



Anestezjolodzy w Polsce

– charakterystyka na podstawie map potrzeb zdrowotnych.

Wnioski z raportu NIK.

Kluczowe aspekty systemowe ochrony zdrowia w kontekście anestezjologii i intensywnej terapii wnioski z raportu NIK.

Jerzy Gryglewicz
Gdańsk, 13 września 2024 r.



Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026

Mapy obejmują:

- 1) analizy **demograficzne** i **epidemiologiczne**, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym **personelu medycznego**, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego,
- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.



Leczenie Szpitalne – wyzwania

- W porównaniu z innymi krajami europejskimi, Polska charakteryzuje się **wysokimi** nakładami finansowymi na leczenie szpitalne.
- Wydatki na leczenie szpitalne przewyższają wydatki na inne rodzaje świadczeń. Jest to szczególnie istotne w porównaniu do wydatków na AOS, która jest lepiej finansowana w innych krajach europejskich niż w Polsce.
- Dzięki **zwiększeniu nakładów na AOS** w innych krajach obserwuje się zmniejszenie liczby świadczeń szpitalnych na rzecz świadczeń realizowanych w AOS, co z kolei uwalnia zasoby potrzebne podczas niezbędnej hospitalizacji bez uszczerbku dla jakości udzielanych świadczeń.
- Polska ma jeden z **najwyższych w Europie wskaźników liczby łóżek szpitalnych** przypadających na 100 tys. mieszkańców.
- W innych krajach liczba łóżek na 100 tys. ludności spada co roku, co sprawia, że różnica pomiędzy Polską a innymi krajami się pogłębia.



Rekomendowane kierunki działań

- w celu obniżenia nadmiernej liczby hospitalizacji, która jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, rekomenduje się zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych, w szczególności poprzez regulacje sprzyjające realizowaniu tych świadczeń w AOS (np. **adekwatna wycena świadczeń**, wskaźniki jakościowe);
- dążąc do jak najkrótszego czasu hospitalizacji pacjentów, należy wprowadzić zmianę – tam, gdzie to jest możliwe – **hospitalizacji kilkudniowych na trwające jeden dzień**;
- raz ze wzrostem liczby pacjentów leczonych w AOS nastąpi spadek obłożenia łóżek na oddziałach szpitalnych, **należy zatem racjonalizować liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych** lub przekształcić je zgodnie z prognozami demograficznymi w łóżka opieki długoterminowej;



Rekomendowane kierunki działań

- podmioty lecznicze prowadzące działalność w zakresie leczenia szpitalnego na **poziomie powiatowym** powinny również **przejąć funkcję w zakresie innych rodzajów opieki stacjonarnej, które powinny znajdować się blisko pacjenta (opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna)**. Szpitale te powinny rozwijać się wokół sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych, zapewniając możliwie równomierną dostępność na terenie całego kraju;
- tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności w szpitalach I i II poziomu), **powinno być ograniczane**. Ich powstawanie może prowadzić do niezrównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych – niezgodnego z przypisaną im funkcją w systemie ochrony zdrowia.
- Konieczne jest zróżnicowanie zakresu świadczeń udzielanych w poszczególnych szpitalach poprzez ich dalsze profilowanie;



Rekomendowane kierunki działań

- szersze wykorzystanie **wskaźników jakości udzielanych świadczeń**. Wskaźniki te powinny być analogiczne do tych, które są stosowane przy porównaniach z innymi krajami. Wskazane jest również wprowadzenie wskaźników opartych na miarach deklaratywnych z **ankiet wypełnianych przez pacjentów** (tzw. PROM), oceniających wykonane procedury i ogólną jakość świadczeń.
- Należy dalej wspierać wzrost jakości świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego, m.in. poprzez wzmocnienie roli akredytacji w ochronie zdrowia przy zapewnieniu aktualizacji jej standardów, wdrożenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych nieopartego na winie, a także nadanie większej wagi wskaźnikowi jakościowemu w algorytmie obliczającym kwoty umów, a w konsekwencji zwiększenie roli płacenia za jakość świadczeń

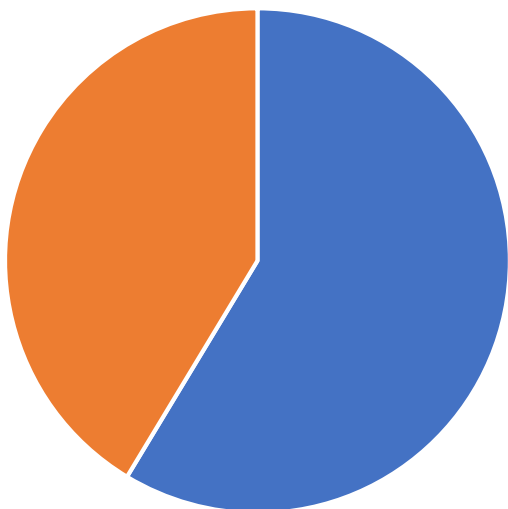


Kadry medyczne 2022 rok

Lekarze

133 tys. (78 tys. K, 55 tys. M)

351 / 100 tysięcy ludności

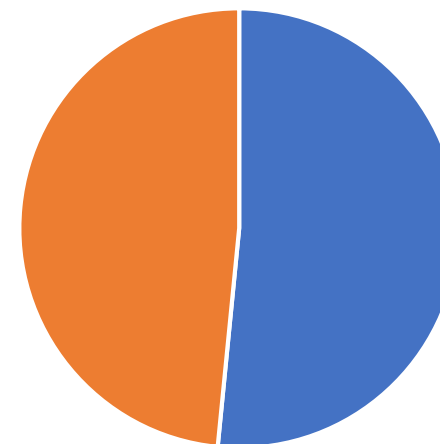


■ Kobiety ■ Mężczyźni

Anestezjolodzy

6 459 (3.3 tys. K , 3,1 tys. M)

