

JAK EFEKTYWNIJ wydawać pieniądze



Fot. iStockphoto.com

KATARZYNA GŁOWAŁA, PAWEŁ ŁĘGOSZ

W trakcie prac nad Ustawą z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2021 poz. 2105), zwaną dalej Polskim Ładem, minister zdrowia Adam Niedzielski stwierdził, że „zapowiedziana w Polskim Ładzie podwyżka składki zdrowotnej do 9 proc. dla wszystkich podatników to przywrócenie reguły *fair play*”. Minister podkreślił, że reguła solidaryzmu społecznego, która obowiązuje

w ubezpieczeniach społecznych i zdrowotnych, tworzy zręby systemu *fair play* oraz że z jego punktu widzenia istotna jest pula środków budżetowych określona ustawą o 7 proc. PKB – i to jest kluczowe na etapie planowania budżetowego. Niestety, minister nie wskazał żadnych narzędzi, które przyczyniłyby się do efektywniejszego wydawania tych pieniędzy, a co za tym idzie – realizacji konstytucyjnej zasady równości w dostępie do publicznego systemu ochrony zdrowia.

W tym miejscu warto wspomnieć o modelu Bertoli i Drazena (1993), wskazującym na zależność skutków polityki fiskalnej dla łącznego popytu od stanu finansów publicznych. Giuseppe Bertola i Allan Drazen rozwinęli model z nieskończonym horyzontem maksymalizacji użyteczności przez gospodarstwa domowe, uwzględniając dyskrejonalny – uznaniowy – charakter decyzji o zmianie polityki fiskalnej. W modelu rząd wykazuje niechęć do dużych cięć w wydatkach publicznych. Jeżeli podejmuje decyzję o ograniczeniu wydatków, to tylko po osiągnięciu przez nie poziomu, przy którym pojawiają się problemy z ich sfinansowaniem. W efekcie do momentu konsolidacji, pomijając wstrząsy o charakterze losowym, stale zwiększa się udział wydatków publicznych w produkcji. Udział ten determinuje wpływ polityki fiskalnej na wielkość łącznego popytu. Jeżeli jest on niski, wtedy wzrost wydatków publicznych jest w dużym stopniu równoważony przez spadek konsumpcji gospodarstw domowych. Postrzegają one zwiększenie wydatków przez rząd jako trwałe, mając świadomość, że nie jest on skłonny do ich obniżania, dopóki nie ma kłopotów z ich sfinansowaniem.

Każde kolejne zwiększenie wydatków państwa prowadzi do coraz słabszego spadku prywatnej konsumpcji i w efekcie do silniejszego wzrostu łącznego popytu, ponieważ im wyższy jest bieżący poziom wydatków, tym bliższy moment konieczności ich ograniczenia. Tym wyższe jest także prawdopodobieństwo, że po cięciach będzie on niższy, i tym więcej gospodarstw domowych uważa zwiększenie wydatków publicznych za przejściowe.

Jeżeli udział wydatków publicznych przekroczy pewien próg, a reedukacja wydatków publicznych nie nastąpi, gospodarstwa domowe przestają wierzyć w przejściowy charakter ich wzrostu i korygują swoje wcześniejsze decyzje. Oczekiwana przez nie wartość łącznych ciężarów podatkowych skokowo wzrasta, więc silnie ograniczają konsumpcję. W rezultacie zwiększeniu wydatków publicznych towarzyszy spadek łącznego popytu. Z modelu Bertoli i Drazena można wyciągnąć wniosek, że skutkiem zaniechania konsolidacji finansów publicznych może być, jeżeli było to powszechnie oczekiwane, spadek prywatnej konsumpcji i łącznego popytu.

