

Między rozdrobnieniem a koncentracją



Wielkie centra czy szpitale powiatowe

Szpitalnictwo to kluczowy element polskiego systemu ochrony zdrowia. Na szpitalnictwo wydajemy największą część budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia – w 2020 r. ponad 54 proc. środków na świadczenia zdrowotne. To w szpitalnictwie lokowane są największe inwestycje, w tym segmencie skumulowana jest największa wartość majątku oraz – niestety – tutaj odnotowujemy wciąż zwiększające się zobowiązania, sięgające na koniec grudnia 2020 r. prawie 19 mld zł, które stanowią 35 proc. pieniędzy przeznaczanych na finansowanie opieki szpitalnej w Polsce – ponad 2 mld to zobowiązania wymagalne, które od lat utrzymują się na dość stałym poziomie. Główny bohater sceny świadczeń zdrowotnych ma zarówno zalety, jak i wady. Jest jednocześnie postacią pozytywną i negatywną.

W latach 2015–2019 wartość świadczeń szpitalnych finansowanych przez płatnika publicznego zwiększyła

się o ponad 43 proc. przy wzroście nakładów na świadczenia zdrowotne ogółem na poziomie niższym o 10 punktów procentowych, tj. 33 proc. Podobny wzrost (41 proc.) odnotował tylko POZ, który obok szpitalnictwa był głównym beneficjentem wzrostu nakładów na opiekę medyczną. Warto jednak odnotować fakt, że w tym pierwszym segmencie szło to w parze ze znaczącym wzrostem liczby obsługiwanych pacjentów (68 proc.), jak również zrealizowanych procedur (98 proc.). Niestety w POZ wyniki były znacznie niższe: wzrost liczby pacjentów o 5 proc., liczby procedur o 14,5 proc. Przy tej okazji warto też wspomnieć o AOS, która jest prawdziwą „sierotą” systemu – zaniechaną, niechcianą, od lat marginalizowaną, na którą wydatki nieustannie się zmniejszają. Z jednej strony szpitale często pozorują merytoryczną siłę i sprawność, aby przekonać swoich władarzy i innych sponsorów do



wspierania ich funkcjonowania, z drugiej strony podają rękę bezradnemu pacjentowi wypchanemu z często asertywnej POZ i silnie reglamentowanej AOS. Obciążające piętno lidera rynku (nieistotne – lokalnego, regionalnego czy krajowego) stymuluje dyrektorów i organy właścicielskie do często nieracjonalnych inwestycji w mury, sprzęt oraz do wyścigu o kadry. Walka ta jest skrajnie nierówna, zasoby nie trafiają tam, gdzie mogłyby być obiektywnie najefektywniej wykorzystane i gdzie są bardzo potrzebne. Równocześnie wiele szpitali zmagają się z niedofinansowaniem bazy, która wymaga modernizacji i doposażenia, a także brakiem kadr podążających za lepszą pracą i wyższą płacą. Problemy potęguje niedoszacowanie wielu procedur. Polaryzacja sceny postępuje. Remedium na te słabości miała być sieć szpitali, której przypisano funkcję uzdrowienia finansów placówek, oraz kontrola inwestycji w mechanizmie IOWISZ, który miał rozwiązać problem nieracjonalnych decyzji menedżerów. Niestety, każde z tych rozwiązań okazało się nieoptymalne.

W sieci znalazło się zdecydowanie za dużo podmiotów. W 2020 r. działały w niej 582 placówki, których dyrektorzy po chwilowej euforii gwarantowanego ryczałtu uzmysłowili sobie ograniczenia w zwiększaniu przychodów. IOWISZ, choć coraz lepszy, nadal okazuje się narzędziem nieszczelnym, przez które prze-

