Paradoks 30 kilometrów w reorganizacji sieci szpitali

Powiatowe centra zdrowia na przykładzie Wielkopolski
Artykuł ekspercki • listopad 2026 r.

Celem niniejszego opracowania jest ocena, czy formuła powiatowego centrum zdrowia może wspierać transformację lecznictwa szpitalnego oraz czy warunki lokalizacyjne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 września 2026 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia (Dz.U. z 2026 r. poz. 1246 – dalej „Rozporządzenie") nie ograniczają możliwości bezpiecznego przeprofilowania części szpitali powiatowych w PCZ. W opracowaniu przedstawiono również modelową sieć szpitali w województwie wielkopolskim i oceniono jej warianty z uwzględnieniem kryteriów przestrzennych oraz profili świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki.

W niniejszym artykule za optymalną sieć szpitali uznajemy taki układ placówek, ich funkcji i profili świadczeń, który zapewnia możliwie najlepszą równowagę między dostępnością terytorialną świadczeń, jakością i bezpieczeństwem leczenia, dostępnością kadr, efektywnym wykorzystaniem infrastruktury oraz stabilnością ekonomiczną podmiotów. Porównanie wariantów sieci koncentruje się na dostępności przestrzennej. Warianty oceniono na podstawie udziału powierzchni województwa znajdującej się w zasięgu szpitali regionalnych oraz wskaźnika wielokrotnego pokrycia, obrazującego skalę nakładania się ich zasięgów.

Podstawę opracowania modelu stanowiły dane o rozmieszczeniu szpitali i liczbie mieszkańców oraz zestawienie profili świadczeń realizowanych w poszczególnych placówkach. Model przedstawia możliwy sposób funkcjonalnej i przestrzennej organizacji wojewódzkiej sieci szpitali. Ma charakter planistyczny i nie stanowi rekomendacji dotyczącej przekształcenia konkretnych podmiotów ani nie przesądza o optymalności poszczególnych wariantów pod względem klinicznym, kadrowym, organizacyjnym i ekonomicznym. Podjęcie decyzji o przekształceniach wymagałoby odrębnej oceny potrzeb zdrowotnych, jakości i wyników leczenia, dostępności kadr, potencjału operacyjnego, sytuacji finansowej, warunków współpracy z NFZ oraz zdolności innych szpitali do przejęcia dodatkowych pacjentów.

Powiatowe centra zdrowia (PCZ) mogą odegrać ważną rolę w reorganizacji szpitalnictwa: zachować całodobową pomoc ambulatoryjną blisko mieszkańców tam, gdzie hospitalizacje zostaną skoncentrowane w innych ośrodkach, oraz zapewnić takie zabezpieczenie na obszarach dotychczas go pozbawionych. Warunki lokalizacyjne określone w Rozporządzeniu ograniczają jednak pierwsze z tych zastosowań. Dotychczas obowiązujące przepisy nie określają minimalnej odległości, jaka powinna dzielić funkcjonujące szpitalne oddziały ratunkowe. Rozmieszczenie SOR jest kształtowane w ramach organizacji systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, jednak przepisy nie ustanawiają w tym zakresie jednolitego kryterium odległościowego wyrażonego w kilometrach. Jednocześnie, jak wynika z zapisów Rozporządzenia, świadczenia gwarantowane PCZ mogą być realizowane tylko wtedy, gdy: 1) odległość do najbliższego SOR lub izby przyjęć, mierzona ciągiem dróg publicznych, przekracza 30 km oraz 2) gdy na terenie danego powiatu nie są realizowane świadczenia szpitalne w SOR lub izbie przyjęć. W efekcie placówka może nadal prowadzić izbę przyjęć lub inny zakres leczenia szpitalnego w pobliżu innego szpitala, ale po ograniczeniu działalności i przekształceniu w PCZ może utracić możliwość finansowania świadczeń PCZ właśnie z powodu tej bliskości albo funkcjonowania SOR lub izby przyjęć w tym samym powiecie.

Na przykładzie Wielkopolski pokazujemy, że automatyczne stosowanie obu warunków może utrudniać racjonalne przeprofilowanie placówek. Dlatego proponujemy, aby kryterium 30 km i warunek braku SOR lub izby przyjęć w powiecie nie działały jako automatyczne przeszkody w przekształceniu placówki. Przekształcenie szpitala w PCZ w ramach realizacji zatwierdzonego programu naprawczego powinno być dopuszczalne na podstawie indywidualnej oceny bezpieczeństwa proponowanego rozwiązania, uwzględniającej rzeczywisty czas dojazdu, dostępność transportu, zakres świadczeń przejmowanych przez inne szpitale oraz ich zdolność do przyjęcia dodatkowych pacjentów, przy zachowaniu wymagań kadrowych, lokalowych i transportowych stawianych PCZ.

Opracowany i prezentowany przez nas od lat model funkcjonowania szpitali zakłada podział zadań między szpitale kliniczne (uniwersyteckie), szpitale regionalne, szpitale pierwszego kontaktu i powiatowe centra zdrowia. Pojęcie „sieci" oznacza w niniejszym opracowaniu układ placówek i przypisanych im funkcji, a nie system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ).

W naszej koncepcji zakładaliśmy, że nie wszystkie szpitale powiatowe niezakwalifikowane do grupy szpitali regionalnych lub szpitali pierwszego kontaktu musiałyby zostać zlikwidowane. Mimo, że propozycja miała wówczas charakter koncepcyjny (powstała przed wejściem w życie przepisów określających warunki realizacji świadczeń PCZ) i stanowiła postulat stworzenia takiej formy opieki, zakładaliśmy, że część z nich mogłaby dalej funkcjonować w formule zbliżonej do powiatowych centrów zdrowia.

Dopiero z dniem 25 października 2026 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 września 2026 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia (Dz.U. z 2026 r. poz. 1246), tworzące potrzebną formułę całodobowej pomocy ambulatoryjnej.

Szpitale kliniczne (uniwersyteckie), które w naszej koncepcji zachowują funkcje wysokospecjalistyczne oraz rolę dydaktyczną i naukową. Powinny koncentrować się na diagnostyce i leczeniu najbardziej złożonych przypadków, wymagających zaawansowanych technologii, współpracy wielu specjalistów oraz kompetencji niedostępnych w pozostałych placówkach sieci. Pełniłyby również funkcję zaplecza konsultacyjnego dla szpitali regionalnych, wspierając je w kwalifikowaniu pacjentów do leczenia wysokospecjalistycznego, opracowywaniu standardów postępowania i doskonaleniu kadr medycznych. Istotnym elementem tej współpracy powinny być uzgodnione ścieżki przekazywania pacjentów, obejmujące także ich powrót do szpitala regionalnego lub opieki ambulatoryjnej po zakończeniu etapu leczenia wymagającego zaplecza klinicznego.

