

KOORDYNOWANA OPIEKA ZDROWOTNA W PRAKTYCE

od POZ do POZ+

redakcja Magdalena Bogdan
Anna Owczarczyk, Paweł Żuk
Artur Prusaczyk, Sabina Karczmarz

AUTORZY

dr Magdalena Bogdan

Filip Domański

Marika Guzek

Błażej Jurewicz

Sabina Karczmarz EMBA

Anna Kordowska

Małgorzata Kalisz

Jolanta Michałowska

Marta Miros

dr Anna Owczarczyk

lek. Artur Prusaczyk

Maciej Prusaczyk

Leszek Średziński

dr hab. Piotr Tyszko

Tomasz Włodarczyk

dr Łukasz Zawitkowski

lek. Paweł Żuk

KOORDYNOWANA OPIEKA ZDROWOTNA W PRAKTYCE

od POZ do POZ+

redakcja Magdalena Bogdan
Anna Owczarczyk, Paweł Żuk
Artur Prusaczyk, Sabina Karczmarz

Zamów książkę w księgarni internetowej

profinfo.pl
księgarnia internetowa

Recenzentka
Dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ

Wydawczyni
Dagna Kordyasz

Redaktorka prowadząca
Paulina Staniszevska-Chudzik

Opracowanie redakcyjne
Joanna Maż

Projekt okładek serii
Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

prawolubni

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegając przystępujących 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.

Szanujmy prawo i własność
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2023

978-83-8328-306-7

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 728 313 462
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	9
Słowo wstępne	11
Wprowadzenie	13

Część I

Wybrane zagadnienia teoretyczne z zakresu opieki koordynowanej i zintegrowanej

Rozdział 1

Koordynowana i zintegrowana opieka zdrowotna – co warto wiedzieć (<i>dr Anna Owczarczyk</i>).....	21
1.1. Koordynowana opieka zdrowotna – czyli jaka?	22
1.2. Dziewięć filarów opieki zintegrowanej zdrowotnej według IFIC	32
1.3. Jakość w opiece zintegrowanej	37
1.4. Finansowanie usług w opiece koordynowanej	40

Rozdział 2

Model Scirocco – narzędzie oceny dojrzałości do implementacji opieki koordynowanej/zintegrowanej. Przykłady opieki zintegrowanej w wybranych obszarach „Scirocco” (<i>dr Anna Owczarczyk, Filip Domański</i>).....	47
2.1. Model Scirocco – czy jestem gotowy na opiekę koordynowaną?	47
2.2. Infrastruktura cyfrowa – SAM:BO i Ogólna Platforma Telemedyczna w regionie Danii Południowej	55

2.3. Podejście populacyjne – stratyfikacja populacji w Kraju Basków	58
2.4. Koordynacja procesów – współpraca profesjonalistów medycznych w Słowenii	61
2.5. Wzmocnienie roli pacjentów – program „Moja cukrzyca, mój sposób” (MCMS) w Szkocji	64
2.6. Struktura i zarządzanie oraz eliminowanie barier – zespoły wielodyscyplinarne w Irlandii	68

Rozdział 3

Uwarunkowania biznesowo-organizacyjne wdrażania opieki koordynowanej: strategie budowania wartości opieki koordynowanej

(<i>Błażej Jurewicz, dr Łukasz Zawitkowski</i>)	73
3.1. Zdrowotna kostka Rubika	73
3.2. Wdrażanie strategii biznesowej	75
3.3. Odpowiedzialność za efekty	78
3.4. Wnoszenie wkładu w wyniki zespołu	79
3.5. Czy myślenie boli?	84

Rozdział 4

Rola strategii w podnoszeniu wartości firmy działającej

w ochronie zdrowia (<i>Błażej Jurewicz, dr Łukasz Zawitkowski</i>) ..	90
4.1. Efektywność	92
4.2. Proaktywność w realiach VUCA	96
4.3. Poprawne reagowanie w realiach VUCA	100
4.4. Łańcuchy zdarzeń i koordynacja	111
4.5. Co jest ważniejsze: efektywność czy adaptacja?	114

Rozdział 5

Kompetencje personelu medycznego a efektywność opieki nad pacjentem w ramach POZ (*dr Magdalena Bogdan*)

5.1. Wstęp	119
5.2. Istota i znaczenie kompetencji personelu medycznego ...	120
5.3. Znaczenie i pomiar kompetencji twardych personelu medycznego	122
5.4. Lista kompetencji twardych kadry medycznej	124
5.5. Znaczenie i pomiar kompetencji miękkich personelu medycznego	126
5.6. Empatia a efektywność opieki nad pacjentem	127

5.7. Inteligencja emocjonalna a efektywność opieki nad pacjentem	134
5.8. Kompetencje społeczne a efektywność opieki nad pacjentem	136
5.9. Efektywność opieki nad pacjentem w POZ	138
5.10. Pomiar efektywności opieki nad pacjentem w POZ	142

Rozdział 6

Opieka koordynowana w systemie polityk zdrowotnych

(<i>dr hab. Piotr Tyszko, Artur Prusaczyk, dr Magdalena Bogdan</i>)	144
6.1. Wstęp	144
6.2. Badanie oddziaływania opieki koordynowanej – <i>Health Policy Impact</i>	150

Część II

Wybrane zagadnienia praktyczne z zakresu opieki koordynowanej i zintegrowanej

Rozdział 7

Rola POZ w ochronie zdrowia i jej organizacja w modelu

„SMOK” (<i>Paweł Żuk, Artur Prusaczyk</i>)	157
7.1. Znaczenie POZ w ochronie zdrowia	157
7.2. Uwarunkowania wdrożeniowe opieki koordynowanej w ramach POZ	159

Rozdział 8

Organizacja pracy przychodni (*Marika Guzek, Paweł Żuk,*

<i>Marta Miros, Jolanta Michałowska, Małgorzata Kalisz, Anna Kordowska, Artur Prusaczyk</i>)	170
8.1. Rodzaje wizyt u lekarza rodzinnego	170
8.2. Harmonogram pracy lekarza rodzinnego	174
8.3. Istota pracy zespołowej w POZ	177

Rozdział 9

Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi (*Paweł Żuk,*

<i>Artur Prusaczyk, Marika Guzek, Jolanta Michałowska</i>)	184
9.1 Model opieki dyspanseryjnej w CMD	187
9.2. Model stratyfikacji pacjentów POZ	194

Rozdział 10**Zasady prowadzenia zdrowego finansowania opieki**

koordynowanej (<i>Artur Prusaczyk, Paweł Żuk, Małgorzata Kalisz, Anna Kordowska, Sabina Karczmarz, Tomasz Włodarczyk, Leszek Średziński, Błażej Jurewicz, dr Łukasz Zawitkowski</i>)	200
10.1. Historia modelowania finansowego i organizacyjnego w CMD	201
10.2. Efektywne płacenie za kompleksową opiekę w POZ	203
10.3. Podział obowiązków w zespole i wycena pracy poszczególnych jego członków	206

Rozdział 11**Rola projektów badawczo-wdrożeniowych w rozwoju POZ**

(<i>Anna Kordowska</i>)	210
11.1. Planowanie założeń projektowych	212
11.2. Wdrażanie projektu i zarządzanie nim	216

Rozdział 12**Sposoby badania satysfakcji i doświadczeń pacjenta**

(<i>Maciej Prusaczyk</i>)	220
12.1 Budowa kwestionariusza doświadczeń pacjenta	221
12.2. Skuteczna realizacja badania	222
12.3. Sposoby kontaktu z pacjentem	225

Rozdział 13**Bieżące wyzwania związane z informatyzacją**

opieki zdrowotnej (<i>Maciej Prusaczyk</i>)	227
--	-----

Bibliografia	231
-------------------------------	-----

O Autorach	237
-----------------------------	-----

SŁOWO WSTĘPNE

Z przyjemnością oddajemy w ręce czytelników książkę pt. „Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce. Od POZ do POZ+” pod redakcją dr Magdaleny Bogdan, dr Anny Owczarczyk, lek. Pawła Żuka, lek. Artura Prusaczyka i Sabiny Karczmarz EMBA.

Monografia w sposób przekrojowy przedstawia teoretyczne i praktyczne aspekty opracowania planu oraz wdrożenia organizacji opieki koordynowanej w POZ, które opisujemy na podstawie ponad 20-letnich doświadczeń w prowadzeniu firmy medycznej z ponad 100 tys. pacjentów pod opieką na obszarze wschodniego Mazowsza.

Rozdziały początkowe, zawierające podstawowe koncepcje w zakresie opieki koordynowanej i zintegrowanej, umożliwiają lepsze zrozumienie niniejszej tematyki i jej wpływu na efektywność systemów ochrony zdrowia. Kolejne rozdziały stanowią kompendium praktycznej wiedzy na temat organizacji koordynowanej opieki w podstawowej opiece zdrowotnej w celu efektywnej i skutecznej realizacji jej podstawowych funkcji dla pacjentów, czyli zarządzania dostępnością, zarządzania zdrowiem pacjentów poprzez profilaktykę i edukację oraz opieki nad pacjentami chorymi przewlekle. Książka przybliży również aspekty aktywnej komunikacji i edukacji pacjentów oraz badania ich doświadczeń z uczestnictwem w takiej formie opieki. Niewątpliwą wartością są wyniki analizy wpływu kompetencji personelu medycznego na efektywność opieki nad pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej. W podsumowaniu przedstawiamy, jak opieka koordynowana wpływa na realizację polityk zdrowotnych i budowę wartości systemowej.

Na wstępie warto także wspomnieć, iż pierwszym realnym programem opieki koordynowanej był program ABCDE opracowany w 2008 r. i konsekwentnie wdrażany na przestrzeni lat w CMD. Jego celem było usprawnienie dostępności opieki w lecznictwie otwartym, edukacja pracowników i pacjentów, wzrost uczestnictwa w programach profilaktycznych oraz poprawa opieki nad pacjentami przewlekle chorymi (z wykorzystaniem dodatku za program leczenia chorób przewlekłych układu krążenia i cukrzycy). Doświadczenia, analizy oraz wnioski z realizacji programu zostały wniesione do prac zespołu Banku Światowego i NFZ w ramach projektu POZ PLUS, a następnie były filarem prac Zespołu ds. zmian POZ powołanego przez Ministra Zdrowia w latach 2021–2022.

Jesteśmy przekonani, że nasze doświadczenia poparte wynikami populacyjnymi i licznymi przykładami praktycznymi mogą stanowić źródło wiedzy i wsparcia dla menedżerów ochrony zdrowia zainteresowanych podnoszeniem efektywności, lekarzy chcących zapoznać się z aspektami pracy zespołowej, decydentów politycznych – wszystkich, którym zależy na transformacji systemu w kierunku budowy wartości. Obecnie wdrażane reformy systemu ochrony zdrowia, jak wynika z analizy doświadczeń międzynarodowych, są niezbędnym etapem przejściowym do modelu usług zintegrowanych i dojrzałych rozwiązań typu *health maintenance organization* i *shared savings*.

WPROWADZENIE

Problemy zdrowotne Polaków w większości nie różnią się od problemów zdrowotnych obywateli innych rozwiniętych gospodarczo państw. Globalnie występujące choroby cywilizacyjne znacznie dotknęły również społeczeństwo polskie. Polska od 2009 r. zaczęła odnotowywać niewielki wzrost ludności i na koniec 2019 r. osiągnęła liczbę 38 383 tys. mieszkańców, co stanowiło 7,4% ogółu ludności krajów UE28, plasując ją na 6. miejscu wśród krajów Unii. Jednocześnie Polska jest jedną z najmłodszych populacji w Europie. Jak wynika z prognozy Eurostatu, ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać i szacuje się, że w roku 2060 będzie ona krajem o najwyższym odsetku seniorów. Za kilkanaście lat w wiek senioralny wejdzie co trzeci Polak. Najbardziej znamienne jest to, że w Polsce szybciej niż w innych krajach europejskich powiększa się populacja osób, które ukończyły 80. rok życia¹.

Już obecnie procent społeczeństwa senioralnego, czyli starszych niż 65 lat Polaków, którzy żyją samotnie, to 28,2%, a odsetek aktywnych zawodowo seniorów w wieku 65–74 lat to 7,7%. Zachodzące zmiany w strukturze wieku ludności i problem starzenia się populacji znajdują swoje odbicie w rosnącej liczbie przypadków wielochorobowości. Przez ponad połowę swojego życia po ukończeniu 65 lat Polacy cierpią na choroby przewlekłe i niepełnosprawność. Według OECD w tej grupie wiekowej 34% osób ma przynajmniej jedną cho-

¹ NIZP-PZH report: Health situation of the Polish population and its determinants; <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzh-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwiedzowania/> (dostęp: 12.12.2022)

robę przewlekłą, a 35% Polaków > 65 lat cierpi z powodu dwóch lub więcej chorób przewlekłych. 23% 65-latków i starszych zgłasza problemy z niepełnosprawnością, a tendencja ta jest rosnąca. Prawie połowa (46%) społeczeństwa 65+ deklaruje występowanie objawów depresji. Problem wielochorobowości zaczyna również dotyczyć coraz młodszej grupy Polaków².

Ogromnym problemem zdrowotnym stała się cukrzyca. Szacuje się, że w Polsce jest ponad 3 mln ludzi chorujących na cukrzycę (8% ludności), a do 2040 r. liczba ta ma wzrosnąć o kolejny milion (11%). Rocznie z powodu cukrzycy umiera ponad 21 tys. Polaków³.

Należy wspomnieć także o wzrastającym i poważnym problemie dotyczącym chorób neurodegeneracyjnych. Najczęściej występującą chorobą neurodegeneracyjną jest Alzheimer. Według danych Institute for Health Metrics and Evaluation w 2019 roku na tę chorobę i choroby pokrewne chorowało w Polsce 585 tys. osób, co stanowiło 1,5% populacji⁴.

Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat choroby układu krążenia (ChUK) odpowiedzialne za ok. 43,3% ogółu zgonów, choć natężenie umieralności z powodu ChUK stopniowo zmniejsza się od 1991 r. W tej grupie chorób zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów są choroby serca (60,6% ogółu zgonów z powodu ChUK), znacznie rzadziej są to choroby naczyń mózgowych (ChNM) (17,3% zgonów ChUK). Zagrożenie życia zarówno chorobami serca, jak i ChNM jest w Polsce znacznie większe niż w większości krajów UE, ale tylko w przypadku ChNM ta niekorzystna różnica zmniejsza się⁵.

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25,8% ogółu zgonów). Największym zagrożeniem jest rak tchawicy, oskrzela i płuca (większym niż dla ogółu mieszkańców

² NIZP-PZH report: Health situation...

³ NIZP-PZH report: Health situation...

⁴ Global Burden of Disease (GBD), <https://www.healthdata.org/gbd/2019>, (dość: 13.02.2023).

⁵ NIZP-PZH report: Health situation...

UE), a współczynniki umieralności z jego powodu maleją tylko wśród mężczyzn⁶.

Status opieki nad pacjentami chorymi przewlekle w podstawowej opiece zdrowotnej jest ściśle uzależniony od kondycji i organizacji tego sektora. Obecnie największym wyzwaniem jest niedostateczna liczba lekarzy pierwszego kontaktu. OECD wskazuje, że w Polsce ogólnie istnieje utrudniony dostęp do ochrony zdrowia, którego głównym podłożem jest nieefektywna organizacja opieki połączona z niedoborami pracowników medycznych. Braki te w placówkach publicznych (szczególnie lekarzy i pielęgniarek) są jednymi z najdotkliwszych w Europie.

OECD w swoim raporcie o systemie zdrowia w Polsce wskazuje, iż poziom możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku schorzeń, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych, należy do najwyższych w Europie i ukazuje braki w świadczeniu podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Sytuacja ta dotyczy w szczególności takich chorób, jak: astma i POChP, zastoinowa niewydolność serca oraz cukrzyca.

W ramach analizy funkcjonowania niniejszego sektora warto również wspomnieć o programie wzmożonej opieki nad pacjentem chorym przewlekle w związku z leczeniem cukrzycy i ChUK w POZ z 2008 r., który przyniósł wiele korzyści, a zasady jego realizacji wstępnie inicjowały dzisiejszy kierunek rozwoju POZ. Pozwolił na identyfikację grup pacjentów ze schorzeniami, które wymagają specjalnej opieki (ChUK i cukrzyca). Był to pierwszy krok do zbudowania dyspensaryzacji, a następnie stratyfikacji, których dotyczy omawiany w ramach niniejszego opracowania model CMD. Program ten usprawnił proces opieki – nadał jej pewien kwartalny rytm. Pozwolił na rozpoczęcie rozwoju systemów IT w kierunku koordynacji, powstały załączki teleopieki, umawianie wizyt, przypomnianie o wizytach (SMS, telefon). Zaczęto stosować standaryzację ścieżek opieki oraz wytyczne odpowiednich towarzystw naukowych. Program pozwolił na powstanie koordynacji zespołowej oraz współpracę między

⁶ NIZP-PZH report: Health situation...

Rozdział 1

KOORDYNOWANA I ZINTEGROWANA OPIEKA ZDROWOTNA – CO WARTO WIEDZIEĆ

(dr Anna Owczarczyk)

Koordinowana opieka zdrowotna to termin, który coraz częściej pojawia się w dyskusjach dotyczących poprawy jakości świadczenia usług medycznych oraz efektywności wykorzystania zasobów (kadry, sprzętu, środków finansowych) przeznaczanych na ochronę zdrowia. Owa jakość i efektywność nabierają istotnego znaczenia, zwłaszcza gdy dokonamy analizy czynników determinujących stan zdrowia polskiego społeczeństwa oraz wpływających na kondycję systemu ochrony zdrowia w najbliższych latach. Wśród kluczowych, zwłaszcza tych negatywnych determinantów wymienia się:

- sytuację postpandemiczną – gdy prognozuje się długofalowe skutki SARS-CoV-2, a także braku dostępności do usług medycznych z powodu ograniczeń pandemicznych („dług zdrowotny”) zarówno w kontekście pojedynczych pacjentów, jak i całego systemu ochrony zdrowia;
- trendy demograficzne, które skłaniają do intensyfikacji działań związanych z organizacją opieki geriatrycznej i opieki nad pacjentem przewlekle chorym;
- sytuację znacznej fragmentacji opieki zdrowotnej i braku skutecznego przepływu informacji między podmiotami ją realizującymi, co może skutkować ograniczonym dostępem do informacji o stanie zdrowia pacjenta;

- rosnące nakłady na ochronę zdrowia, które bez właściwego opomiarowania będzie można uznać za nadal marnotrawione.

Świadomość tych tendencji i tzw. wąskich gardeł czy nawet barier występujących w naszym systemie ochrony zdrowia skłania do poszukiwania rozwiązań, które: usprawnią świadczenie usług, podniosą jakość opieki medycznej i profilaktyki, zapewnią ciągłość tej opieki, jednocześnie zoptymalizują nakłady na ochronę zdrowia w odniesieniu do uzyskiwanych efektów.

Opieka koordynowana nie jest rewolucją systemu zdrowotnego (choć na pewno rewolucją w sensie podejścia do procesu świadczenia usług medycznych). To nie moda, która przeminie i zastąpi ją kolejny pomysł na zarządzanie w opiece zdrowotnej. To wymóg obecnych czasów i okoliczności, który implikuje korzystne zmiany zarówno dla pacjenta, świadczeniodawcy, jak i w dłuższym okresie – dla płatnika.

Celem tego rozdziału jest przedstawienie istoty opieki koordynowanej i udzielenie odpowiedzi na pytania:

- Czym jest koordynacja opieki zdrowotnej w modelu koordynowanej opieki zdrowotnej?
- Jak definiowana jest jakość w opiece zintegrowanej?
- Czym jest *triple-aim*?
- Czym jest i jak działa model cappuccino? – czyli jak można finansować usługi opieki zdrowotnej.
- Gdzie już funkcjonuje model opieki zintegrowanej/koordynowanej? – czyli kilka przykładów międzynarodowych.

1.1. Koordynowana opieka zdrowotna – czyli jaka?

Koordynowana opieka zdrowotna (KOZ) często jest mylona i utożsamiana z pojęciem opieki zintegrowanej. Tym samym wywołuje niepotrzebny niepokój wśród potencjalnych realizatorów i odbiorców. Istnieją także opracowania, w których opieka zintegrowana

i koordynowana są traktowane jako pojęcia tożsame⁷. Dlatego warto w tym miejscu doprecyzować, czym jest opieka koordynowana, oraz wyjaśnić różnice między opieką zintegrowaną a koordynowaną.

Zintegrowana opieka zdrowotna (*integrated healthcare system*) to pojęcie o bardzo pojemnym znaczeniu, znacznie szerszym niż opieka koordynowana (*managed healthcare, managed care*). Definiowana jest jako spójny i skoordynowany zbiór usług, które są zaplanowane, zarządzane i dostarczane indywidualnym beneficjentom przez szereg współpracujących ze sobą organizacji medycznych i niemedycznych⁸ (np. ośrodki pomocy społecznej: GOPS, MOPS, centra usług społecznych CUG czy ubezpieczycieli). W przypadku opieki zintegrowanej możemy mówić o rozwiązaniach strukturalno-systemowych, które łączą w sobie różne poziomy opieki i wymagają ścisłej współpracy poszczególnych świadczeniodawców w ramach jednego przedsięwzięcia (np. w przypadku opieki geriatrycznej: lekarza POZ, lekarza specjalisty, GOPS, CUG, członków rodziny).

I. Rudawska proponuje wyróżnić trzy poziomy integracji opieki zdrowotnej⁹:

1. Makro, czyli 1) powiązania międzysektorowe (opieka zdrowotna i opieka społeczna, tj. opieka środowiskowa, ambulatoryjna, dzienna i stacjonarna oraz socjalna), 2) uspołnienie polityki społecznej i zdrowotnej oraz 3) jasne określenie ośrodka decyzyjnego (rządu lub samorządu), który dokonuje decyzji o alokacji zasobów przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Na tym poziomie istotne staje się podejście kompleksowe obejmujące harmonizację

⁷ M. Ouwens, H. Wollersheim, R. Hermens, M. Hulscher, R. Grol, *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews*, „International Journal for Quality in Health Care” 2005/17/2, s. 141–146; K.M. Lemmens, A.P. Nieboer, R. Huijsman, *A systematic review of integrated use of disease-management interventions in asthma and COPD*, „Respiratory Medicine” 2009/103/5, s. 670–691.

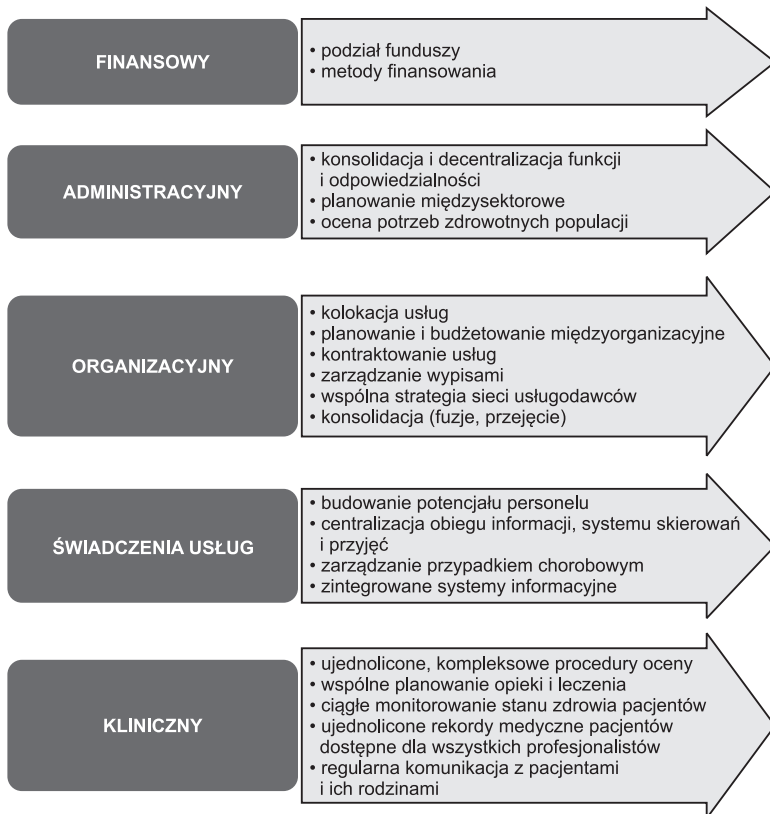
⁸ *Integrated Health Care in Europe. Description and comparison of Integrated Care in six EU Countries*, red. A. van Raak, Reed Business, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003, s. 12.

⁹ I. Rudawska, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, Warszawa 2014, s. 101–104.

struktury i funkcji danego systemu opieki zdrowotnej, finansowania, norm i wartości uznawanych przez wszystkich uczestników tego systemu.

2. Mezo, czyli integracji, która organizuje opiekę zdrowotną w taki sposób, aby różne typy usług (podstawowe, ambulatoryjne, specjalistyczne itd.) były świadczone jako spójny proces zarówno w grupie organizacji jednego szczebla, jak i między ich szczeblami (integracja kliniczna). Istotą integracji na szczeblu mezo jest zapewnienie ciągłości opieki.
3. Mikro, czyli integracji przedstawianej z perspektywy pacjenta, która polega na multidyscyplinarnym podejściu do niego i takim zorganizowaniu świadczeń medycznych, aby zapewnić mu continuum leczenia, nie tylko podstawowej jednostki chorobowej, ale też innych współistniejących.

Ta sama Autorka wymienia (za D.L. Kodner i C. Spreeuwenberg) pięć obszarów integracji opieki zdrowotnej: finansowy, administracyjny, organizacyjny, świadczenia usług (procesowy), kliniczny.

Schemat 1.1. Charakterystyka pięciu obszarów integracji opieki zdrowotnej

Źródło: I. Rudawska, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, Warszawa 2014, s. 107.

G. Schrijvers w książce *Integrated care. Better and cheaper* (w wersji polskiej *integrated care* zostało przetłumaczone jako „opieka koordynowana”) powołując się na P. Valentijna, przedstawia podobną koncepcję opieki zintegrowanej¹⁰. Kładzie on jednak nacisk na rolę

¹⁰ G. Schrijvers, *Integrated care. Better and cheaper*, Amsterdam 2016, s. 29, <https://guusschrijvers.nl/wp-content/uploads/2019/12/Integrated-Care-Better-and-Cheaper.pdf>, za: P. Valentijn [i in.], *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*, „Journal of Integrated Care” 2013, Jan–Mar.

Wdrażanie opieki koordynowanej polega na poszerzeniu możliwości diagnostycznych i leczeniu najczęstszych chorób przewlekłych u lekarza rodzinnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Dzięki lekturze tej książki czytelnik dowie się, czym różni się opieka koordynowana od opieki zintegrowanej, pozna najważniejsze metody i narzędzia do jej przygotowania i wdrożenia, dowie się, jaki wpływ mają kompetencje personelu medycznego na efektywność opieki nad pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej, zdobędzie wiedzę, jakie działania należy podjąć, aby usprawnić dotychczasowy model opieki zdrowotnej.

Poradnik został napisany przez praktyków – prekursorów opieki koordynowanej w Polsce w oparciu o wieloletnie doświadczenie zdobyte w Centrum Medyczno-Diagnostycznym w Siedlcach.

Książka jest przeznaczona dla podmiotów zarządzających podmiotami leczniczymi w sektorze ochrony zdrowia, a zawarte w niej praktyczne wskazówki przydadzą się także menedżerom zespołów lecznictwa otwartego oraz pracownikom naukowym i studentom uczelni medycznych.



9788383283067 W01P01

Kup e-book i czytaj
w aplikacji Smarteca

ISBN 978-83-8328-306-7



9 788383 283067

ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA: 801 04 45 45

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLWER.PL

WWW.PROFINFO.PL



CENA 129 ZŁ (W TYM 5% VAT)