17/100 tysięcy ludności



■ Kobiety ■ Mężczyźni



Kadry medyczne

Lekarze

51 lat średni wiek

1,84 miejsc pracy

Anestezjolodzy

54 lat średni wiek

1,51 miejsc pracy



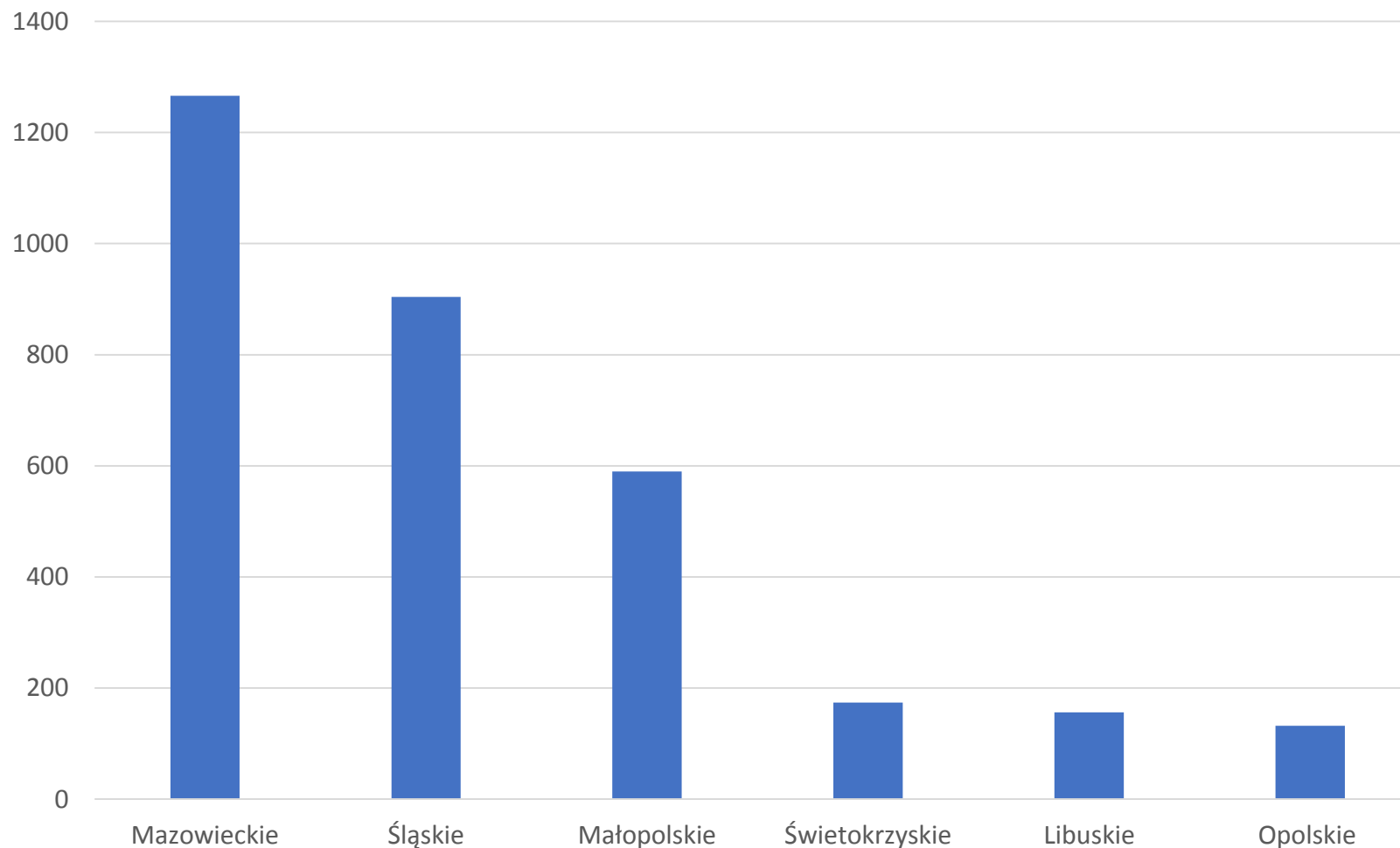
Anestezjolodzy - Liczba

Najwięcej

- 1266 Mazowieckie