” W 2020 r. działały 582 placówki, których dyrektorzy po chwilowej euforii gwarantowanego ryczałtu uzmysłowili sobie ograniczenia w zwiększaniu przychodów ”

dostają się projekty rozdrabniające rynek, co nie musi iść w parze ze zwiększaniem efektywności opieki nad pacjentem. Gonitwa za byciem lepszym od innych, za podtrzymaniem zasadności swojego działania zapędza w kozi róg. W tym chocholim tańcu gubią się wszyscy, wbrew woli, która została usłonna, zamrożona brakiem jasnej wizji roli, zadań i celów stawianych poszczególnym kategoriom dostawców usług zdrowotnych. Dotyczy to szpitali, ale także jednostek świadczących usługi medyczne w systemie otwartym. Jak mówił Seneka Młodszy, „Gdy nie wiesz, do którego portu płyniesz, żaden wiatr nie jest dobry”. O wyborze portu nie decydują tylko menedżerowie i właściciele szpitali, lecz także, a może przede wszystkim kreator polityki zdrowotnej, który wyznaczając cele, musi również określić model organizacji rynku usług zdrowotnych i strategię jego rozwoju oraz zasady, które mają na nim obowiązywać.

Współpraca kontra konkurencja

W dyskusji o reformie polskiego szpitalnictwa i sektora opieki zdrowotnej w ogóle pobrzmiewają pojęcia, które odzwierciedlają dominującą kulturę rywalizacji i konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami. Niedofinansowanie sektora ochrony zdrowia idące w parze przez wiele lat z otwarciem rynku na nowych dostawców i brakiem barier w uruchamianiu nowych podmiotów leczniczych bądź rozszerzaniu zakresów działalności wzmocniło zażartą walkę o publiczne środki oraz równie deficytowy zasób, jakim są kadry medyczne. Pod hasłem troski o pacjenta i potrzeby zwiększania dostępności świadczeń struktura polskiego rynku szpitalnego uległa znaczącemu rozdrobnieniu. W 2015 r. w Polsce funkcjonowało aż 1079 świadczeniodawców prowadzących działalność szpitalną, którzy zrealizowali 8,4 mln świadczeń za kwotę 33,2 mld zł, obsługując prawie 5,4 mln pacjentów. W 2020 r. na rynku finansowanym przez NFZ było ich już mniej, ale wciąż pozostała imponująca liczba 959 podmiotów, które zrealizowały 12,4 mln świadczeń o wartości ponad 53,5 mld zł dla ponad 6,8 mln chorych. Przy wzroście nakładów w analizowanym okresie na poziomie ponad 60 proc. obsłużono 26 proc. więcej pacjentów i zrealizowano o 48 proc. świadczeń więcej. Polska

„Dobrze zorganizowana opieka medyczna zwiększa szansę na szybką diagnozę i skuteczne leczenie. Jaką rolę w tym procesie odgrywa leczenie szpitalne? Ważną, ale nie zawsze najważniejszą”

należy do państw, które dysponują jedną z najwyższych liczb łóżek szpitalnych. Na 1000 osób przypada u nas 6,6 łóżka, podczas gdy w systemach, które podajemy jako wzorcowe w „produkcji zdrowia”, liczba ta jest znacznie mniejsza. W Holandii wskaźnik ten wynosi 3,3, w Hiszpanii 3,0, w Wielkiej Brytanii i Danii 2,5. Nawet w najbogatszych państwach Europy bardzo ostrożnie podchodzi się do rozbudowy bazy łóżkowej. W Szwajcarii na każde 1000 mieszkańców przypada 4,6, a w Norwegii 3,6 łóżka. Podobnie kształtuje się sytuacja w dostępie do łóżek intensywnej terapii, których w Polsce jest 4,85 na 1000 mieszkańców, w Holandii 2,9, w Danii 2,5, w Wielkiej Brytanii 2,1. Czy dostęp do rozbudowanej bazy szpitalnej czyni nas skuteczniejszymi w walce z chorobami? Niestety, po pierwsze badania naukowe jednoznacznie rozstrzygają, że to nie organizacja systemu w największym stopniu wpływa na kapitał zdrowia, tylko czynniki społeczno-ekonomiczne oraz postawy zdrowotne ludzi. Po drugie poziom wykorzystania naszej infrastruktury szpitalnej jest bardzo niski. Wskaźnik obłożenia łóżek średnio nie przekracza 70 proc. Sprzęt medyczny pracuje także znacząco poniżej swojej wydajności, a w wielu miejscach jest zupełnie niewykorzystywany.

Niemniej dobrze zorganizowana opieka medyczna zwiększa szansę na szybką diagnozę i skuteczne leczenie. Jaką rolę w tym procesie odgrywa leczenie szpitalne? Ważną, ale nie zawsze najważniejszą. Jest jednym z elementów systemu ochrony zdrowia, którego przyszłość i model organizacji należy dyskutować tylko w relacji do innych segmentów, tj. POZ, AOS, rehabilitacji i opieki długoterminowej. Tymczasem w Polsce rozgrywa się batalia o środki NFZ i kadry nie tylko w gronie szpitali, które oferują tożsamy zakres świadczeń dla tej samej populacji, lecz także pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń, których przedstawiciele udowadniają, kto jest ważniejszy i w kogo warto i powinno się inwestować. Nie da się podnieść efektywności systemu ochrony zdrowia bez wyjścia z destrukcyjnej rywalizacji między dostawcami świadczeń zdrowotnych i przejścia do modelu zrównoważonej, zintegrowanej opieki opartej na współpracy lecznictwa otwartego z lecznictwem stacjonarnym i długoterminowym, szpitali powiatowych z ośrodkami wysoko

wyspecjalizowanymi. Poprzez współdziałanie można zwiększyć skuteczność leczenia i poprawić jakość życia pacjentów oraz warunki i satysfakcję z pracy personelu medycznego. Konkurencja buduje i motywuje do poprawy efektywności, dopóki nie stanie się totalna, destrukcyjna, niszcząca.

Dostępność kontra jakość

Jednym z najbardziej popularnych pojęć w ostatnich tygodniach jest jakość opieki zdrowotnej. Minister zdrowia zapowiada długo oczekiwaną ustawę o jakości. Liczne środowiska apelują, by właśnie jakość, obok potrzeb zdrowotnych, stała się kryterium alokacji środków publicznych. Bardzo często jakość sprowadza się do pojęcia dostępności. Zwiększenie dostępności traktuje się jako najważniejszy sposób poprawy jakości świadczeń i satysfakcji pacjenta. Czy na pewno to wystarczy? Czy szybki dostęp zawsze jest niezbędny? Byłoby prościej, gdyby produkcję zdrowia można powiązać tylko z produkcją świadczeń. Niestety obok dostępności atrybutami jakości są także bezpieczeństwo, skuteczność podejmowanych interwencji, równość w dostępie, efektywność, doświadczenia pacjentów itd. Sama obecność szpitala w okolicy nie zawsze skutecznie zabezpiecza potrzeby zdrowotne obywateli, niweluje nierówności w zdrowiu, zwiększa satysfakcję pacjentów. Zgodnie z szeroko popularyzowaną koncepcją *value based healthcare* wartość zdrowotna mierzona jest relacją obiektywnych wyników leczenia oraz doświadczeń pacjentów z korzystania z opieki do kosztów, które trzeba ponieść na danego pacjenta. I tutaj zaczynają się schody, bo zarówno stan zdrowia, jak i choroby są mocno niejednorodne. Nie ma bezwzględnie zdrowia i jednorodnej choroby. Zarówno w odniesieniu do obywateli zdrowych, jak i zmagających się z problemami zdrowotnymi należy stosować zindywidualizowane metody i podejścia. Nie zawsze więcej oznacza lepiej, nie zawsze szybko znaczy skutecznie, nie zawsze blisko to bezpiecznie. Organizacja ochrony zdrowia to nie pieczenie świątecznych ciastek, które odciska się z kilku klasycznych, symbolicznych foremek. To skomplikowana materia. Jej kształtowanie i rozwój wymaga wyrafinowanego, zręcznego podejścia, aczkolwiek dającego się wpisać w pewne ogólne logiczne reguły i zasady.

Efekt skali w medycynie

Współczesna medycyna jest emanacją postępu technicznego i technologicznego. Sektor medyczny należy do czołówek najbardziej innowacyjnych branż światowej gospodarki. Każdego roku wymyślane i rejestrowane są innowacyjne technologie medyczne, które niosą nadzieję na lepsze i dłuższe życie w zdrowiu każdemu z nas. Choroby, które jeszcze dekadę temu prowadziły do przedwczesnego zgonu, dzisiaj są uleczalne lub przechodzą w tryb przewlekły. Zdolność do zwiększenia skuteczności interwencji, obserwowana niemal

w każdej dziedzinie medycyny, jest efektem skuteczności nowoczesnych technologii, za którymi zawsze stoi geniusz człowieka poszukującego lepszego rozwiązania dotychczasowych oraz nowych problemów i wyzwań. Niestety, w parze z postępem idzie również presja na koszty. Powstanie przełomowych, a także udoskonalonych technologii wiąże się z dużymi nakładami na prace badawczo-rozwojowe, dlatego ich cena dla ostatecznego użytkownika jest często bardzo wysoka. Innym wyzwaniem jest dostępność kadr, których kompetencje gwarantują efektywne wykorzystanie tego, co niesie postęp. Badania naukowe potwierdzają, że jakość opieki mierzona obiektywnymi wynikami zdrowotnymi oraz doświadczeniami pacjentów idzie w parze z doświadczeniem lekarza, zespołu i ośrodka w diagnostyce i leczeniu określonych schorzeń, realizacji wysokospecjalistycznych procedur. Znaczenie specjalizacji i jej postępujące pogłębianie się nie wynikają z partykularnej chęci skoncentrowania się lekarza czy ośrodka na wąskim wycinku swojej dziedziny, lecz z potrzeby pogłębiania wiedzy i kompetencji wynikającej z pojawiania się coraz bardziej wyrafinowanych technik i metod leczenia. Doskonałość w medycynie jest wypadkową nie tylko wrodzonego talentu lekarza, lecz także jego doświadczenia w stosowaniu szerokiego spektrum opcji terapeutycznych oraz zgrania zespołu i dojrzałości organizacyjnej placówki, w której pracuje. Widzimy to zarówno w specjalizacjach zabiegowych, np. kardiologii, chirurgii onkologicznej, ortopedii, jak i niezabiegowych lub łączących procedury inwazyjne z nieinwazyjnymi, np. w neurologii. Od lat konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej, ale także NIK w swoich raportach zwracają uwagę na potrzebę koncentracji zabiegów onkologicznych. Są bowiem bardzo mocne dowody naukowe, że w odniesieniu do kluczowych rozpoznań o wyniku leczenia w największym stopniu decyduje czas wykrycia choroby oraz doświadczenie operatora i ośrodka, w którym wykonuje się zabieg. Dla raka płuca minimalna liczba zabiegów świadcząca o doświadczeniu ośrodka to 70 rocznie, dla raka jelita grubego 75 resekcji rocznie, dla raka piersi 250, dla raka żołądka i dla nowotworu złośliwego pęcherza moczowego 30 zabiegów. Także w ortopedii dawno już zdefiniowano kryteria kompetencyjne – dla operacji biodra minimalna liczba zabiegów to 90, dla endoprotezoplastyki kolana 60. Niestety, skala rozproszenia wciąż jest ogromna. Najnowszy raport NFZ wskazuje, że pomimo zastosowania wskaźników korygujących koncentracja operacji onkologicznych postępuje w wolnym tempie. Ośrodków doświadczonych w leczeniu chirurgicznym raka płuca, pierwszego zabójcy Polaków wśród chorób nowotworowych, jest 12. W odniesieniu do raka jelita grubego, drugiego negatywnego bohatera w tej grupie, jest ich ciut więcej – 13. Nie lepiej jest w innych nowotworach.

