

PfSz System

Zintegrowany system ochrony
zdrowia ponad podziałami

Spis treści

| | | | | | |
|-----|---|-------|--|-------|-----------------------------|
| 1 | Skrótowe wyjaśnienie propozycji reformy | 3.7 | Reformy opieki psychiatrycznej | 5.1.3 | Izrael |
| 2 | Obecne problemy ochrony zdrowia w Polsce | 3.8 | Dalsze kroki | 5.1.4 | Stany Zjednoczone |
| 3 | Szczegółowy program reformy | 4 | Wyjaśnienia najważniejszych założeń | 5.2 | Modelowe przykłady z Europy |
| 3.1 | Strategie dotyczące personelu | 4.1 | Opieka zdrowotna oparta na wartości | 5.2.1 | Holandia |
| 3.2 | Koordinacja | 4.2 | Opieka koordynowana | 5.2.2 | Dania |
| 3.3 | Upodmiotowienie i zaangażowanie pacjenta | 4.3 | Premiowanie za jakość udzielanych świadczeń | 5.2.3 | Czechy |
| 3.4 | Finansowanie i efektywne wykorzystywanie środków | 4.4 | Opieka farmaceutyczna | 6 | Podsumowanie |
| 3.5 | Rozwiązywanie konfliktów | 5 | Przegląd wdrażania podobnych rozwiązań w wybranych krajach | | |
| 3.6 | Wsparcie psychologiczne pracowników ochrony zdrowia | 5.1.1 | Singapur | | |
| | | 5.1.2 | Australia | | |

PFSz-System to propozycja reform w Polskim systemie ochrony zdrowia zgodnej z wizją Polskiej Federacji Szpitali:

Zintegrowany system ochrony zdrowia ponad podziałami

Przygotowując projekt reformy za cel postawione zostało utworzenie jak najwyższej jakości leczenia według zasad opieki opartej na wartości VBHC (Value-Based Healthcare).

Dokonana analiza stanu ochrony zdrowia w Polsce wyjawia jego najistotniejsze problemy:

- niski stan zdrowia Polaków widoczny w międzynarodowych rankingach i średniej przewidywanej długości życia,
- niewystarczające środki finansowe przeznaczane na ochronę zdrowia w stosunku do innych państw,
- niedobory kadr,
- średnia efektywność zainwestowanych funduszy.

Niewydolność systemu została najlepiej zobrazowana podczas pandemii COVID kiedy to Polska ze względu na gwałtowny skok zgonów oddaliła się od średniej unijnej pod względem pod względem przewidywanej długości życia.

Umiarkowanym optymizmem napełnia rosnąca liczba absolwentów kierunków lekarskich i rosnące finansowanie sektora. Warto jednak zwrócić uwagę, że nawet osiągnięcie poziomu finansowania publicznej ochrony zdrowia na poziomie 7% PKB umiejscowiłoby Polskę ledwie wśród krajów o średnim poziomie finansowania. Również poprawa dostępności jednej grupy personelu medycznego nie jest wystarczająca by zagwarantować dobre funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia, co dobrze pokazuje przykład Grecji, posiadającej największą liczbę lekarzy per capita wśród krajów OECD, a osiągającej jedynie mierne rezultaty zdrowotne.

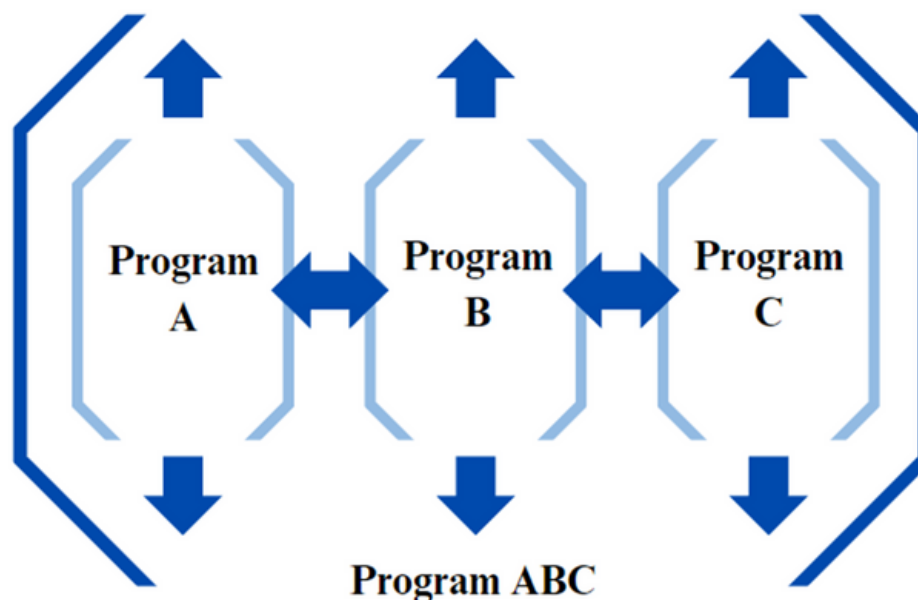
Szczególnym problemem wydaje się niski wynik w rankingu efektywności wydawanych środków, co wskazuje na konieczność głębokich zmian organizacyjnych w systemie.

Wobec powyższej sytuacji PFSz rekomenduje:

- kontynuowanie zwiększania finansowania ochrony zdrowia,
- inwestycje w kształcenie pozostałych zawodów medycznych i wzrost ich zakresu kompetencji,
- zaangażowanie personelu niemedycznego poprzez wprowadzenie odpowiednich norm prawnych i mechanizmów finansowania,
- wprowadzenie modeli finansowania opartych na wytworzoną wartość dla pacjenta,
- rozwój opieki koordynowanej,
- edukację pacjenta i zaangażowanie go w proces leczenia,
- rozwój dostępu do danych medycznych,
- zaadresowanie środowiskowych czynników zdrowotnych,
- zaadresowanie konfliktów między MZ, a częścią kadr medycznych.

Najważniejszym elementem reorganizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce byłoby stworzenie organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, które umożliwiłyby kompleksową opiekę nad pacjentem. Tego rodzaju opieka prowadzi do podniesienia wyników zdrowotnych, satysfakcji osiągananej przez pacjenta i poprawy wyników finansowych.

Programy koordynacji pojawiają się już w Polsce dla wyspecjalizowanych grup pacjentów. Proponowany rozwój reform zakłada ich rozwój poprzez integrację poziomą i pionową.



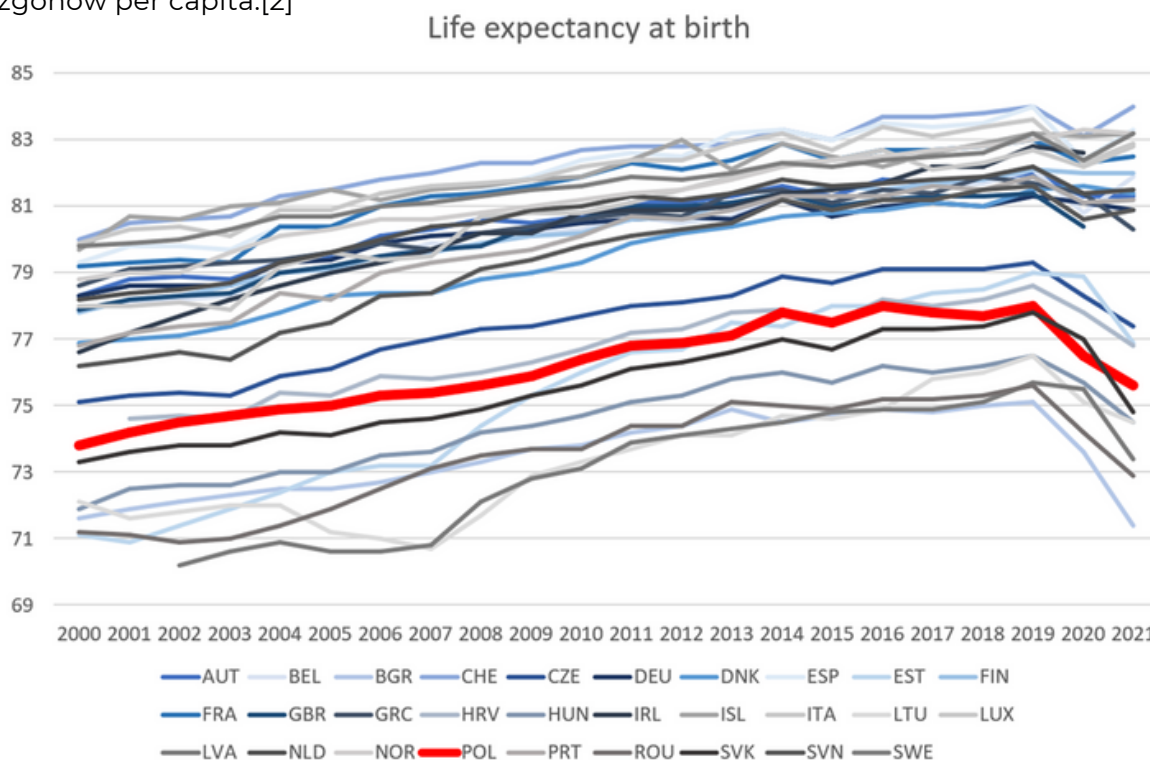
Reformy zakładają też dążenie Ministerstwa Zdrowia do adresowania czynników środowiskowych i motywowania pacjentów do zachowań prozdrowotnych, jako najskuteczniejszej inwestycji w zdrowie populacji.

Program przedstawia w końcu przykłady wdrażania podobnych reform w wybranych krajach:

- Singapur demonstruje system skupiony na osiągnięciu efektów jak najniższym kosztem. Jest przykładem upodmiotowienia pacjentów jako osób odpowiedzialnych za swój stan zdrowia i decyzyjnych w kształtowaniu systemu. Przedstawia również pozytywny wpływ inwestycji w środowisko na zdrowie.
- Australia jest przykładem kraju, który stworzył strategię inwestycji w rozwijanie ochrony zdrowia opartej na wartości.
- Izrael ukazuje wykorzystanie potencjału rozwiązań informatycznych w sektorze ochrony zdrowia.
- Stany Zjednoczone są krajem o ogromnej dywersyfikacji w organizacji ochrony zdrowia. Dzięki temu umożliwiają wiarygodne porównywanie skuteczności stosowanych rozwiązań.
- We wszystkich wymienionych krajach obecne są również modele opieki koordynowanej, których wyniki i proces wdrażania zostaje poddany analizie.

Średnia przewidywana długość życia przy narodzeniu wynosi w Polsce 75,6 lat, o 4,5 roku mniej od średniej unijnej. Dla kobiet wynosi ona 79,7 i jest o 3 lata niższa od średniej unijnej, ale dla mężczyzn wynosi 71,7 i jest o ponad 6 lat niższa niż średnia.[1]

Podczas pandemii przewidywana długość życia malała w całej Unii Europejskiej – średnio od 2019 roku spadła o rok i dwa miesiące; w Polsce pogorszenie było dwa razy gorsze. Polska jest trzecim krajem wspólnoty z najwyższą ilością nadmiarowych zgonów per capita.[2]



Mimo, że dzięki rozprzestrzenianiu się rozwiązań i technologii nadganie wyników powinno być dla Polski łatwiejsze, to w ciągu ostatniej dekady kraje Unii oddaliły się od nas jeśli chodzi o przewidywaną długość życia.

Polacy nie startowali w latach '90 jako naród szczególnie zdrowy. Chociaż długość życia stopniowo się wydłużała, to uderzenie pandemii COVID sparaliżowało system i cofnęło zegar poprawy wyników o ponad dekadę (ostatnio niższą niż obecna przewidywana długość życia wykazaliśmy w 2008 roku).[3]

Nie tylko odstajemy od innych, oddaliliśmy się od nich.

[1] <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678476504&id=id&acname=guest&checksum=9A2FB58EBC3BB7628F52916A6D940C15> (s. 89)

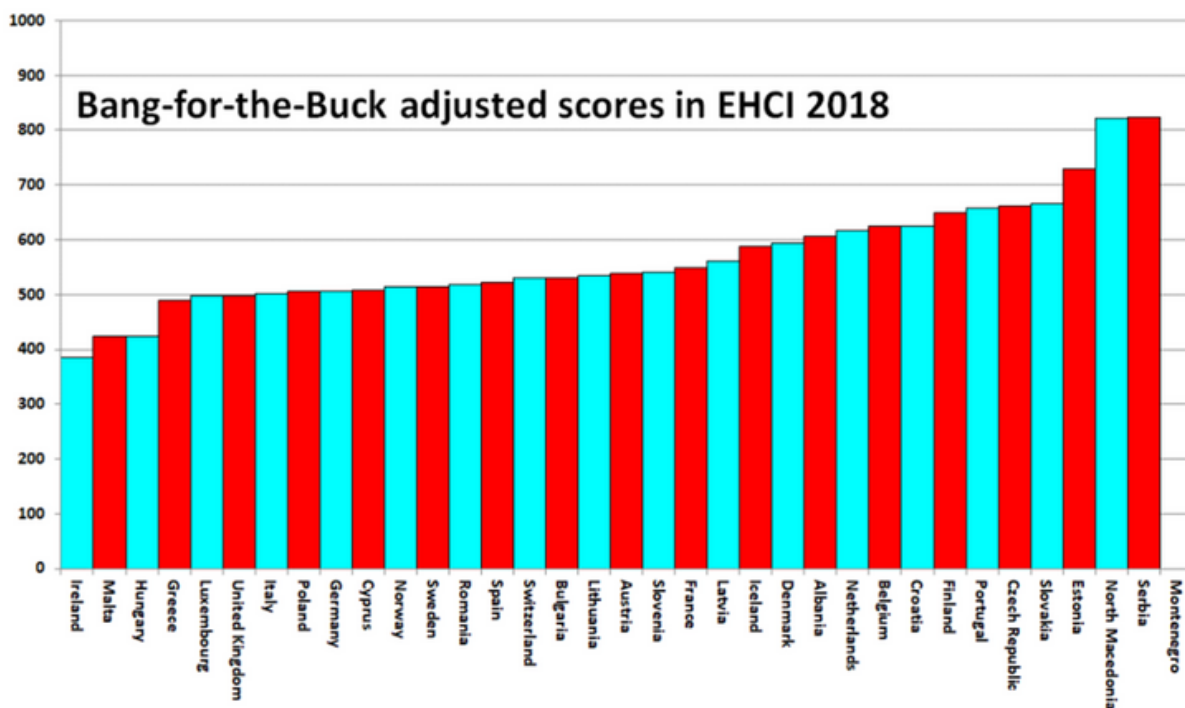
[2] Wykres opracowanie własne na podstawie https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm?fbclid=IwAR0N6O_Z3LzSIWHCG2KKjN5Vxh0BmJz36o0dh-7ZVCAhDPBA3hFI5GoTXSA

[3] <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

Poza przewidywaną długością życia szereg wskaźników alarmuje o złym położeniu kraju. Polska znajduje się w grupie krajów zamykających większość europejskich rankingów w dziedzinie zdrowia:

- 32 miejsce (4 od końca) w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (European Health Consumer Index),[4]
- 25 miejsce w Europie według Personalised Health Index (18 w kategorii Personalised Technologies, 23 Health Services i Policy Context, 32 Health Information),[5]
- ostatnie miejsce w rankingu innowacyjności systemów ochrony zdrowia (World Index of Healthcare Innovation),[6]
- 26 miejsce w Europie (48 na świecie) w kategorii zdrowie Legatum Prosperity Index,[7]

W rankingu Bang-for-Buck (mającym skorelować Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia dla wartości uzyskiwanej za środki wydawane na ochronę zdrowia) Polska powinna znajdować się zdecydowanie wyżej, ze względu na niższe niż na zachodzie koszty leków i personelu. Niestety poprawa wyników plasuje nas dopiero na 8 pozycji od końca, podczas gdy czołowe miejsca w tym rankingu zajmują po kolei: Czarnogóra, Serbia, Macedonia, Estonia, Słowacja i Czechy.[8]



Rozwiązania systemowe obecne w Polsce w wyraźny sposób nie przynoszą rezultatów większości krajów kontynentu ani pod względem osiąganego jakości zdrowia ani nawet pod względem efektywności kosztowej.

[4] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

[5] <https://www.futureproofinghealthcare.com/en/poland-personalised-health-index>

[6] <https://freopp.org/poland-freopp-world-index-of-healthcare-innovation-85a2b4e5751>

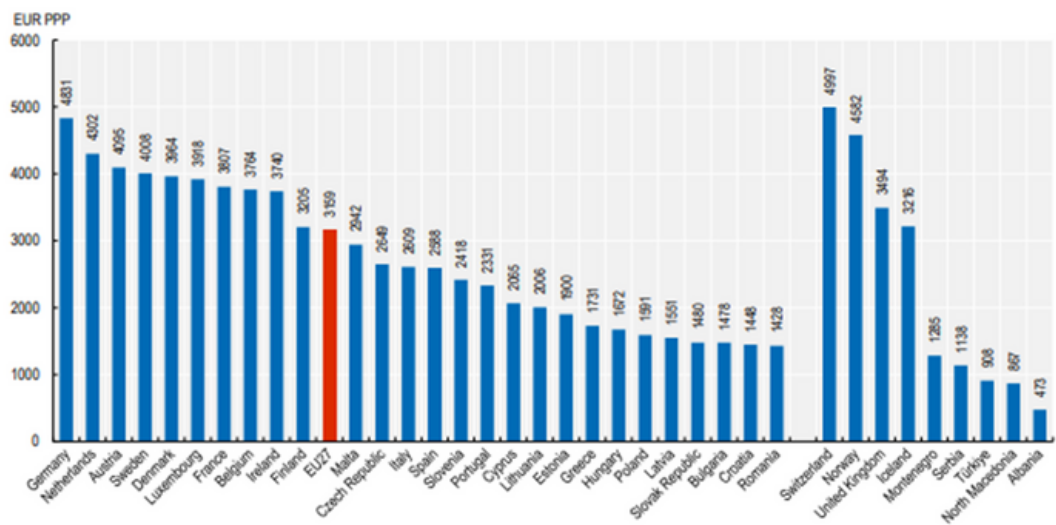
[7] <https://www.prosperity.com/rankings2023>

[8] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (s. 30)

Kwestie poprawy systemu ochrony zdrowia powinny być zatem priorytetowymi w debacie publicznej. Tymczasem regularne zmiatanie skomplikowanych problemów branży pod dywan doprowadziło do osłabienia sektora do poziomu, w którym nie tylko nie był on w stanie poradzić w sytuacji pandemii (o czym świadczy liczba nadmiernych zgonów), ale również nie radzi sobie z codziennym zapewnianiem zdrowia obywatelom (o czym świadczą generalnie niskie wskaźniki zdrowotne).

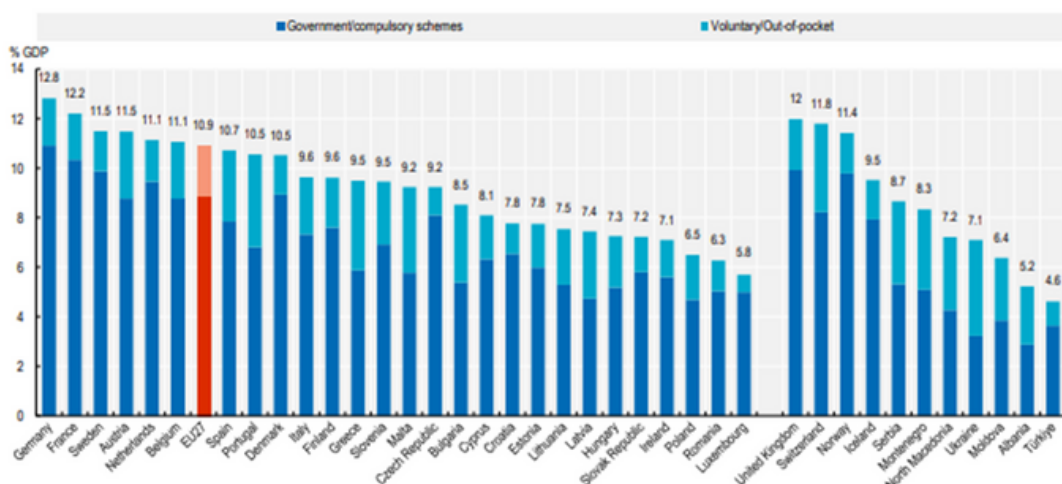
Inherentnym problemem ochrony zdrowia w Polsce jest jej niedofinansowanie. Polska jest szóstym krajem Unii wydającym najmniej na zdrowie per capita, zaledwie połowę średniej unijnej (1591 vs 3159 EUR PPP). Jesteśmy też trzecim krajem od końca, jeżeli chodzi o wydatki jako % PKB – w sumie 6,5%, z czego wydatki publiczne to 4,7% PKB (odpowiednio 10,9% i 8,9% dla średniej UE).[9]

Figure 5.1. Health expenditure per capita, 2020 (or nearest year)



Note: The EU average is weighted.
Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2020 (or nearest year)

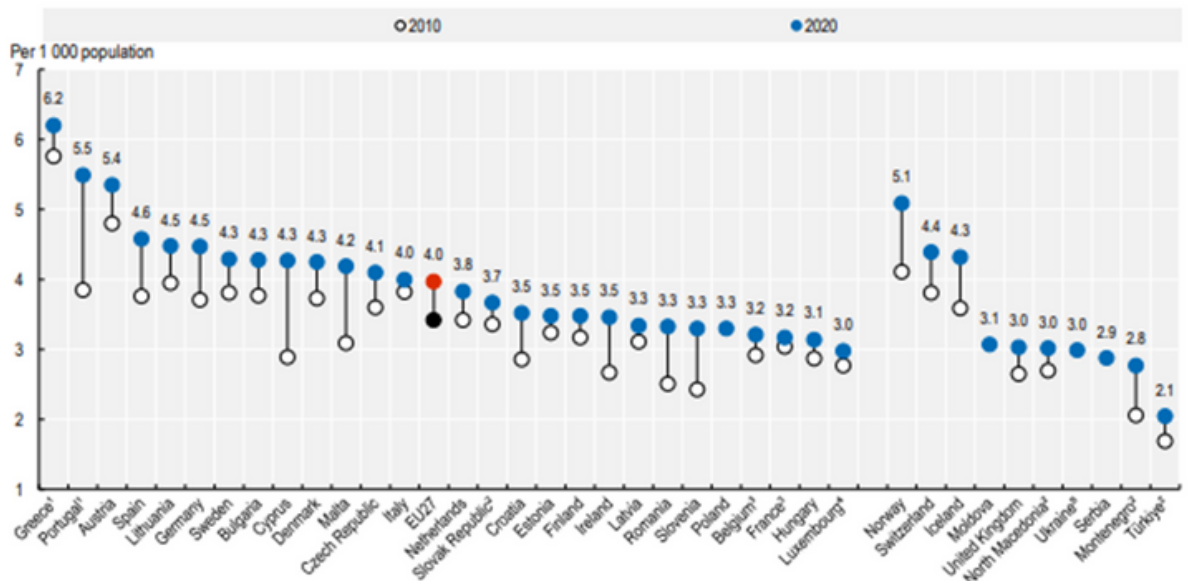


Note: The EU average is weighted.
Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

[9]<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678545340&id=id&accname=guest&checksum=4C8D79771A528E27E2D07AFOE77BC7E1> (s. 129 – 131)

Kolejnym stałym problemem jest brak kadr. Polska jest obecnie 5 krajem z najniższą ilością lekarzy w Unii, a media oblegane są informacjami o brakach kadrowych zmuszających szpitale do zamykania oddziałów.

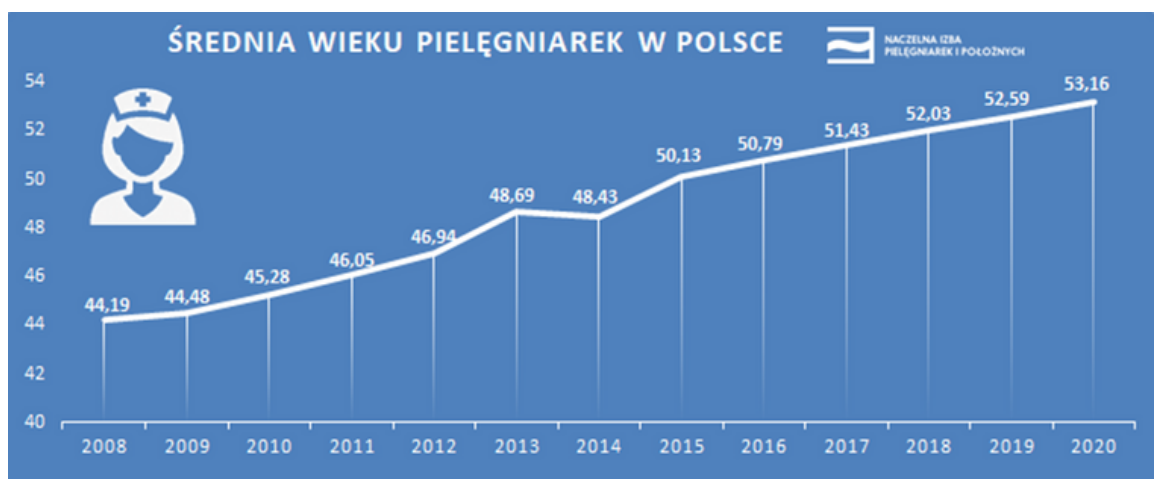
Figure 7.10. Practising doctors per 1 000 population, 2010 and 2020 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO National Health Workforce Accounts for Moldova and Ukraine.

Wydaje się, że ten problem zostanie z czasem rozwiązany. Liczba studentów przyjętych na kierunki lekarskie w kraju jest obecnie rekordowo wysoka i dynamicznie rośnie. W ciągu ostatnich 15 lat zaobserwowaliśmy trzykrotne zwiększenie limitu przyjęć – z 3 213 w 2007 roku do 10 740 jesienią 2022.[10]

Niestety tak optymistycznie nie wyglądają perspektywy dotyczące innych zawodów medycznych. Polska znajduje się na 3 miejscu od końca jeżeli chodzi o ilość personelu pielęgniarskiego, a statystyki demograficzne pokazują, że w przyszłości może być dużo gorzej.



<https://nipip.pl/srednia-wieku-pielengniarek-i-poloznych-w-polsce/>

[10]<https://pulsmedycyny.pl/limity-na-medycynie-2022-2023-opublikowane-na-kierunku-lekarskim-duze-zmiany-1157906>



<https://nipip.pl/srednia-wieku-pielegniarek-i-poloznych-w-polsce/>

Kwestie kadrowe i finansowe tworzą fundament możliwości systemu ochrony zdrowia. Nie należy jednak zamykać rozmowy o reformie na tylko tych dwóch kwestiach.

Krajem z najwyższą liczbą lekarzy per capita w Unii jest Grecja. Wydaje ona również większe środki finansowe na ochronę zdrowia niż Polska. Czy znajduje się w takim razie na czołowych pozycjach rankingów badających zdrowie populacji?

- 30 miejsce (6 od końca) w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (European Health Consumer Index),[11]
- 26 miejsce w rankingu innowacyjności systemów ochrony zdrowia (World Index of Healthcare Innovation),[12]
- 26 miejsce w Europie według Personalised Health Index,[13]
- 30 miejsce (4 od końca) w rankingu efektywności wydawanych środków (Bang-for-Buck).

Widzimy więc, że wyniki zdrowotne są porównywalne do Polskich. Przykład Grecji jest przestrożą do czego może doprowadzić patrzeć na problemy sektora tylko z perspektywy tych dwóch statystyk. Choć są bardzo istotne, to skupianie się jedynie na nich jest drogą do nieefektywności i braku realnych efektów zdrowotnych.

Po przeciwnej stronie spektrum znajduje się Singapur, który posiada podobną liczbę personelu lekarskiego per capita co Polska, zdecydowanie poniżej średniej Unijnej (SG 2,7 [14]; UE 4,0 na tysiąc obywateli). Kraj ten wydaje też znacznie mniej na ochronę zdrowia – 4,08% PKB, uzyskując mimo wszystko wybitne wyniki zdrowotne:

- 1 miejsce w kategorii zdrowie Legatum Prosperity Index,[15]
- 1 miejsce rankingu Asia Pacific Personalised Health Index,[16]
- średnia przewidywana długość życia przy narodzeniu wynosi 83,5 roku.[17]

[11] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

[12] <https://freopp.org/greece-freopp-world-index-of-healthcare-innovation-1c86a4d716f2>

[13] <https://www.futureproofinghealthcare.com/en/greece-personalised-health-index>

[14] <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-manpower>

[15] <https://www.prosperity.com/rankings 2023>

[16] <https://www.futureproofinghealthcare.com/en/asia-pacific-personalised-health-index>

[17] <https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/population/death-and-life-expectancy/latest-data>

Potwierdza to, że prawidłowe funkcjonowanie systemu zależy, oprócz zasobów finansowych i dostępności personelu medycznego, od mnóstwa dodatkowych czynników:

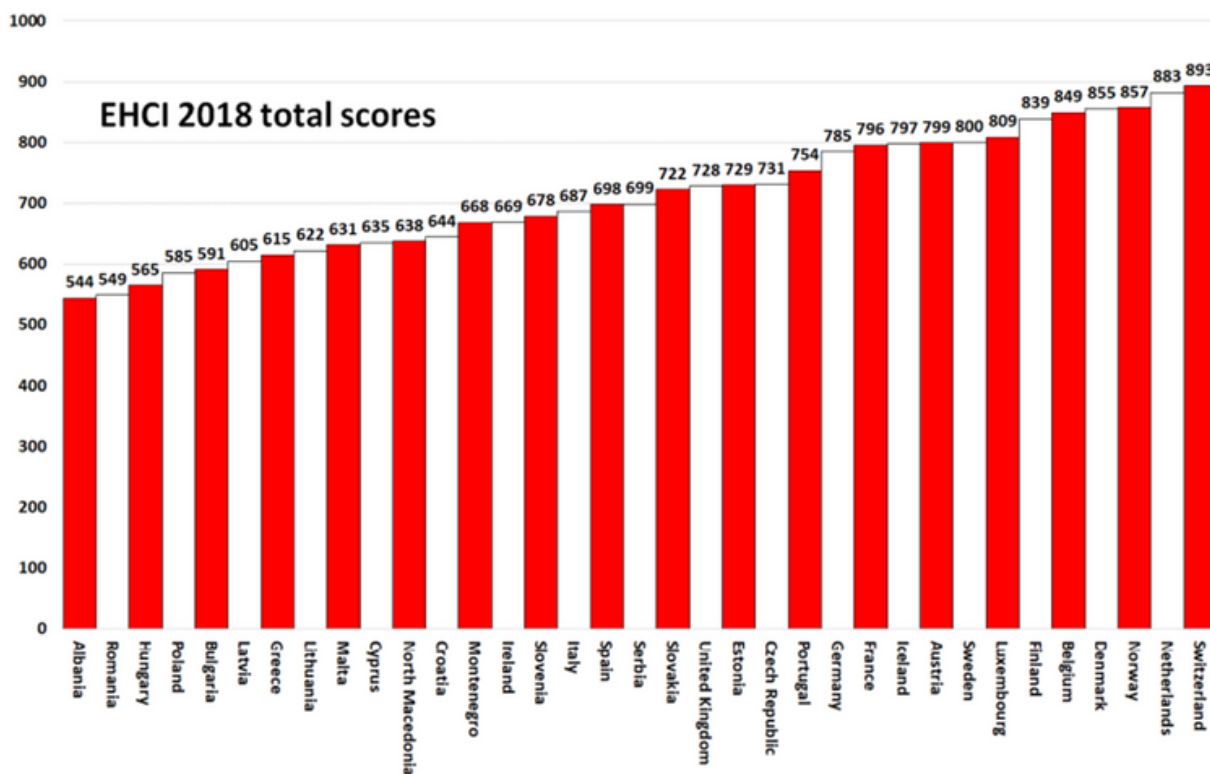
- modelu organizacji i zarządzania,
- dostępności personelu niemedycznego,
- infrastruktury,
- informatyzacji systemu,
- koncentracji wysiłków w miejscach generujących największą wartość dla pacjenta,
- współpracy i koordynacji między ośrodkami, a także między sektorem publicznym i prywatnym,
- poziomu edukacji i zaangażowania pacjentów.

Tylko poprzez integrację rozwiązań dotyczących wszystkich powyższych kategorii możliwe jest stworzenie stabilnego, zrównoważonego i efektywnego systemu ochrony zdrowia.

3.1 Strategie dotyczące personelu

PFSz-SYSTEM przedstawia propozycję reform dążąc do stworzenia zintegrowanego systemu ochrony zdrowia ponad podziałami.

Pierwszym z założeń programu jest **skupienie się na generowaniu wartości dla pacjenta według zasad VBHC**. Końcowa pozycja w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia świadczy o dotychczasowo niskim priorytecie stawiania wartości pacjenta jako cel.



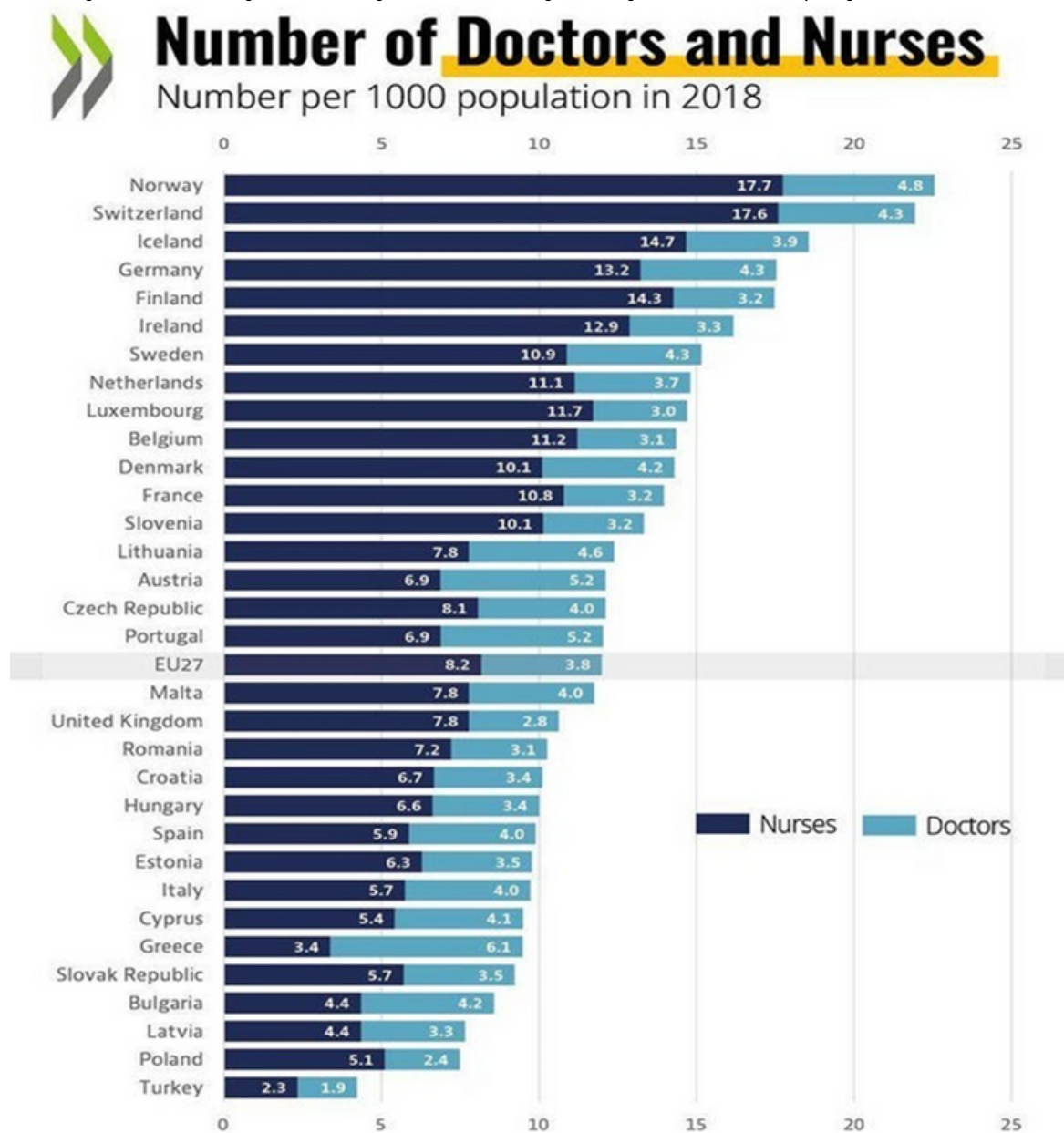
Kraj, na którego systemie Polska pod wieloma względami się wzoruje – Wielka Brytania, zajmuje w tym rankingu miejsca w połowie tabeli. Grecja, będąca spełnieniem popularnych postulatów zwiększenia liczby lekarzy i ogólnych nakładów na zdrowie, dzieląca z Polską niektóre strukturalne problemy, zajmuje 6 miejsce od końca.

W przygotowanym przez tę samą grupę ekspertów rankingu efektywności finansowej Bang-for-Buck oba te kraje zajmują miejsca za Polską, mimo, że Polska znajduje się na 6 lokacji od końca. Dla znalezienia przykładów praktyk, które chcielibyśmy wdrażać w kraju powinniśmy więc spojrzeć poza Wielką Brytanię. Grecja za to jest doskonałym przykładem tego czego nie robić, żeby nie zaprzepaścić wyników inwestycji w sektor.

Podstawowym problemem Grecji był brak zaangażowania władz w tworzenie i wdrażanie zaawansowanych strategii dla zdrowia. Pierwszy krajowy program działań w kwestii zdrowia publicznego został przedstawiony dopiero na lata 2008-2012, nie został on jednak nigdy wdrożony. Podejmowane później działania miały charakter fragmentaryczny i nieskoordynowany.[18]

[18] Organizacyjne i prawne aspekty systemów ochrony zdrowia wybranych państw – M Urbaniak (s. 224-225)

Zaniedbania te doprowadziły do rozwoju nieefektywnych praktyk, których część jest już obecna w Polsce. Pierwszym problemem łączącym nasz kraj z Grecją są ogromne braki w personelu innym niż lekarski (choć oczywiście różnicą są tu braki także tej grupy zawodowej w Polsce). Kontrastującą z najwyższą liczbą personelu lekarskiego w Unii Europejskiej jest najniższa liczba personelu pielęgniarskiego, co przekłada się na wypychanie zadań, które mógłby wykonać personel pielęgniarski na personel lekarski, a przez to podniesienie kosztów wykonania tych samych procedur – zmniejszenie efektywności wytworzenia tej samej wartości dla pacjenta.



Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.



Przyczynę porównywalnych wyników zdrowotnych Polski i Grecji pokazuje wykres sumy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Obrazuje on jak niektóre elementy procesu leczenia mogą być wzajemnie wymienne. Przykładowo w Polsce receptę dla określonych leków może wydać lekarz, lekarz stomatolog, pielęgniarka, położna, felczer, a także farmaceuta (W Wlk. Brytanii od niedawna uprawnienia takie posiadają również ratownicy medyczni). Możliwości systemu ograniczone są więc sumą personelu i ramami jego kompetencji określonymi przez ustawy.[19]

[19] <https://www.medexpress.pl/ratownicy-wypisza-recepty/69982>

Kolejnym postulatem PFSz jest więc zwiększanie liczby i wzrost kompetencji personelu na wszystkich poziomach – niezależnie od innych elementów strategii ten element będzie wytyczał techniczne możliwości systemu. Polska jest obecnie 5 państwem wspólnoty z najniższą ilością pracowników w sektorze zdrowia i pomocy społecznej (niższe wyniki osiągają jedynie Łotwa, Słowacja, Rumunia i Grecja).[20]

Zwiększenie limitów przyjęć na kierunki lekarskie oceniamy jako pozytywny krok, którego kontynuacją powinno być również zwiększenie inwestycji w rezydenckie miejsca specjalizacyjne – ilość studentów rozpoczynająca studia na kierunku lekarskim wzrosła między 2015, a 2022 wzrosła o 70%, natomiast liczba miejsc rezydenckich zmalała (2015 – 7358, 2022 – 6218).[21]

Jeżeli chodzi o pozostałe zawody medyczne to w ostatnich latach również rozpoczęły się pozytywne zmiany, które, jeśli będą kontynuowane, pozwalają na optymistyczne patrzenie w przyszłość. Wzrost zarobków pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych ma przyciągnąć więcej chętnych do tych zawodów. Nastąpiło rozszerzenie uprawnień farmaceutów do wystawiania recept. NIPiP[22] skutecznie zabiega o kolejne rozszerzenia kompetencji pielęgniarek i położnych. W 2023 roku wchodzi w życie ustawa o zawodzie ratownika medycznego.

Brakującym elementem układanki jest kwestia personelu niemedycznego, który mógłby pomóc w wykonywaniu codziennych czynności. Znikoma obecność osób wykonujących zawody takie jak asystenci/koordynatorzy/sekretarze medyczni spowodowana jest brakiem odpowiednich norm prawnych i mechanizmów finansujących zatrudnienie takiego personelu (obecne są wyjątki np. finansowanie koordynacji w POZ). Brakuje ustawy regulującej zawód opiekuna medycznego, a wśród osób legitymujących się dyplomem opiekuna medycznego tylko 10% pracuje w zawodzie.[23]

Tego rodzaju personel odciążałby, w wykonywaniu codziennych czynności, inne, droższe w kształceniu zawody. Dołączając do sumy osób pracujących w sektorze zwiększyłby jego możliwości, a także wniósł kompetencje dotyczące np. obsługi medycznych systemów informatycznych i kodowania przez asystentów medycznych, co zwiększyłoby jakość danych, jednocześnie zapewniając personelowi medycznemu więcej czasu na wykonywanie zadań, do których tylko on ma kompetencje.

[20]<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30169#>

[21]<http://www.archiwum.mz.gov.pl/aktualnosci/Minister-zdrowia-przyznal-laczenie-65-tys-rezydentur-w-2015-r/>

<https://www.rp.pl/sluzba-zdrowia/art4687331-lekarze-wiecej-miejsc-rezydenckich-na-specjalizacje>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzonego-1-31-marca-2022-r>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-rozpoczynajacego-sie-1-pazdziernika-2022-r-w-ramach-pierwszego-centralnego-naboru-na-specjalizacje>

[22] Przep. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

[23]<https://www.prawo.pl/zdrowie/kompetencje-opiekunow-medycznych-nowelizacja-przepisow,506893.html>

3.2 Koordynacja

Kolejnym problemem łączącym Polskę i Grecję, również skutkującego podwyższeniem kosztów bez podniesienia jakości, jest zaniedbanie pierwszej linii leczenia. Grecja jest jedynym krajem w Europie z niższą liczbą lekarzy POZ od Polski. [24] Oferowanie maksymalnej ilości świadczeń na wcześniejszych etapach byłoby nie tańsze, ale również podniosłoby efekty leczenia ze względu na szybkość interwencji. Problem ten jest szerzej znany jako „odwrócona piramida świadczeń”. [25]

Główną przyczyną tej sytuacji jest silosowość systemu, w której ośrodki skupiają się wyłącznie na świadczeniach oferowanych w obrębie swojego zakładu, nie wiążąc ich w całościowy proces leczenia pacjenta pomiędzy ośrodkami. Finansowanie poszczególnych elementów bez zwrócenia uwagi na przebieg choroby i wytworzoną wartość dla pacjenta jest sprzeczny z zasadami VBHC.

Aby temu przeciwdziałać PFSz proponuje zmianę modelu konkurencji o pieniądze na konkurencję o wynik leczenia. Model taki umożliwiłby dostrojenie ośrodków w taki sposób, aby oferowały pacjentom świadczenia jak najbardziej dopasowane do jego potrzeb zdrowotnych, zapewniając jak najwyższą jakość, po jak najniższym koszcie.

Nowa metoda finansowania nie kończyłaby się w momencie opuszczenia przez pacjenta budynku świadczeniodawcy, co zmotywowałoby go do zaangażowania w utrzymanie dobrego stanu zdrowia również po zakończeniu leczenia w ośrodku. Prowadziłoby to do:

- zaangażowania ośrodków w utrzymanie kontaktu z pacjentem po wstępnej fazie leczenia, zapewnienie mu edukacji potrzebnej do dbania o własne zdrowie, motywowanie go do przestrzegania zaleceń i wspieranie go w rehabilitacji i prewencji nawrotów choroby,
- popularyzacji metod leczenia dających najwyższe efekty kliniczne,
- ograniczenia stosowania procedur o znikomej wartości dla chorego.

W nowych warunkach świadczeniodawcy byłiby zmotywowani do kooperacji w celu osiągnięcia optymalnych wyników leczenia. Zanikałyby sztywne rozgraniczenia między elementami systemu takimi jak POZ, AOS, Szpital, ZOL, a podział obowiązków między nimi zostałby zredefiniowany za pomocą **stworzenia organizacji koordynowanej ochrony zdrowia**.

Współpraca umożliwiłaby kompleksową opiekę nad pacjentem: adresowanie jego potrzeb w adekwatny sposób w zależności od ciężkości i skomplikowania przypadku, lepsze zrozumienie jego potrzeb dzięki ciągłości opieki, oraz płynną i bezpieczną kontynuację leczenia.

[24] Paszkowska 2020 (s. 102)

[25] <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8097089,niedzielski-piramida-swiadczen-opieka-nocna-reforma.html>

Brak koordynacji został już zauważony jako problem ograniczający skuteczność systemu ochrony zdrowia w Polsce. W „Mapie potrzeb zdrowotnych” słowo „koordynacja” pada 65 razy. Pierwsze programy wprowadzające koordynację leczenia zaczęły już działać:[26]

- KOS-Zawał – Kompleksowa opieka nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego,
- KOS-BAR – Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie,
- KON-Pierś - Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi,
- KON-JG - Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego,
- KOSM – Koordynowana opieka nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym,
- KONS – Kompleksowa opieka nad osobami z niewydolnością serca,
- KOC – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży,
- Ośrodki typu Breast Cancer Unit, Ovarian Cancer Unit, Prostate Cancer Unit, Lung Cancer Unit,
- Opieka koordynowana w POZ.

Mnogość programów koordynacji wskazywałaby na dobrą kondycję tego modelu organizacji leczenia w Polsce. Postępy faktycznie zostały poczynione, natomiast większość wymienionych wyżej programów dopiero rozpoczęła funkcjonowanie. Są przez to dostępne dopiero w niektórych ośrodkach i jedynie dla wybranych grup pacjentów. Udział w tym programach zwykle jest dla świadczeniodawców dobrowolny, czasami mogą brać udział tylko w jakiejś jego części.

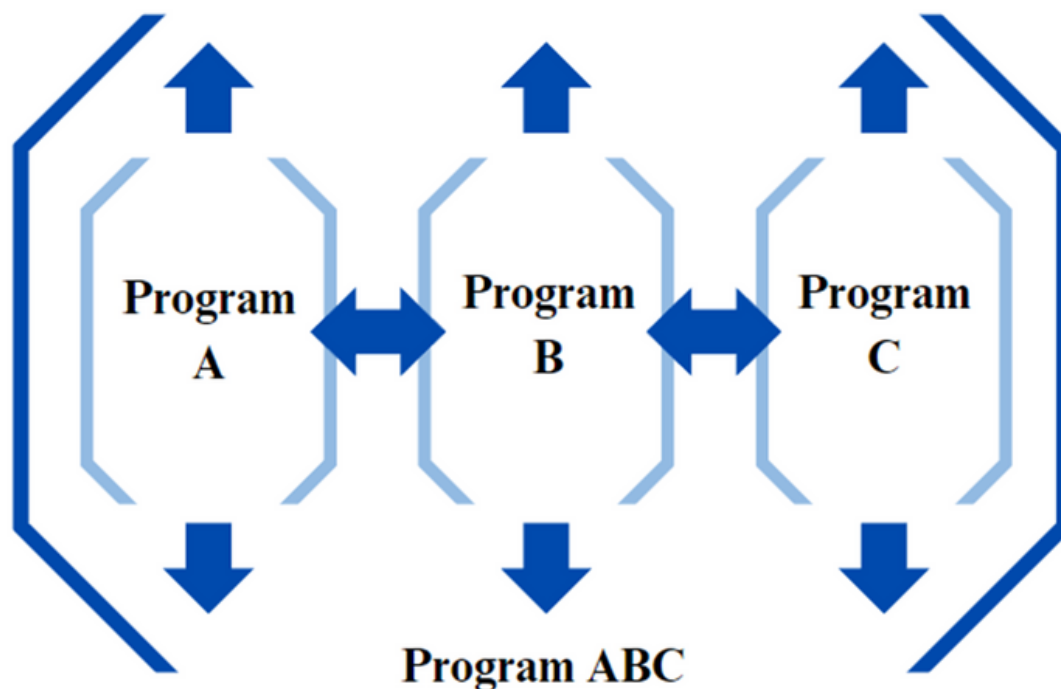
Poziom tego rodzaju opieki nie jest więc jeszcze w Polsce zaawansowany, można go za to uznać za pozytywnie rokujący. Wizja koordynowanej opieki zdrowotnej proponowana przez PFSz oraz Polskie Towarzystwo Koordynowanej Ochrony Zdrowia (PTKOZ) wykracza jednak daleko poza rozwijanie dotychczas istniejących programów.

Opieka koordynowana stosowana do tej pory u wyselekcjonowanych grup pacjentów powinna stać się standardem w leczeniu większości chorych. Rozszerzanie obecnie istniejących programów jest dopiero pierwszym krokiem w kierunku tego celu.

Strategia rozwoju programów koordynacji powinna opierać się na wybraniu grup pacjentów, którzy mogliby skorzystać z tego rodzaju opieki i stworzenia dla nich najpierw wąskich, łatwych we wdrożeniu programów, które następnie byłyby rozwijane poprzez integrację poziomą i pionową.

Integracja pozioma polegałaby na włączaniu podobnych grup chorych do wspólnego programu, a także łączenia programów działających dla pacjentów podlegających podobnemu procesowi leczenia. Integracja pionowa polegałaby na przedłużaniu opieki nad pacjentami w danym programie na etapy leczenia nie podlegające wcześniej koordynacji.

[26] https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf



Szerokie programy koordynowanej opieki pozwolą na rozwój nowych mechanizmów refundacyjnych, w których ośrodki będą otrzymywały fundusze w oparciu o wartość wytworzoną dla pacjentów.

Raz ustanowione, tego rodzaju mechanizmy będą napędzać innowacyjność w polskiej ochronie zdrowia. Gratyfikowana będzie jakość leczenia, efektywność świadczenia usług, a także ustanowione zostaną metody nagradzania ośrodków oferujących pacjentom najlepsze warunki podczas procesu leczenia, aby trudności związane z chorobą nie kojarzyły się z dyskomfortem, brakiem informacji i przedmiotowym traktowaniem.

Koordynacja umożliwiłaby również współpracę z ośrodkami niemedycznymi, które w inny sposób zajmują się opieką nad pacjentami i wspierają ich w utrzymaniu zdrowia. Możliwa stałaby się skuteczna **kooperacja z państwowymi agencjami pomocy społecznej, a także fundacjami**. Kto nadałby się w roli koordynatora? Dobrym pomysłem byłoby zaangażowanie do tego absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

3.3 Upodmiotowienie i zaangażowanie pacjenta

Koordynowana opieka w szczególny sposób angażuje i upodmiotawia pacjenta. Determinanty zdrowia Lalonde'a oceniają wpływ opieki zdrowotnej na zdrowie jako 10%, natomiast styl życia jako 50%. **Zaangażowanie pacjenta jest więc najefektywniejszą metodą ochrony zdrowia.**

Obecnie poziom świadomości i zainteresowania kwestiami własnego zdrowia jest jednak niewielki. Jako przykłady można przytoczyć szereg statystyk, które negatywnie oceniają zaangażowanie Polaków w profilaktykę chorób:

- Polska jest przedostatnim krajem z najmniejszą ilością osób 65+ zaszczepionych na grypę,[27]
- w ciągu lat 2017-2021 podwoiła się liczba uchyleń od szczepień obowiązkowych, [28]
- regularne badania mammograficzne wykonuje tylko około 40% uprawnionych Polek,[29] podczas gdy średnia Unijna jest o połowę wyższa.[30]

Nawyki zdrowotne Polaków również nie są korzystne ze względu na wyższą niż średnia konsumpcję alkoholu[31] i tytoniu.[32] Rośnie także problem otyłości wśród dzieci - badania wykazują nadwagę u prawie co trzeciego ośmiolatka.[33]

Ze względu na skalę w jakiej zdrowie zależy od indywidualnych decyzji pacjentów, **należy wykorzystać wszystkie dostępne metody by podnieść poziom zrozumienia i zaangażowania obywateli w kwestie zdrowotne.**

[27]<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678922105&id=id&acname=guest&checksum=6FBA13F616C947723B2F9382C813C2DC>

(s. 147)

[28]<https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaka-jest-liczba-uchylen-szczepien-obowiazkowych/>

[29] https://jms.ump.edu.pl/uploads/2012/3/258_3_81_2012.pdf

[30]<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678922105&id=id&acname=guest&checksum=6FBA13F616C947723B2F9382C813C2DC#page=124&zoom=100,82,57>

(s. 64)

[31]<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678922105&id=id&acname=guest&checksum=6FBA13F616C947723B2F9382C813C2DC#page=110&zoom=100,82,57>

(s. 115)

[32]<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678922105&id=id&acname=guest&checksum=6FBA13F616C947723B2F9382C813C2DC#page=110&zoom=100,82,57>

(s. 109)

[33]<https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/nadwaga-i-otylosc-wsrod-dzieci-i-mlodziezy/>

(s. 109)

Pierwszą z nich jest wprowadzenie do edukacji szkolnej przedmiotu „nauka o zdrowiu”. Przedmiot ten wyjaśniałby podstawowe zależności pomiędzy zachowaniami, a ich konsekwencjami dla zdrowia. W curriculum znalazłoby się wytłumaczenie działania szczepionek, przedstawienie dostępnych programów profilaktycznych, wyczulenie na niebezpieczne objawy i pokazanie właściwych metod zgłoszenia się po pomoc, usystematyzowanie zasad higieny i dostępnych zachowań prozdrowotnych. W odciążeniu szkół w realizacji tych nowych obowiązków pomóc mogłyby organizacje pozarządowe, które mogłyby podlegać akredytacji lub certyfikacji pod kątem jakości kształcenia.

Kolejnym krokiem jest centralizacja witryn internetowych i takie uproszczenie korzystania z nich, aby pacjenci mogli bez problemu dotrzeć do niezbędnych dla nich informacji.

Możliwością wymuszającą branie odpowiedzialności za swój proces leczenia, przeciwdziałającą marnotrawstwu zasobów systemu, jest wprowadzenie (choćby symbolicznej) odpłatności za pominiętą wizytę.

Bardziej agresywną opcją wymuszania odpowiedzialności jest brak refundacji leczenia chorób zakaźnych, na które pacjent nie przyjął obowiązkowego szczepienia. Cennym elementem z perspektywy zrozumienia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przez pacjenta i docenienia wartości zachowań prozdrowotnych i stosowania się do zaleceń, mogłoby być oznaczanie cen za procedury na wszystkich dokumentach, które pacjent otrzymuje, nawet jeśli ich koszt był w całości pokryty przez NFZ.

3.4 Finansowanie i efektywne wykorzystywanie środków

- Podatek Cukrowy w 2021 roku zapewnił przychód w wysokości 1,568 mld zł,[34]
- Plan dla Chorób Rzadkich – 128 mln zł na kompleksowy model opieki dla pacjentów z chorobami rzadkimi,[35]
- Fundusz Medyczny – rozpoczął działalność w 2021 roku i ma dofinansowywać koszty leczenia i inwestycje w infrastrukturę w ochronie zdrowia,[36]
- Krajowy Plan Odbudowy – na ochronę zdrowia planowane 19,5 mld zł,[37]
- Wzrost wysokości składki zdrowotnej i planowany wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia do 7% PKB do 2027 roku,[38]
- Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych - w celu wypłacania świadczeń kompensacyjnych w przypadku wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych.[39]

[34] <https://www.prawo.pl/zdrowie/niskie-wplywy-z-podatku-cukrowego-z-powodu-luk-w-prawie,516252.html>

[35] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzad-przyjal-plan-dla-chorob-rzadkich>

[36] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/fundusz-medyczny>

[37] <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/19-5-mld-zl-z-KPO-pojdzie-na-ochrone-zdrowia-Szpitala-POZ-cyfryzacja-ksztalcenie-kadr,233191,14.html>

[38] <https://www.gov.pl/web/polski-lad/wiecej-na-zdrowie>

[39] <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/ustawa-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-z-podpisem-prezydenta>

Mimo wszystkich dodatkowych źródeł i przy ambitnych w stosunku do dotychczasowego finansowania planach wzrostu wydatków, nawet osiągnięcie celu nie ustanowi Polski wśród krajów z wysokim poziomem środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. **Wydatki rządu 7% PKB umiejscowiłyby Polskę wśród krajów o średnim finansowaniu ochrony zdrowia** – państwa o wysokim poziomie finansowania przekraczają poziom 10% PKB, a średnia EU27 to 8,9% PKB. Ze względu na istniejący dług zdrowotny spowodowany wieloletnim niedofinansowaniem sektora, a także w celu osiągnięcia wysokiej jakości świadczeń, należy wciąż zabiegać o dodatkowe środki.[40]

W sytuacji ograniczonych środków priorytetem jest **wprowadzenie rozwiązań zwiększających efektywność ekonomiczną**. Przede wszystkim rozwiązania te dotyczą odpowiedniej alokacji środków i rozwiązań technologicznych.

W efektywnym budżecie świadczeniodawcy pierwszym krokiem jest odpowiednie rozdzielanie wydatków pomiędzy koszty sprzętu i personelu. Odpowiedzialne gospodarowanie w ochronie zdrowia powinno polegać na maksymalnym wykorzystaniu sprzętu, który dostępny jest w placówkach. Sfinansowanie dodatkowego personelu, który mógłby obsługiwać go w godzinach wieczornych, jest prostą metodą na zwiększenie efektywności drogich inwestycji w nowoczesny sprzęt. Dostępność wielu świadczeń w godzinach wieczornych mogłaby też być źródłem korzyści dla pacjenta, który mógłby skorzystać z nich po godzinach pracy (lub po godzinach szkolnych, w przypadku pacjenta małoletniego). Możliwość łączenia obowiązków i leczenia zmniejszyłaby ilość pacjentów ignorujących objawy i unikających zgłaszania się po pomoc aż do poważnego rozwoju choroby. Ponieważ takie rozwiązanie zmniejszałoby absencję w pracy jest ono korzystne również z szerszej perspektywy ekonomicznej.

Często bloki operacyjne wykonują planowe operacje jedynie od godzin rannych do popołudniowych. Zaangażowanie personelu do pracy w mniej wygodnych godzinach wymagałoby dodatkowych środków, ale z perspektywy finansowej generowałoby zyski ze względu na wysoki koszt potrzebnej infrastruktury.

W celu zwiększenia efektywności pracy personelu rząd powinien inwestować w rozwój i harmonizację systemów informatycznych, które gwarantowałyby dostęp do informacji o pacjencie i umożliwiły wymianę danych między ośrodkami, w których odbywa się leczenie. Rozwój oprogramowania powinien być konsultowany ze środowiskiem medycznym w celu utworzenia optymalnych rozwiązań skracających czas pracy i zapewniających dostęp do kluczowych danych. W parze z wprowadzaniem rozwiązań powinny iść szkolenia personelu, bez których nowe rozwiązania informatyczne stają się utrudnieniem, a nie uproszczeniem pracy.

[40]<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678922105&id=id&accname=guest&checksum=6FBA13F616C947723B2F9382C813C2DC>
(s. 131)

Opierając się na polach Lalonde'a widzimy, że rozwiązania w obrębie systemu ochrony zdrowia niekoniecznie muszą być najefektywniejszymi rozwiązaniami, które można znaleźć w celu poprawienia zdrowia obywateli. Proponujemy **stworzenie grantów dla prozdrowotnych rozwiązań pozasystemowych o udowodnionej efektywności kosztowej**. Rozwiązania tego typu opierałyby się na zaangażowaniu obywateli w zachowania prozdrowotne, a także poprawie warunków środowiska, mających według Lalonde'a odpowiadają za około 20% wyników zdrowotnych populacji.

Przykładem tego rodzaju rozwiązań angażujących obywateli jest stosowane w Singapurze dofinansowywanie przez państwo zdrowych opcji w menu w restauracjach – dania te podlegają wysokim rygorom pod względem składu i metod przygotowania, jednocześnie, dzięki dofinansowaniu, stają się często najtańszą opcją w menu.[41]

Innego rodzaju granty mogłyby otrzymać np. ośrodki zajmujące się kontynuacją opieki nad osobami ubogimi lub z niepełnosprawnościami, które nie wykonywałyby bezpośrednio czynności medycznych, natomiast ich skuteczne działanie poprawiałoby stan chorych i zmniejszało konieczność korzystania z ośrodków ochrony zdrowia.

Rozwiązania dotyczące środowiska mogłyby dotyczyć np. poprawy jakości powietrza, którego zanieczyszczenie ma udowodniony związek z zachorowalnością na choroby płuc i nowotwory.

3.5 Rozwiązywanie konfliktów

Kolejną konieczną zmianą jest **rozwiązanie konfliktów między Ministerstwem Zdrowia, a częścią kadr medycznych**, która w ostatnich latach aktywnie protestowała przeciwko aktywności Ministerstwa.

Najważniejszym elementem zażegnania tego konfliktu będzie systematyczna poprawa warunków pracy, osiągnięta dzięki wymienionym wyżej reformom. Wzrost finansowania, dostępności personelu pomocniczego, poprawa infrastruktury i technologii będą w zauważalny sposób zmieniać realia wykonywania zawodu i powoli przemienią negatywną percepcję całego sektora.

Ze względu na mnogość godzin spędzanych w pracy przez pracowników zawodów medycznych – normą są 12 lub 24 godzinne dyżury; należy zainwestować w infrastrukturę umożliwiającą ergonomiczne warunki pracy i komfortowy odpoczynek.

[41] <https://hpb.gov.sg/healthy-living/food-beverage/healthier-dining-programme>

Ponieważ studenci kierunków medycznych nie posiadają prawa wykonywania zawodu, mają ograniczone możliwości znalezienia pracy w branży w porównaniu do rówieśników studiujących inne kierunki. Rozwiązaniem poprawiającym warunki bytowe tej grupy byłoby stworzenie odpowiednich stanowisk (poprzez normy prawne i zachęty finansowe) umożliwiających podjęcie pracy w ośrodkach ochrony zdrowia. Tego rodzaju pracę wykonywać mogą już np. studenci medycyny w Australii. Oprócz zapewnienia zwiększonego personelu w placówkach, stwarza to możliwości zdobycia doświadczenia dla młodych medyków, jest więc idealnym uzupełnieniem teoretycznego kształcenia na uczelni.[42]

3.6 Wsparcie psychologiczne pracowników ochrony zdrowia

Wypalenie zawodowe i stres to poważne ryzyka zawodowe wpisane w pracę personelu medycznego udzielającego pomocy osobom chorym. Od umiejętności skutecznego radzenia sobie z negatywnymi emocjami związanymi z wykonywaną pracą zależy nie tylko poziom satysfakcji z życia zawodowego oraz kondycja psychofizyczna danego pracownika, ale również efektywność podejmowanych przez nich działań, co w przypadku personelu medycznego jest zadaniem kluczowym w procesie leczenia pacjentów.

