

# WROBIENI W SZPITALACH

**W** lipcu 2021 r. rozpoczęliśmy dyskusję o tym, że w Polsce jest zbyt dużo hospitalizacji. – *Archaiczna struktura udzielania świadczeń w szpitalach zwiększa koszty i zmniejsza dostępność leczenia. Zasoby tych podmiotów są nieadekwatne do rozwiązywania problemów zdrowotnych* – mówił wtedy właściciel firmy JS Konsulting Jarosław Kozera w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”, prezentując dane. Wyliczył, że większość usług można by realizować gdzie indziej, podkreślając, że nie dzieje się tak między innymi dlatego, że część tóżek szpitalnych to zaplecze prywatnych gabinetów lekarskich.

Nie przypuszczaliśmy, że poruszany przez nas temat stanie się przedmiotem politycznego sporu, a zdefiniowanie liczby potrzebnych szpitali doprowadzi do debaty o funkcjonowaniu polskiego modelu ochrony zdrowia.

Pod koniec sierpnia marszałek Senatu Tomasz Grodzki zaproponował, by zlikwidować część szpitali w Polsce. Podczas Campusu Polska Przyszłości przekonywał o wyższości opieki ambulatoryjnej nad lecnictwem szpitalnym. Jego propozycję skrytykował senator Stanisław Karczewski z Prawa i Sprawiedliwości – stwierdził, że to „dyskryminacja mieszkańców mniejszych miejscowości”. Profesor Grodzki jako przykład podał Danię, gdzie szpitali jest zaledwie kilkanaście. Przytoczył dane, według których w Danii jest 16 szpitali na 5 mln mieszkańców. – *To w Polsce powinno być ok. 130 na 40 mln, a jest prawie tysiąc* – mówił marszałek Senatu. Skomentował to znowu Stanisław Karczewski, który napisał na Twitterze: *Marszałek Grodzki chce likwidacji ponad 800 szpitali, mówi o ich „hybrydowym” przekształcaniu. To ciągle polityka zwijania Polski, szczególnie powiatowej, i dyskryminacja mieszkańców mniejszych miejscowości.*

Kontynuujemy zatem dyskusję – poprosiliśmy Jarosława Kozere o szczegółową analizę, a dwunastu ekspertów zdrowotnych o komentarze.

Jarosław Kozera i Magdalena Kozera przedstawiają dane dotyczące udziału hospitalizacji do uniknięcia w ogólnej liczbie hospitalizacji w podziale na województwa, poziom szpitali oraz w zależności od formy własności pod-



miotów. Pokazują też czas hospitalizacji do uniknięcia w sferze publicznej i prywatnej. Sugerują, że 60 proc. świadczeń udzielanych w szpitalach mogłoby być realizowanych w formie alternatywnej. *Najczęściej są to wielodniowe pobyty – potwierdza to tezę, że hospitalizacja jednodniowa jest wciąż mało popularną formą opieki. W sferze publicznej hospitalizacja jednodniowa praktycznie nie istnieje,*

*a w prywatnej jest mało popularna* – piszą Jarosław Kozera i Magdalena Kozera. Wyliczają, że najgorzej jest w województwach mazowieckim, śląskim i łódzkim.

Co na to eksperci? Wiceminister zdrowia Sławomir Gądomski na pytanie, czy zgadza się z opinią, że 60–70 proc. świadczeń wykonywanych w szpitalach mogłoby być realizowanych gdzie indziej, odpowiada, że zgadza się częściowo. – *Szacuję, że jest to 30 proc.* – powiedział Gądomski, podkreślając jednoznacznie, że „*piramidę świadczeń trzeba odwrócić*”.

Co twierdzą inni? Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej Łukasz Jankowski pisze, że *przyjmujemy do szpitala wiele osób, które przy sprawnym systemie diagnostyki w AOS czy POZ wcale nie musiałyby tam trafić*, a przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Krzysztof Bukiel twierdzi, że *trzeba stworzyć takie warunki, aby płatnikowi zależało na jak najefektywniejszym wydawaniu pieniędzy*. Publikujemy także opinie kierownik Działu Monitoringu Prawnego i Ekspertyz Związku Powiatów Polskich Bernadety Skóbel, Roberta Mołdacha z Instytutu Zdrowia i Demokracji, byłego prezesa NFZ Marcina Pakulskiego, byłego wiceministra zdrowia Piotra Warczyńskiego, przewodniczącego Unii Szpitali Klinicznych, lekarza naczelnego Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu i byłego dyrektora Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu Szczepana Cofty, specjalisty zdrowia publicznego i epidemiologii, prezesa zarządu EconMed Europe i byłego naczelnika Wydziału Gospodarki Lekami NFZ Michała Seweryna, właściciela kancelarii doradczej Rafała Janiszewskiego, dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie Grzegorza Gieleraka.

Krystian Lurka

# ZA DUŻO LECZYMY W SZPITALACH



Fot. iStockphoto.com

Przystępując do pisania artykułu, nie przypuszczaliśmy, że poruszany temat stanie się przedmiotem politycznego sporu. Zdefiniowanie liczby potrzebnych szpitali doprowadziło do dyskusji na temat funkcjonowania naszego modelu. Mamy nadzieję, że niniejszy artykuł uzupełni tę dyskusję o fakty, które dadzą inne spojrzenie na problem liczby niezbędnych szpitali.

## JAROSŁAW KOZERA, MAGDALENA KOZERA

Jednym z istotnych etapów leczenia jest dobra diagnostyka. Dlatego niniejszy artykuł będzie zawierać analizy danych o realizacji świadczeń z 2018 i 2019 r. Baza obejmuje ponad 20 mln opisanych epizodów (hospitalizacji), z czego na omawiany okres przypada ponad 14 mln. Do analizy użyto Pulpitu Menedżera Zdrowia – narzędzia BI, które pozwala na mapowanie procesów diagnostyczno-terapeutycznych z wykorzystaniem wspomnianych danych.

Analiza będzie wykonana w dwóch obszarach:

- hospitalizacji do uniknięcia (z wykorzystaniem metodologii stworzonej przez Unię Europejską), za które uznano hospitalizacje pacjentów powyżej 15. roku życia z rozpoznaniem przewlekłej obturacyj-

nej choroby płuc, zastoinowej niewydolności serca i cukrzycy;

- hospitalizacji z podziałem według kryterium kompleksowości, czyli stopnia skomplikowania opisanego procesu.

### Analiza hospitalizacji do uniknięcia

W krajach Unii Europejskiej monitorowany jest wskaźnik hospitalizacji osób w wieku powyżej 15 lat z rozpoznaniem: przewlekła obturacyjna choroba płuc, zastoinowa niewydolność serca, cukrzyca. Uznano, że ci pacjenci powinni być prowadzeni głównie w formach alternatywnych do szpitali, a jeśli już dochodzi do hospitalizacji, to im mniejszy jest ten wskaźnik, tym lepiej świadczy to o sprawności modeli opieki zdrowotnej.

**R**ok 2020 zweryfikował wiele tez dotyczących sektora ochrony zdrowia, obnażył jego złe funkcjonowanie i tylko dzięki ciężkiej pracy i zdolności do improwizacji personelu – w tym miejscu wielki szacunek dla nich – nie doszło do większej tragedii.

Do tej pory, co również uwidocznił spór na temat liczby szpitali, skupialiśmy się na aspekcie ilościowym modelu, tj. liczbach: szpitali, łóżek, lekarzy itp., oraz na poziomie finansowania opieki, upatrując tam źródła zakłóceń i złego funkcjonowania systemu.

Mówi się, że mamy za mało personelu medycznego, ale nadal nowe inwestycje to szpitale o zabudowie pawilonowej, wypracowanej przez lekarzy i architektów w XIX w. według koncepcji, w której statystycznie 20 proc. personelu medycznego tylko się przemieszcza i nie realizuje swoich podstawowych funkcji. Podkreśla się także, że są problemy z dostępnością świadczeń zdrowotnych, ale nadal inwestujemy w utrwalanie całodobowej formy opieki szpitalnej, a placówki są oddalone od siebie tak jak w XIX w., aby furmanką w ciągu dnia można było odwiedzić pacjenta i wrócić do domu. Słychać również głosy, że wszystkiemu winne jest niewystarczające finansowanie i gdyby tylko NFZ płacił lepiej, wszystkie problemy polskiej ochrony zdrowia zostałyby rozwiązane.

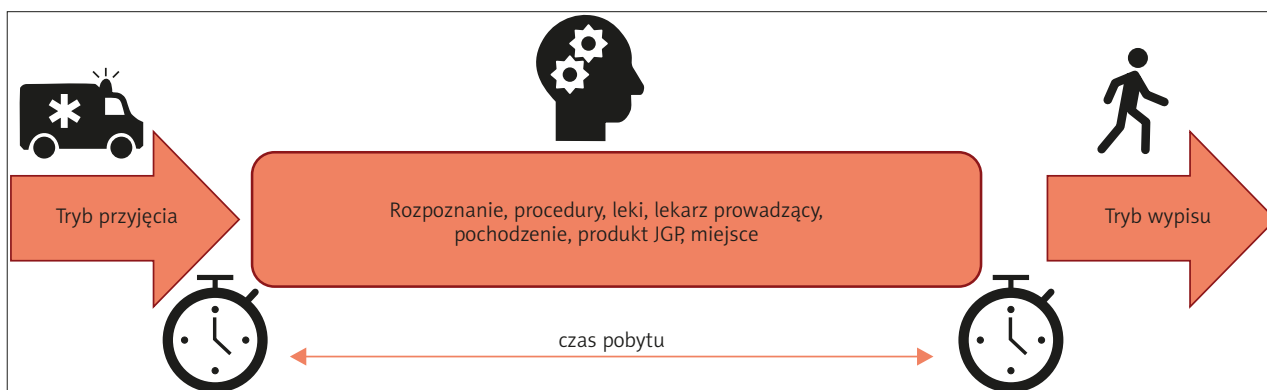
Rok covidowy, w którym znalazły się jednak pieniądze, pokazał, że kryzys jest większy, niż mogliśmy przypuszczać. To nie brak funduszy spowodował, że lekarz POZ zamknął się przed pacjentem i mimo zaszczepienia personelu wskaźnik teleporad jest na poziomie ok. 50–60 proc. To nie brak pieniędzy doprowadził do tego, że personel medyczny w szpitalach jest przemęczony i przestaje akceptować wcześniejszy styl pracy – w szpitalach, które dysponują ok. 170 tys. łóżek w ok. 10 tys. komórkach organizacyjnych. To nie brak pieniędzy spowodował nadumieralność Polaków w 2020 r.

Nie ma jednej i jednoznacznej odpowiedzi, jak poradzić sobie z tym kryzysem. Warto się jednak zastanowić, czy powrócimy do stanu sprzed 2020 r., czy wykorzystamy kryzys do stworzenia nowego modelu opieki. W naszej ocenie nie uda nam się powrócić do stanu sprzed pandemii.

Zwiększający się dług zdrowotny i bieżące potrzeby, niekiedy inne, bo będące skutkiem pandemii, doprowadzą do ograniczenia dostępności świadczeń, i to nie z braku łóżek, lecz przede wszystkim z braku motywacji i długotrwałego zmęczenia personelu. W krótkim okresie, wpływając na sposób finansowania, prawdopodobnie będzie jeszcze można utrzymać dostęp do świadczeń, lecz w dłuższym czasie i przy nieprzewidzianych zakłóceniach (typu kolejna pandemia) dojdzie do podobnych kryzysów z podobnymi tragicznymi skutkami.

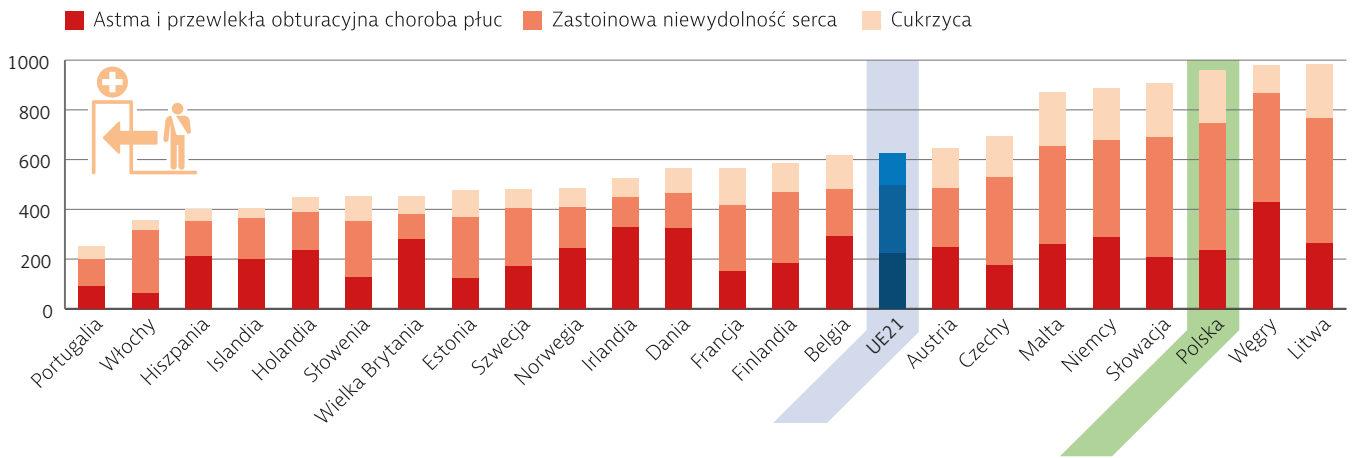
Uważamy, że wzorem pragmatycznych Anglosasów powinniśmy przeanalizować porażki minionego okresu i spróbować zdefiniować nowy model opieki. Oczywiście nie jesteśmy w stanie poruszyć wszystkich wątków, ale spróbujemy skupić się na jednym – naszym zdaniem ponieśliśmy porażkę w walce z pandemią, pozostawiając bez opieki pacjentów niecovidowych. Problem ten rozwiązywany był tylko jednowymiarowo. Rutynowo uznano go za kryzys medyczny i skupiono się na tym wymiarze, wykorzystując istniejące zasoby, skupione głównie w szpitalach.

Czy można było zachować się inaczej? Pewnie nie, ale musimy zadać sobie pytanie, co należy zrobić, aby w przyszłości uniknąć podobnej porażki, i zastanowić się, czy nie nadszedł czas, by rozpocząć szeroką debatę na temat przededefiniowania modelu ochrony zdrowia.



**Rycina 1.** Proces diagnostyczno-terapeutyczny opisany danymi gromadzonymi w celu rozliczeń świadczeniodawcy z NFZ

Źródło: Opracowanie własne.



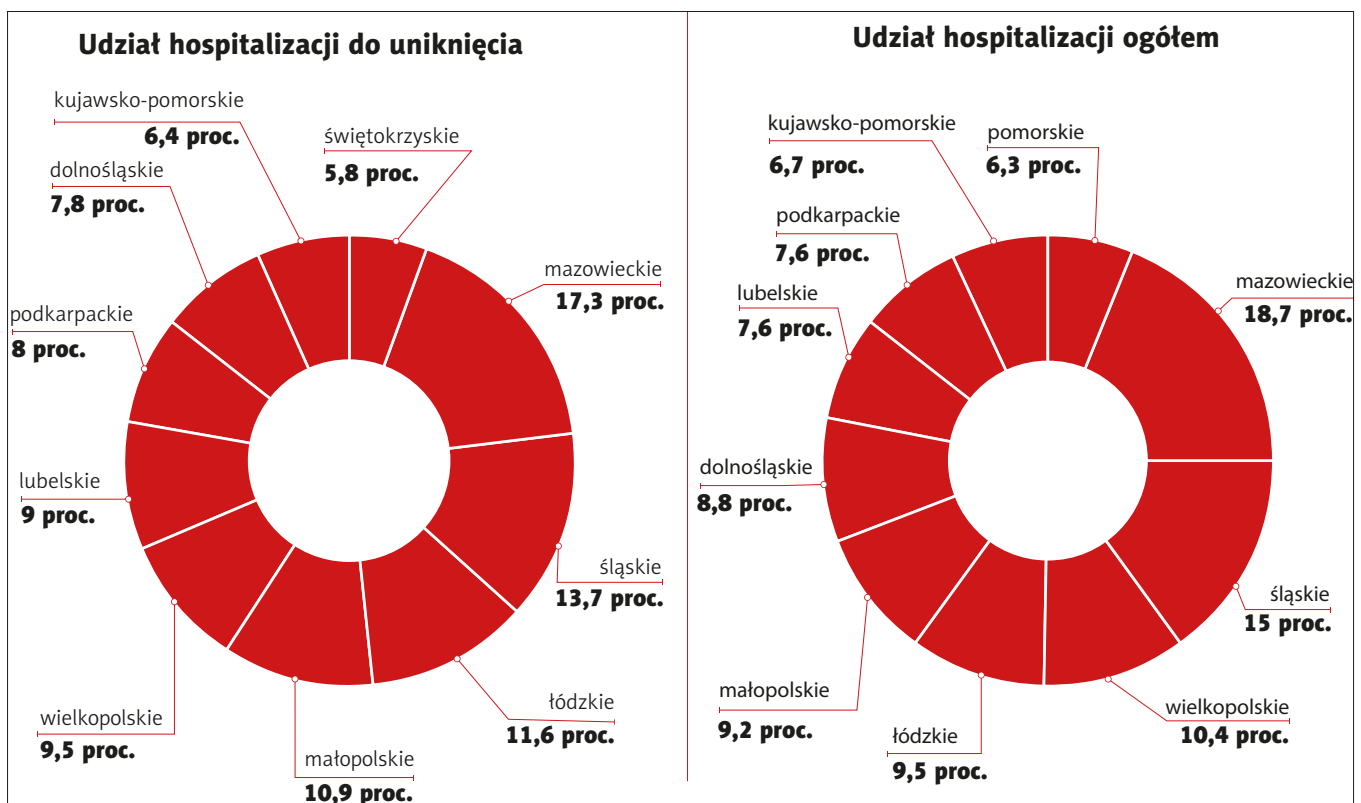
Rycina 2. Standaryzowany wiekiem współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala na 100 000 osób w wieku powyżej 15 lat w krajach Unii Europejskiej

Źródło: Statystyki OECD z 2019 r. dotyczące zdrowia (dane z 2017 r. lub najbliższy rok).

W Unii Europejskiej jesteśmy pod tym względem trzecim najgorszym krajem, w którym ok. 1000 hospitalizacji na 100 000 mieszkańców można było uniknąć (ryc. 2). To dwa razy więcej od średniej. Wyprzedzają nas pod tym względem jedynie Litwa i Węgry (szczegółowa analiza w artykule „Co z polskim szpitalnic-

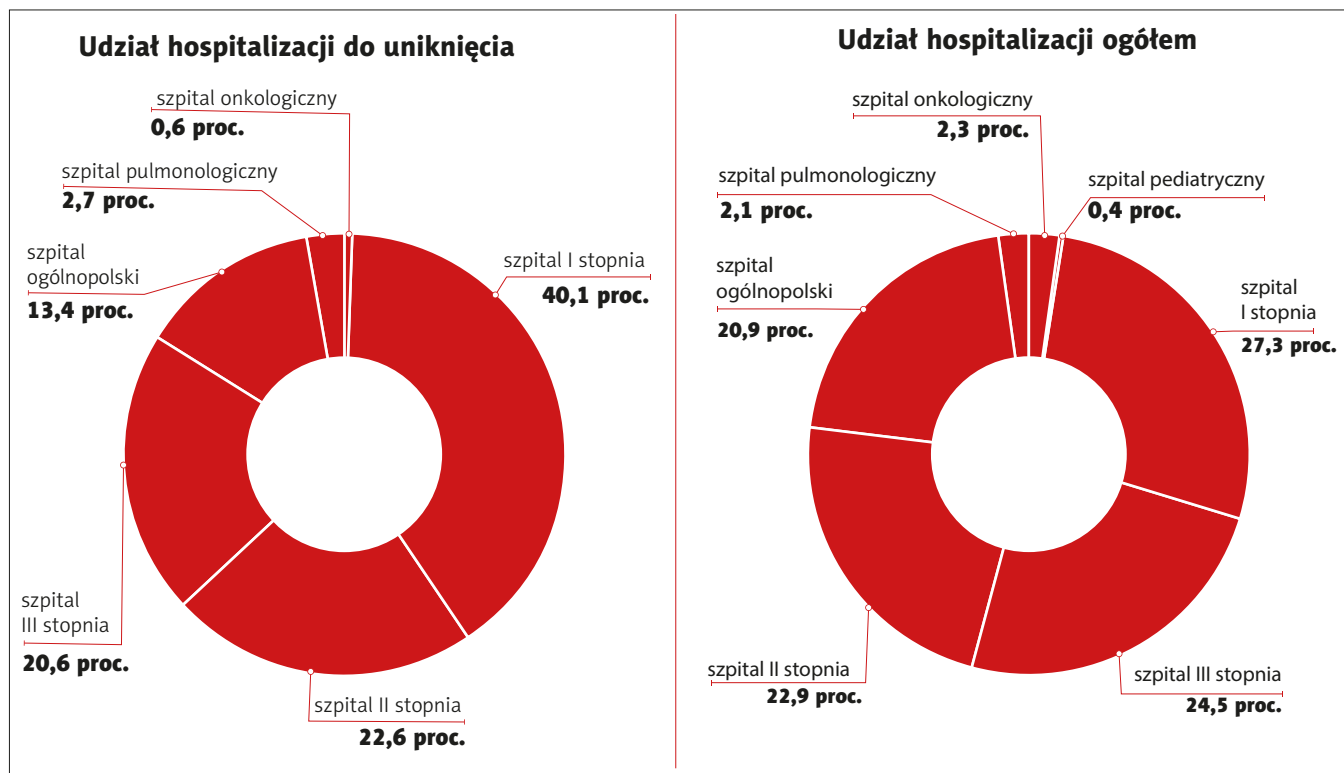
twem?” – „Menedżer Zdrowia” 1-2/2020). Wysoki wskaźnik hospitalizacji świadczy o nieefektywnej opiece przedszpitalnej.

Z analizy cytowanych danych wynika, że największy udział tego rodzaju hospitalizacji występuje w województwach mazowieckim, śląskim i łódzkim (ryc. 3).



Rycina 3. Udział hospitalizacji do uniknięcia w podziale na województwa

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ – Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.

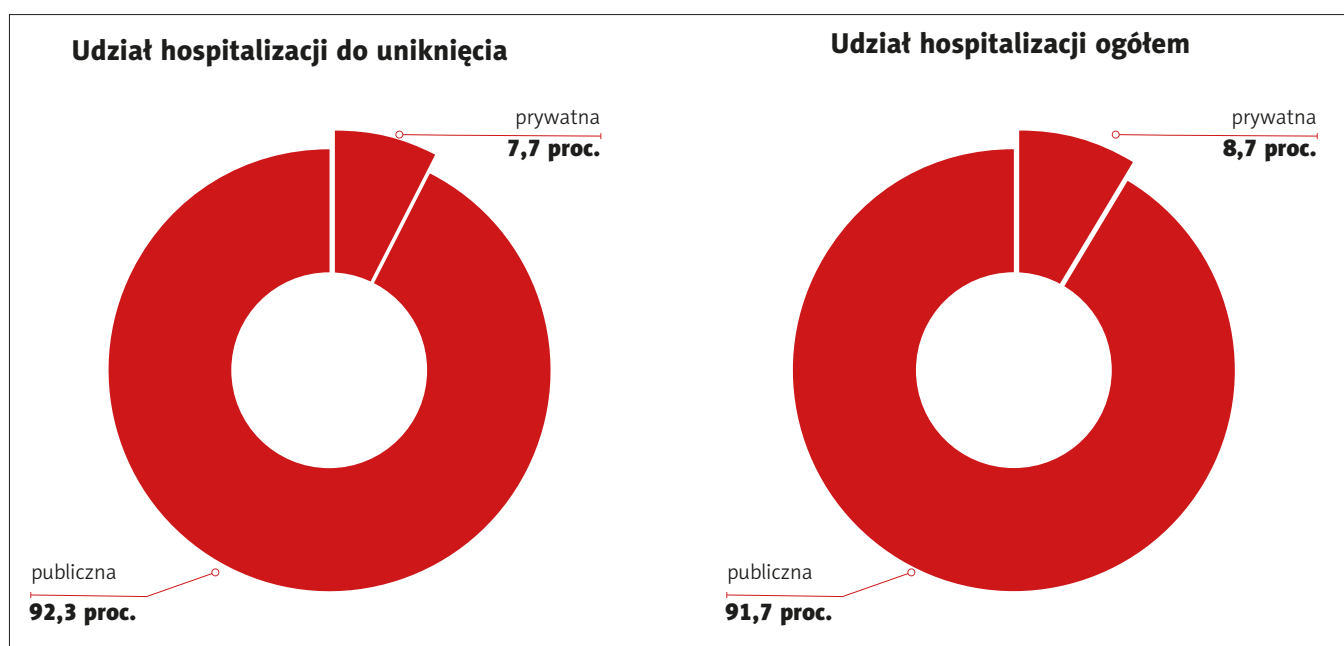


Rycina 4. Udział hospitalizacji do uniknięcia w podziale na poziomy PSZ

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ– Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.

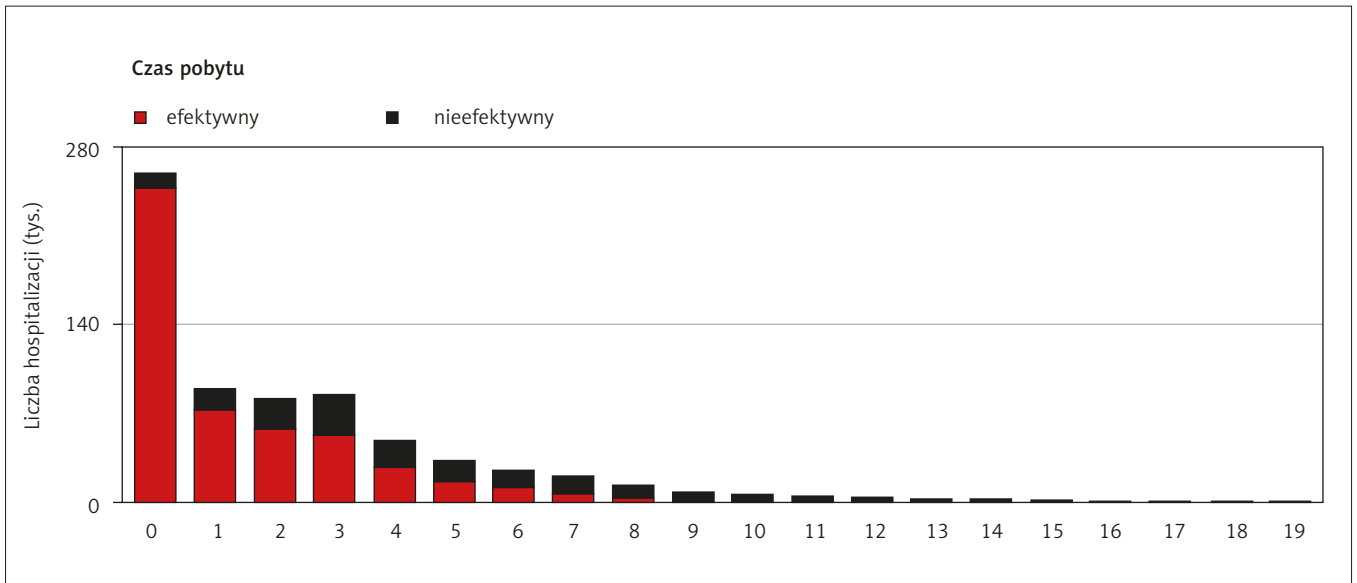
Porównując z udziałem hospitalizacji ogółem, możemy zaobserwować, że w województwach łódzkim, lubelskim i podkarpackim częściej hospitalizuje się pacjentów z analizowanymi rozpoznaniem.

Analiza z perspektywy poziomów szpitali w sieci PSZ pokazuje, że najczęściej do tego typu hospitalizacji dochodzi w szpitalach I i II stopnia – i występuje dysproporcja w stosunku do hospitalizacji ogółem (ryc. 4).



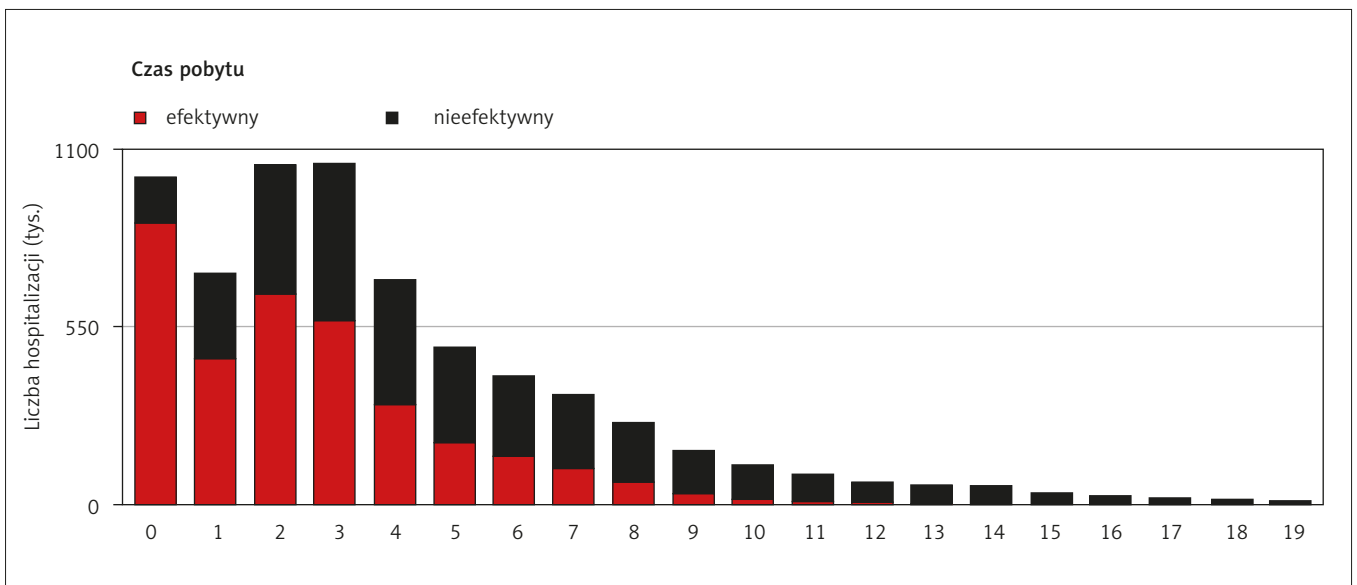
Rycina 5. Udział hospitalizacji do uniknięcia w podziale na formy własności podmiotów

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ– Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.



Rycina 6. Czas hospitalizacji do uniknięcia w sferze prywatnej

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ – Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.



Rycina 7. Czas hospitalizacji do uniknięcia w sferze publicznej

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ – Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.

