

КЛЮЧОВИ КОМПОНЕНТИ НА МОДЕЛИТЕ ЗА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ НА ИНДИВИДУАЛНО И ПОПУЛАЦИОННО НИВО

Галина Петрова

*Катедра „Организация и икономика на фармацията“, Факултет по фармация,
Медицински университет – Варна*

KEY COMPONENTS OF INTEGRATED CARE MODELS AT INDIVIDUAL AND POPULATION LEVEL

Galina Petrova

*Department of Organization and Economics of Pharmacy, Faculty of Pharmacy,
Medical University of Varna*

РЕЗЮМЕ

Със застаряването на населението се увеличават лицата, живеещи с едно или повече хронично заболяване и се повишават изискванията към здравните системи за предоставяне на грижи, съответстващи на променените им здравни потребности. Постигането на икономическа ефективност и оптимални грижи за пациентите е възможно чрез обединяване на професионалисти в целия спектър от грижи, осигуряване на съгласуван подход за насърчване на качеството, преодоляване на фрагментацията и намаляване дублирането на услуги. Това предполага разработване и прилагане на иновативни модели на грижи, трансформиране на здравната система към пациент-ориентирани, ефикасни и ефективни грижи. Възможното решение за нарастващото търсене на дългосрочни грижи за пациенти (предимно възрастни) с повече от едно хронично заболяване е предоставянето на интегрирани грижи, обхванати в различни модели и целящи подобряване на здравните резултати не само на индивидуално, а и на популационно ниво.

Ключови думи: компоненти, модели, интегрирани грижи, индивидуално ниво, популационно ниво

ABSTRACT

As the population ages, the number of people living with one or more chronic condition increases and with that the demands on health systems to provide care appropriate to their changing health needs also grows.

Achieving cost-effectiveness and optimal patient care is possible by bringing together professionals across the spectrum of care, ensuring a coordinated approach to promote quality, overcoming fragmentation and reducing duplication of services. This implies developing and implementing innovative models of care, transforming the health system towards patient-centered, efficient and effective care. A possible solution to the growing demand for long-term care for patients (mostly adults) with more than one chronic disease is the provision of integrative care, encompassed in different models and aiming at improving health outcomes not only at the individual but also at the population level.

Keywords: components, integrated care, models, individual, population, level

ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничните заболявания са една от водещите причини за преждевременна смърт и инвалидизиране в световен мащаб (26). Застаряващото население и промените в социалното поведение допринасят за постоянното увеличаване на дългосрочните здравословни проблеми, често свързани със значителни социални и икономически разходи (18,19).

Значително предизвикателство пред здравните системи е управлението на хроничните заболявания, които изискват широк обхват продължителни (здравни, социални и др.) грижи, за разлика от острите състояния, подлежащи на епизодични и кратки интервенции, извършвани от медицински специалисти. Това е причината здравните системи, разработени в отговор на нуждите от грижи при остри заболявания, да се срещат с множество трудности при трансформирането си като нерядко се асоциират с несъразмерност и неравномерност при предоставянето на услуги, преразход на ресурси, дублиране на услуги, лоши и/или незадоволителни клинични резултати (8).

Тенденциите към застаряване на населението и увеличаване на продължителността на живота и повишените очаквания на пациентите към доставчиците на здравни услуги, изместването на грижите от болнично към извънболнично лечение, поставят под натиск здравните системи в посока ограничаване на административните разходи и пренасочване на спестените средства за предоставяне на грижи, включващи превенция, наблюдение и поддържащо лечение. Всичко това предполага търсене на решения и инвестиране в иновативни модели на грижи от здравния и социален сектор, с фокус към пациента и неговото семейство. Целта е да се постигне т.нар. интегрирана грижа, в която са обединени и координирани всички нива на грижи за пациента – извънболнични, болнични, социални услуги, грижи в общността и в дома (12,14,22).

ЦЕЛ

Да се представят характеристиките и особеностите на моделите за интегрирани грижи на индивидуално и популационно ниво.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Исторически метод – проучване, систематизиране, обзор и анализ на информацията от литературните източници и ретроспективен анализ на статии в периода 1999–2016 г. в областта на моделите за интегрирани грижи с фокус върху индивидуалните потребности и базирани на популационно ниво.

ДИСКУСИЯ

В научната литература от 90-те години на двадесети век са известни различни начини за интегриране на здравните услуги. Според СЗО интегрираните грижи представляват „цялостен и координиран комплекс от услуги, планирани, управлявани и прилагани на отделни пациенти или потребители на услугата от различни организации и от различни професионалисти“ (28).

Осигуряването на интегрирани грижи изисква добра комуникация между различни организации и професии в различни сектори и области на обслужването – здравеопазване, социални грижи, грижи за дома, транспорт, обучение на различни нива и др. Възприемането на мултидисциплинарен подход дава възможност за подобряване на сътрудничеството и координацията между доставчиците на различните услуги, осъществявано в рамките на първичната и болничната помощ и сектора за продължаващо лечение и рехабилитация (13). Интеграцията е тясно свързана с грижите, насочени към пациента, и включва информирано и активно споделено вземане на решения между пациента и участващите в грижите професионалисти (7). В този смисъл интегрираните грижи са подходящи и ефективни системи и структури, които улесняват, стимулират и подкрепят това сътрудничество и координация.

Моделите за интегрирани грижи се основават на решения за това какви услуги са необходими, кой е най-добре да ги предоставя и как може да се улесни достъпът на пациентите. Чрез тях се осигуряват ефективни и ефикасни грижи, които отразяват всички здравни потребности на индивида. Това изисква по-голямо внимание към неговите нужди, по-добра комуникация и координация между доставчиците на здравни услуги в първичната, в болничната помощ и по-добър достъп до услуги, базирани в общността в близост до дома (24).

- *Модели за интегрирани грижи на индивидуално ниво (Individual models of integrated care)*

Моделите за интегрирани грижи на индивидуално ниво обхващат персоналната координация на грижите за пациенти с висок риск и/или множество заболявания и техните болногледачи. Те имат за цел да улеснят предоставянето на подходящи здравни услуги, за да бъде преодоляна фрагментацията между различните доставчици (4). Съществуващите разнообразни модели за интегрирани грижи на индивидуално ниво се отличават един от друг в дизайна и степента на интеграционните процеси, протичащи в тях (21). Едни от най-широко известните и функциониращи модели за ин-

тегрирани грижи на индивидуално ниво са: 1) управление на случай (Case-management); 2) индивидуални планове за грижи (Individual care plans); 3) пациент-центрирани медицински домове (Patient-centred medical home(s) – РСМН) и 4) персонален здравен бюджет (Personal health budgets).

1. Управление на случай (Case-management)

– Американската асоциация по управление на случаите (American Case Management Association) определя управлението на случай като „процес на сътрудничество и комуникация, който улеснява континуума на грижите чрез ефективна координация на ресурсите. Основните цели, които се стремим да постигне моделът на управлението на случай, е: поддържане на оптимално здраве, достъп до грижи и подходящо използване на ресурсите, балансирано с правото на пациента за участие в грижите“ (3). Водещият принцип на управлението на случай е наличието на кейс мениджър, с помощта на който се осигурява координирането на грижите за пациентите (4,25). Най-важните компоненти на модела са: подбор на подходящи за „управление на случай“ пациенти с повече от едно хронично заболяване, с чести хоспитализации и нуждаещи се от координация на здравните и социални услуги; оценка и индивидуално планиране на грижите; мониторинг на пациентите и приспособяване на плановете за грижи при необходимост (фиг. 1). В този смисъл задачите на ръководителя на случая са свързани с оценка на потребностите на пациен-

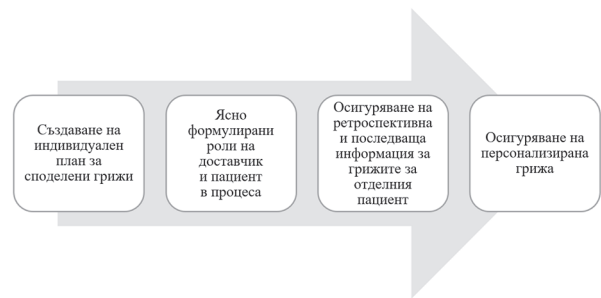


Фиг. 1. Елементи на модела „Кейс мениджмънт“
 Адаптирано по: Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Roland M, et al. Evercare: Evaluation of the Evercare approach to case management: final report. University of Manchester: National Primary Care Research and Development Centre; 2006

та и болногледача, разработване на адаптиран план за грижи, организиране и коригиране процесите на грижа, мониториране на качеството на грижите и поддържане на контакт с пациента и болногледача (18,29). Резултати от различни проучвания показват, че „управлението на случай“ намалява броя на рехоспитализациите и подобрява удовлетвореността на пациентите, но остава спорен въпросът за ефективността на разходите (6,22,27).

2. Индивидуални планове за грижи (Individual care plans).

Друг модел за предоставяне на дългосрочни интегрирани грижи за пациенти с полиморбидност е разработването на индивидуални планове за грижи. При него се цели осигуряване на персонализирана грижа чрез създаване на планове за споделени грижи, ясно формулирани роли на всеки доставчик и пациент в процеса, осигуряване на ретроспективна и последваща информация за грижите за отделния пациент (фиг. 2.) (6). Подобно на модела за управление на случай, плановете за грижи са скъпи и трудоемки. По тази причина е необходимо определяне на ясни критерии за допустимост и внимателен подбор на потребителите. Плановете за грижи са динамични и подлежат на корекции след периодични оценки и обратна връзка с пациентите (8,9). Използването на информационни технологии има решаващо значение при разработването на планове за грижи, които могат да бъдат достъпни по всяко време за доставчиците, пациентите и болногледачите (21,26).



Фиг. 2. Модел „Индивидуални планове за грижа“
 Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Aff Proj Hope. 2009 Feb;28(1):75–85

3. Пациент-центрирани медицински домове (Patient-centred medical home(s) – РСМН) – моделът е разработен в Съединените американски щати (САЩ). Поставя фокус върху решаване на проблемите, свързани с достъпа до първична медицинска по-

мощ, съществуващата фрагментация на грижите и нарастващите разходи за тях. РСМН представлява групова практика, осигуряваща достъп и непрекъснати, подходящи и координирани грижи в семейството и общността. В основата му стои холистичният подход за първична медицинска помощ при пациенти с хронични заболявания и полиморбидност, при които потребителите са разпределени между определени медицински домове и лекари. Ключовите елементи на РСМН са споделена отговорност за здравето на пациента, координация, достъпност, качество и безопасност. Активен участник в този процес е и самият пациент. РСМН може да бъде разглеждан като „входна врата“ – активно координира и предлага най-подходящата грижа. Значителна част от грижите се предоставят от мултидисциплинарни екипи и при необходимост от специализирана помощ тези екипи закупуват необходимата услуга от името на пациента. Чрез създадените за модела пациентски регистри, информационни технологии и обмен на здравна информация всеки пациент получава необходимата грижа когато и където има нужда по подходящ за неговата култура и език начин (1,23). Според Шрам (Schram, 2010) в резултат на РСМН се наблюдава 20% спад в хоспитализациите и 12% спад в рехоспитализациите (20). Риск за модела представляват силно фрагментира-

ните системи, при които интеграцията между доставчиците може да бъде стимулирана чрез механизми за реимбурсация (17).

4. **Персонален здравен бюджет (Personal health budgets).** Въведен е пилотно в областта на дългосрочните грижи в общността и в дома преди две десетилетия в САЩ и Великобритания (2). Към настоящия момент се прилага в Австрия, Германия, Холандия и Норвегия (6). В основата на модела е заложена тезата, че пациентите като бюджетни носители могат да координират най-добре грижите в съответствие с техните нужди чрез закупуване на услуги от доставчиците. Персоналните здравни бюджети са модел на интегрирани грижи, предоставящ на потребителите по-голяма автономност по отношение на грижите. Средствата от бюджета могат да бъдат използвани както за закупуване на услуги за пациента, така и за подпомагане на членове на неговото семейство. В сравнение с конвенционалните модели на грижи, моделът показва повишаване на удовлетвореността на пациентите и по-ниски нива на незадоволени нужди, особено сред по-млади хора с увреждания. Моделът се отличава с висока ефективност, поради по-добра последователност и избягване дублирането на услуги (5,26). Недостатъци на модела са административната тежест и рискът, които падат върху пациентите – обемът и качеството на закупените услуги зависят от оценката на пациентите или болногледачите, което е трудно поради информационната асиметрия (15).

• **Популационно базирани модели (Population-based models)**

Най-известният представител на популационно базираните модели за интегрирани грижи е Кайзер Перманенте:

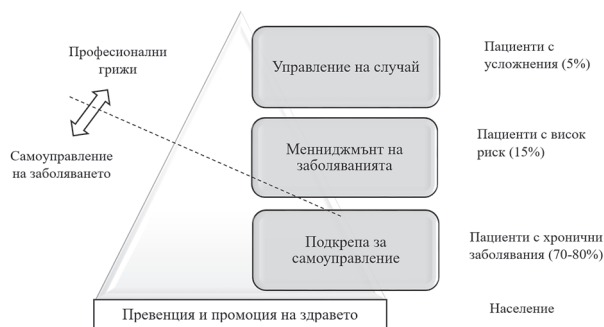
Кайзер Перманенте (Kaiser Permanente – KP) – една от най-големите организации за поддържане на здравето с повече от 9,6 милиона членове в осем региона на в САЩ. Тя е практически интегрирана система, състояща се от три взаимосвързани компонента: здравен план с нестопанска цел, носещ застрахователни рискове, лекарски групи с нестопанска цел, самоуправление и болнична система с нестопанска цел. В основата на модела на интегрираната грижа е стратификацията на населението и предлагане на различни видове услуги според нуждите. Акцентът е върху превенцията, подкрепата за самоуправление, управление на болестите и управление на случаите за пациенти с множество заболявания (фиг. 4) (16).

Интеграцията в модела на КП е фокусирана върху хроничните грижи и мултидисци-



Фиг. 3. Модел „Пациент-центриран медицински дом“

Адаптирано по: Singh D, Ham C. *Improving Care for People with Long term Conditions: A Review of UK and International Frameworks.* Health Services Management Centre: Birmingham and NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006



Фиг. 4. Пирамида на Кайзер Перманенте
Адаптирано по Pines J, Selevan J, McStay F, George M, McClellan M. Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured. The Brookings Institution; 2015

плинарна практика, а не върху първичната и вторичната грижа. Успехът на модела на интегрираните грижи на КП се дължи на взаимната отговорност на всички субекти в групата на КП по отношение на резултатите на пациента, а положителният опит на пациентите и стимулите за доставчика са свързани с качеството на грижите и удовлетвореността на пациентите. Друг ключов елемент от модела на КП е преодоляването на информационната асиметрия и фрагментация между доставчиците чрез въвеждане на собствена обширна информационна система – Health Connect програма. От една страна тя позволява на доставчиците от групата КП да имат достъп до стационарните и амбулаторни записи на пациентите, от друга страна улеснява самоуправлението на пациентите, позволявайки им достъп до техните записи, възможност за записване на прегледи и изпълнение на рецепта (10,11,16).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ключовите компоненти на успешните модели за интегрирани грижи включват активно участие и ангажираност на пациентите, подкрепа за самоуправление на пациента и неговите близки, мултидисциплинарни екипни подходи, приемане на базирани на доказателства планове, ефективно управление на ресурсите, непрекъснато наблюдение и подобряване на качеството на грижите и инвестиране в технологии и информационни системи, улесняващи споделянето на данни и медицинските записи.

Концепцията за интегрирани грижи е силно оформена от перспективите и очакванията на различните потребители в здравната система. Интегрираните грижи могат да бъдат разграничени според типа, механизма, нивото и степента на интензивност на интеграцията, което определя и техния различен дизайн. Съществуващото богато разнообразие от разра-

ботени и функциониращи модели за интегрирани грижи показва, че няма един-единствен общоприет модел. Различните вариации от индивидуални и специфични за болестта модели до модели, с обхват цели популации са силно обвързани с контекста, индивидуалните нужди и характеристики на населението на съответната страна или регион.

ЛИТЕРАТУРА

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Defining the PCMH | PCMH Resource Center [website] (<https://pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>)
2. Alakeson V. Let patients control the purse strings. *BMJ*. 2008 Apr 10;336 (7648):807–9
3. American Case Management Association. Definition of case management [website]: <http://www.acmaweb.org/section.aspx?slD=4>
4. Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Roland M, et al. Evercare: Evaluation of the Evercare approach to case management: final report. University of Manchester: National Primary Care Research and Development Centre; 2006
5. Boulton C, Rassen J, Rassen A, Moore R, J., Robinson S, 2000;. The effect of case management on the costs of health care for enrollees in Medicare plus choice plans: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48:(8), 996-1001
6. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff Proj Hope*. 2009 Feb;28(1):75–85;
7. Connor M, Cooper H, McMurray A. The Gold Coast Integrated Care Model. *International journal of integrated care*. 2016;16(3)
8. Fuchs S, Henschke C, Blümel M, Busse R. Disease management programs for type 2 diabetes in Germany: a systematic literature review evaluating effectiveness. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2014 Jun 27;111(26):453–63
9. Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *Int J Integr Care*. 2010;10 (1)
10. Ham C, Glasby J, Parker H, Smith J. Altogether now? Policy options for integrating care. Health Services Management Centre. 2008
11. Ham C. Working together for health achievements and challenges in the Kaiser NHS beacon sites programme. Birmingham: University of Birmingham; 2010. Report No.: Health services management centre: policy paper 6

12. Hébert R, Raïche M, Dubois M-F, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M, et al. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Jan;65B(1):107–18.
13. Jackson CL, Nicholson C, Doust J, Cheung L, O'Donnell J. Seriously working together: integrated governance models to achieve sustainable partnersh
14. Jones K, Caiels J, Forder J, Windle K, Welch E, Dolan P, et al. Early Experiences of Implementing Personal Health Budgets. First interim report. 2010 (<http://php.york.ac.uk/inst/spru/pubs/ipp.php?id=1759>)
15. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, Conklin A, Erler A, Elissen A, et al. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health Econ Policy Law*. 2012 Jan;7(1):125–46
16. Pines J, Selevan J, McStay F, George M, McClellan M. Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured. The Brookings Institution; 2015
17. Redaelli M, Meuser S, Stock S. Ambulatory care trends in Germany: a road toward more integration of care? *J Ambulatory Care Manage*. 2012 Sep;35(3):182–91
18. Siering U. Germany. Managing chronic conditions: experience in eight countries. 2008;
19. Singh D, Ham C. Improving Care for People with Long term Conditions: A Review of UK and International Frameworks. Health Services Management Centre: Birmingham and NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006
20. Schram AP. Medical Home and the Nurse Practitioner: A Policy Analysis. *J Nurse Pract*. 2010 Feb 1;6(2):132–9
21. The Improving Chronic Illness Care Program. The Chronic Care Model: Improving Chronic Illness Care [website] (http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)
22. Wagner EH. Care of older people with chronic illness. *Older People Build Syst Ased Evid*. 1999;39–64
23. WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report. Geneva: 2002
24. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. 2015
25. WHO Regional Office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016
26. WHO, Integrated care models: an overview, Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health, 2016
27. WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1)
28. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002 (<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>)
29. <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdcarchive/Publications/NOV06%20EVERCARE%20FINAL%20REPORT.pdf>

Адрес за кореспонденция:

Галина Петрова
Медицински университет – Варна
Катедра „Организация и икономика на
фармацията“
бул. „Цар Освободител“ 84
Варна, 9000
e-mail: galina.petrova@mu-varna.bg