

# SZPITALY POWIATOWE



For: istockphoto.com

## MACIEJ BIARDZKI

Od lat utyskujemy na szpitale powiatowe – ich jakość, kłopoty finansowe i potrzeby kadrowe, czasami podważamy wręcz zasadność istnienia tych placówek. Nagromadzenie sprzecznych interesów i brak decyzji organizatora opieki zdrowotnej sprawiają, że już od prawie 25 lat nie znaleziono sensownego pomysłu na miejsce tych szpitali w systemie. Czy nowa władza doprowadzi do rozwiązania tego problemu, czy wszystko pozostanie po staremu, a w zamian dostaniemy kolejne igrzyska? Czas pokaże. Niemniej przedstawiam pewną propozycję.

Zacznijmy od czegoś w rodzaju inwentaryzacji problemów szpitali w Polsce, w tym głównie powiatowych. Czy w ogóle można mówić o jakimś systemie lecznictwa szpitalnego? Moim zdaniem nie.

Można się pokusić o posegregowanie szpitali według określonych cech, co robiono na przykład przy dość nieudolnym tworzeniu sieci. Pierwszy to podział na szpitale mono- i wielospecjalistyczne. Już tutaj mamy pewne niekonsekwencje, bo choć w założeniu wielospecjalistyczne musiały posiadać minimum cztery podstawowe oddziały (internę, pediatrię, chirurgię ogólną oraz położnictwo i ginekologię), to pod wpływem nacisków właścicieli placówek doprowadzono do redukcji liczby wymaganych oddziałów i obecnie w sieci są szpitaliki np. dwuoddziałowe.

Drugi to podział w zależności od formy prawnej organizacji na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i różne typy spółek prawa handlowego. Ten podział, do którego zresztą wróć, jest najsilniej zaznaczony właśnie wśród szpitali podległych powiatom. Trzeci to podział na szpitale nie tylko organizacyjnie, lecz także właścicielsko publiczne i prywatne. Piszę to ze względu na istniejące zamieszanie z klasyfikacją – szpital w formie spółki prawa handlowego jest traktowany jako niepubliczny, mimo że w 100 proc. należy do organu samorządowego.

Czwarty to podział szpitali publicznych w zależności od rodzaju organu założycielskiego, który zresztą narzuca kolejną niekonsekwentną piramidę kompetencyjną. Na samej górze są teoretycznie największe i najlepsze

placówki – podległe uczelniom medycznym i Ministerstwu Zdrowia, poniżej wojewódzkie – podległe marszałkom, a na najniższym poziomie – powiatowe. Oczywiście równoległe istnieją szpitale podległe MON i MSWiA, także funkcjonujące w systemie.

Ten ostatni podział również nie pozwala na jednoznaczny gradację, gdyż istnieją bardzo duże wieloodziałowe szpitale powiatowe oraz niewielkie jednostki podległe ministrowi, rektorowi, marszałkowi czy ministrowi tzw. siłowemu.

Podsumowując ten etap – nie mamy transparentnego, spójnego systemu szpitalnego, a obecny stan bardziej można porównać do rozbitej struktury feudalnej, w której występują różni wasale, ale w zasadzie brakuje seniora, chyba że za takiego uznać prezesa NFZ. Wasale zaś, co w pełni rozumiałe, troszczą się przede wszystkim o własny interes.

### Powiatowa różnorodność

Pod względem wielkości, liczby oddziałów, zaopatrywanego terytorium i liczby ludności, form organizacyjnych, skali problemów finansowych i kadrowych itp. najbardziej różnorodny są właśnie szpitale powiatowe.

Zacznijmy od zabawnej ciekawostki dotyczącej tej grupy placówek. Otóż niektórym instytucjom trudno je wszystkie policzyć – pojawiają się dylematy: czy spółka prawa handlowego, mimo że należąca do powiatu, jest szpitalem w pełni publicznym, albo: do jakiej grupy zaliczyć szpitale sprzedane przez powiaty podmiotom prywatnym. Takich niuansów jest sporo, więc w rozmaitych statystykach liczby tych szpitali dość mocno się różnią. Zaufałbym jednak Najwyższej Izbie Kontroli, która prezentując w sierpniu 2023 r. raport o sytuacji finansowej szpitali powiatowych, określiła ich liczbę na 313 (według stanu na połowę 2022 r.).

W niektórych powiatach, zwykle w tzw. ziemskich dużych miastach, szpitale powiatowe nie powstały, gdyż funkcjonuje na tych terenach baza szpitalna podległa najczęściej marszałkowi województwa. Równocześnie w niektórych powiatach szpital ma kilka lokalizacji, utrzymywanych na siłę ze względów czysto politycznych.

Wielkość powiatów i liczba ludności są bardzo zróżnicowane, co nie zawsze koresponduje z wielkością szpitala. Sam mam doświadczenie z zarządzania przed kilku laty Milickim Centrum Medycznym, spółką należąca do powiatu i gminy Milicz. Placówka wybudowana w końcu ubiegłego wieku, podobnie jak szpital w Polanicy-Zdroju, miała służyć wojskom, także sowieckim, na wypadek wojny. Niedokończona inwestycja i tak miała prawie 400 łóżek, tymczasem powiat milicki to tylko 37 tys. mieszkańców, a sam Milicz zaledwie 12 tys. Skąd wziąć kadrę dla takiego molocha? Jaki duży musi być kontrakt, aby ten personel utrzymać? Jakie produkty oferować, aby świadczyć usługi nie tylko

mieszkańcom małego powiatu? Tego typu dylematy ma wielu zarządzających. Ale wróćmy do rzeczy.

Powierzchnia powiatów (na podstawie rocznika statystycznego) wynosi od 158 km kw. (powiat bieruńsko-lędzki na Śląsku) do 2975 km kw. (powiat białostocki ziemski). Podobnie jest z ludnością: od 20 606 osób w powiecie sejneńskim (woj. podlaskie) do 366 037 w powiecie poznańskim ziemskim.

Dodatkowo we wszystkich tych miejscach oddziały szpitalne i liczba łóżek są związane z istniejącą infrastrukturą, zaszczościami organizacyjnymi i ambicjami obecnych bądź przeszłych starostów, posłów, dyrektorów, ordynatorów etc. Jedyną rzeczą, z którą nie ma to najczęściej nic wspólnego, są mapy potrzeb zdrowotnych. Jak można się domyślać, tworzy to istotne różnice w dostępie do opieki zdrowotnej dla mieszkańców, co można wręcz traktować jako pomijany od lat delikt konstytucyjny.

Sytuacja finansowa placówek powiatowych to kolejny temat, którego nie da się ocenić w uproszczony sposób – po prostu ze względu na bardzo różne uwarunkowania. Działalność niektórych nie jest zagrożona, inne natomiast generują poważny deficyt z działalności bieżącej, a zadłużenie przekracza kolejne granice. Korzystając jednak po raz kolejny z raportu NIK z sierpnia 2023 r., można dojść do zaskakujących wniosków, że statystycznie rzecz ujmując, sytuacja jest trudna, ale stabilna.

NIK dokonała oceny w latach 2019–2022 i wskazała, że zobowiązania ogółem wzrastają – z ok. 6 mld zł (31 grudnia 2019 r.) do 7,3 mld zł (30 czerwca 2022 r.). Jednocześnie zobowiązania wymagalne w tym samym okresie minimalnie spadły – z 803 mln zł do 777 mln zł.

O czym to świadczy? O tym, że sytuacja wcale się nie pogarsza; mało tego, odsetek szpitali mających zobowiązania wymagalne obniżył się z 65,7 proc. do 59,3 proc. Wiąże się to w dużej mierze ze znacznym wzrostem wartości kontraktów, co było głównie następstwem zwiększenia puli pieniędzy w systemie (spadek bezrobocia, zredukowanie liczby umów „śmieciowych”, wzrost wynagrodzeń). Swoje dołożyła też pandemia i realizacja – powiedzmy sobie szczerze – niemal lukratywnych kontraktów covidowych. Jest zupełnie rozumiałe, że przy ciągle wzrastających wynagrodzeniach pracowniczych zwiększa się wysokość zobowiązań ogółem, co stanowi wyłącznie zapis księgowy.

Zdecydowanie większym niebezpieczeństwem są problemy z kadrą medyczną. Zacznijmy od lekarzy. Od czasu wprowadzenia systemu rezydentur zaczęło narastać zagrożenie dla większości mniejszych szpitali. Było ono wielopoziomowe, ale największe wynikało z tego, że zdecydowana liczba miejsc rezydenckich znajdowała się w dużych miastach. Trudno mieć pretensje do młodych lekarzy, że do tych placówek aplikowali, ponieważ mogły one im zaproponować więcej niż szpitalik w powiatowej mieścinie. Kolejna sprawa

to odejście od dwustopniowej specjalizacji w głównych dziedzinach i zamienienie jej na specjalizację jedno-stopniową z elementami modułowymi. W szybkim tempie zaczęło się kształcenie kardiologów czy endokrynologów bezpośrednio po stażu, a liczba zainteresowanych specjalizacjami podstawowymi, niezbędnymi dla szpitali tzw. pierwszego stopnia zabezpieczenia, nie tylko stanęła w miejscu, ale wręcz spadła. Nie pomogło dzielenie specjalizacji na mniej i bardziej deficytowe, bo ewentualne profity za te drugie były niewystarczające, ot – na poziomie goździka i bombonierki. A demografia nie ma litości. Przez kilkanaście lat istnienia nowego systemu kształcenia odeszło z zawodu z różnych względów, głównie biologicznych, wielu lekarzy szpitali powiatowych, których nie ma kim zastąpić.

I to jest prawdopodobnie największe zagrożenie dla powiatowych lecznic. Stara kadra odchodzi, a nowa mimo zwiększenia liczby kształconych lekarzy pozostaje w wielkich miastach, w specjalnościach uznawanych za bardziej atrakcyjne niż interna czy pediatria. Zarządzający podejmują wysiłki i „kupują” lekarzy za stawki niemające nic wspólnego z ustawą o wynagrodzeniu minimalnym. Jakże często oddziały funkcjonują z minimalnym personelem, uzupełnianym lekarzami z zewnątrz, by spełnić wymogi dotyczące dyżurów.

Podobnie jest z kształceniem pielęgniarek. Kompletnie nieprzemyślana decyzja o likwidacji liceów pielęgniarzkich zamknęła dopływ do tego jakże potrzebnego zawodu nowych adeptek w całym kraju, ale szczególnie w mniejszych miejscowościach. Przeniesienie kształcenia do szkół wyższych podniosło może prestiż zawodu, ale jednocześnie znacznie ograniczyło liczbę nowych absolwentek i – podobnie jak w przypadku lekarzy – przeniosło ich kształcenie do dużych miast. Następstw nie będą powtarzał. Obecnie niedobór pielęgniarek staje się coraz bardziej problemem ogólnopolskim, a organizatorzy systemu starają się go nie dostrzegać.

Oczywiście można kontynuować tę listę: farmaceutyci, technicy radiologii, rehabilitanci itd. – problemy te same i bardzo zbliżone przyczyny.

Wielką, choć omijaną, pułapką dla małych szpitali są powiązania z władzami lokalnymi – wielorakie i ścisłe, od pomocy finansowej poczynając, na ingerencji w działalność bieżącą kończąc. Z jednej strony mamy bogate samorządy wspierające finansowo swoje szpitale, nie tylko inwestycyjnie, lecz także poprzez pokrywanie strat z działalności bieżącej. Na drugim biegunie są biedapowiaty, niemające pieniędzy na cokolwiek i wręcz uciekające się do sprzedaży swoich szpitalików operatorom prywatnym. Co prawda ten proces praktycznie zamarł w 2015 r., ale kto wie, co nas czeka w kolejnych latach po powrocie do władzy opcji liberalnej.

Trzeba pamiętać, że w większości powiatów, nie ma większego pracodawcy niż szpital. Można się tylko domyślać, ilu znajomych królika było zatrudnia-

nych w tych placówkach niezależnie od kompetencji. Wprawdzie spadek bezrobocia w ostatnich latach nieco poprawił tę sytuację, ale mechanizmy nie zniknęły.

No i na koniec zatrudnianie zarządzających – ze względu na znajomości lub zaangażowanie partyjne. Postępowanie konkursowe jest fikcją. Na szczęście nie dotyczy to wszystkich zarządców, ale wystarczająco wielu, aby miało wpływ na efekt działalności szpitali.

### Pomysłowy Dobromir

Jest oczywiste, że problem szpitali powiatowych, przy całej złożoności ich miejsca w systemie, musi być w sensowny sposób rozwiązany. Powinny być one cennym uzupełnieniem systemu w zakresie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, a w niektórych miejscach także oddziałów specjalistycznych. Stanowią kręgosłup ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego dla mieszkańców powiatów. Korzystając z dawnych, dotąd niezlikwidowanych struktur ZOZ, powinny zapewniać w miarę możliwości opiekę rehabilitacyjną, psychiatryczną czy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Nie ma prostych rozwiązań, jak to zrobić. Starsi może pamiętać animowany serial z lat 70. ubiegłego wieku pod tytułem „Pomysłowy Dobromir”. Jego bohater w każdym odcinku z lekkością motyla rozwiązywał kolejny techniczny problem. Czy Dobromir miałby pomysł na szpitale powiatowe? Według konwencji serialu pewnie tak. No więc wcielię się w jego postać i zaproponuję kilka pomysłów i mechanizmów, które pozwoliłyby mądrze wykorzystać pracowników i infrastrukturę tych szpitali.

### Jak zmienić miejsce szpitali powiatowych w systemie (nie tylko szpitalnictwa) – stworzenie duopolu

Pierwszy krok w tym kierunku powinien być rewolucyjny. Po prostu niezbędna jest decentralizacja NFZ i jednoczesna centralizacja szpitali w obrębie województw. Postulat może się wydawać wewnątrznie sprzeczny, ale wbrew pozorom wcale taki nie jest. Decentralizacja NFZ jest niezbędna do przywrócenia elastycznego zarządzania środkami finansowymi potrzebnymi do zapewnienia najlepszego możliwego zabezpieczenia zdrowotnego mieszkańców Polski. Nie będę tutaj przeprowadzał analizy funkcjonowania systemu publicznego płatnika od 1999 r., ale warto pamiętać, że początkowo były to autonomiczne wojewódzkie regionalne kasy chorych, których sposoby działalności miały standaryzować Krajowy Związek Kas Chorych i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Zanim ten system zaczął funkcjonować w sposób właściwy, w 2003 r. został praktycznie unicestwiony poprzez utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz utworzono za rządów SLD, za ministra Łapińskiego. Początkowo pozostawiał on znaczną swobodę w działalności oddziałów wojewódzkich, ale wszyscy





„Szpitale powiatowe – przy całej złożoności ich miejsca w systemie – powinny być cennym uzupełnieniem w zakresie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego”

Fot. Adobe Stock

kolejni rządzący stopniowo ograniczali ich autonomię i obecnie bez zgody Warszawy nie da się praktycznie zakontraktować nawet małej poradni w przysłowionych Kaczkach Dolnych.

Z drugiej strony – ani reprezentant rządu (wojewoda), ani najwyższy wojewódzki szczebel samorządowy (marszałek) nie mają możliwości dostosowania liczby i profilu realizatorów opieki zdrowotnej do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.

Krótko podsumowując: na szczeblu województwa nie ma swobody w dysponowaniu środkami finansowymi w celu realizacji lokalnych potrzeb zdrowotnych ani narzędzi umożliwiających realizację celów zarządczych przy sterowaniu systemem. I to jest mający 25-letnią historię podstawowy problem zarządzania systemem na szczeblu regionalnym.

Czy da się to poprawić? Oczywiście, ale tak jak z węzłem gordyjskim – przecinając go jednym cięciem. Stworzyć duopol – dwóch gospodarzy zdrowia dla województw, jednego zarządzającego pieniędzmi, drugiego organizacją systemu. Niech ten drugi gospodarz organizuje na początek opiekę szpitalną na poziomie obecnych szpitali wojewódzkich i powiatowych.

Jak to zrobić – za chwilę. Najpierw uzgodnijmy, co może dać taka nowa organizacja.

Pierwszy gospodarz, autonomiczny płatnik, ma możliwość elastycznego gospodarowania przekazaną do województwa składką zdrowotną. Drugi ma możliwość takiej organizacji, aby jak najlepiej wykorzystać posiadane zasoby ludzkie i infrastrukturalne (w tym sprzętowe) dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Obie strony są ustawowo zobowiązane do kooperacji przy realizowaniu swoich zadań. Jednocześnie wszelkie zmiany organizacyjne, zwłaszcza dotyczące tzw. zmian produktowych, nie dzieją się w celu realizacji lokalnych ambicji, lecz w kierunku wypełniania braków lub likwidacji nadmiarów wynikających z ciągle aktualizowanych na poziomie centralnym map potrzeb zdrowotnych. Prawda, że to dobrze brzmi? Rozwińmy zatem ten temat.

Wyobraźmy sobie, że organem władczym szpitali wojewódzkich i powiatowych jest marszałek województwa. Zarówno metodologicznie, jak i z powodów wynikających z obecnego układu politycznego wydaje się, że przedstawicielem województwa powinien być on, a nie wojewoda reprezentujący rząd. Oczywiście pozostaną jeszcze autonomiczne szpitale podległe uczelniom medycznym, MON i MSWiA, ale ich istnienie na potrzeby przedstawianej propozycji możemy pominąć.

Wyobraźmy sobie także, że marszałek wspólnie z oddziałem wojewódzkim NFZ zaczynają dostosowywać strukturę istniejących oddziałów szpitalnych do potrzeb zdrowotnych na podstawie map potrzeb zdrowotnych. To jest właśnie jedno z podstawowych założeń – zmiany produktowe nie są kreowane, ale wyłącznie koordynowane przez duet reprezentant województwa – oddział wojewódzki NFZ.

Być może w przypadku jednostek internistycznych i pediatrycznych trzeba będzie nie tylko zwiększyć liczbę łóżek, lecz także oddziałów. To mapy mają wskazywać kierunek.

Jednocześnie właśnie z aktualizowanych map potrzeb zdrowotnych powinno wynikać, ile łóżek określonego zakresu jest niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, a także – ze względu na uwarunkowania geograficzne – ile lokalizacji (oddziałów) powinno je zapewniać. Marszałkowsko-funduszowy duopol powinien decydować na podstawie map potrzeb zdrowotnych, że na przykład zamiast 130 łóżek ortopedycznych w sześciu oddziałach wystarczy 80 w trzech oddziałach i należy zlikwidować trzy oddziały, równocześnie powiększając trzy pozostałe z uwzględnieniem uwarunkowań demograficznych.

### Zalety w pigułce

Zalety takiego rozwiązania można wyliczać w nieskończoność. Optymalizacja wykorzystania pieniędzy – kontraktów z NFZ. Przy dostosowanej strukturze pie-

## „Niezbędna jest decentralizacja Narodowego Funduszu Zdrowia i jednoczesna centralizacja szpitali w obrębie województw”

niądze rzeczywiście przede wszystkim będą finansować realizację świadczeń zdrowotnych, a nie utrzymywanie miejsc ich udzielania, zwykle o wątpliwej potrzebie istnienia. Optymalizacja wykorzystania sprzętu medycznego, kupowanego często z powodu lokalnych zachcianek lub przed kolejnymi wyborami. I najważniejsza optymalizacja – wykorzystania zasobów ludzkich. Przy obecnych i realnych przyszłych brakach lekarzy, zwłaszcza w specjalizacjach podstawowych, brakach pielęgniarek i innych pracowników medycznych każda zmiana organizacyjna zmniejszająca zapotrzebowanie na ich pracę ma olbrzymią wartość.

Nietrudno wyobrazić sobie (postulowane już wcześniej) włączenie do modułowego programu specjalizacji okresu do przepracowania w szpitalu powiatowym. Jego realizacja odbywałaby się w szpitalach należących do jednego właściciela, więc wskazanie miejsca byłoby zawarte już w indywidualnym programie specjalizacji.

Mając jednego właściciela, można tworzyć wspólne programy projakościowe obowiązujące we wszystkich jednostkach. Można w zorganizowany sposób opracować ścieżki pacjentów trafiających do szpitala i wychodzących z niego wraz z ewentualną rehabilitacją czy pobytem w zakładzie opieki długoterminowej.

### Jak to zrobić?

I tu pojawi się zapewne mnóstwo problemów, z których znakomita większość będzie artykułowana przez zagrożonych zmianą – starostów, zarządców szpitali powiatowych czy część kierowników oddziałów, ale też np. Centralę NFZ. Tymczasem prawdziwe problemy będą dwa: czysto polityczny, czyli utrata prestiżu władzy dotychczasowych organów założycielskich, oraz majątku obecnych szpitali powiatowych. Niektóre organy założycielskie pewnie chętnie pozbyłyby się problemu, ale wiele innych, zwłaszcza w przypadku placówek o stabilnej sytuacji finansowej, zrobi wszystko, aby szpital dalej był „ich”. Jeszcze większy rzeczywisty problem jest z majątkiem szpitali. W niektórych wypadkach majątek należy bezpośrednio do szpitala, w wielu jego część, zwłaszcza teren i budynki, jest własnością organu założycielskiego. Tak samo ważna jest wartość tego majątku – inaczej pozbywamy się majątku o wartości paru milionów, inaczej paruset milionów, bo i takie szpitale powiatowe istnieją. No i oczywiście kwestia zadłużenia szpitali lub ich organów założycielskich

związana z prowadzeniem szpitali. Myślę, że jeszcze sporo osób pamięta casus szpitala w Grudziądzu, gdzie mocarstwowe ambicje zarządzającego i wspierającego organu założycielskiego doprowadziły do stworzenia szpitala ponadwymiarowego, ale jednocześnie z kilkusetmilionowym zadłużeniem zarówno samej placówki, jak i organu założycielskiego.

Do rozwiązania problemu pierwszego potrzeba odważnych decyzji politycznych. Do rozwiązania drugiego także decyzji politycznych, ale też... pieniędzy, bo powiatów nie da się po prostu ograbić. Czy te pieniądze istnieją?

Chyba tak i nazywają się KPO. Tam znajduje się 19,5 mld zł na zdrowie. Oczywiście jest pytanie, czy można by je na to wykorzystać, tzn. zmienić wcześniejsze cele. To już jednak rola rządu, aby dyskutować z Brukselą. Podobno teraz można tam załatwić wszystko...

Sfinansowanie wykupu w dużej mierze mogłoby być hybrydowe: częściowo z funduszy europejskich, częściowo z krajowych. Przecież pieniądze z wykupu szpitali powiatowych na rzecz województw nie będą stracone. To potężna suma, prawdziwa dźwignia finansowa, która zostanie przeznaczona na powiatowe inwestycje. W razie obawy, że zostaną „przejezione”, można taki obowiązek narzucić ustawowo. Powstałby powiatowy odpowiednik małego KPO: w zamian za majątek, ale i problem – fundusze rozwojowe.

Oczywiście kolejnym tematem będzie wycena tego majątku: czy to ma być wartość księgową, czy będą potrzebne indywidualne wyceny. To kolejne problemy, ale chyba wyłącznie techniczne. Moim zdaniem przyjęcie zasady przejścia za wartość księgową byłoby najprostszym i niewzbudzającym prawnych kontrowersji rozwiązaniem.

### Polska po przełomie

Polska jest na kolejnym zakręcie. Zmiana polityczna może być fundamentalna. Na razie dominują igrzyska i rozliczanie poprzedników. Sądzę jednak, że poza grupą sfanatyzowanych antypisowców większość głoszących na nową koalicję chciała głównie pozytywnych zmian we wszystkich obszarach życia publicznego. Czy nowa władza przejdzie do kreowania tych zmian, czy pozostanie przy rozliczeniach i „cieplej wodzie w kranie” – czas pokaże.

Ten artykuł to pewnie jeden z wielu pojawiających się pomysłów. Czy sensowny – czytelnicy sami oceniają.

Ma on jednak jeszcze jeden „schowany” argument. Za trzy miesiące są wybory samorządowe. Nowe władze powiatów będą miały cztery lata do wyborów. Może to chociaż trochę ograniczy ich strach przed potencjalną reakcją elektoratów w przypadku realizacji takiego projektu.

Maciej Biardzi  
Lekarz, publicysta i były menedżer opieki zdrowotnej