla osób przewlekle chorych) w ramach POZ*

*(opcjonalnie dla placówek prowadzących programy DMP);*zapewnienie wsparcia IT i pomoc w jego zastosowaniu (tele-opieka, zapobieganie upadkom, itp.);

- współpraca z lokalnym farmaceutą celem uniknięcia polifarmakoterapii.

Do zadań centrum opieki domowej w zakresie zarządzania i koordynacji świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na rzecz starszych pacjentów po hospitalizacji należą:

- za pośrednictwem POZ i we współpracy z lekarzem specjalistą (w razie potrzeby), wsparcie dla rodziny i pomoc socjalna, ocena i rozpoznanie potrzeb pacjenta po hospitalizacji w zakresie dalszej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki;
- informowanie pacjenta po hospitalizacji oraz członków rodziny o dostępnych opcjach w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji, konsultacji dietetycznych, opieki, itp.;
- wspieranie pacjentów i członków rodziny w nawiązywaniu kontaktów ze świadczeniodawcami oferującymi pielęgnację, rehabilitację, konsultacje dietetyczne, opiekę, itp.;
- zarządzanie pielęgnacją, rehabilitacją i opieką realizowaną na rzecz osób starszych po hospitalizacji w ścisłej współpracy ze świadczeniodawcami, ośrodkami pomocy społecznej i dziennymi domami pomocy;
- tworzenie indywidualnych planów opieki i pomocy domowej w miejscu zamieszkania, we współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej;
- świadczenie usług bezpośrednio przez placówkę albo zlecanie usług podmiotom publicznym (np. praktyki pielęgniarek POZ, pracownicy socjalni) oraz prywatnym (w tym organizacjom pozarządowym);
- zarządzanie danymi pacjenta i informacjami o przebytych terapiach, zastosowanych lekach, zrealizowanych świadczeniach (pielęgnacja, rehabilitacja, konsultacje dietetyczne, opieka);wspieranie pacjentów i członków rodzin w zakwalifikowaniu pacjenta do pobytu w stacjonarnej placówce opiekuńczej, w razie potrzeby (ZOL, ZPO, DPS).

Schemat 4. Przebieg procesu opieki w ramach centrum opieki domowej (COD)

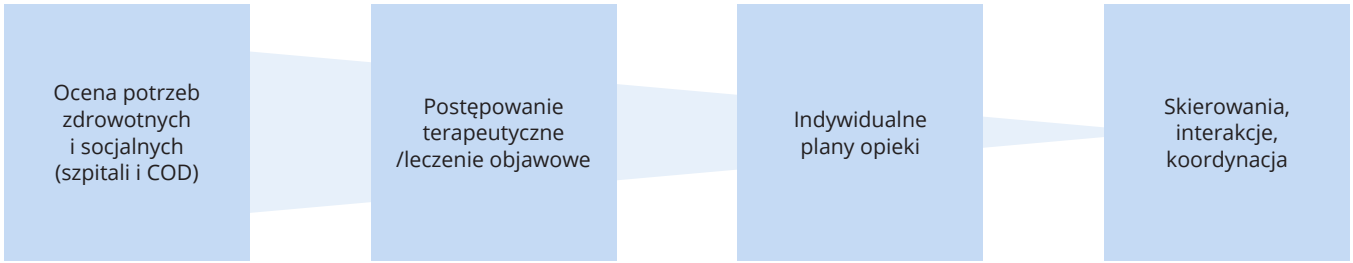


Tabela 3. Kryteria wyboru do projektu pilotażowego w zakresie lokalnie koordynowanych świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej

Kategoria	Rodzaj danych		Źródło danych	
Demografia	Liczebność i struktura demograficzna populacji (odsetek osób w wieku 50–64, 65–79 i 80+, współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi)		GUS (Bank Danych Lokalnych)	
Stan zdrowia	Umieralność populacji 65+ według przyczyn		NIZP-PZH	
Realizacja świadczeń	Infrastruktura ochrony zdrowia (pierwszy, drugi i trzeci poziom opieki, placówki rehabilitacyjne, placówki opieki długoterminowej – ZOL, ZPO)		GUS, NFZ, MZ	
	Infrastruktura systemu pomocy społecznej (OPS, DPS, DDP)		MRPiPS	
	Organizacje pozarządowe działające w obszarze zdrowia, pielęgnacji i opieki (organizacje pacjentów, rehabilitacja, promocja zdrowia)		KLON-JAWOR, JST	
	Prywatni świadczeniodawcy usług pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych		NFZ, JST	
Konsumpcja świadczeń	Konsumpcja świadczeń zdrowotnych w populacji 65+ (pierwszy, drugi i trzeci poziom opieki, placówki rehabilitacyjne, placówki opieki długoterminowej – ZOL, ZPO), powtórne przyjęcia do szpitala w populacji 65+		NFZ	
	Konsumpcja usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, DPS, DDP		MRPiPS	
Wskaźniki społeczno-ekonomiczne	Wskaźnik bezrobocia (powiat)	Alternatywnie, te wskaźniki można zastąpić lokalnym wskaźnikiem rozwoju społecznego (ang. HDI) dla powiatu	GUS (Bank Danych Lokalnych)	Szacunki SGH
	Dochód *per capita* (gmina)			
	Odsetek osób korzystających z pomocy społecznej (gmina)			

Beneficjenci Modelu 3

Pacjenci w wieku 65 lat i więcej, będący po hospitalizacji i cierpiący na określone, zdiagnozowane problemy zdrowotne. Populacja potencjalnych beneficjentów Modelu 3 to około 25% wszystkich hospitalizowanych osób 65+. Na szczeblu powiatowym, gdzie planowane jest wdrożenie programu pilotażowego przez jeden lub kilka podmiotów, oznacza to ok. 1400 beneficjentów każdego roku.

Osoby wyłączone z Modelu 3 to większość ogółu hospitalizowanych osób w wieku 65 lat i więcej, objętych po wypisie opieką POZ, hospicyjną lub ambulatoryjną w ramach placówek szpitalnych.

Instrumenty wdrożenia

Narzędzia wykorzystane we wprowadzeniu lokalnej koordynowanej opieki zdrowotnej i socjalnej dla osób po hospitalizacji to:

- Lokalne i zintegrowane ośrodki opieki domowej, specjalnie utworzone w ramach podmiotu POZ lub w ścisłej współpracy z tym podmiotem. Funkcjonowanie COD ma być oparte na współpracy z poradnią specjalistyczną, ośrodkiem pomocy społecznej, lokalnymi świadczeniodawcami usług rehabilitacyjnych, stacjonarnymi placówkami opieki (zarówno tymi działającymi w sektorze ochrony zdrowia, jak i w sektorze pomocy społecznej), placówką/placówkami opieki paliatywnej, organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze opieki i świadczeń dla osób starszych i niesamodzielnych.
- Ocena i stratyfikacja starszych pacjentów w zakresie potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych na podstawie ich stanu zdrowia (schorzenia, terapie) i zdolności do samodzielnego funkcjonowania; identyfikacja potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Ocena powinna być dokonywana na podstawie informacji z karty wypisu ze szpitala i oceny geriatrycznej, wywiadu i badania przeprowadzonego przez lekarza POZ, ocenę należy również skonsultować z pielęgniarką środowiskową w COD.
- System informacji o pacjencie (dane) koordynowany jest przez pielęgniarkę środowiskową COD. System powinien umożliwiać koordynatorowi centrum opieki domowej dostęp do danych o stanie zdrowia i niektórych danych na temat sytuacji socjalnej pacjenta zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej i systemie Emp@tia.

Świadczenia są realizowane lokalnie i koordynowane przez pielęgniarkę środowiskową/POZ w ścisłej współpracy z podmiotem POZ. Dla sprawnej organizacji udzielania świadczeń szczególne znaczenie mają następujące aspekty:

- Harmonijne współdziałanie na linii szpital – COD;
- Harmonijne współdziałanie na linii lekarz POZ – COD reprezentowany przez pielęgniarkę środowiskową – lekarz specjalista – świadczeniodawcy usług rehabilitacyjnych i socjalnych zgodnie z lokalnymi kontraktami, ze szczególnym uwzględnieniem systemów IT;
- Budowa relacji między COD a lokalnymi świadczeniodawcami.

Należy wprowadzić dwuetapowy proces weryfikacji pod kątem usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, po pierwsze w oparciu o informacje zawarte w wystawionym przez szpital skierowaniu dot. Potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjenta, a po drugie – na podstawie opinii lekarza POZ. Dla każdego pacjenta należy opracować, a później wdrożyć, osobisty plan rehabilitacji, pielęgnacji i opieki. Koordynacją opieki zajmuje się pielęgniarka środowiskowa pod nadzorem lekarza POZ, który konsultuje każdego pacjenta na początku, w trakcie i po zakończeniu przepisanej opieki pielęgnacyjnej. Lekarz POZ decyduje czy istnieje potrzeba przedłużenia opieki w zależności od stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej i potrzeb pacjenta. W razie konieczności należy przeprowadzić konsultacje specjalistyczne i geriatryczne. Realizowane leczenie i pielęgnacja powinny być zgodne z najwyższymi standardami opieki.

Przed utworzeniem centrów opieki dziennej zespół pielęgniarek środowiskowych lub POZ i lekarzy POZ na obszarze objętym projektem pilotażowym powinien odbyć szkolenie na temat roli gabinetów, wymagań komunikacyjnych, standardów opieki geriatrycznej i procedur budżetowych.

Podmiot koordynujący:

Centrum opieki domowej we współpracy z:

- POZ (albo częścią placówki POZ),
- fizjoterapeutą,
- pracownikiem socjalnym,
- instytucją pomocy społecznej,
- placówką opieki długoterminowej lub hospicjum, lekarzem specjalistą, stosownie do potrzeb pacjenta w zakresie geriatrii, kardiologii, neurologii, diabetologii, onkologii, psychologii, itd.

Zakres świadczeń objętych planem opieki:

- płynna procedura przejścia z opieki szpitalnej do opieki świadczonej w warunkach domowych w ramach centrum opieki domowej;
- wsparcie w opiece po wypisie ze szpitala (opieka społeczna, opiekun medyczny, pielęgniarka, lekarz POZ, konsultacje lekarzy specjalistów);
- opieka nad chorymi przewlekle (pielęgniarka, pracownik socjalny, opiekun medyczny, lekarz POZ, lekarze specjaliści);
- świadczenia rehabilitacyjne (w tym rehabilitacja grupowa, w miarę możliwości);
- usługi aktywizacji społecznej;wsparcie dla rodziny (również psychologiczne).

Miejsce, w którym opieka jest realizowana:

- dom pacjenta,
- placówka POZ,
- poradnia specjalistyczna,
- oddziały dziennego pobytu,
- konsultacje specjalistyczne w placówkach ochrony zdrowia, POZ, domu pacjenta, telemedycyna,
- ZOL, DPS.

Koncepcja realizacji usług:

- Zespołowe podejście do opieki: krok pierwszy – ocena stanu zdrowia w oparciu o kompleksową ocenę geriatryczną *Comprehensive Geriatric Assessment* albo badanie *Vulnerable Elders Survey 13* i indeks *LACE*. Ocena powinna uwzględniać aspekty zdrowotne, sprawność fizyczną, stan psychiczny, wsparcie społeczne (w tym sytuację rodzinną i finansową) oraz poziom życia pacjentów geriatrycznych.
- Działania podejmowane przez multidyscyplinarny zespół medyczny koordynowany przez pielęgniarkę POZ/środowiskową, w ścisłej współpracy z lekarzem POZ.
- POZ i przedstawiciel gminnego ośrodka pomocy społecznej dokonują oceny stanu pacjenta w porozumieniu z lekarzami specjalistami (w liczbie co najmniej dwóch), plan opieki jest opracowywany i uzgadniany z pacjentem i członkami rodziny oraz zespołem sprawującym opiekę.
- Plan opieki jest finansowany głównie z budżetu powierzonego POZ, gminny ośrodek pomocy społecznej zapewnia wkład rzeczowy lub wsparcie pracowników socjalnych, stosownie do potrzeb. Gdy zdaniem pracownika socjalnego pacjent nie kwalifikuje się do otrzymania wsparcia z pomocy społecznej, a jednak takie wsparcie jest mu niezbędne, można zastosować współpłatność za usługi socjalne.
- Lekarz POZ „kupuje" dodatkowe usługi na rynku, dbając jednocześnie o to, by zaspokajały one potrzeby pacjenta.
- W skład zespołu wchodzi pracownik socjalny (na stałe) finansowany przez ośrodek pomocy społecznej i/lub na zasadzie współpłatności przez pacjenta.
- Plan opieki jest aktualizowany raz na kwartał albo częściej, w zależności od potrzeb. Plan opieki jest aktualizowany przez lekarza POZ/specjalistę wyznaczonego przez lekarza POZ, np. Geriatrę, zgodnie z zasadami kompleksowej oceny geriatrycznej *Comprehensive Geriatric Assessment*. CGA służy jako platforma wymiany informacji na temat pacjentów geriatrycznych w gronie członków zespołu, innych świadczeniodawców i pomocy społecznej. CGA umożliwia integrację świadczeń realizowanych przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, psychologa i pracownika socjalnego z usługami pomocy społecznej.
- Zespół pracuje w formie konsyliów poświęconych konkretnemu przypadkowi (również konsylia wirtualne), aby w ten sposób monitorować stan pacjenta i dostosowywać do niego interwencje medyczne, środowiskowe i rehabilitację.
- Zespół angażuje się także w edukację prozdrowotną i profilaktykę chorób/niepełnosprawności wśród starszych pacjentów i ich rodzin lub opiekunów.

Plan opieki – opracowanie i wdrożenie:

- W reakcji na otrzymany ze szpitala sygnał, pielęgniarka środowiskowa odwiedza pacjenta, kiedy ten jeszcze przebywa w szpitalu, pomaga mu przy wypisie i powiadamia lekarza POZ, pracownika socjalnego zatrudnionego przez szpital (w razie potrzeby) i gminny ośrodek pomocy społecznej.
- Pielęgniarka szpitalna na umowie z POZ oraz zatrudniony przez szpital pracownik socjalny dostarczają pełną dokumentację medyczną, w tym ocenę *Comprehensive Geriatric Assessment.* Przy wypisie szpital przeprowadza ocenę CGA i powiadamia centrum opieki domowej.
- Zespół POZ monitoruje przestrzeganie zaleceń po hospitalizacji.
- Do pacjenta zostaje przydzielony koordynator opieki z centrum opieki dziennej (z reguły będzie to pielęgniarka).
- Koordynator opieki dostarcza informacje o pacjencie (aspekt zdrowotny i socjalny) i koordynuje realizację planu opieki.
- POZ zbiera bardziej szczegółowy geriatryczny wywiad medyczny poszerzony o: upadki, omdlenia, wahania masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki, w tym z własnej inicjatywy, elementy wywiadu neurologicznego, psychiatrycznego, środowiskowego, a także o wywiad rodziny chorego lub jego opiekunów (weryfikacja badania podmiotowego pacjenta geriatrycznego z zaburzeniami psychicznymi powinna dotyczyć objawów stwierdzanych przez jego rodzinę lub opiekunów).
- Badanie internistyczne winno być poszerzone o ogólne badanie neurologiczne, próbę ortostatyczną, ocenę stanu skóry i orientacyjną ocenę wzroku i słuchu.
- Należy sprawdzić stan pacjenta pod kątem:
  - stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym (Geriatryczna Skala Oceny Depresji według Yesavage'a);
  - funkcji poznawczych – w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia, w szczególności Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*) lub test Blessed'a, test *MiniCog*, test *Mini Mental State Examination* (MMSE) wg Folsteina, test rysowania zegara, oraz inne, uznane metody w aktualnie obowiązujących wytycznych diagnozowania otępienia;
  - chodu i równowagi, przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź" wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek.;
  - stanu odżywienia, za pomocą testów MNA (*Mini Nutritional Assessment*) lub SCALES (*Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shopping*);
  - sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna pacjenta geriatrycznego, za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE;

- dokonanej przez pielęgniarkę oceny stanu zdrowia pacjenta pod względem fizycznym i psychicznym, a także pielęgnacyjnym;
- analizy wyników badań dodatkowych, w tym badań obrazowych, endoskopowych, EKG, 24-godzinnej rejestracji EKG/ciśnienia tętniczego metodą Holtera, badań densytometrycznych; analizy badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych.

- Kolejne działania zespołu to:
  - omówienie z pacjentem geriatrycznym i jego rodziną lub opiekunami istoty choroby i sposobu jej leczenia;
  - ustalanie, modyfikacja albo redukcja farmakoterapii;
  - monitoring przestrzegania zaleceń po hospitalizacji;
  - wyraźne zapisanie zaleceń wydawanych pacjentom i ich rodzinom lub opiekunom i powtórzenie tych zaleceń w razie potrzeby;
  - podawanie zaleceń i instrukcji rehabilitacyjnych i dietetycznych;
  - koordynacja/ustalanie terminów wizyt z rehabilitantem, fizjoterapeutą, lekarzem specjalistą, dietetykiem;
  - przeprowadzanie rozmów i/lub udzielanie porad rodzinie lub opiekunom pacjenta;
  - wsparcie w uzyskaniu pomocy dla rodziny (psycholog, pracownik socjalny);
  - zalecenia dotyczące farmakoterapii, psychoterapii, opieki.
  - wsparcie w uzyskaniu pomocy ze strony odpowiednich specjalistów;
  - zakup / wypożyczenie / dofinansowanie wyrobów medycznych, pieluchomajtek, itp.
  - zalecenie w obszarze profilaktyki i prewencji;
  - monitorowanie przebiegu terapii, w tym nasilania objawów chorobowych i obecności działań niepożądanych lub ubocznych farmakoterapii;
  - ustalanie terminu wizyt kontrolnych w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatrii lub w miejscu przebywania pacjenta geriatrycznego;Prowadzenie należytej dokumentacji medycznej.

Kontraktowanie

Umowy są podpisywane w trybie przystąpienia, podobnie jak inne umowy w zakresie POZ i/lub umowa na świadczenia pielęgniarskie.

Warunki, jakie muszą spełnić ubiegający się o kontrakt świadczeniodawcy to, m.in.:

- Minimalna dla lokalizacji liczba deklaracji do lekarza rodzinnego/ POZ świadczeniodawcy, konsorcjum świadczeniodawców lub grupy świadczeniodawców – na obszarze powiatu lub sąsiednich powiatów łącznie: nie mniej niż 20 tys. pacjentów w ośrodkach wielkomiejskich (pow. 300 tys. mieszkańców) i 10 tys. w mniejszych powiatach;
- Opracowany standard organizacyjny, w tym schemat i regulamin organizacyjny realizacji koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, na podstawie wzorca opracowanego przez organizatora pilotażu;
- Zaplecze kadrowe, lokalowe i sprzętowe umożliwiające realizację kontraktu – własne i podwykonawców, zgodne z zapisami odpowiednich rozporządzeń MZ i zarządzeń Prezesa NFZ dla zakresów świadczeń objętych kontraktem oraz wymogami określonymi przez organizatora pilotażu;
- Zdolność do wymiany informacji o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej pomiędzy świadczeniodawcami współpracującymi w ramach Modelu 3 (dopuszczalny okres przejściowy dla stworzenia systemu elektronicznej wymiany danych w pierwszym roku funkcjonowania);
- System komunikowania z pacjentami, a w szczególności w zakresie rozpoznawania ich potrzeb zdrowotnych i przekazywania informacji zwrotnych (np. platforma e-zdrowie, narzędzia telemedyczne do monitorowania wybranych parametrów zdrowotnych) – dopuszczalny jest okres przejściowy dla stworzenia tego typu systemu w pierwszym roku funkcjonowania;
- Schemat wdrożenia infrastruktury telemedycznej opracowany wspólnie z ośrodkami pomocy społecznej;
- Przeprowadzone szkolenia lekarzy i pozostałego personelu medycznego w zakresie standardów medycznych i organizacyjnych modelu (dopuszczalny okres przejściowy wraz z harmonogramem planowanych szkoleń w pierwszym roku funkcjonowania);
- Umowy o współpracy podpisane z lokalnym DPS/placówkami opieki społecznej i długoterminowej; Schemat organizacyjny uwzględniający modernizację systemów informatycznych i przepływów komunikacyjnych.

Zakres zadań w Modelu 3:

- Zapewnienie pacjentom opieki medycznej w zakresie świadczeń będących przedmiotem umowy, w tym profilaktyki i edukacji zdrowotnej, w oparciu o opracowany i wdrożony standard organizacyjny, m.in. **opisujący zadania i rozgraniczający kompetencje personelu medycznego** (lekarzy rodzinnych/POZ i AOS, pielęgniarek, położnych, edukatora zdrowotnego, opiekuna medycznego, fizjoterapeuty i in.) oraz zasady współpracy pomiędzy nimi – w tym, w zakresie koordynacji opieki medycznej;
- Opracowanie, realizacja i koordynacja indywidualnych **planów opieki medycznej** dla pacjentów z grup dyspanseryjnych, **na podstawie rezultatów kompleksowych badań;**
- **Udzielanie porad lekarskich i pielęgniarskich** w poradniach POZ i AOS, w tym zabiegowych, na podstawie kompetencji POZ i AOS oraz zasad współpracy pomiędzy nimi, wynikających z przyjętych standardów organizacyjnych;
- **Zlecanie badań diagnostycznych** ze wspólnego ich wykazu dla poradni POZ i AOS, zgodnie z kompetencjami określonymi w ścieżkach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Badania wynikające z zakresu badań profilaktycznych oraz planu opieki ustalonego przez lekarza może zlecać nielekarski personel medyczny;
- **Zapewnienie pacjentom i ich rodzinom wsparcia w aspekcie socjalnym i środowiskowym, zgodnie z ustalonym z całym zespołem planem opieki;**
- Zapewnienie możliwości wzajemnego komunikowania się osób udzielających świadczeń w procesie opieki, w tym **wymiana informacji o zdarzeniach medycznych i dokumentacji medycznej**, w oparciu o zaawansowany informatyczny system wymiany danych o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Wszystkie informacje zdrowotne o pacjencie powinny być stale dostępne dla lekarza rodzinnego/POZ;
- Współpraca z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych (ambulatoryjnych i stacjonarnych) nie będących przedmiotem umowy pomiędzy jednostką wdrażającą Model 3, a NFZ, w tym wymiana informacji medycznej. W przypadku problemów zdrowotnych przekraczających kompetencje świadczeniodawców w Modelu 3, pacjent jest kierowany do innego świadczeniodawcy, zgodnie z powszechnie obowiązującymi zasadami;
- Monitorowanie i nadzór nad jakością **i efektywnością** realizowanych świadczeń zgodnie z procedurami przyjętymi w schemacie organizacyjnym; Organizacja i realizacja świadczeń rehabilitacyjnych.