Analiza oddziałów

W tym kontekście warto przeanalizować płaszczyzny systemu ochrony zdrowia, które można poprawić w celu lepszego i efektywniejszego wydawania pieniędzy publicznych. Na pewno taką płaszczyzną jest szpitalnictwo, na które przypada ok. 50 proc. środków przeznaczanych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W celu dokonania analizy posłużono się danymi dotyczącymi liczby oddziałów,

„Należy dokonać analizy zasadności utrzymywania obecnej bazy łóżkowej w poszczególnych dziedzinach medycyny”



Fot. istockphoto.com

liczby pacjentów hospitalizowanych na tych oddziałach, liczby hospitalizacji, liczby osobodni hospitalizacji, a także liczby łóżek na tych oddziałach w latach 2016–2019. Uwzględniono następujące oddziały szpitalne: alergologiczny, angiologiczny, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, dermatologiczny, diabetologiczny, endokrynologiczny, gastroenterologiczny, geriatryczny, ginekologii onkologicznej, kardiochirurgiczny, nefrologiczny, neurologiczny.

W analizowanym okresie liczba wymienionych oddziałów ogółem spadła z 773 w 2016 r. do 737 w 2019 r., z tym że w 2017 r. wyniosła 691, a w 2018 r. 766. Największy spadek liczby oddziałów w 2019 r. w stosunku do 2016 r. odnotowano w następujących zakresach:

- chirurgia naczyniowa – ze 103 do 86 (w województwie mazowieckim z 21 do 13 oraz w województwie śląskim z 17 do 12),
- gastroenterologia – z 94 do 84 (przede wszystkim w województwie podkarpackim – z 9 do 4),
- dermatologia – z 71 do 62,
- ginekologia onkologiczna – z 31 do 24 (przede wszystkim w województwie śląskim – likwidacja wszystkich oddziałów ginekologii onkologicznej oraz w województwie dolnośląskim – spadek z 4 do 2),

Tabela 1. Liczba oddziałów w poszczególnych dziedzinach medycyny w latach 2016–2019

Rodzaj oddziału	2016	2017	2018	2019
alergologiczny	22	25	24	24
angiologiczny	11	11	11	11
chirurgii klatki piersiowej	31	32	33	34
chirurgii naczyniowej	103	101	94	86
chirurgii onkologicznej	90		92	84
dermatologiczny	71	73	66	62
diabetologiczny	30	30	30	29
endokrynologiczny	47	47	48	48
gastroenterologiczny	94	96	89	84
geriatryczny	54	58	57	55
ginekologii onkologicznej	31	27	25	24
kardiochirurgiczny	32	34	39	36
nefrologiczny	84	85	86	87
neurochirurgiczny	73	72	72	73
Razem	773	691	766	737

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze strony Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych.

- chirurgia onkologiczna – z 90 do 84 (przede wszystkim w województwie mazowieckim – z 13 do 11, a także w województwie wielkopolskim – spadek z 9 do 7).

Wzrost liczby oddziałów w latach 2016–2019 nastąpił w następujących zakresach:

- kardiochirurgia – z 32 do 36,
- nefrologia – z 84 do 87,
- chirurgia klatki piersiowej – z 31 do 34.

Analiza pokazuje, że niestety w dziedzinach szpitalnych, na które jest największe zapotrzebowanie (naj-

wyższa zachorowalność, największa liczba zgonów), oddziały są likwidowane, jak choćby w przypadku ginekologii onkologicznej i chirurgii onkologicznej. Ponadto należy zauważyć, że w zakresie ginekologii onkologicznej w 2016 r. funkcjonowało 31 oddziałów, a w 2019 r. 24, gdy tymczasem oddziałów dermatologii w 2016 r. było 71, a w 2019 r. 62, czyli dwa razy więcej, a jest to dziedzina, w której większość świadczeń powinna być udzielana w formie porady specjalistycznej, a nie świadczenia szpitalnego. To samo dotyczy endokrynologii, w zakresie której w 2016 r. funkcjonowało

Tabela 2. Liczba oddziałów ogółem, realizujących hospitalizacje na oddziale oraz realizujących hospitalizacje w zakresach

Rodzaj oddziału	2016			2017	
	Oddziały ogółem	Realizujące hospitalizacje na oddziale	Realizujące hospitalizacje w zakresach jednoimiennych na innym oddziale	Oddziały ogółem	Realizujące hospitalizacje na oddziale
alergologiczny	22	15	7	25	17
angiologiczny	11	4	7	11	4
chirurgii klatki piersiowej	31	30	1	32	31
chirurgii naczyniowej	103	67	36	101	66
chirurgii onkologicznej	90	60	30		
dermatologiczny	71	69	2	73	69
diabetologiczny	30	16	14	30	16
endokrynologiczny	47	35	12	47	35
gastroenterologiczny	94	62	32	96	63
geriatryczny	84	77	7	85	78
ginekologii onkologicznej	31	25	6	27	27
kardiochirurgiczny	32	32	0	34	34
nefrologiczny	84	77	7	85	78
neurochirurgiczny	73	73	0	72	72

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze strony Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych.

