

MNIEJ HOSPITALIZACJI AMBULATORYJNEJ



Fot. iStockphoto.com

Konieczna jest zamiana dominującego na rynku interwencyjnego modelu opieki zdrowotnej na wariant prewencyjny, ambulatoryjny, jednodniowy i domowy.

GRZEGORZ GIELERAK, ADAM KOZIERKIEWICZ, GRZEGORZ OPOLSKI I KONRAD REJDAK

Fragmentacja poziomów opieki oraz brak planowania i koordynacji działalności placówek leczniczych w Polsce skutkuje przenoszeniem kosztów na wyższe poziomy referencyjne, czego jedną z konsekwencji jest ich zadłużanie się [1]. Ta sytuacja pozostaje w konflikcie z regułami dobrej praktyki medycznej,

zwłaszcza w obszarach o potwierdzonej roli i znaczeniu systematycznej opieki ambulatoryjnej (np. w chorobach przewlekłych, cywilizacyjnych), którą trudno zastąpić doraźnie powtarzanymi, często wymuszonymi dekompensacją stanu zdrowia pacjentów, hospitalizacjami.

— WIĘCEJ DIAGNOSTYKI I POMOCY JEDNODNIOWEJ

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 mających potencjał daleko idącej zmiany, a nawet innowacji w zakresie wpływu systemu ochrony zdrowia na zdrowie społeczeństwa, jest zamiana dominującego na rynku interwencyjnego modelu opieki zdrowotnej na wariant prewencyjny, ambulatoryjny, jednodniowy i domowy. Oznacza to większą integrację między 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 w szpitalach do trybu ambulatoryjnego. Nie jesteśmy w stanie zrobić tego równocześnie ze zmianami wdrażanymi w szpitalnictwie. Dlatego zadania te muszą być wykonane etapowo, według określonego szczegółowego planu potrzeb i idących