Z perspektywy formy własności hospitalizacje możliwe do uniknięcia dominują w sferze publicznej (ryc. 5). Z uwagi na fakt, że liczba hospitalizacji do uniknięcia jest proporcjonalna do liczby hospitalizacji ogółem, nie można określić wpływu formy własności na rodzaj świadczeń, jednak ciekawym zesta-

**W SFERZE PUBLICZNEJ  
FORMA JEDNODNIOWA  
PRAKTYCZNIE NIE ISTNIEJE,  
W SFERZE PRYWATNEJ  
JEST MAŁO POPULARNA**

wieniem jest czas hospitalizacji do uniknięcia (ryc. 6 i 7).

Podsumowując – analiza hospitalizacji do uniknięcia zwraca uwagę, że można inaczej opiekować się chorymi z wyżej wymienionymi rozpoznaniem oraz że rozwój technologii i farmakoterapii powinien przenieść ciężar leczenia z form stacjonarnych do form alternatywnych. Lepsze

wskazniki innych krajów świadczą o tym, że można, a nawet trzeba wdrożyć inny model opieki nad pacjentami.

Jaka jest więc przyczyna dominacji w omawianych przykładach formy szpitalnej? Powodów może być wiele i warto je szczegółowo przebadać. Naszym zdaniem jest to wypadkowa następujących czynników:

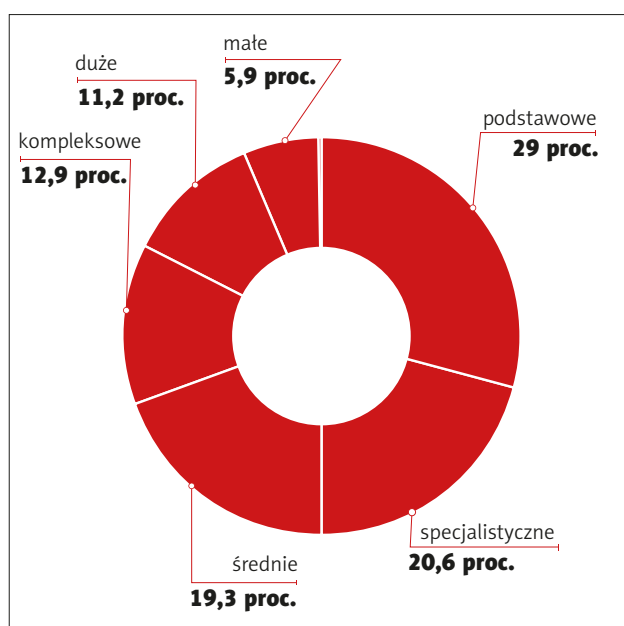
- źle funkcjonującej opieki ambulatoryjnej,
- powiązania gabinetu prywatnego z publicznym łóżkiem szpitalnym,
- konieczności „wyrobienia” kontraktu z NFZ poprzez nadmierne hospitalizacje – to jednak kolejny obszerny wątek i przestrzeń na kolejne analizy co do słuszności postawionej tezy.

Wróćmy do naszej aktualnej analizy. Wiemy już z pewnością, że polski model ochrony zdrowia znacznie odbiega od standardu krajów Unii Europejskiej w przypadku leczenia pacjentów z trzema rozpoznaniem wskazanymi powyżej. Jak to wygląda w stosunku do pozostałych hospitalizacji?

Kolejna analiza zobrazuje potencjał możliwości realizacji świadczeń w formach alternatywnych dla szpitala, zgodnie z klasyfikacją opisaną poniżej.

Przypadki hospitalizacji podzielono na te, w których:

- pomoc mogła być udzielona w formie alternatywnej do całodobowej stacjonarnej opieki medycznej, bez wielospecjalistycznego zaplecza całodobowych zamkniętych ostrych oddziałów szpitalnych:
  - podstawowe – świadczenia o charakterze zachowawczym, głównie obserwacyjno-diagnostyczne,



Rycina 8. Udział hospitalizacji według kompleksowości

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ – Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.

**NADAL INWESTUJEMY**

**W UTRWALANIE CAŁODOBOWEJ**

**FORMY OPIEKI SZPITALNEJ,**

**A PLACÓWKI SĄ ODDALONE OD SIEBIE**

**TAK JAK W XIX W., ABY FURMANKĄ W CIĄGU**

**DNIA MOŻNA BYŁO ODWIEZĆ PACJENTA**

**I WRÓCIĆ DO DOMU**

- średnie – świadczenia o charakterze zabiegowym o średnim poziomie złożoności,
  - małe – świadczenia o charakterze zabiegowym o najniższym poziomie złożoności,
  - diagnostyczne – świadczenia o charakterze zabiegowym diagnostycznym;
- bezwzględnie konieczna jest opieka szpitalna z zapleczem całodobowych zamkniętych ostrych oddziałów:
- specjalistyczne – świadczenia o charakterze zachowawczym, w których realizowany jest proces diagnostyczno-terapeutyczny,
  - kompleksowe – świadczenia o charakterze zabiegowym o najwyższym poziomie złożoności,
  - duże – świadczenia o charakterze zabiegowym o dużym poziomie złożoności.

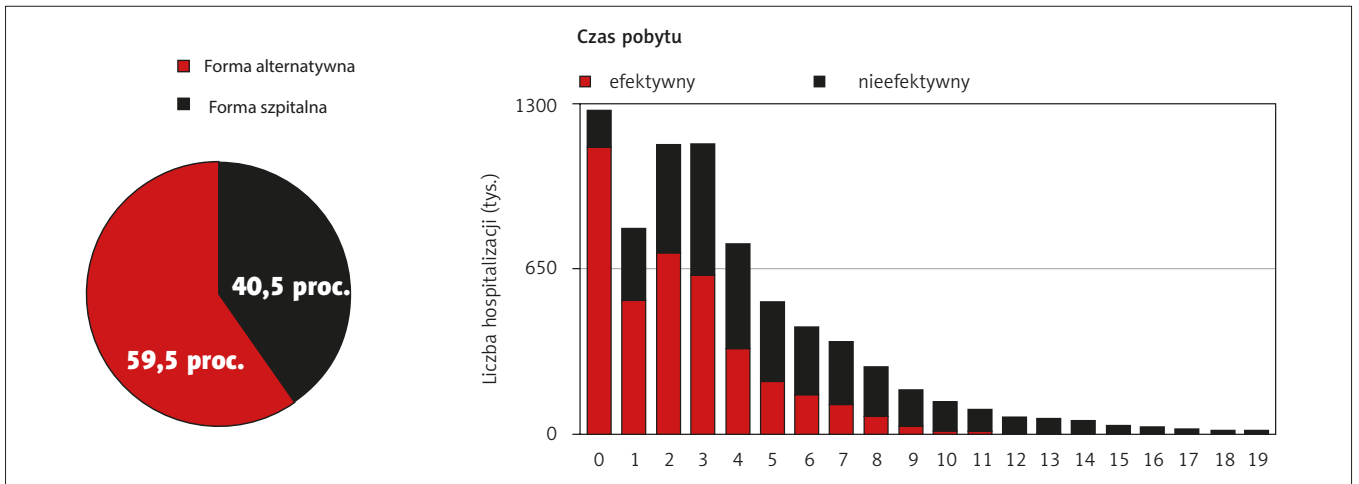
Należy zaznaczyć, że powyższe kryteria są dynamiczne, ponieważ część świadczeń z grupy szpitalnej z uwagi na wdrażane nowe technologie może się przesuwać do form alternatywnych.

Na rycinie 8 przedstawiono rozkład rodzaju hospitalizacji w zależności od stopnia kompleksowości. Widzimy, że spośród 14 mln analizowanych epizodów w latach 2018–2019 29 proc. stanowiły hospitalizacje podstawowe, a ok. 13 proc. hospitalizacje kompleksowe.

Na podstawie podziału hospitalizacji według kryterium opisanego powyżej można zaobserwować, że ok. 60 proc. świadczeń aktualnie realizowanych w formie szpitalnej mogłoby być realizowanych w formie alternatywnej. Wyraźnie widać to również w czasach hospitalizacji (ryc. 10 – hospitalizacje 0 i 1).

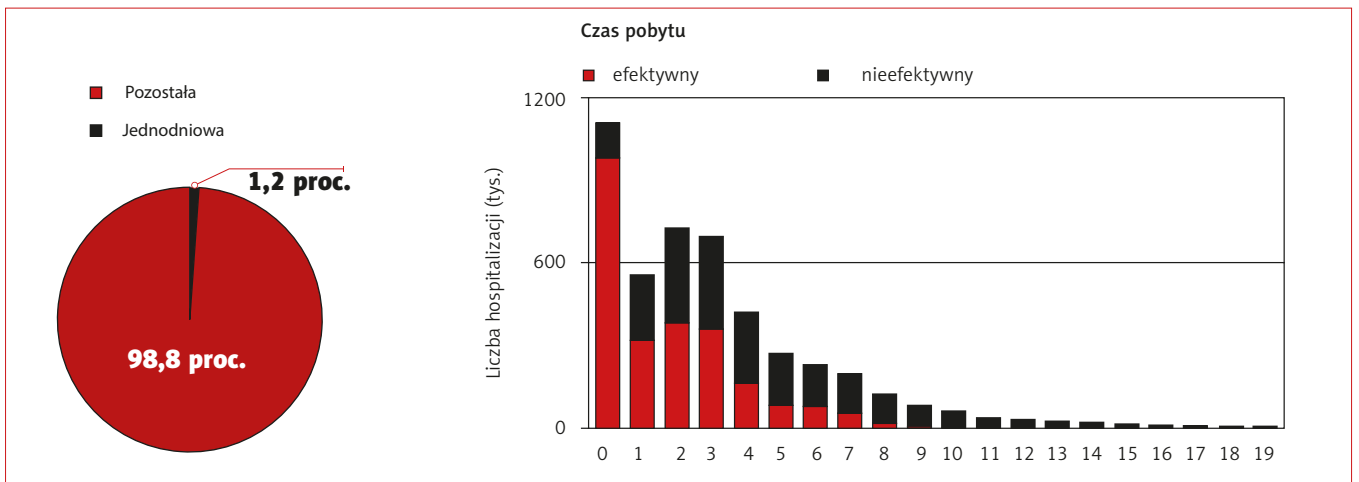
Obserwacja, że ok. 60 proc. świadczeń udzielanych w szpitalach zgodnie z kryteriami podziału przedstawionymi powyżej mogłoby być realizowanych w formie alternatywnej oraz że najczęściej są to wielodniowe pobyty, potwierdza tezę, że hospitalizacja jednodniowa jest wciąż mało popularną formą opieki.

Przeanalizujmy formę własności – czy rodzaj właściciela wpływa na wybór modelu opieki nad pacjentem w przypadku hospitalizacji, które mogłyby być zastąpione formą alternatywną?



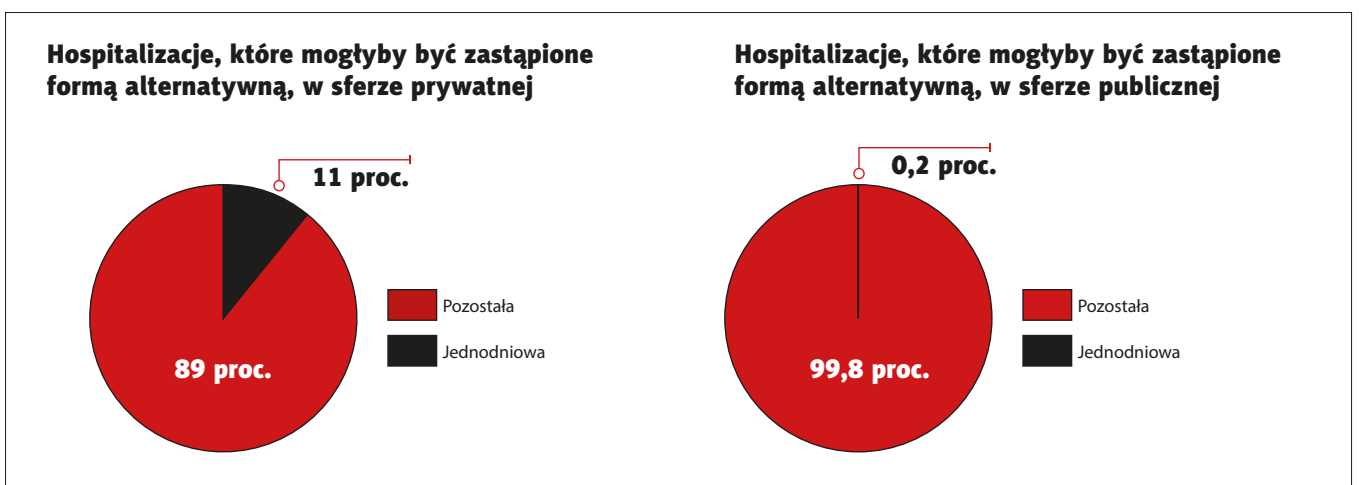
Rycina 9. Udział hospitalizacji, które mogłyby być zastąpione formami alternatywnymi, oraz czas hospitalizacji z analizą jego efektywności

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ – Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.



Rycina 10. Udział hospitalizacji jednodniowych, które mogłyby być zastąpione formami alternatywnymi, oraz czas hospitalizacji z analizą jego efektywności

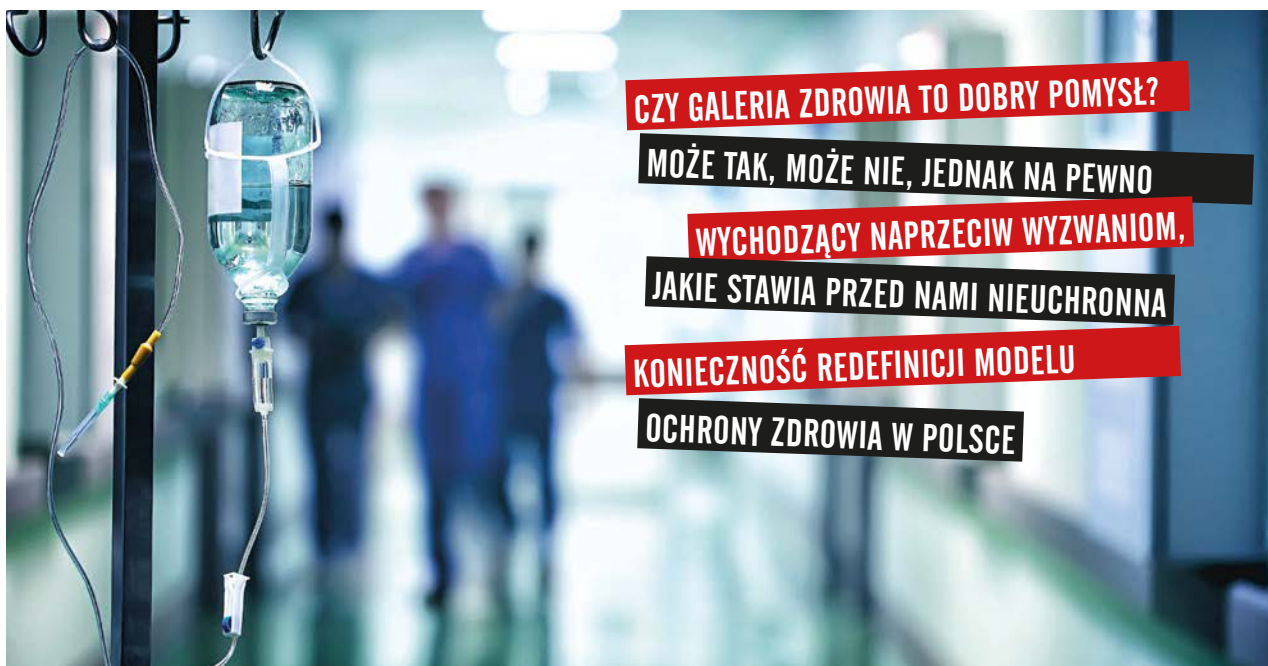
Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ – Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.



Rycina 11. Udział hospitalizacji jednodniowych w hospitalizacjach, które mogłyby być zastąpione formą alternatywną w sferze prywatnej i publicznej

Źródło: JSKonsulting, z wykorzystaniem PMZ – Konsultant – IT, na bazie danych NFZ.





**CZY GALERIA ZDROWIA TO DOBRY POMYSŁ?**

**MOŻE TAK, MOŻE NIE, JEDNAK NA PEWNO**

**WYCHODZĄCY NAPRZECIWI WYZWANIOM,**

**JAKIE STAWIA PRZED NAMI NIEUCHRONNA**

**KONIECZNOŚĆ REDEFINICJI MODELU**

**OCHRONY ZDROWIA W POLSCE**

Fot. iStockphoto.com

Jak wynika z ryciny 11, w sferze publicznej hospitalizacja jednodniowa praktycznie nie istnieje, a w prywatnej jest mało popularna.

### Formy alternatywne

Żyjemy w erze informacji – ta krótka analiza z wykorzystaniem narzędzi BI wykazała, że możemy korzystać z form alternatywnych, bo dziś możemy leczyć pacjentów krótko (oczywiście nie zawsze tak robimy), lecz prawie zawsze zamykamy ich w szpitalach.

Efektywne działanie w ochronie zdrowia to przede wszystkim zapobieganie kryzysom i unikanie hospitalizacji, a jeśli jest taka konieczność, to maksymalne wykorzystywanie form jednodniowych i ambulatoryjnych. W celu stworzenia modeli efektywnej opieki już nie wystarczy wiedza medyczna diagnozująca przyczynę i poszukująca antidotum. Konieczna jest współpraca medyków, specjalistów zdrowia publicznego, statystyków, logistyków, deweloperów, analityków biznesowych, ekonomistów, badaczy danych i informatyków. Tylko taka kompleksowa praca pozwoli na skonsumowanie osiągnięć rozwoju technologii i farmakoterapii.

Czy broniąc szpitali jak dostępu do wody, postępujemy słusznie? W latach 70. i 80. ubiegłego wieku nie mogliśmy sobie wyobrazić, że zlikwidują nam ulubione sklepy spożywcze, obuwnicze, księgarnie, kina itp., które były blisko naszego domu. Czy mogliśmy przypuszczać, że w ich miejsce powstaną galerie handlowe, które nie są tuż za rogiem, ale oferują wszystko pod jednym dachem? Może tak samo nie możemy sobie dziś wyobrazić, że mogłoby nie być naszego szpitala lub poradni. A gdyby w ich miejsce powstały galerie zdrowia, w których byłyby sklepy ze zdrową żywnością, usługi dietetyków, terapeutów, rehabilitantów, psychologów, dostęp do tak potrzebnej nam

diagnostyki, gdzie byłyby lokalne SOR-y i lądowiska, gdzie w nagłych przypadkach pacjenci mogliby być zaopatrzeni i przewiezieni do szpitali regionalnych? Gdyby były tam świadczone kompleksowo wszystkie usługi zdrowotne, które nie wymagają pobytu w szpitalu i mogą, a wręcz powinny być udzielane w formie alternatywnej?

Musimy zdawać sobie sprawę, że nieuchronnie czeka nas zmiana sposobu myślenia o szpitalu i przewartościowanie jego funkcji. Starzejące się społeczeństwo, ciągle wzrastające koszty technologii medycznych, kryzysy, które już od wielu lat dotyczą ochrony zdrowia, powodują, że nie można odwrócić się od problemu i ciągle powtarzać slogany o brakach w liczbie łóżek, ludziach i złym finansowaniu przez NFZ. Jak już wspominaliśmy, zwiększenie finansowania nie rozwiąże problemu, podobnie jak nowe łóżka w nowych szpitalach. To asymetria pomiędzy charakterem świadczeń a formą ich udzielania doprowadza do zmniejszenia dostępności mimo wzrostu finansowania. To również najlepszy przykład marnowania kapitału ludzkiego w ochronie zdrowia. Są to narastające nierozwiązane problemy, z którymi decydenci nie chcą się zmierzyć, bo nie sądzą, że o nich nie wiedzą. Wiedzą, bo jak wspominaliśmy, żyjemy w erze informacji i dysponujemy coraz lepszymi narzędziami analitycznymi, również BI czy AI. Mamy wiedzę z innych krajów, które są o krok, a może nawet dwa przed nami. Czy galeria zdrowia to dobry pomysł? Może tak, może nie, jednak na pewno wychodzący naprzeciw wyzwaniom, jakie stawia przed nami nieuchronna konieczność redefinicji modelu ochrony zdrowia w Polsce.

Jarostaw Kozera, właściciel firmy JS Konsulting Jarostaw Kozera,  
były prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ.  
Magdalena Kozera, analityk biznesowy z JS Konsulting



# PIRAMIDĘ ŚWIADCZEŃ TRZEBA ODWRÓCIĆ

Czy 60–70 proc. świadczeń wykonywanych w szpitalach mogłoby być realizowanych gdzie indziej? Częściowo zgadzam się z tą opinią. Szacuję jednak, że jest to 30 proc.

## SŁAWOMIR GADOMSKI

Częściowo zgadzam się z opinią byłego dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy i właściciela firmy doradczej Jarosława Kozery, który w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” stwierdził, że „archaiczna struktura udzielania świadczeń w szpitalach zwiększa koszty i zmniejsza dostęp do leczenia, a zasoby tych podmiotów są nieadekwatne do rozwiązywanych problemów zdrowotnych”. Piramidę świadczeń trzeba odwrócić.

Czy mówimy o 60–70 proc.? Szacuję, że o 30 proc. Rozwój chirurgii jednego dnia i przenoszenie pewnych świadczeń do ambulatoriów to działania, które powinny być realizowane. Chcemy w nowej ustawie dotyczącej restrukturyzacji szpitali określić kryteria kwalifikacji do sieci. Znalazłaby się wśród nich również realizacja pewnego poziomu świadczeń ambulatoryjnych i usług chirurgii jednego dnia. Być może część oddziałów chirurgii, które wcale nie muszą dziś działać „na ostro”, powinna się przekwalifikować.

Jaka powinna być przyszłość polskiego szpitalnictwa – konsolidacja szpitali, profilowanie czy likwidowa-

nie szpitali i oddziałów szpitalnych? Zdecydowanie profilowanie. Niektóre szpitale powiatowe powinny pełnić funkcję centrów zdrowia – specjalistycznych, zapewniających chirurgię jednego dnia, niekoniecznie dyżurując „na ostro” i niekoniecznie w trybie 24-godzinnym.

**JAKA POWINNA BYĆ  
PRZYSZŁOŚĆ POLSKIEGO  
SZPITALNICTWA  
– KONSOLIDACJA SZPITALI,  
PROFILOWANIE  
CZY LIKWIDOWANIE SZPITALI  
I ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH?  
ZDECYDOWANIE PROFILOWANIE**

Czy powinniśmy likwidować szpitale, czy powinno ich być 100, 200, 300 czy 500? Mapę podmiotów mamy dobrą, ale nie funkcje placówek. Ważną rolę szpitali, do której będziemy namawiać, powinno być pełnienie funkcji zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Konsolidowanie? W wielu przypadkach możemy mówić o zdrowej konsolidacji, o pewnej wymianie zakresów. Chcemy do tego zachęcać – również zapisami w ustawie restrukturyzacyjnej. Dwa szpitale sąsiadujące ze sobą nie muszą realizować takich samych zakresów świadczeń. Myślę, że dla obu podmiotów byłoby lepiej, gdyby wyspecjalizowały się w czymś innym. To jest świat, w którym już niedługo będziemy funkcjonować.

Wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski rozmawiał z „Menedżerem Zdrowia” podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu

# NAIWNY

# JAK

# DZIECKO

BERNADETA SKÓBEL



Fot. iStockphoto.com

System leczenia szpitalnego w Polsce na pewno wymaga reorganizacji. Jeżeli postęp w medycynie pozwala na to, żeby pewne procedury realizować w trybie ambulatoryjnym, to nie ma racjonalnych podstaw, aby wbrew logice i rachunkowi ekonomicznemu hospitalizować pacjentów. Problemem jest to, że tego rodzaju zmian nie można dokonywać, najpierw robiąc rewolucję tylko w szpitalnictwie.

Pacjentowi wcześniej trzeba stworzyć alternatywę w postaci dostępnej, skutecznej, profesjonalnej i – co najważniejsze – finansowanej ze środków publicznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Należy ułatwić mu poruszanie się po systemie ochrony zdrowia. Nie może być tak, że pacjent np. tylko w celu zdiagnozowania będzie przez wiele miesięcy krążył pomiędzy specjalistami, oczekując na kolejne wizyty, a w tym czasie stan jego zdrowia pogorszy się na tyle, że i tak nie uniknie hospitalizacji. To, że dzisiaj wielu pacjentów, którzy mogliby być zdiagnozowani i leczeni w AOS, trafia do szpitala, nie jest przecież winą szpitali.

Pamiętajmy, ile wydaje się w Polsce na leczenie szpitalne. Dla przykładu – zgodnie z danymi OECD w 2019 r. w naszym kraju na leczenie szpitalne wydano 2,7 proc. PKB. We Francji, która jest stawiana przez Ministerstwo Zdrowia jako

wzór wdrożenia systemu kształcenia kadry zarządzającej w szpitalach, było to 4,2 proc. PKB. W głośniejszej przez niektórych polityków jako przykład skutecznej reformy szpitalnictwa – 4,3 proc. PKB. Przy czym w obu wymienionych krajach PKB jest dużo wyższe niż w Polsce. Podobne wartości możemy obserwować w innych rozwiniętych krajach. Tymczasem w Polsce dyskusja dotycząca zmniejszania liczby łóżek szpitalnych czy przekierowywania pacjentów do opieki ambulatoryjnej, odwołująca się do doświadczeń innych krajów, odbywa się w oderwaniu od warunków finansowych, w jakich taka reforma miałaby być przeprowadzana.

W publicznej dyskusji na ten temat – mam tu na myśli również wypowiedzi kierownictwa resortu zdrowia czy zapisy dokumentów strategicznych dotyczących systemu ochrony zdrowia – podaje się wiele przykładów krajów europejskich, gdzie liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. mieszkańców jest dużo mniejsza niż w Polsce. Rzadko jednak zestawia się te liczby z kosztami utrzymania jednego łóżka lub kosztami opieki szpitalnej per capita. Jeżeli ktoś uważa, że kwoty, które dzisiaj są przeznaczane na leczenie szpitalne w Polsce, uda się nominalnie zmniejszyć i przekazać ten strumień w inne miejsce, jest naiwny jak dziecko. Pro-

cedury wykonywane w warunkach szpitalnych są i będą coraz droższe, co jest skutkiem ciągłego postępu w medycynie. Granica tego, co można wyleczyć, cały czas się przesuwa.

Związek Powiatów Polskich przedstawił ministrowi zdrowia koncepcję zmian reorganizacyjnych w ochronie zdrowia w kierunku zmiany roli szpitali powiatowych, które dzisiaj pełnią funkcję łąki na dziurawy system opieki zdrowotnej z POZ i AOS. Miałyby to być rola lokalnych centrów zdrowia. Takie centrum powinno koordynować realizację zadań z obszaru promocji i profilaktyki zdrowia, zapewniać samodzielnie lub w kooperacji z innymi szpitalami realizację zadań z zakresu opieki szpitalnej oraz powiązanych z nią usług AOS, ale też mieć realny wpływ na funkcjonowanie POZ. Bez koordynacji organizacji ochrony zdrowia na poziomie lokalnym pacjent odruchowo będzie przetrzucany pomiędzy uczestników systemu i ostatecznie trafi do leczenia szpitalnego. Centrum powinno również realizować inne zadania na rzecz lokalnej społeczności. W tym zakresie chociażby koncepcję zamiany części łóżek szpitalnych na łóżka opieki długoterminowej odbieramy pozytywnie. W najbliższym czasie te potrzeby będą się zwiększały, a nie malały.

Bernadeta Skóbel, kierownik Działu Monitoringu Prawnego i Ekspertyz Związku Powiatów Polskich



Foto: iStockphoto.com

## LUKASZ JANKOWSKI

**N**a naszych oczach zmieniają się potrzeby zdrowotne obywateli. Nie tylko żyjemy dłużej i korzystamy z kosztownych technologii medycznych, lecz także kładziemy coraz większy nacisk na profilaktykę, indywidualizację opieki, natychmiastowy przepływ informacji. Przystaje się mówić o historii choroby, a zaczyna się podchodzić do pacjenta, myśląc o historii jego zdrowia – a może po pierwsze zdrowia, a po drugie choroby. W mojej ocenie tradycyjna koncepcja szpitali, jaką

znamy, dziś już się nie sprawdza, bo przebywanie w szpitalu oznacza nie tylko brak komfortu zdrowienia, lecz także ryzyko zakażenia wewnątrzszpitalnego. Podzielałm opinię, że przyjmujemy do szpitali wiele osób, które przy sprawnym systemie diagnostyki w AOS czy POZ wcale nie musiałyby tam trafiać.

Kiedyś w trakcie przyjęcia pacjenta „na diagnostykę” jeden z kolegów lekarzy zapytał mnie, czy potrafię wskazać chorobę, której diagnostyka u stabilnego pacjenta musiałaby być przeprowadzana koniecznie w szpitalu. Przyznaję, że miałem problem z odpowiedzią. Po prostu stabilny pacjent, niewymagający leczenia, zwykle może być diagnozowany ambulatoryjnie. A przyjmowany jest do szpitala, bo w naszym systemie tylko w szpitalu szybko zrobi pełną diagnostykę.

