

Zarządzanie kliniczne – dodatek czy konieczność?



JACEK GLEBA

lekarz rodzinny o wieloletnim doświadczeniu na stanowiskach kierowniczych firm działających w sektorach medycznym, konsultingu, zarządzania inwestycjami w Polsce, Hiszpanii i w Wielkiej Brytanii, połączonym z pracą na różnych stanowiskach w bezpośredniej opiece medycznej i związanym z wdrażaniem nowych modeli i rozwiązań w systemach opieki. Znaczna część działalności to rozwój projektów o zasięgu międzynarodowym. Ukończył m.in. Zarządzanie Systemami Opieki Zdrowotnej (ESADE, Barcelona) oraz ExMBA (Istituto de Empresa, Madryt). Obecnie CEO w MDT Medical

Placówka medyczna, co oczywiste, ma leczyć. Jej funkcjonowanie musi być też oparte na realiach ekonomicznych. Ze zderzenia wymogów, jakie niosą za sobą efektywność biznesowa i społeczna, wyrosło pojęcie zarządzania klinicznego.

Problem uniwersalny

Wszyscy uczestnicy systemu opieki zdrowotnej stają przed dylematem: jak przy ograniczonych środkach osiągnąć jak najlepsze wyniki. Dotyczy to w równej mierze małej przychodni, szpitala wielospecjalistycznego i systemu opieki zdrowotnej jako całości.

Pieniądzy i środków zawsze jest za mało, pacjentów zbyt wielu. Dotyczy to nie tylko Polski, problem znany jest w wielu – prawdopodobnie we wszystkich – krajach na świecie. Powstaje zatem swego rodzaju presja, której podlegają wszyscy zarządzający, bez względu na to, czy mówimy o pojedynczej placówce, czy całym systemie.

Konsekwencje podejmowanych w tym kontekście decyzji ponoszą, oczywiście, pacjenci. Co więcej – ocena efektywności wydatkowania środków w systemach medycznych napotyka na liczne trudności i dlatego łatwo ulec wymowności bardzo uproszczonych schematów. Pojęcie zarządzania klinicznego powstało w tym właśnie kontekście – z jednej strony, system medyczny musi mieć wyniki niematerialne, aczkolwiek namacalne i mierzalne, czyli leczyć, z drugiej – powinien utrzymywać się w parametrach racjonalności ekonomicznej,

biznesowej, ale też, o czym często zapominamy – efektywności społecznej.

Zgodnie z definicją, zarządzanie kliniczne to strategię pozwalające na poprawę, uporządkowanie i usystematyzowanie procesów opieki medycznej w sposób adekwatny i efektywny, zbudowany na modelach medycyny opartej na faktach z udziałem personelu medycznego przy podejmowaniu decyzji odnośnie do pacjenta. Dąży się do decyzji klinicznych opartych na jakości i efektywności leczenia w aspekcie ekonomicznym, ale przede wszystkim – klinicznym, a nie do samej tylko kontroli wydatków.

Sprzeczności wewnątrz systemu

Sama definicja w kontekście polskiego systemu opieki zdrowotnej wskazuje już na wagę i rangę problemu. Bazą funkcjonowania naszego systemu jest właśnie kontrola wydatków doprowadzona do ekstremum upośledzającego w znacznym stopniu efektywność samych procesów klinicznych, a więc efektywność systemu. Z drugiej strony, wygenerowany tym modelem pracy antagonizm ekonomiczny pomiędzy płatnikiem i jednostkami klinicznymi prowadzi do nadmiernej,



paraliżującej kontroli stosowanej przez ten pierwszy i myślenia w kontekście celów przede wszystkim ekonomicznych w przypadku jednostek klinicznych.

Zasadniczo istnieje (a przynajmniej powinna istnieć) wspólność celów płatnika (NFZ) i organizatora systemu opieki zdrowotnej (MZ) z celami jednostek klinicznych. Celem tym jest utrzymanie w jak najlepszym zdrowiu milionów osób, za które obie strony ponoszą odpowiedzialność. Zarządzanie kliniczne i jakość podejmowanych decyzji właśnie na poziomie klinicznym staje się kluczem do efektywności funkcjonalnej (osiąganie celów zdrowotnych) i ekonomicznej.

Protokół kliniczny gwarantem racjonalności

Dobre decyzje kliniczne mają na celu osiągnięcie jak najlepszych wyników leczenia przy zastosowaniu dostępnych i racjonalnych środków. Pierwszym elementem zarządzania klinicznego były znane już wszędzie, choć nie do końca przyjęte i nie zawsze stosowane w polskim środowisku klinicznym, protokoły kliniczne. Protokoły kliniczne to zespół zaleceń odnośnie do procedur diagnostycznych i leczniczych możliwych do zastosowania w przypadku pacjenta

z określonym zespołem klinicznym. Zasadniczo ma je i stosuje większość ośrodków medycznych Europy Zachodniej, USA itd. Są gwarantem racjonalności decyzji klinicznych w makro- (system) i mikroskali (POZ, szpital itd.). Mechanizm ich tworzenia pozwala na analizę niewidocznych lub łatwych do pominięcia zmiennych w momencie pracy przy konkretnym pacjencie. Z drugiej strony, pomagają one klinicyzom obciążonym pracą faktycznym określeniu alternatyw i optymalnych opcji. Są to przewodniki po złożonym świecie diagnostyki i leczenia. Stanowią także realne wdrożenie takich czy innych metod leczenia. To właśnie jakość protokołów klinicznych jest podstawą prestiżu poszczególnych ośrodków klinicznych. Są one przełożeniem na codzienną praktykę procesów zachodzących w medycynie od lat:

- » narastająca złożoność diagnostyczna i lecznicza,
- » aspekty ekonomiczne działalności medycznej,
- » wielodyscyplinarność zespołów klinicznych.

W tym złożonym kontekście lekarz prowadzący podejmuje dziesiątki decyzji klinicznych dziennie. Protokoły kliniczne

standaryzują tę część pracy, która jest standaryzowalna – pozwalając skupić wysiłek na przypadkach złożonych. Z drugiej strony, są narzędziem pozwalającym na dzielenie się wiedzą na poziomie ośrodków klinicznych, co staje się kluczem do utrzymania standardów i jakości opieki medycznej, a to właśnie jakość opieki medycznej jest podstawowym narzędziem konkurencyjności w medycynie, skąd wszelkie aspekty ekonomiczne łatwe są do przewidzenia.

Nieefektywne decyzje

Z perspektywy szerszej niż tylko jeden ośrodek medyczny w kontekście zarządzania klinicznego stajemy przed jeszcze trudniejszymi pytaniami. Zasadnicze pytanie brzmi: jak skłonić i zmotywować klinicystów do podejmowania racjonalnych decyzji klinicznych? Odpowiedzi na to pytanie szuka się systemowo – które z działań zalecanych przez klinicystów

są usprawiedliwione na poziomie relacji kosztów do wyników, a które nie? Oto kilka przykładów:

- » statyny u pacjentów z niskim lub umiarkowanym ryzykiem choroby wieńcowej,
- » mammografia u kobiet poniżej 50 roku życia bez dodatkowych czynników ryzyka,
- » inhibitory pompy protonowej u chorych przyjmujących wiele leków,
- » PSA w screeningu raka prostaty,
- » hospitalizacja pacjentów z zapaleniem płuc nabytym poza szpitalem,
- » antybiotyki w bezobjawowej infekcji dróg moczowych,
- » RTG klatki piersiowej w diagnozie zapalenie oskrzeli u dzieci,
- » terapia łączona gorączki u dzieci,
- » densytometria u osób bez leczenia farmakologicznego,
- » RTG przy zapaleniu zatok u dzieci.

Lista możliwych i analizowanych przypadków jest bardzo długa. Należałoby dodać zwyczajowe praktyki lekarskie o niskiej lub żadnej efektywności klinicznej (np. stosowanie wapna w przebiegu), stosowanie leków o nieudokumentowanej lub bardzo niskiej wartości klinicznej (np. ruten + wit. C), politerapie zamiast monoterapii itd. Analiza nieefektywnych praktyk medycznych jest również bardzo istotnym narzędziem zarządzania klinicznego. Jej wprowadzenie jest prostsze niż protokolizacja działań i może być pierwszym etapem wdrożenia praktyk zarządzania klinicznego w ośrodku.

Polega na:

- » zidentyfikowaniu i ocenie praktyk o niskiej wartości klinicznej,
- » ustaleniu preferencji odnośnie do wpływu na efektywność opieki zdrowotnej,
- » wdrożeniu wybranych zaleceń,
- » ocenie wyników w sensie klinicznym i ekonomicznym.

Całość tego procesu jest możliwa jedynie przy aktywnym udziale klinicystów i obiektywnej oceny naukowej.

Ocena efektywności klinicznej

Drugim etapem i celem zarządzania klinicznego jest wprowadzenie systemu oceny efektywności klinicznej. Dzieli się ono na kilka etapów:

- » określenie kryteriów oceny (np. umieralność okołoporodowa, infekcje wewnątrzszpitalne, umieralność związana z interwencjami chirurgicznymi) – maksymalnie do 10-15 wskaźników mierzalnych na poziomie całości jednostki lub jej części (np. oddziału),
- » określenie parametrów wyjściowych,
- » określenie celów,
- » etap najważniejszy – określenie strategii. Częścią tego ostatniego etapu są właśnie wspomniane protokoły kliniczne. Natomiast całość strategii obejmuje znacznie szerszy zakres działań: tak klinicznych (organizacja

zespołu, sposób podejmowania decyzji, zakres odpowiedzialności), jak i z zakresu sterylności, opieki podstawowej i schematów obiegu pacjentów i informacji.

Zaangażować zespół

Na poziomie praktyki zarządzania ośrodkiem medycznym pojawia się pytanie, jak skłonić klinicystów do współpracy przy opracowaniu i stosowania protokołów klinicznych i – idąc dalej – systemu oceny efektywności klinicznej lub tylko oceny nieefektywnych praktyk medycznych. 95% przypadków leczonych w danym ośrodku to przypadki standaryzowane, powtarzalne. Należy zatem rozpocząć od stworzenia listy tego, czym dany ośrodek się zajmuje, a nie od oceny. Kwestia druga to ocena – w miarę możliwości obiektywna – na ile jest to wykonywane dobrze. Kryteriów jest wiele i, o ile nie przeważą głosy krytyczne podważające potrzebę jakiegokolwiek analizy jakości, możliwe jest uzyskanie dość adekwatnego obrazu tego, jaka jest realna jakość opieki. O ile złe wyniki mogą być destruktywne, to sama chęć ich poprawienia staje się ważnym narzędziem nie tylko marketingowym, ale też integrującym zespół. Przekaz typu: „szpital X poprawił wskaźnik umieralności o x%” nie tylko poprawia ocenę ośrodka, ale też jest realnym świadectwem tego, że dany ośrodek jest dobrze zarządzany na poziomie klinicznym, że skupia się na pacjencie, że coraz lepiej realizuje swoje zadania. W kontekście zawsze zbyt małych limitów NFZ, nadwykonań itd. powyższe postulaty tracą sens, chyba że jakość opieki medycznej stanie się priorytetem na poziomie systemowym.

Kontrowersyjne pytanie

Podstawowe pytanie dotyczy celów: czy i dlaczego chcemy lub powinniśmy leczyć lepiej, a tym bardziej w sposób bardziej efektywny? Zasadniczo – system od nas tego nie wymaga. Może jednak znajdą się inne argumenty: szpital może stać się punktem referencyjnym w jakiejś określonej

95% przypadków leczonych w danym ośrodku to przypadki standaryzowane, powtarzalne. Należy zatem rozpocząć od stworzenia listy tego, czym dany ośrodek się zajmuje. Kwestia druga to ocena – w miarę możliwości obiektywna – na ile jest to wykonywane dobrze.

Schemat 1. Wdrożenie działań korygujących nieefektywne praktyki kliniczne



specjalizacji – to zawsze poprawia wyniki finansowe całości jednostki. Ponadto rosnącym problemem staje się pozyskanie personelu. Zarządzanie kliniczne prowadzi do znacznego polepszenia pracy zespołowej, a to może podnieść atrakcyjność placówki w oczach potencjalnych pracowników. Kolejnym elementem jest przekształcenie aktywów czasowych, jakimi są wiedza i doświadczenie wybitnych jednostek świata medycznego, w aktywa stałe ośrodka medycznego. To, w dłuższej perspektywie, może być olbrzymią wartością dodaną – tak w kontekście obecnego ekosystemu opieki medycznej, jak i w przyszłości, która bez wątplenia będzie musiała zweryfikować zasady jego funkcjonowania.

Generalny brak oceny jakości systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest bardzo odczuwalny na poziomie systemowym i jest przyczyną niewielkiego zainteresowania zarządzaniem klinicznym. Jest to

konsekwencją braku celów stawianych przed systemem opieki zdrowotnej, a w konsekwencji – braku strategii ich osiągnięcia. Całość tej struktury przekłada się na jednostki kliniczne. W ocenie celów systemu skupiamy się na ocenie celów funkcjonalnych – np. kolejki lub model przepływu pacjentów onkologicznych. Nie wdając się w złożoną analizę systemową, z punktu widzenia efektywności jakichkolwiek działań w zakresie onkologii bardzo istotne byłoby określenie celów w zakresie mierzalnych wyników, np. określenie strategii poprawy wskaźnika wyleczalności raka (na tej liście Polska zajmuje przedostatnie miejsce w Europie – 64%, wspólnie z Rumunią, która dysponuje połową naszego budżetu *per capita* na opiekę zdrowotną) lub umieralność związaną z medycyną zabiegową (która jest cztery razy wyższa niż średnia UE). Zasadniczo można wyobrazić sobie zespół działań podnoszących efektywność kliniczną w zakresie onkologii. Działania te obejmowałyby profilaktykę i protokoły przesiewowe na poziomie POZ, określenie grup ryzyka i specyficzne działania wobec nich, protokoły konsultacji klinicznych: POZ – centra specjalistyczne, udostępnienie zaplecza analiz klinicznych, stworzenie adekwatnych do potrzeb struktur opieki specjalistycznej itd. W ich skład powinno też wchodzić zaangażowanie personelu medycznego we wdrożenie jak najbardziej efektywnych procedur klinicznych – wielu różnych, dopasowanych do różnorodności nowotworów. Na poziomie systemu adekwatne zarządzanie kliniczne koncentruje się na uproszczeniu działań systemu i podniesieniu efektywności klinicznej. Pakiet onkologiczny, niestety, komplikuje działanie systemu i pomija efektywność kliniczną.

System jakości opieki medycznej

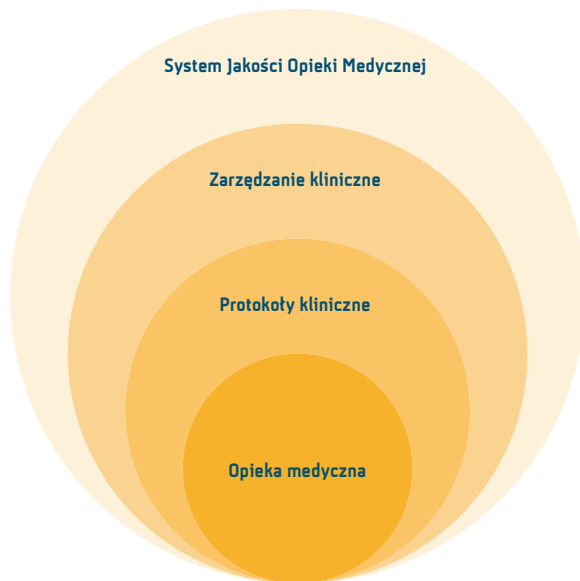
Patrząc na wdrożenia zarządzania klinicznego w innych krajach, widać

jego narastające znaczenie praktycznie we wszystkich modelach systemów opieki zdrowotnej. Stało się ono głównym modelem poprawy efektywności w większości publicznych europejskich systemów opieki zdrowotnej z szeregiem zaleceń, działań informacyjnych, ale też z olbrzymimi wdrożeniami systemowymi zmieniającymi cały model opieki nad dużymi grupami pacjentów (np. opieka nad pacjentem cukrzycowym w Katalonii – oczekiwane wyniki to poprawa wskaźników leczenia przy jednoczesnej redukcji kosztów o 20-30%). Innymi przykładami są daleko idące wdrożenia telemedyczne, które stają się główną siłą reformującą modele pracy i opieki nad pacjentem. W systemie głównie prywatnym lub mieszanym (np. USA, Kanada, Australia) zarządzanie kliniczne jest istotnym narzędziem kontroli kosztów i budowy pozycji i prestiżu danego ośrodka, nie pomijając przy tym znaczenia

samej efektywności klinicznej. W obu przypadkach zarządzanie kliniczne jest bardzo istotną częścią systemu jakości opieki medycznej.

W moim przekonaniu, istnieje tu pewne pole do błędnych interpretacji, stąd jedna kwestia wymaga jeszcze doprecyzowania – całość aktywności medycznej opiera się na podejmowaniu decyzji klinicznych przez personel medyczny. Na ile lekarze są przygotowani, zmotywowani i mają narzędzia i środki do podejmowania dobrych decyzji klinicznych bez zbędnych ograniczeń, na tyle system medyczny może ewoluować, staje się dynamiczny i efektywny. W moim przekonaniu pojawia się tu jednak zagrożenie przekształcenia zaleceń w rozporządzenia i system kontrolny, a w efekcie – pozbawienia lekarzy nawet tej części decyzyjności, jaka im jeszcze pozostała. Na ile obawa ta jest zasadna, oście Państwo sami. ❌

Schemat 2. System Jakości Opieki Medycznej



Celem zarządzania klinicznego jest osiągnięcie jak najlepszych wyników leczenia przy jednoczesnej kontroli nakładów. Jest to optymalizacja wykorzystania wiedzy medycznej przy maksymalnym wykorzystaniu dostępnych środków. Dąży się do decyzji klinicznych opartych na jakości i efektywności leczenia w aspekcie ekonomicznym, ale przede wszystkim klinicznym, a nie do samej tylko kontroli wydatków.

Etapy wdrożenia zarządzania klinicznego przedstawiają się następująco:

- 1) **WPROWADZENIE PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH** odnośnie do najczęściej spotykanych w danym ośrodku przypadków – docelowo 90% grup jednostek chorobowych.
- 2) **ANALIZA NIEEFEKTYWNYCH PRAKTYK MEDYCZNYCH:**
 - » zidentyfikowanie i ocena praktyk o niskiej wartości klinicznej,
 - » ustalenie preferencji odnośnie do wpływu na efektywność opieki zdrowotnej,
 - » wdrożenie wybranych zaleceń,
 - » ocena wyników w sensie klinicznym i ekonomicznym.
- 3) **WPROWADZENIE SYSTEMU OCENY EFEKTYWNOŚCI KLINICZNEJ:**
 - » określenie kryteriów oceny,
 - » określenie parametrów wyjściowych,
 - » określenie celów,
 - » określenie strategii.