w ślad za tym zmian. Jeśli chcemy odciążać szpitale, to 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 udziału szpitalnictwa w nakładach na ochronę zdrowia (53 proc.) do notowanego w najbogatszych krajach Europy Zachodniej (30-35 proc.) 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 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].

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

1. Zamiana dominującego 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 oraz 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 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 lecznictwa 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 opieki ambulatoryjnej poprzez odpowiednią wycenę świadczeń, 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 funduszy 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.

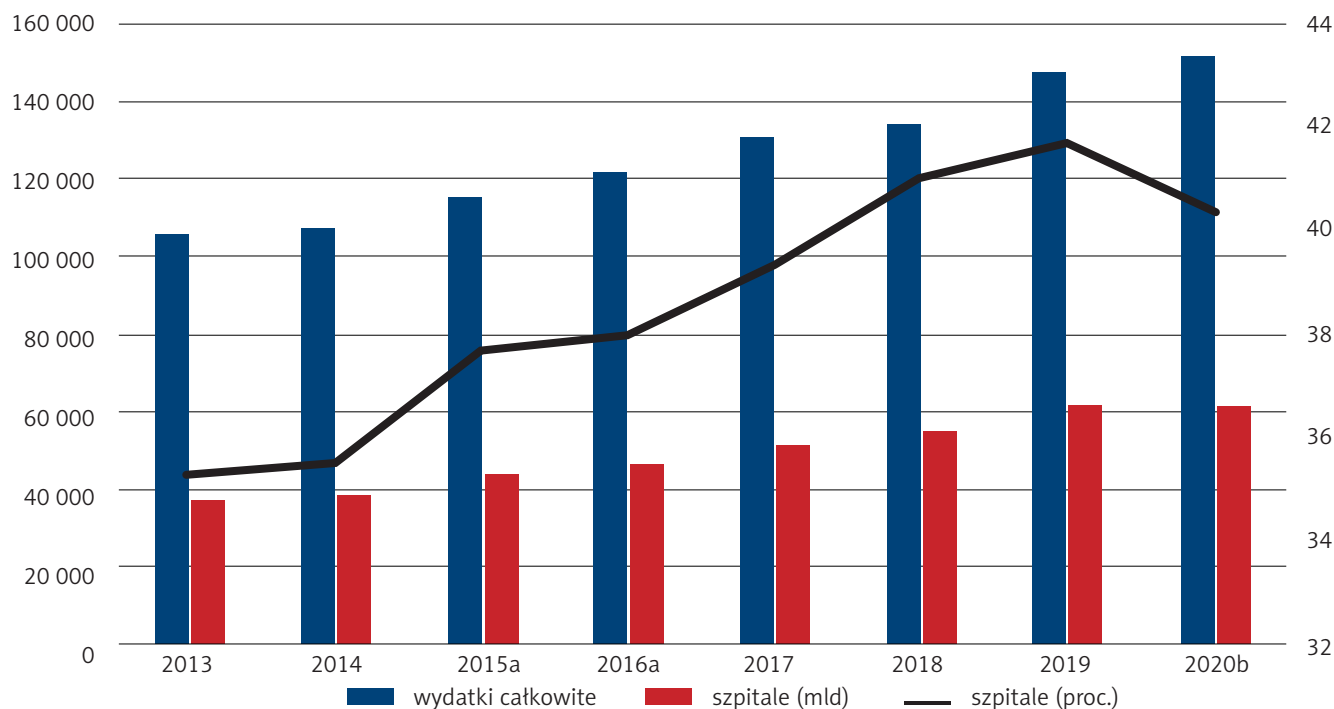
Podstawą rozważań jest wielkość wydatków na ochronę zdrowia oraz parametr odsetka wydatków na ochronę zdrowia w wielkości produktu krajowego brutto (tab. 1). W roku 2021 całkowita pula wydatków na ochronę zdrowia wyniosła ok. 172 mld zł, co stanowiło ok 6,6 proc. PKB z tego roku. Wydatki publiczne stanowiły w tym ok. 125 mld zł, czyli 4,8 proc. PKB.