- 904 Śląskie
- 590 Małopolskie

Najmniej

- 132 Opolskie
- 156 Lubuskie
- 174 Świętokrzyskie





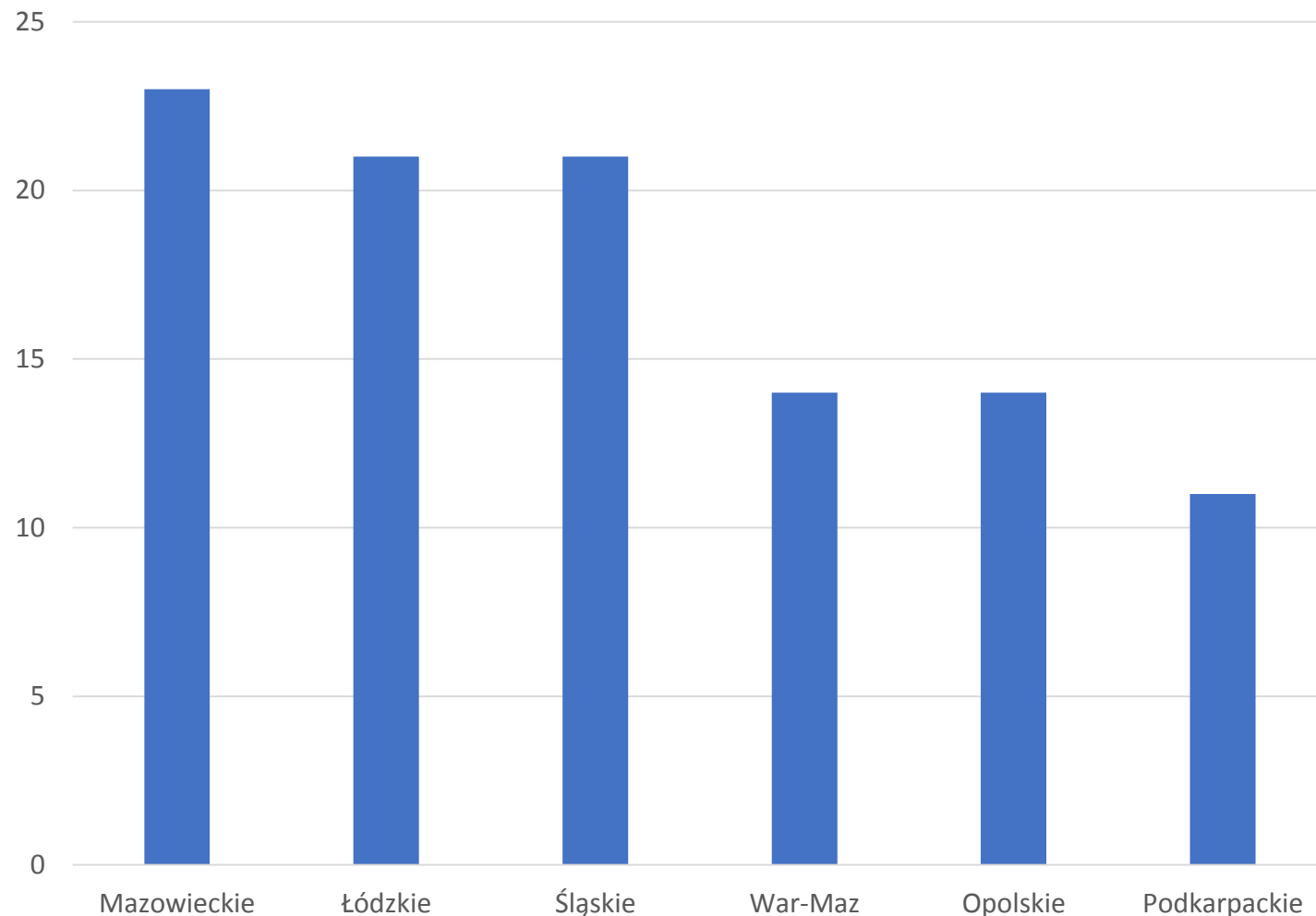
Anestezjolodzy na 100 tys. mieszkańców

Najwięcej

- 23 Mazowieckie
- 21 Łódzkie
- 21 Śląskie

Najmniej

- 11 Podkarpackie
- 14 Opolskie
- 14 Warmińsko-mazurskie





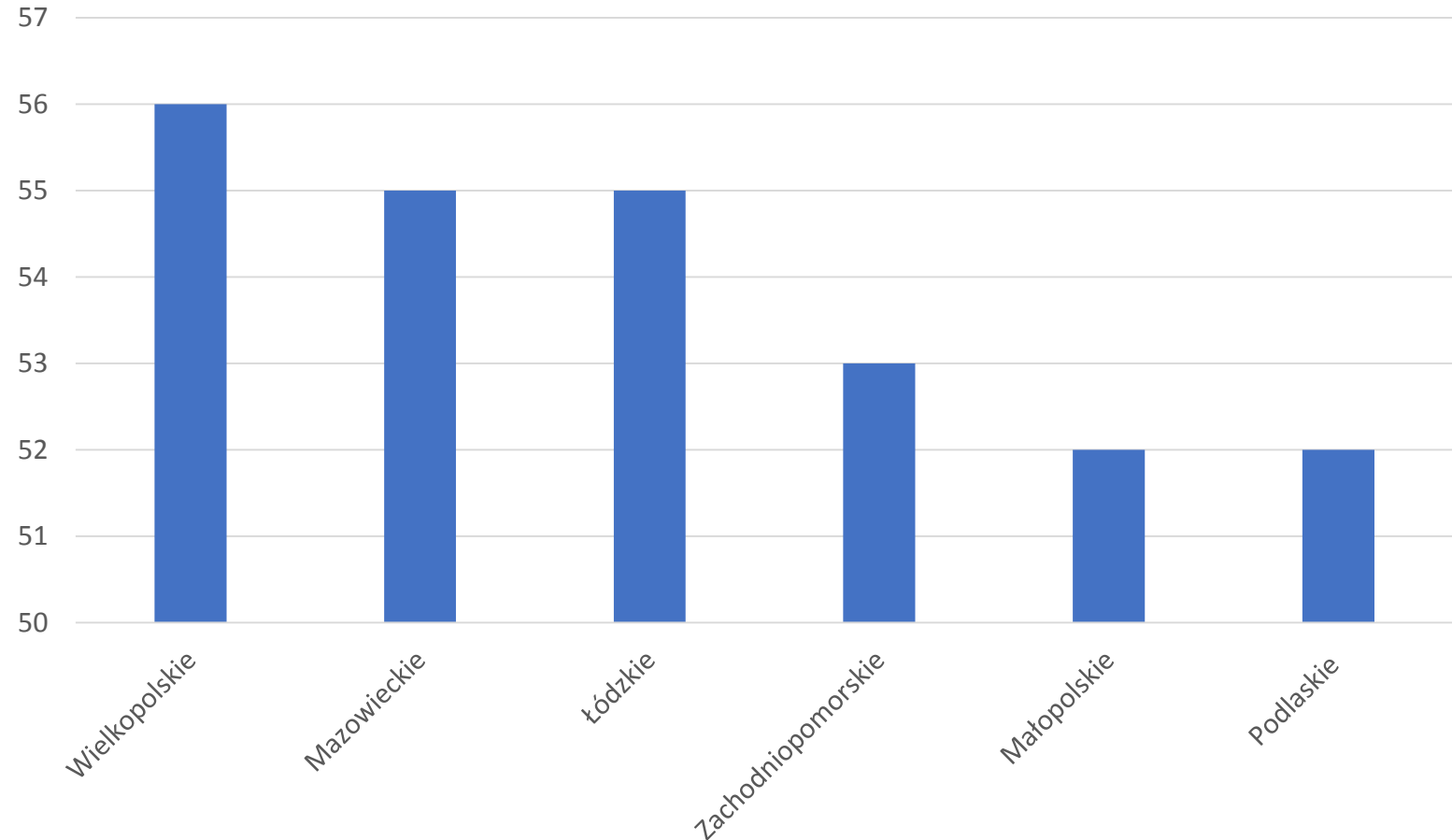
Anestezjolodzy średni wiek

Najwyższy

- 56 Wielkopolskie
- 55 Mazowieckie
- 55 Łódzkie

Najniższy

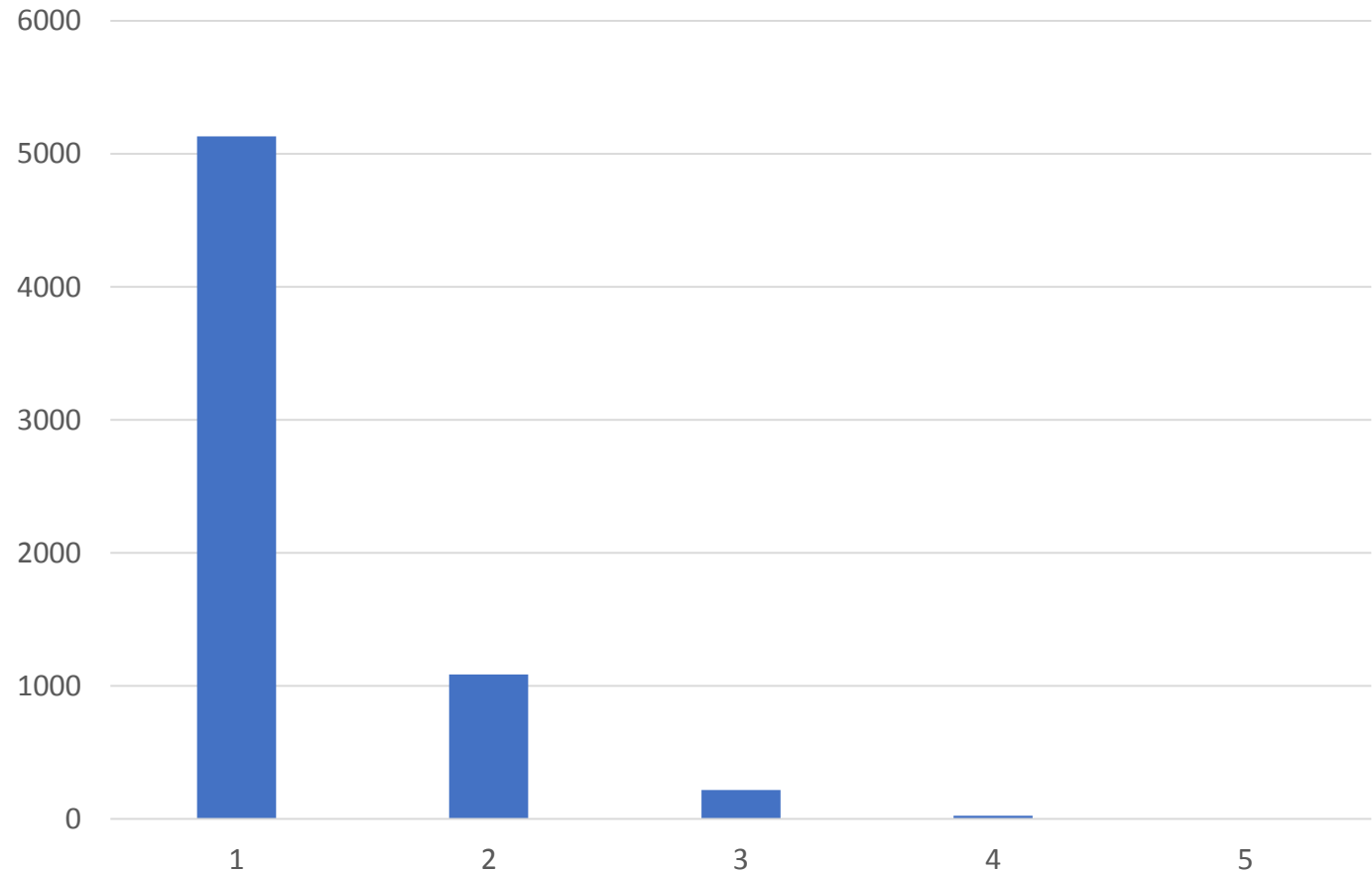
- 52 Podlaskie
- 52 Małopolskie
- 53 Zachodniopomorskie





Anestezjologzy liczba specjalizacji

- 1- 5131 Anestezjologów
- 2- 1 085 Anestezjologów
- 3- 216 Anestezjologów
- 4 - 24 Anestezjologów
- 5 - 3 Anestezjologów





Anestezjolodzy zastępowalność do 2026 roku

1079 - Lekarze którzy do 2026 roku osiągną wiek emerytalny

1242 - Lekarze którzy ukończą do 2026 roku specjalizację

Przybędzie 163 anestezjologów



Lekarze zastępowalność do 2026 roku

Ubytek

2238- choroby wewnętrzne

1032 – pediatria

713- chirurgia ogólna

519- położnictwo i ginekologia

Wzrost

593 - radiologia

488 – psychiatria

470 – kardiologia

378 - ortopedów



Priorytetowe dziedziny medycyny

- 1) **anestezjologia i intensywne terapie,**
- 2) chirurgia dziecięca,
- 3) chirurgia ogólna,
- 4) chirurgia onkologiczna,
- 5) choroby wewnętrzne,
- 6) choroby zakaźne,
- 7) geriatryka,
- 8) hematologia,
- 9) kardiologia dziecięca,
- 10) medycyna paliatywna,
- 11) medycyna ratunkowa,



Priorytetowe dziedziny medycyny

- 12) medycyna rodzinna,
- 13) neonatologia,
- 14) neurologia dziecięca,
- 15) onkologia i hematologia dziecięca,
- 16) onkologia kliniczna,
- 17) patomorfologia,
- 18) pediatria,
- 19) psychiatria,
- 20) psychiatria dzieci i młodzieży,
- 21) radioterapia onkologiczna,
- 22) stomatologia dziecięca
- 23) neurologia



Krajowy Plan Odbudowy

- Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) jest kompleksowym programem **reform i projektów strategicznych**.
- Cel: Sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych.

Szacunkowy koszt (łącznie 4,5 mld euro), co stanowi 12,6% KPO :

- 4,1 mld euro z części grantowej
- 450 mln euro z części pożyczkowej



Krajowy Plan Odbudowy

Działania

D1. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności w kluczowych obszarach ze względu na zagrożenia epidemiologiczne, choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną.

D2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych.

D3. Rozwój badań naukowych i sektora farmaceutycznego w odpowiedzi na wzmocnienie odporności systemu ochrony zdrowia



Krajowy Plan Odbudowy

„Konieczna jest poprawa infrastruktury podmiotów leczniczych w dziedzinach związanych z największymi wyzwaniami demograficznymi i epidemiologicznymi:

- choroby zakaźne,
- onkologia,
- kardiologia,
- psychiatria,
- pediatria,
- geriatria,
- opieka długoterminowa,
- choroby układu oddechowego,
- **anestezjologia i intensywne terapia”**



Krajowy Plan Odbudowy

- D2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych.
- **Odciążenie lekarzy poprzez uruchomienie specjalistycznych** szkoleń z zakresu pomocy operacyjnej dla pielęgniarek i ratowników medycznych
- Uruchomione zostanie szkolenie specjalizacyjne, które dawało będzie nowe kompetencje pielęgniarkom i ratownikom medycznym do wykonywania pewnych czynności, którymi nie będzie zajmował się już lekarz (specjalista w dziedzinie asysta operacyjna).
- Będą to czynności związane, np. z asystowaniem lekarzowi przy badaniach i drobnych zabiegach z możliwością samodzielnego ich wykonywania czy asystowanie lekarzowi chirurgowi przy stole operacyjnym



Krajowy Plan Odbudowy Kamień milowy

Wejście w życie reformy mającej na celu modernizację i poprawę efektywności szpitali

Termin IV kw. 2024

Wejście w życie pakietu legislacyjnego (ustawy i rozporządzenia) mającego na celu modernizację i poprawę efektywności szpitalnictwa,

- restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację lub przeprofilowanie lub zmianę zakresu lub struktury usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale, na podstawie krajowych i regionalnych planów przekształceń oraz mapy potrzeb zdrowotnych, a także odpowiednią aktualizacją sieci szpitali.
- podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej i zreformowania systemu finansowania usług medycznych poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych ze szpitali na niższe poziomy opieki (podstawowa opieka zdrowotna, opieka
- wzmocnienie nadzoru Narodowego Funduszu Zdrowia nad szpitalami publicznymi



Krajowy Plan Odbudowy Kamień milowy

Wejście w życie reformy mającej na celu modernizację i poprawę efektywności szpitali

Termin IV kw. 2024

Wejście w życie pakietu legislacyjnego (ustawy i rozporządzenia) mającego na celu modernizację i poprawę efektywności szpitalnictwa,

- restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację lub przeprofilowanie lub zmianę zakresu lub struktury usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale, na podstawie krajowych i regionalnych planów przekształceń oraz mapy potrzeb zdrowotnych, a także odpowiednią aktualizacją sieci szpitali.
- podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej i zreformowania systemu finansowania usług medycznych poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych ze szpitali na niższe poziomy opieki (podstawowa opieka zdrowotna, opieka
- wzmocnienie nadzoru Narodowego Funduszu Zdrowia nad szpitalami publicznymi



Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 9 sierpnia 2023 roku

- 1) koncentracja świadczeń służąca poprawie wyników leczenia
- 2) racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności podmiotów leczniczych
- 3) racjonalizacja wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia
- 4) rezygnacja z definiowania 6 poziomów (PSZ)
- 5) w przypadku profili zabiegowych dodatkowym kryterium kwalifikacji będzie określony minimalny udział świadczeń zabiegowych udzielonych w ramach umowy z NFZ
- 6) przypadku profilu położnictwo i ginekologia – minimalna liczba odebranych porodów
- 7) AOTMiT ma prowadzić analizy dotyczące kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez ten podmiot
- 8) jednostki samorządu będą mogły łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych.



Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim (Raport NIK z 2022 roku)

Ustalenia końcowe

- Funkcjonowanie szpitalnych OAiIT i BO na terenie województwa podkarpackiego, **nie zostało w pełni dostosowane do standardów** określonych przez Ministra Zdrowia, obowiązujących od 2017 r.
- W pięciu z ośmiu skontrolowanych szpitali w OAiIT **nie zapewniono zgodnej z wymogami obecności specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.**
- Lekarze, **pracując w Oddziale, jednocześnie wykonywali znieczulenia w BO**, a także pełnili dyżury medyczne w innych oddziałach
- Kontrola wykazała liczne sytuacje, w których **jeden lekarz, w tym samym czasie, znieczulał dwóch pacjentów** podczas zabiegów operacyjnych.



Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim

Ustalenia końcowe

- Stwierdzono przypadki, że **świadczeń zdrowotnych udzielali lekarze będący dopiero w trakcie specjalizacji** lub z I stopniem specjalizacji, a ich pracy nie nadzorował specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.
- W okresie objętym kontrolą (lub w jego części), sześć szpitali **nie spełniało obowiązujących wymagań dotyczących liczby łóżek w OAiT,**
- Lekarze anestezjolodzy pracowali w OAiT oraz BO nieprzerwanie nawet po kilka dni, a w skrajnym przypadku taka **ciągła praca trwała aż 12 dób.**



Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim

Wnioski Minister Zdrowia

1. Doprecyzowanie § 9 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, poprzez wskazanie, jakich sytuacji dotyczy komunikacja alarmowa oraz niezbędnych elementów tej procedury.
2. Uzupełnienie § 14 tego rozporządzenia, poprzez wskazanie wymogu pisemnej formy oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAiIT.



Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim

Wnioski Dyrektorki Szpitali

1. Zapewnienie stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w OAiIT, także w trakcie dyżurów nocnych, świątecznych i weekendowych, który nie może łączyć pracy w OAiIT z wykonywaniem świadczeń w innym miejscu.
2. Zapewnienie standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji, który wymaga, by lekarz anestezjolog w tym samym czasie znieczulał do zabiegu tylko jednego pacjenta.
3. Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu OAiIT oraz BO.
4. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia pełnej, wymaganej przepisami prawa, dokumentacji medycznej pacjentów.
5. Zapewnienie w OAiIT, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu