



Poziomy i zakres koordynacji opieki zdrowotnej

Jacek Michalak



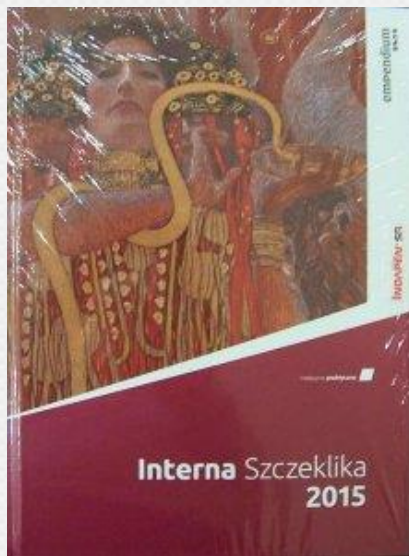
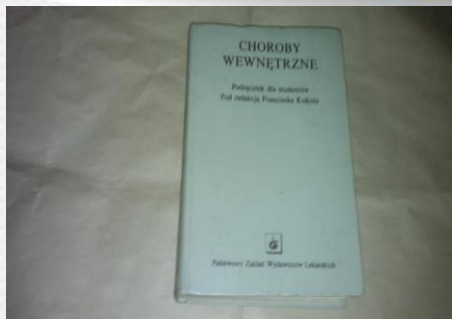
UM

UNIwersYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI

Wybrane problemy - do rozwiązania

- Złożoność omawianej materii
- Role pacjentów, pielęgniarek, lekarzy, płatnika
- Konieczność prowadzenia badań – przede wszystkim przez zespoły multidyscyplinarne m.in. wykorzystanie marketingu, zarządzania ryzykiem i logistyki
- Koordynowana opieka zdrowotna narzędziem czy celem samym w sobie?
- Elastyczna koordynacja – w zależności od konkretnej sytuacji

Interna 1965 - 2015



Diagnozowanie jest procesem

1. Objawy podmiotowe (dolegliwości)
2. Objawy przedmiotowe
3. Diagnoza wstępna
4. Badania uzupełniające
5. Konsultacje
6. Diagnostyka różnicowa
7. **Diagnoza ostateczna** (raczej końcowa)
8. **Terapia**
9. Prognoza (rokowanie)
10. Ewentualnie *diagnosis ex iuvantibus*

NFZ płaci tylko za to ,
wg ustalonych stawek
punktowych,
niezależnie od
złożoności procesu
diagnostyki

Druga składowa JGP
Procedury

- **14 300 rozpoznań** wg klasyfikacji ICD-10 dla kategorii 4-znakowej
- 69 900 w kategorii 3 – 7 znaków
- **Ponad 8 tysięcy** procedur w NFZ
- Nomenklatura kliniczna SNOMED–CT ~ **1 929 000 elementów**
 - 283 000 kodów pojęć (active concept codes)
 - 732 000 opisów
 - 923 000 relacji – związków

Diagnozy – u konkretnego pacjenta

1. Zawał dolnej ściany mięśnia sercowego
2. u osoby chorej na cukrzycę
3. i miażdżycę,
4. cierpiącej na przewlekłą, zastoinową niewydolność krążenia
5. *Blok przedniej wiązki pęczka Hisa*
6. Nadciśnienie tętnicze ze zmianami w nerkach i siatkówce
7. Udar mózgu przebyty przed 3 laty
8. Nikotynizm od 20 lat
9. Otyłość znacznego stopnia
10. Zmiany zwyrodnieniowe stawów śródstopia
11. Kamica nerkowa
12. Kolka wątrobowa w przebiegu kamicy
13. Żylaki podudzi
14. Demencja starcza

Kto ma koordynować?
W jakim zakresie ?
Kiedy ?

Porównania

- Holandia 946 pkt. - pierwsze miejsce w Europie
- Polska 523 pkt. - przedostatnie miejsce w Europie

EHCI 2015

- Holandia 5131 USD rocznie per capita (ok. 11% PKB)
- Polska 1530 USD rocznie per capita (4,4% PKB)

OECD 2015

Najbardziej efektywna opieka zdrowotna

- Polska 22 miejsce (52,4 pkt)
- USA 44 miejsce (34,3 pkt)

Bloomberg 2014

Podstawowe pytania

- Czy zdrowie jest wartością? Dobrem publicznym? Inwestycją?
- Czy chcemy być dobrze, tanio i skutecznie leczeni? Czy też raczej chcemy być zdrowi? A leczeni dopiero w razie konieczności.
- Kto chodzi do lekarza? A kto leczony jest w szpitalu?
- Koordynowanie ponad lekarzem i pacjentem czy z udziałem lekarzy i pacjentów?
- Jakie są skutki dotychczasowych działań?

Stan zdrowia czy jakość życia?

Covinsky K.E. i wsp.: Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? The American Journal of Medicine, 1999, 106 (4) 435–440

- **Wyniki:** Jakość życia korelowała ze stanem zdrowia dla każdej z badanych skal ($P < 0.001$). Korelacja między jakością życia a sprawnością fizyczną ($r=0,72$); i stresem psychicznym ($r=0,70$)
- dla znaczącej mniejszości pacjentów wartości parametrów zdrowia **nie korelowały** z jakością życia. Np. jakość życia jako kiepską (poor), oceniało 15% sprawnych fizycznie, 21% bez stresu psychicznego (najlepszy tertyl) i 30% pacjentów bez dolegliwości bólowych.
- Z kolei jakość swojego życia **jako dobrą** oceniło 43% pacjentów z **najgorszego** tertyla sprawności fizycznej, **49% z najgorszego tertyla** z co najmniej dwóch rodzajów codziennej aktywności fizycznej, 47% z najgorszego tertyla stresu psychicznego i **51% pacjentów z poważnym bólem**.

Jeżeli zdrowie jest najważniejsze

- Czy pacjent jest odpowiedzialny za swoje zdrowie?
- Skąd się biorą kolejne pokolenia palaczy?
- Dlaczego kobiety w ciąży palą papierosy?
- Dlaczego ponad 30% pacjentów nie przestrzega zaleceń lekarskich?
- Czemu badania profilaktyczne pracowników w znacznym stopniu są fikcją ?
- Ilu mamy znachorów i kto jest pacjentem znachora?

Koordynowana opieka - Asklepios i jego dzieci

Synowie:

1. **Podaleiros** (diagnosta i internista),
2. **Machaon** (chirurg - zginął pod Troją zabity przez Amazonkę)
3. Telesfor (służący Asklepiosowi)
4. Aratus (spoza branży).

Córki

1. **Panakeia** (leki),
2. Iaso (uzdrawianie),
3. **Higeia** (przyrodnia siostra Panacei, profilaktyka)
4. Aceso (bogini splendoru)
5. Aglea (spoza branży).



Jak wygląda słoń ?



- Evidence-based Medicine – populacja
- Patient-oriented Medicine – indywidualny pacjent
- Personalized medicine – wykorzystanie genetyki i proteomiki – indywidualizacja terapii
- 40 definicji KOZ
 - Coordinated healthcare
 - Integrated healthcare

Koordynowana opieka medyczna – model administracyjny

Koordinacja opieki zdrowotnej powinna być zapewniona przez

- lekarza rodzinnego – w stosunku do pacjentów
- samorząd
 - gmina – poz,
 - powiat - poradnie i szpital I poziomu referencyjnego
 - województwo – wojewódzki plan zdrowotny, szpitale II poziomu referencyjnego
- ministra zdrowia – Narodowy Plan Zdrowia,
- premiera i rząd - Narodowy Program Zdrowia

A co z pogotowiem ?

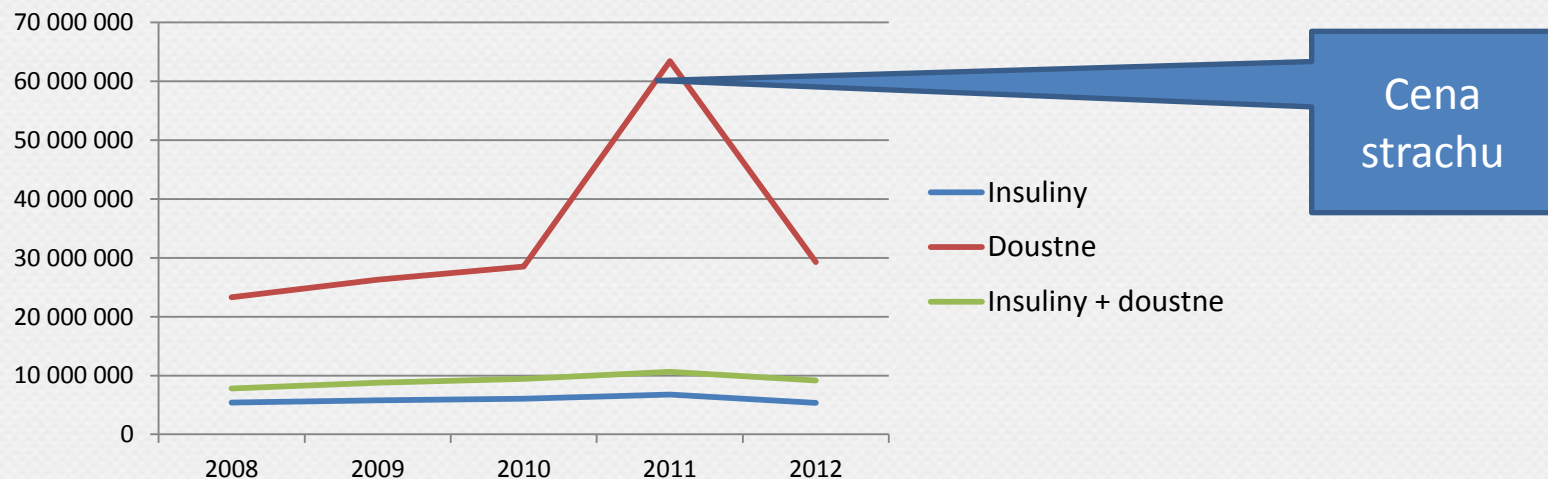
Rezultaty?

- Zespoły Opieki Zdrowotnej (1975-1990) pełna integracja, pionowe zarządzanie, jednolite finansowanie. I co? Rozwiązane przy pełnej akceptacji lekarzy i pacjentów.
- Oddolne odtwarzanie struktur np. przychodni rejonowej, czy poradni przyszpitalnych przez NZOZy. Dlaczego?
- Ani Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, ani tzw. „pakiet onkologiczny” mimo wprowadzenia karty DiLO i kilku innych administracyjnych rozwiązań, nie wpłynęły znacząco na poziom integracji kolejnych etapów leczenia onkologicznego.

Wpływ pacjentów

	Insuliny	Doustne	Insuliny + doustne
2008	5 402 959	23 277 173	7 796 832
2009	5 787 993	26 271 430	8 788 316
2010	6 041 681	28 483 370	9 410 509
2011	6 749 434	63 388 680	10 601 273
2012	5 371 608	29 263 322	9 150 608

Liczba opakowań



Koordynowanie opieki zdrowotnej

- Orientacja transakcyjna czy relacyjna?
- sprzedawca (4P)
 - Product
 - Price
 - Promotion
 - Place
- kupujący (4A)
 - Awareness
 - Acceptable
 - Available
 - Affordable

Logistyka

1. Right product
2. Right quality
3. Right condition
4. Right place
5. Right time
6. Right customer
7. Right price

1. Poziom podstawowy – pacjent jako koordynator
 - zgłasza się (lub nie),
 - stosuje leki (lub nie),
 - wyraża zgodę na leczenie (lub nie),
 - rezygnuje z leczenia (lub nie)
2. Poziom pierwszy
 - Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinny?) jako główne źródło informacji o możliwościach leczenia – ewentualne skierowania, przejmowanie pacjentów po konsultacjach specjalistycznych.
3. Poziom drugi i trzeci.
 - W zależności od rodzaju choroby (podejrzenia choroby – diagnostyka różnicowa) – koordynatorem staje się specjalista. Po ewentualnym ustabilizowaniu choroby – pacjent wraca do lekarza poz, okresowo konsultacje ze specjalistą. W przypadku współchorobowości (co-morbidity) - konsylium. O zwołaniu konsylium decyduje specjalista.

Warunki powodzenia / najważniejsze zagrożenia

- Eliminacja konfliktów strukturalnych, wbudowanych w obecny „system ochrony zdrowia”
- Włączenie opieki farmaceutycznej
- Włączenie pielęgniarek środowiskowych
- Sprawna komunikacja, zwłaszcza zwrotna między specjalistami a poz.
- Elastyczność rozwiązań organizacyjnych
- Włączenie medycyny pracy do systemu (*ill-health*)
- Rozliczenia finansowe
- Monitorowanie zmian
- **Primum non disturbare**