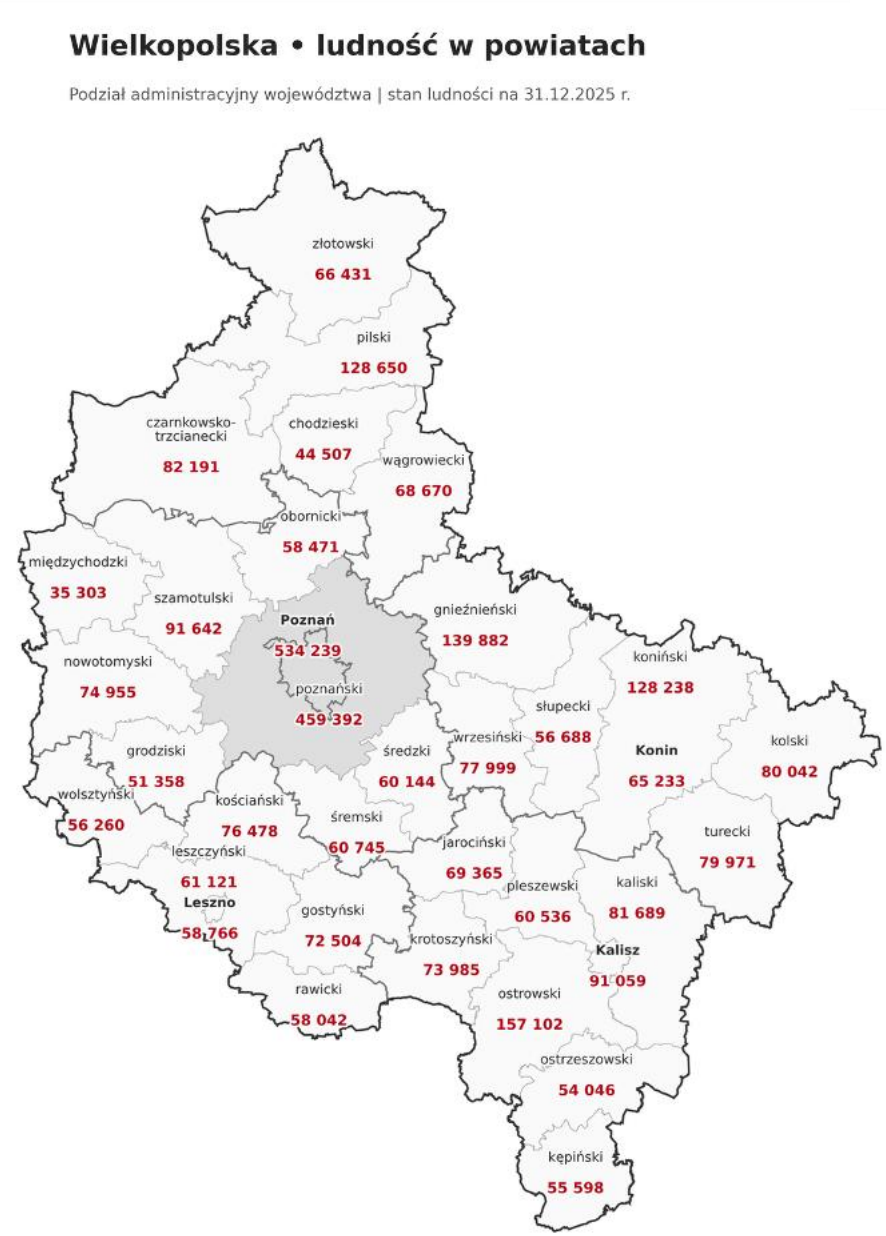
Szpitale regionalne mające zapewniać wieloprofilowe leczenie szpitalne, w tym przyjmowanie pacjentów w stanach nagłych, dla mieszkańców wyznaczonego obszaru, definiowanego jako obszar około 3-4 powiatów, zamieszkały przez ok. 150-250 tys. mieszkańców. Funkcję tę mogłyby pełnić istniejące szpitale wojewódzkie, miejskie lub powiatowe, po potwierdzeniu ich potencjału i określeniu niezbędnych inwestycji. W modelu przyjmujemy czternaście (14) profili (licząc ginekologię i położnictwo, jako jeden) jakie powinny funkcjonować w szpitalach regionalnych: 1) SOR, 2) anestezjologię i intensywną terapię, 3) choroby wewnętrzne, 4) pediatrię, 5) chirurgię ogólną, 6) położnictwo i ginekologię, 7) neonatologię, 8) kardiologię, 9) neurologię, 10) leczenie udarów, 11) onkologię kliniczną, 12) okulistykę, 13) chirurgię urazowo-ortopedyczną oraz 14) urologię. Pozostałe zakresy należy dostosować do potrzeb ludności. Konieczne jest także odpowiednie zaplecze operacyjne, diagnostyczne, patomorfologiczne i sterylizacyjne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS). Współpraca z zespołami ratownictwa medycznego powinna wynikać z organizacji systemu ratownictwa, nie oznacza wymogu podporządkowania wszystkich zespołów szpitalowi regionalnemu.

Szpitale pierwszego kontaktu mogłyby powstać na bazie części pozostałych szpitali powiatowych. Zapewniałyby lokalną opiekę szpitalno-ambulatoryjną: całodobową izbę przyjęć, ambulatorium chirurgiczne z salą zabiegową, oddział chorób wewnętrznych z możliwością obserwacji pacjentów oraz powiązanie z POZ i AOS. Model zakłada całodobowe zabezpieczenie diagnostyki niezbędnej do udzielanych świadczeń, w tym badań laboratoryjnych i RTG, a także dostęp do EKG, USG, endoskopii i innych badań odpowiednio do zakresu działalności. Transport pacjentów powinien być zapewniony w ramach transportu medycznego i sanitarnego oraz we współpracy z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Zależnie od potrzeb lokalnych placówki mogłyby rozwijać rehabilitację, opiekę paliatywną i hospicyjną oraz całodobowe świadczenia opieki pielęgnacyjnej (ZOL lub ZPO).

Powiatowe centra zdrowia zapewnić mają doraźną pomoc ambulatoryjną, zabiegi i obserwację stanu zdrowia pacjentów. Rozporządzenie wymaga całodobowego udzielania świadczeń i zapewnienia transportu sanitarnego, a także odpowiedniej obsady lekarskiej i pielęgniarskiej. Przewiduje m.in. pomieszczenia do badań i zabiegów, punkt pielęgniarski, salę obserwacyjną z co najmniej trzema łóżkami, odpowiednie warunki do przyjmowania dzieci i możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta. Badania POCT (Point-of-Care Testing) mają być wykonywane w miejscu udzielania świadczeń, RTG w lokalizacji, a pozostałe badania laboratoryjne i mikrobiologiczne mogą być zapewnione w dostępie. Wymagane wyposażenie obejmuje m.in. EKG, USG z kolorowym Dopplerem i spirometr. Przepis nie ustanawia odrębnego całodobowego gabinetu pediatrycznego. POZ i AOS mogą uzupełniać ofertę danej lokalizacji na odrębnych zasadach. Celem ich utworzenia jest umożliwienie pacjentowi leczenia na poziomie odpowiadającym jego potrzebom i ograniczenie hospitalizacji, których można bezpiecznie uniknąć. Mogą one otwierać drogę do rozwoju opieki potrzebnej blisko domu, pod warunkiem wcześniejszego zabezpieczenia świadczeń przejmowanych przez inne ośrodki.

Jest to szczególnie ważne w dyskusji o przyszłości szpitali powiatowych. Zmiana funkcji placówki może pozwolić zachować jej infrastrukturę i znaczenie dla mieszkańców, a jednocześnie ograniczyć powielanie zasobów potrzebnych do leczenia szpitalnego. Warunkiem takiej reorganizacji powinien być bezpieczny dostęp pacjenta do odpowiedniej pomocy: zarówno lokalnie, jak i w ośrodku zdolnym przejąć przypadki wymagające hospitalizacji.

Sprawdziliśmy, na przykładzie województwa wielkopolskiego, jakie ograniczenia dla wykorzystania PCZ w transformacji sieci szpitali wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 września 2026 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia (Dz.U. z 2026 r. poz. 1246).



Mapa zamieszczona obok przedstawia podział województwa wielkopolskiego na powiaty.

Województwo wielkopolskie obejmuje trzydzieści jeden (31) powiatów ziemskich oraz cztery (4) miasta na prawach powiatu: Poznań, Kalisz, Konin i Leszno. Według danych GUS na dzień 31 grudnia 2025 r. zamieszkiwało je ok. 3 471 tys. mieszkańców. Poznań i powiat poznański liczyły łącznie ok. 994 tys. mieszkańców, a pozostała część województwa — ok. 2 477 tys. mieszkańców.

Uwzględniając wszystkie jednostki szczebla powiatowego, największe pod względem liczby ludności były: Poznań — ok. 534 tys. mieszkańców, powiat poznański — ok. 459 tys. oraz powiat ostrowski — ok. 157 tys. mieszkańców. Najmniejsze były powiaty: międzychodzki — ok. 35 tys. mieszkańców, chodzieski — ok. 44 tys. oraz grodziski — ok. 51 tys. mieszkańców. Po wyłączeniu Poznania i powiatu poznańskiego trzy największe powiaty to ostrowski – ok. 157 tys. mieszkańców, gnieźnieński — ok. 140 tys. mieszkańców oraz pilski — ok. 129 tys. mieszkańców.

W obowiązującym w latach 1975–1998 podziale Polski na 49 województw funkcję miast wojewódzkich pełniło pięć miast położonych w granicach dzisiejszego województwa wielkopolskiego: Poznań, Kalisz, Konin, Leszno i Piła i w tych miastach zlokalizowane są tzw. „szpitale wojewódzkie” dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Wielkopolskie, które automatycznie powinny funkcjonować, jako szpitale regionalne.

