

JAKUB KRASZEWSKI

Antynomie w budowaniu efektywnej opieki medycznej

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (UCK) w swoim funkcjonowaniu mierzy się z wieloma antynomiami, które nie sprzyjają budowaniu profesjonalnej i efektywnej opieki medycznej. Efektywność, która jest wpisana w strategię działania UCK, powoduje, że pacjenci leczeni coraz skuteczniej są krócej hospitalizowani, a to umożliwia leczenie kolejnych chorych. W normalnej sytuacji takie działanie byłoby premiowane przez system. Szpital jest jednak ograniczony ryczałtem co oznacza, że każdy dodatkowy chory wykraczający poza finansowanie ryczałtowe, powoduje czystą stratę dla szpitala i pogarsza efektywność pracy placówki, pozbawiając szpital środków finansowych. To typowy przykład sprzecznych celów, które się nawzajem wykluczają w prowadzeniu działalności leczniczej.

Innym tego typu zjawiskiem jest brak koordynacji pewnych działań inwestycyjnych, jeśli chodzi o jednostki ochrony zdrowia. Przykładowo zezwala się na to, żeby środki publiczne czy też unijne były inwestowane w jednostkach, które już dziś nie wykorzystują swojego potencjału nawet w 30%. Jednocześnie rozbudowuje się dodatkowo strukturę, tak jakby ktoś liczył na to, że nagle nastąpi wzrost demograficzny. Realizując inwestycję biznesową, musielibyśmy sprawdzić, jakie jest zapotrzebowanie, popyt i finansowanie usług, które będą w danym miejscu wykonywane. Bezcelowym wydawaniem pieniędzy wydaje się utrzymywanie pewnej struktury opartej na paradygmacie, że ilość poprawia dostępność. Ilość psuje jakość, jeżeli rozprasza się siły i środki na wiele podmiotów leczniczych. Doprowadza do sytuacji, w której nie sposób wyposażyć wszystkie jednostki odpowiednio w zasoby ludzkie, w infrastrukturę i przede wszystkim w środki finansowe. To błąd biznesowy, który normalnie powoduje upadek każdego systemu.

System jest finansowany ze środków publicznych. Podatnicy są równocześnie pacjentami, korzystają z tego systemu. Każdy z nas, kiedy zachoruje, oczekuje, że będzie optymalnie, sprawnie leczony. Należałoby zatem lokalnie rozwijać miejsca, w których pacjent mógłby uzyskać właściwą diagnostykę i zostać pokierowany dalej. Jeśli Podstawowa Opieka Zdrowotna jest odpowiednio rozproszona, przy pacjencie, to nie gubi się on w systemie. Rozdrobniona specjalistyczna opieka szpitalna daje dokładnie odwrotny efekt. Jest to problem społeczny i ekonomiczny.

Finansowanie placówek medycznych

W Polsce od wielu lat poszukuje się skutecznych rozwiązań w procesie finansowania jednostek ochrony zdrowia, czego efektem są wprowadzane co kilka lat reformy. System finansowania placówek medycznych po reformie z 2017 r. (tzw. sieci szpitali) oparty jest na finansowaniu części świadczeń w formie ryczałtu. Ryczałt ma określoną wartość i nigdy nie zmienia się wstecz. Modyfikacja następuje tylko wyłącznie w momencie, gdy działalność szpitala wygeneruje pewne efekty na przyszłość (może wzrosnąć lub zmaleć). Ten sposób finansowania jest z jednej strony korzystny dla szpitala, gdyż zapewnia stałe finansowanie, jakby w oderwaniu od świadczeń, które są wykonywane. Jednak w sytuacji, gdy szpital wykona więcej procedur, to one również opłacone są do wysokości ryczałtu. W ten sposób rozliczanych jest ok 50% świadczeń w Polsce w dużych placówkach medycznych. Pozostałe usługi finansowane są w ramach odrębnych, Nielimitowanych umów – im bardziej szpital jest efektywny, tym więcej usług wykonuje i tym większe generuje przychody, a finansowanie świadczeń podąża tutaj za ich realizacją. W systemie funkcjonują także świadczenia limitowane, które jednak nie wchodzi do ryczałtu. I jeżeli szpital wykona tych świadczeń więcej, może się ubiegać – w formie aneksu, ugód lub na drodze sądowej – o zwiększoną zapłatę. Większość podstawowych świadczeń realizowanych w placówkach medycznych (z wyłączeniem transplantologii, onkologii, procedur specjalistycznych) znajduje się w ryczałcie, czyli cała interna, podstawowa chirurgia, pediatria oraz wiele innych: endokrynologia, kardiologia czy torakochirurgia i ginekologia (o ile nie są powiązane z onkologią). Taki sposób finansowania powoduje pewien paradoks, jeśli szpital wykonuje swoją pracę w sposób efektywny, skraca hospitalizację, leczy pacjentów w sposób powodujący mniejszą ilość powikłań, to automatycznie pojawiają się wolne zasoby, miejsca, które można wykorzystać do diagnostyki i leczenia kolejnych chorych. W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku takie działania występują np. w onkologii – z roku na rok obserwujemy zjawisko zwiększającej się liczby świadczeń. Szpital efektywny potrafi w ciągu roku zwiększyć liczbę przyjmowanych chorych o 10-15% i zwiększyć o tyle samo realizację świadczeń, za co później uzyskuje wynagrodzenie. To samo dotyczy chociażby programów transplantacyjnych, które są bardzo trudnymi programami opartymi na różnych uwarunkowaniach, gdzie trzeba jednocześnie połączyć akcję informacyjną, edukacyjną, uzyskać zgody od dawców lub ich rodzin na udostępnienie organów po śmierci bliskich, co jest społecznie trudne. Dodatkowo biorca musi zostać odpowiednio przygotowany, przejść wszelkie kwalifikacje. Cały ten proces należy przeprowadzić w taki sposób, by przypadkowy termin związany z dawcą zbiegł się z przygotowanym biorcą, wtedy można wykonać zabieg. Cała ta procedura jest Nielimitowana. Od centrum transplantologicznego wymagana jest wyjątkowa wręcz skuteczność łączenia tych skomplikowanych procesów, tak by transplantacja mogła się udać. Sukcesem jest to, że przeszczepów z roku na rok wykonywanych jest coraz więcej, coraz więcej osób może korzystać z organów osób, które odchodzą, i w ten sposób wrócić do zdrowia. Taka zwiększona efektywność powoduje oczywiście zwiększone finansowanie związane z ilością wykonywanych świadczeń. To jest działanie logiczne.

Natomiast wszystkie procedury podstawowe rozliczane są w ryczałcie. Jeśli szpital będzie bardzo efektywnie leczył pacjentów, czyli efektywnie ich umawiał, przygotow-

wał, krótko leczył, to wtedy na tej samej bazie szpitalnej będzie mógł wyleczyć więcej chorych. Patrząc na UCK, każdego roku byłaby możliwość wykonywania 10-20% więcej świadczeń, optymalizując procesy leczenia chorych, przyjmowania do szpitala, diagnostyki i samego leczenia. Biorąc pod uwagę fakt, że w tym szpitalu przyjmuje się ponad 100 tys. chorych rocznie do hospitalizacji, mogłoby zostać przyjętych dodatkowych 10 tys. pacjentów, na czym skorzystałaby populacja. Dlaczego tak się nie dzieje?

Ograniczenia ryczałtu

Jeśli placówka decyduje się na wzrost liczby hospitalizacji w ramach tego samego ryczałtu, to automatycznie powoduje, że szpital zostaje bardziej obciążony kosztowo. Zamiast 100 jednostek kosztowych wygenerowanych zostaje 110 jednostek, natomiast przychód pozostaje taki sam, jaki byśmy otrzymali, wykonując 100 świadczeń. Ta sytuacja powoduje, że zwiększenie podaży, zwiększenie liczby świadczeń realizowanych przez szpital jest wyłącznie kosztem i to niepokrytym przez szpital. W związku z tym większość placówek medycznych po prostu realizuje kontrakt, nie przekraczając jego wartości bardziej niż o kilka procent, co nie zmienia zasadniczo wolumenu leczonych chorych, ogranicza za to w pewien sposób możliwości leczenia pacjentów w jednostkach szpitala. Placówka medyczna nie może zadłużyć się i oderwać od podstawy finansowej swojego działania, przyjmując pacjentów poza ryczałtem. Obserwujemy tutaj wyraźną antynomię – im bardziej efektywna jednostka, tym bardziej precyzyjnie wykonuje ryczałt i jeśli precyzyjnie i skutecznie poprawia realizację świadczeń, to z roku na rok ma coraz większe możliwości i niewykorzystane zasoby, przy założeniu, że ryczałt się nie zwiększa. Wzrost ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe na skutek uzyskiwania różnych wskaźników jakościowych, które są przewidziane w umowie z NFZ-em, nie kompensuje tych kosztów, które się ponosi w tym roku, w którym wykonanie ryczałtu jest wygenerowane. Poza tym wzrost ten nie jest na tyle duży, by zrekomensować przekroczenie wartości ryczałtu, który jest dokonany. Jeżeli przekraczamy ryczałt np. o 10 mln, to nie oznacza to, że w następnym okresie rozliczeniowym dostaniemy o 10 mln więcej, tylko o 2, 5, 7 mln więcej w zależności od różnych wskaźników. To wyjątkowo demotywuujący system, który zniechęca szpitale do efektywnego zarządzania i wykorzystywania potencjału swoich zasobów, pracowników i sprzętu.

Ryczałt został ustalony przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie bazy historycznej świadczeń w danej jednostce. Wytyczne w tym zakresie przygotowuje Ministerstwo Zdrowia, narzucając konkretne algorytmy. W momencie wprowadzenia ryczałtu bazą wyjściową były zrealizowane usługi sprzed 2 lat, czyli w momencie, kiedy wprowadzono system w 2017 r., do rozliczenia był wzięty 2015 r. Zaplanowano jutro na bazie danych z przedwczoraj.

Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach na starcie była zaniżona w stosunku do wykonywanych świadczeń w przypadku UCK. Szpital wykonywał procedury wysokospecjalistyczne, otrzymywał certyfikaty jakościowe, czym oddziaływał na wielkość ryczałtu poprzez różne współczynniki premiujące. Tak czy inaczej ta zmodyfikowana wartość ryczałtu nie korespondowała z wolumenem finansowym, po drugie – z wolumenem liczby wykonanych procedur i udzielonych świadczeń pacjentom.

Tabela 1. Wartość ryczału w UCK (w zł)

Rok	Razem rok	Średnio miesięcznie
2017 (ostatni kwartał)	59 460 041,10	19 820 013,70
2018	246 723 033,00	20 560 252,75
2019	263 253 122,00	21 937 760,17
2020	278 609 744,00	23 217 478,67

Świadczenia nielimitowane

Aby szpital mógł leczyć w ramach ryczału, musi wykonywać procedury, które nie mieszczą się ryczałcie. UCK to jednostka pełnoprofilowa. Skupia się więc m.in. na najmłodszych pacjentach – porody oraz świadczenia neonatologiczne to procedury o najwyższym poziomie referencyjności. Poza tym realizuje cały wachlarz świadczeń onkologicznych: zabiegi, chemioterapię, radioterapię. Rozwój tego rodzaju świadczeń, zwłaszcza jeśli chodzi o pacjentów pierwszorazowych objętych kartą DILO, jest bardzo dynamiczny. Obserwujemy przyrost o kilkadziesiąt procent rok do roku od kilku lat, ten wolumen powoduje, że możemy rozwijać swoją działalność.

Tabela 2. Pakiet DILO w UCK

Rok	Wartość początkowa umowy (w zł)	Wartość końcowa umowy (w zł)	% zmiana w ciągu roku	Wykonanie (w zł)
2016	27 740 597,18	34 218 923,31	23%	34 217 964,14
2017	34 454 237,12	46 978 415,13	36%	46 609 934,05
2018	40 688 349,40	68 446 297,80	68%	68 509 012,65
2019	40 688 349,40	78 838 465,50	94%	78 763 101,28
2020	57 143 945,31	-	-	-

Trzecim zagadnieniem istotnym z perspektywy UCK są programy transplantologiczne. Jeszcze niedawno przeszczepiano tu 4 narządy: serce, nerki, szpik i rogowki. W tej chwili wykonuje się także transplantacje: wątroby, płuc, wysp trzustkowych, a także przeszczepy kości. Działania transplantacyjne angażują duże zespoły interdyscyplinowe, które współpracują ze sobą. Transplantologia daje możliwość rozwoju zarówno finansowego, jak i medycznego, zawodowego i naukowego całej struktury. Jest to pewnego rodzaju prestiż dla szpitala. Nielimitowane przez system środki pozwalają na rozwijanie tej dziedziny. W ramach ryczału nie ma takiej możliwości. Jeśli stworzymy zbyt skuteczne procedury, wyskospecjalistyczne i o dużej efektywności, będą to drogie świadczenia, które zablokują nam podstawowe usługi, na co szpital nie może sobie pozwolić.

Wśród świadczeń nielimitowanych znajduje się również endoprotetyka. Uzyskałiśmy także odrębne dofinansowanie na projekt związany z udarami. Trombektomia mechaniczna to wysokospecjalistyczna technologia, w której wyciąga się skrzepliny mechanicznie przy udarze niedokrwiennym z naczyń krwionośnych głowy. Dzięki tej procedurze pacjent wraca do zdrowia bardzo szybko. To wszystko świadczenia nielimitowane i odrębnie finansowane.

Wraz z rozwojem szpitala i zwiększonego wolumenu w trybach hospitalizacji zwiększa się też liczba świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i diagnostyki. Obserwujemy bardzo intensywny rozwój genetyki – jest włączana w coraz więcej dziedzin medycznych, np. onkologię. Podstawowa diagnostyka – tomografia komputerowa i rezonans – jest nielimitowana od kwietnia 2019 r. To napędza pracę szpitala. Im więcej pacjentów w szpitalu, tym więcej chorych kierowanych jest do opieki w trybie ambulatoryjnym, co generuje duży wzrost.

Stopnie referencyjności – brak różnic w finansowaniu

Pewnego rodzaju problemem jest to, że w Polsce nie funkcjonują stopnie referencyjności. Wszystkie szpitale w większości dziedzin – oprócz kilku wyjątków – są traktowane przez płatnika tak samo, czyli powiatowy szpital, który ma 3 oddziały w małym miasteczku, rozliczany jest tak jak szpital specjalistyczny wielodziedzinowy. Jedyne pewne drobne elementy różnicują sposób finansowania tych jednostek. Na Wybrzeżu, ale też w wielu miejscach w Polsce, pojawiła się tendencja konsolidacji szpitali powiatowych – łącząc 5 mniejszych szpitali chciano stworzyć jeden szpital specjalistyczny. Żeby bardziej zobrazować efekt takiego działania, warto posłużyć się przykładem: jeśli 3 drużyny 2-ligowe połączymy w jedną, trudno oczekiwać, że powstanie drużyna, która gra w ekstraklasie. To jest efekt synergii, który nie występuje. Zyskujemy za to strukturalne utrudnienie, gdyż te jednostki działają często w różnych organizacjach, co powoduje dodatkowe koszty, zamiast je obniżyć. To gehenna dla pacjentów – jeśli wszyscy robią wysokospecjalistyczne procedury, wszyscy mają ten sam ryczałt, próbują w nim wykonywać procedury najbardziej prestiżowe, powstaje pytanie: kto i gdzie ma leczyć podstawowe schorzenia, których jest najwięcej. Wystarczy przeanalizować pracę oddziałów ratunkowych – najwięcej zdarzeń wynika z codziennych problemów życiowych i na szczęście nie wszyscy wymagają przeszczepu serca czy nerki, przezskórnego wszczepienia zastawki aortalnej, nie wszyscy pacjenci są onkologiczni. Wymagają tylko leczenia podstawowego blisko swojego miejsca zamieszkania, na przyzwoitym poziomie. To paradoks, który występuje w systemie ryczałtowym – który zamiast poprawić sytuację, tylko ją zakonserwował.

Mnożąc byty, osłabiamy organizacje

Dodatkowo pojawiają się środki unijne, co jest oczywiście pozytywnym trendem umożliwiającym rozwój pewnych dziedzin. Warto jednak wziąć pod uwagę fakt, że w Polsce budujemy drogi, poprawiamy komunikację, zainwestowaliśmy jako państwo w skuteczną sieć pogotowia lotniczego opartego na śmigłowcach, które mogą dotrzeć

w każde miejsce i właściwie w każdym czasie w ciągu kilku minut zawieźć pacjenta, gdziekolwiek chcemy.

Zbudowaliśmy nowoczesny, wciąż doskonały system dróg – co składa się na bardzo dobrą sieć komunikacyjną. Z powyższych względów pojawia się wątpliwość, czy powinniśmy lokować środki publiczne i unijne w rozwój 800 szpitali, które funkcjonują na terenie naszego kraju? Czy na pewno stać na to nasz system? Czy podzielenie tych środków nie jest ich marnotrawieniem? Zwłaszcza że rozproszenie środków na tak dużą strukturę zasobów, np. kadrowych, pielęgniarskich, lekarskich powoduje osłabienie całego systemu. Zapotrzebowanie jednostek medycznych na personel wylicza się niestety na podstawie liczby łóżek, które bynajmniej nie leczą. W tej sytuacji, jeśli szpital jest przewymiarowany i ma dużo łóżek oraz jest szpitalem powiatowym w jakiejś odległości od miasta wojewódzkiego, to nie ma możliwości pozyskania odpowiedniej liczby personelu z lokalnego rynku. W efekcie wynagrodzenia rosną proporcjonalnie do odległości od miasta metropolitalnego w danym regionie. Zaczyna się współzawodniczenie o zasoby, irracjonalne dlatego, że podnosi ceny, natomiast tych zasobów brakuje, więc lekarze i pielęgniarki 20% swojego czasu spędzają w samochodach, pokonując duże dystanse, marnotrawiąc czas i siły. Młodych pielęgniarek jest coraz mniej, a tych starszych odchodzących na emeryturę jest coraz więcej. Tym bardziej bezsensowne wydaje się utrzymywanie tak dużej sieci szpitali powiatowych, które mają kłopot z wykorzystaniem kontraktu, w odróżnieniu od dużych szpitali, którym brakuje środków z ryczałtu. Antynomią jest tutaj pewnego rodzaju niespójność w procesie finansowania i inwestowania środków publicznych. Przykładowo państwo polskie inwestuje 1 mld złotych w ośrodek specjalistyczny, a później płatnik nie jest w stanie zapewnić pełnego finansowania, które daje przynajmniej w 90% możliwość wykorzystania potencjału tego ośrodka, w zamian otrzymuje finansowanie na poziomie 70% możliwości ośrodka. Jednocześnie przez struktury unijne czy też samorządowe podobne pieniądze inwestuje się w tzw. subsydiowanie szpitali obwodowych, których i tak jest zbyt wiele. Później, nie wykonując analizy, dobudowuje się do szpitala, który już nie wykorzystywał swojego potencjału operacyjnego, dodatkowe sale operacyjne, np. w lokalizacjach, które w zapleczach mają populację kilkudziesięcio- czy kilkuset tysięcy. Gdybyśmy robili test prywatnego inwestora, nikt by tych pieniędzy w ten sposób nie zainwestował. To absurdałne mnożenie zasobów infrastrukturalnych, których nie możemy już dzisiaj zabezpieczyć w odpowiednie zasoby ludzkie, nie mówiąc już o zasobach finansowych związanych z prowadzeniem działalności. Żeby prowadzić każde przedsięwzięcie czy szpital, musimy wykonać analizę dotyczącą zasobów niestrukturalnych, inwestycyjnych, zastanowić nad zasobami ludzkimi i nad źródłem finansowania tego przedsięwzięcia, by na koniec nie przynosiło strat, tylko zysk.

Placówki służby zdrowia mają różną strukturę. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Prowadzimy przedsiębiorstwo, ale nie jesteśmy przedsiębiorcą, czyli kupcem w dawnym znaczeniu kodeksu handlowego. Nie musimy kupować taniej i sprzedawać drożej. Naszym celem jest skuteczne leczenie pacjentów, żeby jak najbardziej efektywnie wykorzystać pieniądze, które dostajemy w ramach umów z NFZ. W momencie, kiedy bylibyśmy spółką prawa handlowego, czyli przedsiębiorcą, czy – jak kiedyś mówiono – kupcem, to nasze działanie miałoby inny cel – jak najbardziej efektywne wykorzystanie zasobów w celu generowania zysków. Albo jesteśmy jednostką zorganizowaną, której celem jest wykorzystanie środków, by

efektywnie leczyć chorych, albo też jesteśmy przedsiębiorcą i chcemy wygenerować jak największy zysk. Przypisywane aksjomaty wiążą się z pewnymi cechami, które są immanentne. Jeśli ktoś nagle staje się kupcem, to tak się zachowuje, natomiast jeśli jego celem jest leczenie chorych, to właśnie tym się zajmuje. Ten paradoks często powoduje pewne nieporozumienia również wśród zarządzających.

Oczywiście że placówka opieki zdrowotnej musi pokrywać swoje koszty, nie może się zadłużać. Powinna działać też na pełnym rachunku ekonomicznym, a wykonywane procedury powinny ją utrzymywać. Szpital nie może mieć jednak celu ekonomicznego i biznesowego w postaci wygenerowania zysku, tak jak każde przedsiębiorstwo. W momencie przekształcenia szpitala w spółkę diametralnie zmienia się cel, którym nie jest już pacjent, tylko zysk i jego pomnażanie. To zasadnicza różnica, o której trzeba pamiętać, gdyż ona determinuje pewne postawy i działania osób zarządzających. Jeśli decydujemy się na pewne rozwiązania, to z pełnymi konsekwencjami.

System, w którym jest zbyt wiele elementów, jest systemem słabym – jeżeli mnożymy byty, to osłabiamy organizacje. Jeśli w sposób nieprzemyślany łączymy pewne organizmy, nie uzyskujemy efektu synergii – takie połączenie musi być oparte na przemyśleniach, odpowiadać na pytanie: jaki cel chcemy osiągnąć? Mechanizm finansowania powinien być tak ukształtowany, żeby z czasem jednostki mniejsze z mniejszą populacją, w bliskim sąsiedztwie innych jednostek przekształcały się w inne struktury związane z leczeniem czy zabezpieczeniem podstawowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Ważną kwestią jest rozwiązanie problemów dotyczących opieki nad osobami starszymi czy załatwianie podstawowych działań z zakresu rehabilitacji i przywracania ludzi na rynek pracy. To jest dużo istotniejsze niż ortodoksyjne utrzymywanie jednostek, które nie mają, biorąc pod uwagę dostępność zasobów i liczbę pacjentów, racji bytu. Albo budujemy infrastruktury komunikacyjne, drogi, szybką kolej, latami śmigłowcami, albo mamy system XIX-wieczny i rozdrabniamy opiekę medyczną w taki sposób, by każdy mógł dojść do najbliższego szpitala na piechotę.

Modelem będącym w opozycji do tego, że w każdym powiecie czy też gminie znajduje się szpital, jest zachodni system opieki zdrowotnej. Aktualnie w Danii czy Holandii dużych placówek medycznych w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców jest mniej niż w Polsce, dzięki czemu mogą się specjalizować. Niemcy racjonalnie wykorzystują zasoby, mają rozwiniętą opiekę środowiskową. Duńczycy mają 26 szpitali na prawie 9 mln ludności, również Niemcy racjonalnie wykorzystują zasoby, stawiając na rozwiniętą opiekę środowiskową. W województwie pomorskim funkcjonuje 28 szpitali, natomiast populacja liczy tutaj 3 mln osób.

Pacjent powinien jak najwięcej świadczeń uzyskiwać w podstawowej, dziennej opiece zdrowotnej. Większość procedur mogłaby być wykonywana w systemie jednodniowym, ambulatoryjnym. Do tego nie trzeba tak gęstej sieci szpitali. Gdybyśmy tak przebudowali system, to potrzebowałibyśmy w woj. pomorskim kilku szpitali i wielu jednostek wspierających chorego. Biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowotny społeczeństwa, w Polsce potrzebujemy jednostek wzmocnionych w możliwości diagnostyczne, ośrodków rehabilitacji, więcej jednostek świadczących usługi opiekuńczo-lecznicze i więcej podmiotów świadczących procedury specjalistyczne, w trybie jednodniowym bez zamykania chorego na kilka tygodni do szpitala. Społeczeństwo się starzeje, to jest droga, którą musimy obrać, żeby system się nie zawalił. I mimo że zabrzmiało to jak

truizm: szpitale specjalistyczne muszą wykonywać specjalistyczne procedury, z możliwością ich rozwoju. Technologia w tej chwili sprzyja pacjentom, jednak uwarunkowania społeczno-polityczne powodują, że nie jest dane nam jej wykorzystywać w tak efektywny sposób, jaki jest w zasięgu naszych możliwości. Największą stratę ponoszą na tym pacjenci.