System Rachunków Zdrowia (SHA – System of Health Accounts) 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.

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 proc. PKB	w mln PLN	w proc. PKB	w mln PLN	w proc. PKB	w mln PLN	w proc. PKB	
2013	105 635,1	6,4	74 639,1	4,5	6018,1	0,4	24 977,9	1,5	1 646 724
2014	107 457,9	6,3	75 928,6	4,4	6679,0	0,4	24 850,2	1,5	1 711 244
2015	115 177,4	6,4	80 329,4	4,5	8314,1	0,5	26 533,9	1,5	1 801 112
2016	121 774,1	6,5	84 415,0	4,5	9571,9	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].



Rycina 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 proc. wszystkich wydatków bieżących na zdrowie (ryc. 1). W latach przedstawionych na tej rycinie roczna stopa inflacji konsumenckiej była umiarkowana, zatem wzrosty funduszy na szpitale w istocie zwiększały siłę nabywczą ich zarządów, choć jednocześnie od 2017 r. istotnie rosły regulowane wynagrodzenia personelu.

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

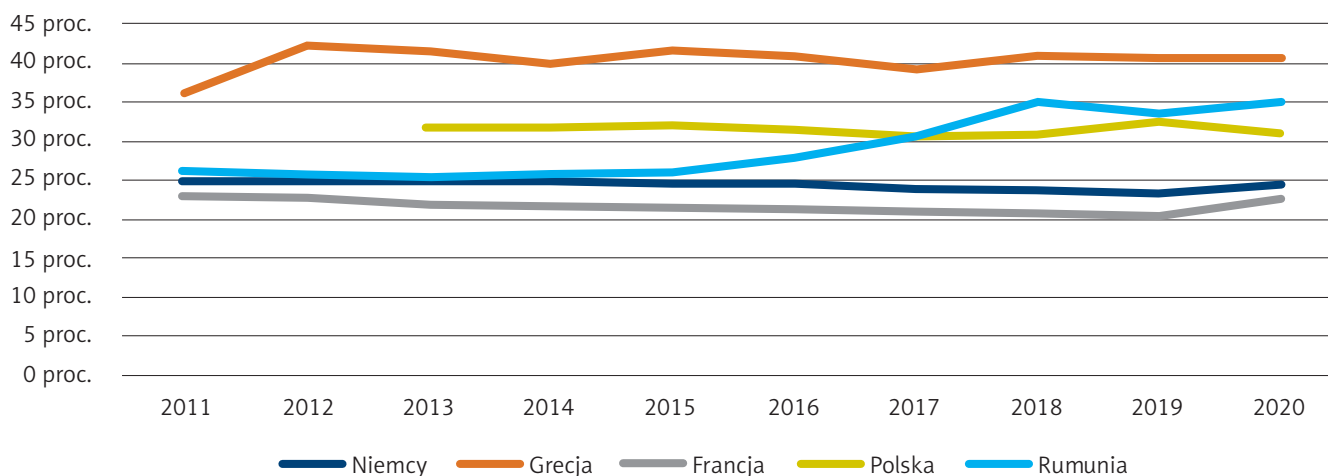
Na rycinie 2 zaprezentowano odsetek wydatków w nakładach bieżących na ochronę zdrowia ogółem według metodyki SHA 2011. Jak można zauważyć, w Polsce wynosi on ok. 31–33 proc., zatem mniej więcej o 10 p.p. mniej niż nakłady na szpitale jako instytucje. Najniższy poziom tego rodzaju wydatków w krajach UE występuje w Portugalii i Holandii (ok. 17 proc.), a najwyższy w Grecji (41 proc.). W Niemczech i Francji wskaźnik ten wynosi 20–24 proc., a w Rumunii w ostatnich latach znacznie wzrósł (z 25 proc. do 35 proc.), co było związane z wprowadzonymi regulacjami zwiększającymi wynagrodzenia personelu medycznego [4].

W tym kontekście można uznać, że wydatki na usługi lecznicze stacjonarne należą do wysokich w porównaniu z pozostałymi krajami Unii Europejskiej, choć nie są skrajnie wysokie, jak np. w Grecji [6,7].

W dyskursie publicznym dominuje przekonanie, że należy radykalnie zwiększyć wydatki na ochronę zdrowia, a wtedy problemy i mankamenty w tym obszarze zostaną usunięte. Tego typu stanowisko często i ze zrozumiałych 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 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 samo zwiększenie wydatków nie poprawi istotnie sytuacji, w szczególności na ogólnym poziomie. Jedną z takich przesłanek jest relacja między pieniędzmi a percepcją społeczną ochrony zdrowia. Zgodnie z wynikami badań CBOS odsetek zadowolonych z opieki zdrowotnej wynosi w Polsce ok. 30 proc. (26 proc. raczej zadowolonych, 4 proc. zdecydowanie zadowolonych) [8]. Jest to wielkość niemal dokładnie taka sama



Rycina 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].

jak w 2001 r. (27 proc. +4 proc.), 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 wydatkami na ochronę zdrowia.

Także liczba dostępnych usług nie zmieniała się mimo wzrostu wydatków (ryc. 3). W odniesieniu do opieki szpitalnej liczba pacjentów przyjmowanych co najmniej raz w danym roku po latach niewielkich wzrostów po raz pierwszy lekko zmniejszyła się w roku 2019 (-1 proc.), w kolejnych latach obniżając się drastycznie. To zjawisko gwałtownego spadku liczby hospitalizowanych w latach 2020–2021 należy jednak przypisać głównie pandemii COVID-19 i związanym z tym ograniczeniom w dostępie do szpitali. Otwarte pozostaje jednak pytanie, czy po zakończeniu pandemii liczba pacjentów ponownie wzrośnie, czy też pozostanie na niższym niż wcześniej poziomie.

1.2. Pieniądże na ochronę zdrowia: w jaki sposób rozwiązują, a w jaki nie likwidują bieżących problemów

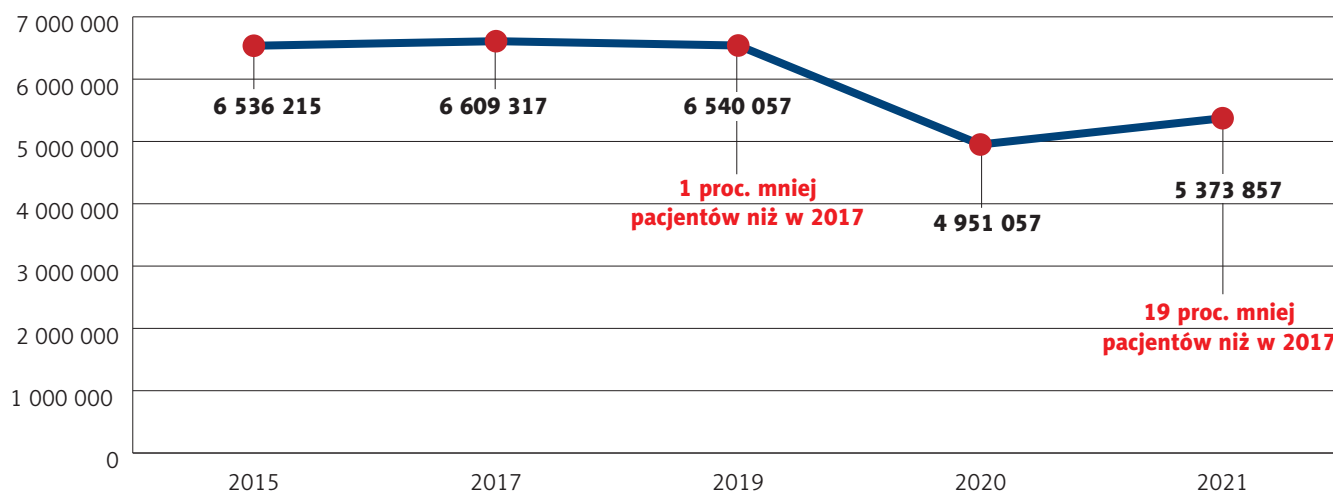
Generalnym wyzwaniem polskiego (i nie tylko polskiego) systemu ochrony zdrowia jest uzyskiwanie wartości dodanej (VA – value added) wynikającej ze stale rosnących nakładów. W tym celu konieczne jest określenie celów systemu oraz konsekwentne monitorowanie ich osiągnięcia. Próby tego rodzaju aktywności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

Podsumowując te działania, można stwierdzić, że jedynie jawne i oficjalne określanie celów oraz ich bieżące monitorowanie pozwala zaobserwować, czy i w ja-

kim stopniu system ochrony zdrowia się poprawia. 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 bezpośrednio z 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 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.



Rycina 3. Liczba pacjentów przyjmowanych na leczenie stacjonarne co najmniej raz w danym roku w latach 2015–2021

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

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 krajach będących liderami 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 w wypadku 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. Dlatego nie ulega wątpliwości, że docelowym modelem usługi medycznej oferowanej przez polskie szpitale powinna być opieka koordynowana, kompleksowa, odpowiadająca realnym potrzebom pacjentów, a realizowana przede wszystkim przez regionalne konsorcja szpitalno-przychodniane.

Lecznictwo stacjonarne (szpitalne) wymaga – tu nikt nie ma wątpliwości – daleko idącej, przemyślanej i sprawnie przeprowadzonej reorganizacji, której zasadniczymi celami powinny być:

- 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 utworzenia w otwartym systemie opieki zdrowotnej organizacyjnego i strukturalnego alternatywnego rozwiązania dla tej części lecznictwa szpitalnego, która z powodzeniem może być prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Kolejna sprawa to funkcjonalne powiązanie obu obszarów lecznictwa, do tego w sposób gwarantujący swobodny, uporządkowany przepływ chorych z zapewnieniem efektywnego i racjonalnego wykorzystania zasobów oraz zdolności, jakimi dysponuje system.
- 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

BŁĘDEM WIĘKSZOŚCI**DOTYCHCZASOWYCH****REFORM SZPITALNICTWA****BYŁO TO, ŻE NIE ZACZYNAŁY SIĘ****OD ANALIZY POTRZEB****ZDROWOTNYCH, ALE OD DZIAŁAŃ****SKUPIONYCH NA POPRAWIE****WSKAŹNIKÓW EKONOMICZNYCH**

Fot. Adobe Stock

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 – będzie zainteresowanych współpracą i postrzeganiem siebie nawzajem jako elementy jednego systemu. Nie oznacza to rezygnacji z zasad wolnego rynku, ale konkurowanie jakością – zamiast liczbą – 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 oparcie, potwierdzenie w danych mierzalnych, kwantyfikowanych. Większość danych finansowych, ekonomicznych należy właśnie do tej kategorii, ale procesowe, wskaźnikowe odwzorowanie organizacji i funkcjonowania spójnego w zakresie opieki i oferowanych usług rynku zdrowia opiera się na wielu zmiennych jakościowych, których właściwa interpretacja wymaga od kadry zarządzającej gruntownej wiedzy popartej solidnym doświadczeniem.

Zasadniczym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest nadmierne rozproszenie 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 nie ma koordynacji działania poszczególnych jednostek. Do tego nie istnieje w praktyce sys-

tem referencyjności, co doprowadza do niewykorzystania potencjału największych szpitali i przeciążenie ich obowiązkami na poziomie podstawowym. Jednocześnie placówki powiatowe za wszelką cenę próbują realizować wysokospecjalistyczne świadczenia oraz konkurują z innymi podmiotami o kadre i pieniądze. Dlatego najważniejszym kierunkiem zmian systemowych powinno być harmonijne rozwijanie opieki ambulatoryjnej oraz przeniesienie ciężaru podstawowej diagnostyki i kontynuacji leczenia na podmioty POZ. W systemie 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 (VBHC – Value Based Helthcare) 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 lub 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, interdyscy-

plinarne, wszechstronne i całościowe modelu udzielania świadczeń medycznych.

Zgodnie z definicją Europejskiego Biura ds. Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej, będącego częścią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka koordynowana to „konceptcja 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 oraz ciągłość dostarczanych usług, którego zasadniczym wyróżnikiem jest kompleksowość obejmująca m.in. zarządzanie dostępnością, a także jakością udzielanych świadczeń.

Podstawowym warunkiem koordynacji opieki jest informatyzacja systemu, co pozwala na wzajemną wymianę informacji, bieżący kontakt i monitorowanie opieki nad pacjentem. Znaczącym wsparciem dla opieki koordynowanej jest też telemedycyna, pozwalająca 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 minionych 5 latach wyniki są niezwykle zachęcające. Dzięki wprowadzeniu nowej metody opieki uzyskano redukcję hospitalizacji oraz zmniejszenie śmiertelności chorych. Program cieszy się dużym uznaniem uczestników, ale obejmuje tylko 20 proc. pacjentów po świeżym zawał serca, co poważnie ogranicza jego skuteczność. 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 tym projektem mają oparcie w wynikach pilotażu, który na podstawie próbek badanych pacjentów wykazał korzyści związane z poprawą diagnosty-

ki i wdrożeniem właściwego leczenia. Aby realizować wybraną ścieżkę opieki koordynowanej, placówka POZ musi współpracować z AOS i mieć możliwość konsultacji w dwóch formach: 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 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 się obniżyć 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 zarządzających (wysokie koszty wstępne), ograniczonego finansowania, niewystarczającej informatyzacji, braku wykwalifikowanych koordynatorów i zainteresowania potencjalnych realizatorów programów pilotażowych.

Grzegorz Gielerak, Adam Kozierekiewicz, Grzegorz Opolski i Konrad Rejdak – eksperci współpracujący z Polską Akademią Nauk.

Powyższa publikacja to pierwsza część tekstu – drugą opublikujemy w kolejnym numerze „Menedżera Zdrowia”.

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

Bibliografia

1. Lurka K. Lista szpitali pod kreską. Menedżer Zdrowia [Online] 10.09.2023. <https://www.termedia.pl/mz/Lista-szpitali-pod-kreska,48741.html>
2. Gielerak G. 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_ochrone_zdrowia_w_latach_2019-2021_tablice.xlsx
4. Kolwicz M. 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=hthh
6. Sójka A, Zadykiewicz R, Rasiak E. 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/aibp132/white-paper-new-hospital-construction-pdf-uk.pdf>
8. Centrum Badań 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 A. *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów, t. 2.* Warszawa: PWN, 2013.
12. Stelmach M. *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 G, Zdrojewski T. *Antynomie w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych.* [w:] Opolski K, Opolska Z, Zdrojewski T [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/>