Założenie, że jeden szpital regionalny zabezpiecza potrzeby około 150–250 tys. mieszkańców, zwykle na obszarze 3–4 powiatów, ma charakter orientacyjny. Służy oszacowaniu skali sieci, a nie wyznaczaniu sztywnych granic działania ani administracyjnemu przypisywaniu pacjentów. Granice powiatów nie odzwierciedlają w pełni rzeczywistych kierunków przepływu pacjentów - placówka w sąsiednim powiecie może być bliższa i lepiej skomunikowana niż ośrodek nominalnie przypisany do danego obszaru.



Dlatego lokalizacje szpitali regionalnych – w niniejszym opracowaniu - wyznaczano na podstawie ich potencjału, w szczególności rodzaju posiadanych profili świadczeń, oraz dostępności przestrzennej całej sieci. Przyjęto modelowy zasięg oddziaływania szpitali regionalnych wynoszący 50 km wokół każdej tego typu placówki, dążąc do możliwie równomiernego pokrycia województwa. Zasięgi te mogą się nakładać i przekraczać granice powiatów. Stanowią narzędzie planowania sieci, a nie ograniczenie wyboru szpitala przez pacjenta. Co istotne przyjęty promień oznacza odległość w linii prostej, której praktyczne znaczenie należy oceniać również przez rzeczywisty czas dojazdu.

Analiza obejmuje trzydzieści jeden (31) szpitali wieloprofilowych zlokalizowanych poza Poznaniem i powiatem poznańskim, zakwalifikowanych do I–III poziomu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Poniższe zestawienie pokazuje stopień ich przygotowania (na dzień sporządzenia niniejszego opracowania) do pełnienia funkcji szpitala regionalnego, dla którego w przyjętym modelu wymagane jest posiadanie 14 zdefiniowanych profili.

Lp.	Powiat / miasto	Nazwa szpitala	Liczba profili lub funkcji w bazie roboczej (z 14)
1.	chodzieski	Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży	5
2.	czarnkowsko-trzcianecki	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie – Szpital Powiatowy w Czarnkowie	3
3.	czarnkowsko-trzcianecki	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance	7
4.	gnieźnieński	Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie	11
5.	gostyński	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu	4
6.	grodziski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim	2
7.	jarociński	Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o.	8
8.	Kalisz	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	14
9.	kępiński	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie	8
10.	kolski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole	5
11.	Konin	Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	14
12.	kościański	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie	8
13.	krotoszyński	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	8
14.	Leszno	Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Jana Jonstona w Lesznie	14
15.	międzychodzki	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie	6
16.	nowotomyski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu	9

Lp.	Powiat / miasto	Nazwa szpitala	Liczba profili lub funkcji w bazie roboczej (z 14)
17.	obornicki	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach	7
18.	ostrowski	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	12
19.	ostrzeszowski	Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	4
20.	pilski	Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile	13
21.	pleszewski	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o.	10
22.	rawicki	Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.	4
23.	słupecki	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy	6
24.	szamotulski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach	7
25.	śremski	Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Sp. z o.o.	11
26.	średzki	Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej	7
27.	turecki	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku	5
28.	wągrowiecki	Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu	5
29.	wolsztyński	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie	6
30.	wrzesiński	Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o.	8
31.	złotowski	Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie	5

Według danych zawartych w tabeli pełny zakres wymagany dla szpitali regionalnych posiadają trzy szpitale zlokalizowane w: Kaliszu, Koninie i Lesznie. Najbliżej spełnienia tego warunku znajdują się placówki w Pile — 13 profili, Ostrowie Wielkopolskim — 12 oraz Gnieźnie i Śremie — po 11. Szpital w Pleszewie posiada 10 profili, a w Nowym Tomyślu — 9. Pozostałe 23 placówki dysponują od 2 do 8 profili. Oznacza to, że powierzenie funkcji regionalnej szpitalom spoza pierwszej trójki wymagałoby uzupełnienia brakujących zakresów do pełnienia funkcji szpitala regionalnego. Najmniejszą liczbą wymaganych profili przewidzianych dla szpitali regionalnych dysponują szpitale w Grodzisku Wielkopolskim — 2, Czarnkowie — 3 oraz Gostyniu, Ostrzeszowie i Rawiczu — po 4. Tym samym placówki te są naturalnymi kandydatami do przekształcenia w powiatowe centra zdrowia, natomiast należy pamiętać, że niska liczba profili może wskazywać na potrzebę rozważenia innej roli placówki w modelu sieci, ale sama nie przesądza o przekształceniu w PCZ. Decyzja wymaga co najmniej analizy potrzeb zdrowotnych, wyników leczenia, dostępności kadr,

infrastruktury, sytuacji ekonomicznej, zakresu i wielkości umów z NFZ, czasu dojazdu oraz zdolności pobliskich szpitali do przejęcia dodatkowych pacjentów.

Poniższa tabela przedstawia dostępność profili i funkcji wymaganych dla szpitala regionalnego wśród trzydziestu jeden (31) analizowanych szpitali wielkopolskich.

Lp.	Profil lub funkcja	Liczba szpitali posiadających dany profil	Udział w grupie 31 szpitali
1.	SOR	21	67,7%
2.	OAiIT	27	87,1%
3.	Choroby wewnętrzne	31	100,0%
4.	Chirurgia ogólna	31	100,0%
5.	Położnictwo i ginekologia	21	67,7%
6.	Neonatologia	21	67,7%
7.	Pediatria	27	87,1%
8.	Kardiologia	8	25,8%
9.	Neurologia	8	25,8%
10.	Leczenie udarów	6	19,4%
11.	Onkologia kliniczna	5	16.1%
12.	Okulistyka	6	19,4%
13.	Ortopedia	18	58,1%
14.	Urologia	6	19,4%

Wśród trzydziestu jeden (31) analizowanych szpitali najbardziej rozpowszechnione są oddziały chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej (w czterech szpitalach w ramach wieloprofilowych oddziałów zabiegowych), występujące we wszystkich placówkach. Anestezjologię i intensywną terapię oraz pediatrię posiada dwadzieścia siedem (27) szpitali (87,1%). SOR, położnictwo i ginekologia oraz neonatologia występują w dwudziestu jeden (21) placówkach (67,7%), a ortopedia — w osiemnastu (18) szpitalach (58,1%).

Znacznie rzadziej dostępne są pozostałe profile wymagane w przyjętym modelu szpitala regionalnego. Kardiologię i neurologię posiada po osiem (8) szpitali (25,8%), natomiast leczenie udarów, okulistykę (w dwóch szpitalach funkcjonującą w trybie chirurgii jednego dnia) i urologię — po sześć (6) (19,4%). Najmniej rozpowszechniona jest onkologia kliniczna, występująca w pięciu (5) placówkach (16,1%). Zestawienie wskazuje, że budowa sieci szpitali regionalnych wymaga przede wszystkim uzupełnienia wybranych profili specjalistycznych w placówkach przewidzianych do tej roli, przy wykorzystaniu szeroko dostępnej bazy internistycznej i chirurgicznej.

Wariant analizowany

W analizowanym wariancie podzieliliśmy analizowane szpitale na cztery grupy, biorąc pod uwagę stopień ich przygotowania do pełnienia funkcji szpitala regionalnego, dla którego w przyjętym modelu wymagane jest posiadanie czternastu (14) zdefiniowanych profili:

