

# NOWE OTWARCIE

## CZY STARE BAJEROWANIE?

**M**inisterstwo Funduszy i Polityki Regionalnej opublikowało rewizję Krajowego Planu Odbudowy – w dokumencie zapisano nowe założenia projektu ustawy dotyczącej reformy szpitalnictwa, która jest jednym z kamieni milowych KPO.

Korekty w KPO potwierdziły, że Ministerstwo Zdrowia rezygnuje z ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, a zamiast niej przygotowuje projekt ustawy o Funduszu Wsparcia Szpitali, która miałaby zacząć obowiązywać w trzecim kwartale 2023 r. Minister zdrowia Adam Niedzielski w kwietniu informował, że dokument ma być procedowany jeszcze w tej kadencji. Te zapowiedzi oznaczają nowe otwarcie i zdecydowanie łagodniejszą propozycję, na której podstawie ma być zmieniane szpitalnictwo w Polsce.

W rewizji Krajowego Planu Odbudowy nie ma już mowy między innymi o „restrukturyzacji sektora szpitali poprzez konsolidację”. Rezygnuje się też z działania opisanego jako „reforma systemu finansowania szpitali, zapewniająca skuteczną i trwałą restrukturyzację, w tym rozwiązanie kwestii umarzania długów szpitali w sposób zrównoważony”. Jest za to zapis mniej kategoryczny, czyli „poprawa efektywności ekonomicznej zadłużonych podmiotów szpitalnych poprzez stworzenie funduszu, który da możliwość podjęcia działań rozwojowych i naprawczych w poszczególnych podmiotach, w tym finansowanie wsparcia restrukturyzacji”.

W projekcie założono także, że „nastąpi podniesienie jakości zarządzania podmiotem szpitalnym

oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej” – a w poprzedniej propozycji była mowa o „stworzeniu profesjonalnego systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnieniu kadry zarządzającej”.

W odniesieniu do ustawy o Funduszu Wsparcia Szpitali wspomniano też o zmianie profilu i dostosowaniu działalności podmiotów szpitalnych do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, przesunięciu niektórych świadczeń zdrowotnych ze szpitali na niższe poziomy opieki (podstawowa opieka zdrowotna i opieka ambulatoryjna) oraz stworzeniu funduszu, który ma pomóc zadłużonym szpitalom w poprawie efektywności ekonomicznej.

Co to oznacza dla polskiego szpitalnictwa – nowe otwarcie czy tylko propagandę? Spytaliśmy o to ekspertów – Katarzynę Głowalę, Piotra Magdziarza, Marcina Pakulskiego i Rafała Janiszewskiego. Ich teksty publikujemy na kolejnych stronach „Menedżera Zdrowia”.

Redakcja

Jeśli chcesz ściągnąć rewizję KPO, zeskanuj kod QR:





Z celami wskazanymi w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa oraz w rewizji Krajowego Planu Odbudowy w zakresie Funduszu Wsparcia Szpitali nie można się nie zgodzić – pomoc szpitalom jest konieczna. Jednak co do tego, czy zamiary przełożą się na poprawę efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, można mieć wątpliwości – ani w jednym, ani w drugim dokumencie nie zapisano konkretnych rozwiązań, jak ustawodawca chce to osiągnąć.

## KATARZYNA GŁOWALA

W uzasadnieniu do drugiej wersji projektu ustawy z 9 maja 2022 r. o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wskazano, że ma ona umożliwić i wspierać modernizację oraz poprawę efektywności szpitalnictwa przez:

- 1) poprawę efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez dokonanie ich oceny i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze, jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmio-



## OTO JEST PYTANIE

tach, między innymi restrukturyzację ich zadłużenia,

- 2) zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali,
- 3) współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz współpracę między podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobu ludzkiego oraz świadczeń opieki zdrowotnej,
- 4) utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez po-

wołanie instytucji, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów, a także realizację innych zadań dotyczących podmiotów szpitalnych, takich jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów oraz wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie,

- 5) podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej, a także wprowadzenie lub ulepszenie zarządzania procesowego podmiotem szpitalnym,
- 6) aktualizację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (szpitali).

Zapisano też, że zaproponowane rozwiązania mają stanowić także podstawę do racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki (na przykład opieka ambulatoryjna, długoterminowa), a także w ramach funkcjonowania podmiotów szpitalnych, które oprócz świadczeń stricte szpitalnych udzielają świadczeń na innych poziomach. Napisano też o zmianie zakresu i struktury świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty szpitalne z uwzględnieniem planów transformacji i mapy potrzeb zdrowotnych.

W projekcie nie wskazano jednak mechanizmów ani narzędzi umożliwiających projektodawcy osiągnięcie wskazanych celów, a zawarto jedynie ocenę zarządzających podmiotami leczniczymi poprzez wskaźniki, na które zarządzający nie mają wpływu. W związku z tym, że wymieniony projekt ustawy nie spotkał się z przychylnością, a tym bardziej z przychylnością kadry menedżerskiej, która zna bardzo dobrze system zarządzania podmiotami leczniczymi, minister zdrowia stwierdził: „Najsłabsze, najgorzej sobie radzące szpitale mają ograniczony dostęp do pieniędzy. Finansowanie ich deficytów jest utrudnione, bo nie spełniają zwykle żadnych warunków kredytowania wyznaczanych przez banki”. Dlatego zdecydowano się na powstanie funduszu restrukturyzacji, który będzie pomagał jednostkom w najtrudniejszej sytuacji finansowej. Minister zaznaczył, że „pomoc będzie wiązała się z przygotowaniem odpowiedniego planu restrukturyzacji, a następnie sztywną jego realizacją. Plan restrukturyzacyjny może mówić np. o pewnym przeprofilowaniu działalności szpitala, by dostosować ją do lokalnych potrzeb zdrowotnych i sytuacji demograficznej. Chodzi między innymi o to, by placówki nie konkurowały z sobą o zasoby, a opieka w regionie była jak najbardziej komplementarna i szeroka”.

### Zmiany w rewizji Krajowego Planu Odbudowy

Powyższe zapowiedzi ministra zdrowia znalazły potwierdzenie w rewizji Krajowego Planu Odbudowy opublikowanej pod koniec kwietnia – w części doty-

czącej głównych zmian zapisano, że „nastąpi zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych – modyfikacja nazwy z ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa na ustawę o Funduszu Wsparcia Szpitali, a także jej zapisy i przesunięcie o rok terminu wejścia w życie przepisów”.

W ustawie o Funduszu Wsparcia Szpitali przewidziano:

- a) zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali, a także z uwzględnieniem potrzeb obronności i bezpieczeństwa państwa, w przypadku podmiotu szpitalnego nadzorowanego przez ministra obrony narodowej lub ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizujących zadania z zakresu obronności i bezpieczeństwa państwa,
- b) stworzenie podstaw do aktualizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej,
- c) podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych z leczenia szpitalnego na niższe poziomy opieki (podstawowa opieka zdrowotna, opieka ambulatoryjna),
- d) poprawę efektywności ekonomicznej zadłużonych podmiotów szpitalnych przez stworzenie funduszu, który da możliwość podjęcia działań rozwojowych i naprawczych w poszczególnych podmiotach, w tym przez finansowanie wsparcia restrukturyzacji,
- e) podnoszenie jakości zarządzania podmiotem szpitalnym oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej i zachęcanie do stosowania rozwiązań implementujących nowoczesne systemy, narzędzia i metody zarządzania.

