



I miasta, i powiaty czekają w kolejkach

RANKING W tegorocznej edycji konkursu na najzdrowszy samorząd najlepiej wypadły **Rzeszów i Bydgoszcz**. W gronie powiatów zwyciężył powiat **kielecki**

Klara Klinger
Patrycja Otto
dgp@infor.pl

Już po raz piąty sprawdziliśmy, jak samorządy radzą sobie z ochroną zdrowia w swoich regionach. Przeprowadzając ankietę, spyaliśmy je m.in. o liczbę szpitali i poradni specjalistycznych, ich kondycję finansową, a także o liczbę lekarzy i pielęgniarek, łóżek w placówkach medycznych, podpisane kontrakty z NFZ oraz ile same wydają na promocję zdrowia. Sprawdziliśmy też, jak to wszystko się przekłada na dostęp do leczenia oraz przyjrzelśmy się stanowi zdrowia mieszkańców, czyli jak długo żyją i na co najczęściej umierają.

W tym roku nastąpiło przetasowanie wśród liderów. W gronie powiatów zwyciężył kielecki. Na drugim miejscu uplasował się powiat tatrzański, który przez ostatnie trzy lata wygrywał ranking. Trzecia lokata przypadła powiatowi Pajęczno w woje-

wództwie łódzkim. Wśród miast wygrał natomiast Rzeszów, a na kolejnych miejscach uplasowały się Bydgoszcz oraz Białystok, który w 2019 r. był zwycięzcą. Wśród miast rok temu drugie miejsce zdobył Kraków – tym razem znalazł się na 5. miejscu.

Miasta i powiaty łączy jedno: najwyższe noty osiągają w kategorii ogólnego stanu zdrowia swoich mieszkańców. Powiat tatrzański właśnie dzięki dobrej kondycji swoich mieszkańców do lat plasuje się tak wysoko w naszych rankingach. Niektórym powiatom udało się osiągnąć maksymalną liczbę punktów (162). Zdobyli ją laureaci pierwszego i drugiego miejsca oraz Wąbrzeźno (pozycja 16.). Nie bez znaczenia dla tej kategorii jest jednak lokalizacja oraz sposób życia mieszkańców, którzy częściej wykonują pracę na swoim, będąc przez to mniej narażeni na stres. Dlatego też średnia długość życia kobiet wynosi tam ponad

80 lat, a mężczyzn – ponad 70. W miastach z reguły nie dożywają tego wieku.

W pozostałych dwóch kategoriach polegających na ocenie działania systemu powiaty wypadają już dużo gorzej na tle miast. Mowa nie tylko o posiadanej infrastrukturze w zakresie ochrony służby zdrowia, czyli szpitalach, przychodniach, specjalistach. W tej kategorii można było zdobyć w sumie 130 punktów. W gronie powiatów żaden nie przekroczył nawet 100 – najwyższy wynik to 95 osiągnięty przez Kielce. W grupie miast zdarzały się one natomiast dość często. Miasta widzą, że to istotny aspekt dla mieszkańców. Dlatego, by utrzymać dotychczasowych oraz przyciągnąć nowych, coraz więcej pieniędzy przeznaczają nie tylko na drogi i mieszkania, lecz także na podniesienie jakości leczenia.

– Od wielu lat wspieramy finansowo istniejące w miejscach placówki medyczne, pomagając w zakupie spe-

cialistycznego sprzętu, realizując programy prozdrowotne i propagując zdrowy tryb życia wśród mieszkańców – wyjaśnia Eliza Bilewicz-Roszkowska z departamentu komunikacji społecznej w UM Białystok. I dodaje, że w ubiegłym roku w ramach budżetu obywatelskiego za 390 tys. zł kupiona została karetka dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Od 2017 r. natomiast miasto realizuje program bezpłatnych szczepień ochronnych przeciwko grypie dla białostoczian po 60. roku życia. W 2019 r. poszło na ten cel 190 tys. zł.

Jak zapewniają miasta, mimo okrojonych w tym roku budżetów inwestycje w poprawę służby zdrowia mają być nadal realizowane, choć nie wiadomo, czy wszędzie w takim jak dotychczas zakresie.

Stefan Bąk, członek zarządu powiatu nadzorujący służbę zdrowia, starosta powiatu kieleckiego, podkreśla, że choć nie mają dużego wpływu na finansowanie zdrowia, to mogą inwestować w jakość. W dofinansowanie oddziałów szpitalnych czy projekty mo-

dernizacyjne. To myślenie długofalowe.

Z naszej analizy wynika, że 100 proc. miast biorących udział w naszym rankingu dopłaca do ochrony zdrowia, w przypadku powiatów to około 82 proc. Zapytaliśmy o też walkę ze smogiem – tutaj też prym wiodą miasta. Niemal 90 proc. miast daje na to dodatkowe środki. I co dzieją powiaty. Powiaty za to stawiają na programy profilaktyczne i edukację mieszkańców – około 60 proc. finansuje takie projekty.

Kolejki do świadczeń są podobne – w miastach wydłuża je duża liczba mieszkańców, w powiatach mniej rozwinęta infrastruktura. W efekcie na wizytę u specjalisty i tak czeka się przynajmniej kilkadziesiąt dni. Przykładem może być powiat lubelski, gdzie na wizytę u kardiologa czeka się 60 dni, tyle samo co na rezonans magnetyczny czy USG jamy brzusznej. Z kolei w Hajnówce średni czas oczekiwania na przyjęcie do kardiologa wynosi od 18 do nawet 89 dni w zależności od tego, czy jest to przypadek pilny czy stabilny. Dla porównania w Poznaniu pacjent stabilny do kardiologa

dostanie się nawet po ponad 100 dniach.

W powiatach gorzej natomiast prezentuje się dostęp do specjalistycznych świadczeń. Jak wynika z ankiet nadesłanych m.in. przez powiat lubelski, augustowski czy hajnowski ich mieszkańcy nie robią na miejscu zabiegu usunięcia żądków, koronarografii czy wszczepienia endoprotezy. To rodzi konieczność zapisywania się ich mieszkańców na wizyty w większych miastach, co tam z kolei wydłuża czas oczekiwania na zabieg. W Krakowie na usunięcie żądków czeka się 98–397 dni, w zależności od pilności zabiegu, na wszczepienie endoprotezy stawu biodrowego od 133–412 dni, a na koronarografię od 17–46 dni.

W sumie niemal w połowie powiatów i miast czeka się dłużej niż 50 dni do kardiologa, w 45 proc. powiatów ponad 14 dni do pediatry i tak samo jest w 35 proc. miast. Do onkologa czas oczekiwania ponad miesiąc jest niemal w połowie powiatów i niemal 40 proc. miast. Najgorzej jest z oczekiwaniem na zakłady opiekuńczo-lecznicze. W niemal 90 proc. czeka się ponad półtora miesiąca. © NS



PROF. DR. HAB. N. MED.
ANDRZEJ HORBAN

krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych

„Po 20 latach od reformy znowu jesteśmy w punkcie wyjścia: została utworzona sieć szpitali, które powinny być gotowe przyjąć każdego pacjenta



DR. HAB. N. MED. PROF.
WUM BARTOSZ ŁOZA

kierownik Kliniki Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes Polskiego Towarzystwa Neuropsychiatrycznego

„Trzeba pamiętać, że kryzys się nie skończył, on jedynie wkracza w kolejne etapy. To oczywiście ma przełożenie na zachowania Polaków



JANUSZ CIESZYŃSKI

wiceminister zdrowia

„Powinien się na pewno zmienić model zarządzania, ale nie zgadzam się, że to jest czas na zmiany



STANISŁAW SIENKO

zastępca prezydenta miasta Rzeszowa

„W całej dyskusji są trzy wątki: organizacja, zarządzanie i finanse. Samorząd ma wpływ na pierwsze dwa



KRZYSZTOF KOPEĆ

prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

„To jest najlepszy moment, by wprowadzić narzędzia wspierające produkcję leków w Polsce, bo kryzys pokazuje nam najbliższe ogniwa



PAWEŁ RABIEJ

zastępca prezydenta miasta stołecznego Warszawy

„Wypadałoby się zastanowić, jak przywrócić w systemie jakąś hierarchię, w której to szpital powinien być na szczycie, a badania i diagnostyka powinny być w POZ

Kryzys wymusił wprowadzanie nowych rozwiązań w ochronie zdrowia

DEBATA **Pandemia pokazała słabe punkty w systemie, ale nie ma zgody, czy to dobry czas na jego reformowanie**

Czy zarządzanie kryzysowe było wyzwaniem? Co sprawiło najwięcej trudności, a co się sprawdziło?

