

Zdrowie Polaków po pandemii

Co możemy zrobić **razem**



Warszawa, 30 grudnia 2020 r.

Deloitte.

 **medycyna prywatna.pl**
PRACODAWCY MEDYCYNY PRYWATNEJ

Spis treści

.....

Streszczenie	2
Wstęp – pandemia jako wspólne wyzwanie	4
Zdrowie Polaków w centrum uwagi	10
Rozwój kadry medycznej jako priorytet	20
Ochrona zdrowia nakierowana na wartość dla pacjenta	34
Telemedycyna w pandemii – katalizator rozwoju	39
Zróbmy to razem!	46
Podsumowanie	51
Informacje o raporcie	54
Źródła	56
Przypisy	57

Streszczenie

Pandemia COVID-19¹ jest największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia od wielu lat. Testuje granice wydajności systemu, wymagając od świadczeniodawców dużej elastyczności, wprowadzania innowacyjnych rozwiązań oraz pogłębiania współpracy. To jednocześnie okazja do wspólnego zastanowienia się nad największymi problemami oraz debaty nad kierunkiem rozwoju systemu ochrony zdrowia, który zawsze powinien stawiać dobro pacjenta w centrum uwagi.

Raport prezentuje kluczowe zadania, jakie stoją przed systemem ochrony zdrowia w Polsce, w szczególności z punktu widzenia potrzeb pacjentów. Zaprezentowane zostały w nim również pomysły, których wdrożenie może usprawnić system w krótkim i długim terminie. Rozwiązania tworzone w systemie ochrony zdrowia powinny być skupione na potrzebach pacjenta, wynikach leczenia oraz jakości opieki medycznej. Priorytetem jest w tej sytuacji rozwój kadr medycznych, które są kluczowe dla zapewnienia łatwej dostępności świadczeń medycznych. Należy również wykorzystać doświadczenia z ostatnich miesięcy, podczas których dynamicznie rozwinęły się usługi wykorzystujące technologie telemedyczne.

Pandemia COVID-19 jest największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia od lat

Pandemia wymaga bezprecedensowych działań w celu ograniczenia liczby zachorowań na COVID-19 i zgonów oraz równoczesnego zapewnienia opieki pozostałym pacjentom. To tworzy nowe oraz pogłębia istniejące strukturalne wyzwania w polskim systemie ochrony zdrowia. W szczególności widoczne stały się braki kadrowe, niedostateczne wyposażenie jednostek ochrony zdrowia oraz problemy z zarządzaniem dostępnymi zasobami.

Doświadczenia płynące z pandemii mogą pomóc w usprawnieniu polskiego systemu ochrony zdrowia

Wiele zmian wprowadzonych w reakcji na pojawienie się pandemii może i powinno na stałe zmienić organizację ochrony zdrowia w Polsce. Doświadczenia i dobre praktyki funkcjonujące przed kryzysem epidemicznym, a także wypracowane w czasie jego trwania, powinny zostać wykorzystane do usprawnienia całego systemu ochrony zdrowia. Szczególne znaczenie ma tu dynamiczny rozwój telemedycyny, która w trakcie pandemii okazała się jednym z najlepszych sposobów zwiększenia wydajności systemu ochrony zdrowia, zarządzania ryzykiem i ograniczania wpływu braków kadrowych na możliwość zapewnienia właściwej opieki pacjentom. Prywatne podmioty lecznicze oceniają, że przy odpowiednio kompleksowym wdrożeniu, w wielu specjalnościach realne jest zwiększenie udziału świadczeń wykorzystujących narzędzia telemedycyny do 50 proc. wszystkich usług medycznych. Świadczeniodawcy prywatni podkreślają, że projektując rozwiązania systemowe, cały czas należy mieć świadomość konieczności utrzymania równowagi między potrzebą kontaktu z lekarzem a wygodą i bezpieczeństwem epidemiologicznym kontaktu telefonicznego.

Dobro pacjenta w centrum systemu ochrony zdrowia

Koncentracja na pacjencie i jego potrzebach jest tym postulatem, który łączy wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia – personel medyczny, władze centralne i samorządowe, świadczeniodawców prywatnych i publicznych. Problemem, który szczególnie dotyka obecnie pacjentów, jest długi czas oczekiwania na realizację świadczeń medycznych, w wielu przypadkach przekraczający pół roku – najdłuższy w przypadku świadczeń endokrynologicznych, stomatologicznych, chirurgii plastycznej oraz ortopedii. Reformowanie i organi-

zacja systemu ochrony zdrowia powinny być skoncentrowane na zapewnieniu pacjentom dostępu do świadczeń medycznych na jak najwyższym poziomie, tak aby osiągnąć możliwie dobre wyniki leczenia w całym jego cyklu, biorąc pod uwagę dostępne finansowanie i inne zasoby.

Rozwój kadry medycznej – wspólny priorytet

Braki kadrowe są jednym z najistotniejszych problemów trapiących polski system ochrony zdrowia. Według dostępnych szacunków brakuje blisko 70 tys. lekarzy². Zarówno liczba lekarzy (średnio 2,4 na 1000 mieszkańców w porównaniu z 3,5 średnio w krajach OECD), jak i pielęgniarek (średnio 5,1 na 1000 mieszkańców w porównaniu z 8,8 średnio w krajach OECD) jest znacząco niższa niż w innych krajach rozwiniętych. Zapewnienie właściwej liczby lekarzy i pielęgniarek, inwestowanie w ich wiedzę i umiejętności oraz właściwe warunki pracy, a także rozwój innych zawodów medycznych są podstawowym warunkiem zwiększenia dostępności świadczeń medycznych dla pacjentów.

Skuteczne i sprawne leczenie – ochrona zdrowia oparta na wynikach

W ochronie zdrowia niezbędne jest systemowe badanie efektywności świadczeniodawców w oparciu o jasno zdefiniowane i logiczne kryteria oraz powiązanie płatności z efektami leczenia. Monitorowanie działalności w najważniejszych obszarach umożliwia usprawnianie organizacji i motywowanie podmiotów leczniczych do osiągania jak najlepszych efektów całego procesu leczenia, a nie tylko pojedynczych świadczeń, zgodnie z ustalonymi celami.

Doświadczenia, wiedza i dobre praktyki sektora prywatnego

Prywatne podmioty medyczne to istotny element całego systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w części ambulatoryjnej, w której stanowią ponad 90 proc. całkowitej liczby świadczeniodawców³. Przeznaczyły one 1000 łóżek na leczenie pacjentów

z COVID-19 i od początku zaangażowały się w przeprowadzanie testów na obecność koronawirusa. Od chwili wybuchu pandemii prywatne placówki, dzięki zmianom w organizacji pracy, zapewniały ciągłość świadczeń wszystkim pacjentom, gwarantując bezpieczeństwo i im, i personelowi medycznemu. Sprawna reakcja w obliczu pandemii pokazuje, że warto z tych zasobów korzystać w całym systemie oraz podjąć dialog w celu dalszego rozwoju współpracy, mając na uwadze dobro polskich pacjentów.

Co można zrobić razem?

Pandemia COVID-19, prędzej czy później, się skończy, pozostawiając jednak problemy związane z opóźnionym lub przerwaniem leczenia wielu pacjentów, co może mieć długotrwałe niekorzystne skutki dla ich zdrowia. Konsekwencje będą odczuwać nie tylko jednostki, czyli pacjenci, ale pośrednio całe społeczeństwo. Podobne negatywne konsekwencje może mieć ograniczony zakres diagnostyki czy inne pośrednie efekty kryzysu ekonomicznego i wprowadzanych obostrzeń administracyjnych, które mogą ujemnie wpływać na zdrowie Polaków. Istnieje również ryzyko mutacji koronawirusa SARS-CoV-2 lub wybuchu podobnych epidemii, co jest dodatkowym argumentem za przeprowadzeniem niezbędnych zmian. Wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia powinni współpracować przy stworzeniu długookresowej strategii, w której centrum będą znajdować się pacjent i jego potrzeby oraz zapewnienie wysokiej dostępności i jakości świadczeń medycznych. Niezbędna jest współpraca w zakresie kształcenia kadr, w tym nowych zawodów medycznych, ponieważ braki kadrowe są wyzwaniem systemowym, z którym muszą się zmierzyć i świadczeniodawcy publiczni, i prywatni. Konieczne jest wypracowanie systemowego mechanizmu oceny efektywności świadczeniodawców, który będzie zachęcać do podnoszenia jakości usług medycznych. Warto zadbać o to, aby cały system ochrony zdrowia skorzystał z wybranych dobrych praktyk sektora prywatnego, którego siłą jest sprawność organizacyjna, umiejętność szacowania ryzyka, efektywność kosztowa oraz nowoczesne podejście, angażujące pacjentów w dbanie o stan swojego zdrowia jako przejaw profilaktyki zachorowań. Pandemia pokazała też, że duże korzyści dla pacjentów daje współpraca w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.

Wstęp – pandemia jako wspólne wyzwanie

.....

Pandemia COVID-19 postawiła przed systemem ochrony zdrowia nowe zadania i uwypukliła już istniejące problemy. Opieka zdrowotna przechodzi jedną z najtrudniejszych prób. Narastająca liczba pacjentów chorych na COVID-19 zbiegła się z istotnymi brakami kadrowymi w zawodach medycznych niezbędnych do skutecznej reakcji na dynamicznie rozwijającą się pandemię. Z powodu zachorowań i skierowania na kwarantannę brakuje lekarzy i pielęgniarek nie tylko do opieki nad pacjentami z wirusem, ale również nad pozostałymi chorymi. Wciąż występują także problemy związane chociażby z zaopatrzeniem w sprzęt ochrony osobistej.

Z perspektywy systemu opieki zdrowotnej pandemia uwypukliła znaczenie profilaktyki. Wprowadzone ograniczenia dowiodły, że wczesne inwestowanie w opiekę zdrowotną wspiera utrzymywanie społeczeństwa w zdrowiu. Dotyczy to zwłaszcza osób aktywnie uczestniczących w życiu zawodowym. Pandemia wyzwoliła także rozwój alternatywnych oraz specyficznych form funkcjonowania podmiotów ambulatoryjnych, i to zarówno w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

W czasie epidemii medycyna prywatna skutecznie i szybko przeorganizowała swoje usługi w sposób zapewniający ciągłość działania i udzielania świadczeń:



Stworzono nowe procedury dla pracowników i pacjentów.



Wyposażono placówki w dodatkowe środki ochrony.



Wprowadzono zupełnie nowy model opieki, który daje pacjentom możliwość realizowania usług w różnych formach – w postaci teleporady medycznej, konsultacji online i wizyty w placówce.

Reakcja prywatnej ochrony zdrowia na pandemię

Prywatna własność w gospodarce sprzyja innowacyjności oraz organizacyjnej elastyczności. Nie inaczej jest w ochronie zdrowia, zarówno pod względem modelu opieki nad pacjentem, jak i środowiska pracy personelu medycznego. W krótkim czasie podmioty prywatne wdrożyły wiele nowych rozwiązań:

1. W szerokim zakresie zastosowano **telemedycynę**, zaczynając od prostych interakcji z lekarzem czy pielęgniarką pozwalających dostosować plan postępowania do warunków epidemicznych, poprzez uzyskanie fachowych porad na temat czynników ryzyka czy objawów sugerujących zakażenie koronawirusem, aż po kompleksowe konsultacje pozwalające na podejmowanie decyzji na podstawie danych możliwych do uzyskania w trakcie komunikacji na odległość⁴. Takie celowane postępowanie pozwoliło na utrzymanie ciągłości komunikacji z pacjentami i procesu leczenia.
2. Dzięki nowoczesnym technologiom możliwe było wdrożenie bezpiecznego modelu postępowania w przypadku konieczności **wizyty osobistej** – ocena ryzyka epidemicznego i wstępna ocena stanu zdrowia dzięki tzw. procedurze *triage*, wspieranej specjalnymi systemami informatycznymi, w połączeniu ze specjalnie przeznaczoną infrastrukturą i organizacją czasu pracy personelu, pozwoliły na identyfikację pacjentów z grup ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 i realizację niezbędnych wizyt stacjonarnych wszystkim pacjentom przy zapewnieniu odpowiedniego reżimu sanitarnego.
3. Gwałtownie wzrosła rola **elektronicznej dokumentacji medycznej** zapewniającej szybki i bezpieczny dostęp do informacji niezbędnych do podejmowania decyzji w procesie diagnozowania i leczenia, np. wyników badań dodatkowych (laboratoryjnych i obrazowych). Między innymi, dzięki zapewnieniu dokumentów w postaci elektronicznej i podpisanych cyfrowo, możliwe stało się zastosowanie telemedycyny na tak dużą skalę. Cyfryzacja była wspierana przez proces legislacyjny.
4. Odpowiednio do poziomu zagrożeń epidemicznych zwiększono zabezpieczenia infrastrukturalne i organizacyjne w przypadku **szczepień profilaktycznych** dzieci i dorosłych.
5. Wprowadzono dynamiczny tryb monitorowania obserwacji klinicznych i postępów badań naukowych nad COVID-19 skutkujący bieżącym dostosowaniem **standardów postępowania** medycznego do aktualnej wiedzy i sytuacji epidemicznej np. w zakresie diagnostyki laboratoryjnej czy obrazowej.
6. Pandemia przyspieszyła też działania w obszarze **innowacyjności**. Zintensyfikowano prace badawczo-rozwojowe w wielu obszarach, m.in.:
 - a) ewaluacji stanu zdrowia pacjenta poprzedzającej udzielenie telekonsultacji (szerokie pole zastosowań dla algorytmów sztucznej inteligencji – AI),
 - b) zdalnego monitorowania efektów i bezpieczeństwa farmakoterapii (potencjał rozwoju aplikacji do monitorowania efektów leczenia i działań niepożądanych).

Źródło: opracowanie Deloitte na podstawie materiałów PMP

Prywatne firmy działające w obszarze diagnostyki laboratoryjnej szybko zaoferowały w swoich placówkach nie tylko badania w kierunku oznaczania wirusa SARS-CoV-2, ale także badania na przeciwciała przeciwko koronawirusowi. Badanie stało się dostępne zarówno dla pacjentów, którzy mogli sprawdzić, czy przeszli zakażenie, jak i pracodawców, którzy mogli zaplanować bezpieczne wznawianie działalności swoich przedsiębiorstw. Uruchomiono też mobilne gabinety stomatologiczne. Utrzymano ciągłość pracy dla pacjentów onkologicznych. W grupach Medicover, LUX MED i Scanmed elastycznie dostosowywano do zmieniającej się sytuacji procedury bezpieczeństwa na podstawie stale prowadzonej analizy ryzyka, aby jak najszybciej udostępnić stacjonarną obsługę pacjentów, w tym chorych na COVID-19. Priorytetem była pełna dostępność dla pacjentów – szybkie wyjście z obostrzeń i powrót do stacjonarnego świadczenia usług.

Zarówno w Grupie LUX MED, jak i w Medicover nie odnotowano dotychczas potwierdzonych przypadków transmisji wirusa między pacjentami i personelem⁵.

O zaangażowaniu prywatnych firm ochrony zdrowia mogą świadczyć przykłady firm Scanmed i LUX MED. Dwa szpitale wielospecjalistyczne spółki Scanmed (Szpital św. Rafała w Krakowie i Szpital im. Rudolfa Weigla w Blachowni) oraz Oddziały Kardiologii w Raciborzu, Kluczborku, Częstochowie, Kutnie, Tomaszowie Mazowieckim i Bielsku Podlaskim zostały zaangażowane do opieki nad pacjentami zakażonymi koronawirusem, przygotowując 211 łóżek. Warszawski Szpital św. Elżbiety należący do Grupy LUX MED również został włączony do grupy placówek przeznaczonych do opieki nad pacjentami z COVID-19. Centrum Dializ Fresenius w Szamotułach oraz Centrum Dializ Fresenius we Wrocławiu zostały wytypowane przez wojewodów jako ośrodki jednoimienne, w których przyjmowani są wyłącznie pacjenci z COVID-19. Pacjenci wymagający stałego leczenia dializami z regionu danego województwa korzystają z leczenia w tych ośrodkach. Prywatni świadczeniodawcy medyczni zapewнили dodatkowe tysiąc łóżek na potrzeby walki z epidemią.

Poza tym prywatne podmioty lecznicze zadeklarowały swój udział w Narodowym Programie Szczepień przeciw COVID-19 oraz na potrzeby NFZ i resortu zdrowia oszacowały potrzeby w zakresie zabezpieczenia szczepionki przeciw COVID-19 dla personelu medycznego

i pomocniczego, jak również przedstawiły ewentualne miejsca dostaw szczepionek.

Sektor prywatny od początku pandemii deklaruje chęć włączenia się w systemowe działania. Prowadzimy dialog z Ministerstwem Zdrowia, aby jak najlepiej wykorzystać nasze możliwości.

Anna Rulkiewicz,

Prezes Grupy LUX MED,
Prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej,
Wiceprezydent Pracodawców RP

Decyzje Wojewody Wielkopolskiego i Wojewody Dolnośląskiego, dotyczące przekształcenia naszych ośrodków dializ w stacje dla osób wymagających leczenia w izolacji z powodu COVID-19, w obu województwach zrealizowaliśmy bardzo szybko – przygotowaliśmy infrastrukturę ośrodków, personel, dodatkowe środki ochronne, przenieśliśmy obecnych pacjentów do naszych innych stacji dializ. Dzięki błyskawicznej reakcji i pracy całego zespołu nasze ośrodki jednoimienne stały się znaczącą podporą systemu ochrony zdrowia w walce z pandemią.

dr Tomasz Prystacki,

Prezes Zarządu Fresenius Nephrocare Polska

Prywatny sektor w czasie pandemii rozwijał i rozwija praktykowane już metody zapobiegania chorobom zakaźnym i ich leczenia oraz wprowadza nowe środki bezpieczeństwa, odpowiednie do monitorowanej na bieżąco sytuacji. Instytucje państwowe zauważają jego zaangażowanie, np. liczba badań w kierunku COVID-19 zleconych przez NFZ sieci laboratoriów Diagnostyka przekroczyła 33 tys. (do końca czerwca 2020 r.). Do wykonywania testów zostały też uprawnione przez Ministerstwo Zdrowia laboratoria Alab i Synevo.

Dobra praktyka

Działania podjęte przez sektor prywatny w walce z koronawirusem SARS-CoV-2

Diagnostyka

W ciągu kilku miesięcy uruchomiono kilkanaście laboratoriów biologii molekularnej, wpisanych na listę ministerialną COVID-19, wykonujących badania wymazów z dróg oddechowych na obecność SARS-CoV-2 na zlecenie podmiotów medycznych z całej Polski. Łączna wydajność tych laboratoriów to około 20 000 badań dziennie. Lista laboratoriów jest stale poszerzana o kolejne placówki.

Sieć laboratoriów medycznych Diagnostyka wprowadziła też kilka programów wspierających walkę z pandemią, m.in.:

- DIAGpack – zestaw do pobrań wymazów z dróg oddechowych (jako jedyny w kraju podmiot zaoferowała własny, autorski zestaw, na zarejestrowanym podłożu DIAGprobe) – ponad 800 tys. sztuk;
- Punkty Drive&Go-Thru – sieć kilkunastu mobilnych i kilkudziesięciu stacjonarnych punktów pobrań materiału biologicznego służących bezpiecznemu pobieraniu wymazów (dojazd pacjenta samochodem, badanie w namiocie bez opuszczania pojazdu);
- Badamy-Wspieramy Medyków – bezpłatne przebadanie 6,5 tys. pracowników służby zdrowia;
- DIAGnozujemy-DBAMY – systematyczne badania dla pracowników – ponad 40 tys. zatrudnionych m.in. w kopalniach i w spółkach z udziałem Skarbu Państwa;
- trzymiesięczną ogólnopolską kampanię „Zdrowie pod lupą w dobie pandemii”, promującą profilaktykę i oferującą edukację zdrowotną w obszarze prewencji COVID-19 oraz powrotu do zdrowia po przejściu infekcji;
- uPacjenta.pl – bezpieczne pobranie materiału w zakładach pracy i w domu pacjenta (w kilkudziesięciu największych miastach Polski).

Medicover

Dla wspólnego bezpieczeństwa podwyższono standardy bezpieczeństwa podczas wizyt w placówkach medycznych. W strefie wejścia do centrów Medicover wprowadzono pomiar temperatury i dodatkowy wywiad medyczny w celu dokonywania wstępnej diagnozy potencjalnych objawów zarażenia COVID-19. Pacjent z podwyższoną temperaturą lub objawami infekcji jest od razu izolowany oraz przyjęty przez lekarza w specjalnie przeznaczonym do tego pomieszczeniu. Wszyscy pracownicy medyczni i niemedyczni oraz personel realizujący wizyty domowe przed przystąpieniem do pracy są diagnozowani pod kątem potencjalnych objawów zarażenia – w przypadku ich wystąpienia pracownik nie przystępuje do pracy. Od razu jest izolowany i opuszcza placówkę medyczną. W recepcji zamontowano specjalne przesłony ochronne. We wszystkich recepcjach i poczekalniach udostępniono pacjentom specjalny płyn do dezynfekcji rąk, przypomina się im również o zachowaniu odstępu 1–1,5 metra od pracownika recepcji i od innych pacjentów przebywających w poczekalni.

Grupa LUX MED

Na początku marca 2020 r. LUX MED uruchomił ogólnopolską infolinię dla osób chcących pozyskać aktualne informacje na temat COVID-19, z której skorzystało już ponad 30 000 osób. W ramach infolinii konsultanci odpowiadają na pytania, informują o zaleceniach oraz wskazują drogi dalszego postępowania. Usługa jest dostępna dla wszystkich, bez względu na posiadanie abonamentu medycznego w LUX MED.

W trosce o wspólne bezpieczeństwo, we wszystkich placówkach LUX MED zostały wprowadzone środki bezpieczeństwa zgodne z najwyższym reżimem sanitarnym, w tym szczegółowy triaż wszystkich pacjentów oraz pracowników przychodzących do placówek. Firma zapewniła ciągłość leczenia stacjonarnego, ale także rozszerzyła swoją działalność o placówki telemedyczne.

Grupa LUX MED aktywnie włączyła się w walkę ze skutkami epidemii, uruchamiając Pakiet Pomoc, w ramach którego od maja 2020 r. oferuje bezpłatną opiekę zdrowotną osobom, które straciły pracę z powodu COVID-19. Dzięki temu osoby, które dotychczas korzystały z pakietów korporacyjnych, mogą wraz ze swoimi rodzinami nieodpłatnie kontynuować korzystanie z opieki zdrowotnej LUX MED. Firma przekazała także środki ochrony osobistej do najbardziej potrzebujących wsparcia szpitali publicznych i domów opieki społecznej.

Grupa LUX MED w obliczu możliwości włączenia się prywatnej służby zdrowia w walkę z pandemią, przeznaczyła cały szpital i utworzyła oddział hospitalizujący pacjentów zmagających się z COVID-19.

LUX MED włączył się także w edukację medyczną najmłodszych, wspierając bezpłatne wydanie e-booka „Koronawirus. Książka dla dzieci”. Publikacja zawiera rekomendacje znanych polskich ekspertów, w tym zespołu medycznego Grupy.

Firma, w odpowiedzi na potrzeby osób powyżej 65. roku życia, uruchomiła program koordynacji opieki na seniorami uruchamiając dedykowaną im infolinię. Z kolei dla pracowników LUX MED została zorganizowana specjalna opieka psychologiczna.

Centrum Damiana

Zorganizowano punkty pobierania wymazów i wykonywania szybkich testów molekularnych i antygenowych.

Scanmed

W związku z jesienną falą zachorowań Grupa Scanmed udostępniła na potrzeby walki z pandemią łącznie ponad 200 łóżek:

- w Szpitalu im. Rudolfa Weigla w Blachowni przygotowano łącznie 90 łóżek, w tym 10 łóżek intensywnej terapii; dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19 udostępniono zasoby większości oddziałów szpitala, poza oddziałami ginekologii i położnictwa oraz neonatologii, które kontynuowały udzielanie świadczeń w dotychczasowym zakresie;

- w Szpitalu św. Rafała przygotowano 24-łóżkowy oddział dla chorych z COVID-19, 2 łóżka izolacyjne oraz 4 łóżka intensywnej terapii;
- oddziały Kardiologii Scanmed w Bielsku Podlaskim, Częstochowie, Kluczborku, Kutnie i Tomaszowie Mazowieckim zostały przekształcone w oddziały, na których leczeni są wyłącznie pacjenci z COVID-19 na II i III poziomie zabezpieczenia; w zwalczanie koronawirusa od wiosny do jesieni był zaangażowany również Oddział Kardiologii Scanmed w Raciborzu.

Przy centrach medycznych i szpitalach Scanmed zostały uruchomione ponadto punkty wymazowe umożliwiające pobranie materiału do testów, a ratownicy medyczni Scanmed zapewniają w Krakowie transport sanitarny pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia, odciążając w ten sposób zespół karettek pogotowia ratunkowego.

Priorytetem dla całego systemu w dobie COVID-19 jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom i personelowi medycznemu oraz utrzymanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadających na dzisiejsze potrzeby. Doświadczenia płynące z pandemii powinny przynieść trwałe i kompleksowe zmiany organizacyjne, choćby w zakresie telekonsultacji i telemonitoringu. Niezbędne są inwestycje w nowe technologie medyczne i metody terapii umożliwiające skuteczne leczenie.

Równie ważna jest wymiana wiedzy o wyzwaniach, przed którymi stanęli uczestnicy systemu ochrony zdrowia, oraz rozwiązaniach, które się sprawdziły i mogą stanowić inspirację dla innych. Prywatni świadczeniodawcy są gotowi i chętni do dzielenia się doświadczeniami, które mogą się przyczynić do poprawy funkcjonowania całego systemu opieki nad pacjentem.

Zdrowie Polaków w centrum uwagi

Zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, jest deklarowane przez Polaków jako największa wartość w życiu⁶. Z perspektywy systemu ochrony zdrowia dobro pacjentów jest priorytetem i powinno być zawsze w centrum uwagi uczestników systemu ochrony zdrowia – świadczeniodawców, płatników i władz publicznych.

Otwartość na pacjenta jest jednym z kluczowych założeń *Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023*:

Warunkiem niezbędnym do realizacji strategii jest zmiana sposobu myślenia i postrzegania problemów. Proponowane w niniejszym dokumencie nowe podejście charakteryzuje się przyjęciem optyki Pacjenta. W związku z tym głównym kryterium doboru i oceny podejmowanych przez Fundusz działań będzie zadowolenie i poczucie bezpieczeństwa Pacjenta. Takie ukierunkowanie wymaga spełnienia trzech postulatów: przyjazności, otwartości i nastawienia na rezultat⁷.

Również Ministerstwo Zdrowia podkreśla centralną pozycję pacjentów w systemie ochrony zdrowia. W dokumencie *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce* wskazano następujące cele:



Zdrowy obywatel.



Skuteczne i dostępne leczenie.



Ograniczenie nierówności w zdrowiu.



Bezpieczny i zadowolony pacjent.



Stabilność finansowa.

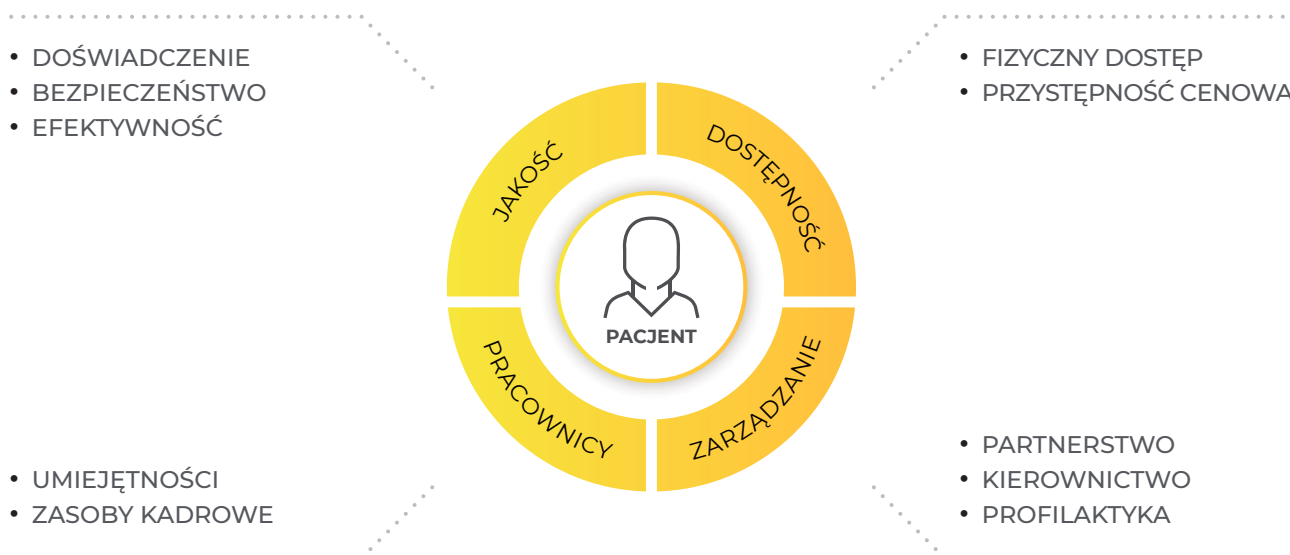


Skuteczne współdziałanie opieki zdrowotnej i społecznej⁸.

Świadczeniodawcy koncentrują swoje wysiłki na pacjentach i stanie ich zdrowia. W systemie ochrony zdrowia, który jest zbudowany w ten sposób, potrzeby

pacjenta są elementem centralnym systemu łączącym jego uczestników.

System ochrony zdrowia skoncentrowany na pacjencie



Źródło: opracowanie Deloitte na podstawie opracowania Imperial College London⁹

Chociaż cały system ochrony zdrowia powinien stawiać dobro pacjentów na pierwszym miejscu, a ich potrzeby są elementem łączącym działania poszczególnych uczestników systemu, musi się on zmierzyć z istotnymi wyzwaniami i ograniczeniami, które to utrudniają.

Ministerstwo Zdrowia jako główne problemy systemu ochrony zdrowia wskazuje¹⁰:

1. Niewystarczającą dostępność świadczeń zdrowotnych, w szczególności lekarzy specjalistów, w tym tzw. nierówności w zdrowiu wynikające ze statusu społeczno-ekonomicznego i miejsca zamieszkania.
2. Niesprawne zarządzanie systemem na wszystkich jego poziomach z brakiem koordynacji pomiędzy jego poszczególnymi sektorami: POZ, AOS, szpitalami, rehabilitacją, opieką długoterminową oraz opieką społeczną.
3. Braki kadrowe personelu medycznego i nieadekwatny do potrzeb model kompetencji w zawodach medycznych oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników medycznych.
4. Niedostateczne działania z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki i prewencji chorób oraz niewystarczające zaangażowanie Polaków w ochronę własnego zdrowia.
5. Niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia.
6. Niewystarczającą dostępność innowacji w ochronie zdrowia, w tym nowoczesnych terapii.
7. Brak długofalowej, spójnej i ewolucyjnej wizji przebudowy systemu ochrony zdrowia.

Trudno też nie wspomnieć o bezpośrednim związku między zdrowiem społeczeństwa a gospodarką. Zgodnie z badaniami OECD w krajach Unii Europejskiej jeden rok wzrostu oczekiwanej długości życia populacji przekłada się na wyższy poziom PKB o 4 proc.¹¹ Absencje w pracy lub przedwczesne zgony mają bezpośrednie przełożenie na realne straty dla gospodarki. Na przykład koszty pośrednie niewydolności serca

w Polsce szacowane są na ok. 4 mld zł rocznie i kilkakrotnie przekraczają wydatki na leczenie tej choroby¹². Warsaw Enterprise Institute w swoim raporcie *Priorytety zdrowotne w kontekście demograficznego i gospodarczego rozwoju Polski* wskazuje zdrowie obywateli jako kluczowy warunek rozwoju gospodarczego Polski, a inwestycje w zdrowie obywateli uważa za inwestycję w rozwój kraju i jej gospodarki.

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

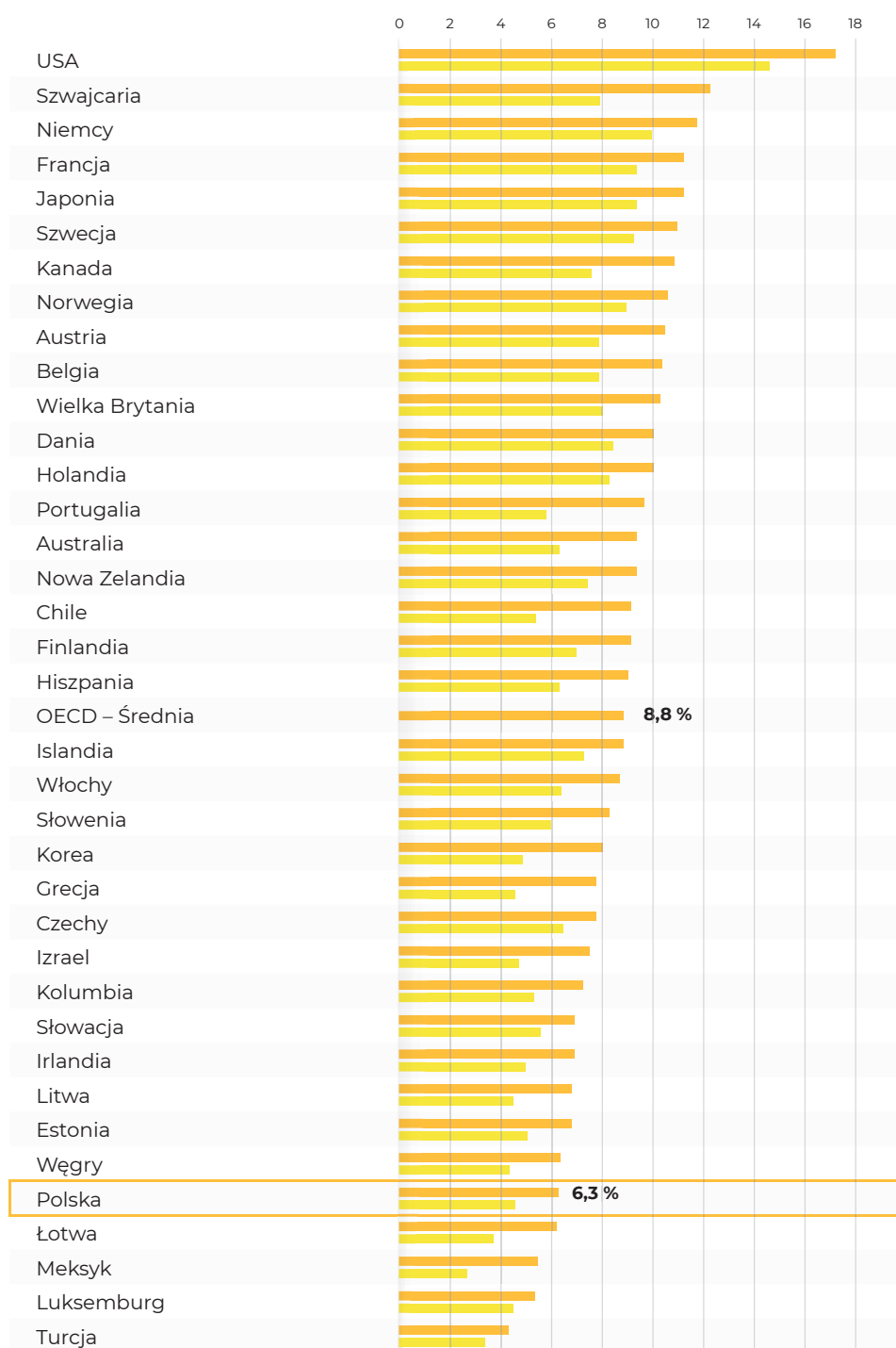
System ochrony zdrowia tworzą łącznie dwa sektory – publiczny i prywatny. Podział ten wynika przede wszystkim z odmiennych sposobów finansowania.

- Głównym źródłem finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który gromadzi środki poprzez system ubezpieczeń społecznych (ZUS, KRUS). Według raportu NIK z 2018 r. NFZ pokrywa ponad 80 proc. publicznych wydatków zdrowotnych, a dodatkowe pieniądze zapewniane są z budżetu państwa oraz budżetów samorządowych¹³.
- Finansowanie prywatnej opieki zdrowotnej pochodzi ze środków gospodarstw domowych (tzw. wydatki *out of pocket* i składki w ramach dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych) oraz abonamentów medycznych lub ubezpieczeń grupowych wykupywanych przez pracodawców:
 - ok. 30 proc. funduszy przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce pochodzi ze środków prywatnych¹⁴,
 - ok. 49 mld zł wyniosły wydatki prywatne na opiekę medyczną w Polsce w 2017 r.¹⁵,
 - ok. 69 mld zł wyniosą wydatki prywatne na opiekę medyczną w Polsce w 2023 r.¹⁶,
 - 9 proc. Polaków wybrało wyłącznie usługi prywatnej opieki medycznej¹⁷,
 - ok. 2 proc. PKB wyniosło finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce ze środków prywatnych¹⁸.

Dane OECD potwierdzają niedofinansowanie publicznego i prywatnego systemu ochrony zdrowia w Polsce. W 2019 r. całkowite wydatki na ten cel stanowiły 6,3 proc. PKB, przy średniej dla krajów OECD na poziomie 8,8 proc. Największy udział w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia mają w Polsce wydatki publiczne – w 2019 r. było to ok. 4,5 proc. PKB.

Porównując te wartości do danych dotyczących finansowania ochrony zdrowia w innych krajach OECD, można stwierdzić, że istnieje uzasadnienie wzrostu skali zarówno wydatków publicznych, niskich na tle innych krajów rozwiniętych, jak i wydatków prywatnych.

Wydatki na ochronę zdrowia w 2019 r.



■ Wydatki łącznie ■ Wydatki publiczne i prywatne obowiązkowe

Źródło: <https://stats.oecd.org/>

Brak wystarczających środków w systemie ma bezpośredni wpływ na ograniczoną dostępność świadczeń medycznych i wielomiesięczne terminy oczekiwania na ich realizację. W przypadku endokrynologii w 2018 r. pacjenci musieli czekać na wizytę u specjalisty prawie rok (11 miesięcy). Bardzo długi czas oczekiwania dotyczył również świadczeń stomatologicznych

(średnio 8,5 miesiąca), chirurgii plastycznej (niecałych 8 miesięcy) oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu (nieco ponad 7,5 miesiąca). Stosunkowo najkrótszy był czas oczekiwania na świadczenia medycyny paliatywnej, radioterapii onkologicznej i neonatologii (poniżej miesiąca).

Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń medycznych w kwietniu i maju 2018 r. (w miesiącach)



Źródło: Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, Warsaw Enterprise Institute, Strategia Zdrowie dla Polski

Ograniczona dostępność świadczeń medycznych i długi czas oczekiwania na ich realizację mają wpływ na postrzeganie całego systemu ochrony zdrowia przez pacjentów. Według Euro Health Consumer Index Polska od lat lokuje się w grupie państw z najmniejszą liczbą zdobytych punktów w zakresie

m.in. ochrony praw pacjenta, dostępu do informacji, czasu oczekiwania na leczenie, wyników leczenia, oferowanych usług i profilaktyki. Badania przeprowadzone w 2018 r. wskazują, że ponad 65 proc. społeczeństwa źle ocenia system ochrony zdrowia.

Dostępność świadczeń w Polsce



Średnio 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców¹⁹



949 szpitali ogólnych i 21,9 tys. przychodni²⁰



8,5 – liczba porad udzielonych ambulatoryjnie w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski²¹

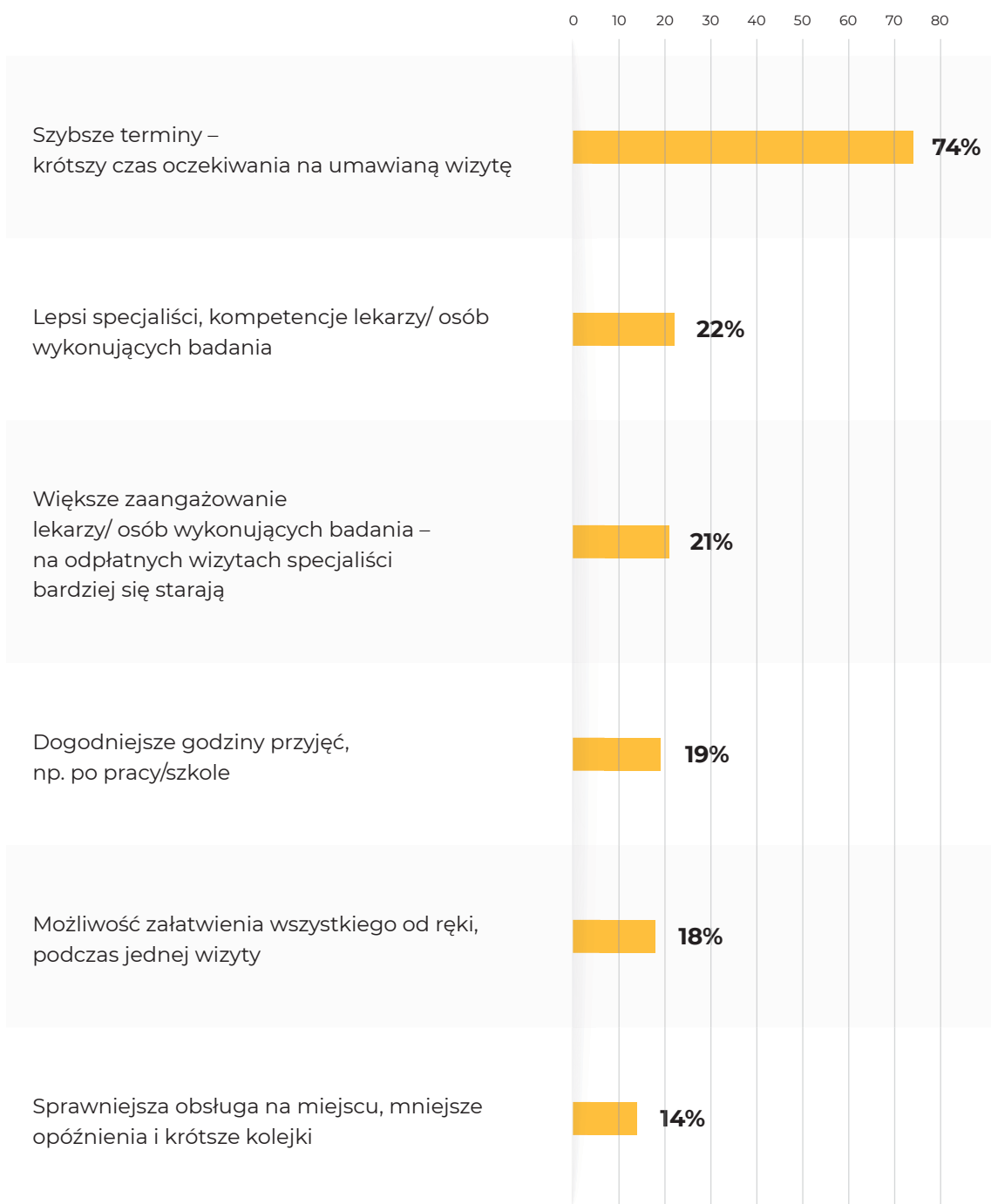


325,8 mln – ogólna liczba porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

Biorąc pod uwagę powyższe dane i oceny, należy stwierdzić, że Polacy uzupełniają świadczenia uzyskiwane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego usługami oferowanymi przez podmioty prywatne. W 2018 r. na taki model mieszany zdecydowała się prawie połowa społeczeństwa (48 proc.).