Pandemia COVID-19 wpłynęła na obniżenie dobrostanu ludzi na całym świecie. Jedną z najliczniejszych badanych grup jest personel medyczny: stan jego zdrowia psychicznego i poziom doświadczanego stresu. W większości doniesień badania dotyczą lekarzy oraz zespołów pielęgniarskich. Dostępne są również doniesienia o analizach porównawczych personelu pracującego w stałym kontakcie z pacjentami z COVID-19 (personelu pierwszej linii) oraz personelu medycznego, niemającego takiego kontaktu. Opublikowane międzynarodowe dane wskazują niezbicie, że stan zdrowia pracowników medycznych jest w istotny sposób naruszony z powodu trwającej pandemii COVID-19. **Większość przeprowadzonych w czasie pandemii badań wskazuje, że poziom lęku, depresji i stresu jest istotnie wyższy u pracowników medycznych, co wiąże się z faktem iż osoby te mogą być bardziej zaniepokojone aktualnymi i przyszłymi konsekwencjami i wyzwaniem spowodowanymi przez pandemię.** W obrazie klinicznym w tej populacji obserwuje się wzrost objawów depresyjnych, lęku i bezsenności. Skutki osobiste, społeczne i ekonomiczne zarówno krótko, jak i długoterminowe mogą być ogromne, dlatego też niezbędne jest szybkie wdrożenie oddziaływań terapeutycznych.

Statystyki pokazują, że ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. Badania mówią, że 27% dorosłych Europejczyków doświadczyło przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia. Sytuacja w populacji dorosłych Polaków w wieku 18-64 lata wygląda podobnie. Systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych.

[42]<https://www.abc.net.au/news/2022-11-27/nsw-student-doctors-get-paid-positions-to-ease-shortages/101703440>

Katedra Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przeprowadziła badanie, którym objęto 316 pracowników ochrony zdrowia oraz 302 osoby z grupy kontrolnej, które nie wykonują zawodów medycznych. Wykorzystano następujące metody diagnostyczne: Skalę Satysfakcji z Pracy, Skalę Bólu Psychicznego, Skalę Depresji, Lęku i Stresu (DASS-21) i Kwestionariusz Zachowań Samobójczych (SBQ-R). Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu kwestionariusza ankiety w formie online.

Personel medyczny ujawnia wyższy poziom depresji, lęku, stresu i bólu psychicznego niż grupa kontrolna. Najwyższe wyniki stwierdzono wśród pielęgniarek. Jednocześnie personel pielęgniarski ujawnia niższe ryzyko samobójcze i deklaruje mniejsze prawdopodobieństwo odebrania sobie życia w przyszłości niż inne zawody medyczne oraz rzadziej myślał o odebraniu sobie życia w ciągu ostatnich 12 miesięcy niż osoby z ogólnej populacji. U większości badanych wykonujących zawody medyczne pandemia COVID-19 spowodowała negatywne zmiany w życiu zawodowym, szczególnie w grupie pielęgniarek.

Uzyskane wyniki potwierdziły konieczność zapewnienia pomocy psychologicznej pracownikom ochrony zdrowia, którzy ujawniają wyższy poziom negatywnych następstw dla zdrowia psychicznego niż ogół populacji.

W świetle powyższych ustaleń, ochrona zdrowia psychicznego należy traktować jako jedną z najważniejszych kwestii zdrowia publicznego. Zważywszy na pogarszające się z roku na rok statystyki dotyczące chorób psychicznych należy traktować priorytetowo. Tymczasem system publicznej ochrony zdrowia psychicznego jest traktowany marginalnie, biorąc pod uwagę finansowanie, jak i niedostateczną wiedzę na temat zaburzeń i ich profilaktyki. **Na ochronę zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej przeznaczają się średnio 5%-6% publicznych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce wynosi to 3,5%.** Wydatki na ochronę zdrowia psychicznego są łatwym celem cięć budżetowych, ponieważ w społeczeństwie nie wywołują tak silnych emocji jak reedukacja kosztów w innych dziedzinach medycyny. Niestety w naszym kraju panuje stygmatyzacja osób chorych psychicznie czy cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia.

Najbardziej powszechną konsekwencją stygmatyzacji człowieka z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest pozbawienie go możliwości podejmowania ról rodzinnych i zawodowych, pozbawienie kontaktów towarzyskich, czyli wykluczenie społeczne. Koszty społeczne zaburzeń psychicznych wykraczają poza możliwe do oszacowania parametry ekonomiczne. Obniżona jakość funkcjonowania dotyczy nie tylko rynku pracy, ale także ról rodzinnych (w tym opiekuńczych i partnerskich) oraz szeroko rozumianej aktywności społecznej i obywatelskiej. Istotnym w prowadzeniu zmian jest promocja i profilaktyka w zakresie zdrowia psychicznego. Nastawionej na działania, której celem jest redukcja zagrożeń dla zdrowia psychicznego i zmniejszenie liczby przypadków zaburzeń. Brak pozytywnego zdrowia psychicznego jest zagrożeniem dla zdrowia publicznego, jakości życia i gospodarki Polski.

Odporna gospodarka to odporny system ochrony zdrowia, którego fundamentem jest sprawnie działająca kadra medyczna. To personel medyczny jest kluczowym ogniwem walki z pandemią i wymaga zarówno wsparcia odporności psychicznej jak i wsparcia rozwoju kompetencji zawodowych.

Celem projektu realizowanego przez Fundację Nie Widać Po Mnie jest zapewnienie pracownikom podmiotów leczniczych dostępu do wykwalifikowanej kadry specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego w celu lepszego zrozumienia własnego stanu zdrowia psychicznego, odnalezienia i wykorzystania mocnych stron i zasobów w radzeniu sobie z sytuacją trudną, związaną m.in. z wystąpieniem epidemii COVID-19.

Wsparcie psychologiczne kadry medycznej, ma zmniejszyć wywołane pandemią COVID-19 skutki obciążenia psychicznego pracowników medycznych oraz zwiększyć umiejętności samodzielnego radzenia sobie z sytuacją kryzysową. Z kolei zapewnienie dodatkowego kształcenia w różnych zakresach tematycznych związanych z ochroną zdrowia, ma na celu dążenie do optymalnego podziału kompetencji pracowników tego sektora. Z możliwości rozwoju kompetencji zawodowych, mogą skorzystać różne grupy pracowników medycznych – np. elektrolodzy, opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci, pielęgniarki i położne, lekarze, menedżerowie ochrony zdrowia.

Udzielanie wsparcie obejmować będzie m.in.:

- omówienie trzech aspektów zdrowia psychicznego tj. dobra kondycja zdrowotna, poczucie komfortu psychicznego oraz utrzymywanie prawidłowych relacji społecznych;
- przedstawienie podstawowych zależności pomiędzy zdrowiem psychicznym a racjonalnym odżywianiem i odpowiednią długością snu oraz wpływu aktywności fizycznej i relacji międzyludzkich na zdrowie psychiczne,
- przekazanie wiadomości na temat najczęściej występujących zaburzeń psychicznych takich jak:
 - zaburzenia nastroju, w tym depresja,
 - zaburzenia nerwicowe, w tym zaburzenia lękowe i fobie,
 - zaburzenia behawioralne, w tym zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania,
- zapoznanie z informacjami na temat stresu jako czynnika wpływającego na pogorszenie sprawności i efektywności funkcjonowania oraz jego wpływu na powstawanie zaburzeń w stanie zdrowia,
- wskazanie sposobów radzenia sobie ze stresem, w tym form i metod jego redukcji oraz technikach relaksacji,

• informowanie o możliwych formach wsparcia oraz miejscach gdzie o takie wsparcie można się zwrócić.

3.7 Reformy opieki psychiatrycznej

Znajdujemy się w czasach redefiniowania prawidłowego modelu opieki psychiatrycznej. Poniżej przedstawiona została analiza obecnie wprowadzanych zmian systemowych na świecie i propozycję reform w Polsce.

Reformy w psychiatrii w Europie i na świecie różnią się w zależności od kraju i regionu, ale istnieją pewne podobieństwa i trendy, które można zauważyć. Oto kilka przykładów reform, które mają miejsce w psychiatrii na arenie międzynarodowej:

- **Deinstytucjonalizacja i rozwój opieki w społeczności:** Wielu krajach realizuje się reformy mające na celu deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej poprzez zamykanie dużych szpitali psychiatrycznych i rozwijanie usług opieki w społeczności. Celem jest umożliwienie pacjentom korzystania z opieki psychiatrycznej w domowym lub lokalnym środowisku, dzięki czemu mogą lepiej funkcjonować społecznie i osiągać większą jakość życia.
- **Promowanie opieki holistycznej i modelu opieki współprowadzonej:** Wiele reform koncentruje się na integracji opieki psychiatrycznej i opieki ogólnej, aby zapewnić kompleksową opiekę pacjentom. Model opieki współprowadzonej zakłada, że pacjenci otrzymują zarówno opiekę psychiatryczną, jak i fizyczną od jednego zespołu opieki zdrowotnej, co przyczynia się do lepszej koordynacji i lepszego zarządzania opieką.
- **Wzmocnienie opieki wczesnej interwencji i opieki paliatywnej:** Zwraca się uwagę na znaczenie wczesnego wykrywania i interwencji w przypadkach zaburzeń psychicznych. W ramach reform wprowadza się programy edukacyjne, zarówno dla personelu medycznego, jak i dla społeczności, które mają na celu zwiększenie świadomości dotyczącej zdrowia psychicznego oraz wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń psychicznych. Również opieka paliatywna w psychiatrii zyskuje na znaczeniu, zapewniając wsparcie pacjentom z zaburzeniami psychicznymi w zaawansowanym stadium.
- **Telepsychiatria i technologie zdrowia psychicznego:** W ostatnich latach rozwój telekomunikacji i technologii zdrowia psychicznego otworzył nowe możliwości w obszarze opieki psychiatrycznej. Wiele krajów wprowadza telepsychiatrię, czyli świadczenie usług psychiatrycznych na odległość za pomocą komunikacji wideo i innych technologii. To umożliwia pacjentom zdalne konsultacje i terapię, zwłaszcza w regionach, gdzie dostęp do specjalistów jest ograniczony.
- **Zwiększona współpraca i wymiana informacji:** Reformy w psychiatrii często zakładają zwiększoną współpracę między różnymi sektorami opieki zdrowotnej, jak również między różnymi krajami i regionami. Wprowadza się inicjatywy mające na celu wymianę najlepszych praktyk, naukowe badania i standardy opieki, aby podnieść jakość i skuteczność opieki psychiatrycznej na poziomie międzynarodowym.

Reformy w psychiatrii w Europie i na świecie są kontynuowane i rozwijane, aby dostosować opiekę psychiatryczną do rosnących potrzeb pacjentów, zwiększyć dostępność usług i poprawić wyniki terapeutyczne.

Reforma w psychiatrii dorosłych w Polsce: uwzględnienie wzorów systemowych i światowych trendów

Reforma w psychiatrii dorosłych w Polsce jest nieodzownym procesem mającym na celu ulepszenie systemu opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych cierpiących na zaburzenia psychiczne. Reforma powinna uwzględniać systemy wzorowane na najlepszych praktykach z innych krajów oraz światowe trendy w dziedzinie psychiatrii, poniżej kluczowe aspekty reformy, takie jak środowiskowa opieka psychiatryczna, indywidualizacja i podejście holistyczne, wczesne wykrywanie i interwencja, oraz integracja opieki psychiatrycznej i fizycznej.

- **Środowiskowa opieka psychiatryczna:** W ramach reformy w psychiatrii dorosłych w Polsce, kluczowym elementem jest rozwinięcie opieki psychiatrycznej w środowisku pacjenta. Dążymy do zapewnienia jak największej liczbie osób pomocy bez konieczności hospitalizacji. W tym celu proponowane są następujące inicjatywy:
 - Domowy pobyt dzienny: Tworzenie miejsc, gdzie pacjenci mogą otrzymać wsparcie, terapię i edukację w stabilnym środowisku, zachowując jednocześnie swoją autonomię.
 - Ambulatoryjne kliniki psychiatryczne: Rozbudowa istniejących klinik psychiatrycznych, aby zapewnić pacjentom łatwy dostęp do oceny, diagnozy i leczenia w środowisku ambulatoryjnym.
 - Mobilne zespoły terapeutyczne: Ustanowienie mobilnych zespołów terapeutycznych, które odwiedzają pacjentów w ich domach, szkołach lub miejscach pracy, dostarczając im kompleksowej opieki psychiatrycznej
- **Indywidualizacja i podejście holistyczne:** Reforma w psychiatrii dorosłych w Polsce kładzie nacisk na indywidualizację opieki psychiatrycznej, uwzględniając unikalne potrzeby i preferencje pacjenta. Wprowadza się holistyczne podejście, które obejmuje:
 - Planowanie opieki oparte na badaniach: Opracowanie indywidualnych planów opieki psychiatrycznej, uwzględniających badania naukowe i dowody kliniczne, aby dostosować terapię do konkretnych potrzeb pacjenta.
 - Terapia farmakologiczna i psychoterapia: Promowanie równoważnego podejścia, które łączy zarówno terapię farmakologiczną, jak i psychoterapię, w celu leczenia zaburzeń psychicznych.
 - Opieka paliatywna: Zapewnienie odpowiedniej opieki pacjentom z zaburzeniami psychicznymi w zaawansowanym stadium, obejmującej zarówno wsparcie medyczne, jak i emocjonalne.
- **Wczesne wykrywanie i interwencja:** Reforma w psychiatrii dorosłych w Polsce koncentruje się na wczesnym wykrywaniu i interwencji w przypadkach zaburzeń psychicznych. Propozycje w tej dziedzinie obejmują:
 - Programy edukacyjne: Wprowadzenie programów edukacyjnych dla personelu medycznego, nauczycieli, rodziców i społeczności w celu zwiększenia świadomości i zrozumienia dotyczących zaburzeń psychicznych oraz sposobów ich rozpoznawania i leczenia.
 - Wczesne interwencje w szkołach: Ustanowienie programów wczesnej interwencji w szkołach, które identyfikują i zapewniają wsparcie uczniom z problemami zdrowotnymi psychicznymi.

- **Integracja opieki psychiatrycznej i fizycznej:** Reforma w psychiatrii dorosłych w Polsce dąży do integracji opieki psychiatrycznej i fizycznej. Propozycje obejmują:
 - **Model opieki koordynowanej:** Wprowadzenie modelu opieki, w którym lekarze psychiatry współpracują z innymi specjalistami medycznymi, aby zapewnić kompleksową opiekę pacjentom z jednoczesnymi schorzeniami fizycznymi i psychicznymi.
 - **Świadczenia zdrowotne w jednym miejscu:** Tworzenie centrum zdrowia, gdzie pacjenci mogą otrzymać zarówno opiekę psychiatryczną, jak i fizyczną, eliminując barierę między tymi dziedzinami.

Reforma w psychiatrii dorosłych w Polsce ma na celu wprowadzenie nowoczesnego, pacjentocentrycznego systemu opieki psychiatrycznej. Uwzględnia ona wzorce systemowe z innych krajów oraz światowe trendy, takie jak środowiskowa opieka psychiatryczna, indywidualizacja i podejście holistyczne, wczesne wykrywanie i interwencja oraz integracja opieki psychiatrycznej i fizycznej.[43]

3.8 Dalsze kroki

Powyżej przedstawione zostały najpilniejsze priorytety w reformowaniu ochrony zdrowia w Polsce, nie zatrzymując się na nich powinniśmy stworzyć długofalową strategię rozwoju systemu. Jednym z zadań będzie zaangażowanie nowych technologii, które obecnie powstają i które należy obserwować – na czele z nich znajdują się rozwiązania AI.

Jednym z najbardziej oczywistych zastosowań sztucznej inteligencji w szpitalach jest usprawnienie procesów diagnostycznych. Dzięki wykorzystaniu zaawansowanych algorytmów i uczenia maszynowego, systemy oparte na sztucznej inteligencji mogą analizować skomplikowane dane medyczne, takie jak obrazy tomograficzne czy wyniki badań laboratoryjnych, co przyspiesza i usprawnia proces diagnozowania chorób.

Sztuczna inteligencja może również pomóc szpitalom w zarządzaniu danymi pacjentów. Analiza ogromnych ilości danych medycznych jest bardzo ważna w dzisiejszych czasach, gdy ilość danych medycznych stale rośnie. Dzięki wykorzystaniu technologii uczenia maszynowego i analizie Big Data, sztuczna inteligencja może pomóc lekarzom w lepszym zrozumieniu chorób, rozwoju leczenia i określeniu najlepszych praktyk klinicznych. Może też pomóc w szybkim rozpoznaniu nietypowych przypadków, co jest szczególnie ważne w przypadku chorób rzadkich. Dzięki automatyzacji procesów i zastosowaniu algorytmów uczenia maszynowego, szpitale mogą skuteczniej monitorować stan zdrowia pacjentów i przewidywać ich potrzeby, co pozwala na szybsze i bardziej efektywne podejmowanie działań.

[43]Przedstawione propozycje stanowią podstawę do dalszych prac.

Kolejnym obszarem, w którym AI może pomóc szpitalom, jest zarządzanie zasobami ludzkimi. Systemy oparte na sztucznej inteligencji pozwalają na efektywne planowanie grafików pracowników medycznych, monitorowanie ich pracy oraz optymalizację czasu spędzanego przed monitorem komputera, co przekłada się na poprawę jakości usług medycznych. Co więcej, sztuczna inteligencja może pomóc w zarządzaniu zapasami medycznymi i koordynacją personelu, co pozwala na zwiększenie efektywności i obniżenie kosztów.

Warto również wspomnieć o zastosowaniach AI w obszarach takich jak telemedycyna czy monitoring zdalny. Dzięki wykorzystaniu sztucznej inteligencji szpitale mogą oferować pacjentom nowoczesne rozwiązania, które poprawiają jakość i efektywność opieki medycznej. Możliwość konsultacji z lekarzem na odległość, a także przeprowadzanie badań medycznych z wykorzystaniem zaawansowanych technologii telemedycznych i AI to rozwiązania szczególnie przydatne w przypadku pacjentów, którzy mieszkają w trudno dostępnych lub odległych regionach, a także dla tych, którzy mają ograniczoną mobilność.

Sztuczna inteligencja może także pomóc szpitalom w redukcji kosztów poprzez optymalizację procesów i eliminację zbędnych działań. Dzięki zastosowaniu sztucznej inteligencji w szpitalach, pracownicy medyczni mają więcej czasu na bezpośrednią opiekę nad pacjentami, a szpitale mogą oszczędzać czas i pieniądze poprzez automatyzację i usprawnienie procesów.

Wszystkie te aspekty potwierdzają, że zastosowanie sztucznej inteligencji w szpitalach może przynieść wiele korzyści dla pacjentów, personelu medycznego i całego sektora medycznego.

„Opieka zdrowotna oparta na wartości” (ang. Value-Based Healthcare) oraz „opieka koordynowana” są terminami wymagającymi szczególnej uwagi, ze względu na kluczowe miejsce w programie reform PFSz. Hasła te zawierają w sobie szeroko pojęte wizje tego jako powinien wyglądać system ochrony zdrowia, są obiektem wielu dyskusji nad nowymi rozwiązaniami, użycie ich wymaga więc szczególnego wyjaśnienia w celu prawidłowego zrozumienia prezentowanych postulatów.

Przedstawione zostają również potencjalne korzyści z wprowadzenia w Polsce opieki farmaceutycznej.

4.1 Opieka zdrowotna oparta na wartości

PFSz postanowił zorientować swoją wizję systemu ochrony zdrowia wokół celu, którym jest jak najwyższa uzyskana wartość dla pacjentów.

Pierwszym i najważniejszym elementem tworzącym tę wartość jest zdrowie. Kolejnym jest doświadczenie pacjenta podczas procesu leczenia – czy był on komfortowy czy uciążliwy; czy jego potrzeby były spełnione czy zignorowane; był traktowany podmiotowo czy przedmiotowo?

Badania satysfakcji pacjentów są istotne z perspektywy wartości, ale nie stanowią jej całkowitej miary. Mierzą one zadowolenie z działalności danej placówki, natomiast badania dotyczące wartości mierzą przede wszystkim jego ocenę własnego stanu zdrowia.

W literaturze dotyczącej wprowadzania rozwiązań opartych na wartości efekty zdrowotne leczenia dzielone są na trzy składowe:[44]

- capability – możliwość wykonywania czynności zapewniających codzienne funkcjonowanie (przykład - przywrócenie sprawności stawu umożliwiające powrót do aktywności fizycznej),
- comfort – ulga od fizycznego i psychicznego cierpienia (przykład – zniesienie bólu po zabiegu operacyjnym za pomocą farmakoterapii),
- calm – możliwość prowadzenia normalnego życia podczas procesu leczenia (przykład – stosowanie nowej, bezpieczniejszej generacji leków, która nie wymaga wizyt i badań kontrolnych)

Podnoszenie efektów zdrowotnych osiągniętych w systemie opiera się zatem na obserwacji uciążliwości zarówno choroby, jak i procesu leczenia i wybieranie takich terapii, które doprowadzą do poprawy stanu zdrowia okupionego jak najmniejszą liczbą efektów ubocznych, na które składają się zarówno ryzyko związane z terapią, jak i koszty ponoszone przez pacjenta w formie czasu poświęconego na leczenie i związanej z nim niewygodą.

[44] Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework Elizabeth Teisberg, PhD, Scott Wallace, JD, MBA, and Sarah O’Hara, MPH Academic Medicine, Vol. 95, No. 5 / May 2020 (p 682)

Z perspektywy państwa strategia opierająca się na zasadach medycyny opartej na wartości skupia się na potrójnym celu:[45]

- poprawie stanu zdrowia populacji,
- poprawie satysfakcji i komfortu pacjenta,
- obniżeniu kosztów terapii.

Pierwsze dwa jego elementy tworzą dodatni efekt zdrowotny, trzeci z nich wprowadza jakość w efektywności kosztowej, co jest priorytetem ze względu na ograniczoną liczbę środków i nieograniczone zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Osiągnięcie wyższego poziomu zdrowia populacji powinno być również traktowane jako inwestycja państwowych środków. Prewencyjne zaadresowanie problemów zdrowotnych chroni przed rozwojem powikłań, których leczenie wymaga większych kosztów. Pacjent z cukrzycą, którego choroba dzięki wczesnej interwencji nie będzie się rozwijać i nie doprowadzi do niewydolności nerek, ślepoty i neuropatii będzie generował dużo mniejsze obciążenie dla budżetu niż pacjent, który nie otrzyma interwencji i jego stan będzie się systematycznie pogarszał.[46]

Kluczowym dla rozwoju medycyny opartej na wartości jest rozwój koordynowanej opieki zdrowotnej.

4.2 Opieka koordynowana

Celem tego modelu organizacji świadczeń jest zwielokrotnienie otrzymywanej jakości przez pacjenta w potrójnej formie: poprawie wyników zdrowotnych, wzroście satysfakcji pacjentów i zwiększenia efektywności finansowej.

Poprawa wyników zdrowotnych następuje wskutek poprawy jakości leczenia dzięki kooperacji zgromadzonego personelu, przyspieszeniu procesu diagnostyki i rozpoczęcia terapii na wcześniejszym etapie, oraz edukacji i motywowania pacjenta. Wzrost satysfakcji pacjentów związany jest z ułatwioną dostępnością i likwidacją administracyjnych barier w dostępie do opieki dzięki obecności koordynatora. Obecnie korzystanie z systemu wymaga od pacjenta czasu i umiejętności. Pacjenci opłacają więc swoim czasem i dyskomfortem dostęp do optymalnego leczenia, bez tej inwestycji nie są bowiem w stanie zapisać się do odpowiedniej kolejki oraz zdobyć właściwych informacji o swoim stanie zdrowia i przysługujących im świadczeniach. Zagubienie pacjenta, takie jak zgłoszenie się do złego ośrodka lub nieprzyniesienie odpowiednich dokumentów, generuje również nieefektywności i koszty dla całego systemu. Przydzielony koordynator rozwiązuje powyższy problem likwidując bariery w dostępności do świadczeń.

[45] Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:759–769. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12:573–576

[46] Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework Elizabeth Teisberg, PhD, Scott Wallace, JD, MBA, and Sarah O'Hara, MPH *Academic Medicine*, Vol. 95, No. 5 / May 2020 (s 683)

Zwiększenie efektywności finansowej zaczyna się od ułatwienia kooperacji świadczeniodawców zajmujących się pacjentem. Sprawny przepływ informacji ogranicza czas potrzebny do zrozumienia specyfiki przypadku. Znikają koszty powielanych badań. Współpraca umożliwi szybsze osiągnięcie diagnozy i skrócenie czasu diagnostyki. Koordynacja zwiększa również wyniki leczenia, a także zrozumienie choroby przez pacjenta i jego motywację do stosowania się do zaleceń i aktywności prewencyjnych, co przekłada się na niższe koszty leczenia w przyszłości.

Opieka koordynowana była przedmiotem wielu badań oceniających jej skuteczność. Poniżej przedstawione zostają główne wnioski z kilku z nich:

- zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej, satysfakcji pacjenta, postrzeganej poprawy jakości świadczeń,[47]
- zmniejszenie koniecznych przyjęć osób starszych do oddziałów ratunkowych,[48]
- spadek HbA1c u pacjentów z cukrzycą, ograniczenie konieczności przyjęć szpitalnych o 19%,[49]
- zmniejszenie bólu/dyskomfortu,[50]
- zmniejszenie zaostrzeń POChP.[51]

Warto podkreślić, że nie we wszystkich badaniach i nie dla wszystkich pacjentów uzyskane zostały wszystkie z wymienionych wyżej korzyści. W pierwszym z przedstawionych badań wykazano istotne zmniejszenie przyjęć szpitalnych dla ośrodków w Wielkiej Brytanii, natomiast nie wykazano go dla ośrodków z innych krajów. Wprowadzając rozwiązania wzorowane na zagranicznych powinniśmy się spodziewać, że niektóre z rezultatów będą rozbieżne od zakładanych. Wynika to ze złożoności procesu opieki, metod wprowadzania opieki koordynowanej, funkcjonowania innych elementów systemu ochrony zdrowia, a prawdopodobnie także kwestii kulturowych.

Niewykazywanie jednocześnie wszystkich korzyści nie zmienia jednak faktu, że wszystkie te badania opisały opiekę koordynowaną jako skuteczniejszą od tradycyjnego modelu leczenia. Zapewnienie jej prowadzi do uzyskania wyższej jakości terapii, a także uniwersalnie wskazywanego w badaniach podniesienia poziomu satysfakcji pacjentów.

[47] Baxter, S., M. Johnson, D. Chambers, A. Sutton, E. Goyder, and A. Booth (2018). "The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence." *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13.

[48] Morciano, M., K. Checkland, J. Billings, A. Coleman, J. Stokes, C. Tallack, and M. Sutton (2020). "New integrated care models in England associated with a small reduction in hospital admissions in the longer term: A difference-in-differences analysis." *Health Policy*, 124(8), 826–833. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.004>

[49] <https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Healthcare%20System%20and%20Services/Our%20Insights/The%20evidence%20for%20integrated%20care/The%20evidence%20for%20integrated%20care.ashx>

[50] John, J.R., W.K. Tannous, and A. Jones (2020). "Changes in health-related quality of life before and after a 12-month enhanced primary care model among chronically ill primary care patients in Australia." *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-11.

[51] Casas, A., T. Troosters, J. Garcia-Aymerich, J. Roca, C. Hernández, A. Alonso, and M. Decramer (2006). "Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients." *European Respiratory Journal*, 28(1), 123-130.

Również w Polsce ocena wyników wykorzystywania tego modelu jest pozytywna:

- Opieka koordynowana pilotażu POZ PLUS przyniosła efekty - pacjenci deklarowali (istotnie statystycznie oraz klinicznie) niższe nasilenie chorób niż przed przystąpieniem do pilotażu, oraz wyższe kompetencje zdrowotne,[52]
- Pacjenci biorący udział w KOS-Zawał wykazali niższą o 40% liczbę incydentów sercowo-naczyniowych i mózgowo-naczyniowych, a także niższą śmiertelność. [53]

Opiekę koordynowaną można porównać z tradycyjnymi metodami opieki poprzez analogię do innych sektorów gospodarki. Dobrym przykładem jest sektor transportowy, który dostosowuje się do potrzeb rynkowych poprzez komponowanie różnego rodzaju środków transportu – towar przemierza wielkie odległości w wagonach pociągu, ładowni statku lub na pokładzie samolotu, później kontenery dostarczane są za pomocą ciężarówek do wygodnego dla klienta miejsca składu, a do indywidualnych klientów towar jest rozwożony za pomocą samochodów, motocykli i rowerów. Wszystkie te rodzaje transportu są zaangażowane w dostarczenie przesyłki do klienta w najbardziej komfortowy dla niego sposób.

Tradycyjna organizacja ochrony zdrowia jest przeciwieństwem tego rodzaju organizacji – specjalności medyczne praktykują zwykle w swoim wąskim gronie – diabetolodzy pracują wspólnie w klinice diabetologii, okuliści w klinice okulistyki. Pacjenci, których choroba wymaga odwiedzin wielu klinik, muszą przyjąć na siebie obowiązki zorganizowania odpowiednich wizyt.

Nieefektywnością ochrony zdrowia jest brak zorientowania opieki wokół potrzeb pacjenta poprzez integrację i koordynację działań pomiędzy dziedzinami medycyny. Brak koordynacji staje się również regularnym źródłem problemów dla ośrodków prowadzących leczenie, które spotykają się z trudnościami w planowaniu kolejnych etapów terapii i zmuszają personel medyczny do angażowania się w czynności administracyjne, aby zorganizować przekazanie pacjenta do innego ośrodka.

Opieka koordynowana umożliwia pokonanie barier utrudniających dostęp do leczenia, jednocześnie uwalniając potencjał kooperacji pomiędzy ośrodkami w celu osiągnięcia wyższych efektów zdrowotnych. Zmniejsza też obciążenie pacjentów i personelu medycznego obowiązkami administracyjnymi, zwiększając efektywność systemu.

Najkorzystniejszy model opieki integrowałby opiekę wokół danej grupy pacjentów w formie konsorcjów (w tego rodzaju organizacji mogłyby uczestniczyć ośrodki będące własnością zarówno sektora publicznego jak i prywatnego), zapewniając dostęp do wszelkich świadczeń potrzebnych danej grupie chorych.

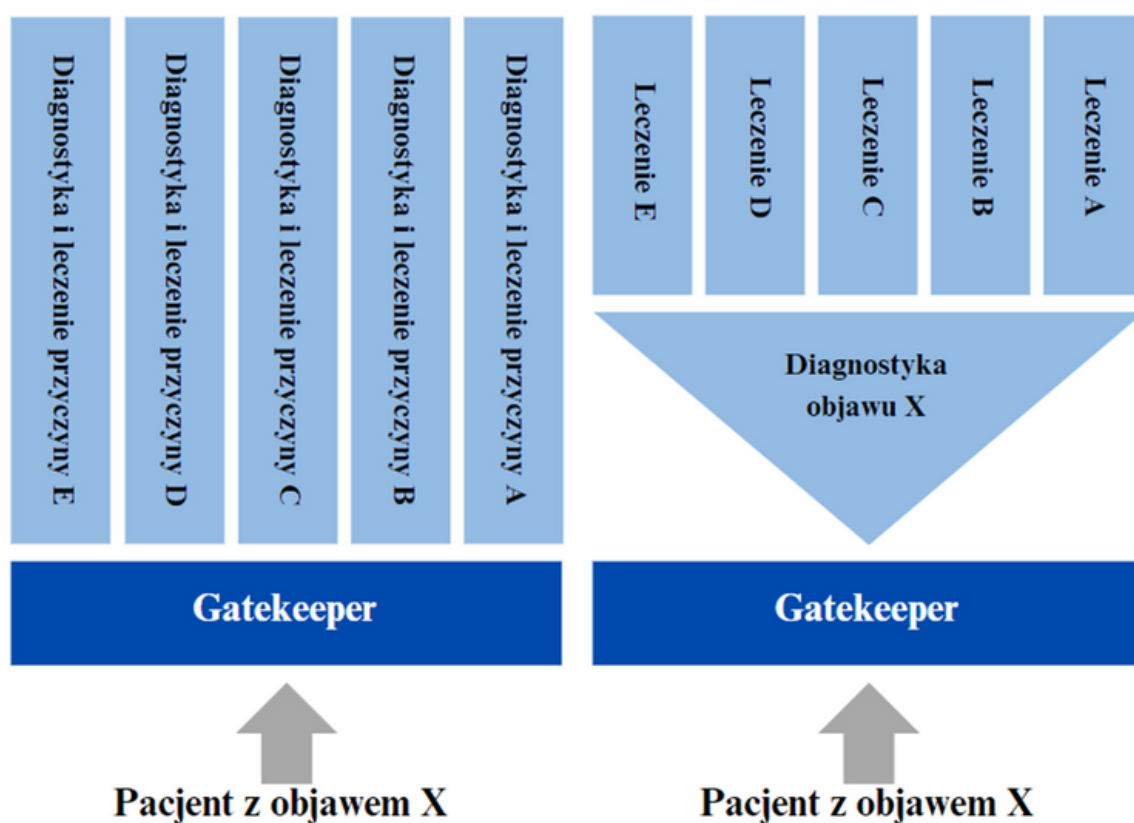
[52]<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099900003102231975/p1666780a54bbe08a08fd504f46c9d0792e>

[53]<https://www.rp.pl/zdrowie/art19139061-opieka-koordynowana-jako-wazny-element-budowy-systemu-ochrony-zdrowia-opartego-na-wartosci-i-jakosci-dla-pacjenta>

Rwstawałyby nowego rodzaju ośrodki, będące odwróceniem tradycyjnej metody nauczania medycyny z podziałem na układy narządów. Zamiast tego zapewniałyby diagnostykę i leczenie zaczynając od zrozumiałego dla pacjenta objawu, z którym zdecydował się zgłosić.[54]

Powstałyby np. klinika leczenia kaszlu, która przeprowadzałaby kompletną diagnostykę, zamiast odsyłania pacjenta pomiędzy klinikami pulmonologii, kardiologii, laryngologii i neurologii (W Polsce powstały już tego rodzaju ośrodki, ale taki model organizacji nie jest stosowany na szeroką skalę).[55] [56]

Koordinacja opieki nad grupą pacjentów z danym schorzeniem w jednym miejscu daje też możliwość zagwarantowania chorym dostępu do świadczeń, których dostępność nie byłaby możliwa do zorganizowania w tradycyjnych ośrodkach, ze względu na zbyt duże rozproszenie grupy pacjentów. Przykładowo pacjenci cierpiący na bóle migrenowe mogliby skorzystać nie tylko z farmakoterapii, ale możliwa by była organizacja dla nich porady psychologicznej i ćwiczeń relaksacji.



[54] Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework Elizabeth Teisberg, PhD, Scott Wallace, JD, MBA, and Sarah O'Hara, MPH Academic Medicine, Vol. 95, No. 5 / May 2020 (s. 683, 684)

[55] <http://www.centrummedyczne.com.pl/osrodek-diagnostyki-i-leczenia-przewleklego-kaszlu>

[56] <https://alergo-med.com/offer/centrum-terapii-kaszlu/>

4.3 Premiowanie za jakość udzielanych świadczeń

Czy można stworzyć zachęty finansowe w organizacji usług medycznych przy efektach leczniczych? To pytanie coraz częściej jest zadawane w dyskusji publicznej na temat płacenia czy premiowania za jakość udzielanych świadczeń medycznych. Ale zanim odpowiemy na to pytanie, zdefiniujmy czym ta owa „jakość” jest.

Jakość świadczeń opieki zdrowotnej

W definiowaniu jakości usług medycznych dominują dwie kluczowe koncepcje:[57]

1. Jakość rozumiana jako zgodność z wyznaczonymi standardami.
2. Jakość to spełnienie wymagań pacjenta.

Usługi medyczne są grupą specyficznych usług, które nie mogą być jednakowo określone poprzez swoją wartość ilościową, jakościową, kosztową i dochodową oraz pracochłonność i niepewność pozytywnego rezultatu ich wykonania. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.) „usługa zdrowotna to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. [58]

Według P. Kotlera usługi niematerialne cechuje „niejednorodność, nierozdzielność oraz nietrwałość”, które można odnieść do usług zdrowotnych.[59] Błędem jest zawężanie jakości usługi wyłącznie do uzyskiwanych efektów (wyników leczenia). Równie ważny jest sposób i warunki procesu leczenia, atmosfera, w jakiej udzielane są pacjentom świadczenia, relacja ponoszonych kosztów do uzyskiwanych skutków prowadzonego leczenia. Dopiero zestawione wspólnie wymienione czynniki składają się na jakość usług medycznych.[60] Jakość w systemie opieki zdrowotnej jest konieczna zarówno dla przetrwania organizacji jak i dla zdrowia/życia osób korzystających z tych usług. Jakość jest kwestią zasadniczą: zła jakość powoduje zbędny ból i cierpienie, wyznacza różnicę pomiędzy życiem i śmiercią, jest czynnikiem który decyduje o powodzeniu przedsiębiorstwa na rynku. WHO jakość świadczeń medycznych określa jako sposób użycia środków, organizacji usług oraz zadowolenie pacjenta. Jakość opieki to wiedza, umiejętności personelu, technologia, stosunki międzyludzkie (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny) i oprawa usług (komfort, estetyka itp.).[61]

[57] A. Hamrol, W. Mantura, Zarządzanie jakością, Teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2002 (s. 15)

[58] M. Sobkowski, R. Staszewski, Jakość w opiece zdrowotnej. Zewnętrzne systemy oceny jakości ISO, Konferencja naukowa, Swarzędz 2003 (s. 88–98)

[59] P. Kotler, Marketing, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2006 (s. 356)

[60] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienie zdrowia w nowym stuleciu, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 311. 70 D. Blumenthal, Quality of care – what is it?, „The New England Journal of Medicine”, vol. 335, no. 12, 1996 (s. 891)

[61] WHO Working Group. Quality of Health Care, 1989, I, (s. 79-95)

Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie Pacjenta

O tym akcie prawnym mówiono od lat i w końcu pojawił się projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia- projekt. Bo do dzisiaj ustawa nie została wdrożona w życie. W Ustawie nie promuje się najważniejszych elementów zapewniających jakość opieki nad pacjentem, jak np. konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi o wartość dla pacjenta (o wynik leczenia stanu chorobowego), ani też opieki koordynowanej mającej zapewnić kosztowo-efektywną, wysokiej jakości leczenie chorób z zachowaniem ciągłości opieki nad pacjentem. Ustawa w pierwotnym kształcie odnosiła się do autoryzacji i akredytacji szpitali ale pomijała zupełnie AOS, POZ, co oznacza dalszą fragmentaryzację systemu opieki zdrowotnej i niebezpieczeństwo przetrzucania odpowiedzialności, gdyż za jakość leczenia w rozumieniu Ustawy mają odpowiadać tylko szpitale. W tym kontekście może dojść do konfliktów pomiędzy uczestnikami systemu, dalszego nadmiernego obciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, odpływu kadry medycznej ze szpitali oraz niekorzystnego dla pacjentów zjawiska tzw. silosowości systemu ochrony zdrowia.[62]

Jak zorganizować premiowanie jakości w ochronie zdrowia?

Punktem wyjścia do premiowania za jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych jest koordynowana ochrona zdrowia, mająca zapewnić kosztowo-efektywną, wysokiej jakości opiekę i leczenie chorób z zachowaniem ciągłości opieki nad pacjentem.

Według definicji wypracowanej przez PTKOZ: Koordynowana ochrona zdrowia (KOZ) oznacza zorganizowane działania uczestników systemu mające na celu osiągnięcie wysokiej efektywności kosztowej świadczeń, jakości opieki medycznej oraz ciągłości obsługi pacjenta”.[63]

Według Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, KOORDYNOWANA Ochrona Zdrowia powinna być:

- KO – KOmpleksowa oraz zintegrowana
- OR – ORganizacyjnie kontrolowana
- DY – DYnamicznie reagująca na potrzeby uczestników
- NO – NOwoczesna i wysokiej jakości
- WA – WAртоściowa i efektywna
- NA – NAWiązująca do rozwiązań sprawdzonych na świecie

Początki koordynowanej ochrony zdrowia (KOZ), ang. Managed Care Medicine, na świecie sięgają lat trzydziestych XX wieku.[64] Istotą KOZ jest sformalizowana współpraca przynajmniej dwóch składników: świadczeniodawcy usług zdrowotnych i płatnika za usługi zdrowotne. Współpraca może także obejmować pracodawców oraz publiczne instytucje ubezpieczeniowe.

[62]<http://www.pfsz.org/2021/08/20/uwagi-pfsz-ustawa-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej/>

[63] <http://ptkoz.org>, definicja koordynowanej ochrony zdrowia

[64] Bodenheimer TS, Grumbach K: Understanding health policy. Appleton & Lange 2004

Strategia działania

Strategia działania instytucji ubezpieczeniowej wiąże się przede wszystkim z pozyskaniem odpowiedniego zespołu świadczeniodawców. W tym celu do KOZ, na zasadzie kontraktowej lub później etatowej, pozyskiwani są lekarze praktykujący indywidualnie lub grupowo w poradniach. W zamian za możliwość poszerzenia swoich możliwości zarobkowania poprzez leczenie pacjentów ubezpieczonych w danej, mocnej na rynku lokalnym firmie ubezpieczeniowej, lekarze zobowiązują się do akceptowania wynegocjowanych stawek oferowanych przez firmę ubezpieczeniową oraz poddawaniu się procedurom kontrolnym ze strony firmy ubezpieczeniowej. Tworzy się wtedy tzw. grupa preferowanych świadczeniodawców (Preferred Provider), w której skład wchodzi lekarze mający kontrakt na leczenie klientów danej firmy ubezpieczeniowej.[65] Stopniowo grupa luźno związanych ze sobą praktyk tworzy, najczęściej pod kierownictwem firmy ubezpieczeniowej, organizację lekarzy świadczeniodawców (Preferred Provider Organization - PPO). Podobnie jest ze szpitalami działającymi w regionie wysokiej penetracji firmy ubezpieczeniowej.[66] [67] Jeden lub częściej kilka szpitali tworzy grupę szpitali preferowanych, akceptując stawki i procedury kontrolne firmy ubezpieczeniowej. Stąd już tylko krok do utworzenia prawdziwego KOZ. Firma ubezpieczeniowa wykupuje praktyki lekarskie, lekarze przechodzą na etaty lub ścisłe kontrakty w organizacji KOZ, a szpitale są przejmowane przez organizację KOZ.

Dojrzała organizacja typu KOZ

Pełna organizacja typu KOZ jest złożona z firmy ubezpieczeniowej, praktyk lekarskich oraz szpitali. Najważniejsze staje się wtedy takie koordynowanie opieki zdrowotnej w obrębie organizacji, aby koszty były jak najmniejsze, ale jednocześnie pacjenci jak najzdrowsi. Służą temu odpowiednie motywatory dla lekarzy czy szpitali stosujących uznane standardy medyczne. I tak lekarz premiovany jest dodatkowo za stosowanie określonych procedur profilaktycznych, na przykład zlecenie kolonoskopii pacjentom powyżej 50. roku życia. Szpital premiovany jest za przestrzeganie procedur, takich jak rekomendowane schematy leczenia i diagnostyki.

[65] Tindall WN, Williams W, Boltri JM, Morow TJ, van der Vaart S, Weiss BA: A guide to managed care medicine. American College of Managed Care Medicine, Aspen Publishers 2000

[66] A. Hamrol, W. Mantura, Zarządzanie jakością, Teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2002 (s. 15)

[67] WHO Working Group. Quality Ace In Heath Care, 1989, I (s. 79-95)

Przeanalizujemy polski rynek w kontekście KOZ.

Mamy do czynienia ze słabo rozwiniętym rynkiem pod względem jego zorganizowania, konkurencyjności oraz penetracji firm ubezpieczeniowych. Znamienny jest fakt, że aż około 37% finansowania usług zdrowotnych w Polsce pochodzi bezpośrednio z kieszeni pacjentów (out-of-pocket).[68] Dla porównania w Stanach Zjednoczonych, powszechnie uważanych za kraj, w którym za usługi zdrowotne trzeba płacić, i to najczęściej z własnej kieszeni, zaledwie około 20% usług zdrowotnych finansowanych jest w ten sposób.[69] Około 60 lat po USA w naszym kraju powstały pierwsze organizacje typu KOZ pod postacią firm abonamentowych. Polski rynek zdrowia charakteryzuje się dużym potencjałem rozwojowym. Należy przewidywać rozwój organizacji KOZ skupiających świadczeniodawców, ubezpieczycieli, które nawiążą współpracę z płatnikiem publicznym, oferując wyższą jakość i przystępną cenę.

4.4 Opieka farmaceutyczna

Opieka farmaceutyczna jest podejściem, które zakłada aktywną rolę farmaceuty w opiece nad pacjentem, włączając w to monitorowanie farmakoterapii, edukację pacjenta, identyfikację i rozwiązywanie problemów związanych z lekami oraz współpracę z innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie opieki farmaceutycznej w Polsce może przynieść wiele korzyści. Oto kilka argumentów przemawiających za jej wprowadzeniem:

- Optymalizacja farmakoterapii: Opieka farmaceutyczna może pomóc w zapewnieniu optymalnej farmakoterapii pacjentom poprzez monitorowanie leków, identyfikację interakcji lekowych, unikanie błędów dawkowania oraz dostosowanie dawek do indywidualnych potrzeb pacjenta. To może poprawić wyniki terapeutyczne, zmniejszyć ryzyko działań niepożądanych i zwiększyć skuteczność leczenia.
- Edukacja pacjentów: Farmaceuci mogą pełnić istotną rolę w edukacji pacjentów na temat leków, ich dawkowania, zasad przyjmowania i przechowywania oraz potencjalnych skutków ubocznych. Dzięki temu pacjenci będą lepiej informowani i świadomi, co wpływa na lepsze zrozumienie i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.
- Zapobieganie interakcjom lekowym: Opieka farmaceutyczna może pomóc w identyfikacji i zarządzaniu potencjalnymi interakcjami lekowymi. Farmaceuci mogą monitorować farmakoterapię pacjentów, sprawdzając, czy nie występują niepożądane reakcje między różnymi lekami, zarówno na receptę, jak i dostępnymi bez recepty. To może zminimalizować ryzyko szkodliwych skutków interakcji lekowych.
- Wsparcie w procesie decyzyjnym: Opieka farmaceutyczna może dostarczyć dodatkowych informacji i konsultacji w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych. Farmaceuci mogą doradzać lekarzom i innym profesjonalistom zdrowia w zakresie odpowiedniego doboru leków, wybierając najbezpieczniejsze i najbardziej skuteczne opcje terapeutyczne dla pacjentów.

[68] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienie zdrowia w nowym stuleciu, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 311. 70 D. Blumenthal, Quality of care – what is it?, „The New England Journal of Medicine”, vol. 335, no. 12, 1996 (s. 891)

[69] Fedorowski J, Niżankowski R (red.): Ekonomia medycyny. PZWL 2002

- Kontynuacja opieki: Opieka farmaceutyczna może pomóc w zapewnieniu ciągłości opieki między różnymi sektorami, takimi jak szpital, przychodnia i apteka. Farmaceuci mogą monitorować farmakoterapię pacjenta, zapewniając spójność i dostępność odpowiednich leków, szczególnie po wypisie ze szpitala.

Wprowadzenie opieki farmaceutycznej w Polsce może przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa i efektywności farmakoterapii, zwiększenia wiedzy pacjentów o lekach oraz wspierania innych członków zespołu opieki zdrowotnej. Jednakże, takie wprowadzenie wymaga odpowiedniego szkolenia farmaceutów, dostosowania infrastruktury i zasobów oraz współpracy między różnymi sektorami opieki zdrowotnej.

Rozwiązania proponowane przez PFSz były już wdrażane w innych krajach, przynosząc korzyści dla tamtejszych systemów ochrony zdrowia. Poniżej przedstawione zostają przykłady wdrożonych reform, ich efekty, a także założenia i strategię procesu ich wdrażania.

Doświadczenia tych państw są udokumentowaniem efektów, które przyniosły określone reformy. Przenosząc pomysły na Polski grunt powinniśmy też obserwować strategię wprowadzania reform, a także kontrasty pomiędzy wstępnymi założeniami, a ostatecznie zastosowanymi rozwiązaniami i wynikami, ukazującymi potencjalne przeszkody w osiągnięciu celów i analizując stosowane metody ich pokonania.

Kraje, w których wdrażane są rozwiązania opieki koordynowanej zajmują też wysokie pozycje w rankingu innowacyjności systemu ochrony zdrowia (World Index of Healthcare Innovation). Izrael, Stany Zjednoczone, Australia i Singapur zajmują kolejno 5, 6, 7 i 12 lokację w tym rankingu.[70]

5.1.1 Singapur

Singapur jest niepowtarzalnym przykładem państwa, które przy niskich nakładach na ochronę zdrowia osiągnęły wysokie wyniki zdrowotne. Rozbieżność między nim, a resztą państw świata, ustanawia go jako wyjątek, który dobrze obrazuje, że ważniejsza od finansowania może być organizacja systemu (drugim takim przykładem są Stany Zjednoczone, które mimo najwyższego na świecie finansowania osiągają jedynie średnie efekty zdrowotne).

Niewątpliwie status państwa-miasta ułatwił adresowanie niektórych problemów – w obrębie małego państwa wszystkie ośrodki lecznicze są w zasięgu dojazdu pacjentów – Singapur nie musi więc planować odpowiedniego rozłożenia geograficznego placówek i może ograniczyć inwestycje w środki transportu między nimi.

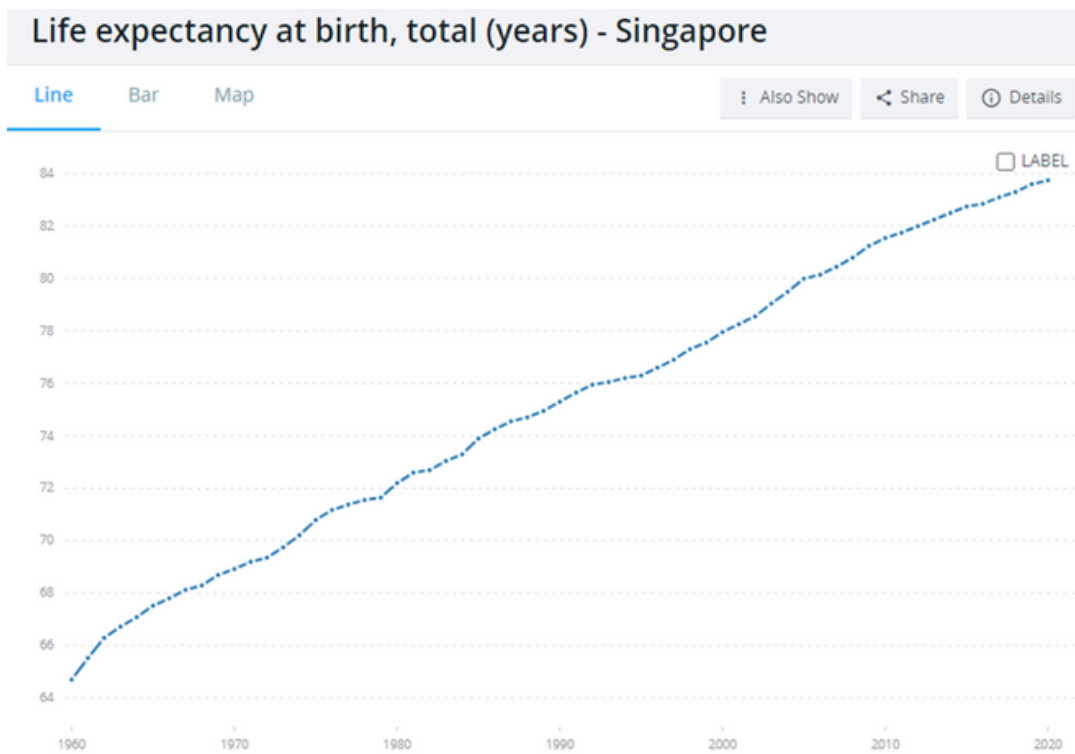
Istnieją również pewnego rodzaju ułatwienia organizacyjne związane z zarządzaniem małego państwa, nie należy jednak przeceniać możliwych do uzyskania z tego tytułu oszczędności – w Polsce wydatki administracyjne NFZ wynoszą poniżej 1% dysponowanego budżetu.[71]

Cechą wyróżniającą Singapur na tle innych państw w kwestiach organizacyjnych jest ogromny nacisk na poprawę czynników zdrowotnych innych niż dostęp do leczenia (środowiska, zachowań prozdrowotnych), ze względu na ich większą efektywność w poprawie stanu zdrowia.

[70]<https://freopp.org/poland-freopp-world-index-of-healthcare-innovation-85a2b4e5751>

[71] <https://pulsmedycyny.pl/filip-nowak-jestem-zwolennikiem-rozwijania-nfz-choc-zarządzanie-nim-to-duze-wyzwanie-1180431>

Kiedy państwo powstawało w 1965 roku ochrona zdrowia nie znajdowała się na liście priorytetów rządzących krajem, co otwarcie przyznawał pierwszy premier Singapuru Lee Kuan Yew. Mimo tego, już we wczesnych latach tego państwa przewidywana długość życia rosła w podobnym tempie jak wtedy, kiedy ochrona zdrowia stała się największą chlubą Singapuru i klejnotem koronnym propagandy ukazującej sukces państwa.[72]



<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=SG>

Przyczyną takiego stanu był brak inwestycji w system ochrony zdrowia, ale intensywna poprawa czynników środowiskowych w pierwszych latach istnienia Singapuru. Poprawie ulegały:

- wyżywienie,
- dostęp do czystej wody,
- warunki sanitarne,
- edukacja zdrowotna.[73]
-

Poprawa stanu zdrowia zaobserwowana została w Singapurze jako efekt poboczny wzrostu gospodarczego. Osiągnięcie wysokiego standardu warunków życia w dziś bogatym państwie nie zakończyło jednak inwestycji w czynniki dotyczące środowiska i zachowań prozdrowotnych.

Głównym przykładem aktywnie stosowanych rozwiązań środowiskowych jest Green Plan, czyli program inwestycji, którego jednym z głównych celów jest poprawa jakości powietrza przez sadzenie drzew, zwiększenie powierzchni parków miejskich, rozwój transportu publicznego, wdrażanie rozwiązań oszczędzających energię elektryczną.[74]

[72] Affordable Excellence The Singapore Healthcare Story W.A. Haseltine (s. 3)

[73] <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/20/1/16/1568220>

[74] <https://www.greenplan.gov.sg/targets>

Najintensywniej wdrażanymi przez państwo rozwiązaniami w dziedzinie zdrowia są jednak, zgodnie z logiką pól Lalonde'a, te mające wpłynąć na zachowanie obywateli. Singapur wymusza na obywatelach konieczność brania odpowiedzialności za swój stan zdrowia poprzez wyjątkowy sposób organizacji systemu ochrony zdrowia.

Opłacane przez obywateli składki zdrowotne tylko częściowo trafiają do centralnie zarządzanego budżetu, zamiast tego środki trafiają na specjalne indywidualne konta Medisave, z których singapurczycy mogą opłacać tylko i wyłącznie koszty leczenia. W razie wyczerpania się pieniędzy na koncie resztę wymaganej kwoty obywatel musi dopłacić z własnej kieszeni.

Taki system ma nagradzać tych, którzy dbając o własne zdrowie oszczędzają pieniądze na koncie, dzięki czemu nie muszą na późniejszym etapie dokładać prywatnych środków.

Drugim celem jest eliminacja niepotrzebnych wizyt – jak wiele państw (Niemcy, Francja, Szwecja, Holandia) Singapur postawił te niskie bariery wejścia, których założenie polega na testowaniu motywacji do zgłoszenia niedogodności – jeśli nie jest wystarczająca do poniesienia minimalnych opłat, to ograniczone fundusze państwowe powinny być skierowane gdzie indziej.

Konta Medisave pozostawiają w końcu też wybór pacjentom, w których ośrodkach poszukują pomocy i które procedury wybiorą. W ten sposób pacjenci otrzymują większą decyzyjność nad tym jak dysponowane są środki publiczne i za pomocą swoich wyborów wskazują, które placówki i procedury oceniają jako jakościowe.

W przeciwieństwie do europejskich państw Singapur nie postawił górnej granicy wydatków przeznaczanych rocznie, bezpośrednio przez pacjenta na ochronę zdrowia. Zamiast tego ustanowił państwową fundację Medifund, która rozpatruje wnioski osób, które nie mają jak opłacić leczenia. Fundacja szczyli się poziomem akceptacji wniosków na poziomie 99,7%,^[75] natomiast Singapur chwali się historycznym brakiem bankructw spowodowanych kosztami opieki zdrowotnej.^[76]

Singapur stworzył system, w którym państwo dofinansowuje leczenie, ale nic nie jest za darmo, co ma uświadamiać społeczeństwo o kosztach systemu ochrony zdrowia. Na długo zanim wprowadzono konta Medisave, pierwszą strategią mającą kreować taką świadomość było wprowadzenie dopłat w wysokości 50 centów do każdej wypisanej recepty.^[77]

Wyjątkiem od tej zasady są programy profilaktyczne, które rząd promuje w każdy możliwy sposób, ze świadomością, że jest to opłacalna inwestycja. Promocja obejmuje kampanie marketingowe, edukacje w szkołach, przykładowe poddawanie się polityków zalecany procedurom i oczywiście zniesienie opłat.^[78] Dzięki temu Singapur osiągnął wyszczepienie przeciwko COVID na poziomie 90% podczas gdy Polsce udało się zaszczepić jedynie 60% populacji.^[79]

[75] Myth or Magic – the Singapore Healthcare System, J. Lim (s. 111)

[76] Affordable Excellence The Singapore Healthcare Story W.A. Haseltine (s. 62)

[77] Myth or Magic – the Singapore Healthcare System, J. Lim (s. 39)

[78] <https://www.moh.gov.sg/covid-19/vaccination>

[79] <https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>

Rząd Singapuru aktywnie motywuje też obywateli do codziennego dokonywania zdrowych wyborów. Alkohol i tytoń są wysoko opodatkowane, natomiast dofinansowywane są zdrowe posiłki w restauracjach w ramach „Healthier dining programme”. [80]

Nowoczesne metody prowadzenia terapii wdrażane jako kolejne kroki do osiągnięcia jeszcze lepszych wyników zdrowotnych opierają się między innymi na tworzeniu programów opieki koordynowanej – tego rodzaju programy rozkwitły szczególnie kiedy ministrem zdrowia był Gan Kim Yong (2011-2021), który oceniał opiekę koordynowaną jako kluczową dla utrzymania skuteczności systemu w obliczu starzejącej się populacji. [81]

Jednym z pierwszych programów opieki koordynowanej był Regional Health System. Kraj został podzielony na regiony, w których centrami organizacyjnymi zostały najważniejsze szpitale tworzące sieć współpracy pomiędzy placówkami takimi jak ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej, mniejsze kliniki, ośrodki rehabilitacyjne, organizacje opieki domowej. Budżet projektu został podzielony pomiędzy centra, które mogły eksperymentować z wdrażanymi rozwiązaniami, współpracując jednocześnie z agencjami rządowymi, w celu utworzenia opieki opartej o zasady VBHC. [82]

Zachęty ministerstwa prowadzą obecnie do dalszego rozwoju programów opieki koordynowanej – powstały np.: CARITAS Integrated Dementia Care oraz Integrated General Medicine. Rozwój tych programów będzie dalej priorytetem wśród wprowadzanych reform, ponieważ wykazały już one poprawę wyników zdrowotnych u objętych koordynacją pacjentów. [83]

5.1.2 Australia

Australia jest przykładem kraju, który inwestuje w rozwijanie ochrony zdrowia opartej na wartości. Organy państwowe kraju wyznaczają zasady VBHC za swój cel i wprowadzają zaawansowane strategie wdrażania tak zorientowanej opieki. [84]

Kraj ten wprowadza reformy mające w długim okresie doprowadzić do powstania 6 filarów nowoczesnego systemu:

- upodmiotowienie pacjentów – edukacji pacjentów i wsparcie ich w zdobywaniu wiedzy aby pomóc im w przejęciu odpowiedzialności za własne zdrowie. Celem jest osiągnięcie sytuacji, w której pacjenci są zdolni świadomie zarządzać decyzjami dotyczącymi ich zdrowia i aktywnie biorą udział w dbaniu o swoje zdrowie,
- prewencja i opieka – mające poprawić jakość życia populacji i zmniejszyć uciążliwość chorób przewlekłych,
- finansowanie w oparciu o wartość i skutki leczenia – wprowadzanie nowych metod rozdzielania finansów publicznych,

[80] <https://hpb.gov.sg/healthy-living/food-beverage/healthier-dining-programme>

[81] https://www.ihis.com.sg/Latest_News/News_Article/Pages/Integration-of-healthcare-services-paramount-as-Singapore-ages.aspx

[82] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6196576/>

[83] <https://www.moht.com.sg/integrated-general-hospital>

[84] Queensland Health Allied Health Framework for Value-Based Health Care

- kooperacja w lokalnym planowaniu i finansowaniu – poprawa wartości świadczeń dzięki angażowaniu lokalnych przedstawicieli w procesie organizacji,
- rozwój dostępu do danych zdrowotnych – integracja danych w celu osiągnięcia lepszych rezultatów zdrowotnych,
- krajowy program oceny technologii medycznych – zapewnienie bezpiecznych, skutecznych i przystępnych cenowo rozwiązań.[85]

National Health Reform Agreements zapewniły obecność lokalnych budżetów umożliwiających tworzenie pilotażowych programów koordynowanej ochrony zdrowia. Fundusze te zapewniły powstanie różnego rodzaju programów, z których doświadczeń możemy korzystać organizując programy koordynowanej opieki w Polsce.

Część programów wyspecjalizowała się w zapewnianiu ciągłości opieki poprzez integrowanie placówek podstawowej opieki zdrowotnej z ośrodkami specjalistycznymi. Inne stworzyły modele opieki mające zająć się pacjentami wymagającymi częstych interwencji, lub umożliwiające skrócenie procesu leczenia w złożonych przypadkach multidyscyplinarnych chorych.[86]

Niektóre wyniki tych programów już były brane pod uwagę podczas projektowania celów programów takich jak POZ PLUS. Przykładem są australijskie programy opieki koordynowanej nad pacjentami z cukrzycą typu 2, POChP i chorobą wieńcową, u których zaobserwowano 34% spadek liczby przyjęć do szpitala i 32% redukcję liczby wizyt na oddziale ratunkowym.[87]

Dzięki obecności specjalnych funduszy i zachęt rządu centralnego do eksperymentowania z programami lokalnymi Australia jest wyjątkowym przykładem różnorodnych nowoczesnych programów, z których doświadczeń należy czerpać.

W Dental Health Services Victoria zaangażowano klinicystów do współtworzenia planu zmian mającego zwiększyć generowaną wartość dla pacjentów, co zapewniło mobilizację zespołu do trudniejszego okresu zmian w organizacji. W raporcie podsumowującym swój program wprowadzania zasad VBHC wskazano jako kluczowe trudności wdrażania rozwiązań:

- konieczność transformacji tradycyjnego modelu finansowania,
- przekształcenie obecnej infrastruktury zorganizowanej wokół tradycyjnego modelu leczenia,
- przełamanie silosowości dostępnych danych (dane zebrane w jednej placówce nie mogą być użyte przy kontynuacji terapii w kolejnej ze względu na brak kompatybilności/integracji systemów informatycznych).[88]

[85]<https://www.health.gov.au/our-work/2020-25-national-health-reform-agreement-nhra>

[86] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.5694/mja2.51530>

[87]<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099900003102231975/pdf/P1666780a54bbe08a08fd504f46c9d0792e.pdf> (s. 38)

[88]https://ahha.asn.au/sites/default/files/docs/policy-issue/perspectives_brief_no._7_dhsv_journey_to_value_based_health_care_3.pdf (s. 12)

5.1.3 Izrael

Opieką zdrowotną są objęci wszyscy obywatele Izraela. Wybierają oni jeden z czterech funduszy, do którego chcą należeć, jest to więc pod kątem organizacyjnym model ubezpieczeniowy. Fundusze odpowiedzialne są za stan zdrowia pacjentów, którzy, jeśli będą niezadowoleni, mogą przenieść się do konkurencji. Zagrożenie potencjalnym odejściem ubezpieczonych motywuje fundusze do skupiania się na generowanej dla pacjenta wartości i zapewniania kompleksowych form opieki.

Izrael szczyli się mianem „kraju start-up'ów” dzięki tworzeniu środowisk dla partnerstw publiczno-prywatnych w tworzeniu nowych technologii i inwestycjom w ich wprowadzanie takim jak „Digital Israel”.

Konsekwentnie jest też przykładem kraju przodującego w tworzeniu rozwiązań informatycznych dla branży medycznej. Rozwinięty potencjał pod względem tworzenia rozwiązań informatycznych został wykorzystany do tworzenia rozwiązań takich jak systemy integrujące dane medyczne.

Obecność takiej infrastruktury informatycznej ułatwiła pokonanie jednej z kluczowych barier w tworzeniu zintegrowanej opieki zdrowotnej.

Do rozwoju koordynacji w opiece zdrowotnej przyczyniły się również reformy z 2010 i 2015 roku zwiększające koszyk świadczeń o opiekę stomatologiczną i psychiatryczną. Rozszerzenie obowiązków zmotywowało fundusze do integrowania kolejnych świadczeń w celu obniżenia kosztów i poprawy wyników zdrowotnych.[89]

W 2021 roku 63% dorosłych Izraelczyków deklarowało korzystanie z koordynowanej opieki zdrowotnej (najczęściej przez lekarza pierwszego kontaktu).

W opiece tej pomagają rozwiązania elektroniczne, które zapewniają dostęp do danych świadczeniodawcom i pacjentom. Pacjenci są zaangażowani w używanie nowych technologii, w 2021 roku:

- 66% z nich otworzyło witrynę by uzyskać dostęp do swoich danych medycznych,
- 55% kontaktowało się z lekarzem lub ubezpieczycielem za pomocą aplikacji,
- 1/3 wszystkich konsultacji medycznych odbywała się internetowo.[90]

[89] https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-69262-9_62

[90] <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-israel-2022>

5.1.4 Stany Zjednoczone

Stany Zjednoczone mają obecnie sławę jednego z najgorzej zorganizowanych systemów ochrony zdrowia na świecie. Przy wydatkach wynoszących dwukrotność średniej unijnej obywatele USA wykazują niższą średnią przewidywaną długość życia (77 lat w USA,[91] 80,1 w Unii Europejskiej).[92]

Koszty leczenia obciążają zarówno budżet państwa, jak i obywateli – wydatki są bowiem podzielone mniej więcej po równo między publiczne i prywatne. Brak możliwości opłacenia kosztów leczenia jest obecnie najczęstszą przyczyną bankructwa w Stanach.[93]

Wysokie ceny prowadzą również do braku dostępności – bez żadnego ubezpieczenia pozostaje prawie 30 mln obywateli.[94]

Systemu ochrony zdrowia w USA nie należy jednak jedynie krytykować. Jest on bardzo zdecentralizowany i elastyczny, a przez to pełen rozwiązań, w tym wielu nowatorskich.

Nastawienie na innowacyjność jest tak wysokie, że również te same programy opłacane za pomocą środków publicznych potrafią działać w różny sposób w innych stanach (Medicaid). Nawet w obrębie programu Medicare, działającego według jednakowych zasad na terenie całego kraju, istnieją opcje prowadzenia niektórych jego elementów (przede wszystkim Medicare C – Medicare Advantage Plan) w różny sposób przez prywatne firmy.

Dodając do tego również różnorodność ofert dostępnych na rynku ubezpieczeń prywatnych otrzymujemy jako obserwatorzy prawdziwe bogactwo rozwiązań. Są one szczególnie cenne, ponieważ funkcjonują obok siebie w ramach jednego państwa, gdzie mają identyczne warunki i zmuszone są do konkurencji między sobą. Ze względu na to obserwując je jesteśmy bliżej naukowego założenia „ceteris paribus”, dlatego wnioski z porównania ich skuteczności są szczególnie przekonujące.

Opieka koordynowana pojawiła się w Stanach już w latach 70', jako Managed Care Organizations. Od tego czasu organizacje tego typu udowodniły w badaniach przewagi w skuteczności leczenia i obniżeniu jego całkowitych kosztów.[95]

[91] OECD (2023), Life expectancy at birth (indicator). doi: 10.1787/27e0fc9d-en (Accessed on 10 March 2023)

[92]<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1678476504&id=id&acname=guest&checksum=9A2FB58EBC3BB7628F52916A6D940C15>
(s. 89)

[93]<https://www.businessinsider.com/causes-personal-bankruptcy-medical-bills-mortgages-student-loan-debt-2019-6?IR=T>

[94]<https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>

[95] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557797/>

Programy tego rodzaju szczególnie rozwinęły się po wprowadzeniu ACA (Affordable Care Act – również znany jako Obamacare). Reformy rozszerzyły możliwości testowania alternatywnych metod finansowania programów Medicare i Medicaid, pozwalając im wykorzystywać mechanizmy nagradzające zwiększenie jakości, obniżanie kosztów i wprowadzanie koordynacji leczenia.

Wprowadzony został wtedy nowy rodzaj organizacji – Accountable Care Organizations, które tworzone były przez grupy świadczeniodawców mających wspólnie zapewnić lokalnej społeczności opiekę odpowiadającą jej potrzebom.

Do 2019 roku powstało ponad tysiąc takich organizacji, przez co opieką przez nie zostało objętych prawie 33 mln Amerykanów. Aby zwiększyć skuteczność koordynacji ACO wprowadzają programy zarządzania lekami, opieką nad pacjentami wymagającymi najbardziej kosztownych terapii, a także programy prewencyjne, w tym programy ograniczania ponownych hospitalizacji.[96]

Wprowadzenie tego rodzaju organizacji wiązało się z dużymi nadziejami na uzyskanie oszczędności finansowej dla systemu. Ostatecznie Accountable Care Organizations faktycznie zaoszczędziły około 144 mln \$. Kwota ta to jednak tylko 0,02% całego budżetu Medicare.[97]

Pomiędzy organizacjami wykazane zostały znaczące różnice w efektywności finansowej. Pojawiają się koszty operacyjne prowadzenia opieki koordynowanej związane z czynnościami administracyjnymi i koniecznością dostosowania systemów informatycznych. Inwestycje te mogą jednak ostatecznie przynieść korzyści finansowe.

Organizacje, które osiągnęły największe sukcesy podczas transformacji w organizacje opieki koordynowanej, wyróżniały się za pomocą:

- przeprowadzenia analizy gotowości do transformacji modelu działania,
- zaplanowania efektywnej struktury zarządzania,
- zaaranżowania kooperacji z innymi świadczeniodawcami,
- wprowadzenia zmian kulturowych wewnątrz organizacji i przestawienia priorytetu z ilości na jakość wykonywanych procedur,
- zorganizowania efektywnego systemu przepływu środków finansowych w ramach organizacji,
- zaangażowania lokalnych interesariuszy.[98]

Rozdrobnienie ubezpieczycieli oferujących własne wariacje dostępnych rozwiązań organizacyjnych zapewnia bogactwo wartych uwagi przykładów. Program POZ PLUS wykorzystywał doświadczenia opracowane przez konsorcjum integrowanej opieki Kaiser Permanente.[99]

[97] <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/the-math-of-acos>

[98] <https://www.hfma.org/payment-reimbursement-and-managed-care/value-based-payment/61604/>

[99] <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00360/full>
[/www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states#integration-and-coordination](http://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states#integration-and-coordination)

W Stanach proliferują także ciekawe rozwiązania dotyczące opłat za wyniki leczenia (P4P – Pay for performance).

Pierwsze z nich - HCAHPS (the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey), ocenia szpitale pod względem osiągniętych efektów klinicznych, prewencji działań niepożądanych, efektywności finansowej i poziomu satysfakcji pacjenta. Wyniki porównywane są następnie w dwóch kategoriach: osiągnięć na tle innych szpitali i zmiany w stosunku do własnego wyniku z poprzedniego roku. Dopiero po obliczeniu wyniku i jego odpowiedniej korekcji przydzielane jest odpowiednie finansowanie.

Stosowane są również Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP), Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP), End-Stage Renal Disease (ESRD) Quality Initiative Program, the Skilled Nursing Facility Value-Based Program (SNFVBP), the Home Health Value-Based Program (HHVBP), oraz Value-Based Modifier Program, a rozwiązania oparte o wyniki terapii są wdrażane również przez sektor prywatny.[100]

5.2 Modelowe przykłady z Europy

W celu oceny możliwości wdrażania określonych rozwiązań należy sprawdzić ich skuteczność w bliskim kulturowo regionie. Poniżej przedstawione zostają przykłady przeprowadzanych reform w trzech krajach, które pojawiają się w debacie publicznej jako lokalni czempioni reformowania ochrony zdrowia.

5.2.1 Holandia

Państwem wyróżniającym się jednocześnie wysoką jakością i efektywnością kosztową ochrony zdrowia jest Holandia. Zajmuje ona czołowe miejsca w rankingach jakości:

- 2 miejsce w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (European Health Consumer Index),[101]
- 4 miejsce w Personalised Health Index,[102]
- 5 miejsce w Europie w Legatum Prosperity Index.[103]

W rankingu efektywności wydawanych środków Bang for Buck osiąga za to 10 pozycję, co jest nietypowe, ponieważ zwykle państwa osiągające wyższe pozycje rankingu EHCI, jak również państwa bogatsze spadają w tym rankingu na dalsze miejsca (warto jednak zauważyć, że Holandia nie jest jedynym wyjątkiem od tej reguły).

[100] <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0245>

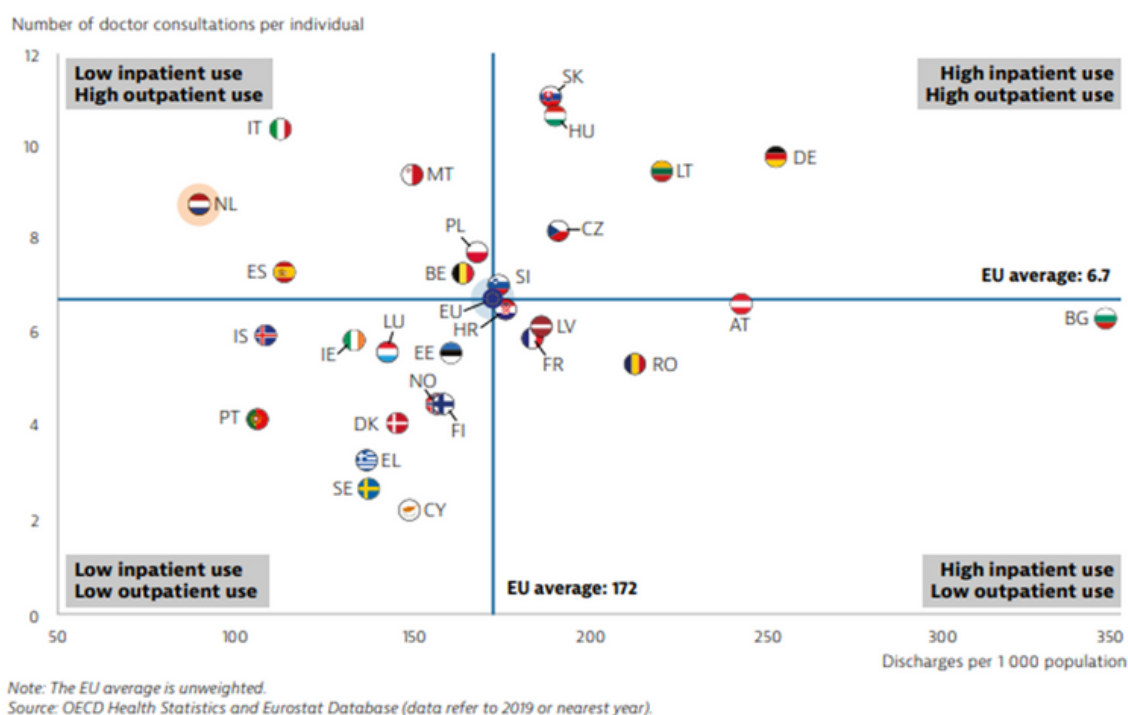
[101] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

[102] <https://www.futureproofinghealthcare.com/en/netherlands-personalised-health-index>

[103] https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_nl_english.pdf

Co ciekawe Holandia nie znajduje się wśród państw z największym personelem medycznym. Liczba personelu lekarskiego wynosi jedynie 3,8 (minimalnie poniżej średniej unijnej wynoszącej 4,0),[104] a pielęgniarskiego 11,1 na tysiąc mieszkańców (powyżej średniej unijnej 8,3, ale wciąż poniżej Finlandii, Irlandii, Niemiec, Luksemburgu i Francji).[105] Kraj cechuje się za to wysokim wzrostem liczby personelu, szczególnie jeśli chodzi o personel pielęgniarski – w ciągu dekady wzrósł on o około ¼.[106]

Jako główną przyczynę efektywności Holenderskiego systemu określa się skupienie na tańszych i szybszych interwencjach na wczesnym etapie procesu leczenia. W Holandii ogranicza się korzystanie z lecznictwa zamkniętego (kraj stosuje go najmniej w Europie) poprzez wysoką liczbę wizyt ambulatoryjnych. Holandia jest 3 państwem Unii pod względem ilości lekarzy rodzinnych per capita.[107]



Mimo należenia do krajów o najwyższych wydatkach per capita na zdrowie, Holandia wydaje proporcjonalnie mniej na leki dzięki aktywnym działaniom państwa w kwestii kontroli podaży i cen farmaceutyków, możliwym dzięki rozwiniętym procesom oceny technologii medycznych, a także dzięki promocji generyków, których udział w rynku jest drugim najwyższym w UE (po Niemczech). Inicjatywą wzmacniającą pozycję negocjacyjną kraju jest BeNeLuxA, czyli współpraca Belgii, Holandii, Luksemburgu, Austrii i Irlandii w pozyskiwaniu informacji, ocenie technologii i polityce cenowej.[108]

[104] https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022_healthatglance_rep_en_0.pdf (s. 181)

[105] https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022_healthatglance_rep_en_0.pdf (s. 185)

[106] <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/netherlands-country-health-profile-2021> (s. 10)

[107] <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30173#>

[108] <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/netherlands-country-health-profile-2021> (s. 16)

Holandia należy również do krajów o najwyższym udziale wydatków na prewencję, które są niemal o 1/3 wyższe od średniej unijnej (131 Euro na osobę, UE – 102). Wszystkie programy screeningowe osiągają poziom uczestnictwa wyższy od średniej unijnej. W 2014 roku rozpoczęto nowy program wykrywania raka jelita grubego oparty na samodzielnym wykonywaniu testów immunochemicznych dla pacjentów w wieku 55 – 75 lat. W kolejnych 3 latach w programie wzięło udział 3,9 mln obywateli (73% osób w grupie wiekowej) co umożliwi do 2030 roku uniknięcie rozwoju co piątego nowotworu jelita grubego i co trzeciego spowodowanego nim zgonu.[109] [110]

Holandia aktywnie wprowadza również z sukcesem opiekę koordynowaną. Koordynacja w opiece nad ciążą doprowadziła do zmniejszenia śmiertelności zarówno przed porodem, jak i wśród noworodków.[111]

Skalę zaangażowania kraju w rozwój opieki koordynowanej pokazuje organizacja i testowanie 125 modeli opieki koordynowanej dla osób starszych w latach 2008 – 2016. Drugą grupą, w której opiece poszukiwane są rozwiązania opieki koordynowanej są pacjenci z chorobami przewlekłymi. Obecnie programy takie są oferowane w leczeniu 14 grup pacjentów.[112]

5.2.2 Dania

Zaangażowanie Danii w organizację ochrony zdrowia zostało nagrodzone ustanowieniem w Kopenhadze siedziby Światowej Organizacji Zdrowia. W Polsce kraj ten przywoływany jest regularnie w debacie dotyczącej rozwiązań systemowych. Mimo, że w rankingach często zajmuje dobre, ale nie najwyższe miejsca (8 w Personalised Health Index, 9 w Europie w Legatum Prosperity Index), to pod względem większości wskaźników stoi w jednej linii z czołowymi krajami w Europie (przykład – przewidywana długość życia Dania 81,4, Holandia 81,5).[113] [114] [115]

Dania radzi sobie szczególnie dobrze w kontekście oceny jej systemu ochrony zdrowia przez własnych obywateli, co daje jej 4 miejsce w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (European Health Consumer Index).[116]

[109] <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/netherlands-country-health-profile-2021> (s. 10, 13)

[110] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31853977/>

[111] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330244> (s. 21)

[112] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330244> (s. 25, 166)

[113] <https://www.futureproofinghealthcare.com/en/denmark-personalised-health-index>

[114] <https://www.prosperity.com/rankings?>

[pinned=&filter=ALB,ARM,AZE,BLR,BIH,BGR,HRV,CZE,EST,GEO,HUN,LVA,LTU,MKD,MDA,MNE,POL,ROU,RUS,SCG,SVK,SVN,UKR,AUT,BEL,CYP,DNK,FIN,FRA,DEU,GRC,ISL,IRL,ITA,LUX,MLT,NLD,NOR,PRT,ESP,SWE,CHE,GBR](https://www.prosperity.com/rankings?)

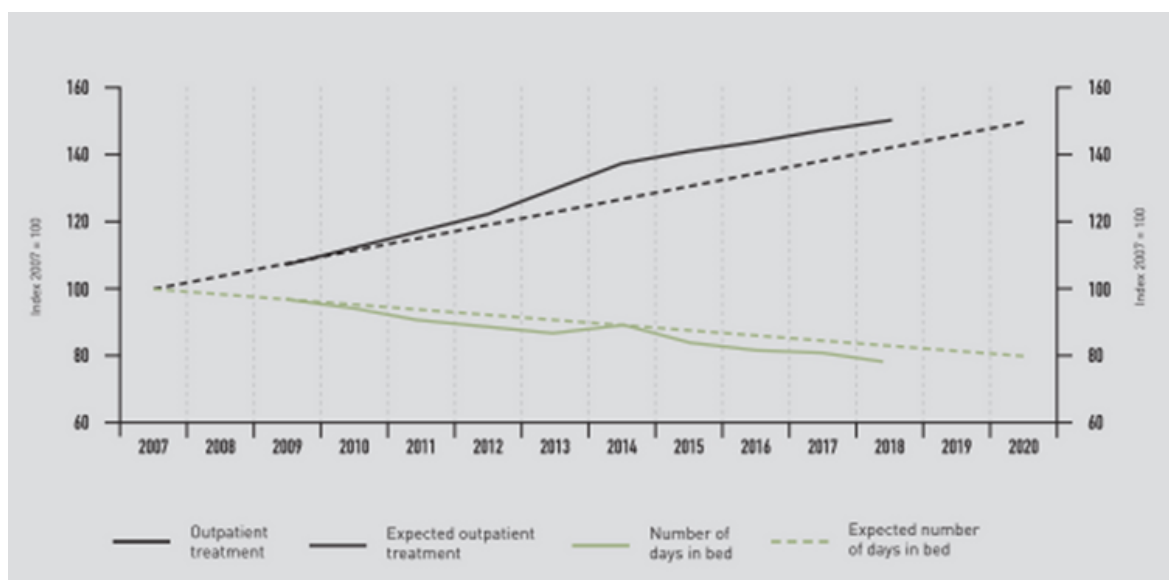
[115] <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

[116] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

Wysokie wyniki zdrowotne dostarczane są mimo niskiej ilości łóżek szpitalnych, w kraju znajduje się ich dwukrotnie mniej od średniej unijnej (2,6 na tysiąc mieszkańców, UE – 5,0; warto zauważyć, że niska liczba łóżek szpitalnych cechuje wiele krajów o dobrych wynikach zdrowotnych – przykładami mogą być Szwecja, Finlandia, Holandia). [117]

Mniejsza liczba łóżek związana jest też z mniejszą liczbą szpitali – Dania obecnie opracowuje model organizacji leczenia, w którym centrum lecznictwa zamkniętego stanowić będzie 16 super-szpitali. Mitem jest natomiast, że te 16 ośrodków, to wszystkie funkcjonujące w Danii szpitale.

Reformy strukturalne rozpoczęte zostały w 2007 roku i zakładały szeroką kooperację między lecznictwem zamkniętym i ambulatoryjnym, oraz generalną zmianę organizacji leczenia. Super-szpitale stałyby się centrum diagnostyki i procedur, natomiast dalsza, czasochłonna opieka nad pacjentem odbywałaby się poza nimi, co generowałoby oszczędności finansowe. Pod względem przenoszenia leczenia do opieki ambulatoryjnej Dania osiągnęła już znaczące sukcesy.[118]



<https://sum.dk/Media/0/2/TheDanishSuperHospitalProgramme2021.pdf>

Centralizacja procedur i decentralizacja pozostałych elementów opieki miałyby zwiększyć również jakość leczenia. Scentralizowane ośrodki dysponowałyby lepszym zapleczem sprzętu i personelu, a także doświadczeniem w rozwiązywaniu nietypowych przypadków.

Zwiększenie odległości dojazdu do takich ośrodków nie wydaje się problemem dla ministerstwa zdrowia Danii, o czym świadczy plan zmniejszenia liczby oddziałów ratunkowych z 40 do 21. Ministerstwo rekomenduje również, żeby nowe szpitale powstawały jedynie w okręgach geograficznych, w których zapewnić będą opiekę dla przynajmniej 300 tysięcy obywateli.[119]

[117] https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022_healthatglance_rep_en_0.pdf (s. 191)

[118] <https://sum.dk/Media/0/2/TheDanishSuperHospitalProgramme2021.pdf> (s. 7)

[119] <https://sum.dk/Media/0/2/TheDanishSuperHospitalProgramme2021.pdf> (s. 6)

Dania inwestuje również w rozwiązania informatyczne takie jak:

- platforma gromadząca dane dotyczące przepisywanych leków,
- aplikacja dla pacjentów umożliwiająca zrealizowanie recepty i ubieganie się o jej przedłużenie,[120]
- domowe monitorowanie klinicznego stanu pacjentów (np. z POCHP), użycie narzędzi telemedycznych w psychiatrii.[121]

Regiony są aktywnie wspierane w testowaniu i wdrażaniu nowych inicjatyw telemedycznych.

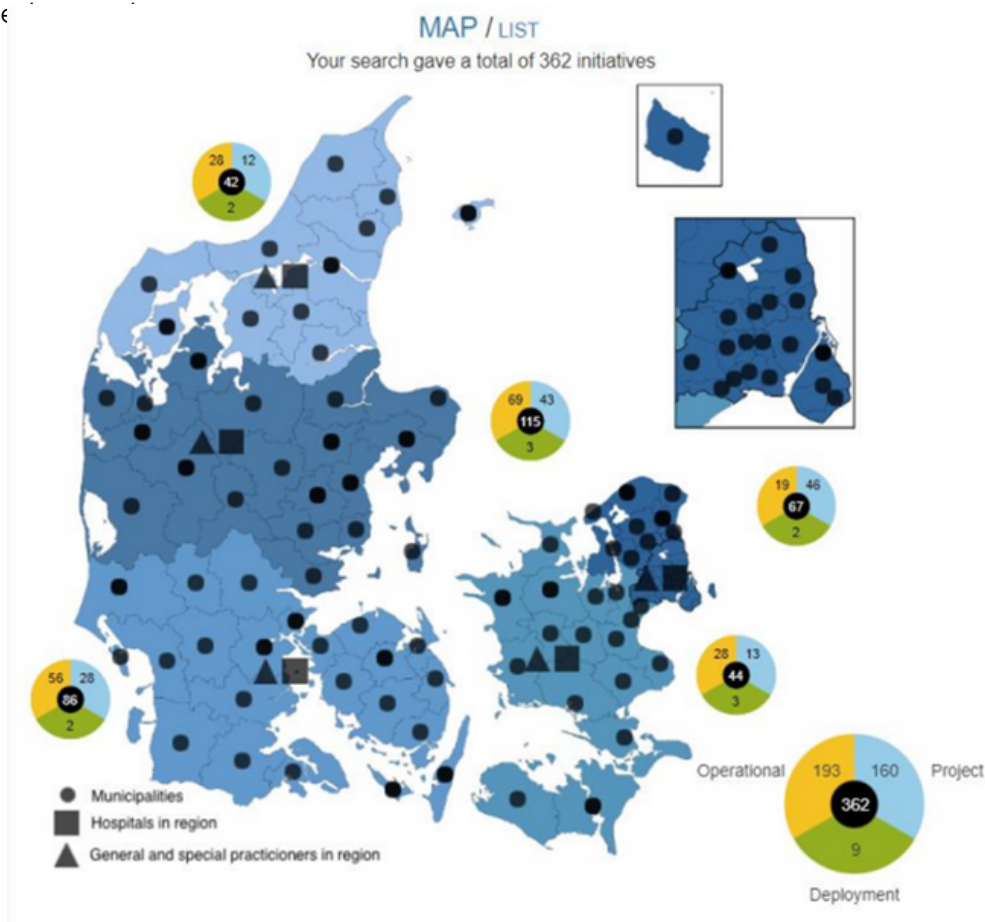


Fig. 1 Every initiative in the database is presented in a map
<https://sum.dk/Media/0/2/TheDanishSuperHospitalProgramme2021.pdf>

Dbając o efektywność systemu ochrony zdrowia, Dania aktywnie inwestuje w profilaktykę i jest drugim państwem z największą liczbą wykonywanych mammografii.[122]

W kraju wprowadzono również rozwiązania rozszerzające kompetencje personelu pielęgniarskiego. Większa autonomiczność prowadziła do zwiększenia zadowolenia i zwiększenia pewności siebie. Przekazanie odpowiedzialności wymagało jednak poważnych zmian organizacyjnych.[123]

[120] <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128031353000013>

[121] https://www.isfteh.org/files/media/A_Century_of_Telemedicine_-_Part_III.pdf#page=43

[122] <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/netherlands-country-health-profile-2021> (s. 13)

[123] https://www.researchgate.net/publication/232235933_The_Impact_of_the_Expanded_Nursing_Practice_on_Professional_Identity_in_Denmark

5.2.3 Czechy

W 1987 roku Czechy i Polska były krajami o identycznej przewidywanej długości życia (około 67,8 roku). We wczesnych latach '90 w Polsce wiek ten spadł do poniżej 66, natomiast w Czechach w tym samym okresie wynosił 67,6 – co zakończyło dwie dekady osiągania podobnych wyników zdrowotnych (z nawet niewielką przewagą dla Polski przez większość tego okresu). Od tamtej pory różnica około półtora roku przewidywanej długości życia na korzyść naszych południowych sąsiadów, mimo bliskości kulturowej i podobnej siły gospodarczej krajów, wydaje się nie do nadrobienia.[124]

Pierwszą przyczyną tego stanu jest wyższa wycena zdrowia wśród priorytetów czeskiego społeczeństwa, która materialnie wyraża się w wyższym, przez niemal cały okres ostatnich trzech dekad, procencie wydatków na zdrowie (wydatki w dolarach były wyższe w Czechach przez cały ten okres). Szczególnie intensywne dofinansowanie systemu wydarzyło się w latach: 1992, 2000-2003, 2007-2009, 2013 i 2020. Poprawianie kondycji systemu ochrony zdrowia było tematem regularnie wracającym w debacie publicznej i przynoszącym owoce.[125]

Czechy są przykładem państwa, które startując z podobnego poziomu, uparcie inwestującym w organizację systemu ochrony zdrowia, osiągnęło wyższe od Polskich wyniki zdrowotne, mierzone w rankingach:

- 14 miejsce (2 miejsca ponad Wielką Brytanią, 18 nad Polską) w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (European Health Consumer Index),[126]
- 20 miejsce w Personalised Health Index (5 miejsc nad Polską),[127]
- 28 miejsce w Legatum Prosperity Index (20 miejsc nad Polską).[128]

Zaskakująca jest również efektywność finansowa wydawanych środków. W rankingu Bang-for-Buck została ona określona jako 5 najwyższa wśród państw wspólnoty.[129]

Może za nią odpowiadać niska na tle regionu ilość środków przypadająca na leczenie zamknięte, co uwidacznia nietypowy dla regionu rozwój tańszej opieki ambulatoryjnej – 26% wydatków w porównaniu do średnio 29% w UE. Wymagało to aktywnych zmian w organizacji ochrony zdrowia, ponieważ państwa postsocjalistyczne odziedziczyły rozbudowany system leczenia zamkniętego, które odpowiada za około 33% wydatków w regionie.[130]

Regularnie wprowadzane są rozwiązania systemowe mające zwiększyć jakość i efektywność świadczonej opieki.

[124] <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

[125] <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

[126] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

[127] <https://www.futureproofinghealthcare.com/en/czech-republic-personalised-health-index>

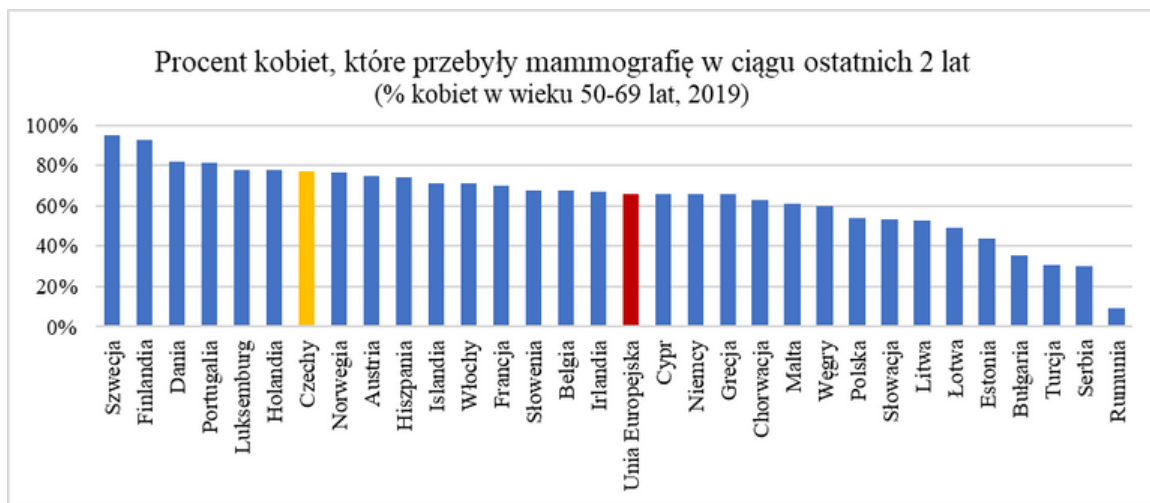
[128] <https://www.prosperity.com/rankings?>

[pinned=&filter=ALB,ARM,AZE,BLR,BIH,BGR,HRV,CZE,EST,GEO,HUN,LVA,LTU,MKD,MD A,MNE,POL,ROU,RUS,SCG,SVK,SVN,UKR,AUT,BEL,CYP,DNK,FIN,FRA,DEU,GRC,ISL,IRL, ITA,LUX,MLT,NLD,NOR,PRT,ESP,SWE,CHE,GBR](https://www.prosperity.com/rankings?)

[129] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (s. 30)

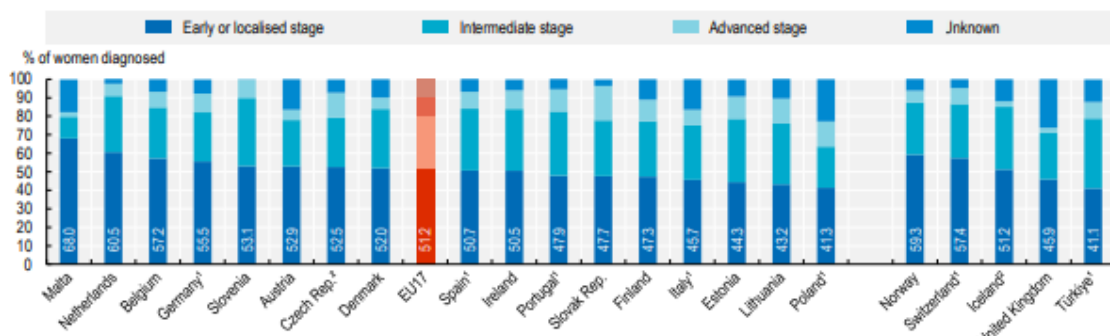
[130] [https://one.oecd.org/document/ECO/WKP\(2018\)70/en/pdf](https://one.oecd.org/document/ECO/WKP(2018)70/en/pdf) (s. 25)

Czechy należą do najaktywniejszych państw w kwestii programów profilaktycznych. Udział większej części kobiet w badaniach skriningowych przekłada się na niższy stopień zaawansowania nowotworu podczas wykrycia, co z kolei umożliwia skuteczniejszą terapię.[131]



Opracowanie w oparciu o dane 2019 European Health Interview Survey

Figure 6.22. Breast cancer stage distribution, women diagnosed during 2010-14



Note: The EU average is unweighted. 1. Data represent coverage of less than 100% of the national population. 2. Data for 2004-09. Source: CONCORD Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Czechy wdrażają także rozwiązania informatyczne, w tym użycie sztucznej inteligencji w analizie big data, aby w efektywny sposób użytkować rosnącą liczbę zbieranych danych medycznych. Nowe programy pozwalają na opracowywanie danych, oraz ich mapowanie geograficzne i wizualizację, które umożliwiałyby w przyszłości skuteczniejsze interwencje przeciwko rozprzestrzeniającym się chorobom zakaźnym.[132]

Aktywnie wyszukiwane są również najsłabsze punkty systemu ochrony zdrowia. Czechy znajdują się wśród państw z niską liczbą psychiatrów per capita (15,4 na 100 tys. mieszkańców, najwyższa liczba Niemcy – 28,2, najniższa Polska - 9,2). Niemal co 20 zgon w Unii Europejskiej jest związany z zaburzeniami psychicznymi i behawioralnymi - tego rodzaju problemy zostały więc ocenione jako poważne zagrożenie zdrowotne dla obywateli kraju. [133]

[131] <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20211025-1>

[132] <https://www.mdpi.com/2076-3417/10/5/1705>

[133] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics

Adresując znaną słabość swojego systemu ochrony zdrowia w Czechach rozpoczęto reformy i kampanie mające poprawić opiekę nad zdrowiem psychicznym.

Najważniejszym pakietem zmian była Strategia Zreformowania Opieki Psychiatrycznej 2014-2020. Składała się ona z szeregu zmian od przeznaczenia dodatkowych środków i modyfikacji opieki psychiatrycznej do kampanii edukacyjnych i destygmatyzacyjnych.[134]

| Activity area | Activities |
|--|--|
| Quality of care | Identifying patient needs and their perceptions of quality of care |
| | Standards of care; guidelines for professionals |
| | Introduction of the quality system into practice; control system and certification |
| Regional networks of care | Creation of regional networks |
| Deinstitutionalisation | Educational programmes for hospital management |
| | Strategy of deinstitutionalisation; transformation plans for mental hospitals |
| Cooperation with related professions | Rules and procedures for relevant professions; seminars and educational programmes |
| Reimbursement mechanisms | Analysis and a new system of reimbursements |
| Introducing a multidisciplinary approach | Methodological support; courses and education |
| Support for multidisciplinary teams | Supervision, coaching, seminars |
| Sharing of good practice | Study internships in places of good practice for professionals |
| Operational support for new services | Out-patient departments with extended care, day clinics |
| | Educational courses for professionals; local and foreign internships |
| Draft amendments to the educational programmes | Proposals of educational programmes for relevant professions |
| Commissioning and pilot testing of Mental Health Centres | Launching of 30 pilot Mental Health Centres |
| Information instruments for monitoring the structure and quality of care | Informational portals, instruments for data collection |
| Destigmatisation | Regional destigmatisation campaigns |
| | Regional programmes for primary prevention |

<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-international/article/mental-health-reforms-in-the-czech-republic/601015D14C482551BA5401486D335EBE>

Najciekawszym elementem kampanii było utworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego dla okręgów liczących 100,000 obywateli, które zapewniałyby multidyscyplinarną opiekę dzięki obecności psychiatrów, psychologów, pielęgniarek psychiatrycznych i pracowników socjalnych. Centra te oferowałyby również 24 godzinną infolinię, byłyby otwarte przez 12 godzin dziennie dla pacjentów ambulatoryjnych i posiadałyby kilka łóżek umożliwiających krótkookresową hospitalizację w szczególnych przypadkach.

Reformy są obecnie kontynuowane w ramach strategicznego planu rozwoju ochrony zdrowia 2020-2030. Ponieważ Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego wykazał wzrastającą liczbę problemów psychicznych wśród dzieci i młodzieży, w Czechach zwiększa się liczba programów wspierających tę grupę pacjentów. Powstają zespoły specjalizujące się w opiece psychologicznej małoletnich, ministerstwo wspiera organizacje pozarządowe specjalizujące się w problemie, opracowywane są metody zbierania danych, a w systemie edukacji wdrażane są programy zapobiegające depresji, lękom, samobójstwom, a także rozszerzające kompetencje uczniów w ramach pilotażowego programu zajęć z edukacji zdrowotnej dla szóstoklasistów, oraz materiałów dla uczniów, rodziców i nauczycieli dostępnych na dedykowanej platformie internetowej.[135] [136]

[134]<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-international/article/mental-health-reforms-in-the-czech-republic/601015D14C482551BA5401486D335EBE>

[135]<https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/czech-republic/75-mental-health>

[136]https://www.nudz.cz/fileadmin/user_upload/Tiskove_zpravy/tz-dusevni-onemocneni-u-deti-a-dospivajicich.pdf

Propozycje PFSz-System oparte są na ocenie międzynarodowych doświadczeń reform w ochronie zdrowia. Patrząc na zewnątrz i adaptując najlepsze wzorce możemy poprawić jakość opieki w Polsce.

Wzorcem aktywności w reformowaniu systemu ochrony zdrowia może być dla Polski nasz południowy sąsiad, którego rząd w zaangażowany i konsekwentny sposób uznaje zdrowie swoich obywateli za priorytet. Mimo, że Czechy docierają dopiero do średniej unijnej pod względem przewidywanej długości życia i wielu innych wskaźników, odskoczyły one od poziomu krajów postsocjalistycznych i zbliżają się w kierunku europejskiej czołówki.

Ochrona zdrowia oparta na wartości i opieka koordynowana stają się globalnym standardem leczenia wysokiej jakości. Ich skuteczność udowodniona jest w przytoczonych badaniach, a także w doświadczeniach wymienionych w ostatnim rozdziale państw.

Ewolucja metod leczenia przeżywa rozkwit, jaki wcześniej przeżywały inne dziedziny gospodarki. Podobnie jak płodozmian, a później stosowanie maszyn rozwinęło rolnictwo, tak również ochrona zdrowia, aby się rozwijać, musi wdrażać nowoczesne rozwiązania technologiczne i organizacyjne.

W perspektywie nadchodzących wyborów parlamentarnych pragniemy naświetlić najpilniejsze problemy polskiej ochrony zdrowia i przedstawić kluczowe rozwiązania, które umożliwią poprawę wyników zdrowotnych społeczeństwa i stworzenie systemu ochrony zdrowia, z którego będziemy dumni.

PFSz-SYSTEM

Autorzy:

Jakub Dąbrowski - Menedżer projektów PFSz

Ligia Kornowska - Dyrektor Zarządzająca PFSz

Urszula Szybowicz - Dyrektor Operacyjna PFSz

Jarosław J. Fedorowski - Prezes PFSz

Paweł Łangowski

*Zintegrowany system ochrony zdrowia
ponad podziałami*

KONTAKT

Adres korespondencyjny:

Polska Federacja Szpitali
ul. Nowogrodzka 11 (5 p.)
00-513 Warszawa, Polska

Telefony mobilne centrali PFSz:

(+48) 697 752 855 – Dyrektor operacyjny
(+48) 690 875 075 – Dyrektor zarządzający
(+48) 509 754 724 – Prezes