

# Od czego zależy sukces reform ochrony zdrowia

W „Menedżerze Zdrowia” 7-8/2023 pisaliśmy, że konieczna jest reforma – w niniejszym numerze podkreślamy, że w nowym spojrzeniu na kwestie dotyczące organizacji sprawnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia w Polsce przede wszystkim należy uwzględnić cyfryzację, skuteczną i efektywną opiekę szpitalną, opiekę ambulatoryjną, która jest dobrym i bezpiecznym alternatywnym rozwiązaniem zastępującym hospitalizację, nową organizację i zarządzanie jako czynniki wspierające lecnicstwo ambulatoryjne, lokalne centra medyczne, zdrowie publiczne i profilaktykę, zmianę kultury zarządzania i innowacje w medycynie.

**GRZEGORZ GIELERAK, ADAM KOZIERKIEWICZ, GRZEGORZ OPOLSKI, KONRAD REJDAK**

## 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. Nie mniej ważne jest udoskonalenie bazy technologicznej do prowadzenia dokumentacji medycznej gromadzonej na indywidualnych kontaktach pacjentów (elektroniczna karta pacjenta) w celu ułatwienia dostępu do wyników badań przeprowadzanych w różnych placówkach medycznych. Obecnie wiele badań jest powielanych przy każdym przyjęciu do placówki medycznej z powodu braku dostępu do 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 wspomagania 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 po-

dejsciu – 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 się szybko zmieniać 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 rosnącym doświadczeniem 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 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 szpitalnych w placówki opieki dziennej lub zmianą w podmioty opieki długoterminowej. Kierunki te powinny być zdefiniowane w strategii dla systemu. Lokalni politycy często nie mają odwagi, żeby zlikwidować onkologię czy położnictwo. Starostów, a nawet dyrektorów szpitali gotowych na zmiany jest wielu,

„Lokalni politycy często nie mają odwagi, żeby zlikwidować oddziały onkologiczne czy położnicze. 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”

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 możliwe 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 poprawy jakości życia pacjenta, a przede wszystkim poczucia otoczenia właściwą opieką.

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

„Możliwe jest przekształcanie wybranych podmiotów szpitalnych w placówki opieki dziennej lub w podmioty opieki długoterminowej. Kierunki te powinny być zdefiniowane w strategii dla systemu”

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 realizowana 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 muszą 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 podmiota-

mi 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 wykonujących 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. Dlatego optymizmem napawa fakt przeznaczania coraz większych pieniędzy na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – łącznie NFZ przekazał na ten cel o ponad 46 proc. środków więcej niż 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 jej 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 jest przetrzymywanych na oddziałach tylko dla przekroczenia limitu czasowego. Na szczęście od 1 kwietnia ub.r. 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. Dlatego pomimo dużych środków finansowych przeznaczanych na bezlimitowe wizyty specjalistyczne nie uzyskano zmniejszenia liczby hospitalizacji. Pacjenci nadal bardzo często są kierowani na SOR i do szpitali w celu przeprowadzania pogłębionej diagnostyki i postawienia diagnozy.

### 2.3.4. Opieka koordynowana – trzy podstawowe modele

Podsumowując: warunkiem niezbędnym do budowy bezpiecznej alternatywy wobec nadmiernie eksploatowanej dziś w Polsce ścieżki opieki nad chorymi – ho-

spitalizacji, 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 roku dla mężczyzn i 63,1 roku 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 dostęp 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 ukierunko-



„Obniżenie dzisiejszego udziału szpitalnictwa w nakładach na ochronę zdrowia (53 proc.) do poziomu notowanego w najbogatszych krajach Europy Zachodniej (30–35 proc.) powinno stać się jednym z priorytetów reformy w Polsce”

wanymi, 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 obligatoryjny 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 mają zasadniczy wpływ na zdrowie obywateli. Dlatego zdrowie publiczne odgrywa kluczową rolę w ograniczeniu hospitalizacji i rozwinięciu 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], 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 obliuguje do działań mających na celu ciągłą poprawę jakości, doskonalenia procesów opieki, poszukiwania na rynku efektów synergii dla 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 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, skłonne 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 niemedycznych, 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 odnosi się dziś tylko do 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, waga, oddychanie, aktywność fizyczna). 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 jakim kierunku mają iść. Otrzymali też wsparcie finansowe i czas na realizację zmian.

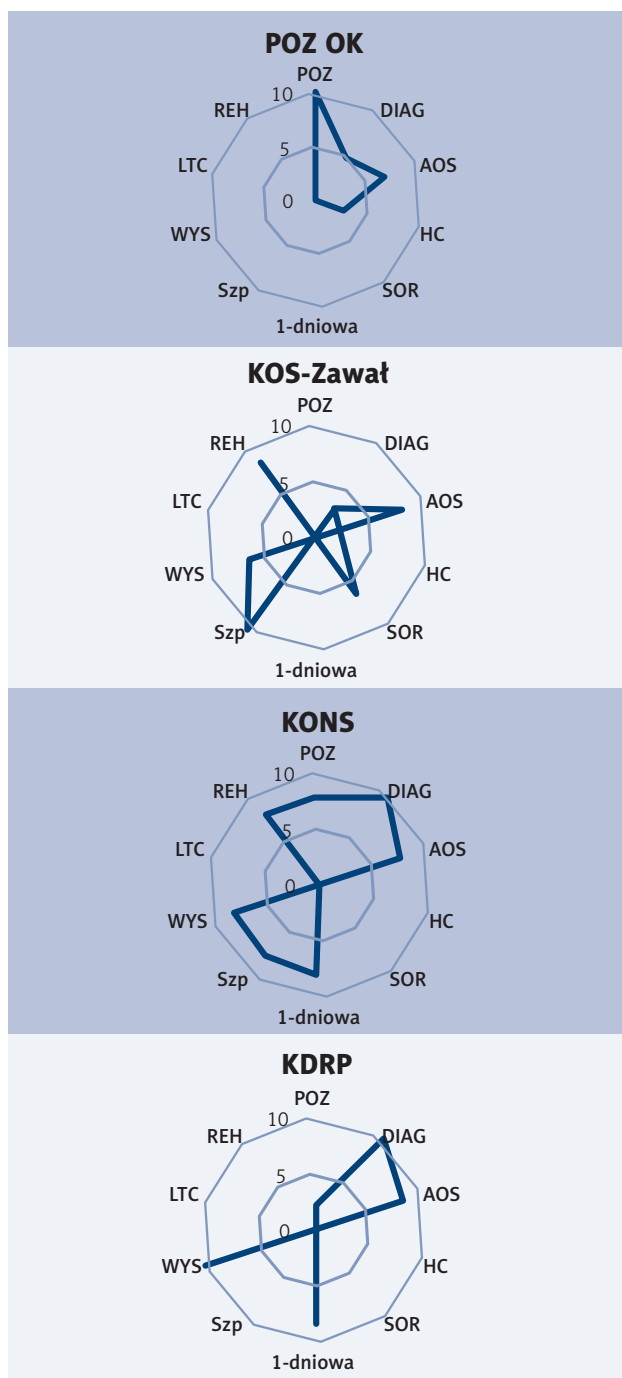
Ramą transformacji powinny być jakość, bezpieczeństwo i efektywność. Zakres usług trzeba dostosowywać do potrzeb, a nie interesów. Łóżka ostre należy zamienić w długoterminowe, bo niezaspokojone potrzeby w tym obszarze są gigantyczne. Potrzebujemy rehabilitacji specjalistycznej, np. dla pacjentów ze 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

„ Powinno nastąpić przeniesienie wielu świadczeń realizowanych obecnie w szpitalach do trybu ambulatoryjnego. Nie jesteśmy dziś w stanie zrobić tego równocześnie, równoległe ze zmianami wdrażanymi w szpitalnictwie ”

nad pacjentami wobec różnorodności instytucjonalnej i organizacyjnej.

Placówki opieki zdrowotnej mają zróżnicowane struktury i zakresy oferowanych świadczeń. Niegdyś istniała zuniifikowana (nigdy w pełni) struktura zakładów opieki zdrowotnej, zespolonych zespołów opieki zdrowotnej (zawierających 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 ujednoczono 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 KLRP-1 i KLRP-2. W modelach tych nie jest konieczna zmiana struktury placówek, jednak niezbędne 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).



**Rycina 1.** 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 szpitalna, 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

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 rycinie 1 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. Należy też dążyć 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.

### 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 możliwe 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 kompetencji w danych dziedzinach [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 proc. jest to rynek świadczeniodawców prywatnych – dowodzi, jak daleką do niedawna pozycję zajmował on na liście priorytetów płatnika i organizatora systemu. Dopiero szybko zwiększające się 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 związaną z doskonaleniem 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. Są one 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 określające 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 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.

Grzegorz Gielerak, Adam Kozierekiewicz, Grzegorz Opolski, Konrad Rejda – eksperci współpracujący z Polską Akademią Nauk

Powyższa publikacja to druga część tekstu – pierwszą zamieściliśmy w „Menedżerze Zdrowia” 7-8/2023. Artykuł można przeczytać po zeskanowaniu:



Tekst powstał na podstawie rekomendacji pod tytułem „Redukcja liczby hospitalizacji na rzecz szybkiej diagnostyki ambulatoryjnej i hospitalizacji jednodniowej – Polskie Zdrowie 2.0” przygotowanych przez Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk.

### Bibliografia

15. Chruścińska-Dragan M. Opieka koordynowana w przychodniach POZ. Filip Nowak: Musimy iść w kierunku płatnicza za efekt. Rynek Zdrowia [Online] 10.09.2023. [https://www.rynekdrowia.pl/finanse-i-zaradzanie/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=rynekdrowia.pl](https://www.rynekdrowia.pl/finanse-i-zaradzanie/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=rynekdrowia.pl)
16. Cohen WA. Drucker on leadership. New lessons from the father of modern management. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.
17. Gielerak G. Nowa perspektywa rynku zdrowia w Polsce. Dokąd realnie podąża dziś system? [w:] Opolski K, Opolska Z i Zdrojewski T [red.]. Antynomie systemu ochrony zdrowia. Warszawa, PAN, 2021, s. 71-77.