

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowi
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Iga Rudawska

Uniwersytet Szczeciński
e-mail: igita@wneiz.pl

EUROPA SENIORÓW, CZYLI RYZYKO SYSTEMOWE ZWIĄZANE ZE STARZENIEM SIĘ POPULACJI

SENIORS' EUROPE, OR SYSTEMIC RISK POSED BY THE AGEING OF THE POPULATION

DOI: 10.15611/pn.2015.410.04

JEL Classification: I11

Streszczenie: Celem artykułu jest zarysowanie zagrożeń, jakie niesie ze sobą pandemia chorób chronicznych, oraz ich wpływu na system organizowania i finansowania opieki zdrowotnej. Wывód oparto na międzynarodowych danych statystycznych. Autorka proponuje model docelowy, którym powinna być zintegrowana opieka zdrowotna, uwypuklająca holistyczne podejście do pacjenta. Praca ma charakter przeglądu.

Słowa kluczowe: starzenie się społeczeństwa, choroby przewlekłe, system ochrony zdrowia, ryzyko systemowe, Europa.

Summary: This article aims to outline the risks posed by the pandemic of chronic diseases and their impact on the system for organizing and financing of health care. Discussions are based on the international statistical data. As a result, the author proposes a target model that should be an integrated health care model, in which the emphasis is on a holistic approach to the patient. The work is a review.

Keywords: ageing of the population, chronic diseases, health care system, systemic risk, Europe.

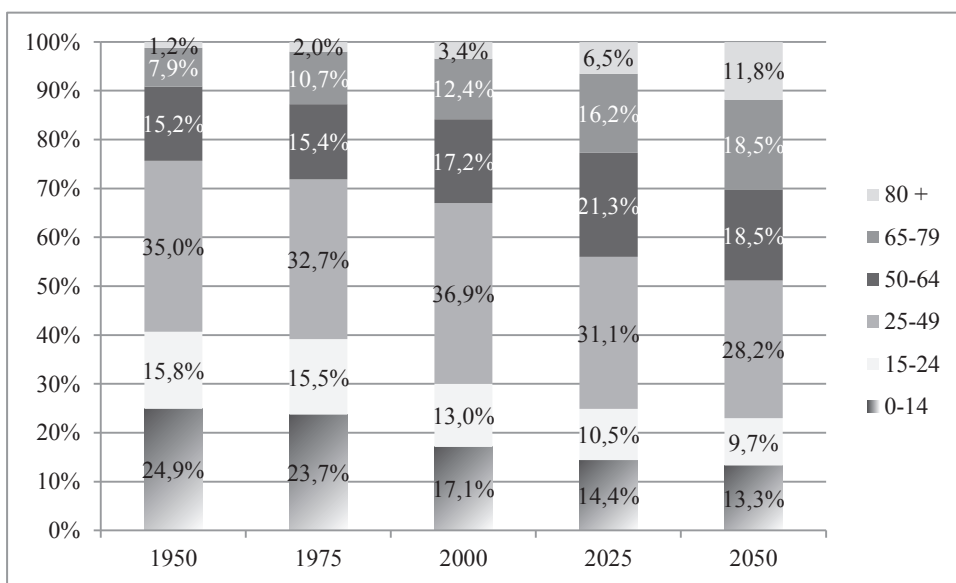
1. Wstęp

Obecnie następuje, jak określają to epidemiolodzy, czwarta faza przejścia epidemiologicznego, cechująca się spadkiem całkowitej umieralności ludności, związana zarówno z korzystnymi zmianami społecznymi (lepsze odżywianie się społeczeństwa, zdrowszy styl życia), jak i z wydłużaniem się średniej oczekiwanej długości życia [Czerny 2005]. Z drugiej strony, to właśnie za sprawą wydłużania się życia ludzkiego ujawniają się choroby przewlekłe w segmencie seniorów, o podłożu zarówno genetycznym, środowiskowym, jak i behawioralnym. Nadal zatem dominują choro-

by chroniczne i degeneracyjne (wycieńczające organizm) jako przyczyny zgonów wśród populacji mieszkańców Europy, choć w wyniku postępu medycyny wskaźniki umieralności odnotowują spadającą dynamikę. Konsekwencją tych przemian jest starzenie się społeczeństw Europy, z dominacją chorób przewlekłych. Celem artykułu jest zarysowanie zagrożeń, jakie niesie ze sobą pandemia chorób chronicznych, ich wpływu na system organizowania i finansowania opieki zdrowotnej. Wywód oparto na międzynarodowych danych statystycznych. Praca ma charakter przeglądowy.

2. Portret demograficzny współczesnych Europejczyków

W Europie oczekiwana długość życia przy urodzeniu na przestrzeni ostatnich czterech dekad wzrosła o blisko 10 lat dla populacji zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Wskaźnik ten dla notowanych w statystykach OECD krajów Europy wyniósł średnio dla populacji kobiet 73,5 roku w 1970 roku i 82,9 roku w 2011 roku oraz odpowiednio dla populacji mężczyzn: 66,5 lat i 77,7 roku (obliczenia własne na podstawie: [OECD 2014]). W 2000 roku udział seniorów (ludności w wieku 65+) w populacji Europy wynosił 15% (dla populacji krajów Unii Europejskiej wskaźnik ten był rzędu nieco ponad 12%). Prognozy do 2050 roku wskazują na wzrost liczebności tej grupy wiekowej do 18,5%, podczas gdy przewidywany udział osób w wieku sędziwym (80+) zwiększy się z 3,4% w 2000 roku do blisko 12% w roku 2050 (rys. 1).



Rys. 1. Populacja krajów Unii Europejskiej w przekroju grup wiekowych – stan i prognoza do 2050 roku

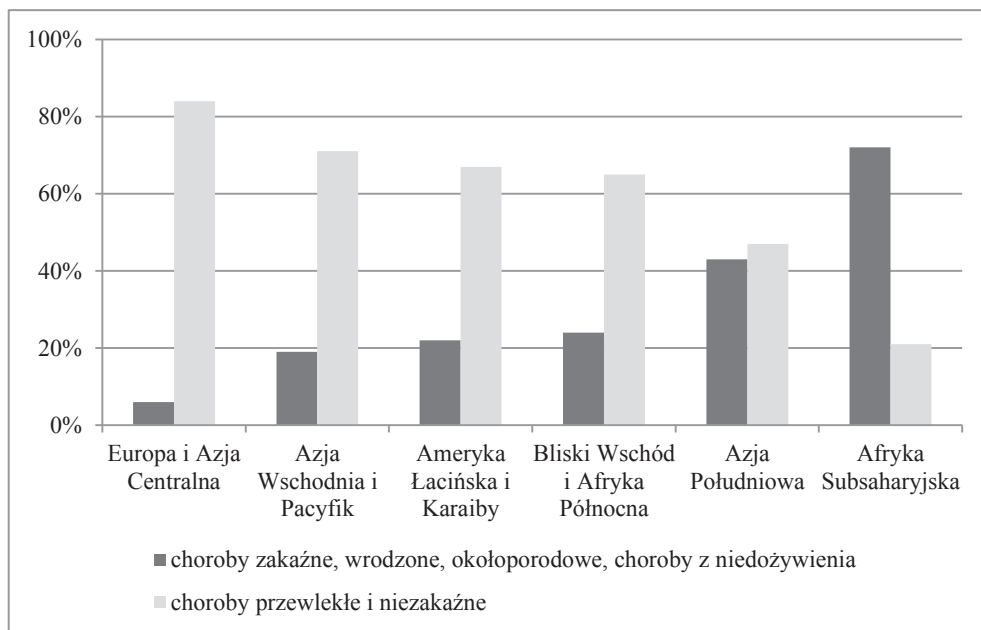
Źródło: [Lloyd, Wait 2005].

Warto przywołać w tym miejscu hipotezę kompresji zachorowalności autorstwa J. Friesa, profesora medycyny ze Stanfordu, która zakłada, że statystyczny moment, w którym następuje wzmożona zachorowalność na choroby związane z wiekiem, przede wszystkim zwyrodnieniowe, będzie opóźniał się szybciej niż wzrost średniej długości życia [Fries 1980]. W konsekwencji średni czas bycia chorym będzie ulegać skróceniu, przynajmniej relatywnie w odniesieniu do długości życia [Nolte, Mckee (eds.) 2008]. Powyższą hipotezę należy traktować ostrożnie – dane statystyczne z różnych krajów nie prezentują bowiem jednoznacznego obrazu [Breyer i in. 2010]. Wśród krajów europejskich, takich jak Dania, Finlandia, Włochy i Holandia, zjawisko kompresji rzeczywiście może mieć miejsce. Poza Europą, w Australii i Kanadzie moment wzmożonej zachorowalności przesuwa się wprost proporcjonalnie do tempa wzrostu średniej długości życia. Z kolei w Belgii, Szwecji oraz Japonii dane statystyczne wskazują, że okres pozostawania w chorobie wydłuża się. Zjawisko kompresji zachorowalności może mieć zatem istotne znaczenie dla prognozowania wydatków na opiekę zdrowotną.

3. Portret epidemiologiczny współczesnych Europejczyków

Wiek XX w krajach regionu europejskiego WHO to czas dominacji chorób niezakaźnych, w tym z silną przewagą chorób cywilizacyjnych jako przyczyn zachorowalności i śmiertelności populacji. Odpowiadają one za około 80% przyczyn zgonów w krajach rozwiniętych gospodarczo, zarówno Europy Zachodniej, jak i rozwijających się krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje tę wielkość dla Regionu Europy na 86% [WHO 2004]. Dla porównania w skali globalnej (całego świata) choroby niezakaźne są przyczyną 60% zgonów, w tym 32% z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy, 13% – z powodu chorób nowotworowych i 7% – z tytułu chronicznych chorób układu oddechowego [Abegunde i in. 2007]. Szacunki WHO do roku 2015 wskazują na dalszy wzrost udziału chorób niezakaźnych – o 17% – jako przyczyny zgonów ogółem [WHO 2005].

Powyżej zasygnalizowana tendencja jest szczególnie widoczna w krajach rozwiniętych i bogatych, które na tle krajów ubogich cechuje zdecydowana dominacja chorób niezakaźnych jako przyczyn zgonów (rys. 2). Jak szacują eksperci Banku Światowego, ten niekorzystny trend utrzyma się, głównie za sprawą powszechnego występowania czynników ryzyka chorób przewlekłych, których źródłem jest osobniczy styl życia [Suhrcke i in. 2006]. Są to głównie nie zrównoważona dieta i brak aktywności fizycznej prowadzące do nadwagi lub otyłości i nadciśnienia tętniczego oraz konsumpcja destrukcyjna (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, narkomania), sprzyjająca rozwojowi chorób układu krążenia i nowotworom. Biorąc pod uwagę genzę tak powstających schorzeń przewlekłych określa się je niekiedy mianem „chorób z dostatku” [Omran 1998].



Rys. 2. Zgony według głównych grup przyczynowych w przekroju regionów Banku Światowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Suhrecke i in. 2006].

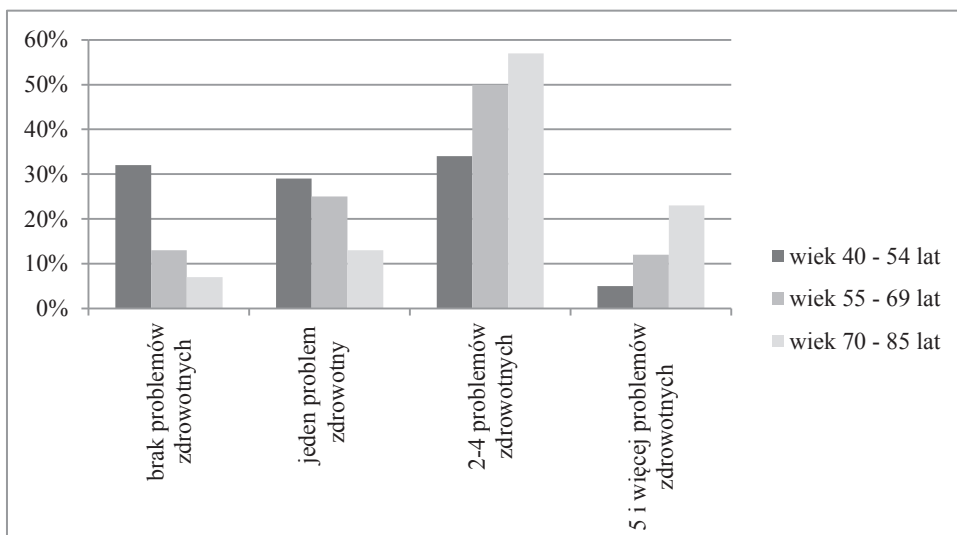
Wśród chorób niezakaźnych przeważają choroby przewlekłe (chroniczne), których cechami wspólnymi są: długi czas trwania (powyżej dwóch miesięcy), charakterystyczny przebieg (na ogół łagodniejszy niż w stanach ostrych, lecz przeplatany okresami ciszy i nawrotów) oraz specyficzne skutki medyczne (zwykle nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagające stałego leczenia) [Topór-Mądry 2011]. Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia definiuje 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 nadzoru, obserwacji czy opieki” [Shontz 1972]. Grupa chorób przewlekłych jest wewnętrznie zróżnicowana i obejmuje dolegliwości atakujące wszelkie układy organizmu ludzkiego, w tym: układ oddechowy (np. astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc), układ krwionośny (np. nadciśnienie tętnicze, miażdżycy), układ moczowy (np. przewlekła niewydolność nerek, nerczyca), system wydzielania wewnętrznego (np. cukrzyca, niedoczynność tarczycy), układ nerwowy (np. choroba Alzheimera, padaczka), układ kostno-stawowy i tkanki łącznej (reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporoza) oraz psychikę ludzką (jedno-

biegunowe zaburzenia depresyjne, schizofrenia). Szczególnym typem chorób przewlekłych są nowotwory, w tym o charakterze złośliwym.

Warto dodać, iż prócz terminu „choroba przewlekła”, WHO wprowadza również pojęcie stanów przewlekłych (*chronic conditions*), jako tych wymagających „ciągłego zarządzania, rozłożonego na lata, a nawet dekady” [WHO 2002]. Ich spektrum wykracza poza „konwencjonalne” choroby przewlekłe i obejmuje szeroki zakres problemów zdrowotnych, w tym współczesne choroby zakaźne, jak HIV/AIDS, zaburzenia psychiczne oraz stany niepełnosprawności, jak ślepotą czy zaburzenia narządu ruchu. Cechą wspólną stanów tego typu jest to, iż pacjenci na nie cierpiący wymagają kompleksowej opieki, rozłożonej najczęściej w czasie, opieki angażującej szeroki wachlarz specjalistów medycznych. Co więcej, chorzy ci wymagają szerokiego dostępu do leków oraz systemów monitorujących stan ich zdrowia.

Wśród głównych przyczyn zgonów w krajach Europy dominują choroby układu krążenia i choroby nowotworowe [Grone, Garcia-Barbero 2001]. Ich występowanie nasila się wraz z wiekiem pacjentów, by osiągnąć swoje apogeum w grupie wiekowej 45-75 lat w przypadku chorób nowotworowych oraz w grupie 55+ w odniesieniu do chorób układu krążenia [WHO 2008].

Wśród pozostałych chorób przewlekłych największe zagrożenie dla populacji Europy stanowią: cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma, choroby naczyń mózgowych oraz jednobiegunowe zaburzenie depresyjne. Prognozy wskazują na dwie z ostatnio wymienionych jednostek chorobowych jako na główne przyczyny obciążenia społeczeństw chorobami [Nolte, Mckee (eds.) 2008].



Rys. 3. Występowanie chorób przewlekłych w populacji Niemiec (2005 rok)

Źródło: [Nolte, Mckee (eds.) 2008].

Współczynnik umieralności z powodu chorób chronicznych przybiera najwyższe wartości w krajach Europy Środkowo-Wschodniej: na Węgrzech, Litwie, Łotwie i w Rumunii. Przekracza on tam wartość 200 na 1000 mieszkańców, co znacznie dystansuje ten region Europy od krajów Europy Zachodniej. Przywoływany współczynnik przybiera najniższe wartości (poniżej 100 na 1000 mieszkańców) w Islandii, Włoszech, Norwegii oraz na Cyprze [OECD 2014].

Liczba współwystępujących chorób przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem ludności. Wiele badań prowadzonych w różnych krajach Europy potwierdza tę hipotezę [Fortin i in. 2005]. Wzrost liczby współwystępowania chorób wraz z wiekiem ma związek ze wzmożoną ekspozycją na różne czynniki ryzyka (środowiskowe, behawioralne, genetyczne), które dają efekt w postaci zmian patologicznych w miarę upływu czasu (długości życia), jak również z powodu konsekwencji oddziaływania podstawowej jednostki chorobowej (na przykład cukrzycy) na inne układy i narządy organizmu człowieka. Dla przykładu w Holandii 61% mężczyzn w wieku 60-79 lat deklaruje cierpienie na co najmniej dwie choroby chroniczne jednocześnie [Sassi, Hurst 2008]. W grupie wiekowej 80+ zjawisko to dotyczy już 74% populacji. Z kolei w Niemczech dwa i więcej stany chroniczne występują u 62% osób w wieku 55-69 lat z tendencją wzrostową do 80% w grupie wiekowej 70-85 lat (rys. 3).

4. Oblicza ryzyka systemowego

Przytoczone powyżej liczby rysują nam obraz starzejącego się społeczeństwa Europy z silną tendencją do ujawniania się stanów przewlekłych. Ów zmieniający się profil zdrowotny mieszkańców regionu europejskiego będzie powodował istotne implikacje dla systemów opieki zdrowotnej. Zmienne demograficzno-epidemiologiczne niewątpliwie mają wpływ na wielkość i strukturę zgłaszanego popytu na usługi zdrowotne. I choć trudności z ekstrapolacją innych zmiennych, jak osobniczy styl życia, genetyczne czynniki ryzyka czy środowisko, nie pozwalają na dokładne oszacowanie popytu na usługi zdrowotne wynikającego z transformacji demograficzno-epidemiologicznej współczesnych społeczeństw, to – jak wskazują liczne badania – częstotliwość korzystania z opieki zdrowotnej wzrasta po 65. roku życia, by eskalować po ukończeniu 75 lat [Adeyi i in. 2007].

Choroby chroniczne powodują, iż cierpiący na nie ludzie poszukują sposobów nie tyle na pełne wyleczenie (*cure*), ile na opiekę (*care*), podnoszącą jakość ich życia, poprzez redukcję uciążliwych symptomów chorobowych, zwiększenie komfortu w codziennym funkcjonowaniu oraz prewencję możliwych do wystąpienia efektów ubocznych stosowanej farmakoterapii. Z kolei współwystępowanie wielu chorób jednocześnie (wielochorobowość) będzie wymagało otoczenia cierpiących na nie pacjentów kompleksową opieką medyczną, uwzględniającą powiązania i interakcje wynikające ze złożonych stanów chorobowych. Cele te nie wydają się możliwe do realizacji przez obecnie dominujący model opieki zdrowotnej zorientowanej na leczenie pojedynczych i poszczególnych epizodów chorobowych, niejednokrotnie

określanych jako ostre, oraz przy nadal najbardziej rozpowszechnionym paternalistycznym wzorcu relacji pacjent-lekarz.

Pogląd ten jest podzielany przez ekspertów WHO – można wspomnieć tu o dokumencie „Health 21” [WHO 1999]. Stawiana w nim hipoteza wskazuje na rozproszenie i fragmentaryzację sposobów dostarczania opieki zdrowotnej w Europie, które nie odpowiadają profilowi zdrowotnemu współczesnych społeczeństw tego regionu świata, opisywanemu głównie przez przewlekłe, wielonarządowe zaburzenia o szerokim spektrum funkcjonalnym, psychologicznym i społecznym. Wymagają one odmiennego sposobu organizacji leczenia niż schorzenia typu ostrego, przy których konieczne są szybkie interwencje. Uwypukla to rolę funkcyjnej i strukturalnej integracji usług zdrowotnych. Każde zatem widzieć systemy ochrony zdrowia jako całość z ciągłością i koordynacją opieki jako centralnymi kategoriami pojęciowymi [Delnoij i in. 2003].

Zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństw powinny być zatem punktem wyjścia do ustanawiania priorytetów, planowania i organizowania dostępu do opieki zdrowotnej. Jak podkreślane jest w dokumencie „Health 21”, wymaga to odejścia od systemów opieki zdrowotnej opartych silnie na szczeblu specjalistycznej zamkniętej opieki zdrowotnej skoncentrowanej na leczeniu ostrych przypadków ku rozwiązaniom eksponującym rolę medycyny rodzinnej i lekarza pierwszego kontaktu [WHO 1999]. Instytucja tego ostatniego powinna przy tym ulec transformacji ze wzorca „odzwiernego systemu”, reglamentującego w istocie dostęp pacjentów do wyższych szczebli opieki zdrowotnej, na wzorec „integratora”, będącego przewodnikiem pacjenta po systemie oraz koordynatora opieki świadczonej pacjentowi nie jako sekwencja poszczególnych epizodów chorobowych, lecz jako proces ciągły. Chodzi zatem o integrację procesu świadczenia opieki zdrowotnej, która wymaga zarazem uruchomienia mechanizmów zintegrowanego jej finansowania.

Pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe przejawiają kompleksowe potrzeby zdrowotne, których zaspokojenie implikuje nie tylko odmienną organizację opieki, ale i wymaga od nich samych zmiany w osobniczych postawach i zachowaniach w sferze stylu życia oraz zaangażowania w proces terapii i prewencji. Dla relacji pacjent-lekarz oznacza to zatem silniejszą niż w przypadku epizodycznych stanów chorobowych presję na reorientację roli pacjenta z odbiorcy usług zdrowotnych ku roli współtwórcy tych usług. W praktyce wiąże się to często z przestrzeganiem reżimu terapii, ciągłym monitorowaniem własnego stanu zdrowia (na przykład konieczność pomiaru stężenia insuliny w krwi kilka razy dziennie), uczestnictwem w podejmowaniu decyzji medycznych i zaangażowaniem w działania profilaktyczne. Konsekwencją tego jest reorientacja relacji pacjent-lekarz w kierunku modelu partnerskiego oraz zwiększenie odpowiedzialności pacjenta za własne zdrowie. Dla systemów opieki zdrowotnej oznacza to dwojakiego rodzaju konsekwencje.

Po pierwsze, pożądanym modelem opieki zdrowotnej powinien być ten zorientowany na pacjenta (*patient-centered approach*), którego filarami jest partnerska współpraca z odbiorcą usług, zorientowana na wyniki, oraz holistyczne ujęcie zdro-

wia człowieka, w którym opieka zdrowotna jest jedną, ale nie jedyną determinantą. Po drugie, ponoszenie odpowiedzialności samego pacjenta za własne zdrowie oznacza wpisanie w model opieki tzw. zarządzania samoopieką (*diseaseself-management*) [Newman i in. 2009], a więc systemowych działań samego pacjenta, zorientowanych na uzyskanie określonych, pozytywnych wyników leczenia. Zatem zdolność samego leczonego do rozwoju i wdrożenia indywidualnych programów leczenia, a nie tylko jego skłonność do poddania się procesowi terapii będzie determinowała skuteczność leczenia. Należy brać przy tym pod uwagę, iż preferencje pacjentów co do opieki zdrowotnej i waga przypisywana przez nich wynikom leczenia mogą być zróżnicowane. Tak więc dla części pacjentów priorytetem będzie utrzymanie do końca niezależności w codziennym funkcjonowaniu kosztem mniej intensywnego leczenia. Inni z kolei preferować mogą wyższe ryzyko i niepożądane efekty związane z ostrym reżimem nowych farmakoterapii, nawet za cenę niższej jakości przedłużonego w ten sposób życia [Tinetti i in. 2004]. Respektowanie zróżnicowanych preferencji odbiorców usług zdrowotnych jest istotnym elementem rozwoju modelu opieki zorientowanej na pacjenta.

Kolejnym czynnikiem podającym w wątpliwość obecny, najbardziej rozpowszechniony sposób dostarczania opieki zdrowotnej, oparty na jej fragmentaryzacji, są rosnące oczekiwania pacjentów. Należy wiązać to nie tylko z większą dostępnością do informacji medycznej, ale i z procesami globalizacji jako takiej. Sprostanie oczekiwaniom pacjentów co do dostępności opieki zdrowotnej, jej wszechstronności i ciągłości oznacza wzrost odpowiedzialności instytucji systemów ochrony zdrowia za usprawnienie zarządzania, promocję zdrowia oraz kompleksową rehabilitację. Po stronie popytowej mamy bowiem do czynienia z coraz lepiej wyedukowanym i świadomym swych praw pacjentem. Konsumeryzm docierający do sektora opieki zdrowotnej będzie niewątpliwie wymuszał zmiany po stronie podaży usług zdrowotnych w kontekście jakości obsługi pacjentów oraz „wrażliwości” i zdolności systemów do realizacji ich potrzeb. Z drugiej strony należy pamiętać, że rewolucja informacyjna prowadzi do ujawnienia się nowych nierówności w dostępie do usług opieki zdrowotnej. Oto bowiem ci pacjenci, którzy będą mieli szybszy i większy dostęp do nowych technologii informacyjnych, zyskają nowe rozwiązania, również w dziedzinie będącej przedmiotem niniejszych rozważań. Z kolei ci, którzy mogą przejawiać pilniejsze potrzeby zdrowotne, ale niemający dostępu do nowych rozwiązań – zostaną wykluczeni lub realizacja ich potrzeb zostanie odroczone w czasie.

5. Podsumowanie

Ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji Europy należy wiązać przede wszystkim z koniecznością reorientacji sposobów dostarczania i finansowania opieki zdrowotnej oraz kosztami tych zmian. Modelem docelowym powinien być, zdaniem autorki, model zintegrowanej opieki zdrowotnej, w którym akcent pada na holistyczne podejście do człowieka w roli pacjenta. Konsekwencją przyjęcia

takiej wykładni powinno być z kolei postrzeganie świadczenia usług zdrowotnych jako spójnego, ciągłego procesu, w którym tzw. menedżer przypadku odpowiada na koordynację „ścieżki pacjenta” w systemie. Po stronie finansowania opieki oznacza to konieczność zastosowania takich metod, które premiowałyby efekty leczenia (na przykład metoda płacenia za wyniki, *pay-for-performance*).

Literatura

- Abegunde D.O. i in., 2007, *The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries*, Lancet, no. 370 (9603).
- Adeyi O., Smith O., Robles S., 2007, *Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases*, World Bank, Washington DC.
- Breyer F., Costa-Font J., Felder S., 2010, *Ageing, health and health care*, Oxford Review of Economic Policy, no. 26, s. 674-690.
- Czerny M., 2005, *Globalizacja a rozwój*, PWN, Warszawa.
- Delnoij D.M., Klazinga N.S., van de Velden K., 2003, *Building integrated health systems in central and eastern Europe*, European Journal of Public Health, vol. 13.
- Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L., 2005, *Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice*, The Annals of Family Medicine, Issue 3, s. 223-228.
- Fries J.F., 1980, *Ageing, natural death, and the compression of morbidity*, New England Journal of Medicine, vol. 303, no. 3, s. 130-135.
- Grone O., Garcia-Barbero M., 2001, *Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services*, International Journal of Integrated Care, no. 1, s. 1-21.
- Lloyd J., Wait S., 2005, *Integrated care. A guide for policymakers*, Alliance for Health & the Future, Geronto Centrum, Geneva, s. 11.
- Newman S., Steed L., Mulligan K., 2009, *Chronic Physical Illness: Self-Management and Behavioral Interventions*, Open University Press/McGraw Hill, Maidenhead, s. 71.
- Nolte E., Mckee M. (eds.), 2008, *Caring for People with Chronic Conditions. A Health System Perspective*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Glasgow.
- OECD, 2014, *OECD Health Statistics 2014, Frequently Requested Data*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm> (01.12.2014).
- Omran A.R., 1998, *The epidemiological transition revisited thirty years later*, World Health Statistics Quarterly, vol. 53, no. 2-3-4.
- Sassi F., Hurst J., 2008, *The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework*, Health Working Papers, No. 32, OECD, Paris, s. 10.
- Shontz F.C., 1972, *Ciężkie choroby przewlekłe*, [w:] *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, red. J.F. Garrett J.F., Levine E.S. (red.), tłum. Z. Obniski, PZWL, Warszawa.
- Suhrcke M., Nugent R.A., Stuckler D., Rocco L., 2006, *Chronic Disease: An Economic Perspective*, The Oxford Health Alliance, London.
- Tinetti M., Bogardus S., Agostini J., 2004, *Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions*, New England Journal of Medicine, no. 351, s. 2870-2874.
- Topór-Mądry R., 2011, *Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, nr 1, tom IX.
- WHO, 1999, *Health 21, The Health for All Policy Framework for WHO European Region*, WHO – Regional Office for Europe, Copenhagen.

- WHO, 2002, *Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocks for action*, Global report, WHO document no. WHO/NMC/CCH/02.01, World Health Organization, Geneva, s. 12.
- WHO, 2004, *The World Health Report 2004: Changing History*, World Health Organization, Geneva, s. 87.
- WHO, 2005, *Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment*, World Health Organization, Geneva, s. 34.
- WHO, 2008, Health Statistics and Information Systems, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html (01.12.2014).