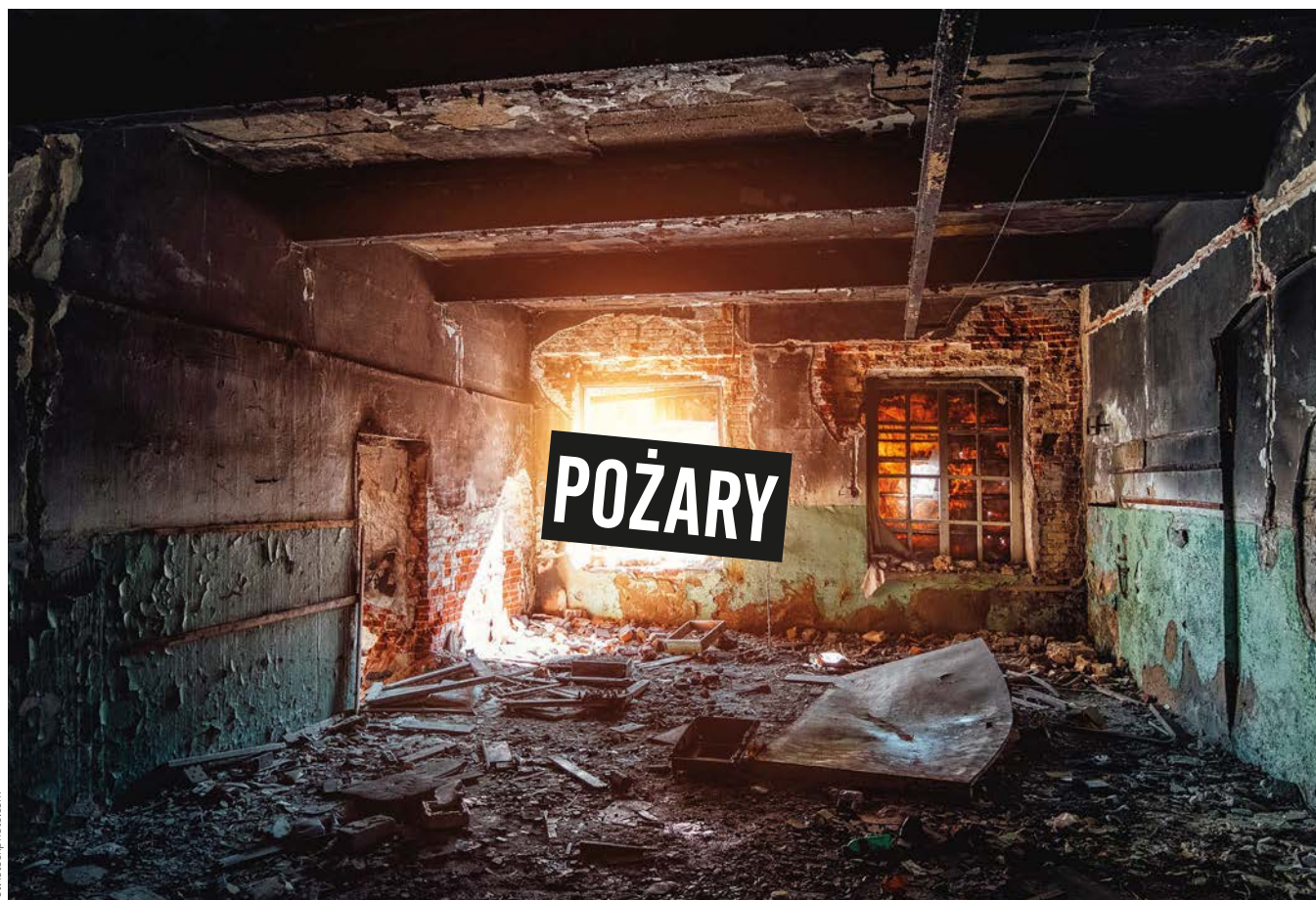
Oczywiście oczyma wyobraźni widzę lekarza POZ wyposażonego w narzędzia niezbędne do pełnej diagnostyki, wyobrażam sobie grono specjalistów pracujących na innym piętrze tej samej przychodni, którzy są gotowi skonsul-

tować pacjenta w ciągu jednego dnia. Taki system pozwoliłby na odciążenie szpitali i zarezerwowanie ich tylko do leczenia chorób. W niektórych przypadkach hospitalizacja byłaby niezbędna, ale szpitale mogłyby funkcjonować też jako centra kompetencji poświęcone tylko leczeniu (np. centrum chirurgii z rozbudowanym pionem lecznictwa jednodniowego i dostępnymi konsultantami z innych dziedzin). Uważam jednak, że i taki system, z pozoru wymarzony, w ciągu kilkunastu lat musiałby zostać zastąpiony systemem „szpital w domu chorego” – z koordynatorem pielęgnacji i telemedycznym dostępem do specjalistów. A być może z udziałem algorytmów AI.

To oczywiście przyszłość, teraz natomiast powinno moim zdaniem obowiązywać podejście: diagnostyka w ambulatorium, leczenie w szpitalu. Ciekawe tylko, kiedy – biorąc pod uwagę obecne kolejki do specjalistów – udałoby się stworzyć w Polsce taki system.

Lukasz Jankowski,  
prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

**PRYJMujemy DO SZPITALA  
WIELE OSÓB, KTÓRE PRZY  
SPRAWNYM SYSTEMIE  
DIAGNOSTYKI W AOS CZY POZ  
WCALE NIE MUSIAŁYBY  
TAM TRAFIAĆ**



Fot. iStockphoto.com

## MICHAŁ SEWERYN

Prawie 54 proc. kosztów świadczeń zdrowotnych, jakie ponosi polski płatnik, to finansowanie lecznictwa szpitalnego (dane z planu finansowego NFZ na 2021 r.). Około 950 szpitali w Polsce nie tworzy jednolitej ani specjalnie uporządkowanej struktury. Większość publicznych placówek powstała w czasach PRL, kiedy motywacją do ich tworzenia w wielu przypadkach była zgoła inna niż dzisiejsze cele, np. zabezpieczenie na wypadek wojny. Jeśli dodamy do tego mnogość organów założycielskich i brak ustawowego koordynatora opieki zdrowotnej, jawi nam się obraz systemu szpitalnictwa, który tak jak cały polski sektor zdrowotny trawia liczne problemy, uniemożliwiające jego poprawne funkcjonowanie.

Oczywiście nie sposób nie zgodzić się z Jarosławem i Magdaleną

Kozerami, że problemem jest archaiczna struktura udzielania świadczeń ze zbyt wysokim udziałem usług szpitalnych realizowanych przez wiele rozdrobnionych podmiotów. Paradoksalnie nie uważam jednak, aby to w liczbie łóżek leżał klucz do rozwiązania systemowych problemów ochrony zdrowia. Dopóki nie redefiniujemy systemu zdrowotnego w Polsce na podstawie celów, jakie przed nim stawiamy, środków, których do tego potrzebujemy, i wizji systemowej reformy, do której dążymy, nadal będziemy tylko gasić pożary zdewastowanego, drewnianego budynku zamiast zaprojektować i wybudować nowoczesny gmach.

Zła organizacja i brak koordynacji przekładają się na jakość systemu, a co za tym idzie – na bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego. Brak wizji i nierozsądne

reformy ochrony zdrowia uniemożliwiają odwrócenie fatalnych trendów związanych z niedoborem kadry medycznej. W jej przypadku wyzwaniem nie jest dziś wyłącznie zwiększenie liczby przyjęć na studia medyczne i miejsc na specjalizacjach, ale kompleksowa poprawa efektywności wykorzystania ograniczonych zasobów. Tymczasem obecny system ochrony zdrowia zmierza od dawna w stronę zgoła przeciwną. „Reformy” zamiast upraszczać, utrudniają. Zamiast wspierać świadczeniodawców i personel medyczny, często rzucają im kłody pod nogi. W tym kontekście zwiększenie bądź zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych w Polsce nie spowoduje oczekiwanych zmian w systemie zdrowotnym.

Michał Seweryn, specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes zarządu EconMed Europe, były naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia

**MONOPOLISTA,**

**KTÓRY**

**NIE**

**ZBANKRUTUJE**



Foto: istockphoto.com

## KRZYSZTOF BUKIEL

Zgadzam się z tezą Jarosława Kozery, że istotna część, może nawet większość świadczeń udzielanych obecnie w szpitalach mogłaby być wykonywana ambulatoryjnie i byłoby to tańsze. Podobnie wygląda to z mojego punktu widzenia – lekarza szpitalnego. Także twierdę, że przez to marnują się „zasoby ludzkie” i ogólnie zmniejsza się dostępność refundowanych świadczeń zdrowotnych dla chorych.

Dруга teza, że „część łóżek szpitalnych to zaplecze prywatnych gabinetów lekarskich”, wydaje mi się prawdopodobna, chociaż nie mam na to żadnych bezpośrednich dowodów.

Uproszczeniem jest jednak twierdzenie, że „archaiczna struktura udzielania świadczeń w szpitalach” – jak to określa Jarosław Kozera – to wina lekarzy, bo traktują oni część łóżek szpitalnych jako „zaplecze swoich prywatnych gabinetów”. Jeżeli faktycznie tak robią, to raczej wykorzystują sytuację, niż ją powodują. Jarosław Kozera stwier-

dził zresztą, że głównym winowajcą i podmiotem, który może to zmienić, jest płatnik, czyli instytucja państwowa. To ona w określony sposób wycenia świadczenia refundowane

**STWÓRZMY TAKIE WARUNKI,**

**ABY PŁATNIKOWI ZALEŻAŁO**

**NA JAK NAJEFEKTYWNIJSZYM**

**WYDAWANIU PIENIĘDZY**

i powoduje, że wiele z nich jest lepiej wycenionych, gdy są realizowane w szpitalach, mimo że mogłyby być wykonywane ambulatoryjnie. To jest przyczyna, dla której w szpitalach utrzymywana jest „archaiczna struktura świadczeń”, z czego – zapewne – korzystają niektórzy lekarze w szpitalach i klinikach, zwłaszcza ci najbardziej „decyzyjni”. Wydaje się jednak, że państwu nie zależy na tym, aby to zmienić. Przeciwnie – zależy, aby to konserwować.

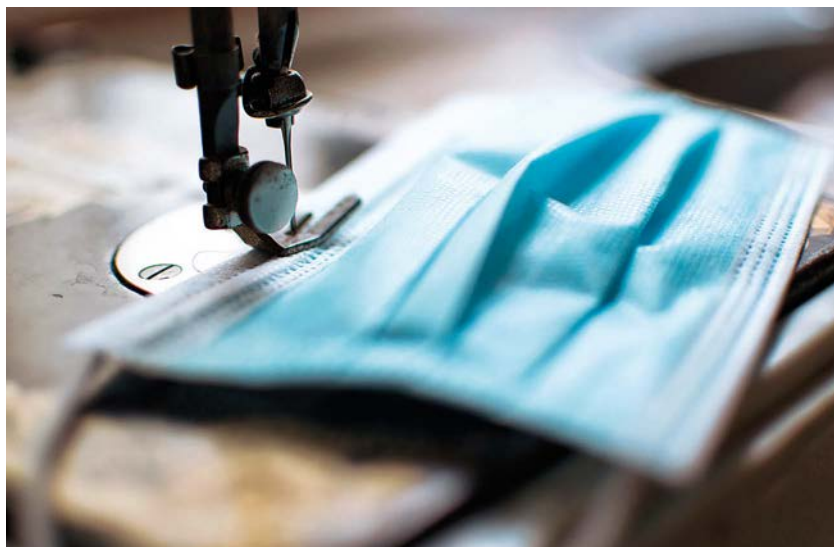
Znamienna jest reakcja rządzących na propozycję wysuniętą swego czasu przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy – odpowiednio wysokie wynagrodzenie dla lekarzy w zamian za zatrudnienie wyłącznie w jednym miejscu i nielączenie pracy w szpitalu z pracą w gabinecie prywatnym. Ówczesny minister zdrowia Łukasz Szumowski (notabene profesor medycyny, czyli osoba bardzo „decyzyjna” w szpitalu) był przeciw. Obecny minister zdrowia Adam Niedzielski nawet się o tej propozycji nie zająknął. On zresztą w ogóle porzucił dialog z lekarzami.

Oczywiście zmiana tej sytuacji jest możliwa. Trzeba stworzyć takie warunki, aby płatnikowi zależało na jak najefektywniejszym wydawaniu pieniędzy. Czy to jednak możliwe, jeśli NFZ jest monopolistą, a jego pozycja prawna i faktyczna jest taka, że chociażby nie wiadomo jak marnował środki, to i tak nie zbankrutuje ani nie zostanie rozwiązany?

Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

# SZYCIE SYSTEMU NA MIARĘ

MARCIN PAKULSKI



Fot. iStockphoto.com

**A**naliza Jarosława i Magdaleny Kozarów pokazała rzeczywisty obraz systemu opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Rzeczywisty, bo stworzony na podstawie prawdziwych danych – z tym nie ma co dyskutować. Nie zamierzam również komentować generalnego wniosku, że jest to nieoptymalne wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej w Polsce – to oczywistość.

Pytanie, które mnie nurtuje, dotyczy przyczyn takiego stanu rzeczy. Co sprawia, że z jednej strony tak „napędzane” są hospitalizacje, które teoretycznie mogłyby być zastąpione świadczeniami ambulatoryjnymi, a z drugiej mamy pogarszające się negatywne mierniki zdrowia?

Na początek fakty. W Polsce jest za mało lekarzy, zwłaszcza POZ, i pielęgniarek, wykonujemy za mało badań diagnostycznych, ale wbrew utartej opinii łóżek szpitalnych mamy tyle co Czechi w przeliczeniu na liczbę mieszkańców i nie wyróżniamy się liczbą hospitalizacji w stosunku do średniej europejskiej. No właśnie. Podsumowując – mamy podobną liczbę hospitalizacji, ale dzięki analizie Jarosława i Magdaleny Kozarów wiemy, że dotyczą one procedur być może niewymagających lecze-

nia szpitalnego. Jeżeli spojrzymy na system całościowo, to widać, że największe deficyty są w leczeniu ambulatoryjnym, zwłaszcza w POZ. Czy zatem nie jest tak, że szpitale niejako kompensują brak dostępu do diagnostyki i leczenia w trybie pozaszpitalnym? Jeżeli pacjent wymaga pilnego wykonania badania i konsultacji specjalistycznej, to nie ma innego sposobu niż „położyć” go do szpitala. I nie jest to element nieprawidłowego zachowania lekarzy, ale wręcz przejaw troski. Gdyby chory zgodnie z zasadami był diagnozowany i leczony tylko w trybie ambulatoryjnym, to czas diagnostyki mógłby się wydłużyć o kilka tygodni. Co mam na potwierdzenie mojej tezy? Otóż lockdown, który zamroził działalność głównie szpitali, spowodował niewyobrażalną „pandemię” zaawansowanych postaci nowotworów i chorób przewlekłych.

System opieki zdrowotnej potrzebuje zmian, ale nie takich, nie kompulsywno-emocjonalnych. Proste cięcie liczby szpitali może

TRZEBA ZACZĄĆ BUDOWAĆ

ALTERNATYWNĄ BAZĘ

WOBEC LECZNICTWA SZPITALNEGO

wprowadzić chaos i jeszcze bardziej zachwiać zdrowiem Polaków. Najpierw trzeba zacząć budować alternatywną bazę wobec leczenia szpitalnego.

Paradoksalnie obecny kryzys sprzyja takim działaniom. Medycy po ostatniej fali pandemii są piekielnie zmęczeni psychicznie i fizycznie. Są też w dużej mierze w wieku przedemerytalnym lub wręcz emerytalnym. Wielu z nich nie ma już siły pracować w skrajnym obciążeniu w obecnych realiach polskich szpitali, ale nie rezygnuje z zawodu – przechodzi do leczenia ambulatoryjnego. Sposobem, by z jednej strony zatrzymać kadry w publicznym systemie opieki zdrowotnej, a z drugiej zapewnić pacjentom dostęp do świadczeń, jest uszycie systemu na miarę naszych możliwości. By poprawić efektywność leczenia szpitalnego, trzeba dokonać zmian w całym systemie, a w zasadzie wymyślić go od nowa.

Marcin Pakulski, były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

# WBREW LOGICE



Fot. istockphoto.com

## PIOTR WARCZYŃSKI

Jarosław i Magdalena Kozerowie przypomnieli o odwiecznym problemie złej struktury świadczeń, który nęka nasz system ochrony zdrowia. Przytoczę wskazówki WHO dotyczące docelowego modelu udzielania świadczeń, który pokrywa się z analizą Jarosława i Magdaleny Kozerów. Otóż według WHO ok. 80 proc. wszystkich interwencji medycznych powinno być wykonywane przez dobrze funkcjonujący system podstawowy – u nas przez podstawową opiekę zdrowotną. Zaledwie 20 proc. zostaje na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) oraz leczenie szpitalne, ze wskazaniem na AOS. Wynika z tego jasno, że na leczenie szpitalne powinno przypadać mniej niż 10 proc. Ten docelowy, idealny system właściwie nigdzie na świecie nie istnieje, ale podobno wszyscy do niego dążą. Skandynawia osiąga wskaźnik ok. 25 proc. świadczeń szpitalnych, Fran-

**NIEZALEŻNIE OD TEGO, KTO RZĄDZI,**

**SAMORZĄDY PRORZĄDOWE SĄ ZA REDUKCJĄ**

**LICZBY ŁÓŻEK SZPITALNYCH, A OPOZYCYJNE**

**ZA JEJ ZWIĘKSZANIEM**

cja ponad 30 proc., ale jednym z rekordzistów jest Polska – u nas ponad 50 proc. stanowią świadczenia szpitalne i odsetek ten cały czas rośnie. Nie jesteśmy osamotnieni, bo w kilku znacznie od nas bardziej rozwiniętych i dojrzałych krajach jest podobnie.

Aby kontynuować dyskusję, pozostaje tylko zadać pytanie, dlaczego tak się dzieje. Postaram się przedsta-



wić tę sprawę z nadzieją, że czytelnicy powiedzą, czy się z moją diagnozą zgadzają i dlaczego nie.

### Kogo to interesuje

Moim zdaniem zainteresowanych tym, aby ograniczyć liczbę świadczeń szpitalnych, już nie ma – z wyjątkiem takich idealistów jak przedstawiciele WHO oraz Jarosław i Magdalena Kozerowie.

Zacznijmy od samej góry – pewnie nie będzie to prezes, a już na pewno premier ani minister zdrowia. Chyba o nikim ważnym nie zapomniałem.

Od razu trzeba przypomnieć, że szeroko pojęta ochrona zdrowia we wszystkich rozwiniętych krajach jest pierwszym lub drugim sektorem gospodarki narodowej, przynoszącym jedne z największych zysków budżetowi państwa. Jak łatwo się domyśleć, głównym „dostawcą” podatków nie jest POZ ani AOS, tylko właśnie lecznictwo szpitalne. Powodem jest nie tylko wysokie zatrudnienie w tym sektorze (ok. 6 proc. zatrudnionych), a więc niskie bezrobocie i wysokie podatki (w systemie ochrony zdrowia zatrudnionych jest ok. 11 proc. wszystkich osób mających pracę). Ważne są także podatki – płacą je np. firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych, firmy ubezpieczeniowe, które największe zyski mają właśnie z lecznictwa szpitalnego. Warto wspomnieć, że łatwiej kontrolować stosunkowo rozproszony pod względem decyzyjnym system lecznictwa szpitalnego niż w większości jednolicie zrzeszoną, silną organizacyjnie POZ.

Następnym poziomem są organy tworzące, czyli czasami faktyczni właściciele podmiotów leczniczych, w tym szpitali.

W ok. 95 proc. są to samorządy terytorialne, ale także organy rządowe, takie jak minister zdrowia, minister obrony narodowej, minister spraw wewnętrznych, teoretycznie także minister pracy i minister nauki (instytuty), którzy z oczywistych względów takiej władzy się nie pozbędą. Właścicielami szpitali są coraz liczniejsze uczelnie medyczne, czyli aktualnie uniwersytety medyczne, których koniecznym zapleczem są szpitale kliniczne. W przypadku „nowych” uczelni są to faktycznie wyłącznie szpitale wojewódzkie lub powiatowe, które zmieniają nazwy. W przypadku „starych” notujemy stały wzrost lecznictwa szpitalnego, który jest efektem często nadmiernych ambicji władz uczelni i dyrektorów szpitali klinicznych, oraz dostępności dotacji budżetowych, czyli ambicji politycznych i łatwego dostępu do środków unijnych przy braku kontroli ich wydawania w tym sektorze, bo przecież „w zdrowiu” nie można ich źle wydać.

Kolejnymi, do tej pory najważniejszymi, a na pewno najliczniejszymi właścicielami szpitali są samorządy terytorialne. Niezależnie od tego, kto rządzi, samorządy prorządowe są za redukcją liczby łóżek szpitalnych, a opozycyjne za jej zwiększaniem (a po zmianie władzy odwrotnie). Pomijając politykę – za-

**DYWAGACJE, CZY ZARZĄDZAJĄCY SZPITALAMI**

**CHCIELIBY OGRANICZYĆ SWOJE WPŁYWY,**

**SĄ NIECELOWE – PODOBNIIE JAK PYTANIA,**

**CZY ZATRUDNIENI W SZPITALACH CHCIELIBY**

**PRZENIEŚĆ SWOJĄ AKTYWNOŚĆ ZAWODOWĄ**

**DO GORZEJ OPŁACANEGO**

**SEKTORA AMBULATORYJNEGO**

równo szpitale powiatowe, jak i wojewódzkie są prawie zawsze największymi pracodawcami w regionie. Czy jakkolwiek samorządowiec, który chce kontynuować karierę polityczną, zdecyduje się lub poprzez likwidację swojego elektoratu?

Dywagacje, czy zarządzający szpitalami chcieliby ograniczyć swoje wpływy, są niecelowe – podobnie jak pytania, czy zatrudnieni w szpitalach chcieliby przenieść swoją aktywność zawodową do gorzej opłacanego sektora ambulatoryjnego.

A co z dostawcami usług medycznych? Firmy farmaceutyczne, hurtownie, apteki, wytwórcy wyrobów medycznych i pośrednicy, dostawcy mediów: ciepła, prądu, gazu, internetu – czy są zainteresowani ograniczaniem swoich dochodów? Wiem, że biorąc pod uwagę stan aktualny, są to pytania retoryczne. Jednocześnie zdaję sobie sprawę, że w skali globalnej, z punktu widzenia projekcji zdrowia publicznego, są to poglądy wsteczne, niezajdujące uzasadnienia w badaniach dotyczących dalszego rozwoju.

### Lekcja z pandemii

Skoro w szpitalnictwie działamy wbrew logice stabilnego rozwoju, znając wytyczne zdrowia publicznego, co zrobić, aby wdrożyć system oparty na zdrowym trybie życia i profilaktyce, w którym lecznictwo szpitalne jest niezbędne, jednak w małym zakresie w stosunku do aktualnych danych?

Dla Jarosława i Magdaleny Kozerów mam propozycję nowej analizy lecznictwa szpitalnego – związanej z czasem pandemii i dotyczącej wykorzystania i finansowania łóżek szpitalnych w ciągu ostatnich dwóch lat w porównaniu z dwoma poprzedzającymi latami. Będzie to dobra podstawa do dyskusji o zasadności (lub nie) dotychczas realizowanej polityki państwa, w tym podejmowanych w czasie pandemii decyzji o lockdownach systemu ochrony zdrowia, w szczególności o negatywnych lub pozytywnych skutkach tych decyzji.

Piotr Warczyński, były wiceminister zdrowia, lekarz internista, endoskopista



## NADUŻYWANE HOSPITALIZACJE

### SZCZEPAN COFTA

Struktura szpitalna w naszym kraju jest dość archaiczna. Zapomina się, że bezwzględny motywem i warunkiem skierowania pacjenta do szpitala jest brak możliwości wykonania świadczeń w trybie ambulatoryjnym, stan zagrożenia życia lub nagłe pogorszenie zdrowia bez możliwości oczekiwania na planowe leczenie. Hospitalizacje są nadużywane, a główną przyczyną jest brak skutecznych struktur działalności ambulatoryjnej oraz odpowiedniego wspierania krótkich pobytów szpitalnych, przede wszystkim jednodniowych.

Oczywiście uwolniono finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), co byłoby dobrym ruchem, o ile w ramach AOS wymusi się skuteczność wypełnienia celu diagnostycznego czy leczniczego. Nie powinno się akceptować takich praktyk, jak „wsobne krążenie pacjentów generujących wizyty”, co

jest istotnym ryzykiem w AOS, zwłaszcza poza praktykami dobrze wyposażonymi w narzędzia diagnostyczne. Być może warto się pokusić o dwa poziomy referencyjne poradni – w zależności od zaplecza diagnostyczno-leczniczego. Umożliwiłyby to unikanie rekonultacji po odbytych już konsultacjach specjalistycznych. W szpitalach klinicznych olbrzymia część konsultacji to właśnie rekonultacje, a dzieje się tak we współzarządzanym przez mnie szpitalu chociażby w zakresie okulistyki, pulmonologii czy chirurgii naczyniowej.

Bezwzględnie brakuje preferowania świadczeń jednodniowych oraz krótkich pobytów w warunkach szpitalnych. Ich stosowanie może znacząco usprawnić procesy diagnostyczne i cały system, a także zmniejszyć czas oczekiwania na hospitalizację tych pacjen-



**CZĘŚĆ SZPITALI POWIATOWYCH  
POWINNA PRZEJŚĆ  
SWEGO RODZAJU FUZJE.  
BYĆ MOŻE GDZIEINIEGDZIE  
SZPITALA TE POWINNY  
STAĆ SIĘ ZAPLECZEM  
I UZUPEŁNIENIEM NA PRZYKŁAD  
SZPITALI KLINICZNYCH  
I DUŻYCH JEDNOSTEK WOJEWÓDZKICH**

tów, którym w AOS nie można pomóc. Pobyty takie mogą dotyczyć przykładowo kardiologii, pulmonologii, chirurgii, ginekologii, a także wielu obszarów interny. W dużej części oddziałów powinny być utworzone sale dziennego pobytu, które mogłyby działać na przykład od poniedziałku rano do piątkowego popołudnia.

Oczywiście system szpitalny musi przejść rewizję i restrukturyzację. Nowa sieć szpitali, której zamiar przygotowania zapowiedziano, powinna to uwzględnić. Trzeba odważnie zakwestionować rolę powiatu jako organu tworzącego szpitale. Część szpitali powiatowych – niezwykle ważnych – powinna przejść swego rodzaju fuzje. Być może gdzieś indziej szpitale te powinny stać się zapleczem i uzupełnieniem na przykład szpitali klinicznych i dużych jednostek wojewódzkich. To powinno być przedmiotem odrębnych – śmiałych – dyskusji i decyzji. W ogóle dopuszczenie różnorodności organów tworzących nie powinno być tematem tabu.

Istnieje pewne dążenie do komasacji, ale przestrzegalbym przed bezkrytycznym tworzeniem olbrzymich, bezwładnych organizacyjnie molochów. Prowadzi to często do anonimowości opieki, a także spłaszczenia relacji i alienacji. Każdy szpital musi zachowywać swoją „duszę”, musi zapewniać optymalną jakość pacjentom, ale także stanowić przestrzeń przyjazną dla pracowników. Sieć szpitali powinna oczywiście być dostosowana do potrzeb zdrowotnych (choć można nimi manipulować), ale także do faktycznych możliwości kadrowych.

Ewentualne blokowanie oddziałów dla celów partykularnych przez poszczególnych lekarzy byłoby niezwykle naganne. Dlatego nadzór nad mechanizmami i prowadzeniem list oczekujących powinien być dość restrykcyjny. Z zadziwieniem przyjmuję wiadomości, że na niektóre oddziały nie ma oficjalnych list oczekujących i zapisanie pacjenta w celu hospitalizacji jest niemożliwe. Dotyczy to nieraz oddziałów, które pełnią ostre dyżury, ale to nie tłumaczy tej sytuacji.

W kraju istnieją regionalne różnice dotyczące systemu szpitalnego. Dążenie zarządzających do restrukturyzacji szpitali jest zatem bardzo cenne i należy je bezwzględnie poprzeć. Zmiana musi być wspierana skuteczną informatyzacją, która w nowym wydaniu, na ile to możliwe, powinna integrować system w skali całego kraju. Choć jak się okazuje, nie jest to wcale łatwe, bo Polska jest stosunkowo dużym krajem.

Nieznaczne ograniczenie liczby szpitali i przebudowa ich struktury stają się zatem istotnym wyzwaniem najbliższych lat.

Dr hab. n. med. Szczepan Cofta z Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przewodniczący Unii Szpitali Klinicznych, lekarz naczelny Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu i były dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu



## PRZEPYCHANKI

**ROBERT MOŁDACH**

Jarosław Kozera słusznie pokazuje, jak nieefektywny system zbudowaliśmy. Pytanie, jak go zmienić, bo prób przez ostatnie ćwierćwiecze podejmowaliśmy aż za wiele.

O zmianie struktury świadczeń szpitalnych, efektywności, wykorzystaniu zasobów i środków publicznych, a także odwróceniu piramidy świadczeń rozmawiamy od wczesnych lat 90. zeszłego stulecia. Pierwszy kompleksowy plan transformacji sektora szpitalnego pod nazwą „Krajowy plan rozmieszczenia zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej (Krajowa Sieć Szpitali)” został opracowany przez zespół Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia pracujący pod kierunkiem Macieja Murkowskiego i Andrzeja Koronkiewicza. Opublikowano go w 1997 r. Nie wszedł w życie.

Kolejny plan – „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności” opracował Państwowy Zakład Higieny w 2006 r. Tworzył on założenia ilościowe i rodzajowe do ustawy o sieci szpitali prof. Religi. Także nie wszedł w życie.

Potem mieliśmy ustawę o działalności leczniczej, czas komercjalizacji i niespełnionych nadziei na regulacyjną rolę NFZ z rosnącymi ambicjami władz lokalnych i części środowisk medycznych. Zepsuliśmy

to na całej linii, w dodatku wykorzystując do tego europejskie środki pomocowe w perspektywach 2007–2013 i 2014–2020, które zamiast transformacji posłużyły zabetonowaniu systemu pod hasłem inwestycji w podniesienie jakości infrastruktury zdrowotnej. Tak, pojawiło się wiele nowych obiektów, ogrom nowoczesnych urządzeń, ale nie było w tym nadrzędnej logiki kreatora systemu (było kilka wyjątków, np. organizacja LPR).

Po drodze odbyliśmy nieskończoną liczbę rozmów o transformacji systemu we wszystkich możliwych konfiguracjach, ale poza punktowym postępowaniem w onkologii czy kardiologii kończyło się to zawsze kolejnymi falami jego suplementacji.

I tak dotarliśmy do lat współczesnych, niewykorzystanej szansy map potrzeb zdrowotnych, sieci szpitali utworzonej pod polityczne dyktando, kryzysu pandemicznego i dyskusji nad planem odbudowy, który kolejny raz zamiast tworzyć podwaliny nowego świata przemawia do nas słowami: „to lista sprzętów odpowiadająca na potrzeby zebrane od naszych szpitali”. Tak, upraszczam, ale trzeba to jasno nazwać.

Jarosław Kozera słusznie pokazuje, jak nieefektywny system zbudowaliśmy. Pytanie, jak go zmienić, bo prób przez ostatnie ćwierćwiecze podejmowaliśmy aż za wiele. Wskazuje na kwestie wyceny i organizacji. Racja! Transformacja polskiej oku-

listyki dokonana w ostatnich trzech latach dowodzi, że jest to możliwe. Co było do tego potrzebne? Wycena premijująca jakość kliniczną i efektywność finansową (nie te nieszczęsne pomalowane na kolorowo ściany) oraz determinacja konsultanta krajowego w trudnym – powiedzmy to szczerze, ale jednak dialogu ze środowiskiem i towarzystwami naukowymi przy konsekwentnym wsparciu ze strony Ministerstwa Zdrowia i NFZ.

Na tle ostatniego przykładu nie uważam za trafiony pomysł centralizacji szpitali. Dobrze, że jest modyfikowany. Byłem i pozostaję zwolennikiem konsensusu z decydującą rolą organizatora świadczeń, którym lokalnie powinien być najprawdopodobniej wojewoda przy wzmocnionej roli płatnika publicznego (ale nie poprzez wchłonięcie CMJ!). Owszem, popieram większą kontrolę i uzależnienie inwestycji publicznych od planów transformacji na wzór tych, które tworzyli Murkowski z Koronkiewiczem. Od lat powtarzam, że nie chodzi o potrzeby infrastruktury i środowisk, które jej bronią, ale potrzeby pacjentów. Jakże to trywialne!

Teoretycznie wszyscy o tym wiemy. Możemy mieć różne wizje rozwiązania, ale nie spieramy się o sedno sprawy. Dotychczas praktycznie zawsze wygrywały interes polityczny lub lokalne ambicje. Przecięta wstęga przy szpitalu z czekiem w tle zawsze lepiej wygląda w obiektywie kamery niż remont lokalnej przychodni lekarza rodzinnego, nie wspominając już o tej kompletnie niezrozumiałej deinstytucjonalizacji.

Jeśli mamy transformować system, to zaczniemy od budżetu NFZ, zmieniając proporcje wydatków i wycenę, finansujemy solidnie ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, inwestujemy w podstawową opiekę zdrowotną i profilaktykę. Ale tak na serio – nie w wielkich miastach, tylko na wsi. Wykorzystajmy do tego mądrze środki wspólnotowe i nasze własne. Nie zmarnujmy czwartego dziesięciolecia z rządu na bezsensowne przepychanki i obronę stanu posiadania.

Robert Mołdach z Instytutu Zdrowia i Demokracji



where  
**science** meets **humanity**™



## Biogen – jesteśmy pionierami neuronauki

Prowadzimy pionierskie badania naukowe, które poszerzają wiedzę na temat układu nerwowego. Dzięki zastosowaniu nowych technologii cyfrowych oraz włączeniu doświadczeń społeczności pacjenckich możemy pogłębić rozumienie oraz chronić cechy i wartości fundamentalne dla człowieka.

[www.biogen-poland.pl](http://www.biogen-poland.pl)

 **Biogen.**®

Biogen-60776

ZA MAŁĄ

DOSTĘPNOŚĆ

AMBULATORYJNEJ



Foto: iStockphoto.com

## RAFAŁ JANISZEWSKI

Po zapoznaniu się z opinią Jarosława i Magdaleny Kozerów, z której wynika, że za dużo leczymy w szpitalach, zwrócę uwagę na jedną główną tezę dotyczącą niedostosowania struktury świadczeń zdrowotnych zarówno do potrzeb pacjentów, jak i do możliwości naszego systemu ochrony zdrowia.

Zawsze uważałem, że w obecnej konstrukcji świadczenia nie przystają do postępu naukowego i technologicznego oraz do organizacji ochrony zdrowia. Stały się one ślepym mechanizmem dystrybucji pieniędzy, w którym głównym efektem ma być pokrycie kosztów funkcjonowania określonej masy zasobów systemu ochrony zdrowia.

Prawdą jest – i potwierdza to analiza, którą przedstawiają Jarosław i Magdalena Kozerowie – że w Polsce wykonuje się bardzo dużo hospitalizacji zachowawczych, diagnostycznych.

Oczywiście przyczyna tego stanu rzeczy jest jedna, jasna i oczywista – zbyt mała dostępność ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i tym samym ograniczona możliwość szybkiego i szerokiego diagnozowania pacjentów.

### Dlaczego pacjentów przyjmuje się na oddział?

Ponieważ po przyjęciu do szpitala można wykonać wszystkie badania. W szpitalu są dostępne narzędzia, dzięki którym w kilka dni jestem w stanie postawić diagnozę. Największym problemem wcale nie są hospitalizacje diagnostyczne, ale to, że pacjenci po nich nie podejmują szybkiego leczenia. A nie podejmują, bo nie ma do niego dostępu z tej przyczyny, że zasoby są zajęte... kolejnym diagnozowaniem. Bezspornie potrzebujemy więc odblokowania zasobów, żeby móc je wykorzystać do leczenia.

Taką zmianę można by uzyskać poprzez wprowadzenie krótkoterminowych (jedno-, dwudniowych) świadczeń diagnostycznych, które oczywiście byłyby w odpowiedni sposób skonstruowane i wycenione. Dzięki temu nie byłoby już zjawiska, które przedstawiają Jarosław i Magdalena Kozerowie, a mianowicie sześćo- czy nawet ośmioldniowych hospitalizacji diagnostycznych. W ich miejsce mielibyśmy nowe świadczenie krótkoterminowe.

Chcę podkreślić, że nie jestem bezwzględnym obrońcą liczby łóżek w szpitalach. Opowiadam się za tym, aby je racjonalnie wykorzystywać – do trybu jednodniowego, a przede wszystkim do zaopatrywania pacjentów leczniczo i wykonywania zabiegów. Jeśli trzeba leczyć chorych zachowawczo w warunkach szpitalnych, należy taką opiekę im zapewniać.

Kwestia braku kadr oraz zmniejszenia personelu medycznego epi-

# OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

demia koronawirusa jest faktem oczywistym, ale znowu – niekoniecznie jestem przekonany, że to tylko COVID-19 zmęczył biały personel.

## Dlaczego kolejne zmiany nie poprawiają funkcjonowania systemu?

Polscy lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni oraz pozostały personel medyczny – wszyscy są zmęczeni latami zmian i różnego rodzaju reform. Zmęczeni są tym również menedżerowie placówek ochrony zdrowia, którym co rusz regulator narzuca kolejne zmiany, a wszystkie one nie poprawiają wcale funkcjonowania systemu. Systemu rozumianego jako instrument zaopatrywania potrzeb zdrowotnych. Zmiany te mają na celu głównie „ogarnięcie budżetu”, czyli utrzymanie placówki na określonym poziomie finansowania.

Dostrzegam, że każda kolejna reforma zmierza do tego, aby zredukować zasoby do takich, które będzie można utrzymać, a nie do takich, które są potrzebne. To wielce smutna konstatacja. Kiedy wprowadzano sieć szpitali, wydawało mi się, że będzie to dobre narzędzie, by dać placówkom ochrony zdrowia stabilne budżety – w ramach ryczałtów – oraz powierzyć im zadanie publiczne, jakim jest ochrona zdrowia obywateli, a następnie mierzyć stopień ich zaangażowania w jego realizację. Mierzyć stopień zaangażowania, wykorzystując narzędzia statystyczne, by było to podstawą do budowania budżetów na kolejny okres. Bo budżet, czyli ryczałt, miał być niezmienny w danym okresie i właśnie ten budżet miał wyznaczać pewien poziom zasobów, które regulator zamierza utrzymać, by zadanie publiczne ochrony zdrowia obywateli było wypełniane prawidłowo.

Okazało się niestety, że jest inaczej. Budżet nie jest niezmienny – jeśli płatnik tego chce, może go zwiększyć lub zmniejszyć. Zaczęto wprowadzać narzędzia, które zachwiały stabilizacją finansową szpitali.

To się oczywiście odbija na personelu. I nie mam na myśli jedynie pieniędzy, bo nie tylko w tym rzecz. Na komfort pracy lekarzy oraz poczucie bezpieczeństwa – ich oraz pacjentów – wpływa wiele elementów, choćby takich jak dostęp do odpowiednich zasobów, możliwość użycia konkretnego sprzętu oraz rozwiązania organizacyjne.

Słuszną jest zatem teza, że należy poważnie podejść do zagadnienia zmiany konstrukcji świadczeń. Należałoby wręcz odważnie przedefini-

**NAJWIĘKSZYM PROBLEMEM  
WCALE NIE SĄ HOSPITALIZACJE  
DIAGNOSTYCZNE, ALE TO,  
ŻE PACJENCI PO NICH  
NIE PODEJMUJĄ  
SZYBKIEGO LECZENIA**

niować świadczenia – traktować je nie jako produkt sprzedawany płatnikowi, ale jako zobowiązanie do sfinansowania kosztów realizacji zadania publicznego.

## Dlaczego wciąż rozmawiamy tylko o pieniądzech?

Nadrzędną sprawą jest jednak standard diagnostyczno-terapeutyczny. Powinno się – i do tego również potrzeba dużej odwagi – podejść od początku do wystandaryzowania świadczeń, czyli do każdego problemu zdrowotnego zapisać konkretnie, jakie postępowanie jest stan-

dardem. A kiedy już to zrobimy, będziemy mogli ustalić standardy kosztowe.

Rzecz jasna standardy te powinny być posadowione na adekwatnych zakresach i miejscach. Postępowania diagnostyczne trzeba w pierwszej kolejności ustandaryzować, a następnie umieścić w systemie – w trybie jedno- lub dwudniowych hospitalizacji czy też w AOS. Niestety nie mam poczucia, że to zostanie zrobione.

Przewiduję raczej postępujące spłaszczanie koszyka świadczeń. To się dzieje tu i teraz, a dokonuje się tego bezwzględnie instrumentami finansowymi. Niektóre dziedziny, owszem, będą za pomocą tych instrumentów także uwypuklane, dofinansowywane. Mam na myśli głównie te obszary, na które opinia publiczna jest szczególnie wrażliwa: onkologię czy psychiatrię. To są dziedziny, w których się dziś tworzy nowe narzędzia, uruchamia pilotaże, projektuje sieci. Wszystko po to, żeby je dofinansować i podnieść standard świadczonych usług. A jeśli nawet nie podnieść, to co najmniej utrzymać na istniejącym poziomie.

Pozostałe dziedziny będą „spłaszczane”. System będzie ambulatoryzowany w sposób bezwzględny. Z ominięciem standardu. Naturalnym i oczywistym skutkiem tych działań będzie ubożenie – zarówno ilościowe, jak i jakościowe – zasobów szpitalnych, od których zacząłem swoją analizę.

Odbieram zatem głos Jarosława i Magdaleny Kozerów jako obiektywną, opartą na danych ocenę sytuacji, przedstawienie zjawisk, które powinny być sygnałem alarmowym dla moderatorów systemu. Oczywiście, o ile rozmawiamy o tym samym celu, jaki system ma spełniać.

Rafał Janiszewski,  
właściciel Kancelarii Doradczej Rafał Janiszewski

# KONDYCJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

GRZEGORZ GIELERAK



Fot. iStockphoto.com

Niemal stałym elementem systemów ochrony zdrowia państw wysokorozwiniętych jest nierównowaga pomiędzy zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne a możliwością ich udzielenia. Odpowiadają za to nie tylko brak odpowiedniej wielkości nakładów na ochronę zdrowia, niezbędnych do sfinansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych w koszyku, lecz także rosnące wydatki związane z postępem technologicznym w medycynie wywołującym wśród pacjentów oczekiwanie dostępności usług o najwyższym poziomie referencyjności.

Zestawienie tych okoliczności z brakiem właściwej koordynacji opieki pomiędzy ambulatoryjnym a wyspospecjalistycznym segmentem rynku ochrony zdrowia oraz chaosem kompetencyjnym pomiędzy dyrektorami podmiotów leczniczych a regulatorem rynku, spowodowanym m.in. wyborem sposobu i trybu finansowania pracowników medycznych, dodatkowo obniża efektywność wykorzystania pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia w Polsce.

## Reforma – obiektywnie trudny start

Przystępując do reformy, należy dysponować odpowiednimi zdolnościami i zasobami, które pozwolą zrealizować jej cele oraz ograniczyć zagrożenia związane z działaniami naprawczymi. Niestety, w tak zdefiniowanych warunkach realizacji przełomowych zmian polski system ochrony zdrowia nie ma zbyt wielu atutów.

W latach 2009–2020 budżet NFZ przeznaczony na świadczenia zdrowotne prawie się podwoił – z 52 mld zł do ponad 100 mld zł, jednak siła nabywcza tych pieniędzy słabnie. W konsekwencji płatnik kupuje niewiele więcej świadczeń niż w latach ubiegłych, co potwierdzają m.in. dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. W latach 2015–2020 wzrosła liczba pacjentów zarówno w szpitalach, jak i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W tych pierwszych prawie o 18 proc., ale w tych

drugich już tylko o 1 proc. Wzrost nakładów w analizowanym okresie wyniósł średnio ponad 7 proc. Niestety liczba pacjentów i procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) spada, co jest konsekwencją mniejszych nakładów na ten rodzaj świadczeń. Stoi to w sprzeczności z potrzebami i oczekiwaniami pacjentów. Nadal mamy również niskie nakłady na profilaktykę, bez której nie zatrzymamy nieproporcjonalnie szybko rosnących potrzeb w zakresie medycyny naprawczej.

## Nowe otwarcie dla sieci szpitali publicznych w Polsce

Zgodnie z komunikatami Ministerstwa Zdrowia resort przygotowuje się do przeprowadzenia szeroko zakrojonej reformy systemu ochrony zdrowia. Reforma oparta na nowo projektowanej ustawie ma polegać na restrukturyzacji szpitali publicznych, w tym finansowaniu inwestycji, poprawie jakości zarządzania oraz reorganizacji systemu leczenia szpitalnego. Jej celem jest podniesienie jakości i dostępności usług zdrowotnych m.in. poprzez trwałą poprawę sytuacji finansowej szpitali publicznych oraz procesów nadzorowania i zarządzania tymi jednostkami.

Zaproponowano także dostosowanie infrastruktury, modernizację i wyposażenie w nowoczesny sprzęt podmiotów leczniczych, co dodatkowo może być związane z koniecznością zmiany profilu działalności jednostki w części lub w całości w sposób, który nie ograniczy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ani nie obniży ich jakości. Zmiana profilu miałaby się przyczynić do zwiększenia efektywności poszczególnych podmiotów w systemie ochrony zdrowia oraz dostępności świadczeń, na które jest duże zapotrzebowanie. W te działania miałyby być włączone trzy centralne instytucje: Agencja Rozwoju Szpitali, Centrum Usług dla Szpitali oraz Centrum Badawczo-Analityczne, które zajmowałyby się restrukturyzacją placówek medycznych z wykorzysta-



nieniem środków z Krajowego Planu Odbudowy jako uzupełnienia i komplementarnego wsparcia wprowadzanych reform i reorganizacji.

Dodatkowym celem reformy jest wprowadzenie w szpitalach profesjonalnej kadry zarządzającej i utworzenie korpusu menedżerskiego oraz restrukturyzacyjnego. W ocenie resortu zdrowia centralizacja ma też dać efekt skali, rozważane jest bowiem stworzenie wspólnego centrum usług, które zajmie się m.in. zakupami sprzętu medycznego dla wszystkich placówek.

Spodziewanym elementem zmian ma być także obowiązkowe monitorowanie jakości klinicznej obsługi pacjenta i efektywności zarządzania. Zmienione zostaną kryteria przypisania do sieci szpitali, obowiązkowa będzie analiza porównawcza, a na jej podstawie zostaną wyłonieni liderzy szpitalnictwa.

Uzasadnieniem dla pilnego przeprowadzenia projektowanych zmian naprawczych zgodnie z deklaracjami przedstawicieli kierownictwa resortu, mają być powszechne w polskim systemie ochrony zdrowia „wielowładztwo, rozproszone zarządzanie i spory kompetencyjne, wyniszczająca konkurencja pomiędzy szpitalami, które rywalizują o personel i dublują świadczenia, brak koordynacji opieki nad chorymi, zwiększające się zadłużenie placówek”. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialność finansowa płatnika musi się wiązać z równoczesnym posiadaniem narzędzi racjonalizacji działań w podmiotach leczniczych.

### Co koniecznie należy poprawić w systemie

Realizowana od kilku lat polityka wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia doprowadziła do sytuacji, w której skutecznie pomieszano obszary kompetencji i odpowiedzialności kluczowych uczestników – interesariuszy systemu. Zarówno finansowanie wynagrodzeń bezpośrednio z funduszy przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej, jak i wybiórcze (w miejsce systemowego) – dotyczące pojedynczych grup zawodowych – kształtowanie siatki płac pracowników ochrony zdrowia trwale zmieniły ich korelację i obieg pieniądza w systemie, wyzwalając przy okazji inne związane z tym aberracje. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują ograniczenie wpływu dyrektorów podmiotów leczniczych na prowadzenie skutecznej polityki wynagrodzeń oraz oddzielenie wysokości ponoszonych kosztów osobowych od wartości realizowanych przez szpitale świadczeń zdrowotnych. Obie okoliczności w praktyce zredukowały możliwości stosowania standardów dobrego zarządzania, podkopały fundamenty efektywności i konkurencyjności funkcjonujących w tak ukształtowanych warunkach placówek medycznych.

Pojawiła się też nowa sytuacja, do tej pory nieznaną, przynajmniej z punktu widzenia skali zjawiska – szczególnie, uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami, spowodowana z jednej strony ograniczoną dostępnością, a przez to

**LICZBA ŁÓŻEK W SZPITALACH,**

**ICH RODZAJ I PRZEZNACZENIE MEDYCZNE**

**POWINNY ZOSTAĆ OKREŚLONE**

**NA PODSTAWIE ANALIZY MAP**

**POTRZEB ZDROWOTNYCH, REJESTRÓW CHOROÓB**

**ORAZ DANYCH POSIADANYCH PRZEZ NFZ**

zwiększonym popytem na ich usługi, z drugiej natomiast otwartością publicznego i niepublicznego rynku pracy na korzystanie z tych usług i ich opłacanie. Wyzwolona w tych warunkach konkurencja pomiędzy podmiotami sytuuje pracowników w komfortowej – centralnej pozycji negocjacyjnej, pozwalającej im zabiegać o coraz wyższe stawki wynagrodzenia u rywalizujących o personel świadczeniodawców instytucjonalnych.

Co więcej, okoliczności te sprzyjają również nie do końca transparentnemu zachowaniu personelu medycznego, którego możliwość oddziaływania na przebieg ścieżki pacjentów ma kluczowe znaczenie dla sposobu przypisania przychodów oraz kosztów podmiotów leczniczych zaangażowanych w procesy diagnostyczno-terapeutyczne. Obecnie ważne jest nie tyle kierowanie chorych z gabinetów prywatnych na hospitalizację (co było, należy przyznać, dość powszechne do ok. 2006 r.), ile dzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na etapy: te realizowane poza segmentem publicznym – prywatyzacja zysków – oraz pozostałe (nieopłacalne), wykonywane w placówkach publicznych – upublicznianie kosztów. Tym samym do gry rynkowej, w której na co dzień uczestniczą podmioty lecznicze, dopuszczony został pozaoficjalny i niejawny uczestnik o zmiennym w miejscu i czasie wektorze oddziaływania na sytuację finansową placówek medycznych, co w poważnym stopniu podaje w wątpliwość udział mechanizmów konkurencji w kształtowaniu rynku ochrony zdrowia w Polsce. Praktyka zarządzania podmiotami leczniczymi wskazuje, że na proceder ten narażone są przede wszystkim podmioty o najwyższym poziomie referencyjności, których personel medyczny jest chętnie zatrudniany przez placówki niepubliczne, co dodatkowo komplikuje i tak trudną (głównie z powodu wysokich kosztów działalności oraz niedoszacowania wartości procedur medycznych) sytuację finansową m.in. szpitali uniwersyteckich i instytutów badawczych.

Pokazuje to, jak krótkowzroczne było i nadal jest unikanie rozwiązań z powodzeniem funkcjonujących w innych krajach, np. w Niemczech czy w Danii, gdzie większość opisanych wyżej problemów rozwiązano regulacją administracyjną wymagającą od każdego pracownika deklaracji wyboru segmentu rynku zdrowia jako miejsca udzielania usług. Działanie tego rodzaju wymagałoby

równocześnie uporządkowania sytuacji, z jaką mamy dziś do czynienia po stronie wymagań kadrowych płatnika w odniesieniu do poszczególnych zakresów świadczeń. Obowiązujące normy zatrudnienia w większości zostały wprowadzone ponad dekadę temu, w warunkach nieporównywalnie bardziej niż dzisiaj ograniczonych możliwości efektywnego zarządzania czasem pracy personelu medycznego. Dodatkowo był to etap dopiero co kształtującej się konkurencji w ochronie zdrowia, co w wielu przypadkach skwapliwie starali się wykorzystać decydenci, w tym konsultanci w ochronie zdrowia, do zaznaczenia rynkowej przewagi swoich placówek, ustalając m.in. normy kadrowe na poziomie trudnym do spełnienia przez większość jednostek funkcjonujących wówczas na rynku. Świadomość istnienia zawyżonych regulacji w tym zakresie jest dziś powszechna, a w wielu sytuacjach, np. na szczeblu operacyjnym podmiotów leczniczych, skutecznie ogranicza pojawienie się pozytywnych efektów reform dotyczących metod i sposobów prowadzenia opieki nad pacjentem. Trudno bowiem z sukcesem stosować zasady opieki kompleksowej i koordynowanej, funkcjonującej w środowisku norm kadrowych przewidzianych tak dla lecznictwa szpitalnego, jak i ambulatoryjnego na poziomie *de facto* wykluczającym możliwość jakiegokolwiek kompensowania istniejących w tym zakresie ograniczeń rynkowych. Dalsze utrzymywanie przez płatnika kadrowego *status quo* w publicznych podmiotach leczniczych wydaje się tym bardziej nieracjonalne, że dziś mamy diametralnie różne od wyjściowych warunki ich organizacji i funkcjonowania. Ucyfrowienie procesów zarządzania dokumentacją medyczną, pojawienie się nowych zawodów (np. koordynatorów opieki) wspierających profesjonalistów medycznych w ich pracy to wystarczające argumenty za przeprowadzeniem racjonalizacji polityki kadrowej, a więc podniesieniem efektywności zarządzania personelem, także z uwagi na jego ograniczoną dostępność, i to w perspektywie co najmniej kilkunastu lat.

### Szpitalne – oczekiwania i mity

Liczba łóżek w szpitalach, ich rodzaj (jednodniowe, krótkoterminowe, długoterminowe) i przeznaczenie medyczne powinny zostać określone na podstawie analizy map

**POTRZEBUJEMY SYSTEMU ODPORNEGO, ALE TAKŻE**

**ZRÓWNOWAŻONEGO, KTÓREGO FUNDAMENTEM**

**JEST KOMPLEKSOWA I ZINTEGROWANA OPIEKA**

**ORAZ POMOSTY POMIĘDZY JEGO ELEMENTAMI**

**GWARANTUJĄCE DOSTĘPNOŚĆ LECZENIA W WYMIARZE**

**CZASOWYM, GEOGRAFICZNYM I EKONOMICZNYM**

potrzeb zdrowotnych, rejestrów chorób oraz posiadanych przez NFZ danych, takich jak rozpoznanie główne i współistniejące, rodzaj i liczba wykonanych procedur oraz czas pobytu. Mogłoby to pokazać, jakie jest realne zapotrzebowanie na łóżka szpitalne krótkoterminowe ogółem, i określić cel, do którego należy dążyć w perspektywie długoterminowej.

Warto podkreślić, że stosowanie prostej, bezpośredniej ekstrapolacji wzorców i doświadczeń dotyczących organizacji systemów ochrony zdrowia w państwach Europy Zachodniej jest daleko idącym uproszczeniem. Różnice w zakresie struktury populacji zamieszkującej dany kraj, ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa i jego materialnej zasobności, gęstości zaludnienia, uprzemysłowienia, tradycji dotyczącej modelu finansowania ochrony zdrowia są czynnikami w dużym stopniu decydującymi o tym, jakie docelowe rozwiązania w zakresie organizacji i zarządzania systemem powinny zostać szczególnie rozwinięte, a które mają marginalne znaczenie dla zadowolenia społecznego z warunków, sposobu i jakości świadczonych usług medycznych. Oczekiwana liczba szpitali w Polsce w przeliczeniu na liczbę ludności powinna być zatem traktowana wyłącznie jako punkt odniesienia, a nie bezpośredni cel reformy. Fakt, że Europa generalnie odchodzi od lecznictwa szpitalnego i maksymalizuje leczenie w opiece podstawowej i specjalistycznej opiece ambulatoryjnej należy traktować wyłącznie jako oczekiwany trend zmian konsekwentnie realizowany przez państwa, które są liderami ochrony zdrowia, poprzez konsolidację, restrukturyzację, wzrost efektywności zarządzania kosztami oraz koordynację różnych poziomów opieki zdrowotnej.

### Bolesna lekcja z pandemii

W raportach z Włoch po pierwszej fali zakażeń wyraźnie zwracano uwagę, że w bogatych regionach kraju w okresie poprzedzającym wybuch pandemii dokonała się dynamiczna prywatyzacja ochrony zdrowia z wprowadzaniem biznesowych metod zarządzania placówkami (szczególnie w Lombardii), co doprowadziło do ograniczania na dużą skalę wszelkich rezerw, które zwiększałyby bieżące koszty funkcjonowania. Przykład ten, podobnie jak doświadczenia Korei Południowej, wyróżniającej się tak jak Polska wysokim wskaźnikiem liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, wyraźnie pokazuje, że dobrze zorganizowany system ochrony zdrowia, gotowy do stawienia czoła sile wyższej, jaką jest np. pandemia, nie może być konstruowany głównie na podstawie wartości wskaźników ekonomicznych opisujących efektywność jego funkcjonowania.

Pandemia obnażyła również, i to nie tylko w Polsce, prawdę o znaczeniu motywacji do działania i zaangażowaniu segmentów publicznego i prywatnego w przeciwdziałanie skutkom kryzysu epidemicznego. Ujawniła, jak wiele zdolności powszechnego – publicznego systemu ochrony zdrowia zostało poważnie ograniczonych,

a w części utraconych w toku szeroko zakrojonej polityki ekonomizacji rynku zdrowia, pozbawionej spojrzenia z właściwej perspektywy na sprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Oczywista w tych warunkach wydaje się odpowiedź na pytanie, czy w takim razie odnotowanie deficytów organizacyjno-funkcjonalnych publicznego systemu ochrony zdrowia nie powinno być inspiracją do działania na rzecz odwrócenia tego stanu rzeczy w nowej, popandemicznej rzeczywistości. Problem w tym, czy jesteśmy dostatecznie zdeterminowani i czujemy się formalnie zobowiązani, aby skorzystać z tego rodzaju doświadczeń.

Sytuacja pandemii, w której zniesiono wiele rygorów dotyczących zamówień publicznych, stanowiła szansę na szybkie działanie, ale jednocześnie pokusę do niepodjęcia wysiłku w celu implementacji procesów usprawniających, racjonalizujących rzeczywistość finansowanego ze środków publicznych rynku zdrowia. Z jednej strony podejmowano działania ratunkowe będące *de facto* transferem środków publicznych do segmentu prywatnego. Z drugiej natomiast pomimo znanych ograniczeń, w tym powszechnej świadomości słabych stron segmentu publicznego, nie wprowadzano adekwatnych do okoliczności oraz bieżących potrzeb rozwiązań usprawniających system, i to wbrew stawianym diagnozom i inicjowanym działaniom w tym kierunku.

Realia systemu ochrony zdrowia są bardziej złożone – nie brakuje przykładów dobrej współpracy, zachowań sektora prywatnego wpisujących się w realizację zadań wynikających bezpośrednio z potrzeby chwili, jak choćby powstawanie oddziałów covidowych. Czy jednak sprawnie zorganizowane państwo w sytuacjach kryzysowych powinno korzystać z dobrej woli, a nie ze zobowiązań określonych wcześniej odpowiednimi umowami na świadczenie usług finansowanych ze środków publicznych?

Za słuszny i w pełni racjonalny można uznać pogląd, że nikomu nie służy utrwalanie stereotypu nastawionego na zysk segmentu prywatnego oraz mającego najbardziej kosztochłonne zobowiązania segmentu publicznego. Walka o zmianę tego sposobu myślenia powinna jednak w pierwszej kolejności toczyć się na poziomie przepisów i umów, które jasno regulowałyby zobowiązania stron tak w czasie prosperity, jak i kryzysu. Brak takich norm – zaskakujące, że nie pojawiły się one już po doświadczeniach pierwszego półrocza epidemii – zawsze będzie skutkowało wspomnianą już wcześniej pokusą prywatyzacji zysków i upubliczniania kosztów funkcjonowania systemu.

## Podsumowanie

Polskiej ochronie zdrowia brakuje idei, tożsamości skupionej na kompleksowym i skoordynowanym zarządzaniu chorobami oraz świadczenia usług zdrowotnych z nakierowaniem na rzeczywiste potrzeby pacjentów, którzy powinni stać się osią systemu. Tymczasem szpi-

tale, tak jak inne placówki ochrony zdrowia, nie są w żaden sposób powiązane ze sobą nie tylko na poziomie regionalnym i krajowym, lecz także na szczeblu powiatu czy miasta. Brakuje trwałych, systemowych fundamentów zintegrowanej opieki – i to zarówno pomiędzy jednostkami udzielającymi świadczeń, jak i podmiotami odpowiedzialnymi za realizację zadań z obszaru zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia. Współpraca pomiędzy szpitalami, POZ i AOS nazbyt często zależy od relacji właścicielskich i najczęściej pozostawia wiele do życzenia.

Potrzebujemy systemu odpornego, ale także zrównoważonego, którego fundamentem jest kompleksowa i zintegrowana opieka oraz pomosty pomiędzy jego elementami gwarantujące dostęp do leczenia w wymiarze czasowym, geograficznym i ekonomicznym. Większa integracja usług zdrowotnych prowadzi do kompleksowej opieki w pełnej skali – od opieki ambulatoryjnej po szpitalną, a to z kolei skutkuje większym zadowoleniem społecznym i jednocześnie obniżeniem kosztów systemu.

Alternatywą jest właściwie zdefiniowana, otwarta współpraca pomiędzy poszczególnymi ogniwami systemu opieki zdrowotnej (szpital plus AOS plus POZ) – zakładając dookreślenie ich referencyjności, a w konsekwencji wykonywanych procedur i sposobu ich finansowania.

Przepływ środków finansowych przeznaczonych na pokrycie kosztów działalności bieżącej oraz potrzeb inwestycyjnych w postaci budowy czy rozbudowy placówek ochrony zdrowia powinien zachęcać podmioty uczestniczące w opiece nad chorymi do współpracy zamiast wszechobecnej dziś wyniszczającej konkurencji.

Normą myślenia i działania w ochronie zdrowia winny być: dążenie do stałego zwiększania produktywności poprzez holistyczne podejście do spraw zdrowia oraz unikanie w ten sposób niepotrzebnych kosztów opieki w przyszłości; dostarczenie potrzebnych usług wspierających zdrowie i jakość życia przy utrzymaniu jak najniższych kosztów społecznych; poświęcanie uwagi nie tylko dzisiejszym wydatkom, lecz także inwestycjom i zmianom organizacyjnym, uwzględniając przy tym łańcuch długoterminowych skutków, takich jak koszt zwolnień chorobowych czy zaplanowanych wizyt u lekarza.

Proponowane zmiany są niezbędnym warunkiem skutecznego przeprowadzenia działań naprawczych w ochronie zdrowia, sprawnej realizacji kolejnych posunięć organizacyjno-zarządczych mających na celu zwiększenie wydajności sektora publicznego oraz wyznaczenie części prywatnej roli systemowego bufora, którego priorytetem byłoby oferowanie kompetentnych usług z dochowaniem szczególnej dbałości o utrzymanie ich pełnej dostępności dla potrzebujących pacjentów.

Gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak,  
dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie