

WSTĘP

Na początku chcę zaznaczyć, że mówimy o publicznym systemie opieki zdrowotnej rozumianym poprzez sposób finansowania, czyli ze środków publicznych bez przesądzania o **własności** podmiotów medycznych.

Mamy do czynienia z powszechnym niezadowoleniem ze sposobu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Dotyczy to zarówno pacjentów jak i pracujących w nim ludzi.

Problemem **publicznego systemu opieki zdrowotnej** są:

- niewystarczająca efektywność co skutkuje kolejkami

oraz

- w części przeciętnymi lub złymi warunkami leczenia i pracy co przekłada się z kolei na zróżnicowaną jakość i deficyt kadr.

Zmiany są zatem konieczne. Ale tu uwaga.

Nie można zmieniać Systemu Opieki Zdrowotnej w sposób wycinkowy, izolowany, silosowy np. tylko leczenie szpitalne albo tylko POZ, ponieważ System Opieki Zdrowotnej to wzajemnie powiązany mechanizm, w którym wprost działanie jednego obszaru przekłada się na inny np. funkcjonowanie POZ wpływa na liczbę pacjentów w SOR.

Od lat mówi się o konieczności „odwrócenia piramidy świadczeń”. Co to oznacza?

Oznacza to potrzebę „zwiększenia pojemności” Systemu Opieki Zdrowotnej w zakresie świadczeń ambulatoryjnych.

Planując zmiany w jakimkolwiek obszarze systemu musimy zadać sobie 3 pytania:

1. Czy mamy odpowiedni zasób kadr?
2. Czy mamy odpowiednią infrastrukturę, wyposażenie, sprzęt medyczny?
3. Ile to powinno kosztować, żeby mogło działać?

REKOMENDACJE

1. Poprawienie, wzmocnienie funkcjonowania szeroko rozumianych świadczeń ambulatoryjnych od POZ po leczenie w trybie jednego dnia. Jest to niezbędne dla:
 - a) Zmniejszenia kolejek
 - b) Stworzenia warunków dla przejęcia części pacjentów z lecznictwa zamkniętego (czyli szpitalnego), których można zaopatrzyć w trybie ambulatoryjnym, zwiększenie zasobów przeznaczonych do leczenia chorób przewlekłych i opieki długoterminowej
2. W zakresie POZ konieczne jest zwiększenie liczby personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych. Uważamy, że należy w sposób odpowiedni i wyważony rozszerzyć kompetencje odpowiednio przeszkolonego

personelu medycznego nielekarskiego być może poprzez wykreowanie nowego zawodu medycznego.

3. Stworzenie ośrodków medycznych na poziomie powiatowym w oparciu o szpitale powiatowe lub podmioty tworzone od podstaw, posiadających zdolność do szerszego niż dotychczas realizowania procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Nazywam je Powiatowymi Centrami Zdrowia. Ich najważniejsze zadania to:
 - diagnostyka rozbudowana o pełną diagnostykę obrazową,
 - diagnostyka zabiegowa małoinwazyjna (biopsje, endoskopia),
 - leczenie zachowawcze i leczenie zabiegowe małoinwazyjne (również w trybie 1 dnia),
 - leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi (również w trybie 1 dnia),
 - rehabilitacja lecznicza,
 - profilaktyka,
 - edukacja zdrowotna,
 - opieka psychologiczna i psychiatryczna (również w trybie 1 dnia),
 - nocne i świąteczne świadczenia zdrowotne
 - **i to co jest naszym zdaniem niezmiernie ważne:** integrowanie i koordynowanie opieki nad pacjentami, w tym ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów przewlekle chorych, osób niesamodzielnych i w podeszłym wieku.

Integrowanie i koordynowanie powinno dotyczyć nie tylko jako takiej opieki zdrowotnej, ale również opieki socjalnej i społecznej.

Dlatego zdecydowanie opowiadamy się za połączeniem opieki społecznej i zdrowotnej w celu lepszego wykorzystania zasobów oraz uzyskania efektu synergii.

Wszystkie powyższe działania powinny odbywać się w powiązaniu z Podstawową Opieką Zdrowotną.

4. Powrót do idei referencyjności w zakresie udzielania świadczeń szpitalnych
5. Wprowadzenie 3 stopniowego podziału szpitali ze względu na referencyjność:
 - I. Szpitale podstawowe (czyli obecne miejskie, powiatowe), których zadaniami głównymi powinny być: leczenie nieskomplikowanych zachorowań „ostrych”, niepowikłanych chorób przewlekłych, opieka długoterminowa i paliatywna, rehabilitacja lecznicza. Zadania te powinny być realizowane w ścisłym powiązaniu z Powiatowymi Centrami Zdrowia. Zarówno szpitale podstawowe jak i Powiatowe Centra Zdrowia mogłyby być prowadzone przez jeden organ, holding zdrowotny lub konsorcjum.
 - II. Szpitale regionalne (wojewódzkie specjalistyczne, wielospecjalistyczne powiatowe, miejskie), których głównymi zadaniami powinny być prowadzenie Centrów Urazowych, diagnostyka i leczenie specjalistyczne w tym onkologia, opieka psychiatryczna w trybie zamkniętym (dla pacjentów niestabilnych, obciążonych chorobami

somatycznymi). Zakładamy i w tym przypadku możliwość tworzenia holdingów lub konsorcjów szpitali.

- III. Szpitale Wysokospecjalistyczne (kliniczne, monospecjalistyczne, instytuty medyczne) nadzorowane z poziomu ministerstw (uwaga: mamy 3 ministerstwa pełniące rolę organów prowadzących) prowadzące leczenie wysokospecjalistyczne, eksperymentalne.

Ratownictwo medyczne w naszej opinii nie wymaga zmian o charakterze gruntownym a jedynie rozwoju w zakresie profesjonalizacji kadr, poprawy warunków pracy i wyposażenia.

REAGOWANIE NA ZDARZENIA NADZWYCZAJNE

Pandemia oraz kolejne fale zachorowań na choroby zakaźne, a także gwałtowny wzrost liczby pacjentów na skutek migracji osób objętych działaniami wojennymi za naszą granicą pokazują, że System Opieki Zdrowotnej wymaga posiadania rezerw i ustalonych powszechnych procedur sposobu ich użycia i działania w sytuacjach nadzwyczajnych.

Nie przesądzając o sposobie i charakterze tychże należy zaznaczyć, że **koordynacja działań** w przypadku wystąpienia zdarzenia nadzwyczajnego o charakterze epidemiologicznym, katastrofy na dużym obszarze, działań wojennych, gwałtownej migracji osób powinna być wielopoziomowa, adekwatna do skali zdarzenia. Koordynacja powinna zaczynać się od poziomu powiatu poprzez województwo kończąc na koordynacji krajowej.

NA KONIEC

Dostępne powszechnie dane dotyczące zasobów systemu, epidemiologii lokują Polskę na końcowych miejscach wśród krajów europejskich z perspektywą negatywną na najbliższe lata.