47 oddziałów, a w 2019 r. 48. Tyle samo co oddziałów ginekologii onkologicznej mieliśmy oddziałów diabetologicznych – w 2016 r. 30, a w 2019 r. 29, co tylko potwierdza powyższą tezę. Liczbę oddziałów w ww. zakresach w latach 2016–2019 przedstawiono w tabeli 1.

Liczbę oddziałów warto przedstawić z rozbiciem na jednostki realizujące hospitalizacje na oddziale oraz realizujące hospitalizacje w zakresach jednoimiennych na innym oddziale. Dane te w latach 2016–2019 przedstawia tabela 2.

Z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że większość hospitalizacji jest realizowana na oddziałach odpowiadających ich zakresom przyporządkowanym do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki medycznej, czyli tzw. sieci szpitali. Należy zauważyć, że tylko 36 proc. ogólnej liczby oddziałów angiologicznych realizuje hospitalizacje na oddziale, a 64 proc. realizuje hospitalizacje w zakresach jednoimiennych na innym oddziale. W przypadku oddziałów diabetologicznych 53 proc. ich ogólnej liczby realizuje hospitalizacje na oddziale, a 47 proc. realizuje hospitalizacje w zakresach jednoimiennych na innym oddziale. Płanik powinien przeprowadzić analizy, czy realizacja hospitalizacji w większym stopniu w zakresach jednoimiennych na innym oddziale niż na głównym nie generuje zbędnych kosztów i czy nie wymusza zatrudniania kadry medycznej na tych oddziałach zamiast na oddziałach głównych. Analizę liczby oddziałów należy zestawiać z liczbą łóżek na poszczególnych oddziałach w latach 2016–2019 (tab. 3).

„ Konieczna jest zmiana zasad tworzenia oddziałów szpitalnych i zwiększania liczby łóżek w poszczególnych zakresach „

Z tabeli 3 wynika, że w 2019 r. w stosunku do 2016 r. nastąpił wzrost liczby łóżek w analizowanych dziedzinach o 68, na który miały wpływ:

- spadek liczby łóżek na oddziałach dermatologicznych o 349, równoczesny ze spadkiem liczby oddziałów (spadek przede wszystkim w województwie śląskim o 94 łóżka, dolnośląskim o 61, wielkopolskim o 33, mazowieckim o 24),
- spadek liczby łóżek na oddziałach kardiochirurgicznych o 76 przy jednoczesnym wzroście liczby tych oddziałów (spadek przede wszystkim w województwie mazowieckim o 21 łóżek, lubuskim o 16, dolnośląskim o 15, łódzkim o 13),
- spadek liczby łóżek na oddziałach nefrologicznych o 44 przy jednoczesnym wzroście liczby tych oddziałów (spadek przede wszystkim w województwie małopolskim – o 40 łóżek, podkarpackim o 24 i dolnośląskim o 10, natomiast wzrost w województwie wielkopolskim o 21 łóżek, zachodniopomorskim o 14 i warmińsko-mazurskim o 13),
- spadek liczby łóżek na oddziałach ginekologii onkologicznej o 31 przy jednoczesnym spadku liczby

jednoimiennych na innym oddziale w poszczególnych dziedzinach medycyny w latach 2016–2019

Realizujące hospitalizacje w zakresach jednoimiennych na innym oddziale	2018			2019		
	Oddziały ogółem	Realizujące hospitalizacje na oddziale	Realizujące hospitalizacje w zakresach jednoimiennych na innym oddziale	Oddziały ogółem	Realizujące hospitalizacje na oddziale	Realizujące hospitalizacje w zakresach jednoimiennych na innym oddziale
8	24	16	8	24	16	8
7	11	4	7	11	4	7
1	33	30	3	34	31	3
35	94	62	32	86	60	26
	92	62	30	84	59	25
4	66	63	3	62	60	2
14	30	16	14	29	16	13
12	48	36	12	48	36	12
33	89	61	28	84	60	24
7	86	80	6	87	79	8
0	25	25	0	24	24	0
0	39	39	0	36	36	0
7	86	80	6	87	79	8
0	72	72	0	73	73	0

Tabela 3. Liczba łóżek na poszczególnych oddziałach w latach 2016–2019

Rodzaj oddziału	2016	2017	2018	2019
alergologiczny	268	269	324	257
angiologiczny	94	122	148	102
chirurgii klatki piersiowej	827	737	925	875
chirurgii naczyniowej	1 539	1 196	1 736	1 602
chirurgii onkologicznej	1 576		2 011	1 801
dermatologiczny	1 421	1 256	1 352	1 072
diabetologiczny	395	395	499	482
endokrynologiczny	775	656	867	781
gastroenterologiczny	1 353	1 353	1 475	1 332
geriatryczny	1 109	981	1 318	1 208
ginekologii onkologicznej	642		695	611
kardiochirurgiczny	1 001	758	1 026	925
nefrologiczny	1 613	1 439	1 705	1 569
neurochirurgiczny	2 004	1 705	2 057	2 068
Razem	14 617	10 867	16 138	14 685

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze strony Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych.

oddziałów (spadek w szczególności w województwie pomorskim o 23 łóżka, śląskim o 22, mazowieckim o 15 i kujawsko-pomorskim o 11, natomiast wzrost w województwie małopolskim o 24 łóżka i dolnośląskim o 15),

- wzrost liczby łóżek na oddziałach chirurgii onkologicznej o 225 przy spadku liczby tych oddziałów (wzrost przede wszystkim w województwach mazowieckim i śląskim – o 64 łóżka, łódzkim o 61 i dolnośląskim o 52, natomiast spadek w województwie pomorskim o 13 łóżek, małopolskim o 12 i opolskim o 11),
- wzrost liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych o 99 przy wzroście liczby oddziałów (wzrost przede

wszystkim w województwie pomorskim o 60 łóżek, łódzkim o 19, lubuskim o 15, dolnośląskim o 13, mazowieckim o 12, natomiast spadek w województwie opolskim o 20 łóżek),

- wzrost liczby łóżek na oddziałach diabetologicznych o 87 przy spadku liczby oddziałów (wzrost przede wszystkim w województwie śląskim o 36 łóżek, opolskim – o 29, małopolskim o 24, podkarpackim o 18, podlaskim o 13, natomiast spadek w województwie wielkopolskim o 18 łóżek, pomorskim o 10 i zachodniopomorskim o 7),
- wzrost liczby łóżek na oddziałach neurochirurgicznych o 64 przy niezmienionej liczbie oddziałów – 73 (wzrost przede wszystkim w województwie

Tabela 4. Średnie obłożenie łóżek w poszczególnych zakresach w latach 2016–2019 (w proc.)

Rodzaj oddziału	2016	2017	2018	2019
alergologiczny	64	63	75	86
angiologiczny	82	85	85	85
chirurgii klatki piersiowej	64	63	63	63
chirurgii naczyniowej	56	56	56	60
chirurgii onkologicznej	63	63	58	63
dermatologiczny	68	68	66	72
diabetologiczny	62	56	58	68
endokrynologiczny	63	62	64	66
gastroenterologiczny	70	71	69	72
geriatryczny	60	58	64	67
ginekologii onkologicznej	63	64	61	61
kardiochirurgiczny	65	64	61	61
nefrologiczny	70	69	69	71
neurochirurgiczny	63	64	66	66

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze strony Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych.

Tabela 5. Liczba pacjentów hospitalizowanych na poszczególnych oddziałach w latach 2016–2019 (w tys.)

Rodzaj oddziału	2016	2017	2018	2019
alergologiczny	13,8	13,6	13,9	14,4
angiologiczny	6,8	6,6	6	5,2
chirurgii klatki piersiowej	30,4	31	31	32
chirurgii naczyniowej	63	62,5	61,3	60,6
chirurgii onkologicznej	88,7		95,5	96,3
dermatologiczny	51,9	49,8	48,4	47
diabetologiczny	16,6	16	15,9	16,6
endokrynologiczny	44,8	44,2	45,3	45,8
gastroenterologiczny	88	88,2	84,8	83,7
geriatryczny	36,6	30,5	30,5	30,2
ginekologii onkologicznej	25,7	21,3	22,1	21,4
kardiochirurgiczny	25,2	25,2	24,8	24,4
nefrologiczny	44,9	43,9	43,9	44,6
neurochirurgiczny	68,7	69,4	70,6	71,9
Razem	605,1	502,2	594	594,1

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze strony Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych.

Tabela 6. Liczba hospitalizacji na poszczególnych oddziałach w latach 2016–2019 (w tys.)

Rodzaj oddziału	2016	2017	2018	2019
alergologiczny	37	37,8	34	39,4
angiologiczny	8,5	8,4	7,2	6,4
chirurgii klatki piersiowej	37,3	37,7	38,4	39,7
chirurgii naczyniowej	76,3	75,4	74,3	73,1
chirurgii onkologicznej	114,3		106	106,2
dermatologiczny	64,8	63,6	61,9	62,1
diabetologiczny	17,8	17	17,2	17,9
endokrynologiczny	55,1	54,8	56,2	56,6
gastroenterologiczny	107,1	109,6	106,3	108,9
geriatryczny	35,6	34,7	34,8	35
ginekologii onkologicznej	46,6	42	42,2	39,2
kardiochirurgiczny	26,8	26,9	26,6	26,3
nefrologiczny	65,8	64,6	62,3	63,2
neurochirurgiczny	77,3	77,8	79,5	81
Razem	770,3	650,3	746,9	755

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze strony Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych.

małopolskim o 67 łóżek, opolskim o 20 i zachodniopomorskim o 13, natomiast spadek w województwie podlaskim o 19 łóżek, mazowieckim o 18 i łódzkim o 14),

- wzrost liczby łóżek na oddziałach chirurgii naczyniowej o 63 przy spadku liczby oddziałów (wzrost przede wszystkim w województwie śląskim o 46 łóżek, opolskim o 40, zachodniopomorskim o 16, natomiast spadek w województwie pomorskim o 20 łóżek, dolnośląskim o 14 i podlaskim o 13).

Liczbę łóżek należy zestawić z ich obłożeniem (tab. 4).

Zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej określoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) za po-

ziom obłożenia zakładający efektywne wykorzystanie zasobów uważa się średnio 74 proc. Wskaźnik ten został osiągnięty na oddziałach alergologicznych (2018 – 75 proc., 2019 – 86 proc.) oraz angiologicznych. Powyższe dane wskazują, że średnie obłożenie łóżek w analizowanych zakresach wynosi od 60 proc. do 70 proc., czyli poniżej poziomu wskazanego przez AOTMiT.

Wyniki analizy dotyczącej liczby hospitalizowanych pacjentów i liczby hospitalizacji na wskazanych oddziałach szpitalnych w latach 2016–2019 przedstawiono w tabelach 5 i 6.

Z danych przedstawionych w tabelach 5 i 6 wynika, że w analizowanym okresie spadła liczba hospitalizowanych pacjentów i liczba hospitalizacji na wskazanych

Tabela 7. Liczba osobodni hospitalizacji na poszczególnych oddziałach w latach 2016–2019 (w tys.)

Rodzaj oddziału	2016	2017	2018	2019
alergologiczny	89,9	92,2	92,2	92,1
angiologiczny	38,4	38,2	37,3	32,9
chirurgii klatki piersiowej	218,2	203,6	201,1	198,8
chirurgii naczyniowej	390,7	377,4	363,1	346,2
chirurgii onkologicznej	444,5		453,3	458,3
dermatologiczny	361,7	336,8	312,7	292,1
diabetologiczny	127,4	125,6	120,1	123,1
endokrynologiczny	215,3	213,7	218,6	219,7
gastroenterologiczny	427,0	462,5	427,7	425,2
geriatryczny	296,1	296,2	302,6	300,1
ginekologii onkologicznej	164,0	142,0	144,0	132,7
kardiochirurgiczny	264,9	239,2	225,2	215,6
nefrologiczny	452,5	445,5	450,4	449,4
neurochirurgiczny	520,5	497,5	500,2	491,2
Razem	4 011,1	3 470,4	3 848,5	3 777,4

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze strony Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń.

oddziałach. W 2019 r. w stosunku do 2016 r. liczba hospitalizowanych pacjentów spadła o 11 tys., z tym że w przypadku oddziałów chirurgii onkologicznej nastąpił jej wzrost o 7,6 tys., a oddziałów neurochirurgicznych o 3,2 tys., co może wskazywać na zasadność utrzymywania zarówno oddziałów, jak i łóżek w tych dziedzinach, natomiast przy dalszym trendzie wzrostowym hospitalizacji (w przypadku oddziałów neurochirurgicznych) i zachorowalności – na zasadność zwiększenia bazy łóżkowej, sprzętowej i kadrowej w tym zakresie.

Powyższe dane należy zestawzić z danymi dotyczącymi liczby osobodni hospitalizacji (tab. 7).

Z powyższych danych wynika, że w analizowanym okresie liczba osobodni hospitalizacji na wskazanych oddziałach spadła z 4 011,1 tys. do 3 777,4 tys., czyli o prawie 6 proc. Najwyższy spadek nastąpił w przypadku oddziałów dermatologicznych – o 69,6 tys. osobodni hospitalizacji, co może być efektem spadku liczby hospitalizacji i liczby hospitalizowanych pacjentów oraz zmniejszenia liczby oddziałów, a przede wszystkim liczby łóżek o 349. Wskazane byłoby przeprowadzenie przez płatnika analizy, czy zasadne jest utrzymywanie 62 oddziałów dermatologicznych z 1072 łózkami, czy baza ta nie powinna zostać zmniejszona w połączeniu z przekierowaniem pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Kolejnym rodzajem oddziałów szpitalnych, gdzie liczba osobodni hospitalizacji mocno spadła w analizowanym czasie, są oddziały kardiochirurgiczne (spadek z 264,9 tys. w 2016 r. do 215,6 tys. w 2019 r., przy spadku liczby hospitalizacji o 0,5 tys. i liczby hospitalizowanych pacjentów o 0,8 tys., a także spadku

liczby łóżek o 76). Zwiększenie liczby osobodni hospitalizacji nastąpiło na następujących oddziałach: alergologicznych – wzrost o 2,2 tys. przy wzroście liczby hospitalizowanych pacjentów o 0,6 tys. i liczby hospitalizacji o 2,4 tys., chirurgii onkologicznej – wzrost o 13,8 tys., endokrynologicznych – wzrost o 4,4 tys., geriatrycznych – wzrost z 296,1 tys. w 2016 r. do 300,1 tys. w 2019 r.

Z powyższej analizy wynika, że w polskim systemie ochrony zdrowia w zakresie szpitalnictwa należy:

- 1) dokonać analizy zasadności utrzymywania obecnej bazy łóżkowej w poszczególnych dziedzinach medycyny w kontekście racjonalności i efektywności,
- 2) przeanalizować pod kątem zachorowalności (hospitalizacji, śmiertelności) zasadność zwiększenia bazy łóżkowej w takich dziedzinach, jak ginekologia onkologiczna, chirurgia onkologiczna, neurochirurgia,
- 3) przenieść część świadczeń szpitalnych do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- 4) zmienić system kształtowania podaży w zakresie liczby lekarzy określonych specjalności odpowiednio do potrzeb wynikających z analizy oddziałów szpitalnych, zachorowalności, śmiertelności i liczby hospitalizacji,
- 5) zmienić zasady tworzenia oddziałów szpitalnych i zwiększania liczby łóżek w poszczególnych zakresach – w szczególności określić nowe narzędzia służące do efektywnego wykorzystania łóżka szpitalnego.

Katarzyna Głowala ze Szkoły Głównej Handlowej, była wiceminister zdrowia
Dr hab. n. med. Paweł Łęgosz z Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
zastępca kierownika kliniki, dyrektor ds. lecznictwa UCK WUM SKDJ