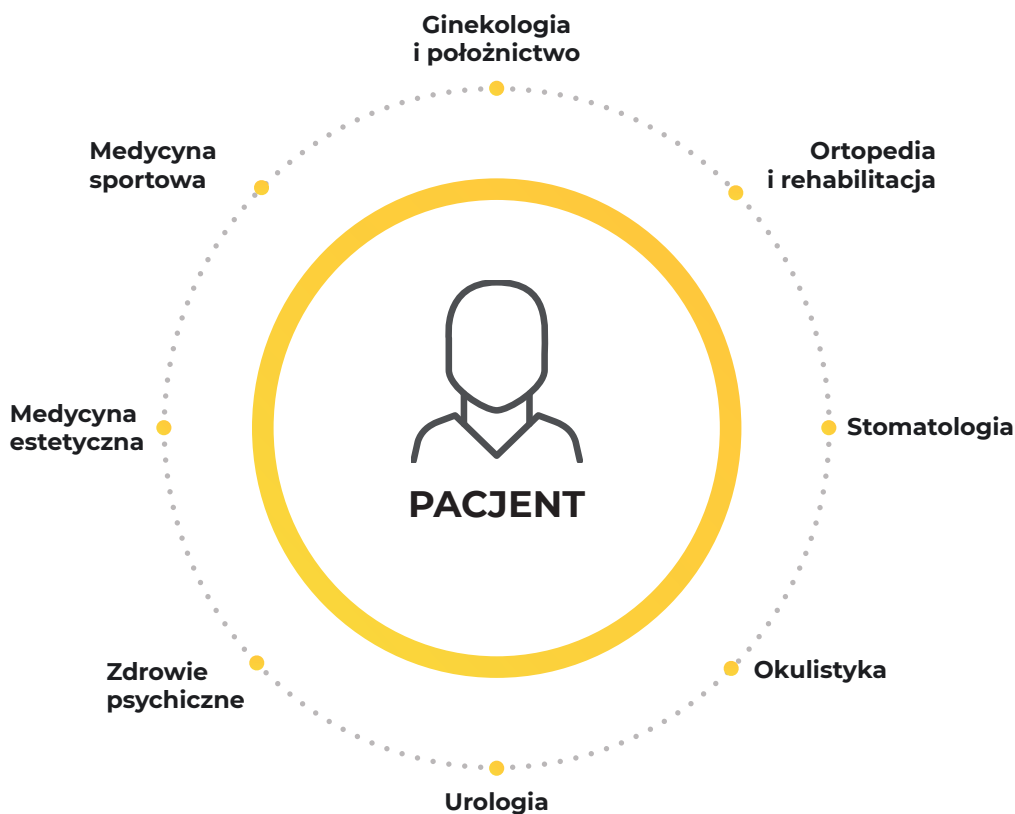
Dodatkowo blisko co 10. mieszkańców Polski (9 proc.) wybrał wyłącznie świadczenia prywatnej opieki medycznej. Oblicza się, że 30 proc. funduszy przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce pochodzi ze środków prywatnych (PIU).

Główne powody korzystania z usług prywatnej ochrony zdrowia w Polsce



Źródło: Raport NIK „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”

Najczęściej wybierane obszary prywatnych świadczeń medycznych w Polsce



Ograniczona dostępność świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych nie jest jedynym obszarem, w którym system ochrony zdrowia wymaga dalszej poprawy. Równie istotne jest zapewnienie właściwej profilaktyki i diagnostyki, które pozwalają zapobiegać występowaniu chorób oraz wykrywać je na wczesnym etapie. Prywatne podmioty medyczne mogą odegrać tu dużą

rolę, zapewniając diagnostykę na najwyższym poziomie i angażując się w przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym. Szczególną rolę odgrywa tu medycyna pracy, a także ogromne doświadczenie sektora prywatnego we współpracy z pracodawcami i pracownikami, dla których prywatne firmy medyczne są zaufanymi partnerami od wielu lat.

Medycyna pracy w Polsce wymaga ewolucyjnej aktualizacji, a nie budowy od nowa. Należy rozszerzyć zakres kompetencji lekarzy medycyny pracy, bo nadrzędnym celem powinno być utrzymanie pracownika jak najdłużej w zdrowiu. Wprowadźmy elementy profilaktyki, takie jak np. szczepienie przeciwko grypie, pomiar poziomu glukozy czy oznaczenie poziomu cholesterolu we krwi. Proste badania z zakresu medycyny pracy w innych warunkach wymagają zaangażowania kilku specjalistów, których, nawiasem mówiąc, w naszym systemie ochrony zdrowia i tak brakuje. (...) Lekarza medycyny pracy sprowadzono do roli arbitra, który ma za zadanie wyłącznie wydawać orzeczenia, a nie zostawia się mu przestrzeni do pracy z pacjentem i jego problemami zdrowotnymi.

Anna Rulkiewicz,

Prezes Grupy LUX MED,
Prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej, Wiceprezydent Pracodawców RP

Medycyna pracy, zapobieganie, szybkie reagowanie i diagnozowanie mogą odgrywać kluczową rolę w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym.

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka,

Uczelnia Łazarskiego,
Wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia

W profilaktyce, zwłaszcza w zakresie zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, istotną rolę mogą odgrywać nowoczesne koncepcje, takie jak zarządzanie zdrowiem populacji, które uwzględniają czynniki

społeczne i wykorzystują je do realizacji długoterminowej strategii poprawy stanu zdrowia całego społeczeństwa.

Czynniki społeczne a zdrowie

Badania wskazują, że znaczny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa mają czynniki, które nie są bezpośrednio związane z systemem ochrony zdrowia²² – nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, status społeczno-ekonomiczny, a nawet miejsce zamieszkania. Na tej podstawie powstała koncepcja społeczności mądrze dbających o zdrowie (ang. smart health communities). Koncepcja ta zakłada rozwijanie społeczności, które są połączone z uwagi na określone cechy (grupa wiekowa, stan zdrowia, zakład pracy) i skoncentrowane na profilaktyce i zapewnieniu dobrostanu swoich członków. Typowe cechy takich społeczności to:

- Zwiększanie zaangażowania w dbanie o stan własnego zdrowia.
- Wspieranie poczucia wspólnoty i dobrego samopoczucia.
- Wykorzystanie technologii i wiedzy wynikającej z nauk behawioralnych.
- Wykorzystywanie danych do poprawy osiąganych wyników.
- Wykorzystanie nowych, innowacyjnych ekosystemów.

Zarządzanie zdrowiem populacji

Koncepcja zarządzania zdrowiem populacji (ang. population health management) jest w coraz większym stopniu uznawana za kluczowy warunek zapewnienia zrównoważonej i dostępnej ochrony zdrowia. Koncepcja zakłada zbieranie danych i informacji na temat zdrowia i dobrostanu społeczeństwa w różnych warunkach zapewnienia opieki medycznej w celu określenia głównych potrzeb zdrowotnych społeczności i odpowiedniego dostosowania świadczonych usług. Postępy w takich dziedzinach nauki, jak analiza danych, uczenie maszynowe i technologie cyfrowe, zapewniają narzędzia umożliwiające identyfikację zagrożeń, poprawę szybkości i dokładności diagnostyki oraz projektowanie spersonalizowanych planów leczenia.

ELEMENTY SKŁADOWE	KLUCZOWE CZYNNIKI SUKCESU
Oddziaływanie	• Zaangażowanie społeczne i aktywizacja pacjentów
Interwencje	• Ujednolicone zachęty w systemie • Świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej na dużą skalę • Innowacyjne podejście do świadczenia usług i przepływu pracy
Informacje	• Właściwa segmentacja i dobór pacjentów • Szerokie monitorowanie, zaawansowane analizy i wgląd w procesy
Infrastruktura	• Wspólna wizja, misja oraz zrozumienie celu • Współdzielona technologia i infrastruktura cyfrowa • Dojrzałość kierownictwa i dobre zarządzanie

Na podstawie *The transition to integrated care: Population health management in England*, Deloitte Centre for Health Solutions, 2019.

Podsumowując, kluczowym problemem dla pacjentów jest słaba dostępność świadczeń medycznych i długi czas oczekiwania na ich realizację. Wynika to m.in. z niskiego poziomu finansowania i organizacji systemu. Podmioty prywatne stanowią istotne uzupełnienie systemu i wprowadzają rozwiązania, które wydawnie zwiększają jego możliwości. W dalszej czę-

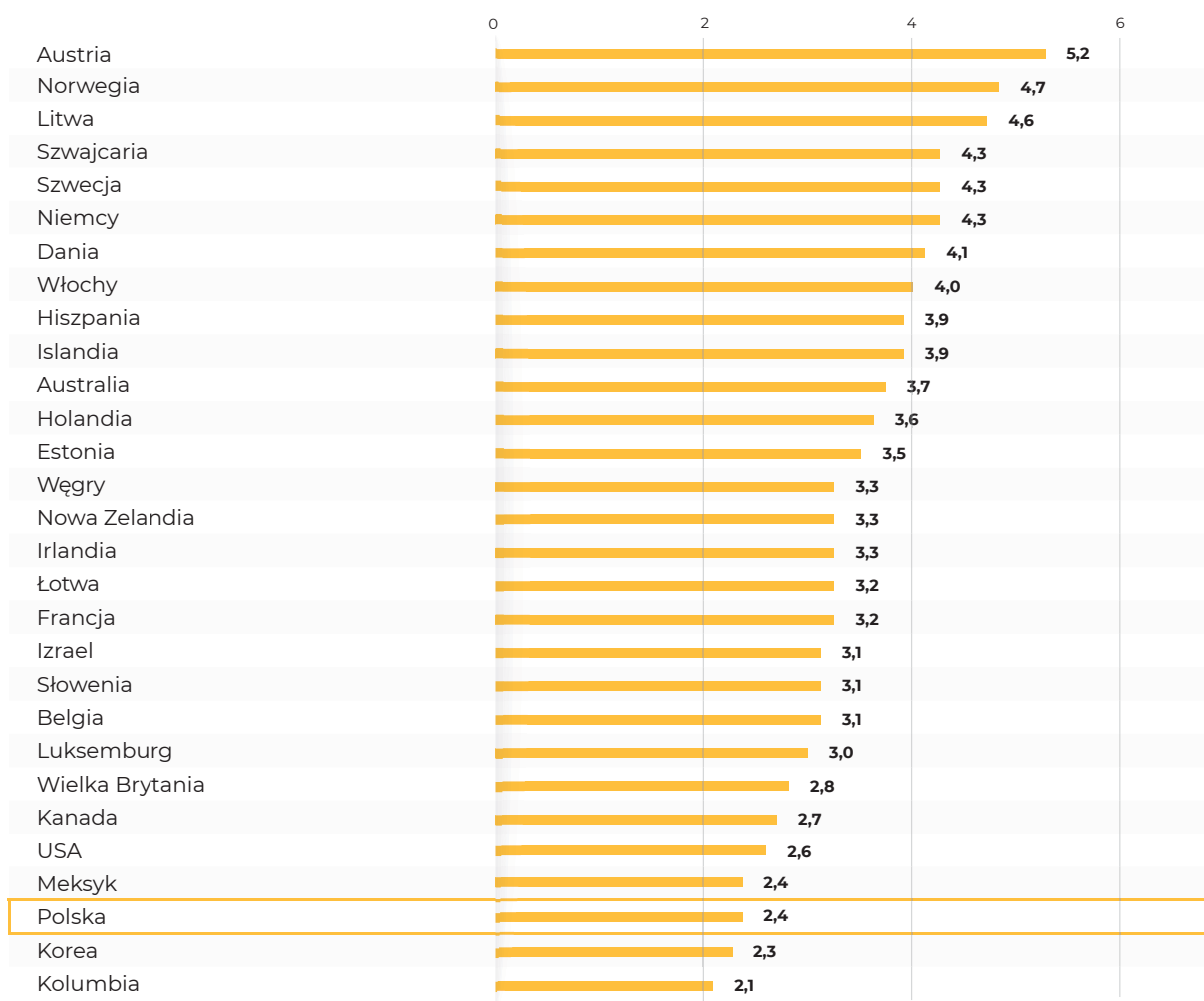
ści raportu zostały przedstawione kluczowe obszary wymagające zmian i możliwe do wprowadzenia rozwiązania – rozwój kadr medycznych, system ochrony zdrowia nakierowany na wartość dla pacjenta, nowoczesne technologie telemedyczne oraz doświadczenia sektora prywatnego.

Rozwój kadry medycznej jako priorytet

Zarówno publiczne, jak i prywatne podmioty służby zdrowia zmagają się z problemami kadrowymi – zbyt małą liczbą lekarzy i pielęgniarek, wzrastającym odsetkiem pracowników w starszym wieku oraz brakiem lekarzy niektórych specjalizacji. Choć są to zjawiska występujące także w wielu krajach świata, to w opinii wielu ekspertów większość europejskich

państw radzi sobie z nimi lepiej niż Polska. Zgodnie z danymi OECD²³ w 2017 r. w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało średnio zaledwie 2,4 lekarza, podczas gdy np. we Francji wskaźnik ten wynosił wówczas 3,1; we Włoszech – 4, w Niemczech – 4,3; w Austrii – 5,2. Według Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce brakuje obecnie 68 tys. lekarzy²⁴.

Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2017 r.

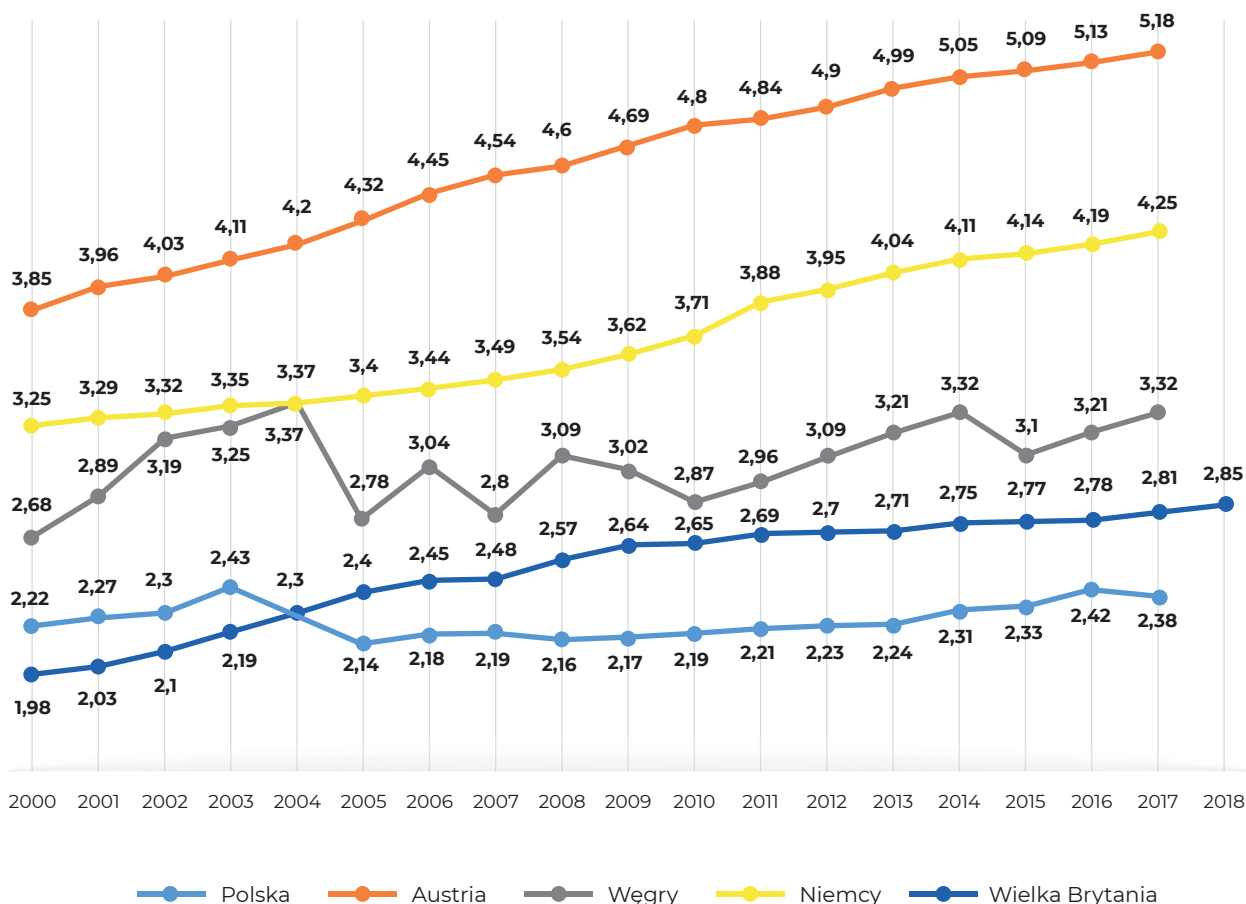


Źródło: <https://stats.oecd.org/>

Od 2005 r. liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w Polsce nieznacznie wzrosła, z poziomu 2,14 w 2005 r. do ok. 2,4 w 2017 r. Jednak w porównaniu z innymi

krajami wzrost ten był znacznie mniej dynamiczny, a liczba lekarzy stale utrzymuje się na relatywnie niskim poziomie.

Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w wybranych krajach w latach 2000–2018

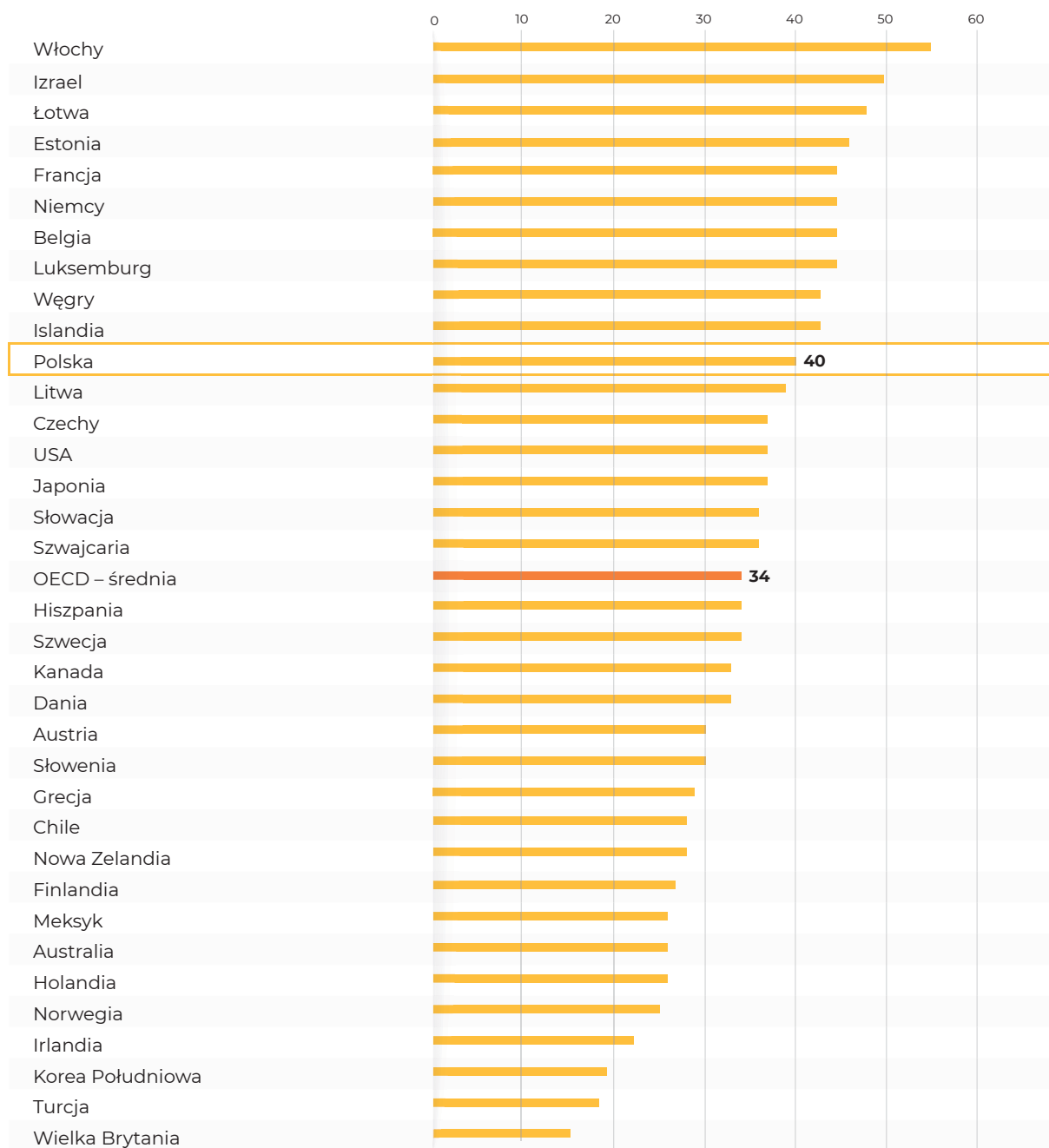


Źródło: OECD.

Istotnym problemem jest zaawansowany wiek lekarzy w Polsce. Na ponad 135 tys. czynnych zawodowo lekarzy w Polsce aż 33 tys. przekroczyło 65. rok życia. Najmłodszych, do 35. roku życia, jest ok. 28 tys. Średnia wieku lekarza specjalisty w Polsce wynosi 54 lata.

Najdotkliwsze są braki w grupie wiekowej od 35 do 44 lat, co łączy się z falą zarobkowych wyjazdów z Polski w latach 90. XX w. i na początku XXI w. oraz z utrzymującym się długo trudnym dostępem do specjalizacji²⁵.

Udział lekarzy w wieku 55 lat lub więcej w krajach OECD²⁶ w całkowitej liczbie lekarzy (udział procentowy)



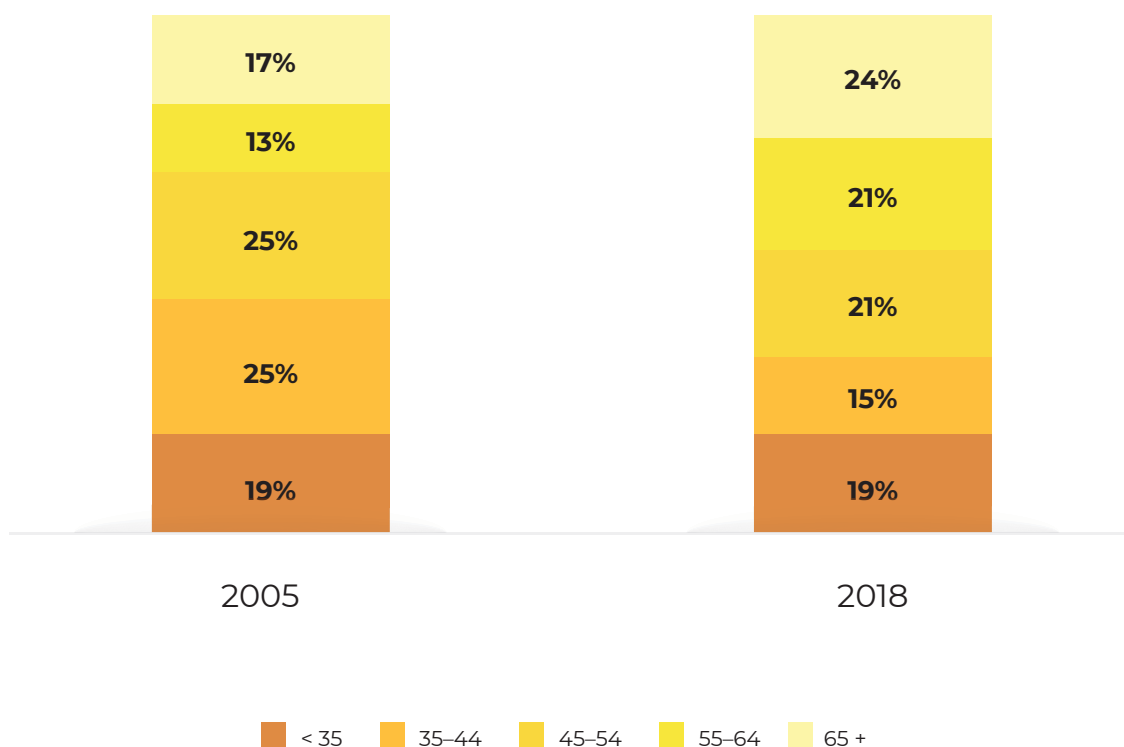
Źródło: OECD, Naczelna Izba Lekarska.

Dane Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczące udziału lekarzy w wieku 56 lat lub więcej w całkowitej liczbie lekarzy w Polsce w zestawieniu

z danymi OECD dotyczącymi innych krajów pokazują, że udział ten jest istotnie wyższy od średniej i w 2020 r. wyniósł nieco ponad 40 proc.

Udział grup wiekowych lekarzy w ogólnej liczbie lekarzy w Polsce w latach 2005 – 2018²⁷

Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu, według wieku, w latach 2005 i 2018



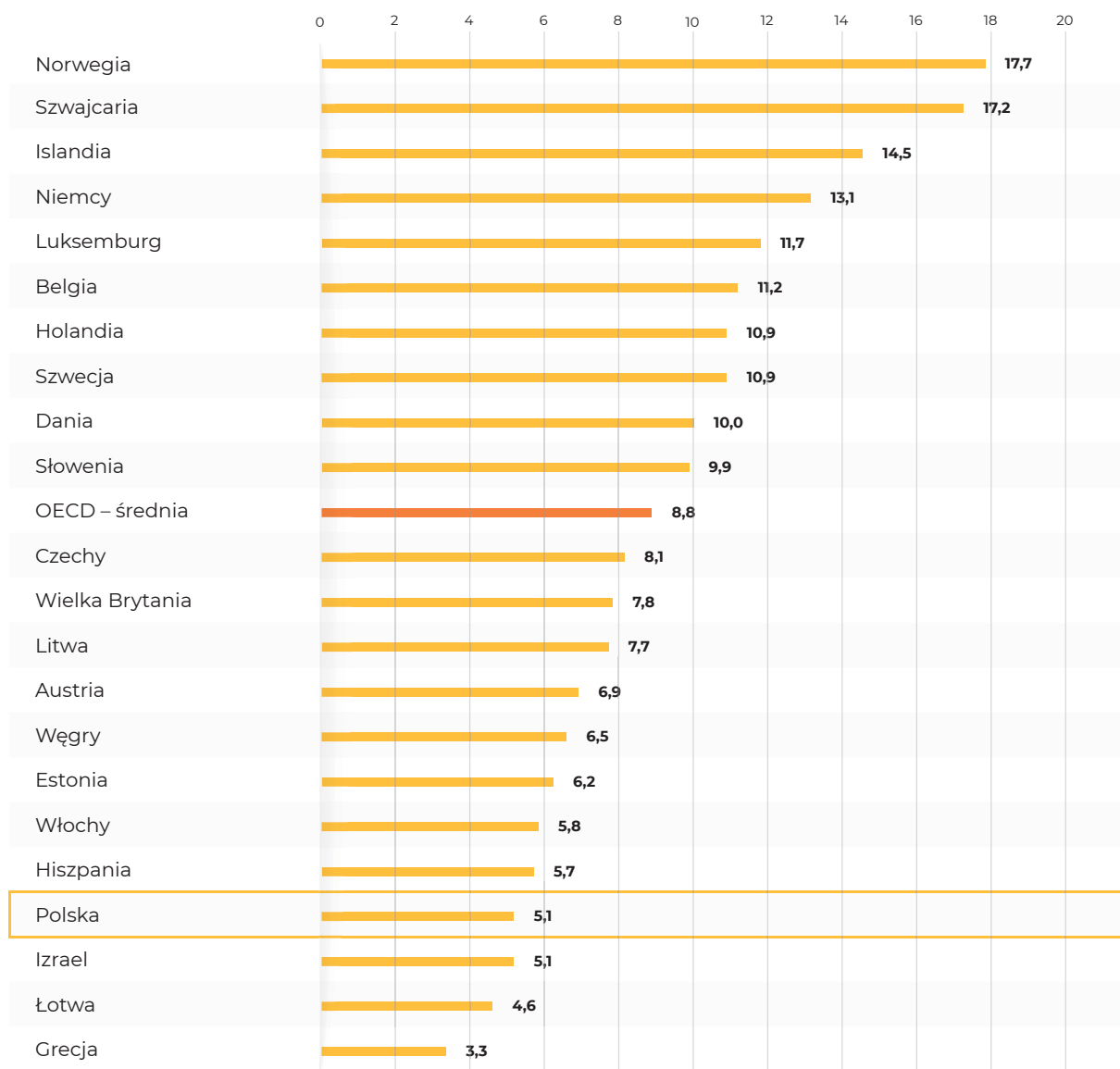
Źródło: GUS.

Według danych GUS od 2005 r. znacząco wzrósł udział lekarzy w grupach od 55 do 64 lat oraz powyżej 65. roku życia. Oznacza to, że kadra medyczna w Polsce staje się z czasem coraz starsza i rośnie udział lekarzy, którzy w perspektywie kilku lub kilkunastu lat będą przechodzić na emeryturę.

Istotne braki kadrowe dotyczą również pielęgniarek i położnych. Poważnymi problemami są niska liczba praktykujących pielęgniarek na 1000 mieszkańców na tle innych krajów oraz stale rosnący średni wiek pielęgniarek i położnych.

Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w wybranych krajach w 2017 r.

Praktykujące pielęgniarki na 1000 mieszkańców w 2017 r.

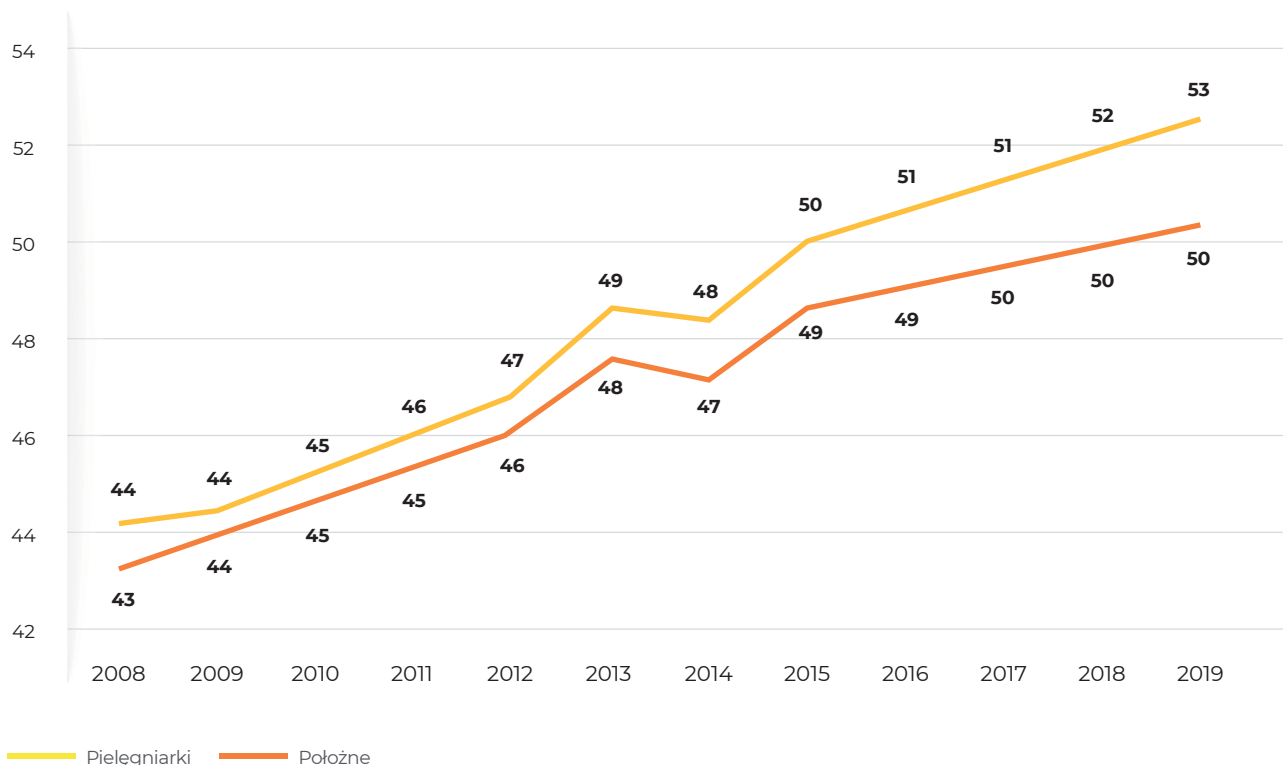


Źródło: OECD.

Zgodnie z danymi OECD w 2017 r. średnia liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców wyniosła w Polsce 5,1, natomiast w państwach OECD średnia ta była prawie

dwukrotnie wyższa – 8,8. W krajach, których systemy ochrony zdrowia stawiane są za wzór, takich jak Norwegia czy Szwajcaria, wskaźnik ten przekracza 17.

Średni wiek pielęgniarek i położnych w Polsce w latach 2008–2019



Źródło: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych pokazują istotny problem wysokiego i stale rosnącego średniego wieku pielęgniarek i położnych.

W 2019 r. średni wiek pielęgniarki w Polsce wyniósł niecałe 53 lata, natomiast wśród położnych było to ponad 50 lat.

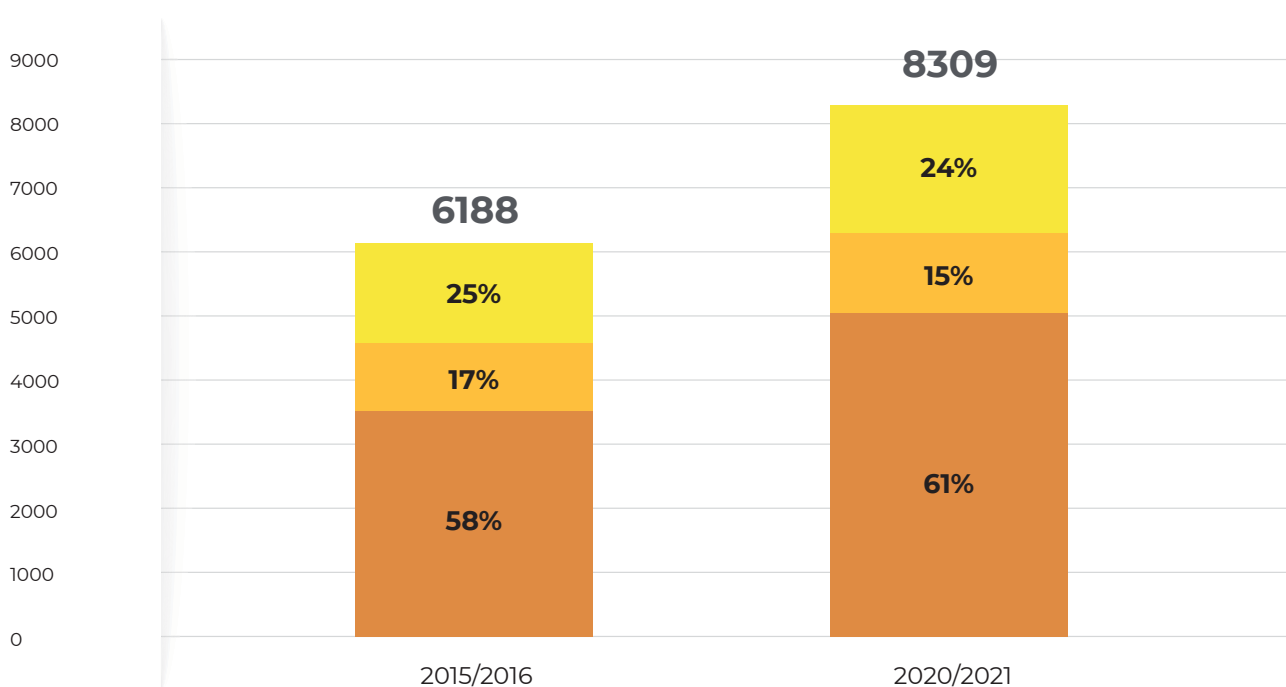
Personel medyczny w Polsce (sektor publiczny i prywatny)²⁸

- Około 140 tys. czynnych zawodowo lekarzy oraz 37,9 tys. lekarzy dentystów.
- Najliczniejsze specjalizacje:
 - choroby wewnętrzne – ponad 29 tys.,
 - medycyna rodzinna – 11,4 tys.,
 - położnictwo i ginekologia – 7,8 tys.,
- Najmniej liczne specjalizacje:
 - onkologia kliniczna – 1 tys.,
 - gastroenterologia – 1073,
 - medycyna ratunkowa – 1080,
 - choroby zakaźne – 1122.

Z uniwersytetów medycznych w Polsce dochodzą na szczęście optymistyczne sygnały dotyczące strategii odbudowywania kadr. Rosną limity przyjęć. W roku akademickim 2009/2010 przygotowano ponad 2,8 tys. miejsc, dziesięć lat później – już ponad 5 tys., natomiast w roku akademickim 2020/2021 – ponad 8,3 tys. Mamy też coraz więcej studentów i absolwentów studiów medycznych. Przyrosty są kilkuprocentowe rok do roku. Według GUS w roku akademickim 2017/2018

na uniwersytetach medycznych w Polsce kształciło się 64,3 tys. studentów, co oznacza wzrost o 3,2 proc. w stosunku do roku poprzedniego (62,3 tys.). W ostatnich latach przyrosty są systematyczne, w roku akademickim 2015/2016 liczba ta wyniosła 60,6 tys. Dla porównania: w roku akademickim 2000/2001 w Polsce było zaledwie 29,5 tys. studentów kierunków medycznych. Liczba doktorantów w dziedzinie nauk medycznych w roku akademickim 2017/2018 wyniosła 3,3 tys.²⁹

Limit miejsc na studiach lekarskich w podziale na tryb i język, lata akademickie 2015/2016 i 2020/2021



- studia magisterskie stacjonarne, język polski
- studia magisterskie niestacjonarne, język polski
- studia magisterskie stacjonarne i niestacjonarne, inny język

Źródło: GUS

W systemie ochrony zdrowia najbardziej brakuje obecnie lekarzy tzw. szerokiej specjalizacji, m.in. pediatrów, internistów i ginekologów. Główne powody tego stanu to długotrwała edukacja, trudne egzaminy, potencjalnie niższe zarobki oraz mniejszy prestiż. Popularnością cieszą się dziedziny związane ze zmianami cywilizacyjnymi, takie jak kardiologia, reumatologia, ortopedia, stomatologia czy medycyna estetyczna.

Na problem niedoborów kadrowych stara się odpowiadać również sektor prywatny. Część firm współpracuje z uczelniami wyższymi, dbając o rozwój kadr i ich przyszłą dostępność na rynku pracy jako pracowników.

Doskonałym przykładem tego rodzaju działań jest współpraca Grupy Scanmed z Krakowską Akademią im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, która jako pierwsza prywatna uczelnia w Polsce rozpoczęła kształcenie studentów na kierunku lekarskim. W ramach współpracy w oparciu o infrastrukturę i kadrę Szpitala św. Rafała w Krakowie, utworzono 6 oddziałów klinicznych:

- Oddział kliniczny anestezjologii i intensywnej terapii,
- Oddział kliniczny rehabilitacji neurologicznej,
- Oddział kliniczny neurochirurgii,
- Oddział kliniczny ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- Oddział kliniczny chirurgii onkologicznej i ogólnej,
- Oddział kliniczny kardiologii inwazyjnej, elektroterapii i angiologii.

Na bazie oddziałów szpitala działają odpowiadające im jednostki uczelni w postaci klinik i katedr, których kierownikami i pracownikami naukowymi są w szczególności lekarze zatrudnieni w Szpitalu św. Rafała. Dzięki możliwości korzystania przez uczelnię z infrastruktury i kadr szpitala Scanmed przyszli lekarze realizują zajęcia dydaktyczne z wykorzystaniem najnowszych technologii pod okiem doświadczonych specjalistów, którzy, prócz codziennych zadań związanych z leczeniem pacjentów, realizują także projekty naukowo-badawcze i badania kliniczne. Partnerstwo Scanmed i uczelni nie kończy się na kształceniu młodych lekarzy. Obejmuje również prowadzenie zajęć praktycznych dla studentów wydziału pielęgniarstwa i fizjoterapii, m.in. w ramach finansowanego ze środków europejskich nowatorskiego projektu pod nazwą „Motywacyjny program rozwoju dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo”.

Bardzo wysoko cenimy sobie współpracę z Krakowską Akademią im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego. Widzimy, że przynosi ona korzyści zarówno uczelni, jak i szpitalowi, podnosząc jego rangę. Nasi pracownicy są jednocześnie szefami klinik, co daje im możliwość połączenia praktyki klinicysty z dydaktyką i rozwojem naukowym. Stwarza to szpitalowi unikalne możliwości zatrudnienia i długoterminowej współpracy z wybitnymi specjalistami, a studentom daje szansę na kształcenie na najwyższym poziomie. Wierzymy, że adepci medycyny, którzy mają okazję już na etapie studiów poznać funkcjonowanie naszego szpitala, chętniej dołączą do jego zespołu po uzyskaniu dyplomu.

Hubert Bojdo,
Prezes Grupy Scanmed

Kolejnym przykładem mogą być studia pielęgniarskie Medicover na Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie. Firmy medyczne podkreślają również pilną potrzebę wprowadzenia dwóch nowych zawodów medycznych – technik pielęgniarstwa oraz asystent lekarza. Technicy pielęgniarstwa współdziałaliby z doświadczonymi pielęgniarkami, a asystenci lekarzy – z lekarzami.

Eksperti uważają też, że należy zwiększyć kompetencje magistrów farmacji, dając im możliwość sprawowania opieki farmaceutycznej. Farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, udzielałby świadczeń zdrowotnych (obejmujących także proste testy diagnostyczne) i porad uzupełniających³⁰.

Problem braku kadry medycznej, a szczególnie personelu pielęgniarskiego, nie jest wyzwaniem nowym dla świadczeniodawców. Dlatego od kilku lat współpracujemy z uczelniami wyższymi prowadzącymi kierunki pielęgniarskie, organizujemy dni otwarte i spotkania w naszych ośrodkach dializ, aby zachęcić młodych ludzi do wyboru ścieżki rozwoju zawodowego w pielęgniarstwie z zakresu dializoterapii.

Elżbieta Cepuchowicz,

Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa
Fresenius Nephrocare Polska

Istotne jest rekrutowanie pracowników spośród lekarzy w trakcie specjalizacji. Wspieranie kształcenia młodych lekarzy przez podmioty medycyny prywatnej pozwala na zaszczepienie dobrych praktyk na wczesnym etapie lekarskiego rozwoju zawodowego, a to może korzystnie przełożyć się na cały system ochrony zdrowia – lekarze z dobrymi nawykami zarządczymi przeniosą je do podmiotów publicznych.

prof. dr hab. n. med.

Bożena Walewska-Zielecka,

Dyrektor ds. Medycznych Medicover

Jednocześnie prywatne placówki przyciągają lekarzy już działających w zawodzie, oferując im elastyczne formy zatrudnienia, możliwości rozwoju zawodowego, dostęp do najnowocześniejszych technologii medycznych oraz atrakcyjne wynagrodzenia. Z pewnością nie bez znaczenia są także warunki codziennej pracy – wiele firm prywatnych oferuje swoje usługi w nowoczesnych budynkach wyposażonych w wygodne gabinety lekarskie.

Komfort pracy lekarzy w prywatnych podmiotach zwiększa koncentracja na zadaniach o charakterze medycznym. Przykładowo w Medicover i Grupie Scanmed zasadnicze znaczenie w organizacji pracy ma niedopuszczanie do sytuacji, w której lekarze są nadmiernie obciążeni obowiązkami niemedycznymi. Współdziałają z pielęgniarkami, fizjoterapeutami, ratownikami czy inżynierami medycznymi. Delegowanie uprawnień i poszerzanie kompetencji personelu pomocniczego odciąża lekarzy od procedur i prac administracyjnych. W Grupie LUX MED np. doborem szkół zajmują się wykwalifikowani optometryści, dzięki czemu okuliści mogą się skupić na leczeniu, a pacjenci uzyskują większy dostęp do usług okulistycznych.

Znaczenie medycznych zawodów wspierających w kontekście niedoborów kadrowych

Z wywiadów przeprowadzonych na potrzeby niniejszego raportu wynika, że istotnym wsparciem systemu ochrony zdrowia mogą być przedstawiciele medycznych zawodów wspierających. Tego rodzaju pracownicy udrożniliby system lecznictwa poprzez odciążenie lekarzy od absorbującej i pochłaniającej czas pracy biurowej (np. rola asystenta medycznego) lub mogliby działać w przypadkach niewymagających bezpośredniej ingerencji lekarza. Nie do przecenienia jest rola opieki pielęgniarskiej w systemie ochrony zdrowotnej, która niejednokrotnie bezpośrednio przekłada się na samopoczucie pacjenta, jakość procesu leczenia i szybszy powrót do zdrowia.

Szpital LUX MED Onkologia działa w modelu opieki nad chorymi opartym na bliskiej relacji z pacjentem. Jest on wzorowany na anglosaskim systemie *primary nursing*. Zakłada on, że pielęgniarka pełniąca obowiązki pielęgniarki prowadzącej koncentruje się wyłącznie na pacjencie i jego rodzinie (jest osobą identyfikowaną z imienia i nazwiska, znaną pacjentowi i jego rodzinie). Jest ona za niego odpowiedzialna od chwili przyjęcia do szpitala, aż po wypis. W procesie opieki nad chorym wspierają ją pielęgniarki odcinkowe i opiekunowie medyczni, którzy realizują zlecenia lekarzy i plan opieki opracowany przez pielęgniarkę prowadzącą, która dodatkowo ma prawo zlecać konsultacje i zabiegi specjalistyczne (psychologa, dietetyka czy fizjoterapeuty). Nie zajmuje się administrowaniem, zarządzaniem i organizacją pracy na oddziale. Praca ta należy do Kierownika Opieki Medycznej.

Przedstawiciele podmiotów medycyny prywatnej zwracają również uwagę na potrzebę rozwoju farmacji klinicznej, która jest obecnie deficytową specjalizacją. Farmaceuci mogliby zacząć odgrywać dużo większą rolę w leczeniu pacjentów, np. poprzez przeprowadzanie kompleksowej analizy interakcji leków i wsparcie tym samym powrotu pacjenta do zdrowia.

Dr Izabela Szum z Diagnostyki zwraca również uwagę na możliwość usprawnienia procesu badań diagnostycznych poprzez zatrudnianie wyspecjalizowanych flebotomistów – osób odpowiedzialnych za pobieranie krwi od pacjentów. Praktyka zachodnich szpitali pokazuje, że dzięki doskonałej jakości pobieranych przez nich próbek laboratoria wykonują mniej powtórnych badań, co przekłada się na mniejszą liczbę pobrań i efektywność kosztową po stronie szpitala.

Komentarz Naczelnej Rady Lekarskiej

Rozwój kadr medycznych jako priorytet.

Pandemia ujawniła wszystkie wieloletnie zaniedbania i słabości naszego systemu ochrony zdrowia, a wśród nich dramatyczny deficyt kadr medycznych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. W Polsce na 1000 mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza. W Unii Europejskiej ta liczba wynosi 3,6. Oznacza to, że nasz kraj lokuje się na bardzo niskiej pozycji. Podobnie jest z pielęgniarkami – w Polsce na 1000 mieszkańców jest ich 5,2, a średnia unijna to 9,4. Wkrótce na emeryturę odejdzie ok. 10 proc. lekarzy i 30 proc. pielęgniarek. Obecnie co czwarty lekarz w Polsce jest w wieku emerytalnym, średnia wieku wynosi blisko 50 lat. Średnia wieku pielęgniarek to 52 lata. Zestawienie tych danych obrazuje skalę problemów kadrowych w polskiej ochronie zdrowia, jeśli wziąć pod uwagę tylko te dwie grupy zawodowe. Nie jest przesadą stwierdzenie, że brak kadr to problem numer 1. W obecnych czasach inwestycje w mury, infrastrukturę, w sprzęt są nieporównanie łatwiejsze niż pozyskanie i utrzymanie kadr medycznych.

Celem nadrzędnym władz publicznych powinno być zapewnienie obywatelom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. Jednym z ważnych uwarunkowań są kadry medyczne o odpowiednim profilu zawodowym, kwalifikacjach, właściwie rozmieszczone pod względem geograficznym oraz rodzaju placówek, stosownie do społecznych potrzeb i długofalowych celów polityki zdrowia publicznego.

Działania powinny być wielotorowe. Ważnym elementem jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, ale jednocześnie efektywne wykorzystanie tych środków, dzięki zmianom strukturalnym, organizacyjnym, zarządczym czy cyfryzacji. Jedną z fundamentalnych zasad powinno być efektywne wykorzystanie rzadkich i wyjątkowo cennych zasobów, jakie tkwią w kadrach medycznych. Należy się im dowartościowanie rozumiane nie tylko w sensie materialnym, ale również z punktu widzenia społecznej rangi ich odpowiedzialnej profesji.

Brakuje takiego całościowego postrzegania problemu, a więc i działania. W czasie pandemii, kiedy brak kadr ujawnia się z całą mocą, samorząd lekarski zwraca uwagę na chaotyczne i doraźne działania o poważnych długofalowych konsekwencjach. Przykładem jest propozycja otwarcia granic dla lekarzy spoza Unii Europejskiej przy dramatycznym obniżeniu standardów weryfikacji kwalifikacji i kompetencji zawodowych, łącznie z brakiem wymogu znajomości języka polskiego. Są to rozwiązania niebezpieczne przede wszystkim dla pacjentów.

Przed kryzysem kadrowym w zawodzie lekarza jako samorząd przestrzegaliśmy już ponad 20 lat temu. Wtedy uznano, że w Polsce jest nadmiar lekarzy, a w ślad za tym zmniejszono limity przyjęć na studia medyczne. Ponadto wejście na ścieżkę specjalizacji było niezwykle trudne i udawało się nielicznym. Kilka lat temu zdecydowano o zwiększeniu limitów przyjęć na studia medyczne. Na efekty trzeba czekać co najmniej 6 lat, czyli tyle, ile trwa proces kształcenia lekarza. Pomysły na skracanie okresu kształcenia, bo i takie się pojawiają, uznać należy za mocno dyskusyjne.

Obserwujemy zwiększenie naboru na studia medyczne. Towarzyszą temu jednak niepokojące zjawiska. Przykładem są uruchamiane nowe kierunki lekarskie w ośrodkach pozbawionych tradycji i silnego zaplecza klinicznego, co może budzić obawy o jakość przygotowania najmłodszej kadry lekarskiej. Inne niepokojące zjawisko to kształcenie lekarzy „na eksport”. Podnoszone są bowiem limity przyjęć na studia medyczne, ale obejmują one szybko zwiększającą się liczbę studentów anglojęzycznych, którzy – co oczywiste – nie wiążą swojej przyszłości z Polską.

Wokół systemu kształcenia lekarzy na różnych etapach ich rozwoju toczy się wiele dyskusji, a jeden z wątków dotyczy opracowania modelu kształcenia przed- i podyplomowego jako spójnej całości. Tego nam bardzo brakuje.

Poziom kształcenia medycznego w Polsce jest oceniany wysoko i odpowiada standardom unijnym, a nasza młodzież bez trudu znajduje pracę poza granicami kraju, co jednak obecnie bardziej niepokoi, niż cieszy. Należy sprawić, by swoją przyszłość młodzi ludzie wiązali z ojczyzną. Aby tak się stało, lekarze powinni mieć przejrzyste kryteria i możliwości rozwoju zawodowego, lepiej zorganizowaną pracę, wsparcie zawodów pomocniczych, dostęp do nowoczesnej diagnostyki i terapii. Jak wykazują badania prowadzone m.in. przez Naczelną Izbę Lekarską, te czynniki znajdują się wysoko na liście preferencji lekarzy, i to niezależnie od ich wieku. Obserwujemy także niepokojące zjawisko wypalenia zawodowego – również niezależnie od wieku – wywołane rosnącymi obciążeniami biurokratycznymi, przemęczeniem (praca na wielu etatach), a także poczuciem bezradności wobec źle funkcjonującego i chronicznie niedofinansowanego systemu ochrony zdrowia. Poczucie frustracji pogłębiają wprowadzone w ostatnim czasie represyjne regulacje prawne wobec lekarzy, które mogą skutkować rozpowszechnieniem tzw. medycyny asekuracyjnej, na czym stracą pacjenci. Rozwiązaniem – ważnym i bardzo oczekiwanym – byłoby wprowadzenie modelu *no-fault*, o co samorząd lekarski zabiega od dawna.

Jeśli więc chcemy budować system ochrony zdrowia skoncentrowany na potrzebach pacjenta, to należy bardzo kompleksowo i wszechstronnie podejść do problemu kadr medycznych, w tym lekarzy i lekarzy dentystów. Ważne jest przy tym zadbanie, by nie wprowadzać zmian ponad ich głowami, lecz na drodze autentycznego dialogu.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja,

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Zawody medyczne przyszłości³¹

W systemie ochrony zdrowia skoncentrowanym na pacjencie zyskują na znaczeniu nowe zawody medyczne, które umożliwiają zapewnienie kompleksowej i wydajnej opieki nad pacjentem. W przyszłości coraz większą rolę odgrywać mogą specjaliści z dziedzin, które dopiero powstają lub trafiają do ochrony zdrowia z innych branż lub segmentów gospodarki:

- menedżer opieki zintegrowanej,
- konsultant cyfrowy,
- analityk danych,
- edukator zdrowia (zawód już istnieje, powinien być jednak wykorzystywany znacznie bardziej efektywnie).

Przedstawiciele prywatnych placówek zwracają uwagę na fakt, że zasób pracowników zasilających publiczną i prywatną ochronę zdrowia jest w zasadzie ten sam. Prywatne podmioty zwiększają efektywność w dostarczaniu świadczeń zdrowotnych dzięki lepszemu planowaniu czasu pracy lekarza, naciskowi na kompleksową obsługę pacjenta podczas jednej wizyty oraz postawieniu na opiekę ambulatoryjną. Takie podejście jest uzasadnione głównie z punktu widzenia interesu pacjenta, który mniej czasu spędza na podróżowaniu pomiędzy

przychodniami i lekarzami, ale również generuje oszczędności dla świadczeniodawcy. Z ekonomicznego punktu widzenia kluczowe w tym kontekście staje się takie zarządzanie czasem pracy lekarza, które pozwoli na zmaksymalizowanie liczby udzielonych porad. Firmy prywatne zwracają również uwagę na fakt, że wdrażanie dobrych praktyk zarządczych pozwala na osiągnięcie większego komfortu pracy lekarza, a to przekłada się na wysoką jakość usług świadczonych usług na rzecz pacjentów.

Jedną z praktyk, które mogłyby znaleźć zastosowanie w podmiotach działających na rynku ochrony zdrowia, jest zarządzanie ludźmi stosowane w firmie Google. Zasady tam przyjęte mówią o dużej samodzielności i niezależności pracowników, stawiają na ich kreatywność i ciągłe uczenie się. Od pracowników zatrudnionych w Google wymaga się krytykowania szefów. Chodzi o takie podejście, które nie zakłada nieomylności nikogo. Pracownicy mają także bezpośredni kontakt z zarządzającymi firmą, czyli przedstawicielami zarządu, z którymi mogą się osobiście spotkać, wymieniając się spostrzeżeniami i opiniami. Taki system z pewnością wpłynąłby inspirująco i rozwijająco na kadrę zatrudnioną w placówkach medycznych w Polsce. Jednak w naszym kraju mamy do czynienia z systemem raczej feudalnym, czyli podległością i hierarchią. Wprowadzenie przytoczonego wyżej modelu w szpitalach publicznych wymagałoby więc albo zmiany mentalności (w praktyce – nierealne), albo pokoleniowej (co nastąpi w sposób naturalny). Łatwiej zrobić to, i tak się w dzieje, w placówkach prywatnych, które budują od podstaw swoje zespoły pracowników.

prof. dr hab. Piotr Wachowiak,

Rektor Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

Dobra praktyka

Ciekawe rozwiązanie zastosowano także w Mayo Clinic Care Network, amerykańskiej sieci placówek medycznych. Opiera się ono na współpracy klinicznej, w ramach której specjaliści z różnych placówek doradzają sobie wzajemnie. Lekarze mają dostęp do wideo-konferencji oraz protokołów postępowania w przypadku chorób, wytycznych dotyczących opieki, zaleceń co do leczenia i materiałów konferencyjnych.

Podsumowując, niska liczba lekarzy w systemie ochrony zdrowia w połączeniu z szybko rosnącą średnią wieku może oznaczać pogłębienie już istniejących braków kadrowych. W takich krajach jak Włochy, Francja czy Niemcy odsetek lekarzy w wieku 55 lat i więcej wciąż jest wyższy niż w Polsce, jednak z uwagi na niekorzystną sytuację demograficzną i szybsze tempo starzenia się społeczeństwa w naszym kraju sytuacja szybko może ulec zmianie. Wskutek zmian demograficznych rośnie liczba lekarzy emerytów, którzy w krótkiej perspektywie przestaną być aktywni zawodowo.

Trudna sytuacja kadrowa w polskim systemie ochrony zdrowia wymaga współpracy wszystkich uczestników systemu na rzecz:

- usprawnienia organizacji i wykorzystania obecnych zasobów;
- rozwoju kadr medycznych, w tym nowych zawodów medycznych;
- zapewnienia personelowi medycznemu warunków pracy, które pozwalają na maksymalne wykorzystanie ich czasu pracy i umiejętności.

Ochrona zdrowia

nakierowana na wartość dla pacjenta

Jednym z rozwiązań, które pozwolą świadczeniodawcom lepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów, jest koncepcja opieki zdrowotnej nakierowanej na wartość – *Value Based Healthcare (VBH)*. Wartość rozumiana jest jako osiągnięte efekty (wyniki) zdrowotne

u pacjenta w całym cyklu leczenia przy wykorzystaniu określonych zasobów. Według tej koncepcji tworzona wartość w ochronie zdrowia ma wymiar nie tylko ekonomiczny, ale również etyczny³².

Ochrona zdrowia nakierowana na wartość

Ochrona zdrowia nakierowana na wartość (*ang. Value Based Healthcare, VBH*): model świadczenia opieki zdrowotnej, w którym świadczeniodawcy, czyli szpitale i lekarze, otrzymują wynagrodzenie za uzyskanie określonego efektu zdrowotnego u pacjenta. Wartość definiowana jest jako iloraz wyników zdrowotnych istotnych dla pacjenta do kosztów uzyskania takiego wyniku. W ramach umów opartych na wynikach dostawcy są nagradzani za poprawę stanu zdrowia pacjentów, zmniejszanie skutków i częstości występowania chorób przewlekłych oraz udowodnione prowadzenie zdrowszego trybu życia przez pacjentów.

Według jednego ze współtwórców koncepcji VBH prof. M. Portera podstawowe cechy sprzyjające jej rozwojowi są następujące³³:

- Koncentracja na generowanej wartości w cyklu leczenia, nie na samych kosztach leczenia.
- Sprawna konkurencja między podmiotami leczniczymi oparta na rezultatach w całym cyklu leczenia.
- Tworzona wartość będąca efektem doświadczenia, ekspertyzy, specjalizacji danego podmiotu leczniczego.
- Konkurencja obejmująca obszar całego kraju, nie tylko lokalne i regionalne podmioty.
- Gromadzenie i udostępnianie danych o rezultatach leczenia oraz informacji cenowych niezbędne do wspierania rozwoju konkurencji nakierowanej na wartość.
- Tworzenie bodźców sprzyjających wdrażaniu innowacyjnych rozwiązań, które podnoszą wartość leczenia dla pacjentów.

Celem VBH nie jest osiągnięcie maksymalnej liczby świadczeń zdrowotnych, ale wysoki poziom usług, coraz większa ich dostępność i innowacyjność, odpowiednia koordynacja i integracja działań. Idea ta gwarantuje także efektywne dysponowanie ograniczonymi zasobami – personelem, finansowaniem, urządzeniami i lekami oraz czasem. Doświadczenia Holandii, USA oraz krajów skandynawskich z ostatnich kilkunastu lat potwierdzają, że VBH może generować te korzyści³⁴.

Wprowadzenie zasady opieki opartej na wartości może być szczególnie korzystne w przypadku stacji dializ. Uzyskanie i utrzymywanie dobrych wyników medycznych w opiece nefrologicznej pozwala pacjentom osiągnąć lepszy ogólny stan zdrowia. U efektywniej leczonych pacjentów choroba postępuje wolniej, a więc ich ogólny stan zdrowia i samopoczucie są lepsze. Mniejsza liczba powikłań oraz związanych z nimi, dni hospitalizacji stanowi bezpośrednie finansowe odciążenie budżetu państwa. Powoduje to dalszą redukcję kosztów badań diagnostycznych, kolejnych wizyt u lekarzy specjalistów czy leków.

dr Tomasz Prystacki,

Prezes Zarządu Fresenius Nephrocare Polska

Wprowadzanie nowoczesnych technologii do medycyny tworzy nowe możliwości dla systemu opieki zdrowotnej opartego na wynikach leczenia. Aby jednak system działał, należy przyjąć kryteria oceny wyników leczenia. Krzysztof Bury, Dyrektor Medyczny Scanmed S.A., zwraca w tym kontekście uwagę na konieczność ustalania tzw. KPI (*ang. Key Performance Indicators*) służących monitorowaniu wyników leczenia. Jednak – jak zauważa K. Bury – nie istnieją uniwersalne wskaźniki we wszystkich jednostkach chorobowych (poza wskaźnikami szpitalnymi jak np. średni czas hospitalizacji, liczba reoperacji czy rehospitalizacji). Inne są wskaźniki przy procedurach zabiegowych, a inne można odnieść do chorób przewlekłych.

Przykładowo w przypadku cukrzycy wskaźnikiem skutecznego leczenia może być wartość hemoglobiny glikowanej, a w przypadku niewydolności serca – częstość rehospitalizacji pacjenta. W przypadku chorób onkologicznych – 5-letnie przeżycie pacjenta. Podmiot medyczny wykonujący usługę powinien być premiowany, jeśli pacjent osiąga zamierzone postępy w procesie leczenia oceniane na podstawie tych wskazanych w danej jednostce chorobowej KPI.

Dobra praktyka

Metoda płacenia za wyniki (*ang. pay for performance, P4P*): powiązanie gratyfikacji finansowych z osiągnięciem określonych wyników i/lub wykonaniem określonych zadań przez poszczególnych pracowników, grupy lub organizacje. *Pay for performance* wiąże wysokość należności za udzielone świadczenie zdrowotne z osiągnięciem odpowiedniego poziomu jego jakości i skuteczności klinicznej. Wprowadza ekonomiczny mechanizm „nagradzania” i „karania” tych, którzy nie spełniają wymaganych standardów. Metoda P4P służy zwiększeniu efektywności opieki zdrowotnej, przy czym powinna głównie zapewnić podniesienie jakości opieki zdrowotnej, a nie być bezpośrednim narzędziem kontroli kosztów³⁵.

Kluczowe wskaźniki efektywności (KPI) w ochronie zdrowia



FUNKCJONOWANIE OCHRONY ZDROWIA



Źródło: „Raport otwarcia Value Based Healthcare. Nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia”¹⁵⁶

Budowanie systemu ochrony zdrowia opartego na dobru pacjenta i nakierowanego na wartość wymaga ciągłego monitorowania jakości świadczonych usług. W tym celu przeprowadzane są wśród pacjentów liczne ankiety po wizytach lekarskich, badania rynkowe i marketingowe. Analizuje się dane z ankiet, ewentualnych reklamacji, informacje od lekarzy i pracowników medycznych oraz telefony od pacjentów. W miarę możliwości przekłada się to na polepszenie jakości świadczonej usługi oraz skrócenie czasu oczekiwania na dostęp do lekarza. Prostym, ale sku-

tecznym rozwiązaniem polepszającym organizację pracy było wprowadzenie systemu potwierdzania lub odwoływania wizyt przez SMS. Pacjenci dostają przypomnienie o terminie umówionej wizyty lekarskiej, a jeśli im on nie pasuje, to mogą jednym kliknięciem odwołać lub przełożyć wizytę. Rozwiązanie to wspiera kształtowanie partnerskiej relacji z pacjentem oraz pozwala na lepsze zarządzanie czasem pracy lekarza.

Dobra praktyka

Monitorowanie wskaźników jakości leczenia

Celem działania było wdrożenie pomiarów w populacji pacjentów Medicover wskaźników jakości leczenia w wybranych, często występujących lub ważnych obszarach problemów medycznych jako stałego elementu nadzoru nad jakością opieki. Wdrożone w Medicover wskaźniki jakości leczenia w opiece ambulatoryjnej są wzorowane na uznanych standardach międzynarodowych, z pewnymi modyfikacjami dostosowującymi je do problemów zdrowotnych tej populacji pacjentów. Obecnie monitorowanie obejmuje 20 wskaźników w 4 grupach:

- Prawidłowe postępowanie w chorobach przewlekłych (m.in. leczenie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, astmy, chorób tarczycy, choroby wieńcowej i hiperlipidemii).
- Prawidłowe stosowanie i nienadużywanie antybiotyków (m.in. w infekcjach wirusowych).
- Profilaktyka, szczepienia i opieka w ciąży.
- Wskaźniki specjalistyczne dla wybranych obszarów medycznych.

Dzięki Tablicy Wyników lekarze mają dostęp online do swoich indywidualnych wyników w grupie pacjentów przez nich leczonych. Poprawa wybranych wskaźników jest jednym z celów medycznej kadry zarządzającej w Medicover.

Wskaźniki jakości medycznej są regularnie raportowane w cyklu miesięcznym, jak też widoczne online na Tablicy Wyników. Dzięki porównaniu wystandaryzowanych wskaźników z dostępnymi danymi z Polski lub międzynarodowymi można stwierdzić, że w Medicover uzyskuje się lepsze rezultaty leczenia, np. kontrolę nadciśnienia tętniczego u 78 proc. pacjentów (42 proc. w opiece publicznej), kontrolę cukrzycy u 72 proc. (23 proc.), wyrównanie niedoczynności tarczycy u 91 proc. (ok. 60 proc.) lub prawidłową farmakoterapię astmy 86 proc. (ok. 50 proc.). Antybiotyki są przepisywane tylko w 1 proc. infekcji wirusowych.

W Grupie Scanmed jakość świadczonych usług medycznych jest jednym ze 3 strategicznych obszarów działania. W celu zapewnienia jakości świadczonych usług wprowadzono tabelę monitorowania wskaźników jakościowych przygotowaną przez ekspertów Scanmed. Wskaźniki są raportowane i analizowane co miesiąc dla poszczególnych departamentów oraz dla całej Grupy. Obejmują one kilka kluczowych obszarów: wskaźniki dotyczące hospitalizacji, zdarzeń niepożądanych podczas hospitalizacji, odleżyn, błędów laboratoryjnych, zatrudnienia pracowników, zużycia środków do mycia i dezynfekcji, zakażeń szpitalnych, satysfakcji pacjentów czy specyficzne wskaźniki dotyczące powikłań okołoproceduralnych w kardiologii inwazyjnej. Łącznie jest to ponad 70 wskaźników, które pozwalają skutecznie monitorować jakość świadczonych usług oraz wprowadzać ewentualne działania naprawcze w poszczególnych obszarach.

System oparty na wynikach leczenia jest zbieżny z celami ubezpieczyciela. Należy wyleczyć pacjenta, a nie tylko leczyć. Im szybciej zostanie wyleczony, tym mniejsze koszty poniesie ubezpieczyciel w długim terminie.

Dorota Fal,

Polska Izba Ubezpieczeń

Value Based Healthcare łączy się też ze zmianami w sposobie myślenia, zwłaszcza świadczeniodawców. Ich świadomość kształtuje dużą odpowiedzialność za wykonywaną pracę oraz fakt, że w pewnym stopniu oddają część kontroli nad procesem leczenia samym pacjentom. Rośnie też wymiar etyki w medycynie. Wprowadzenie systemu ochrony zdrowia nakierowanego na wartość oznacza wymierne korzyści dla pacjentów³⁷:

1. Poprawę jakości i dostępności leczenia.
2. Poprawę wyników leczenia.
3. Poprawę koordynacji i integracji procesów terapeutycznych.
4. Zwiększenie efektywności kosztowej.

Telemedycyna w pandemii – katalizator rozwoju

Pandemia COVID-19 to niezwykle trudny test dla systemów ochrony zdrowia na całym świecie. Znaczenia nabrały takie aspekty, jak sprawne zarządzanie kadrą, wszechstronna i szybka obsługa pacjentów oraz – w stopniu niespotykanym dotąd w branży – umiejętność wykorzystania najnowszymi technologiami dla dobra pacjenta.

Szerokie wykorzystanie łączności zdalnej było widoczne szczególnie w czasie gwałtownego przebiegu pandemii koronawirusa.

Prywatne podmioty ochrony zdrowia bardzo szybko przekierowały kontakt z pacjentem na kana-

ły zdalne, co pozwoliło ograniczyć ryzyko infekcji pacjentów i personelu medycznego. Konsultacje w gabinetach zostały ograniczone do tych niezbędnych, a pacjenci przekonali się, że niekiedy wizyta u lekarza z powodzeniem może się odbyć za pośrednictwem Internetu. W prywatnych placówkach w Polsce udział zdalnej opieki w ogólnym świadczeniu usług szacuje się aktualnie na ok. 40 proc.³⁸ Najprawdopodobniej pandemia spowoduje, że wkrótce dojdzie do ok. 50 proc., ponieważ dzięki rozwiązaniom technologicznym rośnie bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy. Należy przy tym podkreślić, że **czym innym jest techniczna izolacja od pacjenta, a czym innym wykorzystanie telemedycyny do systematycznego prowadzenia pacjenta przez system ochrony zdrowia i realizacji jego potrzeb na kolejnych etapach leczenia.**

COVID-19 spowodował bardzo szybki rozwój telemedycyny. Sytuacja i reżim epidemiologiczny sprawiły, że stała się ona podstawowym narzędziem opieki nad pacjentami i ma przed sobą ogromną przyszłość, ponieważ wiele ich problemów możemy rozwiązać właśnie tą drogą. Trzeba jednak podkreślić, że nie wszystkie, dlatego uważamy, że telemedycyna w naszej ofercie będzie stanowić około 20–30 proc. wszystkich usług.

Anna Rulkiewicz,

Prezes Grupy LUX MED, Prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej, Wiceprezydent Pracodawców RP

Czym jest telemedycyna

Z definicji telemedycyna to zdalna forma udzielania zindywidualizowanego świadczenia zdrowotnego przez osoby wykonujące zawody medyczne. Telemedycyna stanowi element procesu profesjonalnej, skoordynowanej opieki medycznej nad pacjentem, która do osobistych wizyt dodaje element kontaktu zdalnego. Telemedycyna nie ma na celu zastąpienia profesjonalisty medycznego, lecz jedynie danie mu dodatkowych narzędzi do sprawowania skuteczniejszej opieki medycznej.

W branży medycznej technologia jest bezpośrednio powiązana z telemedycyną, czyli świadczeniem usług zdrowotnych za pośrednictwem narzędzi zdalnej komunikacji. Zaawansowana informatyzacja wpływa na jakość i szybkość obsługi pacjenta, a częścią systemu mogą być narzędzia do zdalnej diagnostyki pozwalające pacjentom samodzielnie wykonywać wiarygodne badania.

Wykorzystanie technologii pozwala pacjentom na m.in.:

- konsultacje ze specjalistami,
- umawianie wizyt,
- odbieranie wyników badań laboratoryjnych,
- dostęp do historii odbytych konsultacji i badań wraz z opisem,
- otrzymywanie zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki bez konieczności wizyty w placówce.

Wykorzystanie telemedycyny w różnych segmentach systemu ochrony zdrowia

MEDYCYNĄ RATUNKOWĄ:

1. Wstępny triaż
2. Monitorowanie stanu pacjentów, którzy nie są transportowani do szpitala
3. Wstępna ocena przedoperacyjna

OPIEKA SZPITALNA:

1. Umawianie i przypominanie o wizytach
2. Ocena przed- i pooperacyjna
3. Umożliwienie wcześniejszego wypisania pacjentów i dalszego monitorowania stanu zdrowia

MEDYCYNĄ RODZINNA:

1. Ułatwienie samodiagnozowania
2. Konsultacje zdalne dla osób o ograniczonej mobilności
3. Konsultacje ze specjalistami ograniczające niepotrzebne wizyty

DOMY OPIEKI:

1. Aplikacje edukacyjne i treningowe dla personelu
2. Konsultacje zdalne dla mieszkańców domów opieki
3. Alarmy i sensory do monitorowania upadków

OPIEKA DOMOWA, W TYM REHABILITACJA:

1. Wsparcie rehabilitacji, np. po udarach
2. Monitorowanie przebiegu powrotu do zdrowia
3. Modelowanie opieki dostosowanej do indywidualnych potrzeb
4. Wsparcie opiekunów

OPIEKA SPOŁECZNA:

1. Wsparcie pacjentów z demencją, zagrożonych upadkami i wymagających opieki paliatywnej
2. Wsparcie prawidłowego przyjmowania leków, samoopieki, wypracowania prawidłowych nawyków



Źródło: Connected health. How digital technology is transforming health and social care, Deloitte Centre for Health Solutions³⁹

Gwałtowny rozwój telekonsultacji pozwolił też dostrzec nowe wyzwania. Podmioty prywatne wskazują na rosnące znaczenie m.in. rozwoju ankietaevaluacji stanu pacjenta poprzedzającej udzielenie telekonsultacji (m.in. dzięki algorytmom sztucznej inteligencji) oraz konieczność stworzenia rozwiązań do zdalnego monitorowania efektów i bezpieczeństwa farmakoterapii. Wyzwaniem dla systemów informatycznych świadczeniodawców jest zapewnienie lekarzom dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta (m.in. poprzednich konsultacji, wyników badań dodatkowych) w trakcie konsultacji – konieczne jest powszechne wdrożenie dokumentów elektronicznych podpisanych cyfrowo. Wszystko to sprawia, że rośnie znaczenie digitalizacji zasobów i procesów oraz pojawia się konieczność ponoszenia coraz większych wydatków na systemy IT i bezpieczeństwo informatyczne ze względu na przetwarzanie bardzo wrażliwych danych, objętych tajemnicą lekarską.

Innowacje są bardzo istotne z punktu widzenia współpracy lekarza z pacjentem. Od jakości tej współpracy zależy też ocena wyników leczenia. Innowacje pozwalają na kontrolowanie procesu leczenia i monitorowanie interakcji z pacjentem. Zauważyć należy, że wymagają one także umocowania prawnego związanego z prywatnością pacjenta, magazynowaniem i wykorzystywaniem danych. Rewolucyjne zmiany w tym obszarze przyniosła pandemia koronawirusa, która niemal natychmiast rozpowszechniła telemedycynę, a nawet umożliwiła wystawianie zwolnień w trakcie teleporady. Trzeba podkreślić, że prowadzone zgodnie ze standardami usługi zdalne pozwalają lepiej wykorzystać czas pracy lekarza przy zachowaniu jakości leczenia pacjenta. W telemedycynie kluczowy jest także dostęp do historii medycznej, bo gwarantuje postawienie lepszej diagnozy i bardziej efektywne leczenie. Ogromnym wsparciem są e-recepty i e-skierowania. Fakt, że Ministerstwo Zdrowia wdrożyło te rozwiązania w całym systemie ochrony zdrowia, przekłada się bezpośrednio na percepcję społeczeństwa. Skoro MZ i NFZ promują tego typu świadczenia, to dla wielu pacjentów jest gwarancją ich zasadności i jakości. Potwierdzają to także badania.

Artur Białkowski,

Dyrektor Zarządzający ds. Usług Biznesowych,
Członek Zarządu Medicover Sp. z o.o.

Z najnowszych raportów Deloitte na temat globalnych trendów w opiece zdrowotnej wynika, że wirtualny rynek zdrowia będzie rósł. Siłą sprawczą tego rozwoju jest przede wszystkim zwiększające się zapotrzebowanie ze strony pacjentów, którzy chcą, aby opieka zdrowotna była „bardziej wygodna”, osadzona w ich codzienności zdominowanej przez smartfony i komputery. Technologie telemedyczne są również korzystne dla świadczeniodawców – mają pozytywny wpływ na osiągane wyniki leczenia, umożliwiają angażowanie pacjentów w dbanie o własne zdrowie, zmniejszają obciążenie zasobów i infrastruktury oraz pozwalają poświęcić więcej czasu pojedynczym pacjentom. Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii pokazało, że w przypadku pracy pielęgniarek dzięki wykorzystaniu telemedycyny można zredukować czas poświęcony na procedury administracyjne o 60 proc. oraz wydłużyć czas poświęcony na opiekę nad pacjentami o 29 proc.⁴⁰

Rynek telemedycyny nie tylko rośnie, ale również ewoluuje w kierunku dostarczania coraz bardziej kompleksowych świadczeń zdrowotnych. Tworzą go zarówno rozwiązania stosunkowo proste, przeznaczone dla pojedynczego pacjenta, jak i bardzo złożone, systemowe. W telemedycynie stosuje się także rozwiązania tzw. zdrowia mobilnego⁴¹ (*mHealth*). Oznacza to wykorzystanie urządzeń mobilnych (takich jak smartfony, tablety, urządzenia do monitorowania stanu zdrowia) oraz technologii (takich jak 5G, Bluetooth, GPS i GPRS) do świadczenia usług medycznych. Mogą one być stosowane indywidualnie, przez pojedyncze osoby, jak również stanowić element całego systemu ochrony zdrowia.

Stawiam odważną tezę, że podmioty sektora prywatnego z wielu powodów mają lepsze warunki oraz są bardziej skłonne do inwestowania w nowoczesne i kosztowne technologie informatyczne. Bez wątpienia są one przyszłością medycyny, służąc jako wsparcie procesu terapeutycznego i podnosząc szeroko rozumianą jakość obsługi pacjenta. Spodziewam się, że wraz z oczekiwanym wprowadzeniem odpowiednich mechanizmów premiujących jakość i efektywność leczenia to właśnie sektor prywatny, posiadający odpowiednie doświadczenie, narzędzia i infrastrukturę, będzie siłą napędową tych zmian.

Hubert Bojdo,

Prezes Grupy Scanmed

Telemedycyna rozwija się dynamicznie, jednak przede wszystkim w obszarze teleporad, czyli konsultacji wideo lub telefonicznych, także przez czat lub e-mail. Jednak często do pełnej oceny stanu zdrowia potrzebne jest badanie fizykalne, np. ocena gardła czy ucha, osłuchanie płuc w przypadku infekcji dróg oddechowych, ocena zmian skórnych itd., zmierzenie parametrów oceniających obiektywnie funkcje życiowe, np. saturacji, ciśnienia tętniczego, poziomu glikemii czy czynności serca. Pacjenci wskazują, że możliwość zbadania byłaby dużą korzyścią dla teleopieki. Ostatnio pojawił się szereg rozwiązań umożliwiających zdalne badanie i diagnostykę oraz monitorowanie parametrów życiowych w chorobach przewlekłych. Coraz ważniejszą rolę spełniać też będzie zdalna edukacja i wspomaganie pacjentów w samoopiece.

dr n. med. Piotr Soszyński,

Dyrektor ds. Strategicznego Doradztwa Medycznego w Medcover Polska

Rozwiązania zdrowia mobilnego

ROZWIĄZANIA INDYWIDUALNE

Pojedyncze rozwiązania dla indywidualnego użytkownika:

- Aplikacje i urządzenia umożliwiające zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia
- Inicjowane przez pacjentów, skoncentrowane na diecie, aktywności fizycznej, samopoczuciu

ROZWIĄZANIA SPOŁECZNE

Oparte na wsparciu i zaangażowaniu użytkowników poprzez sieci społeczne:

- Wykorzystanie mechanizmów grywalizacji⁴² zachęcających użytkowników do osiągania celów
- Przeznaczone dla indywidualnych użytkowników

ROZWIĄZANIA ZINTEGROWANE

Rozwiązania łączące aplikacje i urządzenia z systemem ochrony zdrowia:

- Technologie mobilne łączące pacjentów i świadczeniodawców
- Dopasowane do różnych grup użytkowników – pacjentów, lekarzy, zarządzających

ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE

Rozwiązania mające na celu wspieranie decyzji systemowych na podstawie analizy danych:

- Analiza złożonych danych pozyskiwanych z aplikacji
- Skoncentrowane na optymalnym zarządzaniu leczeniem poszczególnych schorzeń

Liczba rezerwacji dokonywanych przez Portal Pacjenta oraz aplikację mobilną Grupy LUX MED przewyższa liczbę rezerwacji dokonywanych w recepcji.

Rzeczywisty rozwój telemedycyny wspiera również technologia 5G, czyli nowy standard przesyłania danych w sieci komórkowej o zwiększonych parametrach wydajnościowych.

Dzięki jej wprowadzeniu możliwe staje się m.in.:

- skrócenie czasu przesyłania informacji;
- szybsza selekcja pacjentów (przesłanie danych do centralnej bazy, do której w czasie rzeczywistym mają dostęp specjaliści);
- szybsza prewencja, profilaktyka, diagnostyka i terapia.

Dobra praktyka

Pacjenci korzystający z usług sieci Medicover pozostają pod opieką koordynatora. Prowodzi on chorego przez cały proces leczenia, a zespół medyczny wspomagany przez system informatyczny ma możliwość wymiany danych, szybszego reagowania na potrzeby pacjenta oraz sprawniejszego podejmowania decyzji. Efektem dla chorego jest lepsza opieka, dla personelu – sprawniejsza praca.

Przy tworzeniu systemów telemedycznych należy w pierwszej kolejności myśleć o strategii całego podmiotu leczniczego, a dopiero w drugiej – o technologii, która umożliwi jej realizację. Pierwszym krokiem jest zdefiniowanie strategii, która umożliwi osiągnięcie zakładanych celów i rozszerzenie skali działania w przyszłości. Następnie, na etapie wyboru technologii, należy wziąć pod uwagę jej potencjalny wpływ na zaangażowanie pacjentów, przystępność cenową, transformację cyfrową oraz rozwój technik medycznych. Dla świadczeniodawców rozwój technologii telemedycznych może oznaczać rosnące możliwości zapewnienia właściwej opieki medycznej, w odpowiednim momencie i we właściwym miejscu, w sposób skoordynowany i systemowy.

Konieczna jest ocena decyzji inwestycyjnych – poprawa jakości analiz kosztowych i klinicznych, wpływu technologii na koszty i wyniki leczenia. Nie każdy szpital powinien inwestować we wszystko. Inwestycje powinny być dopasowane do potrzeb pacjentów, kompetencji lekarzy, skali działalności szpitali, otoczenia konkurencyjnego (dysponowanie technologiami przez innych uczestników rynku). Na przykład niektóre technologie mogłyby funkcjonować jako centra usług wspólnych dla kilku podmiotów. Wrażliwość na efektywność kosztową jest wyższa w sektorze prywatnym.

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka,

Uczelnia Łazarskiego,
Wiceprzewodnicząca
Rady Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia

Wykorzystanie telemedycyny

Medicover

Medicover rozwija informatyzację od początku działalności, m.in. już w 2007 r. wprowadził elektroniczną dokumentację medyczną, portal i aplikację dla pacjentów, możliwość kontaktu z lekarzem poprzez bezpieczny e-mail itd. Kontynuując cyfryzację, od 2012 r. w sieci wdrożono nowe kanały kontaktu z lekarzem poprzez czat, telefon lub wideo, stopniowo poszerzając zakres i dostępne specjalizacje. Teleporady są realizowane zarówno w formie doraźnej, dostarczane przez Telecentrum Medicover, jak i w formie umawianej, realizowane przez lekarzy pracujących w centrach medycznych. W 2019 r. porady i usługi telemedyczne stanowiły blisko 20 proc., a po uwzględnieniu dostępu do wyników badań diagnostycznych online ok. 40 proc. wszystkich kontaktów medycznych pacjentów Medicover. W 2020 r., w okresie nasilenia epidemii COVID-19, udział porad telemedycznych zwiększył się do 70 proc. Poziom NPS (*Net Promoter Score*) w telemedycynie wynosi ok. 70, natomiast 85 proc. pacjentów deklaruje, że taki rodzaj kontaktu z lekarzem jest łatwy i intuicyjny, a 70 proc. zauważa, że w ten sposób udało się rozwiązać problem zdrowotny lub skrócić czas jego rozwiązania.

Scanmed

Scanmed nieustannie promuje i rozwija informatyzację. W 2019 roku, zgodnie z przyjętym planem, wprowadzone zostały e-recepty, a w 2020 roku – e-skierowania. Pandemia SARS-CoV-2 przyspieszyła procesy związane z wdrożeniem teleporad i videoporad oraz przyczyniła się do zwiększenia wykorzystania tych kanałów komunikacji z pacjentami. Pomimo pandemii Grupa Scanmed skutecznie realizuje proces wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej w swoich szpitalach i centrach medycznych. Ten ambitny projekt nie tylko poprawi jakość dokumentacji, ale także skróci czas jej przygotowania i zwiększy komfort pracy personelu, co pozwoli jeszcze mocniej skupić się na kontakcie z pacjentem.

LUX MED

W LUX MED od 15% do 40% konsultacji (w zależności od specjalizacji) odbywa się telemedycznie, zaś w szczycie obostrzeń epidemicznych ta wartość przejściowo sięgała nawet 75%. Telemedycyna stanowi integralną część działalności, od kiedy w 2010 r. uruchomiono usługi teleradiologii dla szpitali. Dzięki późniejszym zmianom prawnym konsultacje zdalne udostępniono także pacjentom. Największy nacisk kładzie się na wykorzystanie telemedycyny do zapewnienia ciągłości i koordynacji opieki – lekarz i pacjent wybierają tę formę kontaktu w sytuacjach, gdy jest to usprawnienie dla procesu leczenia. W badaniach jakościowych dziewięciu na dziesięciu pacjentów korzystających z telekonsultacji deklaruje chęć ponownego użycia tej metody w przyszłości. Fundamentem umożliwiającym rozwój telemedycyny są m.in. kompleksowo wdrożona elektroniczna dokumentacja medyczna z podpisem cyfrowym oraz portal (korzysta z niego ponad 1 mln użytkowników), gdzie pacjent może bezpiecznie wykonać wszystkie czynności towarzyszące leczeniu – od rezerwacji terminu, poprzez telekonsultację, po odbiór wyników czy zaleceń. Ze względu na swój potencjał, telemedycyna to także jeden z głównych obszarów prac badawczo-rozwojowych i innowacyjności.

Nowoczesne rozwiązania telemedyczne niosą istotne korzyści dla pacjentów:

- 1.** Zwiększenie dostępności świadczeń medycznych – uniezależnienie od ograniczeń geograficznych, możliwość realizacji świadczeń w warunkach domowych.
 - 2.** Możliwość monitorowania stanu zdrowia pacjentów bez konieczności wizyty w placówce medycznej.
 - 3.** Usprawnienie procesu wydawania recept i zwolnień lekarskich.
 - 4.** Bezpieczeństwo w sytuacjach nadzwyczajnych, takich jak pandemia COVID-19.
 - 5.** Większa niezależność pacjentów w podeszłym wieku, z ograniczonymi możliwościami poruszania się, chorych przewlekle i przechodzących rehabilitację.
-

Zróbmy to razem!

Prywatna opieka zdrowotna jest ukierunkowana na dobro każdego pacjenta. Podkreśla znaczenie profilaktyki, znosi bariery w dostępie do leczenia, co widać np. w koncentracji na podstawowej opiece zdrowotnej i opiece ambulatoryjnej (lecznictwie otwartym). Znaczącą większość (ponad 90 proc.⁴³) wszystkich podmiotów świadczących usługi ambulatoryjne stanowią podmioty prywatne. Właśnie w obszarze podstawowej opieki medycznej, profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia otwartego leżą największe możliwości współpracy sektora publicznego i prywatnego, z korzyścią dla pacjenta. Koncentracja na tych aspektach jest również zgodna z koncepcją *Value Based Healthcare*, w której duży nacisk położony jest na zapobieganie schorzeniom, wczesne ich wykrywanie oraz wykorzystanie nowoczesnych technologii do leczenia w sposób najbardziej efektywny i wygodny dla pacjenta.

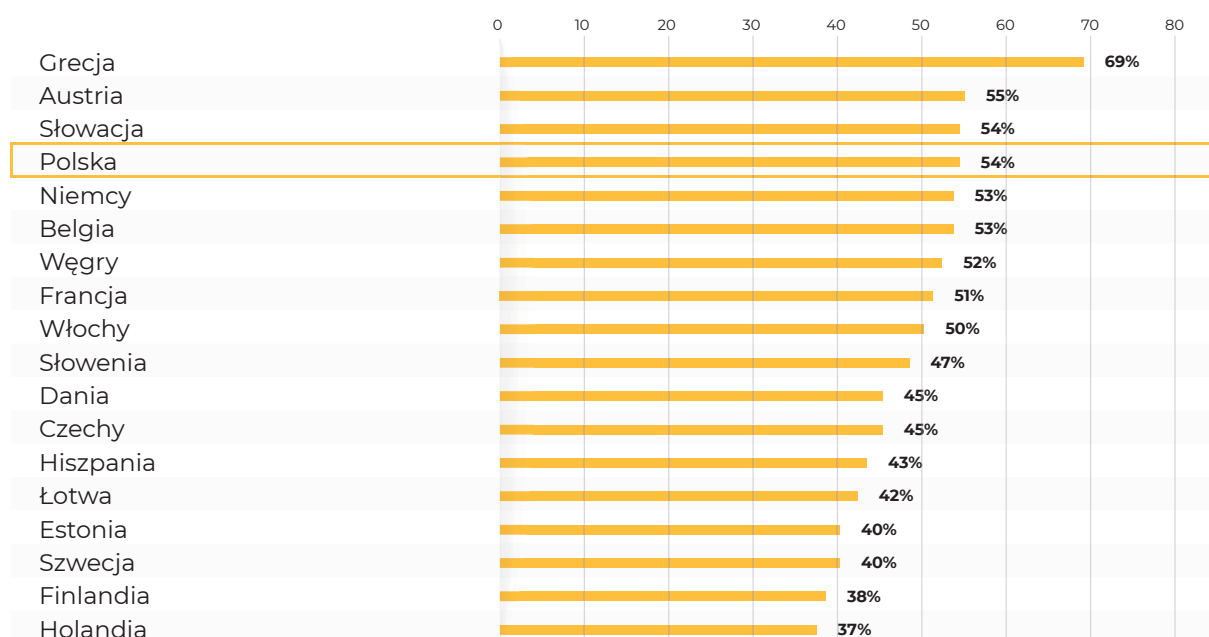
40 proc. szpitali w Polsce to placówki prywatne⁴⁴. W większości są to małe lecznice ukierunko-

wane na określone zabiegi. Kompleksową ofertę świadczą jedynie duże podmioty na rynku, takie jak szpitale wieloprofilowe, monoprofilowe oraz centra kardiologii inwazyjnej Grupy Scanmed w 16 miastach w Polsce, szpitale Medicover w Krakowie i Warszawie oraz szpitale Grupy LUX MED m.in. LUX MED Onkologia, Carolina Medical Center czy Szpital św. Elżbiety.

Według przedstawicieli prywatnego sektora przyszłością systemu ochrony zdrowia nie są jednak większe i mniejsze kliniki, ale nowoczesne ambulatoria.

Opieka ambulatoryjna jest przyjazna pacjentowi, wydajniejsza i wygodniejsza niż opieka szpitalna. Jednocześnie jej organizacja jest znacznie tańsza niż budowa nowoczesnego szpitala.

Udział leczenia szpitalnego w wydatkach na opiekę leczniczą w wybranych krajach w 2018 r. (mierzone liczbą badań)



Źródło: Deloitte na podstawie danych NFZ

Dobra praktyka

W części ambulatoryjnej Medicover wprowadzono systemy zarządzania jakością medyczną (*Evidence Based Care*) oraz wsparcia decyzji lekarskich (*Clinical Decision Support System*). Pierwszy z nich pozwala na uniknięcie niepotrzebnych pacjentowi badań, drugi w czasie rzeczywistym ocenia prawidłowość diagnozy. To przekłada się na lepsze wykorzystanie czasu pracy lekarza oraz wymierne korzyści zdrowotne dla pacjenta.

Dobra praktyka

Fresenius Nephrocare Polska od początku swojej działalności inwestuje w system ochrony zdrowia. Firma buduje nowe ośrodki od podstaw lub modernizuje przyszpitalne stacje dializ w całym kraju, tworząc nowoczesną infrastrukturę do zapewnienia jak najskuteczniejszego leczenia pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek. Nowe ośrodki charakteryzują się znacznie wyższym komfortem dla użytkowników – dla zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Firma wyposaża je w nowoczesny sprzęt medyczny (m.in. aparaty do dializ, systemy uzdatniania wody, systemy dystrybucji koncentratu) i oferuje nowe technologie leczenia nerkozastępczego, takie jak dializa wysokoprzepływowa czy hemodiafiltracja. W całym kraju firma stworzyła kilkadziesiąt nowych stacji dializ, zapewniając tym samym dostęp do leczenia nerkozastępczego dla pacjentów, którzy często musieli jeździć co drugi dzień na leczenie ratujące życie do innego powiatu. Ośrodki Centrum Dializ Fresenius wspierają funkcjonowanie publicznych szpitali, współpracując np. w zakresie wykonywania leczenia w trybach ostrych.

Aby zwiększyć satysfakcję pacjentów, prywatne podmioty chcą dokładnie znać ich opinie na temat świadczonych usług. Służą temu różnorodne narzędzia, np. ankiety i kwestionariusze. Analizuje się opinie w mediach społecznościowych, reklamacje czy podziękowania. Prowadzone są też badania zewnętrzne (np. typu „tajemniczy pacjent”). Pierwszym krokiem przy przyjęciu optyki „pacjentocentrycznej”

jest profilaktyka. To jedno z najważniejszych działań, jakie prowadzą podmioty niepubliczne. Na przykład Diagnostyka, największa w Polsce sieć prywatnych laboratoriów medycznych, od wielu lat przeprowadza ogólnopolskie akcje edukacyjno-profilaktyczne, w których co roku bierze udział kilkadziesiąt tysięcy pacjentów.

Dobra praktyka

W celu lepszego zrozumienia potrzeb pacjenta, a także usprawnienia i optymalizacji procesów po stronie pracownika, Grupa LUX MED prowadzi projekt Mapowania Doświadczeń Pacjentów. Głównymi założeniami projektu są:

- poznanie potrzeb, oczekiwań i doświadczeń pacjentów oraz określenie punktów, które powodują niską satysfakcję pacjenta;
- opracowanie Mapy Podróży Pacjenta, uwzględniającej wszystkie punkty styku pacjentów w różnych obszarach działania poszczególnych jednostek w ramach Grupy LUX MED;
- opracowanie standardów obsługowo-operacyjnych dla każdej grupy zawodowej w poszczególnych jednostkach, które usprawnią procesy kontaktu z pacjentem w danym obszarze;
- ustalenie rekomendacji na podstawie analizy reklamacji, satysfakcji oraz badania ankietowego.

Dzięki rekomendacjom wynikającym z Mapy Podróży Pacjenta udaje się usuwać poszczególne punkty, które powodują niską satysfakcję pacjenta i mogą wpływać na polecenie Grupy LUX MED. W tym celu prowadzony jest również projekt monitoringu jakości, w którym omawiane są informacje z takich źródeł jak reklamacje, opinie pacjentów z systemu Medallia i wyniki audytów tajemniczego pacjenta. Tak szeroka analiza jest omawiana z kadrą Centrów Medycznych i wspólnie wypracowywane są działania do podjęcia w trybie priorytetowym, aby zwiększać satysfakcję pacjentów.

Dobra praktyka

Rola prywatnych placówek opieki medycznej nie zaczyna się i nie kończy na diagnozie oraz leczeniu pacjentów. Trudny do przecenienia jest również ich wkład w profilaktykę zdrowotną. Jednym z najbardziej widocznych przykładów może być zaangażowanie Grupy LUX MED w kwestie walki z nowotworami. Nowotwory są drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów w Polsce (co roku umiera na nie ok. 100 tys. osób). Firma od 2013 r. wraz z Polskim Komitetem Zwalczania Raka i Fundacją Wygrajmy Zdrowie prowadzi projekt Onkonawigator adresowany do pacjentów (edukacja na temat ryzyka onkologicznego) oraz lekarzy (wzmacnianie kompetencji, koordynowanie opieki). Dotychczas objęto nim ponad 5 tys. pacjentów.

Jednocześnie obok kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego LUX MED zdecydował się otoczyć dodatkowo opieką psychologiczną chorych i ich rodziny w szpitalach onkologicznych LUX MED Onkologia. Pomocy udzielają doświadczeni psychoonkolodzy oraz grupy wsparcia tworzone we współpracy z organizacjami pacjentów. Celem programu jest zapobieganie powstawaniu poczucia anonimowości i wspólne przejście z chorym i jego bliskimi przez trudny czas.

Skuteczne partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) lub inne formuły współpracy sektora publicznego i prywatnego to olbrzymia szansa na duże zmiany w systemie ochrony zdrowia.

Partnerstwo publiczno-prywatne oznacza partnerską relację między podmiotami sektora publicznego i prywatnego w celu współpracy/współfinansowania konkretnych zadań czy projektów. Przykłady już istnieją. Z powodzeniem działają już w publicznych szpitalach pracownie diagnostyki obrazowej prywatnych spółek (LUX MED, Tomma, WizjaMed). Prywatne podmioty ponoszą nakłady na sprzęt, technologię, specjalistów – także w zakresie radioterapii czy operacji z wykorzystaniem robotów medycznych. Poza wiedzą i innowacjami, którymi na szerszą skalę chce się dzielić prywatny sektor, podmioty publiczne zwykle są zainteresowane wykorzystaniem PPP również z powodu uzyskiwania wzorców sprawniejszego i lepszego zarządzania przez firmy prywatne oraz perspektywy oszczędzania środków publicznych.

Generalnie w Polsce inwestycje typu PPP w działalności leczniczej realizowane są w niewielkim zakresie. Wiele projektów PPP upadło. Na przeszkodzie staje zwykle ryzyko inwestycyjne. Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma odpowiedniej polityki finansowania polegającej np. na zawieraniu wieloletnich kontraktów.

Nie powinno mieć znaczenia czy cele z zakresu opieki zdrowotnej spełnia podmiot prywatny, czy publiczny. Kluczem jest dobrze zdefiniowane zadanie - zasady kontraktu, poparte kryteriami rozliczenia nakierowanymi na odpowiedzialność za skuteczne leczenie pacjenta, połączone z efektywnością ekonomiczną. Istotnym kryterium wypełniania tych zadań powinna być także ocena świadczeniobiorcy dokonywana przez pacjentów

Michał Rybak,

Wiceprezes Zarządu ds. Operacyjnych LUX MED

Według przedstawicieli sieci laboratoriów Diagnostyka to obowiązujące przepisy prawne, schematy organizacyjne i różnice w metodach zarządzania podmiotami prywatnymi oraz publicznymi powodują pewne uciążliwości we współpracy. Diagnostyka zwraca uwagę na m.in. problem przygotowywania przetargów na usługi diagnostyczne w oderwaniu od realiów pracy i funkcjonowania laboratoriów.

Szersze zaistnienie PPP w polskiej rzeczywistości opieki zdrowotnej hamują też utrwalone przekonania. Po pierwsze, że system publiczny i prywatny nie mogą współistnieć, oraz po drugie, że prywatna służba zdrowia jest tylko dla zamożnych. Prywatny sektor jest jednak przekonany, że wszystkie te bariery, dzięki trafnym rozwiązaniom prawno-organizacyjnym oraz zmianom w podejściu i postrzeganiu współpracy w formule PPP, zostaną z czasem pokonane.

Partnerstwo publiczno-prywatne to:

- przewidywalność budżetu;
- niższe koszty;
- przestrzeganie ściśle określonych warunków, na które składają się zarówno wskaźniki jakościowe, jak i wydajnościowe.

Daje to gwarancję, że potrzeby z obszaru opieki zdrowotnej będą zaspokajane na wysokim poziomie. Partnerstwo publiczno-prywatne sprzyja także innowacyjności w opiece zdrowotnej, zarówno w obszarze modelu opieki nad pacjentem, jak i sposobu pracy personelu medycznego.

Andrzej Mądrała,

Wiceprezydent Pracodawców RP

W odróżnieniu od sektora publicznego jednostki działające w systemie prywatnym są bardziej elastyczne w takich kwestiach, jak zmiany organizacyjne, programy motywacyjne, polityka wynagrodzeń czy mobilność pracowników. Wszystkie te czynniki sprawiają, że model partnerstwa publiczno-prywatnego wydaje się właściwym rozwiązaniem. Niezależnie od trudności w realizacji projektów PPP w ścisłym rozumieniu współpraca między podmiotami prywatnymi i publicznymi jest codziennością. W interesie wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym pacjentów,

leży jak najlepszy przebieg tej współpracy. Należy przy tym pamiętać, że ani pacjentów, ani płatników nie interesują stosunki własnościowe świadczeniodawców. Pacjentom zależy na skutecznym leczeniu prowadzonym w dobrych warunkach, natomiast płatnikom na stosowaniu efektywnych kosztowo metod diagnozy i terapii. Najważniejsze wydaje się stworzenie takich form współpracy sektora publicznego z prywatnym, aby przy wykorzystaniu posiadanego potencjału uruchomić wspólne działania skoncentrowane na zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych polskich pacjentów.

Rola sektora prywatnego w zwiększeniu dostępności systemu ochrony zdrowia

Sektor prywatny w Polsce od początku swego rozwoju odciążał i nadal odciąża sektor publiczny. Abonamenty medyczne służą dziś ok. 2 mln pacjentów, którzy praktycznie nie korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) finansowanej przez NFZ. Tacy pacjenci, mimo że odprowadzają składkę zdrowotną, lecząc się w ramach abonamentu opłacanego przez pracodawcę, zwiększając tym samym dostępność świadczeń POZ i AOS finansowanych ze środków publicznych dla pozostałych pacjentów. Tego obrazu dopełniają prywatne praktyki i ośrodki specjalistyczne, laboratoria diagnostyczne, centra diagnostyki obrazowej, szpitale chirurgii jednego dnia i pewna liczba szpitali ogólnych. W tym kontekście pojawia się kwestia ubezpieczeń zdrowotnych, które mogłyby wzmocnić sektor prywatny, ale także odciążać publicznego płatnika.

Powstaje w związku z tym potrzeba określenia roli i miejsca podmiotów prywatnych w publicznym systemie opieki zdrowotnej.

Podsumowanie

Wspólnym mianownikiem obydwu sektorów opieki zdrowotnej w Polsce jest pacjent – jego zdrowie i profilaktyka chorób. Również trudności, z którymi obecnie mierzy się system ochrony zdrowia w Polsce, dotyczą zarówno świadczeniodawców publicznych, jak i prywatnych. Przede wszystkim są to braki kadrowe i nagłe obciążenie systemu związane z epidemią COVID-19. Podmioty prywatne dysponują wykwalifikowaną kadrą, wiedzą, niezbędną infrastrukturą i doświadczeniem wypracowanymi na przestrzeni lat. Co więcej – sektor prywatny jest gotowy do dzielenia się z sektorem publicznym tymi zasobami. Na szczególną uwagę zasługują dobre praktyki prywatnych placówek w zakresie innowacji i zarządzania.

System ochrony zdrowia w Polsce musi się zmieniać, aby zgodnie z koncepcją *Value Based Healthcare* koncentrować się na wartości dla pacjenta i efektach leczenia. Jest to szczególnie istotne w obliczu doświadczeń związanych z pandemią koronawirusa, która uświadomiła wszystkim, jak ważne są sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, jego elastyczność i szybkość reagowania, zdolność zapewnienia wszystkim pacjentom właściwej opieki i odporność na sytuacje kryzysowe. Ważne jest, aby w przyszłym kształcie systemu ochrony zdrowia została dostrzeżona i uwzględniona rola prywatnej opieki medycznej.

Kluczowe propozycje prywatnych świadczeniodawców medycznych obejmują:

1. Organizację systemu skoncentrowanego na pacjencie oraz stworzenie długookresowej strategii działania systemu ochrony zdrowia, uwzględniającej zmiany demograficzne, społeczne i ekonomiczne.
2. Wprowadzenie modelu opieki zdrowotnej opartego na wartości.
3. Stworzenie mechanizmów oceny, które będą bodźcem do poprawy jakości świadczeń i zwiększania innowacyjności świadczeniodawców.
4. Wykorzystanie doświadczenia sektora prywatnego w obszarze organizacji opieki, od profilaktyki, poprzez procedury diagnostyczne, no-terapeutyczne, po wdrażanie nowych rozwiązań opieki zdalnej i telemedycyny, jak również w zakresie zarządzania pracą personelu medycznego, w tym opieki skoncentrowanej na pacjencie.
5. Wykorzystanie zasobów systemu prywatnego w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.
6. Racjonalizację systemu opieki, w tym zwiększenie roli i znaczenia leczenia otwartego.
7. Inwestycje w zdrowie publiczne i innowacyjne technologie.

Organizacja systemu skoncentrowanego na pacjencie oraz stworzenie długookresowej strategii działania systemu ochrony zdrowia uwzględniającej zmiany demograficzne, społeczne i ekonomiczne

Zmiany w systemie ochrony zdrowia powinny być skoncentrowane na pacjentach oraz ich zmieniających się potrzebach, ponieważ pozwala to efektywnie wykorzystywać zasoby systemu, dzięki czemu społeczeństwo odnosi większe korzyści z efektów leczenia i profilaktyki chorób. System opieki powinien zapewniać dostęp do wszystkich świadczeń, w tym do innowacyjnych technologii medycznych, a pacjent i jego bezpieczeństwo zdrowotne muszą być punktem wyjścia wszelkich rozwiązań.

Wprowadzenie modelu opieki zdrowotnej opartego na wartości i efektach

Kluczowe jest wprowadzenie modelu skoncentrowanego na efektach całego procesu leczenia (a nie pojedynczych świadczeń), który pozwala na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, pobudza konkurencję między podmiotami leczniczymi w oparciu o wyniki leczenia oraz tworzy bodźce do wdrażania innowacyjnych rozwiązań z myślą o pacjencie.

Stworzenie mechanizmów oceny, które będą bodźcem do poprawy jakości świadczeń i zwiększania innowacyjności świadczeniodawców

System ochrony zdrowia powinien zachęcać świadczeniodawców do stałego podnoszenia jakości usług, wprowadzania nowoczesnych, coraz skuteczniejszych metod leczenia. Niezbędne w tym zakresie jest gromadzenie i udostępnianie odpowiednich danych dotyczących wyników leczenia, a także właściwe informacje cenowe (rynkowe).

Wykorzystanie doświadczenia sektora prywatnego w obszarze organizacji opieki (model opieki nad pacjentem, od profilaktyki po procedury diagnostyczno-terapeutyczne), jak również sposoby pracy personelu medycznego, w tym opieki skoncentrowanej na pacjencie

Sektor prywatny dysponuje dużym doświadczeniem i wiedzą, wypracowanymi przez lata rozwojem, które mogą być wykorzystane w całym systemie ochrony zdrowia. W szczególności wartościowe są doświadczenia w zakresie organizacji opieki nad pacjentami i pracy personelu, które mogą być jednym z rozwiązań problemu braków kadrowych.

Wykorzystanie zasobów systemu prywatnego w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego

Warto, aby dostrzeżono rolę świadczeniodawców prywatnych w całym systemie ochrony zdrowia i rozwijano współpracę między podmiotami publicznymi i prywatnymi. Doświadczenia z okresu pandemii COVID-19 wskazują, że świadczeniodawcy prywatni mogą spełniać rolę faktycznego partnera w rozwiązywaniu istotnych problemów systemowych.

Racjonalizacja systemu opieki, w tym zwiększenie roli i znaczenia lecznictwa otwartego

Rozwój i poszerzenie skali wykorzystania lecznictwa otwartego to szanse na lepsze wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia z uwagi na znacznie niższe koszty w porównaniu z leczeniem szpitalnym, przy zapewnieniu również większego komfortu i oszczędności czasu pacjentom i pracownikom medycznym.

Inwestycje w zdrowie publiczne i innowacyjne technologie

Inwestowanie w opiekę zdrowotną jest równocześnie inwestycją w zdrowe społeczeństwo i pracowników aktywnie uczestniczących w życiu zawodowym. Wykorzystanie technologii niesie ze sobą również korzyści dla całego systemu ochrony zdrowia, czego dobrym przykładem jest wykorzystanie technologii telemedycznych w czasie pandemii pozwalające na zwiększenie wydajności systemu przy zachowaniu standardów bezpieczeństwa pacjentów i pracowników. Dzisiaj już chyba nie trzeba nikogo przekonywać, że inwestycja w zdrowie, zachowanie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, przekłada się na sprawne funkcjonowanie i rozwój państwa.

Wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia powinni rozważyć wskazane poniżej cele i działania, zarządzając kadrami i myśląc o ich rozwoju w przyszłości.

Optymalne wykorzystanie czasu pracy i kompetencji personelu

Organizacja systemu powinna zapewnić wszystkim pracownikom maksymalne wykorzystanie ich umiejętności, przewidywać zmiany zachodzące w sposobie świadczenia usług medycznych, zmniejszać ryzyko nadmiernego obciążenia pracą i wypalenia zawodowego. Organizacja systemu powinna być dostosowana do sposobu świadczenia usług, który będzie przynosił największe korzyści pacjentom i tworzył dobre warunki pracownikom służby zdrowia.

Stąły rozwój kadr i technologii

Wyposażenie kadr medycznych w umiejętności i narzędzia, które pozwolą im dostosować się do zmieniających się warunków świadczenia usług medycznych, również do uwarunkowań rynkowych. Kadry medyczne powinny dostosować się do systemu skoncentrowanego na pacjencie i opartego na wynikach leczenia. Inwestować należy przede wszystkim w pracowników i technologie, które będą miały największy wpływ na efekty leczenia lub dostępność świadczeń. Podmioty działające w dziedzinie ochrony zdrowia muszą myśleć przede wszystkim o tym, jak ich pracownicy będą pracować jutro, a nie o tym, jak pracowali do tej pory.

Prywatny sektor ochrony zdrowia jest gotowy włączyć się w misję publiczną wszędzie tam, gdzie jest taka potrzeba. Zawsze czuliśmy się częścią systemu, bo leczymy tych samych pacjentów.

Anna Rulkiewicz,

Prezes Grupy LUX MED,
Prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej, Wiceprezydent Pracodawców RP

Informacje o raporcie

Niniejsze opracowanie („Raport”) stanowi opis roli dobrych praktyk w zarządzaniu kadrą medyczną oraz ich wpływu na jakość i efektywność usług świadczonych przez prywatną opiekę zdrowotną. Analiza przygotowana przez zespół ekspertów Deloitte Advisory spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k. („Deloitte”) powstała na zamówienie Pracodawców Medycyny Prywatnej („PMP”). Deloitte dołożył należytych starań, aby był on bezstronny i obiektywny, a zleceniodawca nie miał wpływu na tezę ani wymowę opracowania. Ze względu na swój charakter niniejsze opracowanie ma ograniczony zakres – opiera się na danych pozyskanych ze źródeł pierwotnych oraz wtórnych. Jako pierwotne źródła danych wykorzystane zostały wywiady pogłębione z przedstawicielami organizacji i firm członkowskich Pracodawców Medycyny Prywatnej oraz materiały zebrane podczas dyskusji w formie okrągłego stołu z przedstawicielami PMP. Źródła danych wtórnych to powszechnie dostępne raporty oraz analizy branżowe, analizy dostępnych baz danych oraz informacje o dobrych praktykach przekazane przez PMP, jak również efekty analizy typu desk research. Opracowanie powstało w okresie sierpień – grudzień 2020.

Raport służy wyłącznie do celów informacyjnych użytkownika, ale jest mało prawdopodobne, aby spełniał wymagania lub cele takiego użytkownika. Raport nie stanowi podstawy do jakichkolwiek opinii prawnych ani innych wniosków. Deloitte nie ponosi żadnej odpowiedzialności wobec użytkowników lub osób trzecich, które uzyskały dostęp do Raportu, ani za opinie wyrażone w Raporcie lub zawarte w nim informacje. Jeśli pomimo niniejszych warunków, którykolwiek użytkownik zdecyduje się polegać na Raporcie lub jakiegokolwiek jego części, zgadza się, że robi to na własne ryzyko i bez roszczeń wobec Deloitte, Deloitte Touche Tohmatsu Limited i wszystkich innych firm członkowskich Deloitte Touche Tohmatsu Limited i jej podmiotów stowarzyszonych, ich partnerów, zleceniodawców, członków, właścicieli, dyrektorów, pracowników,

współpracowników, podwykonawców i agentów, jak również ich poprzedników, następców i cesjonariuszy („Strony Deloitte”). Jeżeli użytkownik zdecyduje się polegać na jakiegokolwiek części Raportu, jest odpowiedzialny za przeprowadzenie własnych niezależnych czynności, starań i badań. W związku z tym, w najszerszym zakresie dozwolonym przez prawo, użytkownik zgadza się, że Deloitte i Strony Deloitte nie będą miały żadnych obowiązków ani odpowiedzialności wobec użytkownika w związku z lub wynikających z dostępu do Raportu.

Raport jako całość lub jakakolwiek jego część nie stanowi opinii eksperta. Raport powinien być traktowany jako całość. Analiza poszczególnych fragmentów może zaburzyć odbiór i przekaz wniosków.

Treść Raportu oparta jest na informacjach dostępnych Deloitte w momencie jego sporządzania. Deloitte nie przeprowadził niezależnej weryfikacji poprawności i kompletności informacji i nie bierze żadnej odpowiedzialności za dokładność i kompletność informacji i danych.

Deloitte zobowiązuje się i gwarantuje, że:

- Wszelkie działania w ramach przygotowanie Raportu były wykonywane z należytą starannością oczekiwaną od profesjonalistów posiadających odpowiednią wiedzę i odpowiednie doświadczenie;
- W zakresie prawnie dozwolonym wszelkich innych gwarancji, wyraźne lub dorozumiane, w tym między innymi gwarancje przydatności handlowej i przydatności wyniku Raportu do określonego celu.

Deloitte nie składa żadnych oświadczeń i nie przyjmuje żadnej odpowiedzialności za skutki jakiegokolwiek późniejszych zdarzeń, które miały miejsce po przygotowaniu Raportu i mogą mieć wpływ na ocenę i interpretację Raportu.

METODA BADAWCZA	OPIS
Analiza literatury	Analiza raportów krajowych i zagranicznych mająca na celu uzyskanie informacji na temat charakterystyki polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym roli świadczeniodawców prywatnych.
Analiza danych	Analiza baz danych krajowych i zagranicznych mająca na celu uzyskanie danych charakteryzujących polski system ochrony zdrowia oraz porównanie z systemami zagranicznymi.
Analiza dobrych praktyk	Analiza dobrych praktyk stosowanych przez podmioty prywatne mająca na celu identyfikację praktycznych przykładów działania świadczeniodawców prywatnych.
Wywiady	Wywiady indywidualne z ekspertami z branży służące pozyskaniu informacji o charakterze jakościowym i studiów przypadku.

Źródła

1. Bazy danych: GUS, NFZ, OECD, WHO.
2. Nicholas Bloom, Raffaella Sadun, John Van Reenen, *Does Management Matter in Healthcare*, 2014.
3. Marek Bugdol, Justyna Bugaj, Izabela Stańczyk, *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia*, 2012.
4. Hubert Bukowski, Katarzyna Pogorzalczyk, *Polish Healthcare Sector. Overview, evolution and opportunities*, 2019.
5. Piotr Czauderna, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Paweł Górski, Tomasz Hryniewiecki, *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, 2019.
6. Deloitte, *Winning in the future of medtech. Novel partnerships with consumer tech to transform care delivery*, 2019.
7. Deloitte, *The future of virtual health*, 2020.
8. Deloitte, *Connected Health. How Digital technology is transforming health and social care*, 2015.
9. Deloitte, *2020 Global Health Care Outlook. Laying a foundation for the future*, 2019.
10. Deloitte, *Forces of change. The future of health*, 2019.
11. Deloitte, *Shaping the physician of the future. An evolving care model in the health care ecosystem*, 2019.
12. Deloitte, *Teleopieka i telemedycyna. Case study – przykłady zastosowań w Wielkiej Brytanii*, 2015.
13. Deloitte, *Jak wprowadzić w Polsce opiekę farmaceutyczną. Rola i wyzwania współczesnej apteki*, 2018.
14. GUS, *Raport o uczelniach wyższych 2017/2018*, 2018.
15. Imperial College London, *Evaluating the impact of private providers on health and health systems*, 2017.
16. Praca zespołowa pod kierunkiem dr. Andrzeja Mądrali, *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*, 2013.
17. Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, 2019.
18. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023*, 2019.
19. Polska Federacja Szpitali, Narodowy Fundusz Zdrowia, *Zbiór przykładów dobrych praktyk zarządczych w podmiotach leczniczych*, 2020.
20. Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej, Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, *Nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia. Raport otwarcia Value Based Healthcare*, 2019.
21. Michael E. Porter, *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, 2005.
22. Tuna Tasan-Kok, Magdalena Załączna, *Partnerstwo publiczno-prywatne w rozwoju przestrzeni miejskiej. Polska praktyka na tle regulacji unijnych*, 2010.
23. Watch Health Care, *Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych – diagnostyka*, 11 października 2017.
24. Wywiady z przedstawicielami instytucji prywatnej opieki zdrowotnej zrzeszonych w PMP oraz z ekspertami współpracującymi z systemem ochrony zdrowia w Polsce.
25. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, Warsaw Enterprise Institute, *Strategia Zdrowie dla Polski*, 2019.

Przypisy

- ¹ W raporcie używane są określenia: „SARS-CoV-2” (oznaczające wirusa z grupy koronawirusów), COVID-19 (oznaczające chorobę wywoływaną przez wirusa SARS-CoV-2) oraz „pandemia COVID-19” (oznaczające epidemię choroby COVID-19 o globalnym zasięgu).
- ² Na podstawie danych OECD, <https://stats.oecd.org/>.
- ³ Zob. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, rpwdl.csioz.gov.pl.
- ⁴ Na podstawie danych PMP – w sierpniu 2020 r. ok. 40 proc. wszystkich usług ambulatoryjnych w LUX MED było dostarczanych z wykorzystaniem telemedycyny.
- ⁵ Stan na grudzień 2020.
- ⁶ Zob. raport Najwyższej Izby Kontroli *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, 2019.
- ⁷ Zob. *Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023*.
- ⁸ Zob. *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*.
- ⁹ Zob. *Evaluating the impact of private providers on health and health systems*.
- ¹⁰ Zob. *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*.
- ¹¹ Zob. *Strategia Zdrowie dla Polski*.
- ¹² Na podstawie *Priorytetów zdrowotnych w kontekście demograficznego i gospodarczego rozwoju Polski*.
- ¹³ Raport NIK, *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, 2019.
- ¹⁴ Dane Polskiej Izby Ubezpieczeń i Eurostatu.
- ¹⁵ Na podstawie danych Polskiej Izby Ubezpieczeń.
- ¹⁶ Dane Polskiej Izby Ubezpieczeń.
- ¹⁷ Na podstawie raportu NIK *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, 2019.
- ¹⁸ Dane OECD dotyczące 2019 r.
- ¹⁹ Dane OECD dotyczące 2017 r.
- ²⁰ Dane GUS dotyczące 2018 r.
- ²¹ Dane GUS dotyczące 2019 r.
- ²² Zob. Deloitte, *2020 Global Health Care Outlook. Laying a foundation for the future*, 2019.
- ²³ Na podstawie danych OECD, <https://stats.oecd.org/>; ostatnie dostępne dane dla Polski dotyczą 2017 r.
- ²⁴ Zob. <https://izba-lekarska.pl/monitor-lekarski/w-polsce-brakuje-68-tysiecy-lekarzy/>.
- ²⁵ Na podstawie danych OECD, <https://stats.oecd.org/>, oraz GUS, <https://stat.gov.pl/>.
- ²⁶ Dane dla Polski zostały przedstawione na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczących 2020 r., dla pozostałych krajów – na podstawie danych OECD dotyczących 2017 r. W przypadku Polski uwzględniony został udział lekarzy w wieku 56 lat lub więcej.
- ²⁷ Różnice w danych przedstawionych w wykresach wynikają z tego, że dane GUS obejmują przedział wiekowy lekarzy powyżej 55. roku życia, natomiast dane Naczelnej Izby Lekarskiej – powyżej 56. roku życia.
- ²⁸ Na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.
- ²⁹ Na podstawie danych GUS.
- ³⁰ Szerzej omówione w raporcie *Jak wprowadzić w Polsce opiekę farmaceutyczną. Rola i wyzwania współczesnej apteki*, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl-raport-jak%20wprowadzic-w-Polsce-opieke-farmaceutyczna.pdf>.
- ³¹ Zob. *Shaping the physician of the future: An evolving care model in the health care ecosystem*.
- ³² Zob. *Nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia. Raport otwarcia Value Based Healthcare*.

- ³³ Zob. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.*
- ³⁴ Zob. *Nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia. Raport otwarcia Value Based Healthcare.*
- ³⁵ Zob. *Nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia. Raport otwarcia Value Based Healthcare.*
- ³⁶ Zob. *Nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia. Raport otwarcia Value Based Healthcare.*
- ³⁷ Zob. *Nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia. Raport otwarcia Value Based Healthcare.*
- ³⁸ Oszacowanie PMP.
- ³⁹ Zob. *Connected health. How digital technology is transforming health and social care.*
- ⁴⁰ Zob. *Connected health. How digital technology is transforming health and social care.*
- ⁴¹ Zob. *Connected health. How digital technology is transforming health and social care.*
- ⁴² Grywalizacja – wykorzystywanie schematów i mechanizmów znanych z gier poza kontekstem gier, zwłaszcza w różnych działaniach grupowych, w celu zwiększenia zaangażowania osób wykonujących określone zadania – zob. Obserwatorium Językowego Uniwersytetu Warszawskiego, <https://nowewyrazy.uw.edu.pl/haslo/grywalizacja.html>.
- ⁴³ Zob. *Polish Healthcare Sector. Overview, evolution and opportunities.*
- ⁴⁴ Zob. *Polish Healthcare Sector. Overview, evolution and opportunities.*