Finansowanie

Finansowanie przewidziano w formie łączonej: podstawowy budżet POZ i pielęgniarki oraz budżet powierzony na pokrycie kosztów dodatkowych świadczeń (poszerzonego zakresu usług). Dla projektu pilotażowego przewidziano różne źródła finansowania, takie jak: podstawowy budżet NFZ, środki unijne i podstawowy budżet pomocy społecznej na szczeblu powiatowym, a w razie konieczności również współpłacenie z kieszeni pacjenta.

Schemat 5. Budżet powierzony POZ. Części składowe

Kapitacja dla lekarza POZ	Kapitacja dla pielęgniarki POZ	Kapitacja dla koordynatora	Opieka długoterminowa	System informatyczny	Budżet na tablety, krokomierze, elektroniczne opaski na rękę i programy	Transport i inne usługi pomocnicze

Elementy składowe budżetu na finansowanie POZ

Opłata za usługę	
Konsylium w domu pacjenta	Konsylium w placówce POZ
Ocena stanu zdrowia	Ocena stanu zdrowia – dokumentacja szpitalna
Dodatkowe środki finansowe dla pielęgniarki	Pielęgniarskie wizyty domowe
Opiekun medyczny	Fizjoterapia domowa
Konsultacje specjalistyczne	Usługi telemedyczne – lekarz POZ
Usługi telemedyczne – lekarz specjalista	Wizyta domowa lekarza POZ

Budżet zadaniowy

Osobny budżet zadaniowy powinien być przeznaczony na jednostkowe rozliczenie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych skutkujących poprawą efektywności kosztowej i czasowej realizowanej opieki. Centrum opieki domowej powinno dysponować własnym budżetem zadaniowym przeznaczonym na realizację konkretnych świadczeń (por. budżet w Załączniku 1) i wykorzystywanym do opłacenia kontraktów ze świadczeniodawcami. Dotychczasowy model finansowania świadczeń pielęgnacyjnych w sektorze zdrowia opiera się na kontraktach NFZ ze świadczeniodawcami POZ. Ośrodki pomocy społecznej podpisują kontrakty na usługi opiekuńcze z działającymi na rynku świadczeniodawcami. Powszechnie stosowaną praktyką jest wybór świadczeniodawcy oferującego najniższą cenę, podczas gdy jakość usług schodzi na dalszy plan. W nowym modelu finansowania ta sytuacja ulega zmianie. Oto wykaz proponowanych reguł finansowania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla osób starszych po hospitalizacji:

- Świadczenia terapeutyczne na poziomie lekarza POZ i opieki specjalistycznej itp. są nadal finansowane zgodnie z aktualnie obowiązującymi regulacjami. Budżet pilotażu Modelu 3 oparty jest na finansowaniu pakietów wybranych usług.
- W trosce o efektywne zarządzanie przebiegiem opieki, COD może z własnego budżetu opłacać niezbędne świadczenia, w tym opiekę domową, specjalistyczną, rehabilitację, konsultacje dietetyczne, zgodnie z indywidualnymi i przepisanymi wytycznymi dotyczącymi świadczeń.
- Na budżet COD składa się część obecnego budżetu NFZ przeznaczona na domowe usługi pielęgnacyjne i rehabilitację medyczną, oraz część budżetów JST przeznaczona na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, świadczenia fizjoterapeutyczne i inne świadczenia opiekuńcze obecnie realizowane przez ośrodki pomocy społecznej. Koordynacja budżetu leży w gestii centrum, lecz z uwagi na uwarunkowania regulacyjne muszą zostać zachowane dwa strumienie finansowania, zgodnie z ustaleniami umownymi i prawnymi.
- Koszty usług medycznych, pielęgniarskich i fizjoterapeutycznych są wyceniane przez NFZ, a usługi opiekuńcze są realizowane w oparciu o ceny rynkowe. Kryteriami wyboru świadczeniodawcy powinien być koszt, jakość i termin realizacji usług.
- W budżecie COD znajdują się też opłaty za środki transportu, tj. przejazdy pielęgniarek i lekarzy do pacjentów.
- Przewidziano możliwość ewentualnego wprowadzeniA współpłacenia przez pacjentów za usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne objęte wyceną NFZ i/lub za usługi pomocy społecznej, w związku z potencjalną koniecznością współpłacenia za niektóre usługi opiekuńcze.

Warto zauważyć, że wydatki pacjentów w Modelu 3 opieki koordynowanej nie są rozłożone równomiernie: część pacjentów generuje niewielkie wydatki *per capita*, podczas gdy wraz ze wzrostem zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze poziom wydatków gwałtownie idzie do góry. Jak wynika z wcześniejszych opracowań, takich jak np. *Care First*, 8% pacjentów generuje koszty na poziomie nawet 50% budżetu na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. (25)

Bodźce zachęcające do realizacji opieki koordynowanej

W związku z wdrażaniem opieki koordynowanej należy zastosować szereg różnych bodźców wpływających na: (i) personel medyczny (etyka zawodowa, kultura organizacyjna lub zachęty finansowe); (ii) pacjentów (optymalne bodźce zdrowotne lub finansowe), oraz (iii) NFZ (kodeksy społeczne, odpowiedzialność społeczna i zachęty finansowe).

Kiedy model zacznie funkcjonować i dostępne będą wyniki pierwszych ewaluacji, możliwe będzie wprowadzenie do modeli opieki koordynowanej mechanizmów zachęt dla pacjentów, takich jak np. spersonalizowane plany opieki, aplikacje umożliwiające samokontrolę, zniżkowe karnety wstępu na siłownię czy obniżki niektórych opłat z kieszeni pacjenta.

Premia za wyniki

W ramach projektu pilotażowego można zastosować i rozwinąć mechanizmy służące do oceny jakości opieki i jej efektów; uzyskane wyniki byłyby analizowane przez NFZ jako podstawa do wypłacenia dodatkowej premii – np. w postaci podwyższonego współczynnika stawki kapitacyjnej.

Tego typu narzędzia można poza tym wykorzystać do benchmarkingu i promowania dobrych rezultatów w całej populacji placówek, tworząc tym samym bodźce do poprawy i dzielenia się doświadczeniem i wnioskami z pierwszego okresu wdrażania pilotażu.

Główne założenia finansowania Modelu 3

Budżet dla Modelu 3 jest tworzony w skali powiatu. Średnia liczba pacjentów objętych opieką to dla celów budżetowych 1375 osób rocznie w jednym powiecie. Szacuje się, że część pacjentów pozostanie w Modelu 3 przez rok, jednak zdecydowana większość powinna korzystać ze świadczeń COD nie dłużej niż sześć miesięcy.

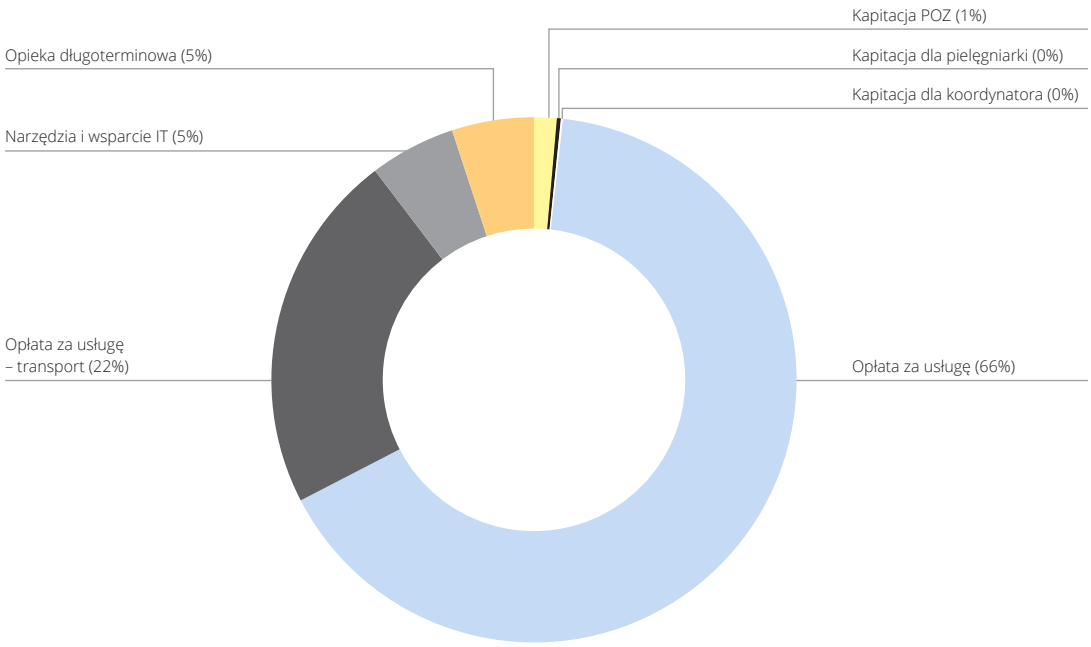
Tabela 4. Podsumowanie budżetu Modelu 3 na lata 2017–2020

	2017	2018	2019	2020
Kapitacja dla lekarza POZ	451.163 PLN	451.163 PLN	451.163 PLN	451.163 PLN
Kapitacja dla koordynatora	41.250 PLN	41.250 PLN	41.250 PLN	41.250 PLN
Kapitacja dla pielęgniarki	78.540 PLN	78.540 PLN	78.540 PLN	78.540 PLN
Opieka długoterminowa	1.633.738 PLN	1.633.738 PLN	1.633.738 PLN	1.633.738 PLN
Opłata za usługę				
Konsylium w domu pacjenta	550.000 PLN	550.000 PLN	550.000 PLN	550.000 PLN
Konsylium w placówce POZ	137.500 PLN	137.500 PLN	137.500 PLN	137.500 PLN
Ocena stanu zdrowia	165.000 PLN	165.000 PLN	165.000 PLN	165.000 PLN
Ocena stanu zdrowia – dokumentacja szpitalna	206.250 PLN	206.250 PLN	206.250 PLN	206.250 PLN
Dodatkowe środki dla pielęgniarki	96.250 PLN	96.250 PLN	96.250 PLN	96.250 PLN
Fizjoterapia w miejscu zamieszkania	1.106.875 PLN	1.106.875 PLN	1.106.875 PLN	1.106.875 PLN
Usługi opiekuna medycznego	7.150.000 PLN	7.150.000 PLN	7.150.000 PLN	7.150.000 PLN
Konsultacje specjalistyczne	550.000 PLN	550.000 PLN	550.000 PLN	550.000 PLN
Wizyta domowa lekarza POZ	825.000 PLN	825.000 PLN	825.000 PLN	825.000 PLN
Wizyta domowa pielęgniarki	7.150.000 PLN	7.150.000 PLN	7.150.000 PLN	7.150.000 PLN
Telemedycyna – lekarz POZ	1.237.500 PLN	1.237.500 PLN	1.237.500 PLN	1.237.500 PLN
Telemedycyna – lekarz specjalista	2.062.500 PLN	2.062.500 PLN	2.062.500 PLN	2.062.500 PLN
Transport	7.198.125 PLN	7.198.125 PLN	7.198.125 PLN	7.198.125 PLN
Wsparcie IT dla pacjenta i placówki POZ	1.712.500 PLN	612.500 PLN	612.500 PLN	612.500 PLN
Koszt pilotażu w jednym powiecie	32.352.191 PLN	31.252.191 PLN	31.252.191 PLN	31.252.191 PLN
Całkowity koszt pilotażu w pięciu powiatach	161.760.953 PLN	156.260.953 PLN	156.260.953 PLN	156.260.953 PLN

Zdecydowana większość kosztów świadczeń w Modelu 3 jest rozliczana według mechanizmu opłaty za usługę (fee-for-service). W związku z tym, proponuje się wprowadzenie maksymalnego budżetu, bez możliwości przekroczenia założonego limitu świadczeń, przy czym liczba świadczeń może być niższa od zakładanej, w zależności od potrzeb pacjentów (por. rys. 56).

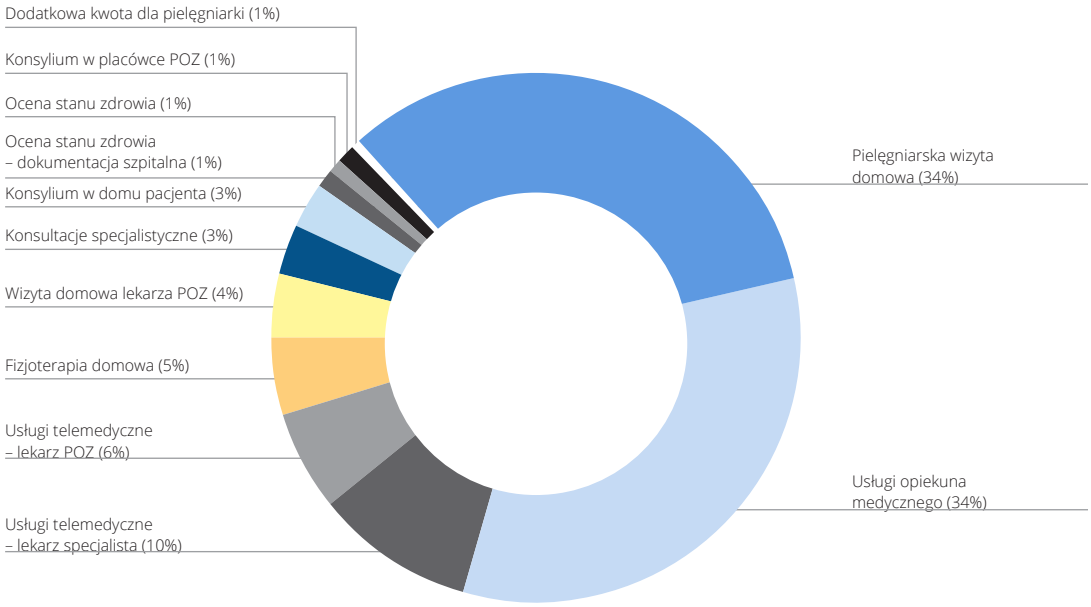
Kolejnym istotnym elementem budżetu jest opieka długoterminowa, która może być realizowana i rozliczana w ramach obecnego poziomu finansowania tego rodzaju opieki albo na dodatkowej zasadzie, zapewniając w ten sposób dostęp do należytej opieki większej liczbie pacjentów.

Rys. 55. Alokacja zasobów w rocznym budżecie Modelu 3.



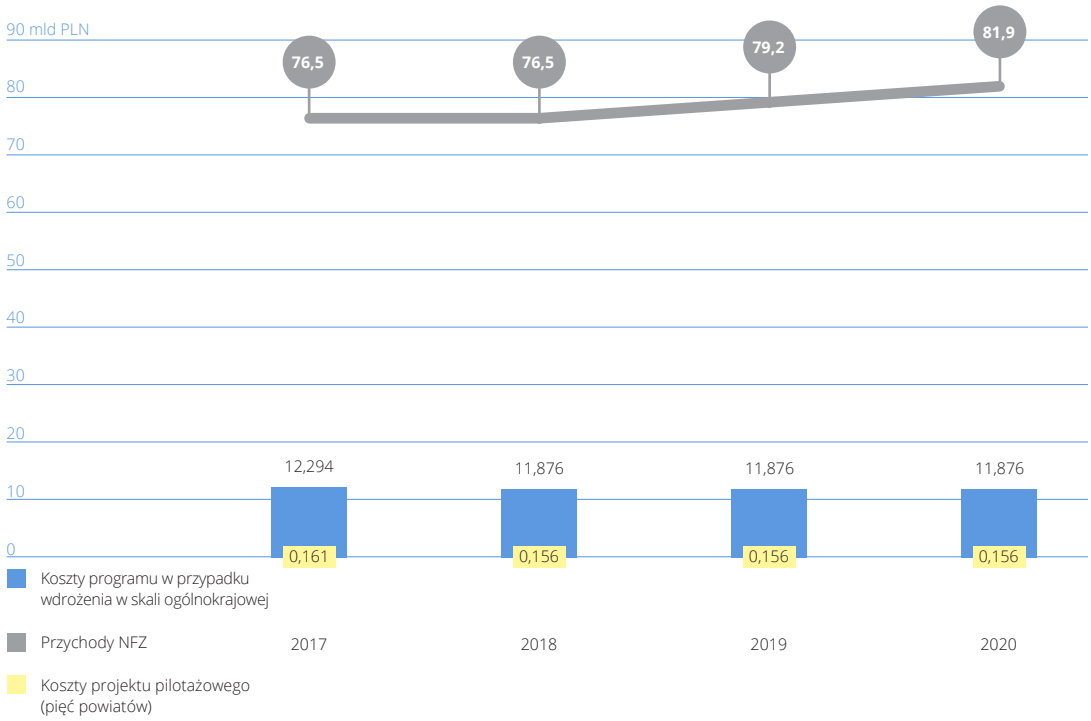
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego

Rys. 56. Alokacja zasobów dla opłaty za usługę (fee-for-service) w rocznym budżecie Modelu 3.



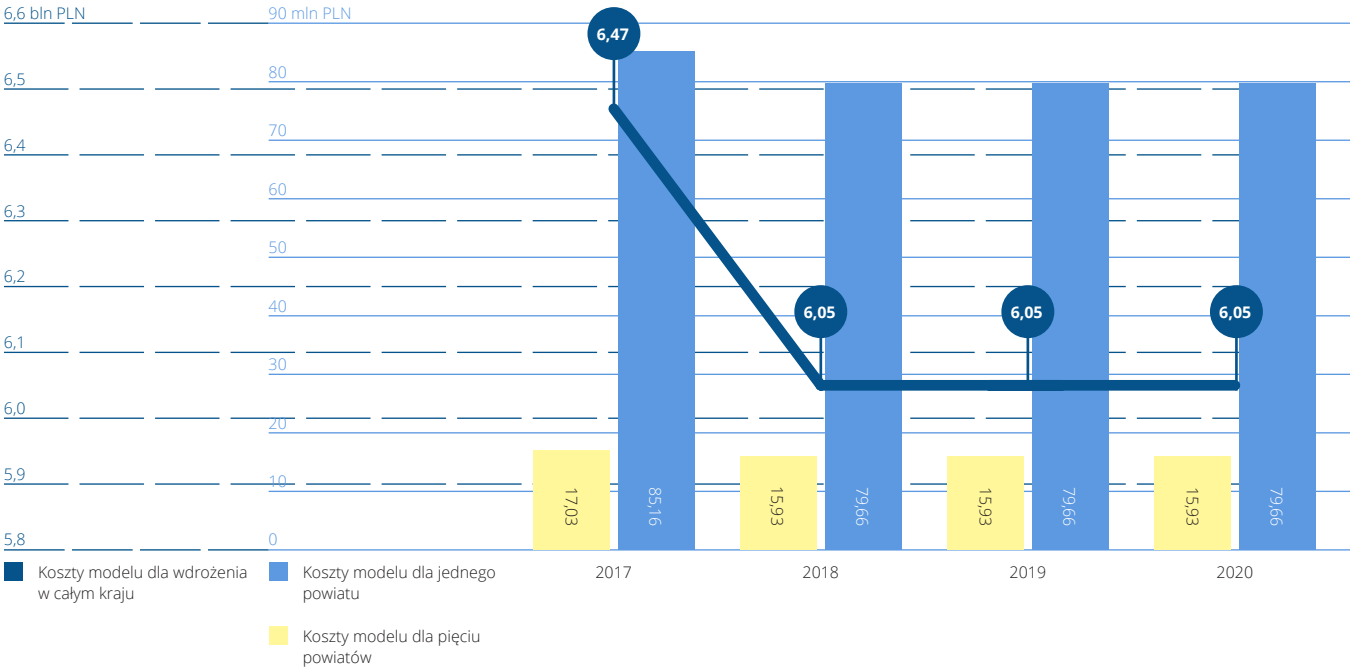
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego

Rys. 57. Koszt projektu pilotażowego (pięć powiatów); koszt programu dla realizacji w skali ogólnokrajowej; przewidywane przychody NFZ



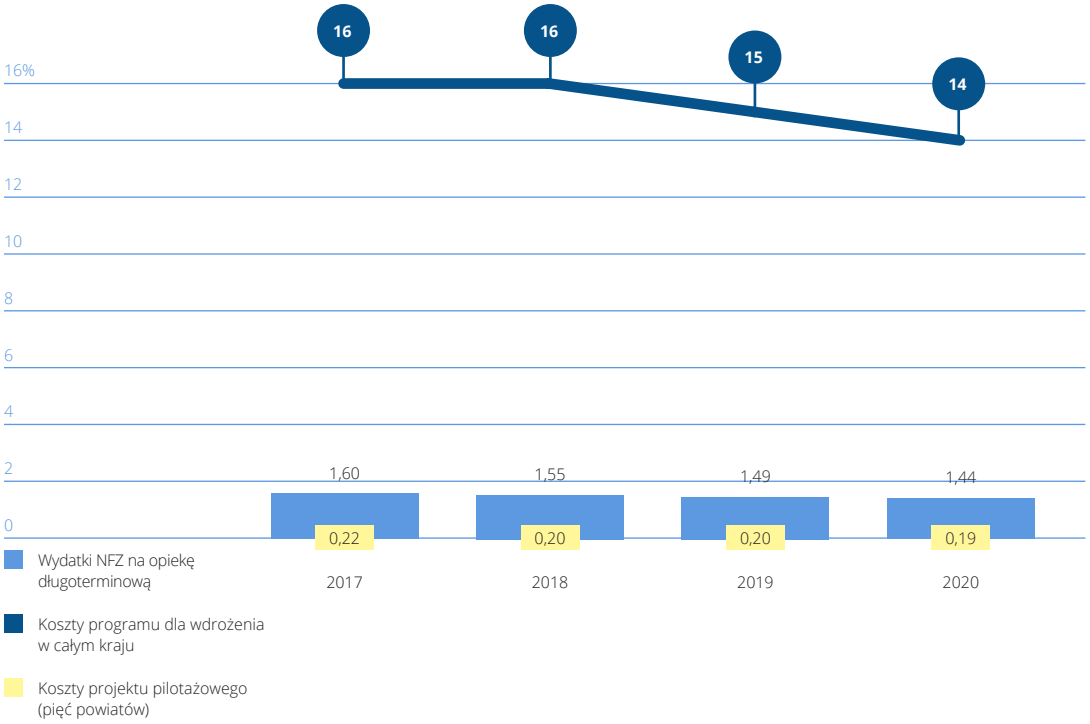
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego

Rys. 58. Koszty modelu za okres 6 miesięcy



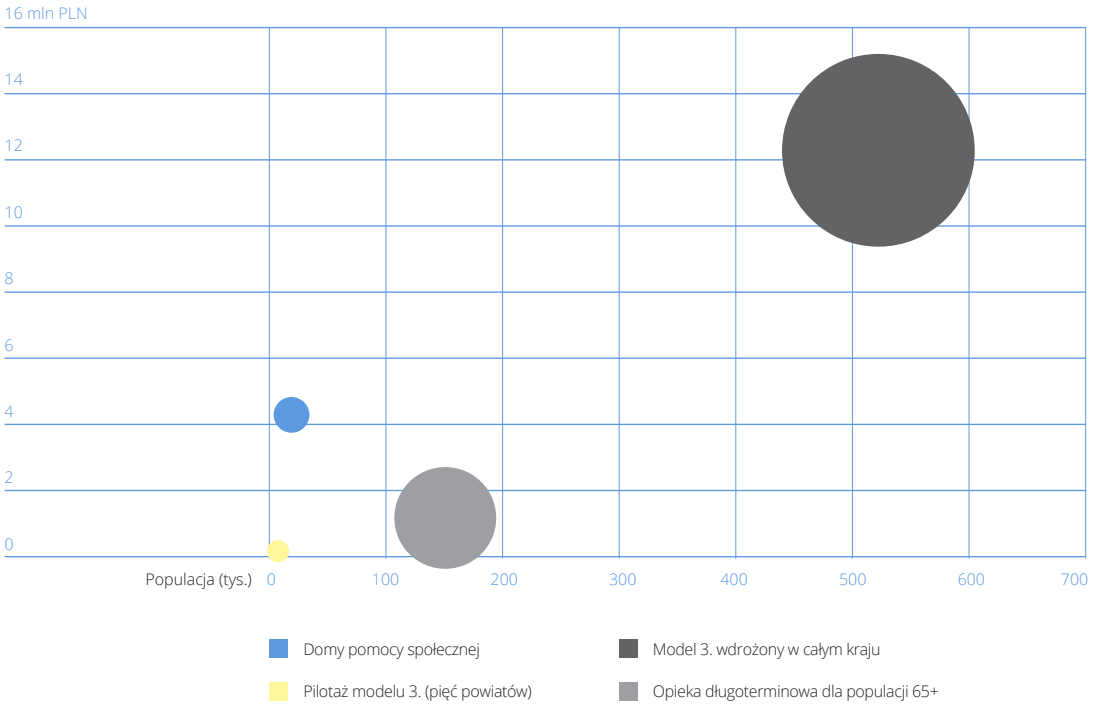
Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego

Rys. 59. Koszty jako odsetek rocznego budżetu NFZ



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego

Rys. 60. Koszty programu oraz beneficjenci danego programu



Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego

Raportowanie

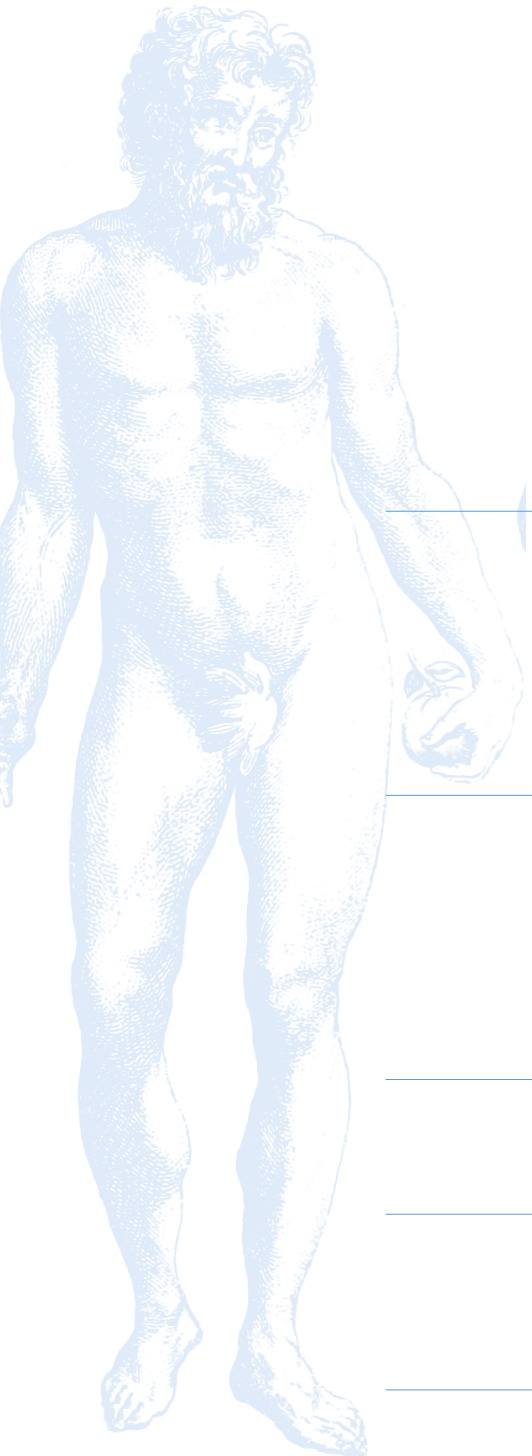
Raporty dotyczące realizacji usług przekazywane są do NFZ raz w miesiącu, z wykorzystaniem zaawansowanego oprogramowania informatycznego płatnika (np. odpowiednia modyfikacja Portalu Świadczeniodawcy). Raporty przekazywane są w sposób spersonalizowany na pacjenta i pracownika medycznego, z podaniem miejsca udzielenia świadczenia.

Zakres sprawozdawczości jest taki sam jak w przypadku systemu sprawozdawczości POZ i systemu Emp@tia działającego w sektorze pomocy społecznej.

Informacje na temat rodzaju i liczby usług świadczonych na rzecz osób starszych będą udostępniane ośrodkowi pomocy społecznej w ramach wymiany informacji na temat beneficjentów pilotażu i ich charakterystyki.

Budowanie potencjału

Wsparcie świadczeniodawców



Istnieje potrzeba stworzenia zestawu narzędzi pomocnych we wdrażaniu projektu pilotażowego opieki koordynowanej. Poziom zaawansowania narzędzi może być różny – od tych obecnie doskonalonych przez NFZ, jak ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne, narzędzia do komunikacji na linii świadczeniodawca–pacjent, narzędzia do profilaktyki i interwencji czy też narzędzia zarządcze; aż po nowo utworzone narzędzia dotyczące systemów egzekwowania zasad i kontroli, gromadzenia danych oraz monitorowania i ewaluacji modeli. Uznaje się to za odrębny element działalności, który należy podjąć na samym początku wdrażania pilotażu i kontynuować przez cały okres realizacji.

W ramach tego komponentu finansowana jest gotowość świadczeniodawców, wsparcie merytoryczne oraz rozwój potencjału w zakresie wdrażania nowego pakietu usług, czyli elementy takie jak:

- Podnoszenie podstawowej sprawności świadczeniodawców i poprawa na obszarach, na których występujące braki utrudniają realizację rozszerzonego pakietu świadczeń, przede wszystkim poprzez: zatrudnienie dodatkowych pracowników w obszarze zdrowia i opieki społecznej, zapewnienie nowych i zmodernizowanych urządzeń medycznych wspierających realizację pakietu, z wyłączeniem inwestycji w infrastrukturę i zaawansowane oprzyrządowanie.
- Krótkie kursy przypominające, mające na celu przeszkolenie personelu medycznego w tematyce związanej z diagnostyką i realizacją świeżo wprowadzonych pakietów rozszerzonych i protokołami klinicznymi, a także szkolenie praktyczne w trakcie pracy i szkolenie z obsługi sprzętu. Szczególną uwagę należy poświęcić zagadnieniom dotyczącym przejścia z obecnego modelu opieki, nastawionego przede wszystkim na medycynę naprawczą, do modelu opieki prewencyjnej i edukacji.
- Wsparcie merytoryczne i szkolenie personelu z zagadnień związanych z wdrażaniem programu, np. zarządzanie kontraktami, wymogi w zakresie monitorowania i sprawozdawczości.
- Modernizacja i rozszerzanie systemu informacji o zdrowiu oraz szkolenie personelu w zakresie korzystania z oprogramowania, w szczególności systemów informatycznych współpracujących z systemami stosowanymi w pomocy społecznej (takimi jak np. Emp@tia).

Za projektowanie i wdrażanie działań związanych z rozwojem potencjału odpowiada BWP.

Zarządzanie kompetencjami płatnika i ich rozwój

Płatnik, który jest beneficjentem projektu, prowadzi działania związane z zarządzaniem projektem w ramach Biura Wdrażania Projektu (BWP) i rozwija kompetencje w zakresie pozyskiwania i kontrolowania świadczeń oraz zarządzania świadczeniami w systemie skoordynowanej opieki zdrowotnej.

Jedną z dróg rozwoju kompetencji beneficjenta jest zatrudnianie zmotywowanych osób, które później będą tworzyć filary struktury płatnika. Płatnik opracowuje model opieki koordynowanej na poziomie krajowym i dysponuje nowymi instrumentami IT służącymi do realizacji projektu pilotażowego i wyposażonymi w nowe funkcje, jakich obecnie brakuje – np. wspólne korzystanie z dokumentacji, ewidencji danych medycznych.

Płatnik nabywa infrastrukturę telemedyczną albo zapewnia dokumentację techniczną niezbędną do zakupu sprzętu telemedycznego do opieki nad populacją objętą programem.

Narzędzia stratyfikacji

Narzędzia do stratyfikacji pacjentów mogą być co prawda postrzegane jako jeden z elementów zarządzania realizacją opieki, lecz jest to zadanie wymagające odrębnego narzędzia, odpowiednio dostosowanego do polskich uwarunkowań. Dostępnych jest kilka przydatnych metodologii. **Grupowanie przypadków** (ang. *case finding*) – metoda polegająca na identyfikowaniu populacji w celu przeprowadzenia konkretnej terapii, np. osoby palące w celach profilaktycznych, osoby starsze w celu szczepienia przeciw grypie, itp.

Segmentacja populacji – polega na grupowaniu kohort ludności zarówno w oparciu o rodzaj, jak i częstotliwość wymaganych świadczeń. (26)

Większość lekarzy intuicyjnie dzieli populację swoich pacjentów w trosce o skuteczniejszą realizację opieki i profilaktykę, np. pacjenci po 75. roku życia, pacjenci z cukrzycą. Tego typu klasyfikacja jest ważna z wielu powodów, należy do nich lepsza znajomość potrzeb różnych grup ludności, określenie pakietu potrzebnych świadczeń, ustalenie priorytetów, a także nowe mechanizmy motywacyjne dla świadczeniodawców. Wśród korzyści trzeba też wymienić sprawniejsze monitorowanie i możliwość wprowadzenia w systemie modyfikacji. Segmentacji populacji można dokonywać w oparciu o następujące czynniki:

- Stratyfikacja ryzyka (ryzyko konsumpcji/wykorzystania świadczenia)
- Wiek i stan zdrowia
- Uwarunkowania społeczno-demograficzne
- Zachowanie
- Grupowanie populacji

Najczęściej wykorzystuje się pierwsze dwa z wymienionych czynników.

Segmentacja na podstawie wieku i stanu zdrowia

Przy tej metodzie daną populację najpierw dzielimy na grupy wiekowe, a następie na podgrupy w zależności od występujących chorób. Jest to podejście preferowane przez wielu świadczeniodawców opieki koordynowanej ze względu na łatwość zastosowania i przystępność, a także stosunkową stabilność pomimo upływu czasu. Obok licznych korzyści, metoda ma wadę wynikającą z trudności w uzgodnieniu „właściwych" granic oddzielających od siebie poszczególne segmenty, a to z kolei może negatywnie wpływać na efektywność segmentów pod względem dopasowania opieki właściwej dla danej grupy osób.

Rzetelna segmentacja w oparciu o wiek i stan zdrowia wymaga szeregu analiz, takich jak:

- Ocena w wykonaniu wielu różnych specjalistów z zakresu m.in. medycyny, opieki społecznej i zdrowia publicznego, a także innych interesariuszy;
- Pogłębiona analiza zestawu danych dotyczących opieki koordynowanej i opieki społecznej;
- Przegląd modeli segmentacji w praktyce międzynarodowej.

Stratyfikacja

Stratyfikacja ryzyka to „statystyczny proces określania wykrywalnych cech związanych ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia niepożądanych wyników". (27)

Wprowadzenie pewnych elementów stratyfikacji ryzyka i postępowania w chorobie przewlekłej (ang. *disease management*) przyczynia się do poprawy opieki. Potrzebny jest specjalnie zaprojektowany model zarządzania ryzykiem.

Stratyfikacja ryzyka to systematyczna metoda przewidywania profilu konsumpcji świadczeń przez daną populację (lub jej podgrupę) i identyfikowania osób najbardziej narażonych na ryzyko pogorszenia stanu zdrowia lub potrzebujących wyższego poziomu opieki.8 Jej wadą jest koncentracja na opiece doraźnej

(ostrej). W konsekwencji, grupy często tracą stabilność w skali roku. Poza tym, narzędzia do przewidywania ryzyka same w sobie nie będą miały wpływu na efekty zdrowotne w populacji – do tego potrzebne są dodatkowo odpowiednie interwencje i zmiany behawioralne wynikające z oceny ryzyka. (28)

Oprócz narzędzi służących do dzielenia populacji na grupy, dostępne są narzędzia związane z procesem zarządzania chorobą (ang. *disease management program*/DP).

Zarządzanie chorobą (ang. *disease management*)

Jak podaje Epstein i in. (1996), zarządzanie chorobą to „zastosowanie bezpośredniego, systematycznego podejścia populacyjnego do identyfikacji osób zagrożonych, interweniowanie w formie konkretnych programów opieki i pomiar skutków klinicznych." (29)

Dellby (1996) (30) definiuje trzy części składowe DP:

- „baza wiedzy, która określa ilościowo strukturę choroby pod względem ekonomicznym i zawiera wytyczne odpowiadające na pytania: jaka opieka? przez kogo realizowana? w jakim otoczeniu? dla każdego z etapów procesu;
- system realizacji opieki ponad tradycyjnymi podziałami na specjalizacje medyczne i instytucje;
- proces ciągłych usprawnień, skutkujący rozwojem i udoskonaleniem bazy wiedzy, wytycznych i samego systemu realizacji świadczeń."

W ostatnim okresie, w roku 2004, Faxon i in. zdefiniowali koncepcję zarządzania chorobą następująco: „multidyscyplinarne wysiłki na rzecz poprawy jakości i efektywności kosztowej opieki nad wybranymi pacjentami cierpiącymi na choroby przewlekłe". (31)

W 2006 r. amerykańskie stowarzyszenie *The Disease Management Association of America* włączyło do definicji aspekt samoopieki precyzując, że DP to „system skoordynowanych interwencji zdrowotnych i komunikacji kierowanych do populacji osób z chorobami, w przypadku których szczególnie ważną rolę odgrywa samoopieka po stronie pacjenta". (32)

W Modelu 3, obejmującym skoordynowane usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze dla populacji 65+ po hospitalizacji, przydział pacjentów do grup pod kątem realizowanych świadczeń powinien być oparty na ocenie ryzyka zdrowotnego w zakresie:

- Stanu zdrowia (skala geriatryczna, skala Barthel, przeprowadzona w szpitalu ocena stanu zdrowia i wymagań w zakresie opieki, ogólny wywiad medyczny na poziomie POZ, przyjmowane leki);
- Potrzeb rehabilitacyjnych (skala Barthel, zalecenia ze szpitala);
- Potrzeb w zakresie pielęgnacji, pomocy w przyjmowaniu lekarstw i korzystaniu ze sprzętu medycznego (przeprowadzona w szpitalu ocena stanu zdrowia i wymagań w zakresie opieki);
- Poziomu upośledzenia czynnościowego (ocena geriatryczna, w tym skala Barthel); Potrzeb w zakresie opieki osobistej (ocena geriatryczna, w tym skala Barthel).

Pacjentów można pogrupować według następującej klasyfikacji:

Grupa pacjentów /klientów	Poziom potrzeb	Charakterystyka
Grupa I	Niski	Osoby po hospitalizacji, wymagające kilku wizyt kontrolnych w ciągu 4–6 tygodni od wypisu ze szpitala; w tym okresie mogą być potrzebne pewne świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, ale nie ma potrzeby długoterminowej opieki pielęgnacyjnej i osobistej.
Grupa II	Umiarkowany	Osoby po hospitalizacji, wymagające opracowania planu rehabilitacji i pielęgnacji; mogą mieć czasowe upośledzenie czynnościowe i tymczasowo potrzebować osobistej opieki; z perspektywą pełnego powrotu do zdrowia.
Grupa III	Wysoki	Osoby po hospitalizacji cierpiące na przewlekłe, często liczne schorzenia; wymagające opracowania planu rehabilitacji i pielęgnacji; z upośledzeniem czynnościowym czasem w stopniu ciężkim i długotrwałym; wymagające osobistej opieki i z perspektywą częściowego powrotu do zdrowia.
Grupa IV	Bardzo wysoki	Osoby po hospitalizacji, całkowicie niesamodzielne, leżące, wymagające całodobowej opieki osobistej i pielęgnacyjnej w warunkach domowych lub – z czasem – w placówce opieki stacjonarnej.

Decyzja o przydziale pacjenta do określonej grupy oraz opracowanie spersonalizowanego planu usług pielęgnacyjno-opiekuńczych to zadanie pielęgniarki środowiskowej, z wykorzystaniem karty wypisu ze szpitala i w porozumieniu z lekarzem POZ, a w razie potrzeby również z lekarzem specjalistą.

W wyniku przydzielenia do określonej grupy, pacjent w żadnym razie nie powinien mieć ograniczonego dostępu do usług niezbędnych z uwagi na stan zdrowia, ani do systemu organizacyjnego uformowanego w celu opieki nad pacjentem.

Jeżeli Model 3 zostanie wdrożony na szerszą skalę, w pracach nad systemem stratyfikacji pacjentów dla Polski warto wykorzystać m.in. szkocki model SPARRA.

Zarządzanie projektem i monitorowanie

Celem tego 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 Wdrażania Projektu (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 wsparcie merytoryczne dla BWP**, oraz
- **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 płatności na rzecz świadczeniodawców, a także (iii) monitorowaniem i sprawozdawczością działań projektowych i rezultatów.
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 Wdrażania Projektu (BWP) 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 w terenie
- Asystenci administracyjni
- Specjalista ds. weryfikacji/zatwierdzania danych

Podsumowanie obowiązków BWP związanych z wdrażaniem projektu:

1. Rola doradcza w zakresie kontraktowania świadczeń i opłacania świadczeniodawców;
2. Wspieranie działań projektowych i zabezpieczanie ich przebiegu zgodnie z wcześniej ustalonym planem i harmonogramem;
3. Zabezpieczenie aktywnego monitorowania przebiegu realizacji projektu pod kątem jakości i wyników;
4. Opracowanie i prowadzenie SIM w celu monitorowania realizacji projektu i zakładanych celów;
5. Organizowanie ewaluacji projektu pilotażowego w oparciu o wskaźniki z monitorowania, analizy i odpowiednią metodologię;
6. Organizowanie i realizowanie szkoleń dla świadczeniodawców zaangażowanych w projekt pilotażowy, oraz
7. 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 refundowania świadczeń, monitorowania i ewaluacji (M&E), doskonalenia systemów zarządzania informacją, pozyskania i utrzymania sprzętu informatycznego, itd.

Tabela 5. 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

Monitorowanie przebiegu projektu pilotażowego ma kluczowe znaczenie z następujących względów:

- umożliwia wczesne wykrycie problemów oraz podjęcie szybkich i trafnych działań naprawczych;
- zapewnia regularne informacje dla NFZ, MZ, świadczeniodawców i innych interesariuszy na temat postępów w realizacji pod kątem zakładanych celów projektu pilotażowego; oraz
- pomaga wyjaśnić ustalenia z ewaluacji pokazując, jakie czynniki zadecydowały o sukcesie lub klęsce pilotażu.

Wskaźniki dotyczące jakości to jasno określone i wymierne parametry odnoszące się do: struktur (np. środowisko, w jakim realizowane są świadczenia), procesów (np. opieka nad pacjentem) oraz osiąganych rezultatów (np. umieralność). (33) (34) 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. (35) Zgodnie z anglojęzycznym akronimem SMART, elementy poddawane monitorowaniu przy pomocy tych wskaźników powinny być konkretne, wymierne, osiągalne, realistyczne i osadzone w czasie. (36)

Monitorowanie w ramach projektu pilotażowego

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 umożliwić 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.

Wskaźniki ewaluacji pilotażu

Po pierwsze, po wstępnym zatwierdzeniu modelu należy opracować wszechstronny opis ram wyników pilotażu, zawierający katalog wskaźników do kompleksowego monitorowania programu, opis każdego wskaźnika, jednostkę miary, wartości bazowe i docelowe, częstotliwość pozyskiwania danych oraz podmioty odpowiedzialne 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 wdrażania w Polsce modeli opieki koordynowanej.

Ewaluacja merytoryczna

W ramach ewaluacji oceniający:

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

BWP dostarcza oceniającemu niezbędne dane bazowe potrzebne do przeprowadzenia ewaluacji. Zasoby danych to, między innymi:

- Dane dla wybranych wskaźników (tabela 9 i 10) zbierane rutynowo od świadczeniodawców za pośrednictwem SIM;
- Dane na temat konsumpcji świadczeń POZ zbierane rutynowo przez NFZ;
- 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 3. Warto również ocenić jakość opieki w placówkach przed i po wprowadzeniu modelu OK (opieki koordynowanej), aby w ten sposób trafniej wychwycić potencjalne skutki programu.

Wskaźniki rezultatu

Jak zaznaczono na poprzednich stronach raportu, wskaźniki rezultatu dla opieki koordynowanej wypracowane zostały 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, kosztów opieki oraz priorytetów w polityce zdrowotnej państwa.

Wskaźniki rezultatu 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.

Model 3 w ramach opieki koordynowanej ocenia się według kilku obszarów:

Tabela 6. Obszary ewaluacji systemu opieki koordynowanej

Wartość wskaźnika	Obszar do ewaluacji	Proponowany obszar do monitorowania	Wskaźniki
0–1	Dostęp do opieki	Dostęp do opieki – mierzony dostępem do pielęgniarki i lekarzy POZ	Liczba dni oczekiwania na spotkanie z koordynatorem COD
0–1	Koordynacja opieki	Występowanie planu opieki zdrowotnej, obecność zintegrowanego zespołu opieki zdrowotnej (pielęgniarka, lekarz)	Występowanie planów opieki dla głównych grup dyspanseryjnych pacjentów
0–1	Koordynacja opieki	Utworzony i przedstawiony pacjentowi i jego rodzinie zespół (z imienia i nazwiska)	Powstanie zespołu opieki
0–1	Ciągłość opieki	Planowanie opieki	Wypis ze szpitala i ocena geriatryczna dostarczone do COD
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	Zarządzanie i organizacja	Realizacja świadczeń w zgodzie w metodyką praktyki opartej na dowodach	Narzędzia do opieki koordynowanej w zakresie POZ, usług pielęgniarskich, pomocy społecznej, narzędzia IT

Źródło: Bank Światowy.

Tabela 7. Wskaźniki produktu

Wskaźnik	Minimum	Maksimum
Liczba placówek biorących udział w projekcie pilotażowym	5	10
Liczba pacjentów biorących udział w projekcie pilotażowym	5.000	10.000
Utworzone centra opieki dziennej	5	10
Odsetek planów organizacyjnych wdrożonych na szczeblu POZ	—	95%
Odsetek pacjentów objętych indywidualnym planem opieki	—	80%

Źródło: Bank Światowy.

Pod względem funkcji związanych z rozwojem opieki koordynowanej, Model 3 może wnieść do systemu efekty podane w tabeli 8.

Tabela 8. Efekty wdrożenia Modelu 3 z perspektywy funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia

W krótkim okresie	**W średnim okresie**	**W długim okresie**
Opracowanie indywidualnych planów opieki	Krótszy czas oczekiwania na opiekę specjalistyczną i rehabilitację	Lepsze doświadczenia z systemem ochrony zdrowia wśród osób starszych/ jakość i bezpieczeństwo
Wzrost liczby skomplikowanych przypadków z populacji 65+ powiązanych z pielęgniarką środowiskową i POZ	Niższy wskaźnik ponownej hospitalizacji	Mniejsza liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie do placówki alternatywnej wobec szpitala (niższy wskaźnik ALC)
—	Mniej konsultacji specjalistycznych	
—	Mniej wizyt domowych dla zespołu POZ	
—	Mniej zbędnych hospitalizacji	Korzyści wynikające z efektywności ekonomicznej

Wskaźniki jakości

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

Tabela 9. Wskaźniki dotyczące jakości opieki

Obszar	**Cel monitoringu**	**Wskaźnik**	**Znaczenie**	**Mechanizm pomiaru**	**Wartość**
Struktura	Lekarze POZ o odpowiednich kompetencjachuczestniczący w projekcie pilotażowym Modelu 3	Odsetek pacjentów zadeklarowanych do lekarza rodzinnego	Preferowany model opieki zespołu medycyny rodzinnej	Deklaracje pacjentów objętych opieką	%
Struktura	Pielęgniarki środowiskowe o odpowiednich kompetencjach uczestniczące w projekcie pilotażowym Modelu 3	Odsetek pacjentów zadeklarowanych do pielęgniarki środowiskowej	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) oraz przypadków zagrożenia dla zdrowia i życia	Ankieta satysfakcji pacjenta	%

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 POZ oraz w ramach programów DMP	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 POZ oraz w ramach programów DMP	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 pacjentem	Deklaracje potwierdzone wynikami kontroli	Tak / Nie
Rezultat	Ankiety satysfakcji pacjentów i personelu	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

Tabela 10. Wskaźniki dotyczące koordynacji

Obszar	Cel monitoringu	Wskaźnik	Znaczenie	Mechanizm pomiaru	Wartość
Struktura	Populacja objętych opieką osób powyżej 65.roku życia	Odsetek pacjentów z grupami dyspanseryjnymi	Efektywna organizacja opieki nad pacjentem	Informacje o pacjencie	%
Struktura	Populacja pacjentów objętych opieką socjalną realizowaną razem z opieką zdrowotną w ramach COD	Odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń socjalnych	Efektywne wykrywanie potrzeb socjalnych	Informacje o pacjencie	%
Proces	Indywidualne plany opieki	Odsetek pacjentów z indywidualnym planem opieki	Ścieżki pacjenta	Sprawozdanie z realizacji	%
Struktura	Opieka nad populacją 65+ w ramach indywidualnych planów opieki	Możliwość wcześniejszej elektronicznej rejestracji dla planów opieki	Efektywna realizacja opieki	Deklaracje potwierdzone następnie wynikami kontroli	Tak / Nie
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

Wymogi sprawozdawcze

Poszerzone mechanizmy sprawozdawcze obejmują:

- comiesięczne raporty świadczeniodawców dla BWP,
- kwartalne raporty z BWP do MZ,
- kwartalne raporty z BWP do Komitetu Sterującego, oraz
- „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:

- monitorowanie wyników projektu pilotażowego w oparciu o ramy wyników i konkretne wskaźniki, oraz
- 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 11), umożliwiający świadczeniodawcom „śledzenie" pacjenta na każdym z etapów projektu pilotażowego – od pierwszego kontaktu, 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 bazowego, kwestii administracyjnych, konsumpcji świadczeń, dokumentacji medycznej, skierowań i wskaźników.

Tabela 11. 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

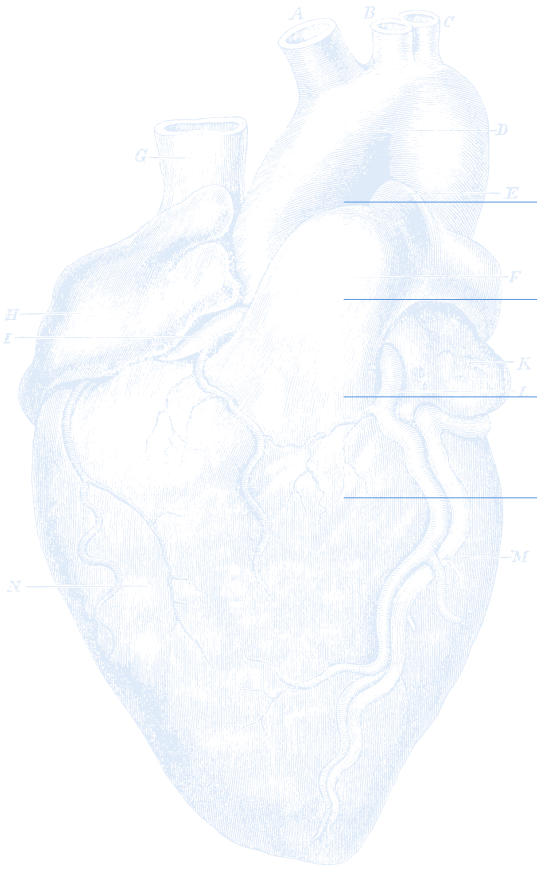
Moduł	**Funkcja**	**Użytkownik pierwotny (wprowadzanie danych)**
Moduł kwestionariuszy	Zawiera wszystkie kwestionariusze wypełniane przez świadczeniodawcę lub personel BWP. Kwestionariusze wypełniane przez świadczeniodawcę to, między innymi, kwestionariusz danych wyjściowych, dane z oceny ryzyka reprezentowanego 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	Rozwijany przez NFZ w drugiej fazie wdrożenia.	NFZ
Moduł sprawozdawczy	Ten moduł umożliwia świadczeniodawcom przesyłanie raportów do BWP, a personelowi BWP umożliwia wykonywanie analiz danych i generowanie raportów z wynikami.	Nie ma potrzeby sprawozdawania, moduł sam zaciąga dane z wszystkich pozostałych modułów

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.

Technologie informatyczne



IT jest jednym z filarów wspierających koordynowany system opieki zdrowotnej. Zapewnienie poszczególnym świadczeniodawcom dostępu do informacji o pacjencie w czasie rzeczywistym przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa pacjenta i jakości świadczeń, a także ułatwia koordynację na styku różnych placówek i form opieki. Za gromadzenie danych pacjenta i zarządzanie nimi powinna odpowiadać placówka POZ i COD.

Infrastruktura i oprogramowanie IT powinny obejmować elementy takie jak:

- Zdalne zarządzanie (telefon, e-mail, monitorowanie parametrów stanu zdrowia w środowisku domowym);
- Plan opieki i narzędzia do zarządzania danym przypadkiem z komunikacją na odległość w oparciu o gminny ośrodek opieki i POZ;
- Elektroniczna dokumentacja medyczna w trosce o ciągłość i integrację systemów opieki/sprawozdawczych.

Potencjalnym obszarem innowacji w Modelu 3 jest telemedycyna. Program telemedyczny zazwyczaj obejmuje centralnie zarządzany, dostosowany do potrzeb klienta zestaw usług takich jak TeleTrauma, TeleRx, TeleStroke, TeleMental, TeleConsult i inne interoperacyjne rozwiązania do wymiany informacji o pacjencie przez podmioty działające w różnych trybach i na różnych poziomach opieki.

Uwzględniając w strategiach interoperacyjności świadczenia wykraczające poza opiekę doraźną, podmioty ochrony zdrowia zyskują pewność, że krytycznie istotne informacje na temat historii medycznej pacjenta zachowują ciągłość niezależnie od takiego czy innego trybu lub poziomu opieki, co pomaga tworzyć lepsze plany leczenia i poprawia jakość opieki nad pacjentem.

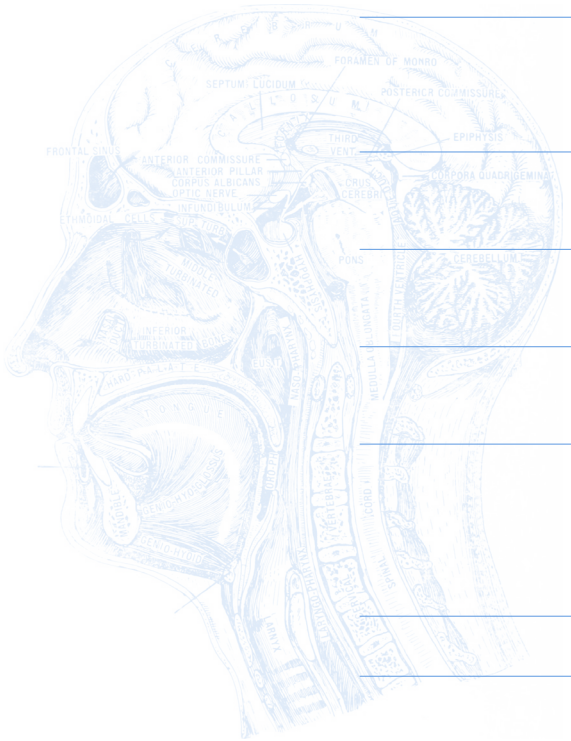
Informacje dotyczące indywidualnych planów opieki, pielęgnacji i rehabilitacji powinny mieć formę cyfrową i uwzględniać:

- Liczbę przepisanych wizyt domowych, zleconych świadczeń, itp.;
- Liczbę faktycznie zrealizowanych wizyt domowych i świadczeń, itp.;
- Rodzaj konsultacji lekarskich, pielęgniarskich i fizjoterapeutycznych;
- Liczbę hospitalizacji;
- Występujące choroby;
- Zastosowane leki;
- Koszt zrealizowanych świadczeń.

W połączeniu, wymienione dane tworzą elektroniczną kartę leczenia i pielęgnacji pacjenta.

Kolejna ważna kwestia to ewentualność wykorzystania nowych technologii IT jako narzędzi profilaktyki umożliwiających monitorowanie wskaźników zdrowotnych świadczeniobiorców. Mowa tu m.in. o narzędziach informatycznych używanych przez pacjentów w warunkach domowych, pomagających w codziennym życiu i monitorujących aktywność pacjenta. Przykładami narzędzi są zegarki monitorujące ciśnienie krwi, sen, upadki, itp. Wdrożenie narzędzi przyczyniłoby się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, ukierunkowało interwencje na okoliczności, w których okazują się one konieczne, a w dłuższej perspektywie również pomogło obniżyć koszty leczenia.

Bibliografia



1. Agency for Clinical Innovation. Strategic Framework for Integrated care of the older person with complex health needs. Draft for consultation; 2013.
2. Eurostat. Baza danych Eurostatu (z dnia 30.03.2016). [Online]. [cytowane 30 marca 2016 r. Dostępne pod adresem: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database.
3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny [NIZP-PZH]. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2016.; 2016.
4. Główny Urząd Statystyczny. Ludność w wieku 60 lat i więcej – struktura demograficzna i zdrowie. Warszawa; 2016.
5. Główny Urząd Statystyczny [GUS]. Prognoza ludności na lata 2014–2050. Warszawa; 2014.
6. Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, et al. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). European Journal of Internal Medicine. 2015 April; 26(3).
7. SHARE Project 4th wave – 2011/2012. 2012..
8. Boulhol H, Sowa A, Golinowska S, Sicari P. Improving the Health-Care System in Poland. WorkingPapers, No. 957. OECD, OECD Economics Department; 2012.
9. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socio-economic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective. In Report EF. Tackling Health Inequalities in Europe: an Integrated Approach. Rotterdam: University Medical Center Rotterdam; 2007.
10. Sowa A. Social determinants of health status in Poland. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2011; 9(2).
11. Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych NFZ. [Online].; 2016 [cytowane w 2017 r. Dostępne pod adresem: http://dane-i-analizy.pl/raport/1784-wb-analiza2-part09/zobacz/index.html .
12. OECD Statistics. Long-Term Care Resources and Utilisation. [Online]. [cytowane marzec 2017 r. Dostępne pod adresem: http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_LTCR&lang=en .
13. Eurostat. Health expenditure on long term care. [Online]. [cytowane marzec 2017 r. Dostępne pod adresem: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha_ltc&lang=en .
14. Sowa A, Topińska I. ESPN Thematic Report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives. European Commission; 2016.

15. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Pomocy Społecznej. Sprawozdanie MPIPS 03 za 2015. Warszawa; 2016.

16. European Commission. The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060). European Economy 3/2015.; 2015.

17. Główny Urząd Statystyczny [GUS]. Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2015 r. Warszawa; 2015.

18. Golinowska S, Sowa A. Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnych osób starszych. IPiSS raport na zlecenie MPiPS. Warszawa; 2010.

19. Pracownia Badań Społecznych PBS. Raport podsumowujący wyniki badań ogólnopolskich. Projekt: Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce, Etap I prac. Sopot/Warszawa: 2015.

20. Kotowska I, Wóycicka I. Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.; 2008.

21. Łuczak P. Long-term care for the elderly in Poland. In Michoń P, Orczyk J, Żukowski M. Facing the challenges. Social policy in Poland after 1990.: Poznań University of Economics Press; 2013. str. 169–179.

22. Główny Urząd Statystyczny. Dane Statystyczne – Zdrowie i Ochrona Zdrowia w Polsce. [Online]. [cytowane w 2017 r. Dostępne pod adresem: http://swaid.stat.gov.pl/EN/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_1.aspx .

23. World Bank. The present and Future of Long Term Care in Ageing Poland. Policy Note.; 2015.

24. Błędowski P, Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. Nowiny Lekarskie. 2013; 82.

25. Care First. Program description and Guidelines for CareFirst Patient-Centered Medical Home Program (PCMH) and Total Care and Cost Improvement Program (TCCI).; 2016.

26. National Health Fund England. How to guide: the BCF technical toolkit. [Online].; 2014. Dostępne pod adresem: https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/bcf-archive/tech-toolkit/ .

27. Agency for Clinical Innovations. Risk Stratification – discussion paper for NSW Health's approach to Risk Stratification.; 2014.

28. Activation of Stratification Strategies and Results of the interventions on frail patients of Healthcare Services [ASSEHS]. White Paper on Deployment of Stratification Methods. European Commission; 2016.

29. Epstein R, Sherwood L. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. Annals of Internal Medicine. 1996; 124(9).

30. Dellby U. Drastically improving health care with focus on managing the patient with a disease: the macro and micro perspective. International Journal of Health Care Quality Assurance. 1996; 9(2).

31. Faxon, Schwamm, Pasternak, McNeil, Bufalina. Improving quality of care through disease management: principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. 2004.

32. DMAA: The Care Continuum Alliance. DMAA Definition of Disease Managament; n.d. Available from: http://www.dmaa.org/dm_definition.asp

33. 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).

34. Brook R., McGlynn E., Cleary P., Measuring quality of care – part two of six. N Engl J Med. 1996; 335(13).

35. 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).

36. 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).

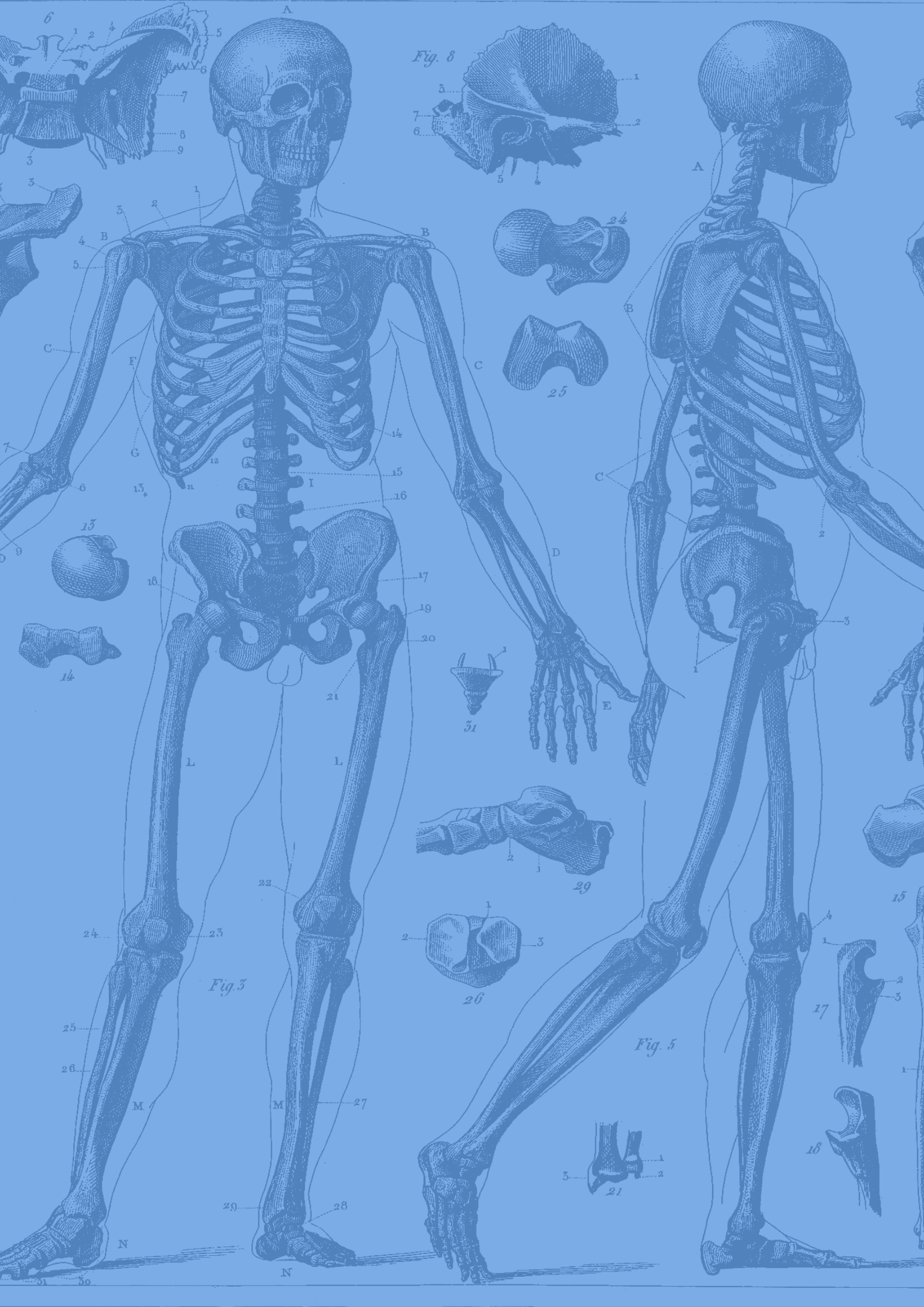


Fig. 3
Fig. 5
Fig. 8