

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:

**REDUKACJA LICZBY HOSPITALIZACJI
NA RZECZ SZYBKIEJ DIAGNOSTYKI AMBULATORYJNEJ
I HOSPITALIZACJI JEDNODNIOWEJ**
– Polskie Zdrowie 2.0

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Grzegorz Gielera (red.)

Adam Kozierkiewicz

Grzegorz Opolski

Konrad Rejdak

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:

**„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”**

Policy Brief nr III.1
wersja preprint

Warszawa, wrzesień 2023 r.

POLICY BRIEF

Fragmentacja poziomów opieki oraz brak planowania i koordynacji działalności placówek leczniczych w Polsce skutkuje tendencją przenoszenia kosztów na wyższe poziomy referencyjne, czego jedną z konsekwencji jest ich zadłużanie się [1]. Powyższa sytuacja pozostaje w konflikcie z regułami dobrej praktyki medycznej, zwłaszcza w tych obszarach, gdzie potwierdzono rolę i znaczenie systematycznej opieki ambulatoryjnej (np. w chorobach przewlekłych, cywilizacyjnych), którą trudno jest dobrze zastąpić doraźnie powtarzanymi, często wymuszonymi dekompensacją stanu zdrowia pacjentów, hospitalizacjami.

W obecnej sytuacji, na tym etapie rozwoju, na jakim znajduje się polski system ochrony zdrowia, prowadzenie wysokospecjalistycznej opieki opiera się w przeważającej większości przypadków na podmiotach leczniczych o najwyższym poziomie referencyjności. Jednocześnie, jak pokazuje praktyka wyceny i finansowania świadczonych przez te jednostki usług, dalece zaniża się ich koszty, wymuszając poprzez model organizacji opieki nadmiarową, w większości przypadków nieuzasadnioną rzeczywistymi potrzebami pacjentów, liczbę udzielanych świadczeń.

Dlatego też jednym z ważniejszych rozwiązań organizacyjnych, działań posiadających potencjał daleko idącej zmiany, a nawet innowacji w zakresie wpływu systemu ochrony zdrowia na zdrowie społeczeństwa jest zamiana dominującego dziś na rynku interwencyjnego modelu opieki zdrowotnej na wariant prewencyjny, ambulatoryjny, jednodniowy i domowy. Oznacza to większą integrację pomiędzy opieką społeczną a zdrowotną, a także rozwój rozwiązań opieki środowiskowej, w tym domowej. Wiąże się z tym uszczegółowienie zakresów kompetencji dla poszczególnych poziomów referencyjnych opisujących zakres działalności szpitali i przychodni, a także zwrócenie większej uwagi na działania profilaktyczne oraz programy opieki koordynowanej nastawione na medycynę prewencyjną – tańsze i znacznie bardziej efektywne w dłuższej perspektywie.

Docelowy model opieki zdrowotnej, pozytywnie odpowiadający na potrzeby społeczeństwa warunkowane w głównej mierze jego strukturą demograficzną oraz poziomem i formami aktywności zawodowej Polaków, powinien dążyć do kompleksowości, oferując ciągłość i koordynację opieki niezależnie od lokalizacji i instytucjonalnego podporządkowania poszczególnych rodzajów świadczeniodawców. W efekcie powinno nastąpić przeniesienie wielu świadczeń realizowanych dziś w ramach hospitalizacji do trybu ambulatoryjnego. Nie jesteśmy dziś w stanie zrobić tego równocześnie, równoległe ze zmianami wdrażanymi w szpitalnictwie. Dlatego zadania te muszą być wykonane etapowo, według określonego wcześniej szczegółowego planu potrzeb i idących w ślad za tym zmian. Jeśli chcemy odciążać szpitale, to wcześniej musimy przygotować do tej zmiany ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Oznacza to konieczność zwiększenia liczby placówek, w tym właściwą ich dyslokację w stosunku do miejscowych potrzeb, ale również odpowiednie wyposażenie jednostek w sprzęt i materiały medyczne niezbędne do bezpiecznego udzielania świadczeń medycznych w stopniu i w zakresie zarezerwowanym do tej pory wyłącznie dla zakładów zamkniętych – szpitali.

Obniżenie dzisiejszego udziału szpitalnictwa w nakładach na ochronę zdrowia (53%) do poziomu notowanego w najbogatszych krajach Europy Zachodniej (30-35%) powinno stać się jednym z priorytetów reformy w Polsce. Działaniem, które poprzez swoją wielowątkowość i złożoność powinno wyznaczyć kamienie milowe planu głębokiej przebudowy systemu, co w praktyce oznacza m.in. większe, niż miało to miejsce do tej pory, otwarcie na potrzeby pacjenta. Zamierzeniem, którego najważniejszym celem powinno być osiągnięcie wyższej jakości, skuteczności i efektywności opieki, realizowanym dodatkowo w odpowiedzi na zmieniające się w czasie potrzeby zdrowotne społeczeństwa [2].

Rekomendacje

W nowym spojrzeniu na kwestie dotyczące organizacji sprawnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia w Polsce w pierwszej kolejności należy uwzględnić następujące inicjatywy:

1.	Zamiana dominującego dziś na rynku interwencyjnego modelu opieki zdrowotnej na wariant prewencyjny, ambulatoryjny. Wsparcie finansowe i organizacyjne inicjatyw krajowych i samorządowych z zakresu zdrowia publicznego oraz programów opieki koordynowanej obszaru medycyny prewencyjnej.
2.	Wsparcie działań integrujących opiekę społeczną i zdrowotną. Organizacyjne i funkcjonalne łączenie zasobów i zdolności, jakimi realnie dysponuje system zdrowia i opieki w sektorze publicznym, w tym pozarządowym, samorządowym i prywatnym.
3.	Zapewnienie kompleksowości, ciągłości i koordynacji opieki niezależnie od lokalizacji i instytucjonalnego podporządkowania świadczeniodawców. Stałe doskonalenie metod zarządzania, w tym poprzez tworzenie i upowszechnianie ogólnokrajowych standardów opieki oraz sposobów użycia nowych technologii w medycynie – dążenie do ograniczenia liczby nadmiarowych hospitalizacji na rzecz świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.
4.	Standaryzacja norm dotyczących stopni referencyjności szpitali i przychodni jako podstawa wyznaczenia ścieżki pacjenta w systemie w ramach poszczególnych dziedzin medycyny, jednorodnych grup pacjentów.
5.	Integracja i koordynacja opieki w obszarze leczenia otwartego i zamkniętego jako metoda optymalizacji kosztów funkcjonowania systemu oraz doskonalenia procesów odpowiedzialnych za jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Dążenie do zapewnienia wczesnego i szerokiego dostępu do nowych leków, materiałów medycznych i technologii w medycynie.
6.	Dodatkowe, adekwatne do zdefiniowanych w skali poszczególnych regionów i kraju potrzeb, wsparcie finansowe działalności obszaru opieki ambulatoryjnej poprzez odpowiednią wycenę świadczeń opieki zdrowotnej, ale także właściwą, ujętą w krajowym standardzie opieki, organizację i wyposażenie podmiotów leczniczych oraz poprawę dostępu do szczególnie użytecznych na tym poziomie opieki innowacji technologicznych w medycynie.

1. System ochrony zdrowia w Polsce i jego najważniejsze potrzeby w dziedzinie opieki wysokospecjalistycznej

1.1. Dane z innych krajów dotyczące struktury alokowanych środków finansowych oraz kierunków ewolucji systemu ochrony zdrowia

Od lat trwa w Polsce dyskusja na temat poziomu wydatków na ochronę zdrowia oraz udziału poszczególnych ich składowych w ogólnych kwotach. W dyskusji tej pojawia się wiele nieporozumień oraz przekłamań, w szczególności wynikających ze sposobu agregacji danych i metod wykonywania analiz.

Podstawą rozważań jest wielkość wydatków na ochronę zdrowia oraz parametr odsetka wydatków na ochronę zdrowia w wielkości produktu krajowego brutto. W roku 2021 całkowita pula wydatków na ochronę zdrowia wyniosła ok. 172 mld zł, co stanowiło ok 6,6% wielkości PKB z tego roku. Wydatki publiczne stanowiły w tym ok. 125 mld zł, co stanowiło 4,8% PKB.

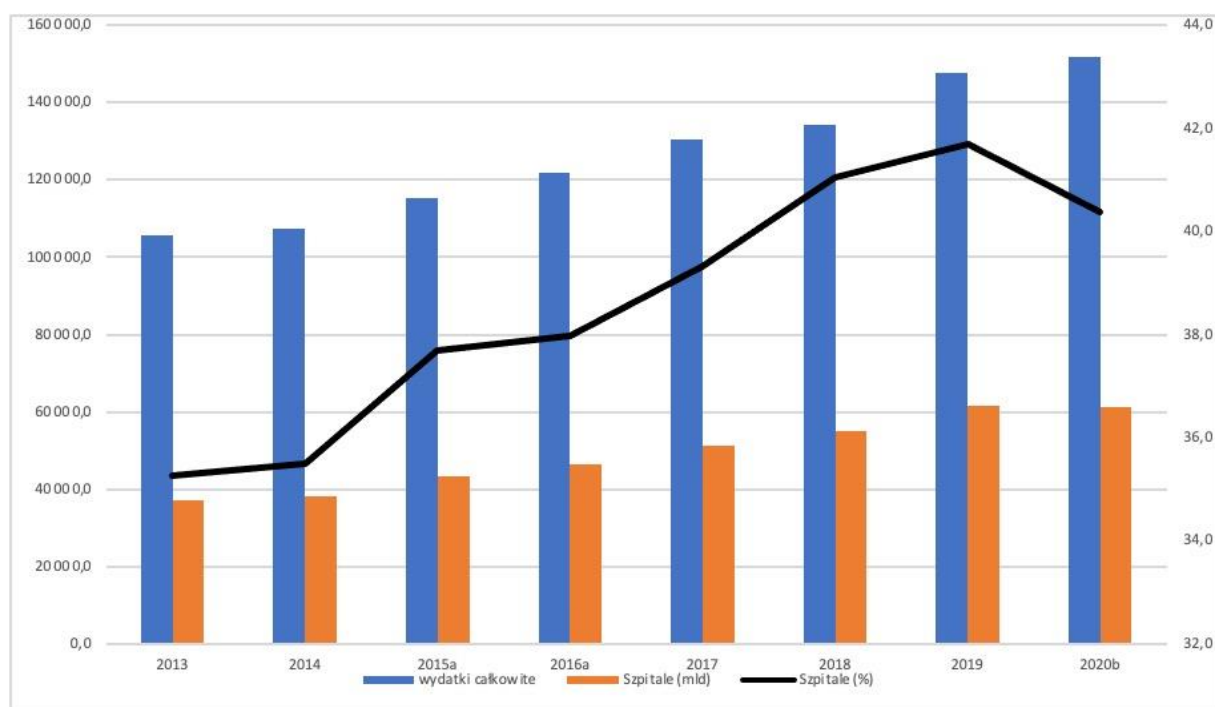
Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia wg Systemu Rachunków Zdrowia, GUS 2022

Rok	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia								PKB w mln PLN
	ogółem		wydatki publiczne		wydatki prywatne*		wydatki gospodarstw domowych		
	w mln PLN	w % PKB	w mln PLN	w % PKB	w mln PLN	w % PKB	w mln PLN	w % PKB	
2013	105 635,1	6,4	74 639,1	4,5	6 018,1	0,4	24 977,9	1,5	1 646 724
2014	107 457,9	6,3	75 928,6	4,4	6 679,0	0,4	24 850,2	1,5	1 711 244
2015	115 177,4	6,4	80 329,4	4,5	8 314,1	0,5	26 533,9	1,5	1 801 112
2016	121 774,1	6,5	84 415,0	4,5	9 571,9	0,5	27 787,2	1,5	1 863 487
2017	130 535,8	6,6	90 445,5	4,5	10 411,1	0,5	29 679,2	1,5	1 989 835
2018	134 244,4	6,3	95 977,1	4,5	10 854,2	0,5	27 413,2	1,3	2 121 555
2019	147 838,5	6,4	106 113,9	4,6	12 022,7	0,5	29 701,9	1,3	2 293 199
2020	151 873,5	6,5	109 752,7	4,7	12 452,3	0,5	29 668,4	1,3	2 338 996
2021	172 884,6	6,6	125 476,5	4,8	13 593,3	0,5	33 814,8	1,3	2 622 184

*Za wydatki prywatne uznaje się wydatki przedsiębiorstw na rzecz pracowników

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [3]

System Rachunków Zdrowia (*System of Health Accounts – SHA*) wyróżnia kilka interesujących kategorii z punktu widzenia niniejszej analizy. W tej grupie znajdują się wydatki na szpitale jako koszty ponoszone wobec podmiotów identyfikowanych jako „szpitale” w krajowych systemach statystycznych. Wydatki na usługi stacjonarne (*inpatient*), czyli takie, które są realizowane w ramach pobytów w placówce medycznej trwających dłużej niż 24 godziny, a także usługi lecznicze, w kontraście do profilaktycznych, rehabilitacyjnych czy opieki długoterminowej.



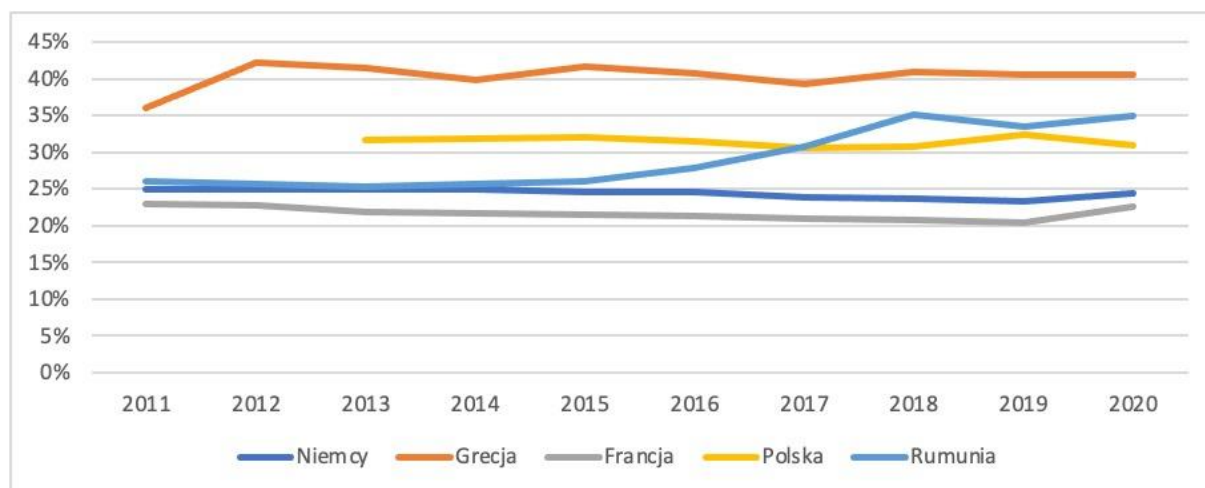
Wykres 1. Wydatki na szpitale oraz wydatki ogółem na zdrowie wg SHA w latach 2013-2020
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [3].

Wydatki na szpitale jako instytucje wzrosły w ostatnich latach z ok. 37 mld zł (rok 2013) do ok. 61 mld zł (rok 2020) i stanowiły ok. 40-41% wydatków bieżących na zdrowie ogółem. W latach przedstawionych na wykresie roczna stopa inflacji konsumenckiej była umiarkowana, zatem wzrosty wydatków na szpitale w istocie zwiększały siłę nabywczą ich zarządców, choć jednocześnie od 2017 r. istotnie rosły regulowane wynagrodzenia personelu.

Najwłaściwszą kategorią do analizy w obecnej pracy, spośród wymienionych wyżej, wydaje się kategoria „usługi stacjonarne lecznicze”. W tej kategorii usług, realizowanych co do zasady w szpitalach, ale nieobejmujących opieki ambulatoryjnej oraz jednodniowej realizowanej w tych szpitalach, zawierają się także usługi, które mogłyby zostać zrealizowane w innym niż stacjonarny trybie – ambulatoryjnym, domowym, jednodniowym itp.

Poniżej zaprezentowano wykres odsetka wydatków w nakładach bieżących na ochronę zdrowia ogółem wg metodyki SHA 2011 (wykres 2). Jak można zauważyć, wydatki tego typu kształtują się w Polsce na poziomie ok. 31-33%, zatem o ok. 10 p.p. mniej niż nakłady na szpitale jako instytucje. Najniższy poziom tego rodzaju wydatków w krajach UE występuje w Portugalii

i Holandii (ok. 17%), a najwyższy w Grecji (41%). W Niemczech i Francji poziom wydatków na usługi lecznicze stacjonarne oscyluje pomiędzy 20-24%, a w Rumunii w ostatnich latach znacznie wzrósł (z 25% do 35%), co było związane z wprowadzonymi regulacjami zwiększającymi wynagrodzenia personelu medycznego [4].



Wykres 2. Odsetek wydatków na usługi lecznicze stacjonarne w wydatkach bieżących na zdrowie ogółem wg SHA w latach 2011-2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat [5].

W tym kontekście można uznać, że wydatki na usługi lecznicze stacjonarne należą do wysokich w stosunku do pozostałych krajów Unii Europejskiej, choć nie są one skrajnie wysokie, jak ma to dziś miejsce np. w Grecji [6-7].

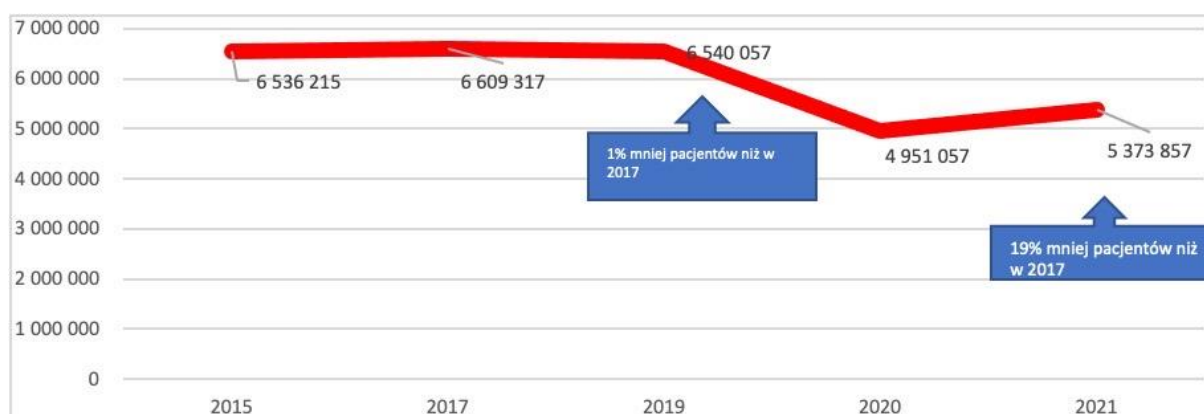
W dyskursie publicznym dominuje przekonanie, że należy radykalnie zwiększyć ilość pieniędzy wydawanych na ochronę zdrowia, a wtedy problemy i mankamenty systemu ochrony zdrowia zostaną usunięte. Tego typu stanowisko często i ze zrozumiiałych przyczyn jest reprezentowane przez środowiska profesjonalistów pracujących w ochronie zdrowia. Wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, głównie publicznej, były przez lata niskie, co powodowało wiele negatywnych zjawisk, takich jak:

- przechodzenie personelu medycznego do sektora prywatnego,
- powszechne łączenie pracy w sektorze prywatnym i publicznym, a przy tym przekraczanie prawnych i zdroworozsądkowych norm liczby godzin pracy,
- traktowanie pracy w sektorze publicznym jako metody promocji praktyki prywatnej, w tym również ograniczającej koszty jej funkcjonowania.

Jest jednak wiele przesłanek wskazujących na to, że wydatki samodzielnie nie poprawiają istotnie sytuacji, w szczególności na ogólnym poziomie. Jedną z takich przesłanek jest relacja pomiędzy wydatkami a percepcją społeczną ochrony zdrowia. Zgodnie z wynikami badań CBOS odsetek osób zadowolonych z opieki zdrowotnej wynosi w Polsce ok. 30% (26% raczej zadowolonych, 4% zdecydowanie zadowolonych) [8]. Jest to wielkość niemal dokładnie taka

sama jak w 2001 r. (27% +4%), o 10 p.p. wyższa niż w najgorszym okresie (rok 2012) i 8 p.p. niższa niż w najlepszym okresie (rok 2007). Widać więc wyraźnie, że w ewolucji percepcji systemu ochrony zdrowia trudno dostrzec związek z poziomem wydatków na ochronę zdrowia.

Także liczba dostępnych usług nie zmieniała się pomimo wzrostu wydatków (por. wykres 3). W odniesieniu do opieki szpitalnej liczba pacjentów przyjmowanych co najmniej jeden raz w danym roku po latach niewielkich wzrostów po raz pierwszy lekko spadła w roku 2019 (-1%), w kolejnych latach spadając drastycznie. To zjawisko gwałtownego spadku liczby hospitalizowanych chorych, mające miejsce w latach 2020-2021, należy jednak przypisać głównie pandemii COVID-19 i związanym z tym ograniczeniom w dostępie do szpitali. Otwartym pozostaje jednak pytanie: czy po zakończeniu pandemii liczba pacjentów ponownie wzrośnie, czy też pozostanie na niższym niż wcześniej poziomie?



Wykres 3. Liczba pacjentów przyjmowanych na leczenie stacjonarne co najmniej raz w danym roku w okresie 2015-2021

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ [9].

1.2. Pieniądze na ochronę zdrowia: w jaki sposób rozwiązują, a w jaki nie usuwają bieżących problemów?

Generalnym wyzwaniem polskiego (i nie tylko polskiego) systemu ochrony zdrowia jest uzyskiwanie wartości dodanej (*value added* – VA) wynikającej z stale rosnących nakładów. W tym celu konieczne jest określenie celów systemu oraz konsekwentne monitorowanie ich osiągania. Próby tego rodzaju aktywności było wielokrotnie podejmowane w skali międzynarodowej oraz poszczególnych krajów [10].

Podsumowując te działania, można stwierdzić, że jedynie jawne i oficjalne określanie celów oraz ich bieżące monitorowanie pozwala zaobserwować, czy i w jakim stopniu system ochrony zdrowia ulega poprawie. Uwalnia od emocjonalnych i populistycznych ocen opartych na przykładach kazuistycznych doświadczeń aktorów systemu zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych.

1.3. Systemowe ograniczenia organizacyjne

Uznaną systemową słabością polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak mechanizmów monitorowania oraz ewaluacji jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Liczne analizy wskazują, że w wielu obszarach działalności medycznej odstawiamy od leczenia zgodnego ze standardami opartymi na najnowszej wiedzy medycznej. Uwaga ta dotyczy nie tylko kwestii związanych z czystą praktyką medyczną, ale także aspektów odnoszących się do kultury zarządzania ukierunkowanej na doskonalenie procesów i procedur, stałe poszukiwanie nowych, lepszych rozwiązań, których celem jest poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki nad chorymi. Poważne ograniczenie stanowi też skończony sposób myślenia o sprawach ochrony zdrowia, gdzie korzyść pacjenta – końcowego i jednocześnie najważniejszego podmiotu systemu – jest często podporządkowana interesom dostawców, producentów i świadczeniodawców. Wszystkie elementy układanki składające się na kompletny obraz systemu sprawiają, że podstawowe założenia gospodarki rynkowej, budujących ją relacji i zależności – opisane m.in. ponad 200 lat temu przez Adama Smitha w dziele *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*: „Jedynym zadaniem i celem wszelkiej produkcji jest konsumpcja, a interesy producenta należy mieć na względzie o tyle tylko, o ile to może okazać się konieczne dla popierania interesów konsumenta” [11, s. 305] – są dziś zagrożone przez egoizm zewnętrznych inwestorów. W ślad za tym warunki budowy systemu zrównoważonego, angażującego wszelkie zasoby i zdolności obszaru zdrowia i opieki na wzór tego, jaki funkcjonuje w krajach – liderach reform systemu ochrony zdrowia (Dania, Szwecja, Holandia), ograniczają szansę osiągnięcia korzyści oczekiwanych przez polskich pacjentów.

System ochrony zdrowia powinien być oparty na nieustannym monitorowaniu i mierzeniu relacji pomiędzy osiąganym i możliwym do osiągnięcia wynikiem leczenia a jego kosztem. Jakość i bezpieczeństwo opieki powinny być mierzone nie tylko odległością do podmiotu leczniczego, lecz również szansą uzyskania tak samo dobrego rezultatu leczenia dla podobnych pacjentów. To nie obawy czy oczekiwania świadczeniodawców powinny wyznaczać ramy działalności medycznej, bo system nie jest dla nich. Reformując system, musimy patrzeć w pierwszej kolejności na potrzeby zdrowotne Polaków. Stąd nie podlega wątpliwości, że docelowym modelem usługi medycznej oferowanej przez polskie szpitale powinna być opieka koordynowana, kompleksowa, odpowiadająca realnym potrzebom pacjentów. W skali kraju realizowana przede wszystkim w ramach regionalnych konsorcjów szpitalno-przychodniowych.

Lecznictwo stacjonarne (szpitalne) wymaga – tu nikt nie ma wątpliwości – daleko idącej, przemyślanej i sprawnie przeprowadzonej reorganizacji, której zasadniczym celem powinno być:

- Dostosowanie liczby i rodzaju łóżek szpitalnych (liczby, potencjału „szpitali sieci”) do potrzeb chorych, które są szczegółowo określane na podstawie analizy danych NFZ, korygowane w dłuższej perspektywie, np. wprowadzeniem nowych technologii, zmianami demograficznymi.

- Efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów systemu ochrony zdrowia wsparte pragmatycznym (określonym potrzebami) publicznym finansowaniem świadczeń medycznych oraz procesów inwestycyjno-modernizacyjnych.
- Racjonalne geograficzne rozmieszczenie szpitali – ogniw systemu – oraz ich ścisła, wsparta warunkami organizacyjno-finansowymi współpraca.
- Wdrożenie obiektywnych, zunifikowanych metod organizacji i zarządzania oraz kwantyfikacji efektów prowadzonej działalności. Standaryzacja organizacji i wyposażenia obejmująca m.in. wskaźniki jakościowe i certyfikaty akredytacyjne, systemy ewaluacji i korekt, standaryzację szpitalnych systemów informatycznych oraz wprowadzenie referencyjnych grup zakupowych dla sprzętu i materiałów medycznych.

Należy jednak pamiętać o ograniczeniach, jakie są nierzadkim udziałem tego rodzaju działań naprawczych. Pierwsze i najważniejsze to konieczność uruchomienia w ramach otwartego systemu opieki zdrowotnej organizacyjnej i strukturalnej alternatywy dla tej części lecznictwa szpitalnego, która z powodzeniem może być prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Kolejna sprawa to funkcjonalne powiązanie ze sobą obu obszarów lecznictwa, do tego w sposób gwarantujący swobodny, uporządkowany przepływ chorych z zapewnieniem efektywnego i racjonalnego wykorzystania zasobów oraz zdolności będących w posiadaniu systemu.

Na pewno nie można powiedzieć, że polski system ochrony zdrowia jest pacjentocentryczny i zorientowany na jakość. Brakuje w nim mechanizmów monitorowania oraz ewaluacji jakości i bezpieczeństwa pacjenta – placówki otrzymują wynagrodzenie bez względu na to, jak skutecznie chronią i odtwarzają zdrowie oraz poprawiają jakość życia w chorobach przewlekłych [12]. Brakuje też mechanizmów zachęcających do zachowań, w których pięć głównych grup interesariuszy systemu – pacjenci, politycy, płatnik, świadczeniodawcy i przemysł farmaceutyczny – będą zainteresowane współpracą i postrzeganiem siebie nawzajem jako elementy jednego systemu. Nie oznacza to rezygnacji z zasad wolnego rynku, ale konkurowanie jakością – zamiast ilością – wykonywanych procedur. Płatność powinna być rozdzielona pomiędzy wszystkie podmioty zaangażowane w opiekę nad pacjentem, proporcjonalnie do ich wkładu [13].

Błędem większości dotychczasowych reform szpitalnictwa było to, że nie zaczynały się od analizy potrzeb zdrowotnych, ale od działań skupionych na poprawie wskaźników ekonomicznych. Zawsze łatwiej i bezpieczniej podejmuje się decyzje zarządcze, o ile mają one swoje oparcie, potwierdzenie w danych, które są mierzalne, kwantyfikowane. Większość danych finansowych, ekonomicznych należy właśnie do tej kategorii, niemniej jednak procesowe, wskaźnikowe odwzorowanie organizacji i funkcjonowania spójnego w zakresie opieki i oferowanych usług rynku zdrowia wymaga szeregu zmiennych jakościowych, których właściwa interpretacja wymaga od kadry zarządzającej gruntownej wiedzy popartej solidnym doświadczeniem.

Zasadniczym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest nadmierny stopień rozproszenia miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, i to przede wszystkim w zakresie lecznictwa szpitalnego. Dotyczy to struktury właścicielskiej i zarządzania. W danym

województwie istnieją szpitale podległe różnym organom i brak jest koordynacji działania poszczególnych jednostek. Do tego nie istnieje w praktyce system referencyjności, co doprowadza do niewykorzystania potencjału największych szpitali i przeciążenie ich obowiązkami na poziomie podstawowym. Jednocześnie szpitale powiatowe za wszelką cenę próbują realizować wysoko specjalistyczne świadczenia oraz konkurują z innymi podmiotami o kadre i środki finansowe. Stąd najważniejszym kierunkiem zmian systemowych powinno być harmonijne rozwijanie opieki ambulatoryjnej oraz przeniesienie ciężaru podstawowej diagnostyki i kontynuacji leczenia na podmioty POZ. W ramach systemu opieki ambulatoryjnej powinny działać zespoły lekarzy różnych specjalności POZ oraz wybrane podmioty specjalistyczne (poradnie specjalistyczne), aby poszerzyć kompetencje i umożliwić opiekę nad pacjentami.

1.4. Opieka zdrowotna nakierowana na wartość

Opieka zdrowotna nakierowana na wartość (*Value Based Helthcare* – VBHC) to strategia osiągania lepszych wyników z uwzględnieniem czynników o największym znaczeniu dla pacjentów i przy jednoczesnej optymalizacji kosztów świadczeń. Efekt leczenia powinien być definiowany jako wynik istotny dla zdrowia i życia pacjenta, a nie wykonanej procedury czy interwencji danego specjalisty, poradni czy szpitala. Tak opisane wyniki wyznaczają cele dostawców usług medycznych i określają zakres ich odpowiedzialności wobec pacjentów.

Dostosowanie się do koncepcji ochrony zdrowia nakierowanej na wartość oznacza zreformowanie systemu, w którym dokonywane są płatności za każdą konsultację lub leczenie, na rzecz przyjęcia nowego podejścia do płatności związanych z wartością i jakością. Jednym z kluczowych warunków realizacji tego celu jest wprowadzenie opieki koordynowanej – zintegrowanego, kierowanego, kompleksowego, interdyscyplinarnego, wszechstronnego i całościowego modelu udzielania świadczeń medycznych.

Zgodnie z definicją Europejskiego Biura ds. Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej, będącego częścią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka koordynowana to „koncepcja świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania” [14]. Model integrujący różne szczeble opieki i zapewniający pacjentom kompleksowość i ciągłość dostarczanych usług, którego zasadniczym wyróżnikiem jest kompleksowość obejmująca m.in. zarządzanie dostępnością oraz jakością udzielanych świadczeń.

Podstawowym warunkiem koordynacji opieki jest informatyzacja systemu zdrowotnego, co pozwala na wzajemną wymianę informacji, bieżący kontakt oraz monitorowanie opieki nad pacjentem. Znaczące wsparcie dla środowiska opieki koordynowanej, rozwiązań decydujących o efektach stosowania w praktyce stanowi też telemedycyna, pozwalając lepiej i wydajniej nadzorować prace całego zespołu lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów, co w sytuacji braku kadry medycznej jest niezwykle ważne.

W Polsce najwięcej doświadczeń w zakresie opieki koordynowanej pochodzi z programu KOS-Zawał. Uzyskane w okresie minionych 5 lat wyniki są niezwykle zachęcające. Dzięki

wprowadzeniu nowej metody opieki uzyskano redukcję hospitalizacji oraz zmniejszenie śmiertelności chorych. Program cieszy się wysoką oceną ze strony uczestników, niemniej jednak obejmuje tylko 20% pacjentów po świeżym zawale serca, co poważnie ogranicza jego skuteczność oddziaływania. Według zapowiedzi NFZ KOS-Zawał ma być obowiązkową formą działania dla wszystkich oddziałów kardiologicznych w Polsce.

Kluczowym z punktu widzenia wielkości populacji docelowej programem opieki koordynowanej w Polsce jest POZ PLUS. Dalsze pozytywne oczekiwania związane z ww. projektem mają swoje oparcie w wynikach pilotażu, który na podstawie próbki badanych pacjentów wykazał korzyści związane z poprawą diagnostyki i wdrożeniem właściwego leczenia. Aby realizować wybraną ścieżkę opieki koordynowanej, placówka POZ musi zapewnić możliwość konsultacji ze specjalistą danej dziedziny. Współpraca z AOS powinna zapewniać możliwość konsultacji w dwóch formułach: wizyta stacjonarna, czyli bezpośredni kontakt pacjenta ze specjalistą, lub konsultacja w formie zdalnej – pomiędzy lekarzem POZ a lekarzem specjalistą. Do tego każdy z programów opieki koordynowanej powinien mieć zapewnione finansowanie gwarantujące pełne pokrycie kosztów ponoszonych przez świadczeniodawcę, w tym również dodatkowych zobowiązań wpisanych we wczesny etap każdego projektu. Wynika to z większej liczby zdiagnozowanych przypadków oraz konieczności dotarcia do grup pacjentów będących do tej pory poza opieką, u których z większą częstotliwością są wykrywane stany bardziej zaawansowane i powikłane, kosztowniejsze w leczeniu. Z czasem koszty opieki powinny ulec obniżeniu w ujęciu długoterminowym dzięki bardziej efektywnej diagnostyce i terapii.

Dotychczasowe obserwacje z wdrażania programów opieki koordynowanej wskazują, że największe ograniczenia w jej wprowadzeniu wynikają z braku determinacji ze strony zarządzających (wysokie koszty wstępne), ograniczonego finansowania, niewystarczającej informatyzacji, braku wykwalifikowanych koordynatorów i zainteresowania ze strony potencjalnych realizatorów programów pilotażowych.

2. Fakty, od których zależy sukces reform?

2.1. Cyfryzacja

Nowoczesne rozwiązania technologiczne mogą pomóc w realizacji opieki ambulatoryjnej. Ważnym elementem mogłoby być sieciowanie ośrodków szpitalnych z placówkami opieki ambulatoryjnej w celu umożliwienia prowadzenia długoterminowej opieki nad pacjentami w miejscu ich zamieszkania. Teleporady, konsylia lekarskie oraz telekonferencje są doskonałymi narzędziami do realizacji zadań opieki ambulatoryjnej. Rozwiązania tego typu powinny być wkomponowane w skład procedur opieki zdrowotnej w wymiarze formalnym oraz odpowiednio finansowane. Jednocześnie niezbędna jest możliwość zapisu treści porad i ich automatycznej konwersji na dokumentację medyczną z wykorzystaniem dostępnych w tym

zakresie rozwiązań. Niemniej ważne jest udoskonalenie bazy technologicznej dla prowadzenia dokumentacji medycznej gromadzonej na indywidualnych kontaktach pacjentów (elektroniczna karta pacjenta) w celu ułatwienia dostępu do wykonywanych badań w różnych placówkach medycznych. Obecnie wiele badań jest powielanych przy każdym przyjęciu do placówki medycznej z powodu braku dostępu do wyników badań wykonywanych wcześniej.

Właściwie prowadzona cyfryzacja powinna posługiwać się standardami w zakresie składni (syntaktyki) dokumentów medycznych (np. HL7 CDI, FHIR), a także semantyki (SNOMED, LOINC, ICF, ICD10/11 itp.). Standaryzacja i formalizacja zapisu danych medycznych pozwoli na ich sprawny transport i udostępnianie w pakietach oprogramowania różnych producentów, a także na maszynowe przetwarzanie, w tym analizy statystyczne, wizualizowanie danych liczbowych i jakościowych itp. Docelowo należy założyć rozwój systemów wspomaganie decyzji klinicznych wykorzystujących narzędzia sztucznej inteligencji (*Artificial Intelligence – AI*).

Obecnie trudno wyobrazić sobie funkcjonowanie nowoczesnego systemu ochrony zdrowia bez wsparcia zaawansowanych narzędzi informatycznych oraz osadzonych na nich modułów analitycznych. Oceny prognostyczne prowadzone przy wykorzystaniu danych medycznych, statystyk zdrowotnych, trendów chorobowych oraz zmiennych środowiskowych z zamiarem wcześniejszego wykrycia i reagowania na możliwe zagrożenia, pozwalają przewidywać, skalować oraz w swoisty sposób przeciwdziałać skutkom ryzyk zdrowotnych.

Priorytetem efektywnego zarządzania systemem zdrowia jest stałe doskonalenie sposobu i warunków świadczenia usług; podejmowanie inicjatyw organizacyjnych, w ramach których opieka kompleksowa, koordynowana jest na bieżąco dopasowywana do realnych potrzeb zdrowotnych, wynikających ze szczegółowych analiz danych zdrowotnych (*big data*), a nie tylko opinii ekspertów. Dzięki proponowanemu podejściu – prognozowaniu potrzeb systemu, połączonemu z planowaniem strategicznym, stosowaniem rozwiązań wspierających podejmowanie decyzji – systemy medyczne tworzą niespotykane do tej pory warunki budujące perspektywę wysoce skutecznych działań w prewencji, diagnostyce i zarządzaniu zagrożeniami zdrowotnymi. Monitorowanie i analiza danych pozwalają wykryć obszary marnotrawstwa, a co za tym idzie określić sposoby optymalizacji.

Kolejnym warunkiem sukcesu reform jest zagwarantowanie systemowi, jego formie organizacyjnej, możliwie największej elastyczności: zwiększenie odporności na zagrożenia, uniezależnienie od wpływów otoczenia, wytworzenie zdolności i kompetencji strukturalnych oraz organizacyjnych pozwalających w dynamiczny sposób dostosować się do nowych okoliczności, co jest kluczowe w sytuacjach, gdy zagrożenia medyczne mogą zmieniać się szybko lub być nieprzewidywalne. Postulowana konstrukcja systemu powinna również wspierać procesy planowania strategicznego, umożliwiać organizację, dostosowanie do zmieniających się warunków, utrzymanie trwałych fundamentów, przy jednoczesnym zachowaniu elastyczności w reakcji na nowe wyzwania.

Konsekwentnie należy też dążyć do tego, aby nowe oraz doskonalone z upływem czasu i rosnącego doświadczenia rozwiązania organizacyjne sprzyjały budowie systemu zarządzanego

przez urzędników zdrowotnych, którzy nie podlegają tak silnie zmianom politycznym i kadencyjności. Potrzeba strategicznego planowania, koncepcji nowoczesnej organizacji i nowych zasad finansowania, metodyczność w planowaniu i wdrażaniu zmian oraz otwarcie na innowacje technologiczne są nieodzownym warunkiem sprawnej realizacji zamierzeń tworzących kompletny, zrównoważony system reform rynku zdrowia w Polsce.

2.2. Skuteczna i efektywna opieka szpitalna

Konieczna jest implementacja gruntownych zmian w organizacji opieki szpitalnej w celu poprawy jej efektywności. Wszelkie zmiany powinny być dokonywane na podstawie analizy danych map potrzeb zdrowotnych przygotowanych dla danego województwa oraz w wymiarze ogólnokrajowym. Ważne jest wprowadzenie systemu referencyjności ze wskazaniem placówek szpitalnych o pozycji regionalnej, udzielających najbardziej specjalistycznych świadczeń. Powinny one współpracować z podmiotami mniejszymi w celu przedłużenia opieki i leczenia.

Możliwe jest przekształcanie wybranych podmiotów w placówki opieki dziennej lub zmiana w podmioty opieki długoterminowej. Kierunki te powinny być zdefiniowane w strategii dla systemu. Lokalni politycy często nie mają odwagi, żeby zlikwidować onkologię czy położnictwo, bo oznacza to samobójstwo polityczne. Starostów, a nawet dyrektorów szpitali gotowych na zmiany jest wielu, ale nie uda się to bez strategicznego planu modernizacji i restrukturyzacji na poziomie państwa oraz wsparcia finansowego tego procesu.

Bardzo istotnym elementem organizacji opieki szpitalnej będzie wprowadzenie stanowisk asystentów medycznych i innych form wsparcia białego personelu w celu jak najbardziej efektywnego wykorzystania zasobów kadry medycznej. Kluczową rolę będą odgrywać koordynatorzy opieki medycznej zajmujący się planowaniem pobytów pacjentów, umawianiem badań diagnostycznych i monitorujący przebieg pobytów szpitalnych tak, aby uniknąć niepotrzebnych dni pobytowych i jak najlepiej wykorzystać posiadane zasoby kadrowe i sprzętowe.

Koncepcja VBHC może być wsparciem dla procesu poprawy efektywności opieki szpitalnej, nakreślając ramy inwestycji pod kątem efektywności klinicznej, organizacyjnej i ekonomicznej. VBHC jest możliwie najlepszą dziś drogą do uzyskania oczekiwanych zmian w sektorze ochrony zdrowia, ponieważ oferuje powiązanie wydatków na system z wartością, którą uzyskują pacjenci korzystający z usług medycznych. Założeniem VBHC, w przeciwieństwie do tradycyjnego modelu opieki zdrowotnej, jest orientacja na wartość dodaną dla pacjenta i społeczeństwa, w szczególności poprzez wynagradzanie świadczeniodawcy (szpitali i lekarzy) za uzyskanie u pacjenta określonego efektu zdrowotnego, czyli nagradzanie działań zmierzających do wyleczenia pacjentów, a nie samego leczenia; brania pod uwagę nie tylko kwestii klinicznych, ale także poprawę jakości życia pacjenta, a przede wszystkim poczucia zaopiekowania.

W Polsce prowadzone są już projekty, w których obowiązującą dziś zasadę płacenia za świadczenia zaczynamy powoli zastępować korygowaniem płatności w zależności od wyników leczenia. Przykładami są między innymi koordynowana opieka specjalistyczna nad pacjentem

po zawale serca (KOS-Zawał), koordynowana opieka w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ OK), kompleksowe leczenie ran przewlekłych (świadczenia KLRP-1 i KLRP-2).

Konieczne jest dalsze konsekwentne wdrażanie tego systemu we wszystkich dziedzinach opieki medycznej w kraju. W tym celu niezbędne jest definiowanie obszarów i ram poszczególnych podsystemów, czego przykładem mogą być propozycje poszczególnych środowisk: onkologów z ośrodkami leczenia raka piersi (*breast units* – BU), diagnostyki raka płuca (KDRP), kardiologów z kompleksową opieką nad chorymi z niewydolnością serca (KONS) czy pulmonologów z kompleksową diagnostyką chorób płuc (KDChP). Ponieważ mamy ograniczone zasoby, które jesteśmy w stanie przeznaczyć na ochronę zdrowia, tym bardziej musimy dbać o jak najwyższą jakość, a nie tylko myśleć kategoriami minimalizowania kosztów.

2.3. Opieka ambulatoryjna – dobra, bezpieczna alternatywa dla hospitalizacji

Z całą mocą należy podkreślić, że w dojrzałych systemach opieki zdrowotnej nie ma możliwości przeprowadzenia jakiegokolwiek znaczącej w odbiorze najważniejszych interesariuszy systemu reformy, o ile będzie ona prowadzona selektywnie, tj. w odniesieniu do poszczególnych segmentów rynku zastępując rozwiązania kompleksowe. System ochrony zdrowia jest strukturą niezwykle złożoną, wielowątkową, której ocena działania, a zwłaszcza skala i zakres podejmowanych inicjatyw naprawczych, musi uwzględniać wiele perspektyw.

Stąd propozycja, aby głównym celem podejmowanych w najbliższym czasie zmian było dążenie do przywrócenia, wzmocnienia roli i znaczenia w procesach zarządczych solidnych fundamentów, na których opiera się zarządzanie rynkiem zdrowia. Tych wszystkich jego elementów, które opierają się na analizie potrzeb zdrowotnych, decydują o koordynacji medyczno-geograficznej pomiędzy podmiotami leczniczymi. Wspierają organizację ograniczonej, wynikającej z analiz map potrzeb zdrowotnych liczby szpitali regionalnych, gotowych do kompleksowego rozwiązywania problemów medycznych, funkcjonujących w otoczeniu placówek o niższym poziomie referencyjności, wykonujących mniej skomplikowane procedury czy też kontynuujących leczenie rozpoczęte w ośrodkach specjalistycznych. W tej strukturze jest także miejsce dla podmiotów prywatnych, a właściwie podmiotów prywatnych realizujących procedury finansowane ze środków publicznych z założeniem, że realizują one świadczenia zakontraktowane z NFZ na podstawie map zapotrzebowania zdrowotnego i wskaźników zdrowotnych dla danego regionu. Sukces reform zależy również od tego, aby proponowane rozwiązania organizacyjne gwarantowały i wspierały procesy oddziałujące na zarządzanie krytycznymi z punktu widzenia powodzenia reform zasobami, w tym koncentrację kapitału ludzkiego, wykwalifikowanej kadry medycznej oraz sprzętu w miejscach udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych.

Model udzielania świadczeń medycznych jako odpowiedź na potrzeby i oczekiwania pacjentów zdecydowanie przesuwa się w kierunku świadczeń ambulatoryjnych oraz jednodniowych, co pozwala na realizację większej liczby niezbędnych świadczeń zdrowotnych przy mniejszych ich kosztach. Stąd optymizmem napawa fakt przeznaczania coraz większych pieniędzy na

ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – łącznie NFZ przekazał na ten cel o ponad 46% środków więcej niż miało to miejsce w 2021 r., dzięki czemu liczba pacjentów korzystających ze świadczeń wzrosła o ponad 756 tys. Równie istotną zmianą w systemie jest wprowadzenie do POZ opieki koordynowanej, czyli zapewnienie pacjentowi kontaktu ze specjalistą bezpośrednio w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej. Pozwala to nie tylko przyspieszyć obsługę pacjentów, ale również zatrzymać część z nich na poziomie medycyny rodzinnej. Natomiast największym wyzwaniem pozostają nadal braki kadrowe wśród pracowników medycznych, głównie lekarzy.

2.3.1. Nowa organizacja i zarządzanie jako czynniki wspierające lecznictwo ambulatoryjne

Aby skuteczniej kontrolować koszty, należy wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną, co wymaga ogólnokrajowej strategii budowania potencjału zespołów medycznych pracujących w placówkach POZ oraz zrewidowania programów nauczania na studiach medycznych pod kątem pracy zespołowej, codziennego stosowania modeli stratyfikacji pacjentów, zarządzania populacyjnego, wykorzystania narzędzi informatycznych, opracowania protokołów telemedycznych oraz wdrażania ścieżek klinicznych.

2.3.2. Lekarz pierwszego kontaktu – „strażnik systemu”

Konieczne jest poszerzenie kompetencji lekarzy rodzinnych w zakresie organizacji kompleksowej opieki nad pacjentami. Dotyczy to działań profilaktycznych, badań przesiewowych i wczesnej diagnostyki. Zadania te powinny być realizowane w ramach systemu VBHC. Zmian wymaga również paradygmat pracy i zadań lekarza rodzinnego, z tym że dotychczas nie zdefiniowaliśmy wskaźników, które lekarze POZ mają osiągnąć, co z kolei jest podstawą skutecznego przeprowadzenia zaplanowanych zamierzeń.

2.3.3. Nowe elementy struktury organizacyjnej – lokalne centra medyczne

Prawdziwa alternatywa dla dzisiejszej diagnostyki prowadzonej w szpitalu, czyli przeniesienie dotychczasowych zadań opieki poza szpitale, będzie możliwa do przeprowadzenia pod warunkiem zorganizowania na poziomie ambulatoriów rozwiniętej sieci jednostek posiadających zdolności i kompetencje z powodzeniem pozwalające zastąpić dzisiejszą funkcję szpitali. Taką funkcję mogą podjąć wybrane placówki szpitalne które zostaną przekształcone w ośrodki opieki dziennej. Poprawi to efektywność opieki i zmniejszy jej koszty (brak dyżurów nocnych, weekendowych oraz świątecznych, racjonalizacja zatrudnienia). Placówki takie mogłyby ściśle współpracować z POZ, poprawiając ich możliwości diagnostyczne i terapeutyczne.

Przykładem wadliwych rozwiązań w aktualnym systemie rozliczania hospitalizacji jest leczenie udarów mózgu. NFZ rozlicza koszty hospitalizacji na podstawie sztywno wskazanych okresów pobytu pacjenta w szpitalu. Pobyt pacjenta powyżej 9 dni jest wymagany do tego, aby placówka uzyskała wyższe finansowanie. Sprawia to, że wielu pacjentów przetrzymywanych jest w oddziałach

tylko dla przekroczenia limitu czasowego. Na szczęście od 1 kwietnia br. wprowadzono korzystne zmiany w zakresie rozliczania pobytów pacjentów w grupie chorób neurozwyrodnieniowych. Aktualnie możliwe jest przeprowadzenie procedur w trybie jednodniowym, co zmniejsza obciążenia pacjentów, ale też systemu szpitalnego.

Od pewnego czasu zlikwidowano w Polsce limity na porady ambulatoryjne specjalistyczne. Jednocześnie nie poszerzono pakietów diagnostycznych przypisanych do wizyt ambulatoryjnych. Stąd pomimo dużych środków finansowych przeznaczanych na bezlimitowe wizyty specjalistyczne nie uzyskano zmniejszenia liczby hospitalizacji. Pacjenci kierowani są nadal bardzo często do SOR i szpitali w celu przeprowadzania pogłębionej diagnostyki i postawienia diagnozy.

2.3.4. Opieka koordynowana – trzy podstawowe modele

Podsumowując warunki niezbędne do budowy bezpiecznej alternatywy wobec nadmiernie eksploatowanej dziś w Polsce ścieżki opieki nad chorymi – hospitalizacji, konieczne jest sukcesywne rozwijanie założeń opieki koordynowanej w trzech zasadniczych modelach:

- Podstawowa Opieka Zdrowotna oparta o budżet powierzony obejmujący poszerzenie dotychczasowych kompetencji lekarza POZ i umożliwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej na podstawie funduszy przekazywanych na ten cel świadczeniodawcy realizującemu POZ,
- Koordynowana Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna – KAOZ, czyli daleko idąca integracja POZ i AOS oparta na sprecyzowanych standardach medycznych i organizacyjnych, określających sposób postępowania z pacjentami chorymi przewlekle w różnym stadium zaawansowania choroby,
- Kompleksowa Opieka Zdrowotna – KOZ, która ma obejmować zarówno opiekę ambulatoryjną oraz szpitalną, jak i domową.

2.4. Zdrowie publiczne, profilaktyka

Dzisiejsze oczekiwania społeczne wyrażane m.in. stylem życia mieszkańców państw wysokorozwiniętych tworzą nową perspektywę potrzeb podnoszonych wobec narodowych systemów opieki i ochrony zdrowia, dla których ważnym obszarem zainteresowania są nie tylko pacjenci i lekarze, ale również osoby zdrowe. Chodzi o to, aby dbać o utrzymanie dobrego samopoczucia każdego obywatela tak długo, jak to możliwe, a nie tylko opiekować się osobami chorymi. Długość życia w zdrowiu staje się dziś przez to większym wyzwaniem niż oczekiwana długość życia. W 2021 r. długość życia w zdrowiu Polaków wynosiła 59,1 lat dla mężczyzn i 63,1 lat dla kobiet. Pod tym względem Polska zajmuje odległe 18. miejsce w UE.

Polskiej ochronie zdrowia brakuje idei, tożsamości skupionej na kompleksowym i skoordynowanym zarządzaniu chorobami i ich ryzykiem oraz świadczenia usług zdrowotnych z nakierowaniem na rzeczywiste potrzeby pacjentów, którzy winni być osią systemu. Potrzebujemy systemu odpornego, ale także zrównoważonego, którego fundamentem jest powszechna profilaktyka,

a w dalszej kolejności kompleksowa i zintegrowana opieka oraz istniejące pomiędzy jego elementami pomosty gwarantujące dostępność do leczenia w wymiarze czasowym, geograficznym i ekonomicznym. Większa integracja usług zdrowotnych prowadzi do kompleksowej opieki w pełnej skali – od opieki ambulatoryjnej, z silnie zaznaczoną profilaktyką, po szpitalną, a to z kolei skutkuje większym zadowoleniem społecznym i jednocześnie obniżeniem kosztów systemu. Z punktu widzenia możliwie najlepiej pojmowanych interesów społeczeństwa i państwa zarówno mądrzej, jak i taniej oraz skuteczniej jest zarządzać zdrowiem na etapie działań chroniących je przed wystąpieniem choroby niż ograniczających wtórne powikłania. Klucz do sukcesu tej strategii jest tylko jeden – powszechna dbałość o zdrowie wyrażona ukierunkowanymi, swoiście dopasowanymi do grup wiekowych oraz atrakcyjnymi w odbiorze społecznym działaniami profilaktycznymi obejmującymi możliwie największą liczbę Polaków [15].

Zdrowie publiczne wymaga koordynacji na poziomie państwa. Należy wprowadzić obowiązek oceny skutków podejmowanych regulacji z punktu widzenia zdrowia publicznego jako obowiązkowy element procesu legislacyjnego. Potrzebne jest wypracowanie mechanizmów motywujących społeczeństwo do działań prozdrowotnych. Obywatele powinni mieć świadomość zagrożeń zdrowotnych i wysokiej skuteczności profilaktyki oraz własnej roli w zarządzaniu swoim ryzykiem chorobowym. W tym zakresie istotne wsparcie przychodzi z obszaru innowacyjnych technologii i AI.

Upowszechnienie zasad zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się, powinno być efektem skoordynowanych działań organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych oraz organizacji działających na rzecz pacjentów. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia określiły ramy kompleksowej i wieloletniej strategii działań edukacyjnych i profilaktycznych, dotyczących największych wyzwań dla zdrowia publicznego w Polsce. Edukacja prozdrowotna i kształtowanie właściwego stylu życia ma zasadniczy wpływ na zdrowie obywateli. Dlatego zdrowie publiczne odgrywa kluczową rolę w zmniejszeniu hospitalizacji i rozwinieciu opieki ambulatoryjnej. Potrzebna jest też integracja pomiędzy zdrowiem publicznym i medycyną naprawczą. Skuteczna profilaktyka wtórna pozwala na ograniczenie liczby rehospitalizacji.

Wybitny badacz procesów organizacji i zarządzania Peter Drucker powtarzał: „najlepszym sposobem przewidywania przyszłości jest jej tworzenie” [16, s. 4 i 9], co doskonale odpowiada relacji, jaka powinna zachodzić pomiędzy zdrowiem a systemowymi sposobami jego zachowania – relacji opartej na rozumnym, trwałym i racjonalnym fundamencie zdrowia, jakim jest profilaktyka, czyli inwestowanie w bezpieczną przyszłość obywatela, społeczeństwa i państwa.

2.5. Zmiana kultury zarządzania

Dobra praktyka, kultura zarządzania w ochronie zdrowia wymaga współpracy i wsparcia ze strony różnych dziedzin medycyny, administracji, ekonomii oraz innych nauk. Jej specyfika, związane z nią skuteczność i odpowiedzialność są niezwykle istotne, albowiem bezpośrednio

odnoszą się do wartości, norm i sposobu działania w instytucjach i organizacjach powiązanych z opieką zdrowotną. Na co dzień obciążone są działaniami mającymi na celu ciągłą poprawę jakości, doskonalenia procesów opieki, poszukiwania na rynku efektów synergii w celu efektywnego wykorzystania zasobów, ich łączenia, niezależnie od pochodzenia i własności. System ochrony zdrowia powinien w coraz większym stopniu bazować na budowaniu wartości, współpracy i zaufaniu, w miejsce maksymalizowania zysków i płacenia za usługi zdrowotne. Ważne jest, by możliwie efektywnie alokować zasoby finansowe, organizacyjne i kadrowe, którymi dysponują poszczególni uczestnicy systemu ochrony zdrowia, aby jak najpełniej zaspokajać potrzeby pacjentów. Podnoszenie jakości i bezpieczeństwa – to współczesny priorytet i kierunek zmian mających na celu efektywne wykorzystanie ograniczonych zasobów płatnika publicznego.

Trwałym, pozwalającym na rozwój sektora medycznego elementem tej kultury jest również innowacyjność rozumiana jako poszukiwanie nowych rozwiązań, technologii i metod leczenia. Warto jednak pamiętać, że żadna, nawet najbardziej doskonała praktyka zarządzania, podobnie jak i technologia, nie pozwoli osiągnąć znaczących sukcesów bez wcześniejszego uporządkowania rynku pracy – przywrócenia modelu organizacji pracy personelu medycznego związanego z jednym miejscem pracy, unikającego pracy dorywczej, skłonного do tworzenia zespołów, bez których nie jest możliwe uczenie się nowych umiejętności.

Przyszłość rynku zdrowia to również zwiększenie liczby pracowników zatrudnionych w ochronie zdrowia. Dopuszczenie do opieki przedstawicieli nowych zawodów medycznych i niemedyceńskich, czyli profesjonalizacja czynności i zadań związanych z wykonaniem usług medycznych z jednoczesnym poszerzeniem portfolio zawodów reprezentujących zaangażowanych w procesy opieki pracowników, charakteryzujących się z jednej strony wysokim, z drugiej zaś wąskim zakresem przypisanych kompetencji.

2.6. Innowacje w medycynie – leki, sprzęt i materiały medyczne

Innowacyjność poprawia efektywność systemów ochrony zdrowia, prowadząc do zmniejszenia śmiertelności, wydłużenia życia, kontroli chorób przewlekłych, ograniczenia konieczności hospitalizacji, dokładniejszej i szybszej diagnostyki wielu chorób, personalizacji terapii oraz poprawy jakości życia.

Innowacje w ochronie zdrowia dotyczą różnych aspektów: leków, sprzętu, materiałów medycznych oraz e-medycyny. Innowacyjność w przemyśle farmaceutycznym nie dotyczy dziś tylko procesów powstawania leków, ale także rozwoju ich odpowiedników oraz udoskonalania substancji o ugruntowanej pozycji w lecznictwie. Coraz większe znaczenie będą miały rozwiązania innowacyjne oparte na AI, służące koordynowaniu diagnostyki oraz leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym. Bardzo ważne będzie również wyposażenie systemu ochrony zdrowia w dostęp do nowoczesnej, odpowiadającej aktualnym zaleceniom diagnostyki obrazowej. Z kolei dzięki innowacjom, w tym AI, ludzie będą dysponować możliwościami monitorowania coraz większej liczby parametrów biologicznych wskazujących na stan ich zdrowia (tętno, ekg, ciśnienie tętnicze, stężenie glukozy i cholesterolu, wagi,

oddychania, aktywności fizycznej). Można sobie wyobrazić, że wskaźniki te są przechowywane na „zdalnym serwerze” ze sztuczną inteligencją, zdolną do reagowania w przypadku wartości nieprawidłowych.

3. Cele oczekiwanej transformacji systemu. Plan restrukturyzacji i modernizacji szpitalnictwa. Warunki i metody wykonania

3.1. Docelowy model organizacyjny systemu i jego uzasadnienie. Długoterminowa strategia dla organizacji systemu. Ramy transformacji

Niemcy, Francja, Dania ogłosiły swoje długoletnie plany restrukturyzacji szpitalnictwa. Jasno określono, że nie potrzebują tylu łóżek, ale więcej opieki ambulatoryjnej, procedur jednodniowych. Procesy te rozpisali na 10 lat. Samorządy i menedżerowie szpitali dostali czytelne drogowskazy, dzięki którym wiedzą, w którym kierunku mają iść. Otrzymali też wsparcie finansowe i czas na realizację zmian.

Ramą transformacji powinny być jakość, bezpieczeństwo i efektywność. Zakres usług trzeba dostosowywać do potrzeb, a nie interesów. Łóżka ostre należy zamienić w długoterminowe, bo niezaspokojone potrzeby w tym obszarze są gigantyczne. Potrzebujemy rehabilitacji specjalistycznej, np. dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, z chorobą Parkinsona, po udarach, a także wyspecjalizowanych ośrodków profilaktyki i leczenia otyłości. Trzeba wyjść poza schematy i sztywne ramy postrzegania szpitala, który musi mieć wszystkie oddziały, nawet jeśli połowa z nich jest powieleniem oferty pobliskich placówek. Podstawowym wyzwaniem systemu ochrony zdrowia – po stronie dostarczania świadczeń – jest uzyskanie ciągłości opieki nad pacjentami wobec różnorodności instytucjonalnej i organizacyjnej.

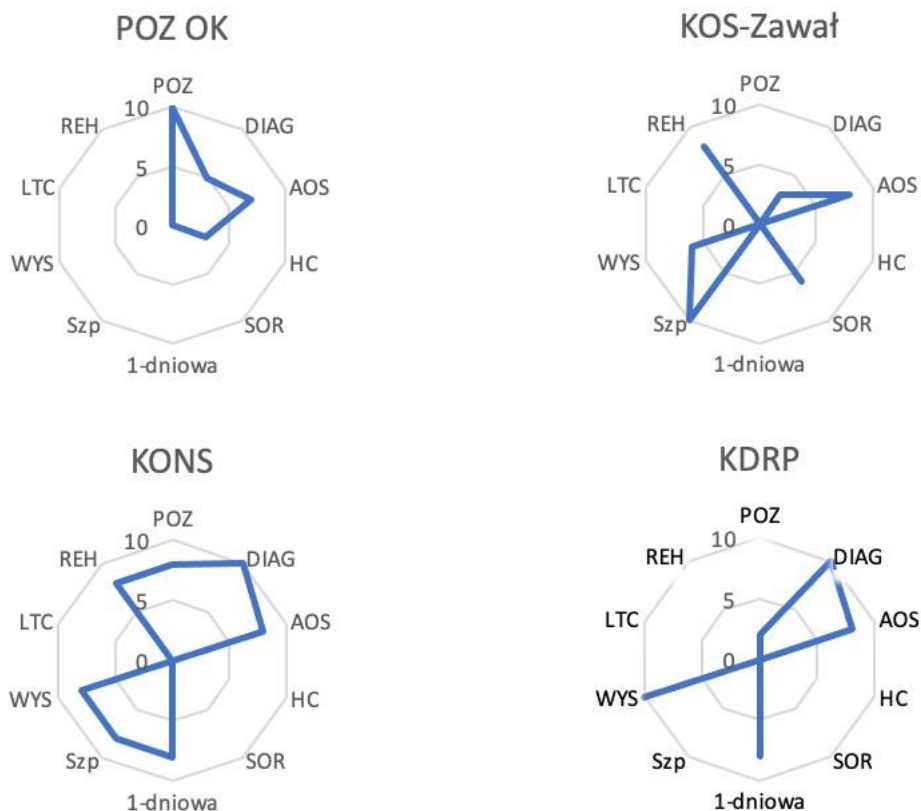
Placówki opieki zdrowotnej mają zróżnicowane struktury i zakresy oferowanych świadczeń. Niegdyś istniała zunifikowana (nigdy w pełni) struktura zakładów opieki zdrowotnej, zespolonych zespołów opieki zdrowotnej (zawierającej obecne POZ, AOS, diagnostykę, pogotowie ratunkowe i niekiedy niektóre oddziały szpitalne) lub 4-oddziałowych szpitali powiatowych jest obecnie nie do uzyskania. Kolejne próby, zwykle realizowane pod hasłami restrukturyzacji i „sieci szpitalnej” (1999, 2009-2011, 2017, 2022), nie doprowadziły do ujednoczenia struktur. Dodatkowo nastąpiły w tym czasie znaczne zmiany własnościowe – większość dostawców opieki podstawowej oraz AOS to podmioty prywatne. Także wiele węższych zakresów świadczeń (np. diagnostyka laboratoryjna, obrazowa, dializoterapia, kardiologia interwencyjna) realizowanych jest przez podmioty prywatne. Z kolei podmioty publiczne stanowią własność różnych organów samorządu terytorialnego lub władzy państwowej i zmiany ich podporządkowania są wysoce wątpliwe.

Nie ujednolicono struktur, uzyskano jedynie klasyfikację świadczeń w postaci zakresów świadczeń finansowanych przez NFZ oraz poziomów „sieci szpitalnej”, bez zasadniczych zmian organizacyjnych. Na obecnym etapie należy przyjąć, że takie zmiany struktury placówek medycznych nie są możliwe do realizacji, w każdym razie w rozsądnym czasie. Z drugiej strony, w ostatnich latach uzyskano poprawę w niektórych obszarach w zakresie ciągłości opieki i jej koordynacji. Te obszary to, wymienione wcześniej, modele opieki pod nazwą KOS-Zawał, POZ OK, czy KTLR1-1, 2. W modelach tych nie jest konieczna zmiana struktury placówek, jednak konieczne jest uzyskanie odpowiedniego poziomu współpracy między nimi, koordynacji działań, koncentracji na osiągnięciu efektu klinicznego i na pacjencie. Działania te występują pod rozpoznawalnymi hasłami opieki koordynowanej i opieki zorientowanej na wartości (VBHC).

Docelowy model opieki zdrowotnej powinien zatem oferować ciągłość i koordynację opieki niezależnie od lokalizacji i instytucjonalnego podporządkowania poszczególnych rodzajów świadczeniodawców. Modele opieki koordynowanej powinny wiązać współpracujące ze sobą – w określonym zakresie i formie – placówki opieki zdrowotnej w realizacji określonych celów klinicznych dla zdefiniowanych grup pacjentów. Takie modele opieki, realizujące tzw. zarządzanie chorobą, mogą być tworzone dość elastycznie, na podstawie dwu- i wielostronnych umów o współpracy (konsorcja).

Na wykresie 4 zaprezentowano relację pomiędzy rodzajem świadczeń realizowanych przez placówki medyczne a rodzajem tych świadczeń składających się na poszczególne modele opieki koordynowanej.

Uwzględniając dzisiejsze potrzeby i możliwości systemu, można wyraźnie dostrzec, że jednym z kardynalnych warunków sukcesu w ochronie zdrowia jest koncentracja kapitału ludzkiego, wykwalifikowanej kadry medycznej i sprzętu w miejscach udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych. Wiedza na temat regionalnych potrzeb zdrowotnych, podobnie jak identyfikacja i właściwa konfiguracja lokalnych zasobów – sprzętowych i kadrowych – są kluczowymi zmiennymi, które zgodnie z najnowszymi doświadczeniami państw – europejskich liderów przemian w ochronie zdrowia – powinny być osią, wokół której należy organizować system. Dążyć należy też do regionalizacji większości świadczeń zdrowotnych, prowadzonej w oparciu o szpitale wielospecjalistyczne funkcjonujące w otoczeniu jednostek o niższym poziomie referencyjnym – powiatowych. Natomiast w odniesieniu do procedur rzadkich stosować centralizację usług w ramach krajowych centrów kompetencji i doskonałości, gwarantującą zachowanie najwyższej skuteczności i efektywności w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.



Wykres 4. Zakres świadczeń realizowanych w ramach wybranych modeli opieki koordynowanej

POZ – podstawowa opieka zdrowotna, AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, SOR – szpitalny oddział ratunkowy, 1-dniowa – opieka jednodniowa, LTC – opieka długoterminowa, WYS – usługi wysokospecjalistyczne, HC – opieka domowa, DIAG – diagnostyka, REH – rehabilitacja, Szp – opieka szpitala, POZ OK – opieka koordynowana w POZ, KOS Zawał – kompleksowa opieka specjalistyczna w ostrych zespołach wieńcowych, KONS – kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca, KDRP – kompleksowa diagnostyka raka płuca

Źródło: opracowanie własne

3.2. Zredefiniowanie ról i odpowiedzialności poszczególnych aktorów rynku zdrowia

W budowie nowego modelu organizacji systemu zabezpieczenia szpitalnego na pewno należy zabiegać o popularyzację rozwiązań, w ramach których osią planowania będzie region zapewniający optymalną sieć wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia, odpowiedni do potrzeb potencjał łóżek intensywnej terapii w szpitalach opieki krótkoterminowej, a także określone lokalnymi potrzebami zasoby szpitali dziennych, długoterminowych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Kluczowe znaczenie dla zagwarantowania wysokiej skuteczności i efektywności funkcjonowania tak zdefiniowanego systemu ma odpowiednie rozmieszczenie placówek na mapie kraju. Podstawą ich rozplanowania powinna być przypisana w systemie funkcja. Tak więc gęstość sieci szpitali uczestniczących w zadaniach związanych z bezpośrednim ratowaniem życia pacjentów znajdujących się na terenie ich odpowiedzialności (centra urazowe, regionalne, powiatowe)

powinna gwarantować na tyle szybkie dotarcie do właściwej placówki, aby możliwym było zastosowanie ratunkowych procedur medycznych w optymalnym dla chorego czasie. Kolejną grupą jednostek opieki stacjonarnej, wobec których należałoby stosować kryteria planowego rozmieszczenia, jakkolwiek w stopniu nieco mniej rygorystycznym, są centra rehabilitacji i zakłady opiekuńcze. Uzasadnieniem dla działania byłoby przede wszystkim zagwarantowanie odpowiednich warunków do prowadzenia opieki koordynowanej pomiędzy szpitalami o różnych poziomach referencyjności funkcjonujących w regionie oraz zapewnienie pacjentom możliwości udzielania świadczeń rehabilitacyjnych i opiekuńczych w bezpośredniej bliskości miejsca ich zamieszkania. Trzecia, analizowana w kategorii rozmieszczenia na mapie Polski, grupa szpitali to podmioty specjalistyczne (onkologiczne, pulmonologiczne i inne). W przypadku tych jednostek decyzja o ich lokalizacji powinna być wypadkową regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, ale także tych zbudowanych przez lata, powodowanych tradycją, posiadaniem unikalnych lokalnych zasobów (kadrowych i sprzętowych) oraz dziedzicznych kompetencji [17].

Podsumowanie

Analiza struktury świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że model sprawowania opieki medycznej w segmencie publicznym w Polsce jest oparty w przeważającym stopniu na lecznictwie szpitalnym. Swoje źródło sytuacja ta ma w kierunkach przemian, jakim od ponad 20 lat podlega rynek medyczny, zwłaszcza w części odpowiedzialnej za opiekę ambulatoryjną. Już sama struktura właścicielska segmentu – w ponad 85% jest to rynek świadczeniodawców prywatnych – dowodzi, jak daleką do niedawna pozycję zajmował on na liście priorytetów płatnika i organizatora systemu. Dopiero szybko rosnące nakłady na ochronę zdrowia oraz nowe oczekiwania i potrzeby społeczeństwa szeroko artykułowane wobec sposobu organizacji i funkcjonowania systemu sprawiły, że lecznictwo ambulatoryjne zyskało na zainteresowaniu osób nim zarządzających. Integracja i koordynacja opieki w ramach otwartej i zamkniętej części lecznictwa okazały się nie tylko potrzebą organizacyjną, mającą na celu doskonalenie procesów jakości opieki zdrowotnej, ale również sposobem optymalizacji kosztów funkcjonowania systemu w celu zapewnienia możliwie szerokiego dostępu do nowych leków, materiałów medycznych i technologii w medycynie. Jest warunkiem dalszego rozwoju rynku zdrowia w Polsce, gwarantującego społeczeństwu i państwu realizację celów w stopniu i zakresie odpowiadającym osiągnięciom państw – liderów systemów ochrony zdrowia.

Uwzględniając warunki definiujące specyfikę rozwoju krajowego rynku zdrowia – jego potrzeby, możliwości oraz ograniczenia, zdefiniowano obszary mające kluczowe znaczenie dla sprawnego przeprowadzenia procesu transformacji rynku usług medycznych z silniejszym niż miało to miejsce do tej pory zaznaczeniem udziału, roli i znaczenia segmentu świadczeń ambulatoryjnych. Uznano więc na tej podstawie, że sukces planowanej reformy zależy w głównej mierze od celowego wsparcia finansowego ww. obszaru działalności medycznej, zdolności skutecznej aplikacji w systemie zdrowia innowacyjnych rozwiązań (zwłaszcza

w dziedzinie technologii medycznych), działań wspierających zdrowie publiczne, w tym profilaktykę chorób cywilizacyjnych, doskonalenia metod i sposobów zarządzania, także poprzez tworzenie i upowszechnianie ogólnokrajowych standardów opieki dotyczących zespołów medycznych pracujących w placówkach POZ.

Podziękowania

Autorzy publikacji składają serdeczne podziękowania Panu Profesorowi Witoldowi Rużyłło Dziekanowi Wydziału V PAN za inspirację i pomoc w przygotowaniu raportu.

Bibliografia

1. Lurka Krystian. *Lista szpitali pod kreską*. Menedżer Zdrowia [Online] 10.09.2023. <https://www.termedia.pl/mz/Lista-szpitali-pod-kreska,48741.html>
2. Gielerak Grzegorz. Zmiany potrzebne od zaraz. *Menedżer Zdrowia*. 2021, nr 11/12, s. 51-57.
3. GUS. *Wydatki bieżące na ochronę zdrowia*. [Online] 10.09.2023. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/2/1/wydatki_na_ochronie_zdrowia_w_latach_2019-2021_tablice.xlsx
4. Kolwicz Marcin. Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej. *Ann. Acad. Med. Stetin*. 2010, t. 56, nr 3, s. 131-143.
5. *Eurostat Data*. [Online] 10.09.2023. https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=hlth
6. Sójka Anna, Zadykowicz Rafał i Rasiak Edyta. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej w Europie. *Pol. Przegl. Nauk Zdr.* 2015, nr 3, s. 183-186.
7. *New hospital construction – future hospitals in Denmark*. Odense: Healthcare Denmark, 2020 [Online] 10.09.2023. <https://healthcaredenmark.dk/media/aibp1t32/white-paper-new-hospital-construction-pdf-uk.pdf>
8. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*. [Online] 10.09.2023. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_125_21.PDF
9. Narodowy Fundusz Zdrowia. *Statystyki*. [Online] 10.09.2023. <https://statystyki.nfz.gov.pl/>
10. WHO. *Health Report 2000*. Geneva: WHO, 2000. [Online] 10.09.2023. <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>
11. Smith Adam. *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, t. 2. Warszawa: PWN, 2013.
12. Stelmach Monika. *Pandemia – reset i początek głębokich reform*. Menedżer Zdrowia [Online] 10.09.2023. <https://www.termedia.pl/mz/Pandemia-reset-i-poczatek-glebokich-reform,41773.html>
13. Opolski Grzegorz i Zdrojewski Tomasz. Antynomie w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych. [w:] Opolski Krzysztof, Opolska Zuzanna i Zdrojewski Tomasz [red.]. *Antynomie systemu ochrony zdrowia*. Warszawa: PAN, 2021, s. 103-111.
14. Narodowy Fundusz Zdrowia. *Koordynowana opieka zdrowotna*. [Online] 10.09.2023. <https://koordynowana.nfz.gov.pl/>
15. Chruścińska-Dragan Monika. *Opieka koordynowana w przychodniach POZ. Filip Nowak: Musimy iść w kierunku płacenia za efekt*. Rynek Zdrowia [Online] 10.09.2023. https://www.rynekzdrowia.pl/finanse-i-zarzadzanie/o-opiece-koordynowanej-w-poz-filip-nowak-musimy-isc-w-kierunku-placenia-za-efekt,239686,1.html?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=rynekzdrowia.pl
16. Cohen William A. *Drucker on leadership. New lessons from the father of modern management*. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.
17. Gielerak Grzegorz. Nowa perspektywa rynku zdrowia w Polsce. Dokąd realnie podąża dziś system? [w:] Opolski Krzysztof, Opolska Zuzanna i Zdrojewski Tomasz [red.]. *Antynomie systemu ochrony zdrowia*. Warszawa: PAN, 2021, s. 71-77.