

Opieka podostra oraz długoterminowa – model opieki koordynowanej



Konsorcjum, czyli kwestia rozsądku

Problem nowego zdefiniowania oddziału szpitalnego albo znajdujących się na nim miejsc (łóżek, stanowisk) pojawia się tym razem w kontekście opieki długoterminowej i rehabilitacji. Wskazuje na to w swoim tekście „Kwestia szybkich decyzji” Maciej Murkowski. Chciałbym się do niego odnieść.

Jeśli przyjmujemy, że szpital powinien zapewniać leczenie w przypadku nagłych i poważnych zachorowań, to należy zadbać przede wszystkim o oddziały o intensywnym, progresywnym czy ostrym natężeniu opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad pacjentem.

Potrzeba ciągłości

Jednak nie wszyscy chorzy mogą być wypisani z tych oddziałów bezpośrednio do domu, w połączeniu z rehabilitacją w trybie ambulatoryjnym lub bez niej. W związku z faktem hospitalizacji osób z wieloma schorzeniami, z cięższymi stanami chorobowymi i starszych niż dawniej – coraz więcej chorych wymaga ciągłości działań usprawniających w trybie pobytowym albo potrzebuje stacjonarnej opieki długoterminowej. Temu właśnie mają służyć oddziały opieki podostrej (*subacute rehabilitation units*) lub oddziały opieki przewlekłej (*long term care units*). Tego typu oddziały mogą funkcjonować w ramach szpitala albo poza nim, np. w strukturze zakładów opiekuńczo-leczniczych (*nursing homes*).

Bardzo sensowne wydaje się tworzenie organizacji opieki koordynowanej (*managed care organizations*) – czy to w formie konsorcjów, czy też w ramach jednego podmiotu albo ewentualnie w formule partnerstwa. Uważam model konsorcjów za najbardziej odpowiedni w warunkach polskich z uwagi na zróżnicowanie podmiotów właścicielskich tworzących jednostki lecznicze świadczące usługi na różnym poziomie zabezpieczenia szpitalnego.

Konsorcjum

W ramach konsorcjum złożonego z kilku lub nawet kilkunastu szpitali pierwszego poziomu zabezpieczenia, kilku szpitali z drugiego poziomu oraz jednego szpitala trzeciego stopnia lub szpitala ogólnopolskiego można uzyskać znacznie lepsze wskaźniki efektywności kosztowej w obszarze gospodarki zasobami łóżkowymi, tak aby łóżka opieki podostrej i przewlekłej znajdowały się w szpitalach najbliższej środowiska rodzinnego pacjenta, a niekoniecznie w najbardziej specjalistycznych i najdroższych w utrzymaniu podmiotach medycznych. Współpraca z ośrodkami opieki długoterminowej, które w zasadzie powinny oferować także opiekę podostrą nakierowaną na powrót pacjenta do domu, tradycyjnie zwaną rehabilitacją stacjonarną, mogłaby być dużo lepsza w modelu włączającym te ośrodki do konsorcjów opieki koordynowanej. W bardzo ciekawym materiale prezentowanym na łamach niniejszego wydania „Menedżera Zdrowia” dr Murkowski zajmuje się przede wszystkim sytuacją pacjentów po udarach mózgowych, ale koncepcja opieki koordynowanej to nie tylko tzw. zarządzanie chorobą, np. KOS Zawał czy ewentualnie KOS Udar, ale w istocie planowa współpraca uczestników systemu, której celem jest efektywna kosztowo i zorganizowana opieka medyczna przy zachowaniu ciągłości leczenia pacjenta.

Jarosław J. Fedorowski
 Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali oraz
 Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia.