

STANOWISKO NR 1/2026
POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY MENEDŻERÓW
z dnia 24 lutego 2026 r.

w sprawie restrukturyzacji szpitali oraz mechanizmów wspierających restrukturyzację

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 stycznia 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów zdecydowanie **negatywnie opiniuje procedurę płacenia 50% stawki ryczału przez kolejne dwa okresy rozliczeniowe, w przypadku likwidacji danego zakresu w mechanizmie zawartym w powyższym rozporządzeniu.**

Nie tędy droga.

Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów zdecydowanie **popiera starania wypracowania racjonalnych mechanizmów wspierających planową i kontrolowaną restrukturyzację szpitali, opartą przede wszystkim na potrzebach zdrowotnych, ale zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia instrument w naszej ocenie nie spełnia takich przesłanek.**

Poziom zadłużenia szpitali, zwłaszcza szpitali powiatowych wynosi obecnie ponad 25 mld zł. Pogłębiająca się przepaść finansowa pomiędzy szpitalami na I poziomie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), wynika przede wszystkim z nieprawidłowej wyceny świadczeń zdrowotnych, a więc błędów systemowych. Koszty obsługi zadłużenia w wielu przypadkach uniemożliwiają samodzielne wyjście z pułapki kredytowej. Zamiast narzędzi wspierających restrukturyzację lub redukcję zadłużenia, w przypadku racjonalnych zmian organizacyjnych w szpitalach, proponuje się kolejne programy inwestycyjne lub **nagrody finansowe za niewykonanie świadczeń zdrowotnych**. Obecnie zaproponowane rozwiązanie w czasach pandemii COVID-19, było publicznie nazywane wypracowywaniem przez szpitale „długu zdrowotnego”.

Dzika restrukturyzacja.

W ocenie Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów obecne rozwiązania w takiej formie być może pozwoli na się pozbycie się statystycznie niepotrzebnych łóżek, ale czy na pewno będą to łóżka, o które nam chodziło? Perspektywa, jaka się wyłania, to wizja pogłębiania nierównomiernego rozłożenia świadczeń, bez gwarancji alternatywnego dostępu do świadczeń medycznych dla pacjentów rozwiązywanych oddziałów. Brak ogólnego planu, na poziomie kraju lub województwa, który precyzyjnie określałby zadania szpitali na poszczególnych poziomach zabezpieczenia PSZ, prowadzi do „dzikiej restrukturyzacji”. **System potrzebuje sternika, a nie syndyka masy upadłościowej.**

Celem nie może być jedynie redukcja łóżek szpitalnych, a konkretne wskaźniki zdrowotne i zdrowotne cele populacyjne. Przypominamy, że wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) miało na celu z jednej strony zapewnienie pacjentom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony zapewnienie szpitalom stabilnego finansowania. W chwili obecnej PSZ nie spełnia ani jednej, ani drugiej roli. W założeniu PSZ miał stanowić sieć stabilnie opłacanych szpitali, które będą podstawą bezpieczeństwa zdrowotnego. Brak nadzoru i planów w chwili pierwszej kwalifikacji szpitali do PSZ sprawił, że mamy system, który nie spełnia swojej roli. Łóżek jest za dużo, szpitale generują długi. Kolejne działania bez wcześniejszego planu może przeobrazić się „dziką likwidacją”, która pogłębi chaos organizacyjny w ochronie zdrowia.

Mechanizm nieefektywny.

W ocenie Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów, sam mechanizm wytypowania oddziałów, które mogą skorzystać z tego typu rozwiązania jest niepewny z uwagi na wyodrębnienie w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia tylko niektórych zakresów świadczeń, jak pediatria, neonatologia, większość zaś jest ujęta całościowo w ryczałcie. Ponadto płacenie, za nieleczenie bez wizji co w zamian dla pacjenta rozwiązuje może problem za dużej liczby pustych łóżek, ale pogłębia jedynie problem z dostępnością, nie gwarantując pacjentowi nic w zamian.

Racjonalne inwestycje.

Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów apeluje także o racjonalne dysponowanie środkami publicznymi przeznaczanymi na inwestycje w ochronie zdrowia, zwłaszcza w przypadku zadłużonych i nieefektywnych szpitali. Pieniądze zainwestowane w remonty lub sprzęt w nierentownych oddziałach bardzo często uniemożliwiają likwidację lub przeprofilowanie oddziału, szczególnie kiedy są to fundusze europejskie, które mają wpisane mechanizmy trwałości inwestycji. Zapowiadane kolejne programy wsparcia inwestycji ze środków funduszu medycznego, mogą w niektórych przypadkach blokować racjonalne decyzje restrukturyzacyjne i konsolidacyjne, a nie je wspierać. System IOWISZ nie jest obecnie wystarczającym narzędziem oceniającym zasadność inwestycji i wymaga poprawy.

Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów ponawia wcześniejsze apele o:

1. **Przygotowanie strategii i mapy restrukturyzacji szpitali**, w szczególności odgórne ustalenie celów oraz minimalnego obszaru zabezpieczenia poszczególnych szpitali i świadczeń medycznych, w oparciu o racjonalnie zaktualizowane mapy potrzeb zdrowotnych. Ważnym elementem jest też tu strategia zmian świadczeń odbywających się w trybie hospitalizacji na tryb ambulatoryjny, która przy ograniczeniu opieki szpitalnej zabezpieczy pacjenta.
2. **Koordinacja wszystkich pięter systemu**, w tym leczenia szpitalnego z poszpitalną opieką w AOS, aby unikać powtarzalnych hospitalizacji
3. **Zrównoważenie i urealnienie wyceny wszystkich świadczeń tak, aby o alokacji świadczeń decydowało przede wszystkim zapotrzebowanie zdrowotne, a nie intratność procedury** a w szczególności urealnienie wyceny świadczeń nad pacjentem starszym, z wielochorobowością,

w tym wprowadzenie mechanizmów nagradzania efektywności systemowej i jakość leczenia, a nie nagradzanie zaprzestania wykonywania świadczeń.

4. **Właściwa alokacja zasobów, oparta o dane demograficzne i epidemiologiczne**

PREZES
Polskiego Towarzystwa
Lekarzy Menedżerów
lek. Marcin Karolewski