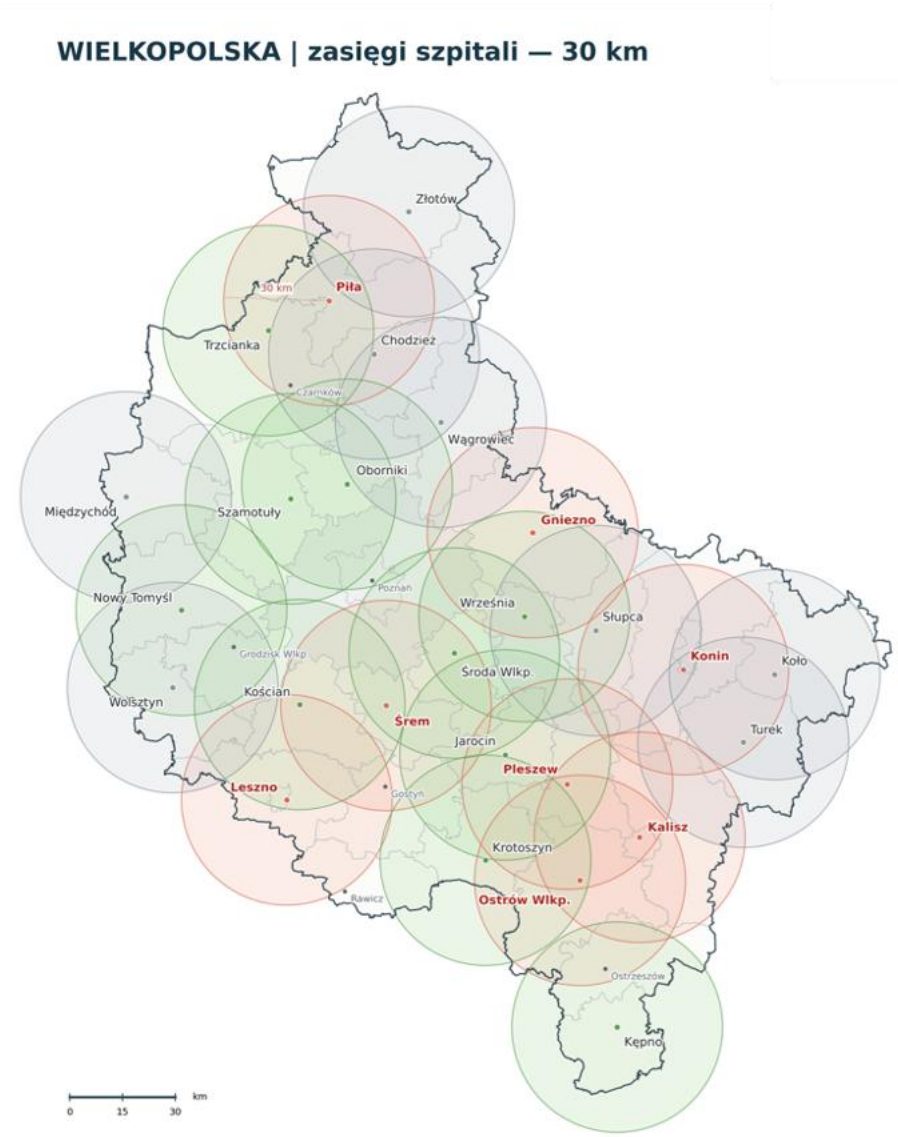
- Grupa 1 – szpitale posiadające od dziewięciu do czternastu (9-14) profili wymaganych dla szpitali regionalnych, które w optymalnym modelu wojewódzkiej sieci szpitali powinny zostać zaliczone do szpitali regionalnych;
- Grupa 2 - szpitale posiadające od siedmiu do ośmiu (7-8) profili wymaganych dla szpitali regionalnych, z których część w optymalnym modelu wojewódzkiej sieci szpitali, powinna zostać zaliczona do szpitali regionalnych, a pozostałe do szpitali pierwszego kontaktu;
- Grupa 3 - szpitale posiadające od pięciu do sześciu (5-6) profili wymaganych dla szpitali regionalnych, z których wszystkie, a przynajmniej znaczna większość, w optymalnym modelu wojewódzkiej sieci szpitali powinna zostać zaliczona do szpitali pierwszego kontaktu (pojedyncze mogą ewentualnie zostać przekształcone w powiatowe centra zdrowia);
- Grupa 4 - szpitale posiadające od dwóch do czterech (2-4) profili wymaganych w modelu szpitala regionalnego. W ich przypadku zasadne jest przeanalizowanie możliwości przekształcenia w PCZ, utrzymania wybranych funkcji szpitalnych lub innego przeprofilowania. Decyzja o ewentualnej likwidacji placówki musi być poprzedzona dogłębną analizą.

Lp.	Nazwa szpitala	Miasto	Liczba profili lub funkcji w bazie roboczej (z 14)
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	Kalisz	14
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	Konin	14
3.	Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Jana Jonstona w Lesznie	Leszno	14
4.	Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile	Piła	13
5.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	Ostrów Wlkp.	12
6.	Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie	Gniezno	11
7.	Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Sp. z o.o.	Śrem	11
8.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o.	Pleszew	10
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu	Nowy Tomyśl	9

Lp.	Nazwa szpitala	Miasto	Liczba profili lub funkcji w bazie roboczej (z 14)
10.	Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o.	Jarocin	8
11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie	Kępno	8
12.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie	Kościan	8
13.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	Krotoszyn	8
14.	Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o.	Września	8
15.	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance	Trzcianka	7
16.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach Wielkopolskich	Oborniki Wlkp.	7
17.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach	Szamotuły	7
18.	Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej	Środa Wlkp.	7
19.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie	Międzychód	6
20.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy	Słupca	6
21.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie	Wolsztyn	6
22.	Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży	Chodzież	5
23.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole	Koło	5
24.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku	Turek	5
25.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu	Wągrowiec	5
26.	Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie	Złotów	5
27.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu	Gostyń	4
28.	Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	Ostrzeszów	4
29.	Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.	Rawicz	4
30.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie – Szpital Powiatowy w Czarnkowie	Czarnków	3
31.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim	Grodzisk Wlkp.	2

Na tym etapie analiza nie przesądza o docelowej kwalifikacji poszczególnych szpitali. Jej celem jest porównanie rozmieszczenia placówek oraz zasięgów 30 km (określonych w Rozporządzeniu) wokół szpitali z grup 1–3, jako przybliżenia wykorzystywanego w analizie przestrzennej.

Poniższa mapa prezentuje zasięgi szpitali z grup 1-3 w promieniu 30 km od lokalizacji poszczególnych szpitali.



Zgodnie z § 3 ust. 1 Rozporządzenia świadczenia gwarantowane mogą być realizowane w PCZ, jeżeli są spełnione łącznie następujące warunki:

1) na terenie danego powiatu nie są realizowane świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć;
2) odległość od miejsca udzielania świadczeń do najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, mierzona ciągiem dróg publicznych przekracza 30 km;
3) świadczenia gwarantowane są realizowane w zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Na potrzeby analizy przyjęto uproszczenie polegające na wyznaczeniu zasięgów 30 km w linii prostej, natomiast należy pamiętać, że Rozporządzenie wymaga pomiaru odległości wzdłuż dróg publicznych. Wynik ma zatem charakter przesiewowy: lokalizacje położone blisko granicy zasięgu wymagają odrębnego obliczenia odległości drogowej. W tym uproszczonym ujęciu spośród pięciu analizowanych lokalizacji o najmniejszej liczbie profili jedynie Rawicz pozostaje poza zasięgami wyznaczonymi wokół 26 pozostałych szpitali, co oznacza że w myśl przepisów Rozporządzenia szpitale zlokalizowane w: Gostyniu, Ostrzeszowie, Rawiczu, Czarnkowie, Grodzisku Wlkp., które w optymalnym modelu wojewódzkiej sieci szpitali powinny zostać przekształcone w powiatowe centra zdrowia, będą nadal „musiały" funkcjonować w formie szpitali. Innym (radykalnym) rozwiązaniem jest podjęcie decyzji o likwidacji tych placówek.

Powyższy wymóg Rozporządzenia oznacza, że w ww. lokalizacjach mogą funkcjonować szpitale powiatowe, albo w nomenklaturze naszego modelu wojewódzkiej sieci szpitali – szpitale pierwszego kontaktu, a nie mogą w nich funkcjonować powiatowe centra zdrowia, a więc podmioty zajmujące niższy szczebel w proponowanej strukturze wojewódzkiej sieci

szpitali, o mniejszej złożoności organizacyjnej i węższym zakresie świadczeń, zapewniające całodobową pomoc ambulatoryjną, diagnostykę i obserwację pacjentów.

Prowadzi to do paradoksu wskazanego w tytule: bliskość innego SOR lub IP nie wyklucza dalszego funkcjonowania szpitala powiatowego, lecz może uniemożliwić zakontraktowanie w tej lokalizacji świadczeń gwarantowanych PCZ, mimo że PCZ ma węższy zakres działalności i mogłoby stanowić element zaplanowanej reorganizacji systemu.

Dodatkowo należy wskazać, że poza zasięgiem wszystkich dwudziestu sześciu (26) szpitali pozostają niewielkie obszary, obejmujące również miasta. Stanowią one około 780 km^2, czyli 2,8% powierzchni analizowanej części województwa (bez Poznania i powiatu poznańskiego).

Największe niepokryte fragmenty występują w powiatach: złotowskim, czarnkowsko-trzcianeckim, rawickim, konińskim i ostrzeszowskim. Są to części powiatów, a nie całe jednostki.

Najważniejsze zidentyfikowane miejscowości będące poza zasięgiem dwudziestu sześciu (26) szpitali (odległości dotyczą punktu centralnego miejscowości i najbliższego szpitala z naszej listy, w linii prostej), czyli takie w których teoretycznie mogłyby powstać PCZ – oprócz wspomnianego powyżej Rawicza – stanowią następujące miasta:

- Miejska Górka (powiat rawicki) – ok. 32 km od Leszna,
- Krzyż Wlkp. (powiat czarnkowsko-trzcianecki) – ok. 33 km od Międzychodu.

Przykład Czarnkowa (i ewentualnie Krzyża Wlkp.) ukazuje kolejną niespójność tak skonstruowanych zapisów przedmiotowego Rozporządzenia. Szpitale w Czarnkowie i Trzciance (a także miejscowość Krzyż Wlkp.) zlokalizowane są w tym samym powiecie czarnkowsko-trzcianeckim, zatem utrzymanie w Trzciance świadczeń gwarantowanych w SOR (lub IP) wykluczałoby świadczenia PCZ w Czarnkowie (i ewentualnie w Krzyżu Wlkp.).

Prowadzi to do drugiej bariery: realizowanie świadczeń SOR lub IP w innym szpitalu na terenie tego samego powiatu może wykluczać świadczenia gwarantowane PCZ w przeprofilowywanej placówce, niezależnie od rzeczywistej odległości i czasu dojazdu. Samo obniżenie progu kilometrowego nie usunęłoby tej przeszkody.

Kolejną wątpliwość budzi sytuacja w Chodzieży, gdzie oprócz Szpitala Powiatowego im. prof. Romana Drewsa jest zlokalizowane Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii (WCPiT), posiadające w swoich strukturach organizacyjnych izbę przyjęć. Rozporządzenie nie przewiduje ogólnego wyłączenia izb przyjęć szpitali monospecjalistycznych. Decyduje realizowanie wskazanych w przepisie świadczeń gwarantowanych z zakresu SOR/IP, a nie sam profil podmiotu.

Może to tworzyć trzecią barierę: jeżeli izba przyjęć szpitala monospecjalistycznego realizuje świadczenia gwarantowane objęte § 3 ust. 1 Rozporządzenia, jej funkcjonowanie w tym samym powiecie może wykluczać realizację świadczeń PCZ w innej placówce.

Modelowa sieć szpitali w Wielkopolsce

Spróbujmy odpowiedzieć na pytanie, jak mogłaby wyglądać modelowa sieć szpitali w województwie wielkopolskim po zmianie Rozporządzenia i usunięciu wskazanych barier.

Przystępując do prac nad optymalną siecią szpitali, musimy pamiętać, że granice planistyczne nie powinny ograniczać pacjentom dostępu do leczenia na wyższym poziomie niż PCZ. Pacjent wymagający takiej opieki może zostać skierowany lub sam zgłosić się do szpitala regionalnego poza umownie przypisanym obszarem. Dlatego możliwości dalszego leczenia pacjentów np. z Czarnkowa należy rozpatrywać zarówno w Trzciance, jak i w Pile, a pacjentów z Kościana — w Lesznie i Śremie. Rozstrzygające powinny być czas dojazdu, zakres dostępnej pomocy i zdolność przyjęcia pacjenta, a nie wyłącznie przypisanie do obszaru.

Podobnie trzeba analizować placówki poza Wielkopolską. Drezdenko, Więcbork czy Żmigród mogą zmieniać ocenę lokalizacji PCZ. Przepis – co jest uzasadnione - odnosi się do najbliższego właściwego miejsca udzielania świadczeń, bez ograniczenia do granic województwa.

Pamiętajmy również, że nie chodzi o zastępowanie każdego niewielkiego szpitala PCZ. Chodzi o to, aby po wykazaniu zasadności koncentracji hospitalizacji można było zachować w dotychczasowej lokalizacji odpowiednio wyposażoną i obsadzoną całodobową pomoc ambulatoryjną.

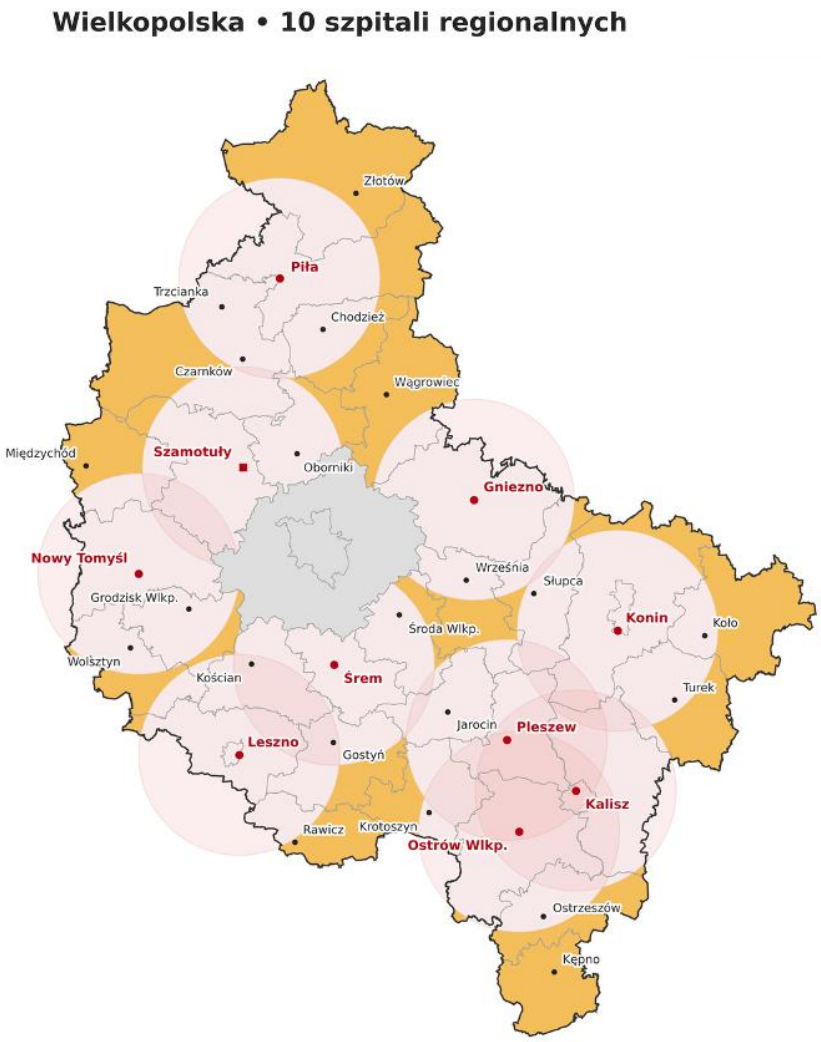
Pierwszym krokiem powinno być odpowiednie rozmieszczenie szpitali regionalnych. Oczywistymi kandydatami są w tym przypadku tzw. „szpitale wojewódzkie” zlokalizowane w: Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile (no i oczywiście w Poznaniu, gdybyśmy włączyli miasto Poznań do naszej analizy), a następnie szpitale powiatowe posiadające największą liczbę wymaganych profili, a więc w kolejności szpitale zlokalizowane w: Ostrowie Wlkp., Gnieźnie, Śremie, Pleszewie, Nowym Tomyślu, Jarocinie, Kępnie, Kościanie, Krotoszynie, Wrześni, Trzciance, Obornikach Wlkp., Szamotułach, Środzie Wlkp.

Łącznie wskazano osiemnaście (18) potencjalnych kandydatów do roli szpitala regionalnego. Przy populacji analizowanej części województwa wynoszącej około 2,477 mln mieszkańców, orientacyjny przelicznik 150–250 tys. mieszkańców na szpital regionalny odpowiada przedziałowi około 10–17 placówek. W dalszej analizie porównano warianty z dziesięcioma (10), dwunastoma (12), czternastoma (14) i szesnastoma (16) szpitalami regionalnymi.

Wariant z dziesięcioma (10) szpitalami regionalnymi pozwala na pokrycie województwa ich zasięgami (dla szpitali regionalnych przyjęto zasięg oddziaływania 50 km) zgodnie z przedstawioną grafiką. Jak już wcześniej wspomniano funkcję szpitali regionalnych w tym wariancie pełnią tzw. „szpitale wojewódzkie” zlokalizowane w: Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile, oraz „szpitale powiatowe” zlokalizowane w: Ostrowie Wlkp., Gnieźnie, Śremie, Pleszewie, Nowym Tomyślu i Szamotułach.

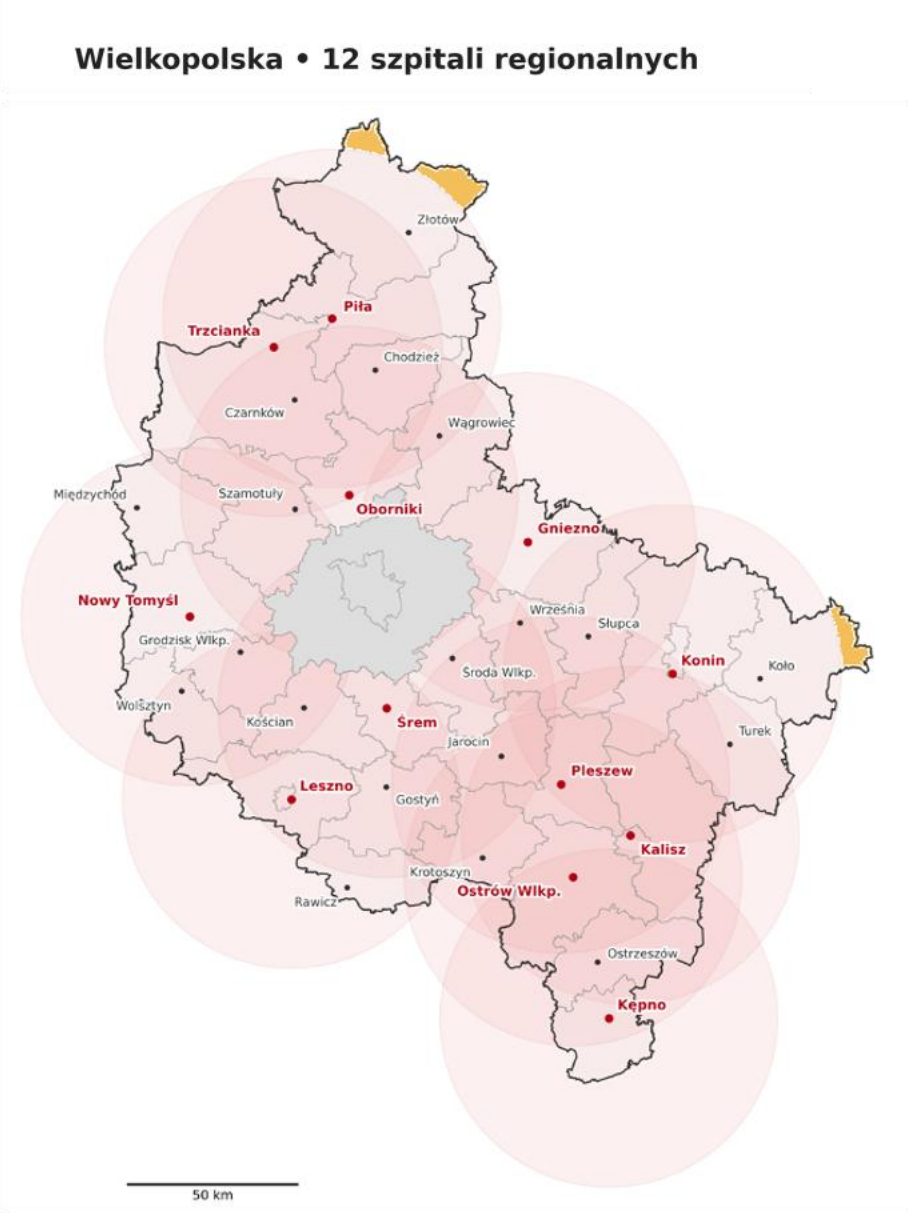
Bardzo niewielkie obszary województwa wielkopolskiego pozostają bez pokrycia (ok. 2,4%). Jednocześnie w przypadku wyodrębnienia 10 szpitali regionalnych, wskaźnik wielokrotnego pokrycia wynosi ok. 47 441 km^2. Wskaźnik wielokrotnego pokrycia obliczono jako sumę powierzchni wspólnych zasięgów o promieniu 50 km dla wszystkich unikalnych par szpitali regionalnych. Jeżeli dany fragment obszaru znajduje się w zasięgu więcej niż dwóch szpitali, jego powierzchnia jest uwzględniana odrębnie dla każdej pary.

Obliczenia ograniczono do powierzchni województwa wielkopolskiego z wyłączeniem Poznania i powiatu poznańskiego.



Zasięgi wyznaczono według odległości w linii prostej od przybliżonych lokalizacji szpitali.

Wracając na chwilę do wynikających z Rozporządzenia ograniczeń dotyczących lokalizacji PCZ (brak możliwości lokalizacji PCZ w tym samym powiecie, w którym są realizowane świadczenia gwarantowane z zakresu SOR/IP w innym podmiocie leczniczym oraz odległość min. 30 km mierzona ciągiem dróg publicznych, od miejsca udzielania świadczeń do najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia z zakresu SOR/IP w ramach świadczeń gwarantowanych), to już samo wyodrębnienie dziesięciu (10) szpitali regionalnych powoduje – co wynika z grafiki przedstawionej obok – uniemożliwia przekształcenie szpitali zlokalizowanych w: Trzciance, Chodzieży, Czarnkowie, Obornikach Wlkp., Grodzisku Wlkp., Wolsztynie, Kościanie, Środzie Wlkp., Wrześni, Gostyniu, Słupcy, Jarocinie, Krotoszynie, Kole, Turku, Ostrzeszowie w powiatowe centra zdrowia. Takie przekształcenie byłoby ewentualnie możliwe w: Złotowie, Międzychodzie, Wągrowcu, Rawiczu i Kępnie. Powyższe oznacza, że spośród pięciu (5) szpitali grupy 4, posiadających od dwóch do czterech profili (2-4) wymaganych w modelu szpitala regionalnego, a zatem tych, których przekształcenie w PCZ byłoby najbardziej zasadne, cztery (4) — w Gostyniu, Ostrzeszowie, Czarnkowie i Grodzisku Wielkopolskim — nie mogą zostać przekształcone w PCZ ze względu na ograniczenia lokalizacyjne określone w Rozporządzeniu.



Oczywiście możliwe są liczne warianty rozmieszczenia szpitali regionalnych.

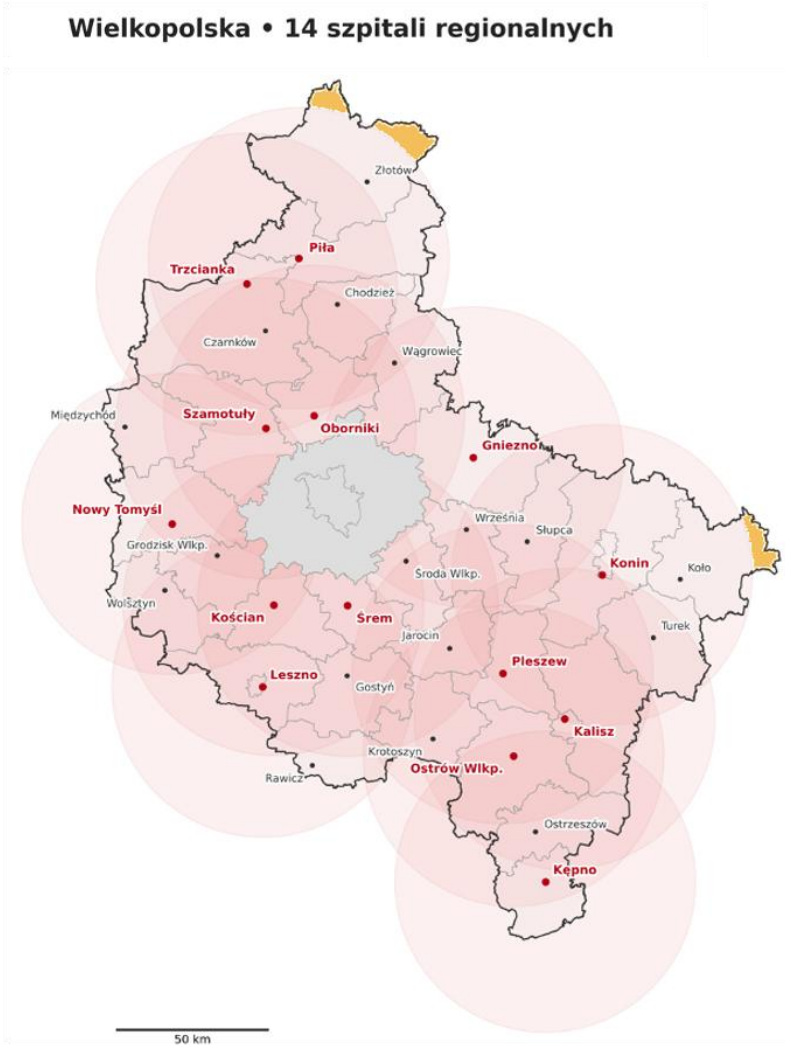
W prezentowanej – w dalszej części niniejszego opracowania - analizie dla każdego analizowanego wariantu przyjęto osiem (8) lokalizacji bazowych (obowiązkowych): Kalisz, Konin, Leszno, Piła, Ostrów Wlkp., Gniezno, Śrem i Pleszew. Następnie, w zależności od wariantu, uzupełniano je placówkami z pozostałej listy kandydatów. Przyjęcie lokalizacji bazowych jest założeniem modelu, a nie wynikiem pełnej optymalizacji wielokryterialnej.

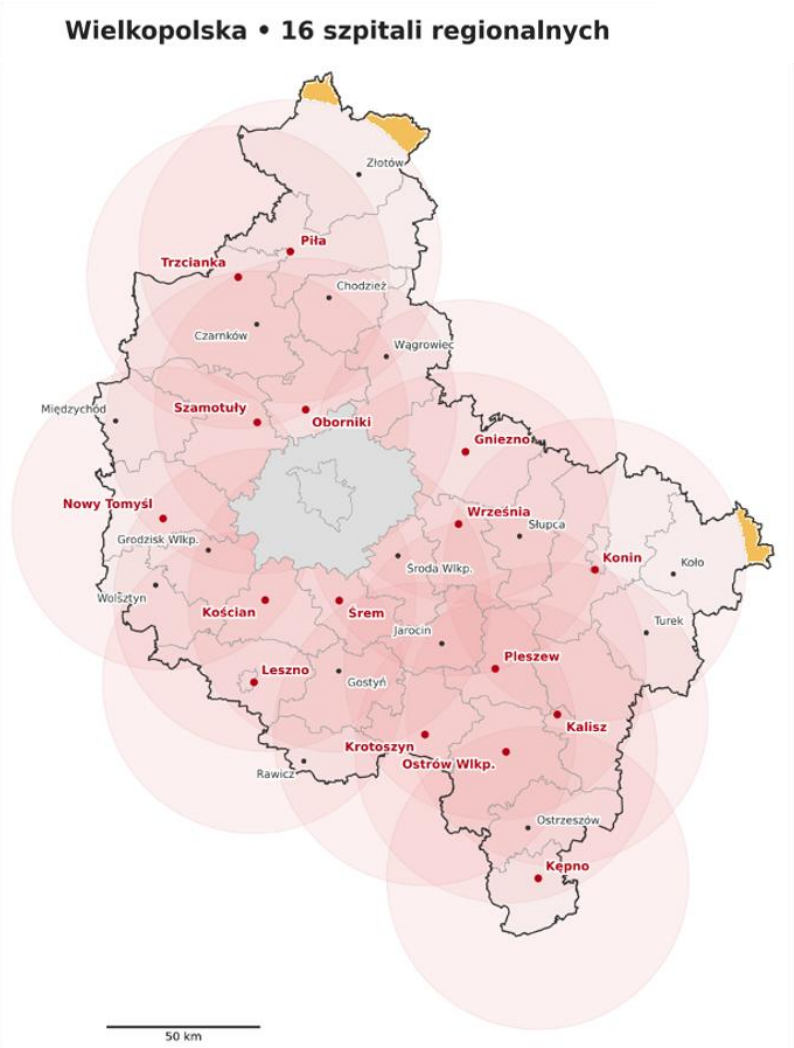
Jako kryterium doboru dodatkowych lokalizacji (dalej „kryterium") przyjęto możliwie małą wartość wskaźnika wielokrotnego pokrycia zasięgów 50 km, przy zachowaniu wysokiego pokrycia analizowanego obszaru. Kryterium to ogranicza redundancję przestrzenną, lecz nie mierzy jakości, dostępności kadr, zdolności przyjęciowej ani kosztów dostosowania placówek.

Grafika obok przedstawia **wariant z dwunastoma (12) szpitalami regionalnymi**: ośmioma (8) w lokalizacjach bazowych oraz czterema (4) w lokalizacjach wybranych na podstawie przyjętego kryterium: Nowy Tomyśl, Kępno, Trzcianka, Oborniki Wlkp.

W tym wariancie bardzo niewielkie obszary województwa wielkopolskiego pozostają bez pokrycia (ok. 1,3%). Jednocześnie w przypadku wyodrębnienia dwunastu (12) szpitali regionalnych, wskaźnik wielokrotnego pokrycia wzrasta do ok. 61 095 km^2.

Poniższe grafiki przedstawia warianty z czternastoma (14) i szesnastoma (16) szpitalami.





Wariant z czternastoma (14) szpitalami regionalnymi – ośmioma (8) w lokalizacjach bazowych oraz sześcioma (6) w lokalizacjach wybranych na podstawie przyjętego kryterium: Nowy Tomyśl, Kępno, Kościan, Trzcianka, Oborniki Wlkp., Szamotuły.

Również w tym wariancie bardzo niewielkie obszary województwa wielkopolskiego pozostają bez pokrycia (ok. 1,3%). Jednocześnie w przypadku wyodrębnienia czternastu (14) szpitali regionalnych, wskaźnik wielokrotnego pokrycia wynosi ok. 88 853 km^2.

Wariant z szesnastoma (16) szpitalami regionalnymi – ośmioma (8) w lokalizacjach bazowych oraz ośmioma (8) w lokalizacjach wybranych na podstawie przyjętego kryterium: Nowy Tomyśl, Kępno, Kościan, Krotoszyn, Września, Trzcianka, Oborniki Wlkp., Szamotuły.

Również w tym wariancie bardzo niewielkie obszary województwa wielkopolskiego pozostają bez pokrycia (ok. 1,3%). Jednocześnie w przypadku wyodrębnienia szesnastu (16) szpitali regionalnych, wskaźnik wielokrotnego pokrycia wzrasta do ok. 127 994 km^2.

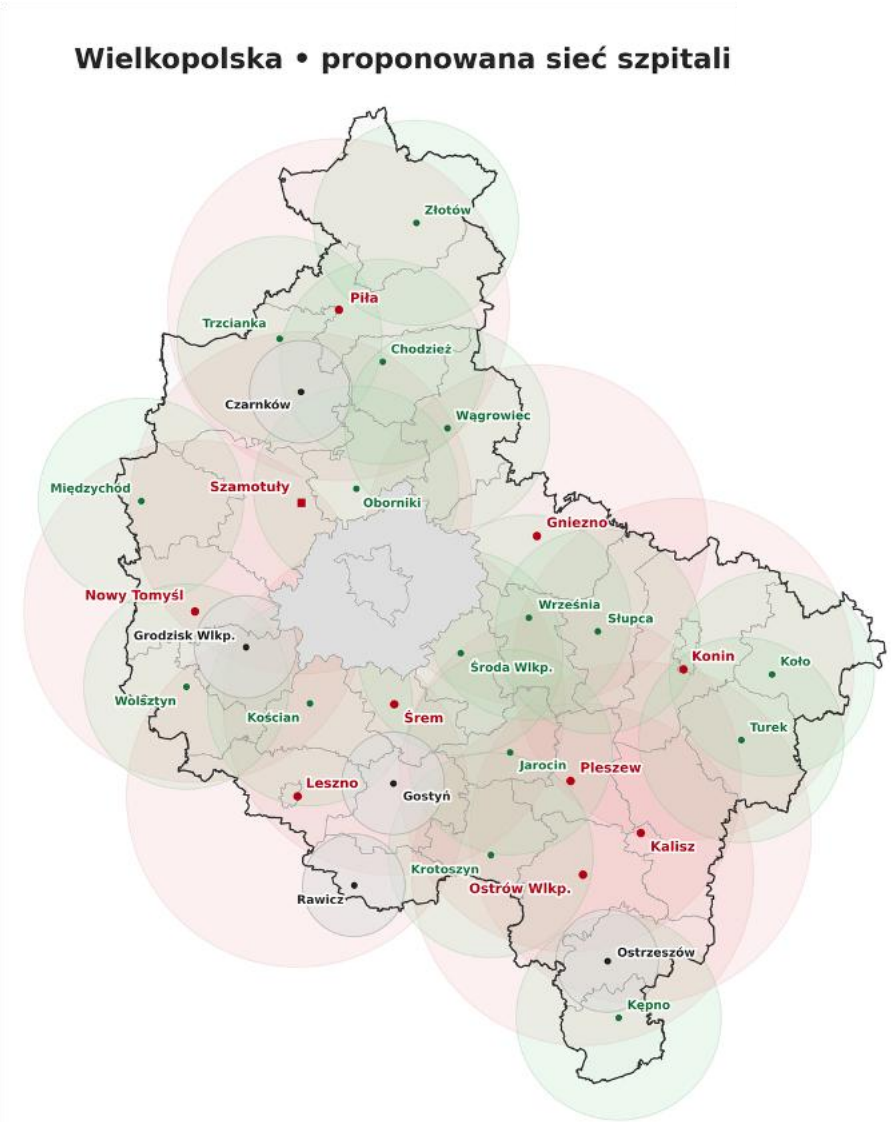
Poniższa tabela przedstawia porównanie parametrów analizowanych wariantów.

Wariant = liczba szpitali regionalnych	Dodatkowe szpitale regionalne poza obowiązkową ósemką	Całkowite pokrycie	Wskaźnik wielokrotnego pokrycia
10	Nowy Tomyśl, Szamotuły	97,57%	47 441 km^2
12	Nowy Tomyśl, Kępno, Trzcianka, Oborniki Wlkp.	98,65%	61 095 km^2
14	Nowy Tomyśl, Kępno, Kościan, Trzcianka, Oborniki Wlkp., Szamotuły	98,65%	88 853 km^2
16	Nowy Tomyśl, Kępno, Kościan, Krotoszyn, Września, Trzcianka, Oborniki Wlkp., Szamotuły	98,65%	127 994 km^2

Porównanie analizowanych wariantów wskazuje, że zwiększanie liczby szpitali regionalnych przynosi niewielką poprawę pokrycia obszaru województwa. Przejście z dziesięciu do dwunastu (10-12) placówek zwiększa je z 97,57% do 98,65%, czyli zaledwie o 1,08 punktu procentowego. Dalsze zwiększanie liczby szpitali regionalnych do czternastu (14) i szesnastu (16) nie poprawia już tego wyniku. Jednocześnie wskaźnik wielokrotnego pokrycia, liczony jako suma powierzchni przecięć wszystkich par zasięgów, wzrasta z 47 441 km^2 dla dziesięciu (10) szpitali regionalnych do 61 095 km^2, 88 853 km^2 i 127 994 km^2, odpowiednio dla dwunastu (12), czternastu (14) i szesnastu (16) szpitali. Oznacza to coraz większe nakładanie się obszarów oddziaływania placówek, bez proporcjonalnej poprawy dostępności przestrzennej.

W świetle przyjętych kryteriów przestrzennych wariant dziesięciu (10) szpitali regionalnych jest najkorzystniejszy spośród czterech porównanych wariantów. Zapewnia pokrycie 97,57% analizowanego obszaru przy najniższej wartości wskaźnika wielokrotnego pokrycia. Nie oznacza to jednak, że jest optymalny klinicznie, kadrowo lub ekonomicznie, taki wniosek wymagałby analizy wielokryterialnej i szeregu danych z obszarów: finansowego, współpracy z NFZ, operacyjnego i kadrowego.

Modelowy wariant sieci szpitali województwa wielkopolskiego (nie biorący pod uwagę ograniczeń, co do lokalizacji PCZ wynikających z Rozporządzenia) **obejmuje 10 szpitali regionalnych, 16 szpitali pierwszego kontaktu oraz 5 potencjalnych PCZ.** Szpitale regionalne zlokalizowano w: Kaliszu, Koninie, Lesznie, Pile, Ostrowie Wlkp., Gnieźnie, Śremie, Pleszewie, Szamotułach i Nowym Tomyślu, szpitale pierwszego kontaktu zlokalizowano w: Jarocinie, Kępnie, Kościanie, Krotoszynie, Wrześni, Trzciance, Obornikach Wlkp., Środzie Wlkp., Międzychodzie, Słupcy, Wolsztynie, Chodzieży, Kole, Turku, Wągrowcu i Złotowie. Potencjalne PCZ wskazano w: Gostyniu, Ostrzeszowie, Rawiczu, Czarnkowie i Grodzisku Wlkp.



Powyższe model został przedstawiony na poniższej grafice.

I ponownie - odnosząc powyższe do zapisów Rozporządzenia - należy wskazać, że cztery z pięciu PCZ znajdują się w promieniu 30 km od co najmniej jednego szpitala regionalnego lub pierwszego kontaktu posiadającego SOR lub IP. Wyjątkiem jest tutaj tylko Rawicz, przy czym odległość w linii prostej pomiędzy oboma placówkami wynosi zaledwie ok. 31 km (drogami publicznymi ok. 40 km).

Podsumowanie

Proponujemy wprowadzenie odrębnej ścieżki powstania PCZ w ramach zatwierdzonego planu reorganizacji sieci, tj. przekształcania istniejącego szpitala w powiatowe centrum zdrowia. Ścieżka mogłaby umożliwiać odstąpienie od progu odległościowego i od warunku braku SOR lub IP w powiecie, jeżeli analiza potrzeb zdrowotnych, rzeczywistego czasu dojazdu, potencjału szpitali przejmujących pacjentów, transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego potwierdzi bezpieczeństwo rozwiązania. Plan powinien określać finansowanie, odpowiedzialność za przejęcie świadczeń, mierniki jakości i zasady monitorowania. Jest to postulat de lege ferenda, a nie rozwiązanie przewidziane obecnie w Rozporządzeniu.

Dodatkowo – patrząc szerzej na reformę systemu ochrony zdrowia - reorganizacja nie powinna zależeć wyłącznie od odrębnych decyzji właścicieli poszczególnych szpitali. W naszej ocenie państwo powinno określić wiążące zasady projektowania sieci, standardy bezpieczeństwa i

sposób finansowania transformacji. Konkretne funkcje placówek należy następnie ustalać w planach wojewódzkich, z udziałem płatnika, samorządów i świadczeniodawców oraz z uwzględnieniem sąsiednich województw.

Plan musi wskazywać, kto przejmuje świadczenia, kiedy jest gotowy przyjąć dodatkowych pacjentów i jak zostanie zapewniona ciągłość opieki. Finansowanie powinno obejmować okres przejściowy, dostosowanie infrastruktury oraz gotowość potrzebnych lokalnie punktów pomocy. Efekty należy oceniać przez czas dotarcia do właściwego leczenia, wyniki leczenia i koszty całej ścieżki pacjenta. Samo zmniejszenie liczby oddziałów nie dowodzi powodzenia reformy.

Możliwość tworzenia PCZ jest zasadna, ponieważ pozwala projektować lokalną opiekę bez uzależniania jej od utrzymania pełnej struktury szpitala. Aby PCZ mogły służyć także transformacji istniejących placówek, przepisy powinny dopuszczać ich wykorzystanie w pobliżu innych szpitali realizujących świadczenia gwarantowane w ramach SOR/IP, jeśli przemawiają za tym potrzeby mieszkańców i bezpieczeństwo opieki. Bliskość szpitala powinna być elementem oceny planu reorganizacji, a nie automatyczną przeszkodą w zachowaniu całodobowej pomocy ambulatoryjnej.