### Porównanie dokumentów

Porównując cele wskazane w projekcie ustawy z 9 maja 2022 r. o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z tym, co wskazano w rewizji Krajowego Planu Odbudowy, można odnieść wrażenie, że został przede wszystkim skreślony kontrowersyjny zapis dotyczący poprawy efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez dokonanie ich oceny i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze, jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach, między innymi restrukturyzację ich zadłużenia. Reszta celów jest raczej identyczna (korekcyjnie zmieniona). Nadal są wątpliwości dotyczące zaproponowanych

rozwiązań zawartych w obu dokumentach – brakuje w nich instrumentów i narzędzi służących do osiągnięcia opisywanych celów.

### Analiza

W celu przedstawienia słabości polskiego szpitalnictwa, dokonano analizy na podstawie danych dotyczących specjalności oddziałów szpitalnych w latach 2017–2021 – to jest oddziałów alergologicznych, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgicznych ogólnych, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologicznych, diabetologicznych,

endokrynologicznych, gastroenterologicznych, geriatrycznych, ginekologiczno-położniczych, ginekologicznych, ginekologii onkologicznej, gruźlicy i chorób płuc, hematologicznych, intensywnego nadzoru kardiologicznego, kardiochirurgicznych, kardiologicznych, nefrologicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, okulistycznych, onkologicznych, onkologii klinicznej/chemioterapii, pediatricznych, psychiatrycznych, psychogeriatrycznych i urologicznych. Dane dotyczące liczby łóżek i ich obłożenia zestawiono z kolejkami oczekujących na hospitalizację na danych oddziałach i liczbą lekarzy – pracujących/aktywnych zawodowo w szpitalnictwie w jednostkach mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pre-



zentowane dane pochodzą z map potrzeb zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę tę analizę i wskazanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie średniego poziomu obłożenia zakładającego efektywne wykorzystanie zasobów w wysokości 74 proc., spełniały te wymogi tylko oddziały:

- 1) diabetologiczny w latach 2017–2019: 2017 r. – 75,60 proc., 2018 r. – 80,18 proc., 2019 r. – 78,57 proc.,
- 2) hematologiczny: 2017 r. – 83,17 proc., 2018 r. – 84,54 proc., 2019 r. – 84,49 proc., 2020 r. – 75,14 proc., 2021 r. – 78,08 proc.,
- 3) gastroenterologiczny w latach 2017–2019: 2017 r. – 78,64 proc., 2018 r. – 80,02 proc., 2019 r. – 81,12 proc.,
- 4) nefrologiczny w latach 2017–2019: 2017 r. – 75,95 proc., 2018 r. – 77,57 proc., 2019 r. – 79,20 proc.,
- 5) neurologiczny w latach 2017–2019: 2017 r. – 74,46 proc., 2018 r. – 71,38 proc., 2019 r. – 76,48 proc.,
- 6) psychiatryczny: 2017 r. – 94,54 proc., 2018 r. – 93,43 proc., 2019 r. – 92,52 proc., 2020 r. – 77,93 proc., 2021 r. – 80,53 proc.,
- 7) psychogeriatryczny: 2017 r. – 91,03 proc., 2018 r. – 92,41 proc., 2019 r. – 93,82 proc., 2020 r. – 73,19 proc. i 2021 r. – 79,70 proc.

Wymienione obłożenie łóżek wiąże się ze zwiększeniem ich liczby, ale tylko na następujących oddziałach:

- 1) diabetologicznym: 2017 r. – 387 łóżek, 2018 r. – 401 łóżek, 2019 r. – 410 łóżek, 2020 r. – 450 łóżek, 2021 r. – 401 łóżek,
- 2) hematologicznym: 2017 r. – 1413 łóżek, 2018 r. – 1422 łóżek, 2019 r. – 1400 łóżek, 2020 r. – 1417 łóżek i 2021 r. – 1470 łóżek, co oznacza wzrost w analizowanym okresie o 4 proc., czyli 57 łóżek,
- 3) psychiatrycznym: 2017 r. – 13 216 łóżek, 2018 rok – 13 026 łóżek, 2019 rok – 12 736 łóżek, 2020 rok – 12 094 łóżka o 2021 rok – 18 782 łóżka, co oznacza wzrost o 42 proc., czyli o 5566 łóżek, z tego o 725 w województwie mazowieckim, o 559 w województwie małopolskim, o 514 łóżek w wojewódz-

twie wielkopolskim oraz o 462 w województwie podkarpackim,

- 4) w przypadku oddziału psychogeriatrycznego w 2017 r. było 779 łóżek, 2018 r. – 791, 2019 r. – 756, 2020 r. – 797 i 2021 r. – 780 łóżek.

W przypadku oddziału gastroenterologicznego zwiększenie obłożenia łóżek wiązało się z ich likwidacją: 2017 r. – 1386 łóżek, 2018 r. – 1367, 2019 r. – 1329, 2020 r. – 1334 łóżka, 2021 r. – 1306 łóżek, co oznacza redukcję o 6 proc., czyli o 80 łóżek w analizowanym okresie. Identyfikacja sytuacji dotyczyła oddziału nefrologicznego: w 2017 r. – 1670 łóżek, w 2018 r. – 1663 łóżka, w 2019 r. – 1565 łóżek, w 2020 r. – 1861 oraz w 2021 r. – 1558, a także neurologicznego – w 2017 r. – 6677 łóżek, w 2018 r. – 6300, w 2019 r. – 5896, w 2020 r. – 5734 łóżka oraz w 2021 r. – 5704.

Natomiast pomimo wskaźnika niższego niż średnia obłożenia łóżek zakładająca efektywne wykorzystanie zasobów, na następujących oddziałach wzrosła liczba łóżek:

- 1) anestezjologia i intensywne terapie: w 2017 r. – 3446 łóżek (63,95 proc. obłożenia), w 2018 r. – 3499 łóżek (62,885 proc.), w 2019 r. – 3495 łóżek (68,79 proc.), w 2020 r. – 3812 łóżek (64,10 proc.) oraz w 2021 r. – 3860 łóżek (66,77 proc.). Wzrost odsetka łóżek o 12 proc., czyli o 414 łóżek, był spowodowany przede wszystkim wybuchem pandemii COVID-19.

Najwięcej łóżek przybyło w województwie podkarpackim – 72 oraz w województwie małopolskim – 57,

- 2) chirurgia klatki piersiowej: w 2017 r. – 812 łóżek (73,62 proc. obłożenia), w 2018 r. – 828 (70,67 proc.), w 2019 r. – 836 (69,35 proc.), w 2020 r. – 822 łóżka (56,41 proc.) oraz w 2021 r. – 833 (61,79 proc.). Wzrost nastąpił tylko w województwach małopolskim – o 34 łóżka i mazowieckim – o 10 łóżek,
- 3) chorób zakaźnych: w 2017 r. – 1278 łóżek (69,03 proc. obłożenia), w 2018 r. – 1175 (68,29 proc.), w 2019 r. – 1051 łóżek (72,49 proc.), w 2020 r. – 1813 przy obłożeniu 39,08 proc. i w roku 2021 – 2400 łóżek przy obłożeniu 48,60 proc. Wzrost był spowodowany pandemią COVID-19,

**DECYDUJĄC O SPECJALIZACJI Oddziału,**

**ORGAN ZAŁOŻYCIELSKI NIE ANALIZUJE**

**ZAPOTRZEBOWANIA NA NIĄ, KOLEJEK**

**CZY CHOCIAŻBY LICZBY KADRY MEDYCZNEJ**

**POTRZEBNEJ DO REALIZACJI DANYCH ŚWIADCZEŃ**



Tabela 1. Średni czas oczekiwania, przeciętny czas oczekiwania oraz liczba oczekujących na hospitalizację na analizowanych

Oddział	Średni czas oczekiwania (w dniach) *	Przeciętny czas oczekiwania (w dniach) **	Liczba oczekujących w Polsce	Liczba komórek raportujących w Polsce
alergologiczny	38	89	1467	14
chirurgiczny ogólny	49	95	58 000	446
chirurgii klatki piersiowej	25	87	1804	28
chirurgii naczyniowej	50	260	6001	61
chirurgii onkologicznej	20	40	4348	65
chirurgii szczękowo-twarzowej	46	63	2340	28
chirurgii urazowo-ortopedycznej	209	535	78 000	310
chorób wewnętrznych	16	75	9372	518
chorób zakaźnych	17	45	526	37
dermatologiczny	19	35	3481	52
diabetologiczny	45	81	1384	14
endokrynologiczny	98	131	5389	38
gastroenterologiczny	65	113	7730	56
geriatryczny	32	93	1384	54
ginekologiczny	73	107	3808	29
ginekologii onkologicznej	30	82	3783	27
gruźlicy i chorób płuc	33	62	3331	59
hematologiczny	21	28	1414	51
kardiochirurgiczny	30	55	713	30
kardiologiczny	37	102	18 000	230
nefrologiczny	15	22	751	76
neurochirurgiczny	154	311	31 000	73
neurologiczny	36	284	4082	204
okulistyczny	45	97	9958	156
onkologiczny	9	18	711	61
onkologii klinicznej/ chemioterapii	6	21	3379	71
pediatryczny	12	59	5635	330
psychiatryczny	6	54	878	216
psychogeriatryczny	17	323	92	23
urologiczny	49	80	24 000	144

\* Raportowany bezpośrednio przez komórki świadczeniodawców średni czas oczekiwania osób, które zostały wykreślone z listy oczekujących ze względu na realizację świadczenia w ostatnich 3 miesiącach.

\*\*Przeciętny czas oczekiwania z uwzględnieniem osób, które zostały wykreślone z listy oczekujących ze względu na realizację świadczenia w ostatnich 3 miesiącach.  
Źródło: Zestawienie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych.

- 4) intensywny nadzór kardiologiczny: w 2017 r. – 571 łóżek (72,80 proc. obłożenia), w 2018 r. – 618 łóżek (74,47 proc.), w 2019 r. – 629 (71,54 proc.), w 2020 r. – 688 (64,82 proc.) oraz w 2021 r. – 718 (63,63 proc.),
- 5) chirurgia onkologiczna: w 2017 r. – 1758 łóżek (58,31 proc. obłożenia), w 2018 r. – 1751 (56,12 proc.), w 2019 r. – 1640 łóżek (59,85 proc.), w 2020 r. – 1681 (52,62 proc.) oraz
- w 2021 r. – 1780 łóżek przy obłożeniu wynoszącym 58,13 proc.,
- 6) onkologia kliniczna/chemioterapia: w 2017 r. – 1535 łóżek (67,53 proc. obłożenia), w 2018 r. – 1558 (68,54 proc.), w 2019 r. – 1603 łóżka (67,20 proc.), w 2020 r. – 1640 łóżek (64,24 proc.) oraz w 2021 r. – 1753 łóżka (60,88 proc.), co daje wzrost o 14 proc., czyli o 218 łóżek, z czego o 82 łóż-

oddziałach szpitalnych (listopad 2022 r.)

kolejki	Liczba świadczeniodawców raportujących kolejki w Polsce	Województwo, w którym jest największa liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba oczekujących	Liczba komórek
	14	dolnośląskie	135	314	2
	424	pomorskie	58	5680	23
	28	mazowieckie	11	723	3
	61	kujawsko-pomorskie	262	1986	4
	56	mazowieckie	17	1225	15
	28	mazowieckie	35	404	5
	258	śląskie	228	11 002	37
	446	warmińsko-mazurskie	26	1738	26
	30	mazowieckie	19	174	6
	51	pomorskie	29	801	4
	14	pomorskie	99	481	1
	37	dolnośląskie	98	1883	4
	55	mazowieckie	113	2267	11
	54	śląskie	41	388	10
	28	mazowieckie	69	1922	7
	24	pomorskie	157	1470	2
	48	dolnośląskie	55	660	6
	46	dolnośląskie	11	416	5
	30	dolnośląskie	6	198	3
	188	mazowieckie	49	4017	34
	71	dolnośląskie	28	211	3
	73	kujawsko-pomorskie	200	8959	6
	198	mazowieckie	69	1585	24
	151	łódzkie	42	2402	15
	48	mazowieckie	8	249	19
	63	łódzkie	8	2544	9
	310	podkarpackie	10	1111	20
	118	dolnośląskie	4	229	20
	22	dolnośląskie	345	86	1
	142	śląskie	105	4868	14

ka w województwie lubelskim, o 79 łóżek w województwie wielkopolskim, o 53 w województwie warmińsko-mazurskim oraz o 46 łóżek w kujawsko-pomorskim. Należy także zauważyć, iż w województwie śląskim liczba łóżek zmniejszyła się o 82.

Co to oznacza? Przytoczone dane mogą wskazywać, że najprawdopodobniej na poziomie województwa brakuje koordynacji oddziałów określonej specjalności

i liczby udzielanych świadczeń, czego przykładem jest chociażby Warszawa, gdzie funkcjonują podmioty lecznicze mające kilka różnych organów założycielskich. Brak koordynacji między nimi powoduje, że każdy podmiot udziela tych samych świadczeń, czego efektem jest niewielkie obłożenie łóżka, jego likwidacja, a docelowo brak specjalizacji i skutki negatywne dla pacjenta.

W celu dokonania głębszej analizy należy powyższe dane zestawzić ze średnim czasem oczekiwania w dniach, przeciętny czas oczekiwania w dniach oraz liczbę oczekujących na przyjęcie na analizowane oddziały. Wskazane dane prezentuje tabela 1.

Według map potrzeb zdrowotnych w listopadzie 2022 r. najdłuższe kolejki dotyczyły świadczeń na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej – 78 000 osób przy średnim czasie oczekiwania wynoszącym 209 dni i przeciętnym 535 dni. Najwięcej oczekujących – 11 002 było w województwie śląskim, przy średnim czasie oczekiwania wynoszącym 228 dni. Należy za-

uważyć, że w latach 2017–2021 liczba łóżek w tej specjalności zmniejszyła się z 10 077 w 2017 r. do 8538, co oznacza redukcję o 1539, tj. o 15 proc., z czego najwięcej ubyło właśnie w województwie śląskim – 270, następnie w wielkopolskim – 252 łóżka i mazowieckim – 214 łóżek. Obłożenie w latach 2017–2021 było następujące: 2017 r. – 59,86 proc., 2018 r. – 61,04 proc., 2019 r. – 66,83 proc., 2020 r. – 53,93 proc. oraz 2021 r. – 61,20 proc.

Drugim pod względem długości kolejki na hospitalizację był oddział neurochirurgiczny – w listopadzie 2022 r. na świadczenia było zapisanych 31 000 osób

**Tabela 2.** Liczba wszystkich pracujących lekarzy, liczba zatrudnionych w jednostkach mających kontrakt z NFZ oraz w szpitalnictwie w jednostkach mających kontrakt z NFZ w latach 2019–2021

Dziedzina medyczna	Ogólna liczba lekarzy pracujących			Ogólna liczba lekarzy na NFZ			Ogólna liczba lekarzy na NFZ w szpitalnictwie		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
alergologia	1669	1654	1703	1289	1300	1285	791	798	775
anestezjologia i intensywne terapie	6813	6865	6910	6684	6868	6950	6033	6204	6257
chirurgia ogólna	9289	9195	9157	8378	8316	8185	7300	7246	7107
chirurgia klatki piersiowej	301	300	317	267	271	277	259	261	268
chirurgia naczyniowa	635	648	685	658	669	680	627	636	648
chirurgia onkologiczna	1029	1057	1085	999	1045	1051	941	980	985
choroby płuc	3130	3080	3110	2572	2549	2519	1663	1643	1613
choroby wewnętrzne	32 038	31 274	31 540	26 307	26 100	25 742	15 857	15 778	15 500
choroby zakaźne	1241	1222	1244	950	954	942	747	756	747
dermatologia i wenerologia	2649	2582	2598	1834	1778	1718	793	787	739
diabetologia	1994	1929	2076	1476	1490	1506	1026	1039	1038
endokrynologia	1739	1748	1900	1313	1323	1355	943	959	980
gastroenterologia	1259	1250	1278	1089	1101	1109	963	980	977
geriatria	566	578	630	503	529	550	315	344	350
ginekologia onkologiczna	363	387	441	325	349	366	320	341	356
hematologia	693	699	754	520	534	541	492	502	506
kardiouchirurgia	385	394	421	370	381	407	367	376	398
kardiologia	5277	5387	5661	5060	5246	5306	4435	4619	4657
medycyna rodzinna	11 931	10 585	11 676	10 380	10 362	10 305	1859	1787	1696
nefrologia	1647	1627	1678	1393	1421	1428	1254	1279	1274
neurochirurgia	647	667	679	658	667	701	640	660	683
neurologia	4887	4792	4805	3966	3951	3943	2769	2763	2764
okulistyka	4761	4742	4713	3879	3890	3818	2215	2262	2256
onkologia kliniczna	1424	1432	1564	1061	1112	1137	1024	1073	1087
pediatria	15 216	14 859	14 908	13 468	13 420	13 177	6765	6712	6571
perinatologia	123	134	163	109	119	126	100	110	114
położnictwo i ginekologia	7661	7699	7824	6742	6799	6691	5024	5121	5022
psychiatria	4507	4530	4656	3531	3581	3580	326	338	326
urologia	1491	1523	1590	1408	1418	1445	1219	1240	1262
<b>SUMA</b>	<b>125 365</b>	<b>122 839</b>	<b>125 766</b>	<b>107 189</b>	<b>107 543</b>	<b>106 840</b>	<b>67 067</b>	<b>67 594</b>	<b>66 956</b>

Źródło: Zestawienie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych.



przy średnim czasie oczekiwania 154 dni i przeciętnym czasie oczekiwania 311 dni. Największą liczbę oczekujących zanotowano w województwie kujawsko-pomorskim – 8959, przy średnim czasie oczekiwania 200 dni. W 2017 r. w całej Polsce liczba łóżek na tych oddziałach wyniosła 2125, a w 2021 r. – 1997, czyli zmniejszyła się o 128 łóżek, z czego w województwie wielkopolskim ubyło 36 łóżek, województwie śląskim – 35 łóżek, województwie dolnośląskim – 35 łóżek, a we wspomnianym województwie kujawsko-pomorskim jedno łóżko. Obłożenie wynosiło odpowiednio: w 2017 r. – 63,70 proc., 2018 r. – 63,91 proc., w 2019 r. – 72,85 proc., w 2020 r. – 57,94 proc., a w 2021 r. – 63,16 proc.

Kolejny w zestawieniu był oddział urologiczny – 24 000 osób przy średnim czasie oczekiwania 49 dni i przeciętnym – 80 dni. Najdłuższą kolejkę zanotowano w województwie śląskim – 4868 osób przy średnim czasie oczekiwania 105 dni. Liczba łóżek w 2017 r. na oddziale urologicznym wyniosła 3549, a w 2021 r. – 3173 i zmniejszyła się o 376 łóżek, z tego 103 w województwie wielkopolskim i 91 w województwie śląskim. Obłożenie w 2017 r. wyniosło 61,12 proc., w 2018 r. – 60,25 proc., w 2019 r. – 68,58 proc., w 2020 r. – 56,99 proc., a w 2021 r. – 63,48 proc.

W listopadzie 2022 r. na przyjęcie na oddział kardiologiczny czekało 18 000 osób, przy średnim czasie oczekiwania 37 dni i przeciętnym 102 dni. Najwięcej w województwie mazowieckim – 4017 osób, przy średnim czasie oczekiwania 49 dni. W 2017 r. w kraju mieliśmy 8116 łóżek, a w 2021 r. – 7552, czyli o 564 mniej, z czego 200 ubyło w województwie wielkopolskim, 78 w województwie małopolskim, 61 w województwie łódzkim, a w województwie mazowieckim 46. Obłożenie łóżek na oddziale kardiologicznym w 2017 r. w y n i o s ł o 72 proc., w 2018 r. – 70,26 proc., w 2019 r. – 75,57 proc., w 2020 r. – 61,10 proc. oraz w 2021 r. – 68,39 proc.

W kolejce do świadczeń na oddziale okulistyycznym było 9958 osób przy średnim czasie oczekiwania 45 dni i przeciętnym 97 dni. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w województwie łódzkim – 2402 osoby przy średnim czasie oczekiwania 42 dni. Liczba łóżek okulistyycznych w 2017 r. wyniosła 3051, a w 2021 r. – 2230, czyli o 821 mniej. W województwie mazowieckim zli-

kwidowano 127 miejsc, w województwie śląskim 116, w województwie wielkopolskim 89 i 36 w województwie łódzkim. Obłożenie w 2017 r. wyniosło 46,53 proc., w 2018 r. – 42,11 proc., w 2019 r. – 35,08 proc., w 2020 r. – 26,27 proc. i w 2021 r. – 32,74 proc.

W listopadzie 2022 r. bardzo długa była również lista oczekujących na hospitalizację na oddziale chorób wewnętrznych – 9372 osoby, przy średnim czasie oczekiwania 16 dni i przeciętnym 75 dni. Najwięcej chorych zanotowano w województwie warmińsko-mazurskim – 1738 przy średnim czasie oczekiwania 26 dni. W 2017 r. mieliśmy w Polsce 6877 łóżek z tego zakresu, a w 2021 r. – 6156. Ich odsetek obniżył się o 10 proc., czyli o 721 łóżek, z czego w województwie zachodniopomorskim o 376 oraz w województwie warmińsko-mazurskim o 103 łóżka. Obłożenie w 2017 r. wyniosło 73,28 proc., w 2018 r. – 73,17 proc., w 2019 r. – 76,95 proc., w 2020 r. – 58,99 proc., a w 2021 r. – 66,61 proc.

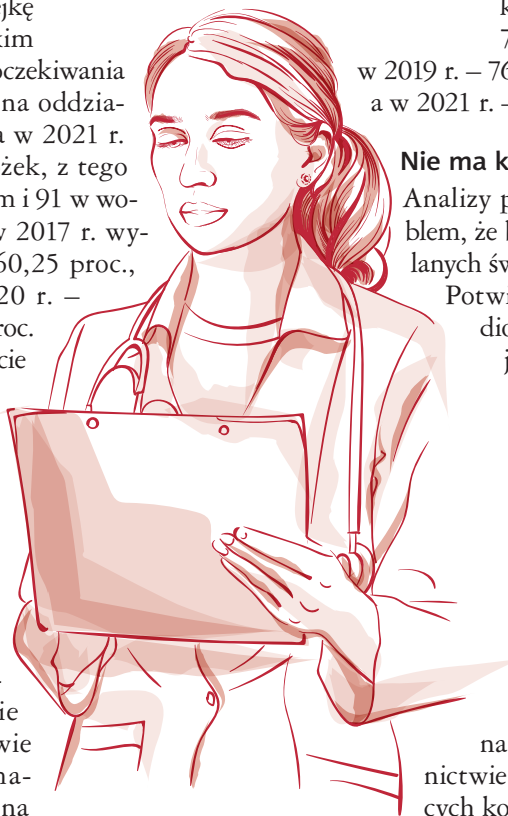
**KAŻDA JEDNOSTKA UDZIELA**

**WSZYSTKICH ŚWIADCZEŃ,**

**A NIE TYCH, W KTÓRYCH**

**SIĘ SPECJALIZUJE I OSIĄGA**

**NAJLEPSZE WYNIKI**



### Nie ma koordynacji

Analizy potwierdzają tylko wskazany problem, że brak koordynacji w zakresie udzielanych świadczeń może powodować kolejki.

Potwierdzeniem tego jest oddział kardiologiczny – najwięcej oczekujących jest w województwie mazowieckim, gdzie są 34 komórki raportujące o kolejkach.

Na analizę dotyczącą liczby łóżek, ich obłożenia, a także kolejek należy też nałożyć liczbę lekarzy zarówno wszystkich pracujących, czyli aktywnych zawodowo, pracujących w podmiotach leczniczych mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej pracujących na NFZ) oraz pracujących w szpitalnictwie w podmiotach leczniczych mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w analizowanych specjalnościach.

Liczbę lekarzy pracujących, lekarzy pracujących na NFZ oraz lekarzy pracujących na NFZ w szpitalnictwie w latach 2019–2021 przedstawia tabela 2.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w 2019 r. ogólna liczba lekarzy pracujących wyniosła 125 365, w 2020 r. – 122 839, a w 2021 r. – 125 766. Ogólna liczba lekarzy pracujących na Narodowy Fundusz Zdrowia w 2019 r. wyniosła 107 189, w 2020 r. – 107 543, a w 2021 r. 106 840, czyli w badanym okre-

się spadła o 349 osób. Liczba lekarzy pracujących na Narodowy Fundusz Zdrowia w szpitalnictwie w 2019 r. wyniosła 67 067 i stanowiła w 2019 r. 62,6 proc. wszystkich lekarzy pracujących na NFZ, w 2020 r. – 67 594 (62,9 proc.), a w 2021 r. 66 956 (62,7 proc.), czyli zmalała o 111 osób.

Odsetek lekarzy pracujących na NFZ w porównaniu z lekarzami pracującymi/aktywnymi zawodowo w 2019 r. wyniósł 85,5 proc., w 2020 r. – 87,5 proc., a w 2021 r. – 85 proc., co w liczbach bezwzględnych oznacza: w 2019 r. – 18 176 lekarzy, w 2020 r. – 15 296 lekarzy, a w 2021 r. – 18 926 lekarzy. Należy zauważyć, że zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych średnio co roku do 2026 r. uprawnienia emerytalne będzie nabywać ok. 3000 lekarzy, natomiast studia medyczne na kierunku lekarskim kończy ok. 3000 absolwentów. Oznacza to, że możemy mieć jeszcze większy niż obecnie problem z liczbą lekarzy w publicznym systemie, bo przytoczone dane pokazują, że nie nastąpi zjawisko zastępowalności pokoleniowej wśród tego ważnego dla systemu personelu przy zwiększającej się liczbie pracujących poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Największe rozbieżności pomiędzy lekarzami pracującymi na NFZ a wszystkimi pracującymi/aktywnymi zawodowo występują w następujących specjalizacjach:

- 1) Choroby wewnętrzne – w 2019 r. lekarzy pracujących/aktywnych zawodowo było 32 038, w 2020 r. – 31 274, a w 2021 r. – 31 540, a pracujących na NFZ w 2019 r. – 26 307, w 2020 r. – 26 100, a w 2021 r. – 25 742, czyli liczba mających kontrakt z NFZ zmniejszała się kosztem pracujących poza NFZ.
- 2) Pediatria – w 2019 r. lekarzy pracujących/aktywnych zawodowo było 15 216, w 2020 r. – 14 859, a w 2021 r. – 14 908. Kontrakt z na NFZ w 2019 r. miało 13 468 z nich, w 2020 r. – 13 420, a w 2021 r. – 13 177.
- 3) Medycyna rodzinna – w 2019 r. lekarzy pracujących/aktywnych zawodowo odnotowano 11 931, w 2020 r. – 10 585, a w 2021 r. – 11 676. Lekarzy pracujących na NFZ w 2019 r. było 10 380, w 2020 r. – 10 362, a w 2021 r. – 10 305.
- 4) Psychiatria – w 2019 r. liczba lekarzy pracujących/aktywnych zawodowo wyniosła 4507, w 2020 r. – 4530, a w 2021 r. – 4656. Lekarzy pracujących na NFZ w 2019 r. było 3531, w 2020 r. – 3581, a w 2021 r. – 3580.
- 5) Neurologia – w 2019 r. aktywnych zawodowo było 4887 lekarzy tej specjalizacji, w 2020 r. – 4792, a w 2021 r. – 4805. Kontrakt z NFZ w 2019 r. miało 3966 osób, w 2020 r. – 3951, a w 2021 r. – 3943.
- 6) Położnictwo i ginekologia – w 2019 r. lekarzy pracujących/aktywnych zawodowo odnotowano 7661, w 2020 r. – 7699, a w 2021 r. – 7824. Liczba pracujących na NFZ w 2019 r. wyniosła 6742, w 2020 r. – 6799, a w 2021 r. – 6691.
- 7) Chirurgia ogólna – aktywnych zawodowo w 2019 r. było 9289 osób, w 2020 r. – 9195, a w 2021 r. – 9157. Liczba lekarzy pracujących na NFZ w 2019 r. wyniosła 8378, w 2020 r. – 8316, a w 2021 r. – 8185. Specjalności te – z punktu widzenia strategicznego – są ważne dla publicznego systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza psychiatria, pediatria i chirurgia ogólna oraz położnictwo i ginekologia. W tym miejscu warto jeszcze uwypuklić to, iż w przypadku psychiatrii odsetek lekarzy pracujących na NFZ w szpitalnictwie w porównaniu ze wszystkimi pracującymi na NFZ wyniósł: w 2019 r. – 9,2 proc. (3205 lekarzy), w 2020 r. – 9,4 proc. (3243) i w 2021 r. – 9,1 proc. (3254) przy zwiększającej się – jak już zostało wspomniane – liczbie łóżek (w 2019 r. – 12 736, w 2020 r. – 12 094 i w 2021 r. – 18 782). 91 proc. psychiatrów pracuje w poradniach specjalistycznych, co może prowadzić do wniosku, że większy nacisk powinno się położyć na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną niż leczenie szpitalne.

### Pięć razy „nie”

Na podstawie powyższej analizy można wysnuć pięć wniosków.

**Po pierwsze** – brakuje koordynacji w zarządzaniu szpitalami – analizowane dane wskazują, że decydując o specjalizacji oddziału, organ założycielski nie analizuje zapotrzebowania na nią, kolejek czy chociażby liczby kadry medycznej potrzebnej do realizacji danych świadczeń. Zasadne jest wprowadzenie koordynacji na poziomie wojewody lub marszałka.

**Po drugie** – nie jest koordynowana realizacja świadczeń w konkretnych specjalizacjach – analizowane dane wskazują, że każda jednostka udziela wszystkich świadczeń, a nie tych, w których się specjalizuje i osiąga najlepsze wyniki – nie odnotowuje działań niepożądanych, ponownych hospitalizacji, powikłań.

**Po trzecie** – za dużo świadczeń jest wykonywanych w szpitalnictwie. Odsetek obłożenia łóżek, a także liczba lekarzy pracujących na oddziałach wskazują na zasadność przeniesienia niektórych świadczeń w tryb ambulatoryjny (na przykład okulistyka, dermatologia, diabetologia).

**Po czwarte** – polski publiczny system ochrony zdrowia zmaga się z niewystarczającą liczbą lekarzy, a problem starzejącego się personelu medycznego i zwiększająca się liczba lekarzy pracujących poza NFZ może tylko ten kryzys pogłębić.

**Po piąte** – powołanie jedynie Funduszu Wsparcia Szpitali może nie być wystarczającym instrumentem poprawiającym efektywność funkcjonowania polskiego szpitalnictwa.

Katarzyna Głowala  
była wiceminister zdrowia, pracownik Narodowego Banku Polskiego, Departamentu Statystyki Uniwersytetu Warszawskiego Wydziału Nauk Ekonomicznych Wyższej Szkoły Bankowej w Warszawie

# NAWET ODDŁUŻENIE NIE WYSTARCZY



## PIOTR MAGDZIARZ

**W** Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej opublikowało rewizję Krajowego Planu Odbudowy – w dokumencie są nowe założenia projektu nowej ustawy dotyczącej reformy szpitalnictwa, która jest jednym z kamieni milowych KPO.

W przepisach jest zmiana dotycząca zakresu działania instytucji rządowej mającej wspierać restrukturyzację szpitali. W pierwszym projekcie była mowa o powołaniu Agencji Rozwoju Szpitali, w drugim – Funduszu Modernizacji i Poprawy Efektywności Szpitalnictwa, a w rewizji KPO o powołaniu Funduszu Wsparcia Szpitali, mającym się przyczynić do poprawy efektywności ekonomicznej zadłużonych podmiotów szpitalnych przez podejmowanie działań rozwojowych i naprawczych w poszczególnych

podmiotach, w tym przez finansowanie wsparcia restrukturyzacji.

Przyczyn bardzo złej kondycji finansowej szpitali jest kilka, podstawowe to:

- zbyt niska wycena realizowanych przez nie procedur medycznych wynikająca głównie z braku bilansu pomiędzy wartością koszyka świadczeń gwarantowanych a możliwościami finansowymi płatnika,
- zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia,
- zbyt duża liczba szpitali wielospecjalistycznych posiadających w swoich strukturach oddziały zabiegowe – głównie szpitali powiatowych,
- zbyt mała liczba łóżek opieki długoterminowej – co skutkuje koniecznością hospitalizacji pacjentów

na innych oddziałach – głównie oddziałach chorób wewnętrznych,

- a przede wszystkim brak właściwego współdziałania i koordynacji działań między podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i leczeniem szpitalnym oraz ogromne zaniedbania w obszarze profilaktyki, co nie pozwala na wdrożenie podstawowej zasady organizacji rynku ochrony zdrowia, czyli „trzymania pacjenta z dala od szpitala”.

Jasno należy sobie powiedzieć, że samo oddłużenie szpitali – nawet przy wsparciu Funduszu Wsparcia Szpitali – nie wystarczy. Szpitale muszą zacząć się bilansować na poziomie podstawowej działalności operacyjnej. Jeżeli nie nastąpią fundamentalne zmiany systemowe, o których między innymi mowa powyżej, to za kilka lat będziemy znowu rozmawiali o ich oddłużaniu.

Należy wyrazić nadzieję, że prezentowane w rewizji KPO założenie „zmiany profilu i dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych” będzie odpowiedzią na problem związany ze zbyt dużą liczbą szpitali wielospecjalistycznych (głównie powiatowych), posiadających w swoich strukturach oddziały zabiegowe oraz ze zbyt małą liczbą łóżek opieki długoterminowej. Tego typu działanie pozwoliłoby na lepsze spożytkowanie przeznaczonych na szpitalnictwo pieniędzy – dzisiaj dzielonych na zbyt dużą liczbę placówek, co powoduje, że nie są wystarczające do zbilansowania generowanych przez nie kosztów – na efektywniejsze wykorzystanie posiadanej kadry medycznej oraz znacznie zwiększyłyby dostęp do opieki senioralnej. W Polsce, która jest według danych Eurostatu drugim najszybciej starzejącym się społeczeństwem w Europie, mamy wciąż czterokrotnie mniej łóżek opieki długoterminowej niż w krajach Europy Zachodniej.

Bardzo ważnym założeniem – w kontekście wdrożenia „trzymania pacjenta z dala od szpitala” – jest „racjonalizacja piramidy opieki zdrowotnej poprzez prze-

sunięcie niektórych świadczeń z leczenia szpitalnego na niższe poziomy opieki (podstawowa opieka zdrowotna, opieka ambulatoryjna)”. Nie da się poprawić efektywności funkcjonowania podmiotów szpitalnych bez jednoczesnych zmian w POZ i AOS. Niestety, w rewizji KPO nie ma nic o wdrożeniu zakrojonych na szeroką skalę działań profilaktycznych. Obowiązkowe (coroczne) badania profilaktyczne koordynowane przez lekarza POZ, sprawna i dbająca (koordynująca) nie tylko o proces leczenia pacjenta, ale przede wszystkim o utrzymanie go w zdrowiu – podstawowa opieka zdrowotna, dostępna i przejmująca więcej zadań w obszarze zabiegowym ambulatoryjna opieka specjalistyczna – to podstawa do stworzenia nie tylko efektywnie funkcjonującego obszaru leczenia szpitalnego, ale również całego systemu ochrony zdrowia.

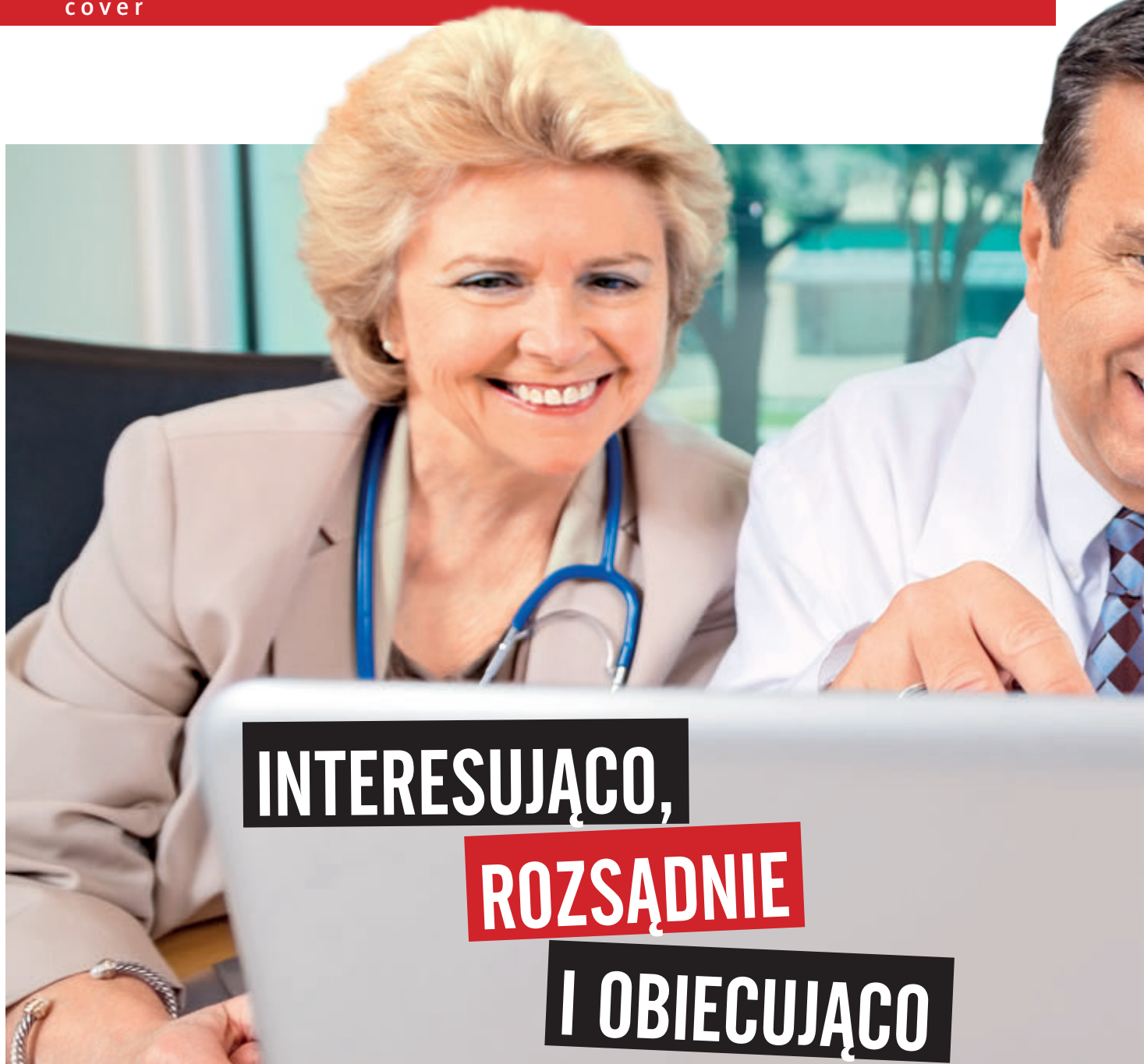
W rewizji KPO nie ma mowy o jakichkolwiek zmianach w poziomie finansowania ochrony zdrowia (6,0 proc. PKB, o których mówi rząd, odnosi się do wartości PKB z 2021 r., a nie 2023 r.) oraz wzroście wyceny świadczeń gwarantowanych. Możemy mieć tylko nadzieję, że wynika to wyłącznie z faktu, że te obszary są regulowane przez inne akty prawne.

W założeniach czytamy również o konieczności „podnoszenia jakości zarządzania podmiotem szpitalnym oraz rozwoju kompetencji kadry menedżerskiej i zachęcaniu jej do stosowania rozwiązań implementujących nowoczesne systemy, narzędzia i metody zarządzania”. Wysoki poziom kadry zarządzającej szpitalami (z którym, niestety, nie zawsze mamy do czynienia) oraz stosowanie nowoczesnych narzędzi wspierających procesy zarzą-

dcze to warunki niezbędne do poprawy nie tylko efektywności finansowej szpitali, ale również jakości usług. Wejście w życie ustawy planowane jest na trzeci kwartał 2023 r. i należy mieć nadzieję, że ten termin zostanie dotrzymany. Większość szpitali jest w dramatycznej sytuacji finansowej i potrzebuje pilnego wsparcia oraz wdrożenia zmian systemowych, skutkujących poprawą ich efektywności finansowej.

**BARDZO WAŻNYM ZAŁOŻENIEM  
JEST „RACJONALIZACJA PIRAMIDY  
OPIEKI ZDROWOTNEJ POPRZEZ  
PRZESUNIĘCIE NIEKTÓRYCH  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
Z LECZENIA SZPITALNEGO  
NA NIŻSZE POZIOMY OPIEKI  
(PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA,  
OPIEKA AMBULATORYJNA)”**





**INTERESUJĄCO,**

**ROZSĄDNI**

**I OBIECUJĄCO**

## MARCIN PAKULSKI

**M**inisterstwo Funduszy i Polityki Regionalnej opublikowało rewizję Krajowego Planu Odbudowy – w dokumencie są nowe założenia projektu nowej ustawy dotyczącej reformy szpitalnictwa, która jest jednym z kamieni milowych KPO.

Rewizja Krajowego Planu Odbudowy wydaje się interesująca – szczególnie podobają mi się opisy nowych kamieni milowych. Wygląda na to, że ktoś rozsądnie spojrzal na konieczną reformę szpitali nie poprzez pryzmat czysto ekonomiczny, ale potrzeb zdrowotnych – choć finanse i dostępne zasoby mają ogromne znaczenie. Ważne, by odpowiedź na potrzeby była skorelowana z możliwościami, czyli na przykład dostępem do kadr medycznych i stanem infrastruktury. Ważne będzie całościowe spojrzenie. Cza-

sem lepiej podjąć decyzję, by zamknąć dwa stare szpitale i w ich miejsce zbudować jeden nowoczesny, dostosowany do potrzeb.

Interesujące jest założenie przesunięcia świadczeń ze szpitali do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Od dłuższego czasu forsuję tezę, że bez wzmocnienia i poprawienia dostępności do świadczeń pozaszpitalnych nie można reformować szpitali. Powód tego jest bardzo prosty. Przy powszechnym deficycie dostępu do świadczeń zdrowotnych jedynym sposobem na odciążenie oddziałów szpitalnych, SOR-ów jest zbudowanie efektywnego alternatywnego dostępu do leczenia. Jestem zwolennikiem stworzenia na poziomie powiatowym zupełnie nowej struktury, dzięki której pacjent uzyska dostęp do diagnostyki obrazowej,



## NOWY DOKUMENT

# O REFORMIE SZPITALI

małoinwazyjnej wraz z poradami specjalistycznymi. Być może ciekawe byłoby połączenie ze świadczeniami w trybie jednego dnia.

Obiecująco wygląda stworzenie funduszu restrukturyzacyjnego dla szpitali. Jest to ważne, aby ograniczyć wpływ pieniędzy z systemu opieki zdrowotnej poprzez produkty finansowe oferowane przez parabanki na warunkach znacznie gorszych niż pożyczki bankowe. Ponadto szpitale potrzebują wsparcia ze względu na skokowy wzrost kosztów funkcjonowania związany z inflacją, wzrostem kosztów energii i ustawowymi podwyżkami wynagrodzeń.

Ważny jest też postulat podniesienia jakości zarządzania wraz z implementowaniem nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania – tu osobisty apel

do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego o rozważenie zmian legislacyjnych w ustawie o działalności leczniczej wprowadzających możliwość tworzenia konsorcjów szpitali działających w formie SPZOZ-ów bez konieczności ich łączenia. Pozwoliłoby to na ujednoczenie procesów, szeroki benchmarking podmiotów, koordynację procesów diagnostyczno-leczniczych zarówno poziomą, jak i pionową. Pacjenci zyskaliby możliwość wsparcia w trakcie terapii na wszystkich etapach. Z kolei konsorcja szpitali prowadziłyby bardziej efektywną politykę inwestycyjną, zakupową i kadrową.

Podsumowując: jest nadzieja na dobre zmiany, choć jak zawsze wszystko zależy od szczegółowych rozwiązań.

Marcin Pakulski, ekspert zdrowotny

**JEST NADZIEJA  
NA DOBRE ZMIANY  
W SZPITALNICTWIE**

## COŚ WIĘCEJ NIŻ PROPAGANDA?



**RAFAŁ JANISZEWSKI**

Do konsultacji trafił projekt rewizji Krajowego Planu Odbudowy, zawierający m.in. założenia reformy szpitalnictwa. Znalazło się w nim wiele wzniosłych haseł, które części czytelników mogą przypominać retorykę czasów słusznie minionych.

Rządzący stawiają sobie za cel „zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych”. Plany są niemalże rewolucyjne. Dokonać ma się restrukturyzacja szpitali oraz pojawi się fundusz ich – zarówno merytorycznego, jak i finansowego – wsparcia.

Oczywiście jest „ale”. Otóż czytamy, iż dokona się „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację, przeprofilowanie oraz zmianę zakresu i struktury usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale, na podstawie krajowych i regionalnych planów przekształceń oraz map potrzeb zdrowotnych zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym, a także odpowiednia aktualizacja sieci szpitali”.

Pragnę zwrócić państwa uwagę, iż wyraźnie wskazano, że miarą potrzeb zdrowotnych mają być mapy potrzeb zdrowotnych. Wzbudza to mój niepokój z tego

względu, że mapy potrzeb zdrowotnych nijak nie pokazują faktycznych potrzeb zdrowotnych. Rozmaici eksperci w temacie ochrony zdrowia – również ja – wskazywali na ten absurd wielokrotnie. Skoro zaś wiadomo, że mapy nie odzwierciedlają rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, to oczywiste jest, że nie mogą być podstawą do określenia niezbędnych zasobów.

Idźmy dalej. Projekt zakłada „racjonalizację piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych ze szpitali na niższe poziomy opieki (podstawowa opieka zdrowotna, opieka ambulatoryjna)”.

Trudno rozstrzygnąć, co podmiot liryczny ma na myśli. Mogę się jedynie domyślać, że plan jest taki, by ruch chorych odbywał się od POZ, przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, po leczenie stacjonarne. Jeżeli zgadłem, to od razu powiem, że to się projektodawcy nie uda.

Nie uda się, ponieważ dzisiaj na poszczególnych piętrach wspomnianej piramidy opieki zdrowotnej jest zbyt wiele zaniedbań, braków, niezrealizowanych potrzeb.

**DORADZAM DYREKTOROM POLSKICH SZPITALI OD PRZESZŁO TRZYDZIESTU LAT**

**I POWIEM KRÓTKO – CZAPKI Z GŁÓW PRZED NIMI I PRZED TYM, JAKICH CUDÓW**

**DOKONUJĄ, BY WOBEC PERMANENTNEGO NIEDOFINANSOWANIA SYSTEMU ZAPEWNIĆ CIĄGŁOŚĆ**

**UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ORAZ OSIĄGAĆ DOBRE WYNIKI LECZENIA**

Pacjenci nie przechodzą całości ścieżki i nie zaczną jej przechodzić tylko dlatego, że ktoś to zaplanuje i opisze wzniosłymi słowami.

Najbardziej obrazowym dowodem na to, jak w systemie jest źle, jest onkologia. Dane wyraźnie wskazują, że zdecydowana większość pacjentów trafia do ośrodków zajmujących się leczeniem raka dopiero, gdy choroba jest zaawansowana. Są to pacjenci w trzecim i czwartym stadium. Trafiają bezpośrednio do szpitala. Bardzo często w trybie pilnym.

Co takiego miałyby się stać, by projektowana ustawa zmieniła tę sytuację? W jaki sposób restrukturyzacja szpitali wymusi pokonywanie całej ścieżki? Jakie będą zaproponowane rozwiązania dla pacjentów, którzy we wspomnianej piramidzie tejże oczekiwanej ścieżki nie przebyli w całości?

Martwi mnie również, gdy czytam, że Krajowy Plan Odbudowy zakłada „tworzenie profesjonalnego systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcanie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

Doradzam dyrektorom polskich szpitali od przeszło trzydziestu lat i powiem krótko – czapki z głów przed nimi i przed tym, jakich cudów dokonują, by wobec permanentnego niedofinansowania systemu zapewnić ciągłość udzielania świadczeń oraz osiągać dobre wyniki leczenia.

Dlatego odczuwam niepokój, gdy po raz kolejny slysze o pomysłach tworzenia jakiegoś specjalnego korpusu, który będzie miał za zadanie pouczać tych – w zdecydowanej większości – bardzo dobrych menedżerów, którzy znają swój szpital i cały system jak własną kieszeń, jak lepiej zarządzać.

Dalej czytam natomiast o „zmianie struktury właścicielskiej szpitali publicznych – w sytuacjach wymagających radykalnych działań (na podstawie obiektywnej ewaluacji) czasowe przejście kontroli nad szpitalem przez podmiot restrukturyzujący na czas przeprowadzenia jego restrukturyzacji”.

Mówiąc wprost – jest to zapowiedź wprowadzenia zarządzania komisarycznego. Wprowadzenia do szpitali komisarzy, którzy będą mieli do dyspozycji narzędzia nie tylko merytoryczne, ale i finansowe do tego, by stworzyć kompleksowy program przekształcenia placówek.

Między wierszami czytam, że skoro owo przekształcenie odbędzie się na podstawie wspomnianych, felernych, map potrzeb zdrowotnych, oznaczać to będzie spłaszczenie koszyka, czyli ograniczenie działalności restrukturyzowanych placówek.

Taka jest brutalna prawda.

Mamy zatem restrukturyzację, zarządzanie z góry i komisaryczne zarządy. A co z pacjentami leczącymi się w szpitalach, które obejmą zapowiadane zmiany? Co z chorymi wymagającymi opieki, której po restrukturyzacji szpital już udzielał nie będzie?

Z projektu wynika, że odpowiedzią na ich potrzeby ma być między innymi przeniesienie części świadczeń ze szpitali do POZ i AOS.

Projekt wskazuje kierunek zmian w zakresie szpitalnictwa jasno – polegać on będzie na sektorowym ujednoczeniu zakresu udzielanych świadczeń, na ich maksymalnej ambulatoryzacji oraz pełnej kontroli nad zarządzaniem tymi szpitalami.

W projekcie nie odnajduję natomiast wcale kluczowej rzeczy, którą jest finansowanie świadczeń.

Jeśli ktoś myśli, że spłaszczając koszyk świadczeń gwarantowanych poprzez przenoszenie świadczeń szpitalnych do ambulatorium uzyska oszczędności, które pozwolą na zaspokojenie faktycznych potrzeb zdrowotnych obywateli, to się myli.

W Polsce od lat mamy stale rosnący dług zdrowotny, a przecież nie jesteśmy samotną wyspą. Funkcjonujemy w dynamicznie rozwijającym się świecie, w którym rozwój medycyny dokonuje się nieustannie, a niektóre odkrycia i nowe technologie – jak choćby terapie genowe – można śmiało nazwać rewolucyjnymi.

Nowości kosztują – to prawda, ale jednocześnie zwiększają efektywność systemu. To również prawda.

Wobec tego oczywisty jest fakt, że pieniędzy, które są dziś w systemie, nie wystarczy, by zaspokoić potrzeby pacjentów. No, chyba że zamierzamy je zaspokoić tylko na papierze i posiłkując się nieszczęsnymi mapami potrzeb zdrowotnych, podmiot liryczny wykaże, że potrzeby zdrowotne są mniejsze niż faktyczna chorobowość i zachorowalność. Chcę wierzyć, że tak nie jest, a w omawianym dokumencie i projekcie Krajowego Planu Odbudowy chodzi o coś więcej niż propagandę.

Rafat Janiszewski, właściciel kancelarii doradczej