Wybrane aspekty opieki koordynowanej nad osobami starszymi w Polsce

Anna Sagan

Streszczenie

Starzenie się społeczeństwa i rosnąca zapadalność na choroby przewlekłe powodują, że coraz więcej osób cierpi na więcej niż jedną taką chorobę (wielochorobowość), co wymaga dostosowania świadczenia usług zdrowotnych do zmieniających się potrzeb. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat opracowano różne modele opieki koordynowanej, jednak te dotyczące opieki nad osobami z wielochorobowością są stosunkowo nowe i mało rozpowszechnione, a brak porozumienia co do definicji opieki koordynowanej utrudnia zrozumienie tych doświadczeń i wyciągnięcie z nich wniosków.

Stratyfikacja pomiędzy różnymi poziomami potrzeb zdrowotnych, jak to zrobiono w modelu Kaiser Permanente, oferuje proste ramy do porównania mnogości istniejących inicjatyw integracji opieki. Zaletą tego podejścia, zwanego również populacyjnym podejściem do zintegrowanej opieki, jest to, że nie koliduje ono z istniejącymi modelami świadczenia opieki koordynowanej. Wręcz przeciwnie, wszystkie one mogą być włączone do tego podejścia i dopasowane do potrzeb różnych pacjentów objętych opieką przewlekłą, a stworzone przez ten model ramy pomagają je jedynie uporządkować. W większości przypadków tylko niewielka część pacjentów objętych opieką przewlekłą cierpi na wielochorobowość i wymaga indywidualnego zarządzania ich złożonym przypadkiem chorobowym; niektórzy z nich cierpią na dominującą chorobę, która może być zarządzana za pomocą programu zarządzania chorobą (ang. *disease management programme*), a większość wymaga jedynie wsparcia w zarządzaniu swoją chorobą; podczas gdy promocja zdrowia i zapobieganie chorobom przyniosłyby korzyści dla całej populacji.

Wiele informacji o podejściu do zintegrowanej opieki pochodzi z Europy Zachodniej i USA. Temat ten jest natomiast nadal stosunkowo słabo rozpoznany w Europie Środkowo-Wschodniej, w tym w Polsce. Jednak w ostatnim czasie Polska jest coraz bardziej aktywna w zakresie programów i inicjatyw dotyczących opieki koordynowanej.

Celem niniejszej pracy doktorskiej jest zbadanie istniejących i proponowanych inicjatyw opieki koordynowanej w Polsce, w szczególności z perspektywy osób starszych, które w większym stopniu narażone są na wielochorobowość, oraz sprawdzenie, jak te inicjatywy wpisują się w ramy modelu Kaiser Permanente.

Praca doktorska składa się z cyklu ośmiu powiązanych ze sobą tematycznie publikacji, opublikowanych w międzynarodowych czasopismach z Impact Factor, indeksowanych na liście czasopism Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Trzy dotyczą głównych reform opieki koordynowanej – w dziedzinie onkologii, kardiologii i zdrowia psychicznego; dwa opisują odpowiednie propozycje polityki – jedna koncentruje się na poprawie opieki geriatrycznej, a druga na wzmocnieniu koordynacji opieki na poziomie powiatów; kolejny artykuł analizuje różnice i trendy w umieralności z powodu zmian w poszczególnych regionach Polski, co wspiera dostosowanie świadczenia usług do potrzeb lokalnych, takich jak udzielanych na poziomie POZ lub powiatu; ostatni artykuł porównuje wysiłki w zakresie opieki koordynowanej w Polsce z inicjatywami wprowadzonymi w innych krajach Grupy Wyszehradzkiej (Czechy, Słowacja i Węgry).

Od początku XXI wieku potrzeby pacjentów przewlekle chorych są w Polsce coraz lepiej dostrzegane, skutkiem czego jest opracowywanie i wdrażanie nowych programów opieki kompleksowej. Są one, z niewielkimi wyjątkami, zazwyczaj ukierunkowane na konkretne schorzenia lub czynniki ryzyka, takie jak cukrzyca, zawały czy otyłość, lub na konkretne grupy ludności, takie jak osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej, i w większości skupiają się na opiece specjalistycznej. Niewiele programów obejmuje zapobieganie chorobom i promocję zdrowia lub obejmuje inne sektory, takie jak pomoc społeczna. Ze względu na brak ogólnej strategii poprawy koordynacji opieki w kraju, inicjatywy te zostały opracowane i rozwijały się niezależnie od siebie.

Wśród różnych programów i inicjatyw wdrażanych w Polsce, pilotaż POZ PLUS (2018-2021) był zdecydowanie najbardziej kompleksową próbą poprawy koordynacji opieki w Polsce i wydaje się, że obejmował wszystkie elementy populacyjnego modelu Kaiser Permanente, zaspokajając potrzeby zdrowotne pacjentów przewlekle chorych o różnych poziomach złożoności, a także kładąc silny nacisk na populacyjne zapobieganie chorobom i promocję zdrowia. Reforma jest obecnie implementowana w sposób stopniowy i częściowo dobrowolny, oferując praktykom podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), które nie są jeszcze gotowe na zmiany, możliwość uczenia się z doświadczeń tych, które podjęły się tego wcześniej, co może zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia rzeczywistego postępu.

Te wysiłki należy rozważyć w połączeniu z innymi propozycjami dotyczącymi poprawy koordynacji opieki, takimi jak ta z 2019 roku, która dotyczyła wprowadzenia podstawowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego, nadzorowanego przez powiaty, który wykracza poza POZ, aby poprawić koordynację z innymi usługami zdrowotnymi i objąć

również inne sektory, takie jak sektor opieki społecznej. Może to potencjalnie jeszcze bardziej poprawić jakość opieki, ale wymaga znacznych inwestycji w zasoby opieki zdrowotnej i społecznej. Propozycje te powinny podlegać stałej analizie pod kątem ich użyteczności na rzecz podejmowanych reform wzmacniających opiekę na poziomie POZ. Ponadto istniejące programy opieki koordynowanej/kompleksowej powinny podlegać ciągłej ewaluacji pod kątem ich dostosowania do tych reform. Obecnie pilnie potrzebna jest holistyczna strategia poprawy koordynacji opieki w Polsce, z wyraźniej określonymi celami i środkami.

Selected aspects of coordinated care for older people in Poland

Anna Sagan

Summary

Population ageing and the increasing incidence of chronic diseases spell an increasing number of people living with more than one chronic disease (multimorbidity) and necessitate adapting service provision to meet these changing needs. While various models of coordinated care provision have been developed over the past several decades, models of integrated care for multimorbidity are relatively new and not widespread, while the lack of a definitional agreement around care coordination obfuscates understanding of and learning from these experiences.

Stratification between various levels of health needs, as done in the Kaiser Permanente model, offers a simple framework to compare the multitude of existing care coordination initiatives. The advantage of this approach, which is also called a population-based approach, is that it does not clash with the existing models of coordinated care delivery. In contrary, they can all be included within this approach and matched with the needs of the various chronic care patients and the framework simply helps organise them. Thus, in most cases, only a small fraction of chronic care patients will suffer from complex multimorbidities and require case management; some will have a dominant condition that can be managed with a disease management programme, and most will only require self-management support, while the whole population can benefit from health promotion and disease prevention.

Much of the information about integrated care approaches comes from Western Europe and the USA, and very little is known about efforts to improve integration of care in Central and Eastern Europe (CEE), including Poland. Yet, Poland has been very active in terms of coordinated care programmes and initiatives. The aim of this PhD dissertation is to study existing and proposed coordinated care initiatives in Poland, including from the perspective of older people, who are particularly prone to multimorbidity, and to see how they fit into the Kaiser Permanente framework.

Eight articles are included in this work: three cover major coordinated care reforms - in the areas of oncology, cardiology, and mental health; two describe relevant policy proposals – one focusing on improving geriatric care and the second one on strengthening coordination of care at the level of the counties; another article analyses differences and trends in amendable

mortality across the Polish regions, which supports tailoring of service provision to the local needs, such as at the primary health care (PHC) or county level; and the final article compares coordinated care efforts in Poland with initiatives introduced in the other countries of the Visegrad Group (Czechia, Hungary, and Slovakia).

The needs of chronic patients have been increasingly recognised in Poland since the 2000s and this inspired the establishment of various complex care programmes. However, these have usually targeted specific conditions or risk factors, such as diabetes, myocardial infarction or obesity, and specific population groups, such as persons with suspected or diagnosed cancer, and mostly focused on specialist care. Few programmes include disease prevention and health promotion or encompass other sectors, such as social assistance. The lack of a general strategy for improving care integration in the country means that these initiatives have been developed and evolved separately from each other.

Among the various programmes and initiatives implemented in Poland, the PHC PLUS pilot (2018-2021) has been by far the most comprehensive attempt to improve care coordination in Poland and appears to have included all elements of the population-based Kaiser Permanente model, catering to chronic care patients with health care needs of various levels of complexity and putting a strong emphasis on population-wide disease prevention and health promotion. While a national rollout was not pursued, the reform is now implemented in a piecemeal and partly voluntary fashion, offering the less-ready PHC practices to learn from the experiences of early implementers, which may make actual progress more feasible.

These efforts should be considered in conjunction with other proposals to improve coordination of care, such as the one from 2019 that proposed the introduction of the core system of health security in the County Health Centres which goes beyond PHC to improve coordination with other health services and to also includes other sectors such as the social care sector. This has the potential to improve the care experience even more but relies on much investment on health and social care resources. These proposals can now be revisited to see how they can complement the ongoing PHC strengthening reforms, while the existing programmes of coordinated/complex care can also be reassessed to see how they can be aligned with these reforms. A holistic strategy for improving integration of care in Poland, with more clearly defined goals and means, is now urgently needed.