Andrzej Horban: Natrafiłszy na wiele przeszkód, które powoli udawało się pokonać, m.in. brak dobrej komunikacji. Przykładem mogą być stacje sanitarne, te powiatowe i wojewódzkie podlegały kiedyś GIS. Dziś wojewodom, którzy opracowują własne plany kryzysowe. Te były przygotowywane ostatnio dekadę temu przy okazji epidemii świńskiej grypy. Do tego czasu w wielu przypadkach się zdezaktualizowały, przepadły i trzeba było je tworzyć od początku. To wymagało powołania sztabów kryzysowych, co zajmuje czas, bo wymaga porozumienia na wielu szczeblach, współdziałania wielu organów w mieście. Ale bardzo dobrym posunięciem okazało się w tej sytuacji powołanie jednoimiennych szpitali. Przejęły one chorych z podejrzeniem koronawirusa, których przyjęcia odmawiały inne placówki medyczne w obawie przed zakażeniem. Choć po pewnym czasie okazało się, że nie można uniknąć ognisk koronawirusa w placówkach medycznych. Szpitale były po prostu nieprzygotowane na nadejście fali zakażeń, ale nikt nie był w stanie się na nią przygotować. Zamykanie oddziałów, szybka reakcja władz pozwoliła jednak uniknąć rozprzestrzeniania się wirusa – nie udało się zupełnie uniknąć paraliżu służby zdrowia, lecz na pewno go ograniczyło.

Janusz Cieszyński: Walka z koronawirusem miała różne oblicza w zależności od regionu Polski. W dużej mierze zależało to od decyzji podejmowanych przez lokalnych organizatorów ochrony zdrowia. To pokazuje, jak kluczowa jest jakość zarządzania, której nie można przecież uregulować w żadnej ustawie. Rolą ministerstwa jest tworzenie systemowych rozwiązań. Dlatego od tego roku zdecydowaliśmy o zmianie struktury inspekcji sanitarnej. Dotychczas powiatowych inspektorów powoływali starostowie. Teraz zostało to przeniesione na poziom wojewody. To pomoże przy następnej fali koronawirusa czy innej epidemii. Zarządzanie

zasobami, które na co dzień są jednak ograniczone, będzie następowało szybciej. Będzie to też podstawa do wypracowania jednolitego i spójnego systemu zarządzania. Dobry przykładem jest NFZ, który na początku epidemii przestawił swoją infolinię na udzielanie informacji o koronawirusie i obsłużył tysiące zgłoszeń. Jakość jej pracy przy wielkim wzroście obciążenia byliśmy w stanie poprawić dzięki współpracy z Ministerstwem Cyfryzacji, które wsparło nas w pozyskaniu dodatkowych zasobów do jej obsługi.

Bartosz Łoza: Trzeba pamiętać, że kryzys się nie skończył, on jedynie wkracza w kolejne etapy. To oczywiście ma przełożenie na zachowania Polaków. Zaczęło się od paniki i masowego wykupywania towarów w sklepach. Teraz, gdy mamy odmrażanie gospodarki, przychodzi wyczerpanie. Następuje psychologiczne wyparcie wirusa, bunt. Nadchodzi jednak kolejna fala wirusa i kryzysu, dlatego należy oczekiwać dalszej zmiany zachowań. Szczególnie że pojawiają się nowe problemy: kasy są puste, wiele osób zaczyna wpadać w depresję, mogą pojawić się myśli samobójcze – one nie występują w czasie ostrego kryzysu, a tuż po nim, gdy trzeba nauczyć się żyć w nowej rzeczywistości, z przewlekłym zmęczeniem.

Czy pandemia się przełożyła na model zarządzania w ochronie zdrowia na poziomie samorządów?

Stanisław Sienko: Jako pierwsze miasto w Polsce podjęliśmy decyzję o zawieszeniu imprez kulturalnych. Dzięki temu udało nam się skutecznie powstrzymać rozwój epidemii. Jeszcze kilka tygodni temu miasto było wolne od zakażeń. To też zasługa wdrożonej polityki w zakresie środków ochrony osobistej i prozdrowotnej. Szpital został wyposażony z miejskiego budżetu w środki ochrony osobiste o wartości ponad 1 mln zł. Obecnie, na etapie luzowania gospodarki, staramy się przestrzegać pełnego reżimu sanitarnego zalecanego przez resort zdrowia. Efektem jest brak zakażeń w instytucjach będących pod nadzorem samorządu.

Paweł Rabej: Od razu nawiązaliśmy kontakt z ekspertami, nie tylko tymi z Polski, ale i zagranicą, by wymieniać się doświadczeniami. W Warszawie jest ponad 40 szpitali, w tym 10 miejskich, mamy

wiele podmiotów. Pierwsze dni epidemii pokazały, jak dużym mankamentem jest niewystarczający przepływ informacji. Nie obyło się bez ognisk koronawirusa w naszych placówkach, ale na szczęście zostały szybko zwalczane. To też pokazało kolejną słabość – personel medyczny pracuje często w wielu miejscach, przez co ryzyko przenoszenia zakażenia jest większe. Na szczęście nie mieliśmy ani jednego zakażenia w prowadzonych przez samorząd domach pomocy społecznej, choć nie udało się ich uniknąć w prywatnych jednostkach.

Jak kryzys wpłynął na dostępność leków?

Krzysztof Kopeć: Pandemia pokazała, że globalne łańcuchy dostaw zawodzą. Uwidoczniła też, jak ważna jest lokalna produkcja. Okazało się bowiem, że gdy stanęły dostawy leków i surowców do ich produkcji na skutek wstrzymania pracy fabryk na Dalekim Wschodzie, zakłady w kraju zrobiły wszystko, żeby przejąć ich zadania i produkować leki na bieżącą potrzebę. Wymagało to uruchomienia zapasów, pracy fabryk bez przerwy. Bieżące dostawy udało się utrzymać. A warto dodać, że w marcu i kwietniu sprzedaż leków była bardzo wysoka. Posiadanie fabryk na terenie kraju umożliwiło dostosowanie ich produkcji do tego, co jest aktualnie poszukiwane na rynku.

Janusz Cieszyński: Lokalizacja produkcji leków w kraju to ważny element zapewnienia bezpieczeństwa lekowego, choć oczywiście trzeba będzie za to zapłacić. Produkcja w kraju jest bowiem droższa, a priorytetem resortu jest zapewnienie pacjentom niskich cen leków.

Czy rozwiązania kryzysowe będzie można stosować w czasie „normalności”?

Janusz Cieszyński: Czas epidemii to nie jest czas na wdrażanie nowych rozwiązań systemowych, natomiast możemy pilotować rozwiązania, które wdrożyliśmy w trakcie epidemii i sprawdzać, czy mogą stać się systemowe. Część pewnie zostanie, choćby rozwiązania telemedyczne. Na szczęście już przed epidemią byliśmy gotowi z e-receptą, a w koszyku świadczeń były już wizyty online u lekarzy rodzinnych. Na pewno ta sytuacja do e-rozwiązań przekonała pacjentów, którzy mieli dzięki nim dostęp do opieki zdrowotnej.

Ochronę zdrowia należy centralizować czy decentralizować? Jaki wpływ ma samorząd na to, co się dzieje?

Stanisław Sienko: W całej dyskusji są trzy wątki: organizacja, zarządzanie i finanse. Samorząd ma wpływ na pierwsze dwa. Przykładem jest nasz szpital miejski: mieliśmy 14 mln zł długu. Okazuje się, że poprzez dobrą organizację, dobre zarządzanie, gospodarowanie środkami pieniężnymi, nie mamy już od kilku lat długów. Kupujemy dużo nowoczesnego sprzętu, inwestujemy w infrastrukturę szpitala i przychodni, wydając na to rocznie średnio 10 mln zł z budżetu miasta. W zeszłym roku przebudowaliśmy sale operacyjne i wydaliśmy na to ponad 30 mln zł. Ale nie możemy płacić za nadwykonania, za to płaci NFZ. Nie możemy się dołożyć do wyceny poszczególnych punktów, a inwestujemy w infrastrukturę.

Paweł Rabej: Widzę cztery wyzwania wynikające z tego, co przeżyliśmy w ciągu ostatnich miesięcy, ale które są też kluczowe z punktu widzenia przygotowania się na pandemię jesienią i poprawienia systemu ochrony zdrowia. Po pierwsze zarządzanie. Szpitale i ratownictwo medyczne muszą być lepiej przygotowane na sytuacje kryzysowe: szybko reagować, mieć dobry personel, który szybko dokona decyzji i zakupów, przestrzegając regulacji z dyscypliną. To jest wyzwanie nie tylko samorządu, lecz wszystkich podmiotów w systemie zdrowia. Pandemia pokazała, że było z tym różnie. Drugą kwestią jest profilaktyka, szeroko rozumiana komunikacja z pacjentami. To paradoks, że w momencie, kiedy jesteśmy w stanie tak dobrze leczyć, mamy jednocześnie tak dużo dezinformacji w obszarze zdrowia.

Trzecią sprawą jest telemedycyna, która ma olbrzymi potencjał, ale wymaga zmiany nawyków pacjentów. Mam nadzieję, że teleporady czy e-recepty dużo tu zmienią. I na koniec: wpadałoby się zastanowić, jak przywrócić w tym dosyć skomplikowanym systemie jakąś hierarchię: w której to szpital powinien być na szczycie, a badania i diagnostyka powinny być w POZ.

Jak to wygląda z perspektywy szpitala? Czy inwestycja w jakość ma znaczenie i czy dokonała się przyspieszona rewolucja?

Andrzej Horban: Po 20 latach od czasów reformy znowu jeste-



FOT. SHUTTERSTOCK

śmy w punkcie wyjścia: została utworzona sieć szpitali. Lecznice powinny być gotowe przyjąć każdego pacjenta, bo każdy jest potencjalnie zakaźny. Jeżeli ich struktura i forma zarządzania, obiegu pacjentów i personelu działałaby sprawnie, to obecnie zarządzający mieliby o wiele łatwiejszą sytuację. Pierwsza duża reforma, w której brałem udział jako zarządzający, była w latach 90., kiedy problemem był HIV. Nie było jeszcze leczenia, nikt nie wiedział, jak to się przenosi i że w ogóle można to zahamować, ale udało się w ciągu relatywnie krótkiego czasu wprowadzić uniwersalne zasady ochrony przed patogenami przenoszonymi drogą krwi. Ten system działał. Zakażenia przenoszone drogą krwi praktycznie zniknęły dzięki odpowiedniemu zarządzaniu. Przy dobrym przygotowaniu infrastruktury zmniejszylibyśmy zakażenia patogenami przenoszonymi drogą oddechową, kropelkową. Jest to kwestia nauczania personelu odpowiedniego zachowania.

Mamy zakażenia szpitalne, bo to nieodłączna część naszej działalności, ale ten problem da się zmniejszyć. Jesteśmy na dobrej drodze, by dokonać zmian prawie rewolucyjnych i ograniczyć niebezpieczeństwa związane z hospitalizacją. Dodatkowo do szpitali musi być dołączona sieć sprawnej diagnostyki. Licząc koszty, musimy się zająć medycyną, która jest faktycznie tańsza i skuteczniejsza.

Na ile poprawa jakości w ochronie zdrowia ma znaczenie w tym kontekście dla stanu psychicznego Polaków i zarządzania kryzysem? To system naczyń połączonych?

Bartosz Łoza: Już przed pandemią największa liczba zwol-

nień lekarskich była spowodowana depresją. Oznacza to, że ci ludzie z pewnością nie zostali wyleczeni przez system opieki zdrowotnej w fazie pandemii i można oczekiwać, że ich kryzysowe przeżycia i emocje będą narastać. Jeśli teraz nie dokonamy reform, to w ogóle ich nie wprowadzimy. Dokonujemy zmian tylko wtedy, kiedy musimy i dlatego to jest pewnego rodzaju szansa.

Przyspieszone zmiany podczas kryzysu?

Krzysztof Kopeć: To jest najlepszy moment, by wprowadzić narzędzia wspierające produkcję leków w Polsce, bo kryzys pokazuje nam najsłabsze ogniwa. Udowodnia, że musimy bazować na krajowej produkcji, bo to ona jest podstawą bezpieczeństwa pacjentów.

Paweł Rabiej: Nie ma co czekać ze zmianami. Małe korekty dają często duże efekty. Cieszy mnie, że w sytuacji pandemii pojawiła się ściślejsza współpraca merytoryczna między jednostkami rządu, samorządu, niezależnie od tego, co się dzieje w polityce.

Janusz Cieszyński: Powinien się na pewno zmienić model zarządzania, ale nie zgadzam się, że to jest czas na zmiany. Może jest to racjonalne z psychologicznego punktu widzenia, jednak patrząc na zasoby, które posiadamy, by te zmiany rzetelnie przygotować, to jakość nie byłaby taka, której wszyscy oczekujemy. Powinniśmy się natomiast z góry przygotować na kolejną falę epidemii, ponieważ nasza wiedza o koronawirusie jest dziś znacznie większa niż na początku tego roku.

Prowadzenie Klara Klinger
Współpraca Patrycja Otto,
Zofia Kosmala

Ranking Zdrowia Polski 2020

Powiaty					
Miejsce	Powiat	I kategoria: Potencjał powiatu	II kategoria: Ocena stanu zdrowia	III kategoria: Dostępność świadczeń zdrowotnych	Suma
1	Kielce	95	162	73	330
2	Zakopane	75	162	65	302
3	Pajęczno	44	133	123	300
4	Starachowice	84	122	93	299
5	Myślenice	68	144	77	289
6	Gorlice	80	126	72	278
7	Augustów	73	104	100	277
8	Wieluń	30	97	136	263
9	Tarnów	62	126	66	254
10	Mława	37	151	63	251
Miasta					
Miejsce	Miasto	I kategoria: Potencjał miasta	II kategoria: Ocena stanu zdrowia	III kategoria: Dostępność świadczeń zdrowotnych	Suma
1	Rzeszów	98	144	91	333
2	Bydgoszcz	107	122	97	326
3	Białystok	107	133	79	319
4	Poznań	108	133	73	314
5	Kraków	108	115	85	308
6	Ełk	96	144	62	302
7	Toruń	92	144	59	295
8	Warszawa	113	133	48	294
9	Elbląg	87	108	83	278
10	Rybnik	77	122	66	265

Jak ocenialiśmy?

Przygotowując ranking zdrowia powiatów w Polsce, uwzględniliśmy trzy kategorie.

■ Pierwsza - zaplecze medyczne, czyli potencjał zdrowotny (do 130 pkt)

Aby to zbadać, zapytaliśmy wszystkie powiaty i miasta na prawach powiatu m.in. o to, ile mają szpitali, przychodni, poradni, a także ilu lekarzy i pielęgniarek przypada na 1 tys. mieszkańców. Braliśmy także pod uwagę wyposażenie placówek medycznych. Zbieraliśmy informa-

cje o liczbie tomografów, RTG, aparatów USG i do mammografii. Badaliśmy liczbę zespołów ratowniczych. Interesowało nas także, ile samorząd prowadzi programów profilaktycznych. Zapytaliśmy też po raz pierwszy o to, czy szpitale z danego obszaru przyłączyły się do pakietu onkologicznego. I jaki mają wynik finansowy.

■ Druga - ocena zdrowia mieszkańców (do 162 pkt)

W tej kategorii analizowaliśmy demografię,

umieralność noworodków na 1 tys. mieszkańców, ale także przyczyny umieralności. Istotne były dane dotyczące odsetka zgonów na takie choroby jak: układu krążenia, raka czy układu oddechowego.

■ Trzecia - dostępność badań (do 122 pkt)

Ważny dla naszych analiz był czas oczekiwania na podstawowe badania, takie jak badanie tomografem, USG brzucha czy EKG oraz na wizytę u pediatry, kardiologa, neuro-

loga czy stomatologa oraz onkologa. Równie istotna była dostępność do operacji oraz zabiegów: m.in. usunięcia zaćmy, wszczepienia endoprotezy, bypasy czy usunięcia trzeciego migdałka. Ostatnią pozycją była opieka nad osobami starszymi, dlatego zapytaliśmy o czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

Maksymalna liczba punktów do uzyskania: 414

Służba zdrowia wymaga jednak rozwiązań systemowych

ROZMOWA Tadeusz Ferenc, prezydent miasta Rzeszowa

Oczywiście są też problemy, ale lepiej je cały czas rozwiązywać, a nie tylko o nich mówić i narzekać.

Jaki jest sposób na sprawną służbę zdrowia w Rzeszowie?

Trudno mi samemu oceniać sytuację w rzeszowskiej służbie zdrowia. Skoro co roku znajdujemy się w czołówkach rankingów, to znaczy, że jest nieźle. Trudno tu mówić o jakimś patencie. Podstawa to szpitale wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt i odpowiednia kadra. Z tym nie mamy większych problemów. Chcą u nas pracować najlepsi w Polsce specjaliści. Przyjeżdżają z innych miast w Polsce i zostają. W tej chwili mamy jeden z najlepszych w Polsce i Europie oddziałów kardiologii. Nasi lekarze wyjeżdżają na staże do różnych europejskich ośrodków.

Jak decydujecie o finansowaniu działań?

Dla mnie zdrowie mieszkańców to najważniejsza sprawa. Dlatego też co roku wykładamy z budżetu olbrzymie pieniądze na nasz ZOZ, w skład którego wchodzi Szpital Miejski. Od 2003 r. przeznaczaliśmy na ten cel około 100 mln zł. Tylko w tym roku w budżecie mamy 9 mln zł. Podstawowa sprawa to wsłuchiwanie się w potrzeby mieszkańców i ich oczekiwania oraz wykorzystanie swojego potencjału. Tak było np. przy stworzeniu oddziału balneologii. Mieliśmy w sąsiedztwie szpitala źródła z naturalną wodą leczniczą. Aż prosiło się, żeby je wykończyć. W szpitalu nie było



okulistyki. Mieszkańcy skarżyli się, że muszą jeździć się leczyć poza Rzeszów. Otworzyliśmy więc okulistikę. W tej chwili nasz szpital jest wyposażony w najno-

wocześniejszy sprzęt i co najważniejsze – jako jeden z nielicznych w Polsce nie jest zadłużony.

Oczywiście samorząd ma ogromny wpływ na stan

służby zdrowia. Nie mówię tu tylko o samorządzie miasta, ale również i województwa. Marszałek ma dwa szpitale kliniczne. W Rzeszowie jest jeszcze

szpital MSW oraz szpitale prywatne. Wszystko, jak w większości, opiera się na wielkości dofinansowania. Służba zdrowia wymaga jednak rozwiązań systemowych na poziomie państwa. Bez tego nie będzie można mówić o poprawie sytuacji finansowej placówek.

Co w sytuacji spadku dochodów w wyniku pandemii?

Oczywiście pandemia pokrzyżowała wszystkim plany. To wcale nie oznacza, że będziemy oszczędzać na finansowaniu służby zdrowia, a co za tym idzie zdrowiu mieszkańców. Tylko w okresie pandemii przeznaczaliśmy dodatkowo dla szpitala 1 mln zł na zakup niezbędnego sprzętu dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Na pewno nie zrezygnujemy z planowanych inwestycji i remontów.

Rozmawiała PO

We współpracy organu założycielskiego z placówkami

ROZMOWA Stefan Bąk, członek zarządu powiatu nadzorujący służbę zdrowia, starosta powiatu kieleckiego

Jaki jest sposób na sukces ochrony zdrowia?

Kluczem do sukcesu jest dobra współpraca między organem założycielskim a placówkami oraz patrzenie na system ochrony zdrowia jak na łańcuch naczyni połączonych. Również na poziomie powiatu. Jako samorząd nie możemy wpływać bezpośrednio na świadczenia, za które płaci NFZ. Ale za to możemy inwestować w jakość. Przykładem jest choćby nasza inwestycja w doposażenie oddziału neonatologii w specjalistyczny sprzęt, ale i modernizację całej opieki okołoporodowej. Udało nam się to zrobić i dzięki temu nasze Centrum Matki i Noworodka świadczy kom-

pleksową opiekę dla matek w ciąży i po porodzie, a także dla najmłodszych. Oferujemy również leczenie niepłodności w ramach Funduszu. To wszystko powoduje, że przyjeżdżają do nas pacjentki nie tylko z innych powiatów, lecz nawet z innych województw. Efekty już są widoczne; w 2018 r. średnio miesięcznie rodziło się u nas 120 dzieci, w 2019 r. 150, a w tym roku już 170. To powoduje, że dyrekcja szpitala otrzymuje wyższy kontrakt z Funduszem, ma lepszy wynik finansowy na koniec roku. To tylko jeden z przykładów. Innym są np. prace termomodernizacyjne w powiatowym szpitalu w Chmielniku, w dużej



mierze ze środków unijnych. Założenie solarów ma zmniejszyć koszty utrzymania placówki. Zainwestowaliśmy także w informatyzację wszystkich jednostek – to systemy, dzięki którym z jednej strony da się zaoszczędzić czas pracowników,

ale także i lepiej kontrolować przepływ informacji i sprawniej zarządzać placówką. Te inwestycje okazały się też niezwykle przydatne, kiedy przyszła pandemia.

Skąd pochodzą pieniądze i jak wybieracie projekty?

W sumie w trzech jednostkach prowadzone są różnego rodzaju programy modernizacyjno-inwestycyjne za 22 mln zł, z czego 3,5 mln dokłada powiat. Część pieniędzy jest z programów unijnych, część z dotacji krajowych. O tym, jakie projekty zaczynamy, co jest priorytetem, decydujemy we współpracy z dyrektorami szpitali. Co dwa miesiące mamy spotkania, organizujemy także kwartalne podsumowanie sytuacji w naszych placówkach. Interesuje nas sytuacja nie tylko finansowa, ale także i problemy z brakiem personelu czy nadwyżkami i rozliczeń z NFZ. Dzięki temu możemy na bieżąco reagować, ale także przygotowywać bardziej kompleksowe strategie do-

pasowane do potrzeb. Choćby przez dopasowane programy profilaktyczne. Ostatnio również rozmawialiśmy o tym, żeby we współpracy z dyrektorami innych szpitali i przedstawicielami ościennych powiatów przestać konkurować ze sobą o pacjentów, lecz połączyć siły. Tak, aby szpitale oferowały to, co mają najlepszego.

Priorytetem jest dla nas oczywiście zdrowie mieszkańców, ale oczywiście istotne jest też to, że im zdrowsi i pracujący mieszkańcy, tym więcej przychodów do budżetu, ale i także tym mniej wydatków na leczenie. To też powod, który motywuje do szukania jak najefektywniejszej opieki medycznej. Bo w tym zakresie trzeba myśleć kompleksowo i długofalowo.

Rozmawiała KK

Samorząd ma wpływ na jednostki ochrony zdrowia



ROZMOWA Iwona Waszkiewicz, zastępca prezydenta miasta Bydgoszcz

Jak zmieniła się służba zdrowia w Państwa mieście w ostatnich latach? Jakie są największe dokonania i przemiany?

Bydgoszcz charakteryzuje się dużym potencjałem szpitalnictwa, z pełnym zakresem oferowanych świadczeń, zarówno dla dorosłych, jak również dzieci i młodzieży. To renomowane,

certyfikowane ośrodki, z których bazy oprócz pacjentów korzystają także studenci Collegium Medicum UMK w Toruniu do celów dydaktycznych. Ośrodki są na bieżąco modernizowane i rozwijane. Przykładem może być Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka, które uruchomiło nowoczesne Centrum Rehabilitacji

„Paris” oraz Poliklinikę, Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. A. Jurasza, który uruchomił nowoczesny Szpitalny Oddział Ratunkowy, poszerzył bazę łóżkową m.in. w opiece psychiatrycznej oraz geriatrycznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizziela, który rozpoczął modernizację klinik, włączając postępowanie w sprawie budowy nowego budynku na potrzeby m.in. nowoczesnego bloku operacyjnego, hematologii z przeszczepami i intensywnej terapii, czy Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii, które dostosowało obiekty szpitalne do leczenia gruźlicy i chorób płuc na poziomie europejskim.

Czym się wyróżniacie na tle innych regionów Polski?

Wysokospecjalistyczna kadra medyczna we wszystkich dziedzinach medycyny, ale także nowoczesna aparatura stanowi wsparcie w kompleksowym diagnozowaniu i leczeniu zarówno popular-

nych, jak i rzadkich schorzeń. Świadczenia medyczne, którymi wyróżniają się nasze szpitale, to m.in. przeszczepy szpiku, wątroby, rogówki i wszczepianie sztucznego oka dla osób po nowotworze, trombektomia mechaniczna, leczenie otyłości metodą implantacji, zabiegi wszczepiania implantów ślimakowych i pionowych u dzieci od 1. do 2. roku życia, kompleksowa opieka nad dziećmi chorymi na padaczkę lekooporną; leczenie zaburzeń ruchu u dzieci metodami stereotaksji, operacje neurochirurgiczne wykonywane w oparciu o neuronawigację oraz leczenie nowotworów ośrodkowego układu nerwowego.

Wśród minusów, tak jak w całym kraju można wskazać na niedoszacowanie finansowania systemu ochrony zdrowia z budżetu państwa, co przekłada się na mniejszą dostępność, dłuższy czas oczekiwania i de facto niewykorzystywanie

zasobów, którymi dysponują placówki.

Na ile wysokie miejsce w rankingu jest zasługą samego samorządu, na ile może on wpłynąć i decydować o ostatecznym kształcie służby zdrowia w mieście?

Samorząd miasta ma wpływ na kształtowanie miejskich jednostek ochrony zdrowia oraz może współpracować z innymi podmiotami, np. samorządem województwa w zakresie pozyskiwania środków unijnych.

Jakie stawiacie sobie wyzwania na kolejne lata w zakresie służby zdrowia i czy pandemia może pokrzyżować realizację tych planów, bo na przykład budżet miasta został okrojony?

Przyszłość to rozwój i zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych z zakresu całonocnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz leczenia w warunkach stacjonar-

nych dla osób niewymagających hospitalizacji – poprzez zwiększenie liczby miejsc opieki w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Bydgoszczy. Taki kierunek wychodzi naprzeciw prognozom demograficznym i epidemiologicznym. Wskazują one, że w perspektywie do 2029 r. największy udział ludności w wieku co najmniej 65 lat w Bydgoszczy będzie wynosił 26,1 proc., a odsetek osób niepełnosprawnych w tej grupie wiekowej wyniesie aż 32,8 proc. i w kolejnych latach będzie wzrastał. To determinuje konieczność zwiększania i rozwoju różnych form opieki długoterminowej, pielęgnacyjnej i opiekuńczej. Niezależnie od sytuacji związanej z pandemią i obostrzeniami budżetowymi wdrożenie tak pożądanym zmian będzie możliwe m.in. poprzez przeprowadzenie zmian organizacyjno-funkcjonalnych w działających placówkach.

Rozmawiała PO