

ZINTEGROWANA OPIEKA ZDROWOTNA

PODEJŚCIE RELACYJNE DO OBSŁUGI
PACJENTA JAKO KLIENTA

Iga Rudawska



ABC

a Wolters Kluwer business

ZINTEGROWANA OPIEKA ZDROWOTNA

PODEJŚCIE RELACYJNE DO OBSŁUGI
PACJENTA JAKO KLIENTA

Iga Rudawska

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

Publikacja została dofinansowana ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2012/05/B/HS4/02213

Stan prawny na 1 marca 2014 r.

Recenzent

Prof. zw. dr hab. Jerzy Żyżyński

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Marzena Molatta

Opracowanie redakcyjne

Anna Leyk

Łamanie

JustLuk Łukasz Drzewiecki, Justyna Szumieł, Stanisław Drzewiecki

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by Wolters Kluwer SA, 2014

© Copyright by Iga Rudawska, 2014

ISBN: 978-83-264-3218-7

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Mojej Rodzinie

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	9
Wstęp	13
Rozdział 1	
Od fragmentaryzacji do integracji – przesłanki zmiany paradygmatu opieki zdrowotnej	23
1.1. Czynniki lokowane po stronie popytu na usługi opieki zdrowotnej ...	23
1.2. Czynniki lokowane po stronie podaży usług opieki zdrowotnej	39
1.3. Choroby przewlekłe jako problem gospodarczy	48
Rozdział 2	
Ekonomiczna interpretacja integracji w opiece zdrowotnej	62
2.1. Ekonomia neoklasyczna a nowa ekonomia instytucjonalna – dwugłos na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej	62
2.2. Między rynkiem a hierarchią – sieci dostawców w opiece zdrowotnej ...	71
2.3. Teoretyczne podstawy współpracy międzyorganizacyjnej w opiece zdrowotnej	84
Rozdział 3	
Koncepcja i stosowanie zintegrowanej opieki zdrowotnej	96
3.1. Konceptualizacja pojęcia „zintegrowana opieka zdrowotna”	96
3.2. Modelowe ujęcia zintegrowanej opieki zdrowotnej	110
3.3. Mechanizmy i narzędzia zintegrowanej opieki zdrowotnej – doświadczenia krajów rozwiniętych	125
3.4. Efekty zintegrowanej opieki zdrowotnej – doniesienia badawcze	149
Rozdział 4	
Obsługa pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej – ujęcie relacyjne ...	161
4.1. Obsługa pacjenta jako element oceny działania systemów ochrony zdrowia	161
4.2. Jakość obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej	170
4.3. Ciągłość opieki jako wskaźnik oceny jakości obsługi pacjenta	180
4.4. Pomiar jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej ...	195

Rozdział 5**Metodyka oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece**

zdrowotnej	212
5.1. Założenia przyjętej koncepcji metodycznej i wybór obiektu do badań	212
5.2. Metody i techniki zbierania informacji	214
Podejście do badania strony podażowej	215
Podejście do badania strony popytowej	248
5.3. Konstrukcja narzędzi pomiarowych JOP-POP i JOP-POD do oceny jakości obsługi pacjentów w zintegrowanej opiece zdrowotnej	264
Konstrukcja kwestionariusza JOP-POP (Jakość Obsługi Pacjenta – POPyt)	266
Konstrukcja kwestionariusza JOP-POD (Jakość Obsługi Pacjenta – PODaż)	270
5.4. Weryfikacja narzędzi pomiarowych JOP-POP i JOP-POD	288
Weryfikacja narzędzia JOP-POP	288
Weryfikacja narzędzia JOP-POD	297
5.5. Model oceny jakości obsługi pacjenta	302
Zakończenie	317
Bibliografia	321
Aneks	343

WYKAZ SKRÓTÓW

AAFP	– American Academy of Family Physicians (Amerykańska Akademia Lekarzy Rodzinnych)
AcOVE	– Assessing Care of Vulnerable Elders (Projekt Oceny Jakości Opieki nad Dorosłymi z Grupy Ryzyka)
ADLs	– Activities on Daily Living (czynności życia codziennego)
AHRQ	– Agency for Healthcare Research and Quality (Agencja ds. Badań nad Opieką Zdrowotną i Jakości)
CAHPC	– Consumer Assessment of Healthcare Providers and System (Pacjencki Kwestionariusz Oceny Dostawców Opieki Zdrowotnej i Systemu)
CARMEN	– Care and Management of Services for Older People in Europe Network (Europejska Sieć Zarządzania Usługami Zdrowotnymi dla Seniorów)
CATI	– Computer Assisted Telephone Interview (wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo)
CCA	– <i>canonical correlation analysis</i> (analiza korelacji kanonicznej)
CCM	– Chronic Care Model (Model Opieki Permanentnej)
CFA	– <i>confirmatory factor analysis</i> (konfirmacyjna analiza czynnikowa)
CHF	– <i>congestive heart failure</i> (zastoinowa niewydolność serca)
CIT	– <i>critical incident technique</i> (technika przypadku krańcowego)
COC	– Continuity of Care Index (indeks ciągłości opieki)
COPD	– Chronic Obstructive Pulmonary Disease (przewlekła obturacyjna choroba płuc)
CPC	– Consumer Perceptions of Care (Kwestionariusz Oceny Opieki przez Pacjenta)
CPCQ	– Client Perception of Coordination Questionnaire (Pacjencki Kwestionariusz Oceny Koordynacji Opieki)
DALY	– Disability Adjusted Life Years (lata życia skorygowane niesprawnością)
DL	– domy lekarskie
EBM	– <i>evidence-based medicine</i> (medycyna oparta na dowodach naukowych)

ECDC	– European Centre for Disease Prevention and Control (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób)
EFQM EM	– European Foundation for Quality Management Excellence Model (Model Doskonałości Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością)
EHCI	– Euro Health Consumer Index (Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia)
EPSILON	– European Psychiatric Services: Inputs linked to Outcome Domains and Needs (Europejski Projekt Oceny Opieki Psychiatrycznej; łączenie zasobów z potrzebami i wynikami)
EUGLOREH	– European Global Report on Health (Europejski Raport Globalny nt. Zdrowia)
FGI	– Focus Group Interview (wywiady grupowe zogniskowane)
GCI	– Global Competitiveness Index (Globalny Indeks Konkurencyjności)
HCWI	– Health Care Quality Indicators (Wskaźniki Jakości Opieki Zdrowotnej)
HSQM	– Hierarchical Service Quality Model (Hierarchiczny Model Jakości Usług)
ICT	– Information and Communication Technologies (technologie informacyjne i komunikacyjne)
IDI	– Individual in-Depth Interview (indywidualny wywiad pogłębiony)
ISO	– International Organization for Standardization (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna)
JOP-POP	– Jakość Obsługi Pacjenta – POPyt
JOP-POD	– Jakość Obsługi Pacjenta – PODaż
MANOVA	– <i>multivariate analysis of variance</i> (wielowymiarowa analiza wariancji)
MDS	– <i>multidimensional scalling</i> (skalowanie wielowymiarowe)
MiSS	– Medical Interview Satisfaction Scale (Skala Satysfakcji z Wywiadu Lekarskiego)
NHS	– National Health Service (Narodowa Służba Zdrowia (Wielka Brytania))
NOP	– Number of Providers Seen (liczba podmiotów obsługujących danego pacjenta)
OECD	– Organization for Economic Co-operation and Development (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
PACE	– Program of All-Inclusive Care for the Elderly (Program Kompleksowej Opieki nad Starszymi)

PACIC	– Patient Assessment of Chronic Illness Care (Pacjencki Kwestionariusz Oceny Opieki w Chorobach Przewlekłych)
PAPI	– Paper and Pencil Interview (badania ankietowe za pomocą papierowego kwestionariusza wywiadu)
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
PSQ	– Patient Satisfaction Questionnaire (Kwestionariusz Satysfakcji Pacjenta)
PQIs	– Process Quality Indicators (Wskaźniki Jakości Procesu)
QALY	– Quality Adjusted Life Years (lata życia skorygowane jakością)
QOF	– Quality and Outcomes Framework (System Pomiaru Jakości Klinicznej)
SCN	– Sequential Continuity Index (indeks ciągłości sekwencyjnej)
SERVPERF	– <i>service performance</i> (metoda pomiaru jakości usług za pomocą dokonań)
SERVQUAL	– <i>service quality</i> (metoda pomiaru jakości usług za pomocą identyfikacji luk)
STRESS	– Standarized Residual Sum of Squares (standaryzowana suma kwadratów reszt)
TFO	– tradycyjne formy opieki
TQM	– Total Quality Management (kompleksowe zarządzanie jakością)
TSQM	– Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (Kwestionariusz Satysfakcji z Leczenia Farmakologicznego)
UPC	– Usual Provider Index (indeks statystycznego usługodawcy)
VSSS	– Verona Service Satisfaction Scale (Werońska Skala Satysfakcji z Usług)
WAS	– wielowymiarowa analiza statystyczna
WHO	– World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WONCA	– The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Światowa Organizacja zrzeszająca lekarzy pierwszego kontaktu/lekarzy rodzinnych)

WSTĘP

„Każda zorganizowana działalność ludzka – od lepienia garnków, po podróże kosmiczne – podnosi kwestię dwóch fundamentalnych, lecz przeciwstawnych warunków: podziału pracy między poszczególne zadania do wykonania oraz koordynacji tych zadań, tak by zrealizować cel podejmowanej aktywności. Struktura danej organizacji może być zatem postrzegana jako całkowita suma sposobów podziału pracy między poszczególne zadania i następnie sposobów uzyskiwania koordynacji między tymi zadaniami”¹.

Przenosząc słowa H. Mintzberga na grunt opieki zdrowotnej, trudno nie odnieść wrażenia, że dotychczasowe działania reformatorów systemów opieki zdrowotnej dotyczą jedynie podziału pracy między różne jego zadania. Koordynacja i integracja zostały natomiast zaniedbane.

Przełamaniem tego negatywnego trendu jest rosnące zainteresowanie wielu międzynarodowych gremiów, jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) czy Bank Światowy, koordynacją i integracją opieki zdrowotnej. Wyrazem tego zainteresowania są coraz liczniejsze prace zorientowane na kwestię koordynacji procesu dostarczania usług zdrowotnych. Samo tylko Biuro WHO ds. Umocnienia Systemów Ochrony Zdrowia, z siedzibą w Barcelonie (WHO Barcelona Office for Health Systems Strenghtening) prowadzi kilka projektów bezpośrednio bądź pośrednio związanych z tą tematyką. Źródła tych i podobnych projektów leżą w dążeniu do poszukiwania sposobów jednoczesnego osiągnięcia kilku celów stawianych przed systemami opieki zdrowotnej, tj. stymulowania efektywności ekonomicznej (zgodnie z imperatywem racjonalnego gospodarowania rzadkimi zasobami ochrony zdrowia), zapewniania sprawiedliwości społecznej w dostępie do opieki, podnoszenia skuteczności leczenia (jakości klinicznej) oraz uzyskania satysfakcji pacjentów, która w istocie jest głównym wyznacznikiem jakości

¹ H. Mintzberg, *The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research*, New York 1979, s. 16. Jeśli nie zaznaczono inaczej, wszystkie obcojęzyczne cytaty zostały przetłumaczone przez autorkę.

funkcjonalnej. Kwestia synergicznego osiągnięcia powyższych celów jest przedmiotem wielu studiów i prac, przy czym autorzy polscy kładą nacisk głównie na efektywność² i sprawiedliwość³. Wśród raportów zagranicznych warto natomiast wskazać dokumenty OECD, jak *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*⁴ oraz *Health Care Systems: Lessons for the Reform Experience*⁵, z których jednoznacznie wynika, że podstawowym problemem erozji jakości opieki zdrowotnej nie są niskie kompetencje techniczne profesjonalistów medycznych, lecz niedoskonałości organizacyjne procesu świadczenia usług zdrowotnych. Integracja procesu świadczenia opieki zdrowotnej jawi się tu jako jedno z możliwych rozwiązań podnoszenia jakości opieki poprzez większą zbieżność relacji między ogniwami łańcucha procesu jej udostępniania oraz zapewniania jej zgodności z medycyną opartą na dowodach naukowych.

O ile efektywności ekonomicznej i jakości klinicznej w perspektywie zintegrowanej opieki zdrowotnej poświęcono już wiele prac, szczególnie w literaturze anglojęzycznej⁶, o tyle zagadnienie jakości obsługi pacjenta w kontekście tego modelu funkcjonowania opieki jest słabo rozpoznane. Dotychczasowy dorobek piśmiennictwa, zarówno w Polsce⁷, jak i za granicą⁸, opiera się na założeniu, że relacja pacjent–usługodawca jest zbiorem interakcji powstających w pojedynczym epizodzie chorobowym. Stąd dotychczasowe modele jakości w usługach zdrowotnych skupiają się na kilku podejściach:

² J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa 2010; *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, Katowice 2010; *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, red. M. Hass-Symotiuł, Warszawa 2011.

³ J. Żyżyński, *Ubezpieczenia zdrowotne jako instrument finansowania* (w:) *Dylematy funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej*, red. I. Rudawska, Bydgoszcz 2011, s. 265–277.

⁴ M.M. Hofmarcher, H. Oxley, E. Rusticelli, *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*, OECD Health Working Papers 30, Paris 2007.

⁵ E. Docteur, H. Oxley, *Health-Care Systems: Lessons for the Reform Experience*, OECD Health Working Papers 9, Paris 2003.

⁶ G.D. Armitage, E. Suter, N.D. Oelke, C.E. Adair, *Health Systems Integration: State of the Evidence*, International Journal of Integrated Care 2009 (9), data publikacji online: 17.06.2009; M. MacAdam, *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Eview*, CPRN Research Report. April 2008.

⁷ H. Mruk, *Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych*, Warszawa 2009; A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing usług*, Kraków 2006; J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, Warszawa 2004.

⁸ S. Devaraj, K.F. Matta, E. Conlon, *Product and Service Quality: the Antecedents of Customer Loyalty in the Automotive Industry*, Production and Operations Management 2001 (10), nr 4.

- 1) bezpośrednim przeniesieniu wiedzy z zakresu zarządzania jakością produktów w sferę opieki zdrowotnej⁹,
- 2) budowaniu modeli opartych na determinantach jakości, w podziale na jakość techniczną i jakość funkcjonalną¹⁰,
- 3) analizie luk pojawiających się między oczekiwaniami pacjenta a jego percepcją¹¹.

Powyższe podejścia do samej koncepcji jakości obsługi klienta (tu: pacjenta) – choć warte uwagi i odniesienia w postulowanym rozwiązaniu systemowym (zintegrowanej opieki zdrowotnej) – nie odpowiadają założeniom opartym na Modelu Opieki Permanentnej (*Chronic Care Model – CCM*) E. Wagnera¹² oraz Innowacyjnym Modelu Opieki w Chorobach Przewlekłych WHO (*Innovative Care for Chronic Conditions*)¹³. Oba modele silnie uwypuklają edukowanie i aktywizowanie pacjenta, wpływ środowiska lokalnego oraz systemu organizacyjnego ochrony zdrowia. W tej perspektywie jakość obsługi pacjenta nabiera wymiaru nieco innego niż ten promowany przez tzw. klasyczne modele, oparte na epizodzie chorobowym. W kontekście zintegrowanej opieki zdrowotnej obsługa pacjenta, a zatem i jej jakość, jest rozpatrywana jako kontinuum, w którym istotnego znaczenia nabiera ciągłość opieki sprawowanej nad pacjentem, jego zaangażowanie i udział w kształtowaniu wyników leczenia, a także tworzenie zespołów terapeutycznych (integracja pozioma i pionowa). Przyjęcie takiej wykładni będzie wymagać weryfikacji dotychczasowych podejść do rozpatrywania jakości obsługi pacjenta oraz koncepcji jej oceny i pomiaru. Oznacza to konieczność wprowadzenia nowych zmiennych, korespondujących z Modelem Opieki Permanentnej, oraz ich weryfikacji empirycznej.

⁹ M. Brucks, V.A. Zeithaml, G. Naylor, *Price and Brand Name as Indicators of Quality Dimensions for Customer Durables*, Journal of the Academy of Marketing Science 2000, nr 28, s. 363 i n.

¹⁰ C. Grönroos, *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, Helsingfors 1982, s. 79; C. Grönroos, *A Service Quality Model and its Marketing Implications*, European Journal of Marketing 1984 (18), nr 4, s. 36–44.

¹¹ A. Parasuraman, V.A. Zeithaml, L.L. Berry, *A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research*, Journal of Marketing 1985 (49), nr 4, s. 41–50; V.A. Zeithaml, L.L. Berry, A. Parasuraman, *Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality*, Journal of Marketing 1988 (52), nr 2, s. 35–48.

¹² E. Wagner, *Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness?*, Effective Clinical Practice 1998, issue 1, s. 4.

¹³ *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. WHO Global Report*, World Health Organization, Geneva 2002.

Pomiar i ocena jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej mają krótką tradycję. Dostępne opracowania¹⁴ prezentują metodykę dostosowaną do uwarunkowań systemu amerykańskiego, opartą głównie na doświadczeniach Kaiser Permanente – największej organizacji łączącej funkcję ubezpieczyciela i dostawcy usług zdrowotnych w USA. Zaproponowane przez amerykańskich badaczy narzędzia – choć warte uwagi i naukowego namysłu – cechuje kilka elementów, które uniemożliwiają ich bezpośrednie zastosowanie w warunkach europejskich, w tym polskich.

Po pierwsze, dotyczą one innego systemu ochrony zdrowia, którego organizacja odbiega od tej proponowanej przez WHO dla regionu Europy, w tym Polski. Chodzi tu przede wszystkim o integrację finansowania i świadczenia usług zdrowotnych obecną w systemie amerykańskim i integrację tylko procesu świadczenia usług proponowaną przez WHO w Europie.

Po drugie, wypracowana w Stanach Zjednoczonych metodyka powstała w oparciu o dowody naukowe (*evidence-based practices*) zgromadzone przez tamtejszych usługodawców. Proponowana w niniejszej pracy ścieżka postępowania opiera się na heurystyce, a więc sprowadza się – w zamyśle autorki – do wskazania metod, które pomagają rozwiązać problem (tu: oceny jakości obsługi pacjenta) w warunkach niedostatecznej informacji i zrekompensować jej brak intuicją oraz wyobraźnią. Jest to ściśle powiązane z myśleniem lateralnym, a więc sposobem myślenia twórczego, poszukującego rozwiązań trudnych problemów metodami nieortodoksyjnymi, oraz za pomocą elementów zwykle pomijanych przez tradycyjną logikę.

W związku z powyższym **zasadniczym celem** niniejszej monografii jest opracowanie koncepcji pomiaru i oceny jakości obsługi pacjenta w rozwiązaniu systemowym określanym mianem zintegrowanej opieki zdrowotnej. Zaproponowane w przedsięwzięciu badawczym podejście metodyczne ma charakter relacyjny – uwzględnia bowiem jednocześnie perspektywę dwóch kluczowych interesariuszy sektora zdrowia, tj. pacjenta w roli klienta systemu ochrony zdrowia oraz usługodawcy, podejmującego decyzje alokacyjne (dotyczące zasobów materialnych, jak strumienie finansowe i kadrowe danego

¹⁴ R.E. Glasgow, C.L. Davis, M.M. Funnell, A. Beck, *Implementing Practical Interventions to Support Chronic Illness Self-Management in Health Care Settings*, Joint Commission Journal on Quality Improvement 2003 (29), nr 11, s. 563–574; R.E. Glasgow [i in.], *Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*, Medical Care 2005 (43), nr 5, s. 436–444; E. Kröger [i in.], *Selecting Process Quality Indicators for the Integrated Care of Vulnerable Older Adults Affected by Cognitive Impairment or Dementia*, BMC Health Services Research 2007 (7), nr 195, s. 1–9.

podmiotu leczniczego oraz jego zasobów niematerialnych, jak czas i energia poświęcane na obsługę pacjentów).

Zamiarem autorki jest zatem zaproponowanie modelu koncepcyjnego (ścieżki postępowania), który ostatecznie pozwoliłby na kompleksową ocenę jakości obsługi pacjenta w promowanym przez WHO i przedstawianym jako docelowym – również dla Polski – rozwiązaniu systemowym nazywanym zintegrowaną opieką zdrowotną. Pod pojęciem zintegrowanej opieki zdrowotnej rozumie się przy tym sposób dostarczania opieki zdrowotnej poprzez koordynację różnych aktywności (diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia), których finalnym beneficjentem jest pacjent¹⁵. Paradygmat takiej opieki nie funkcjonuje obecnie w polskim systemie opieki zdrowotnej (choć podjęto pilotażowe próby jego wprowadzenia w 2002 roku), lecz jest pożądanym ze względu na dowiedzione (na gruncie innych systemów opieki zdrowotnej, głównie krajów skandynawskich oraz anglosaskich) zalety w postaci pozytywnego wpływu na efektywność ekonomiczną i jakość opieki zdrowotnej tak funkcjonujących systemów.

Hipotezę pracy stanowi pogląd, że możliwe jest wypracowanie metodyki oceny jakości obsługi pacjenta w paradygmacie zintegrowanej opieki zdrowotnej, która będzie uwzględniać jednocześnie perspektywę dwóch głównych interesariuszy systemu ochrony zdrowia, tj. pacjentów i usługodawców.

Realizacji celu głównego i weryfikacji hipotezy pracy zostały podporządkowane następujące cele cząstkowe:

- 1) przedstawienie tła dla podejmowanych rozważań metodycznych, czyli określenie pojęcia, istoty i instrumentów zintegrowanej opieki zdrowotnej oraz determinant jej rozwoju, głównie w perspektywie europejskiej;
- 2) ugruntowanie prowadzonych rozważań nad naturą zintegrowanej opieki zdrowotnej w teorii ekonomii, w szczególności w nurcie nowej ekonomii instytucjonalnej;
- 3) zinterpretowanie i rozwinięcie zagadnienia obsługi pacjenta, jej jakości oraz sposobów pomiaru w świetle dotychczasowego dorobku nauk ekonomicznych;
- 4) określenie czynników jakości obsługi pacjenta z perspektywy usługodawcy, zarówno w odniesieniu do procesów wewnętrznych (nie-

¹⁵ M. Strandberg-Larsen, A. Krasnik, *Measurement of Integrated Healthcare Delivery: a Systematic Review of Methods and Future Research Directions*, International Journal of Integrated Care 2009 (9), data publikacji online: 04.02.2009, s. 1.

widocznych dla pacjenta, lecz przez niego odczuwanych), realizowanych w ramach danej placówki opieki zdrowotnej oraz w ramach sieci współpracujących ze sobą podmiotów sektora zdrowia, jak i w odniesieniu do procesów zewnętrznych (widocznych i odczuwalnych dla pacjenta), tj. zorientowanych bezpośrednio na beneficjenta usług zdrowotnych;

- 5) określenie czynników jakości obsługi pacjenta z perspektywy klienta, czyli finalnego odbiorcy usług opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem kontinuum procesu usługowego w rozwiązaniu określanym jako zintegrowana opieka zdrowotna;
- 6) konstrukcja narzędzi pomiarowych służących kompleksowej ocenie jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej, traktowanej jako rozwiązanie docelowe, rekomendowane również dla polskiego systemu zdrowia;
- 7) weryfikacja zbudowanych narzędzi pomiarowych w warunkach polskich, przy uwzględnieniu relacyjnego kontekstu proponowanej metodyki;
- 8) zaproponowanie empirycznego modelu oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej.

Do opracowania niniejszej monografii wykorzystano zróżnicowane metody badawcze, odwołując się do założeń triangulacji metodologicznej. Zastosowano analizę porównawczo-opisową, umożliwiającą zestawienie dotychczasowej wiedzy z nowymi zależnościami, analizę ekspercką o charakterze jakościowym oraz analizę statystyczną o charakterze ilościowym. W części teoretycznej przeprowadzono studia literaturowe (wykorzystano przy tym techniki analizy współcytowań i frekwencyjności), a także przegląd krajowych i międzynarodowych opracowań statystycznych oraz dokumentów źródłowych. Obszar poszukiwań obejmował źródła wtórne w postaci informacji udostępnianych m.in. przez WHO, Bank Światowy, Eurostat, OECD, a w perspektywie polskiej – przez Główny Urząd Statystyczny i Państwowy Zakład Higieny. W części empirycznej posłużono się natomiast badaniami eksperckimi (wykorzystano metodę delficką), wywiadami grupowymi zogniskowanymi z pacjentami przewlekle chorymi (*Focus Group Interview* – FGI), badaniami ankietowymi skierowanymi do pacjentów (*Paper and Pencil Interview* – PAPI) oraz studium przypadku.

Proces badawczy został podzielony na kilka etapów korespondujących z celami szczegółowymi monografii:

1. Etap pierwszy (teoretyczny) obejmował systematyczną analizę światowej literatury ciągłej z lat 1990–2013, zarówno publikacji krajowych, jak i międzynarodowych z zakresu ekonomiki zdrowia i dziedzin pokrewnych.

1A. Pierwszym zadaniem tego etapu badawczego była identyfikacja łą podejmowanych rozważań metodycznych, czyli determinant rozwoju zintegrowanej opieki zdrowotnej w perspektywie europejskiej, oraz określenie jej istoty i mechanizmów. Rozpoznanie tego zagadnienia stanowiło punkt wyjścia do budowy ścieżki postępowania w ocenie centralnej kategorii pojęciowej niniejszej książki, jaką jest jakość obsługi pacjenta.

1B. Drugie zadanie tego etapu badawczego wiązało się z interpretacją i rozwinięciem zagadnienia obsługi pacjenta, jej jakości oraz sposobów pomiaru w zintegrowanej opiece zdrowotnej w świetle dotychczasowego dorobku nauk ekonomicznych oraz doświadczeń międzynarodowych.

Oba zadania pierwszego etapu badawczego zmierzały do konceptualizacji podstawowych kategorii pojęciowych podejmowanej tematyki (tj. zintegrowanej opieki zdrowotnej, obsługi pacjenta oraz jej jakości), które stały się przedmiotem operacjonalizacji w kolejnych etapach badawczych.

2. Etap drugi (badawczy i jakościowy) obejmował dwie grupy badań jakościowych:

2A. Serię spotkań z ekspertami opieki zdrowotnej, dobranymi w sposób celowy (głównym kryterium doboru było doświadczenie zawodowe w organizowaniu opieki zdrowotnej, również tej zintegrowanej).

2B. Wywiad grupowy zogniskowany z pacjentami przewlekle chorymi.

3. Etap trzeci (statystyczny) dotyczył statystycznej analizy materiału empirycznego, zgromadzonego na etapie drugim. Zastosowane metody pozwoliły na weryfikację w sensie ilościowym zgromadzonych danych źródłowych, a w sensie jakościowym – stanowiły podstawę wnioskowania i ocen w kolejnych etapach badawczych.

Nadrzędnym celem tego etapu badawczego była budowa autorskich narzędzi pomiarowych, służących kompleksowej ocenie jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej.

4. Etap czwarty (badawczy, ilościowy i jakościowy) obejmował ilościowe badanie ankietowe, którego zadaniem była weryfikacja możliwości zastosowania zbudowanego narzędzia pomiarowego w warunkach polskich

z perspektywy usługobiorcy. Z kolei przy testowaniu opracowanego narzędzia po stronie podażowej posłużono się studium przypadku.

- 5. Etap piąty (opisowy)** polegał na formułowaniu uogólnień na podstawie przeprowadzonych studiów i badań. Jego zasadniczym celem była konstrukcja modelu oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej.

Modelowe ujęcie omawianych problemów i zamierzeń badawczych oraz proponowanych metod ich rozwiązania prezentuje rysunek 1.

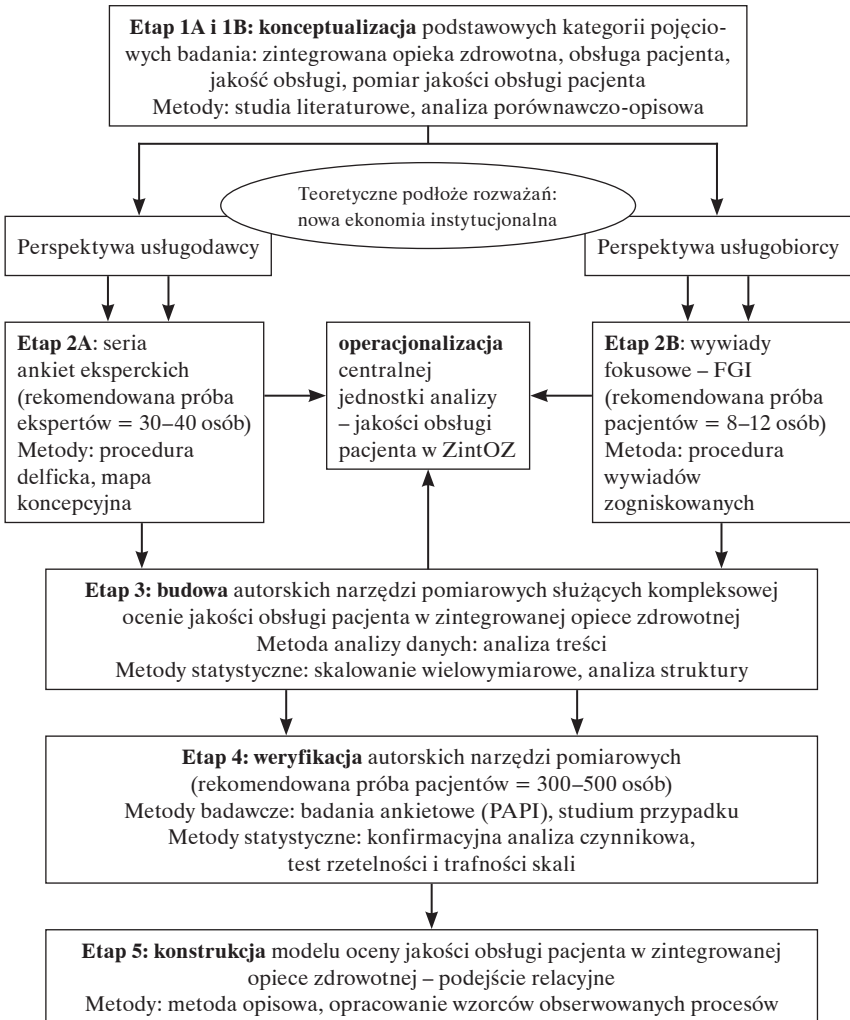
Przyjętemu celowi pracy i metodyce badawczej podporządkowana została struktura książki. Składa się ona z pięciu rozdziałów i aneksu. Rozdział pierwszy podejmuje zagadnienie zmiany paradygmatu opieki zdrowotnej. Autorka rozważa w nim czynniki warunkujące przemiany sposobów organizacji opieki zdrowotnej oraz jej dostarczania. Tłem podejmowanych w tym rozdziale rozważań jest zmieniający się profil demograficzno-epidemiologiczny współczesnych społeczeństw, głównie europejskich.

Rozdział drugi został poświęcony teoretycznym rozważaniom nad naturą współpracy międzyorganizacyjnej w opiece zdrowotnej. Kooperacja stanowi bowiem rdzeń integracji działań zorientowanych na potrzeby pacjentów przewlekle chorych. Wykładnią podejmowanych w tym rozdziale rozważań jest nowa ekonomia instytucjonalna. Ujmuje ona relacje kontraktowe między usługodawcami opieki zdrowotnej jako rodzaj instytucji, a sieci współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych – jako mechanizm koordynacyjny.

Rozdział trzeci charakteryzuje koncepcję zintegrowanej opieki zdrowotnej. Oprócz rozstrzygnięć definicyjnych zawiera dyskusję nad istotą, mechanizmami i instrumentarium zintegrowanej opieki zdrowotnej. Punktem wyjścia do prowadzonych tu rozważań jest Model Opieki Permanentnej E. Wagnera. Rozdział ten odwołuje się również do efektów tytułowego rozwiązania, ukazanych na podstawie systematycznych przeglądów literatury międzynarodowej.

Rozdział czwarty jest poświęcony dyskusji nad możliwością relacyjnego podejścia do obsługi pacjenta. Autorka prezentuje w nim kategorię obsługi pacjenta z perspektywy systemowej oraz poddaje analizie i ocenie dostępne metody pomiaru jakości tego teoretycznego konstruktu. W rozdziale tym dyskutowana jest również ciągłość jako wskaźnik oceny jakości obsługi pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Swoją wywód autorka wzbogaca dowodami empirycznymi, pochodzącymi z systemów ochrony zdrowia krajów rozwiniętych, w których wdrażana jest zintegrowana opieka zdrowotna.

Rysunek 1. Etapy procesu badawczego



gdzie:

ZintOZ – zintegrowana opieka zdrowotna

Źródło: opracowanie własne.

W rozdziale piątym prezentowana jest autorska metodyka oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej. Autorka odwołuje

jąc się do metodologii badań społecznych, konstruuje ścieżkę postępowania przy ocenie przedmiotowej kategorii. Posługuje się przy tym materiałem empirycznym zgromadzonym podczas realizacji projektu „Metodyka oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej”, realizowanym na zlecenie Narodowego Centrum Nauki w latach 2013–2014 (DEC-2012/05/B/HS4/02213) w panelu „Ekonomia, finanse, zarządzanie, demografia”. Rozdział ten zamyka przedstawienie autorskiego, hierarchicznego modelu oceny jakości obsługi pacjenta, uwzględniającego proponowane podejście relacyjne.

Oddając tę książkę do rąk Czytelnika autorka ma świadomość, że otwiera nią – a nie zamyka – dyskusję nad samą koncepcją zintegrowanej opieki zdrowotnej (w wymiarze ogólnym) oraz nad sposobami oceny jakości obsługi pacjenta w tym paradygmacie (w wymiarze szczegółowym).

OD FRAGMENTARYZACJI DO INTEGRACJI – PRZESŁANKI ZMIANY PARADYGMATU OPIEKI ZDROWOTNEJ

1.1. Czynniki lokowane po stronie popytu na usługi opieki zdrowotnej

Troska o zdrowie współczesnych społeczeństw jest wyrażana przez wiele międzynarodowych gremiów lokowanych na różnych szerokościach geograficznych, by wymienić tu Światową Organizację Zdrowia (WHO), Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Bank Światowy czy Komisję Europejską. W jednym z raportów Projektu EUGLOREH (*European Global Report on Health*) czytamy: „Podczas gdy wzrastający popyt na opiekę zdrowotną wymaga od społeczeństwa coraz to większych inwestycji, warto pamiętać, że zdrowie jest nie tylko źródłem wydatków, ale może być istotną determinantą wzrostu gospodarczego poprzez: wzrost produktywności personelu, zwiększoną podaż na rynku pracy, lepsze zdolności ludzkie oraz większe zasoby, które mogą być reinwestowane w kapitał intelektualny i fizyczny”¹⁶. Tymczasem to ludzkie zdrowie staje się obiektem wielu nowych zagrożeń.

Doniesienia WHO z lat 90. XX wieku, publikowane w jej raportach, wskazywały na dwutorowy rozwój zagrożeń stanu zdrowia ludności. Z jednej strony zagrożenia te wiązały się z istniejącym problemem chorób zakaźnych, szczególnie w odniesieniu do krajów ubogich, z drugiej – z gwałtownym rozprzestrzenianiem się chorób niezakaźnych, obserwowanym w krajach o wyższym statusie ekonomicznym. Perspektywa, którą przyjmują przywoływane dokumenty (Światowe Raporty Zdrowia z 1999 i 2000 roku), to spojrzenie na zdrowie ludzkie jako wynik – zarówno efekt funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, zorientowanych na promowanie, utrzymywanie i przywracanie zdro-

¹⁶ *The Status of Health in the European Union: Towards a Healthier Europe*, European Global Report on Health (EUGLOREH Project), publikacja on-line: 31.03.2009 (<http://www.epha.org/spip.php?article3439> [dostęp: 02.07.2013])

wia, jaki i efekt silnie determinowany czynnikami społeczno-ekonomicznymi¹⁷. Taka perspektywa wymusza spojrzenie na obciążenie społeczeństwa chorobami w kontekście jego rozwoju gospodarczego i społecznego, lokując czynniki ryzyka w otoczeniu (środowisku) i osobniczym stylu życia (zachowaniu).

Wiek XX w krajach regionu europejskiego WHO to czas dominacji chorób niezakaźnych, z wyraźną przewagą chorób cywilizacyjnych, jako przyczyny zachorowalności i śmiertelności populacji. Odpowiadają one za około 80% zgonów, zarówno w rozwiniętych gospodarczo krajach Europy Zachodniej, jak i w rozwijających się krajach Europy Środkowo-Wschodniej¹⁸. Dla porównania, w skali globalnej choroby niezakaźne są przyczyną 60% zgonów, w tym 32% z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy, 13% z powodu chorób nowotworowych, a 7% – z powodu chronicznych chorób układu oddechowego¹⁹. Szacunki WHO do 2015 roku wskazują na dalszy wzrost udziału chorób niezakaźnych – o 17% – jako przyczyn zgonów ogółem²⁰. Tendencja ta jest szczególnie widoczna w krajach rozwiniętych i bogatych, które na tle krajów ubogich cechuje zdecydowana dominacja chorób niezakaźnych jako przyczyn zgonów (wykres 1). Jak szacują eksperci Banku Światowego, ten niekorzystny trend utrzyma się, głównie za sprawą powszechnego występowania czynników ryzyka chorób przewlekłych, związanych z osobniczym stylem życia²¹. Są to głównie: niezrównoważona dieta i brak aktywności fizycznej, prowadzące do nadwagi lub otyłości i nadciśnienia tętniczego, oraz tzw. konsumpcja destrukcyjna (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, narkomania), sprzyjająca rozwojowi chorób układu krążenia i nowotworom. Biorąc pod uwagę genezę tak powstających schorzeń przewlekłych, określa się je niekiedy mianem chorób z dostatku²².

¹⁷ *The World Health Report 1999. Making a Difference*, World Health Organization, Geneva 1999; *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva 2000.

¹⁸ Światowa Organizacja Zdrowia szacuje ten odsetek dla regionu Europy na 86%. Zob. *The World Health Report 2004. Changing History*, World Health Organization, Geneva 2004, s. 87.

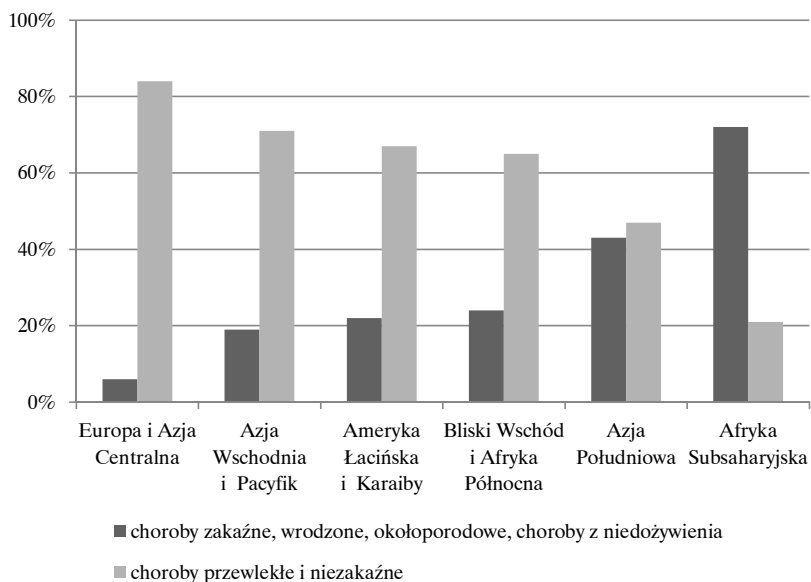
¹⁹ D.O. Abegunde [i in.], *The Burden and Costs of Chronic Diseases in Low-Income and Middle-Income Countries*, *The Lancet* 2007 (370), nr 9603, s. 1929–1938.

²⁰ *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*, World Health Organization, Geneva 2005, s. 34.

²¹ M. Suhrcke, R.A. Nugent, D. Stuckler, L. Rocco, *Chronic Disease: An Economic Perspective*, London 2006, s. 11 i n. Szczegółowy obraz występowania tych czynników, również w Polsce prezentują m.in. publikacje: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2008, s. 185 i n.; K. Szalotka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Warszawa 2011, s. 102 i n.

²² Zob. A.R. Omran, *The Epidemiologic Transition Theory Revisited Thirty Years Later*, *World Health Statistics Quarterly* 1998 (51), nr 2–4, s. 116.

Wykres 1. Zgony według głównych grup przyczynowych w przekroju regionów Banku Światowego



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Suhrcke, R.A. Nugent, D. Stuckler, L. Rocco, *Chronic Disease: An Economic Perspective*, London 2006, s. 12.

Wśród chorób niezakaźnych przeważają choroby przewlekłe (chroniczne), których cechami wspólnymi są: długi czas trwania (powyżej dwóch miesięcy), charakterystyczny przebieg (na ogół łagodniejszy niż w stanach ostrych, lecz przeplatany okresami ciszy i nawrotów) oraz specyficzne skutki medyczne (zwykle nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagające stałego leczenia)²³. Komisja Chorób Przewlekłych (*Commission on Chronic Illness*) zdefiniowała, ponad 40 lat temu, chorobę przewlekłą jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzo-

²³ Zob. R. Topór-Mądry, *Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2011 (9), nr 1, s. 26 i n.

Iga Rudawska – doktor habilitowany nauk ekonomicznych, profesor nadzwyczajny Uniwersytetu Szczecińskiego; stypendystka programów DAAD, fundacji Dekabana oraz profesor wizytujący w University of Vitez (Bośnia i Hercegowina); jej zainteresowania naukowe obejmują głównie: ekonomiczne problemy funkcjonowania sektora ochrony zdrowia, marketing usług opieki zdrowotnej, kształtowanie relacji rynkowych oraz metodykę pomiaru jakości usług; autorka ponad 150 publikacji naukowych, w tym kilku książek.

- Publikacja jest jedyną tego typu pozycją na rynku, w której kompleksowo omówiono zagadnienie integrowania procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej oraz obsługi pacjenta w modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej. Opracowanie zawiera:
 - przesłanki wprowadzania modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej,
 - uzasadnienie tego modelu z perspektywy teorii nauk ekonomicznych,
 - dyskusję nad metodami i narzędziami tytułowego rozwiązania,
 - nowatorskie, relacyjne ujęcie obsługi pacjenta,
 - propozycję modelu oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej.
- Swoim wywodem autorka otwiera dyskusję nad możliwością jednoczesnego podnoszenia jakości obsługi pacjenta i realizowania celów efektywnościowych stawianych przed systemami ochrony zdrowia. Proponuje relacyjne ujęcie obsługi pacjenta w perspektywie sieci współpracy podmiotów leczniczych, w tym – oparte na oryginalnych badaniach empirycznych – narzędzia oceny i pomiaru jakości tej obsługi.
- Adresatami publikacji są zarówno pracownicy naukowcy zajmujący się problematyką ekonomiki zdrowia i marketingu relacji w opiece zdrowotnej, studenci uczelni ekonomicznych różnych form kształcenia, jak i decydenci w systemie ochrony zdrowia oraz lekarze i menedżerowie kierujący podmiotami leczniczymi.

„Jest to owoc gigantycznej pracy. Jest napisana bardzo dobrym, dojrzałym językiem, styl znakomity, widać doświadczenie pisarskie Autorki, lektura wciąga czytelnika, w żadnym miejscu nie jest nużąca (...). Można tylko wyrazić żal, że takie dzieło nie ukazało się wcześniej, wtedy gdy pracowano nad reformą ochrony zdrowia. (...) Książka powinna być obowiązkową lekturą dla lekarzy, menedżerów ochrony zdrowia, pracowników NFZ, oczywiście dla studentów kierunków zarządzania w ochronie zdrowia oraz – chyba przede wszystkim – dla obecnych i przyszłych ministrów i wiceministrów resortu zdrowia”.

Prof. zw. dr hab. Jerzy Żyżyński

ISBN 978-83-264-3218-7



9 788326 432187

Cena 59 zł
(w tym 5% VAT)

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01

zamowienia.książki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl



9788326432187 W01P01