„Fundamentem reformującego się leczenia szpitalnego pozostaje POZ, która musi przyjąć bardziej proaktywną postawę wobec pacjenta i jego potrzeb”

W dyskusji o kierunkach polskiej neurologii również podkreśla się znaczenie i wartość koncentracji opieki nad pacjentami dotkniętymi określonymi chorobami w wyspecjalizowanych ośrodkach, których nie powinno być bardzo dużo, ale na pewno muszą być dobrze zorganizowane i współpracować z ośrodkami niższego poziomu, np. poradniami neurologicznymi w terenie oraz lekarzami POZ. Presja na koncentrację wynika nie tylko z potrzeby racjonalnego spożytkowania nowoczesnej bazy i technologii wymagających ogromnych inwestycji, których zwrot zależy od stopnia ich wykorzystania. Najważniejszym motywem jest niedobór wysoko wykwalifikowanych kadr, których nie uda nam się w szybkim tempie zwiększyć. Już dzisiaj środowisko zgłasza postulat stworzenia sieci centrów kompleksowej diagnostyki i leczenia stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udarów mózgu, choroby Alzheimera. W onkologii powstają centra doskonałości. To obok centrów kompetencji dla raka piersi, raka płuca, raka jelita grubego itp. silny głos, że koncentracja jest jedyną drogą do poprawy jakości i efektywności ochrony zdrowia. Podobne głosy pojawiają się ze środowiska kardiologicznego. Nie chodzi o mnożenie ośrodków, ale o ich skończoną liczbę, zwykle nieznacznie większą od liczby województw, tak aby każdemu pacjentowi w kraju zagwarantować dostęp do nowoczesnego, wysokospecjalistycznego leczenia i wysokiej klasy interdyscyplinarnych zespołów specjalistów. Rola ośrodków wysokospecjalistycznych powinna być doprecyzowana. Tymczasem w wielkich centrach klinicznych i szpitalach specjalistycznych leczy się zarówno ciężkie przypadki i choroby wymagające zaawansowanych kompetencji, jak i zwykle populacyjne schorzenia, którymi powinien się zajmować lekarz rodzinny lub najwyżej szpital powiatowy. Brak rozwiązań triażowych powoduje bardzo łatwe przedostanie się pacjenta z mało skomplikowanymi schorzeniami z SOR-u prosto do kliniki i odwrotnie – chory wymagający natychmiastowego przetransportowania do ośrodka o wyższej referencyjności jest przetrzymywany w szpitalu I lub II poziomu tylko w trosce o wyniki finansowe. W systemie płacenia za procedurę liczy się bowiem przerób, a nie jego efekt. W modelu gry indywidualnej nikt nie ogląda się na innych, tylko maksymalizuje własne korzyści. A to w pracy zespołowej kryje się jedyna



Fot. iStockphoto.com

szansa na maksymalizację wyników zdrowotnych. Centra kompetencji nie zastąpią szpitala I lub II poziomu i odwrotnie. Relacja między nimi musi być oparta na współpracy, a nie konkurencji. Na dążeniu do wspólnego celu, jakim jest osiągnięcie najlepszych wyników na ścieżce pacjenta. Przed nami wyzwanie, jakim jest nie tylko reforma struktury systemu szpitalnictwa, ale przede wszystkim procesów realizowanych w szpitalach i pomiędzy nimi. Pozostaje mieć nadzieję, że pilotaż krajowej sieci onkologicznej i kardiologicznej dostarczy dobrych rozwiązań w tym zakresie.

Wątkiem wymagającym osobnego pogłębienia jest kwestia organizacji systemu medycyny ratunkowej i centrów urazowych. W tym przypadku wzrostu skuteczności upatruje się także w koncentracji opieki, wzmocnionej dobrze zorganizowanym transportem medycznym. Nie ulega wątpliwości, że mnogość SOR-ów nie gwarantuje sprawności i efektywności systemu, co więcej – wypacza rolę, jaka została przypisana temu segmentowi opieki zdrowotnej, który bardzo często przejmuje zadania innych uczestników rynku, np. POZ.

Czy wszystkie usługi medyczne można skoncentrować w wyspecjalizowanych ośrodkach?

Septycy koncentracji upowszechniają wizję końca szpitali powiatowych. Straszą pacjentów brakiem dostępu do świadczeń, zagrożeniem dla zdrowia i życia. Tymczasem skala i różnorodność zadań oraz wyzwań zdrowotnych wywołuje zapotrzebowanie na szpitale o różnym poziomie referencyjności. Dane naukowe potwierdzają, że zasadniczą część problemów zdrowotnych to choroby cywilizacyjne, którym po pierwsze można skutecznie zapobiegać, a po drugie warto je wcześniej wykrywać, zwiększając tym samym szansę na spowolnienie ich rozwoju bez konieczności stosowania

zaawansowanego leczenia. O sukcesie w tym procesie decyduje dobrze zorganizowane lecznictwo otwarte – POZ i AOS, realizowane bardzo często przy wsparciu szpitali I i II poziomu, którego zasadniczą część stanowią szpitale powiatowe. Właśnie tym podmiotom należy przypisać szczególną rolę w systemie podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego (PZZ). Stanowią one naturalne zaplecze dla POZ zarówno w sytuacji potrzeby zastosowania leczenia specjalistycznego, jak i w zakresie diagnostyki, rehabilitacji czy opieki długoterminowej. Czy zatem szpitale powiatowe nie dotyczą koncentracja? Nic bardziej mylnego. Podobnie jak w przypadku wielkich centrów specjalistycznych tutaj także widzimy korzyści wynikające z efektu skali doświadczenia w leczeniu chorób populacyjnych, w realizacji procedur mniej skomplikowanych, często występujących, powszechnych w określonych grupach wiekowych mieszkańców danego powiatu, subregionu (grupy powiatów). Ogromny potencjał tych szpitali kryje się we współpracy z centrami kompetencji, które po zdiagnozowaniu, interwencji chirurgicznej i ustaleniu dalszego planu leczenia chętnie przekazałyby pacjenta na niższy poziom zabezpieczenia szpitalnego, aby zwolnić miejsce dla innej ciężko chorej osoby. Bez stworzenia mechanizmów integracji pionowej, mobilizujących do współpracy międzyośrodkowej szpitali specjalistycznych z powiatowymi, nie uda nam się proces restrukturyzacji szpitali paraliżowanych długami.

Perspektywa pacjenta

System zorientowany na pacjenta i skoncentrowany na wytwarzaniu wartości zdrowotnej to hasła, które znalazły stałe miejsce w naszym słowniku. Ile w nich konkretnych działań, a ile jedynie pustych obietnic – na to pytanie odpowiada sobie każdy z nas na podstawie własnych doświadczeń. Zapewne opinie są bardzo zróżnicowane, co nie zmienia faktu, że musimy poszu-

kiwać obiektywnie najlepszych rozwiązań, aby zwiększyć naszą skuteczność w zachowaniu zdrowia i jego odzyskiwaniu lub przynajmniej zmniejszaniu wpływu choroby na jakość życia Polek i Polaków. Z badań dotyczących doświadczeń pacjentów wynika, że oczekują oni przede wszystkim zwiększenia dostępności leczenia i koordynacji. Znacznie rzadziej upominają się o jakość mierzoną np. bezpieczeństwem i skutecznością leczenia. Dlaczego? Bo nie mają pojęcia, że jest ona tak zróżnicowana. Informacje o skali doświadczenia ośrodka w stosowaniu określonych metod terapeutycznych, skali powikłań, hospitalizacji czy reoperacji są okryte zasłoną milczenia, co zasadniczo różni nas od obywateli państw Europy Zachodniej czy Stanów Zjednoczonych. Polscy pacjenci dotknięci deficytem opieki medycznej wierzą, że nieważne, gdzie trafią, zostanie im udzielona pomoc zgodna z aktualną wiedzą. Niestety fakty są zupełnie inne, co potwierdzają dane Ministerstwa Zdrowia, NFZ i skargi pacjentów zgłaszane do różnych instytucji. Stąd potrzeba rzetelnej dyskusji o jakości i skutecznych mechanizmach jej podnoszenia w polskiej ochronie zdrowia. Michael Porter, twórca koncepcji ochrony zdrowia zorientowanej na wartość, wskazuje drogi, które do niej prowadzą: koncentracja w celu stałego podnoszenia wydajności, koordynacja wspierająca integrację poziomą i pionową osób, komórek organizacyjnych i instytucji, stała ewaluacja i monitorowanie wyników na potrzeby optymalizacji zasobów i doskonalenia procesów. Co ważne, zwiększanie zasięgu geograficznego placówek działających w modelu zintegrowanego systemu dostarczania opieki opartym na IPU (*integrated patient units*), oferujących kompleksowy zakres świadczeń, jest atrybutem wydajności i jakości. Realizacja wszystkiego przez wszystkich i dla wszystkich prowadzi donikąd. Nieuporządkowane relacje pomiędzy dostawcami usług zdrowotnych są źródłem systemowego marnotrawstwa. Niezadowoleni są pacjenci, zagubieni w chaosie informacyjnym, bez jasnej ścieżki postępowania, która gwarantuje optymalny czas diagnozy i włączenia leczenia. Sfrustrowani są świadczeniodawcy, ciągle walczący o przetrwanie. Kadry profesjonalistów medycznych są zniechęcone do angażowania się w pracę w systemie publicznym.

Polska to dzisiaj jeden z dwudziestu najlepiej rozwiniętych krajów świata. Tempo rozwoju gospodarczego mimo pandemii zdaje się nastrajać optymistycznie. Prawie dwie dekady obecności w Unii Europejskiej przyniosły znaczące przyspieszenie rozwoju infrastruktury transportowej. Sieć autostrad i dróg szybkiego ruchu skraca dystans pomiędzy miejscowościami. Dotarcie do podmiotu leczniczego w innym mieście dla wielu staje się wyzwaniem drugorzędym, choć nie dla wszystkich. Niestety nadal mieszkańcy licznych miejscowości są wykluczeni transportowo i cyfrowo. Dlatego w reformie systemu ochrony zdrowia musimy w centrum uwagi umieścić pacjenta, szczególnie tego najsłabszego,

„ W onkologii powstają centra doskonałości. To obok centrów kompetencji dla raka piersi, raka płuca, raka jelita grubego itp. silny głos, że koncentracja jest jedyną drogą do poprawy jakości i efektywności ochrony zdrowia ”

najmniej sprawnego w poruszaniu się po labiryncie systemu z racji wieku, wiedzy, kondycji finansowej. Racjonalność ekonomiczna musi iść w parze z wrażliwością społeczną. Nowy model organizacji struktury świadczeń oparty na ośrodkach o wysokich kompetencjach skoncentrowanych w większych miastach, współpracujących z lokalnym systemem podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, musi uwzględniać rozwiązania nakierowane na niwelowanie nierówności w dostępie do usług zdrowotnych, nierówności w zdrowiu. Stąd absolutna potrzeba rozwoju transportu medycznego, który umożliwi korzystanie z opieki w innym ośrodku, zwłaszcza osobom w najtrudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Szczególną rolę w procesie podnoszenia jakości opieki w modelu koncentrującej się opieki zdrowotnej w Polsce będą odgrywać nowoczesne rozwiązania e-zdrowia. Telekonsultacje i telemonitoring umożliwią stały kontakt z pacjentem oraz skuteczne monitorowanie jego stanu zdrowia na odległość lub w modelu konsultacyjnym, angażującym specjalistów z różnych ośrodków. Fundamentem reformującego się lecznictwa szpitalnego pozostaje POZ, która musi przyjąć bardziej proaktywną postawę wobec pacjenta i jego potrzeb, wobec konieczności aktywnego włączenia się w organizację opieki przedszpitalnej i poszpitalnej.

Wiedza pacjentów o optymalnym procesie leczenia jest niska. To system musi zadbać o to, aby poprzez dobrą organizację i zapewnienie właściwych zasobów wzmocnić kapitał zdrowia obywateli, budować ich aktywną postawę wobec własnego zdrowia, ale także zrozumienie dla nowej organizacji usług zdrowotnych, której musi przyświecać zarówno skuteczność, jak i efektywność. Niech symbolem zrozumienia dla kierunków zmian będzie oderwanie się od ślepej obrony każdego oddziału położniczego w kraju i próba debaty o wyborze między wielkimi centrami a szpitalami powiatowymi.

dr n. ekon. Małgorzata Gałgózka-Sobotka,
działaczka Centrum Kształcenia Podyplomowego,
dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego,
wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia