

ILE KOSZTUJE LECZENIE



W POLSKICH SZPITALACH

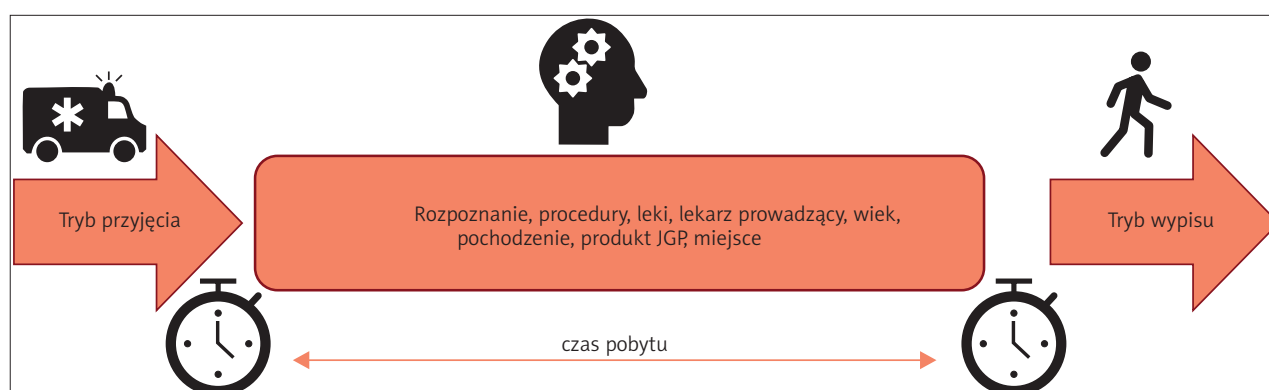
Reakcje czytelników na nasz artykuł z „Menedżera Zdrowia” 7–8/2021 pod tytułem „Za dużo leczymy w szpitalach” sprawiły nam wielką satysfakcję. Dziękujemy za poświęcenie czasu na przeczytanie go, wypowiedziane opinie i krytyczne uwagi – publikowane także w „Menedżerze Zdrowia”. Najważniejsze jest dla nas to, że materiał zainspirował do dyskusji – i dlatego kontynuujemy nasze rozważania.

JAROSŁAW KOZERA, MAGDALENA KOZERA

Tym razem analizujemy także wymiar biznesowy, czyli marżę, jakie realizują podmioty w poszczególnych grupach świadczeń. Grupy świadczeń zostały określone na podstawie definicji przyjętej dla pierwszej mapy potrzeb zdrowotnych – świadczenia zabiegowe podzielono na kompleksowe, duże, średnie, małe i diagnostyczne, a świadczenia zachowawcze na specjalistyczne i podstawowe (diagnostyczno-obszerwacyjne). Do analizy zastosowaliśmy narzędzie Pulpit Menedżera Zdrowia z wykorzystaniem dwóch rodzajów baz danych – zanonimizowanej bazy świadczeń udzielonych w ramach

umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia z 2019 r. oraz zanonimizowanej bazy danych kosztowych wybranego szpitala ewidencjonującego wszystkie kategorie kosztów zmiennych.

Do opisu procesu diagnostyczno-terapeutycznego danego pacjenta, zawierającego produkt kontraktowy, rozpoznanie, lekarza prowadzącego, tryb przyjęcia, tryb wypisu, czas pobytu, dołączyliśmy dane finansowe (ryc. 1), czyli przychód, jaki wygenerował pacjent, oraz koszty jego leczenia i... porównaliśmy to z kosztami pobytu w paryskich hotelach.



Wycena procesów opisanych przez JGP

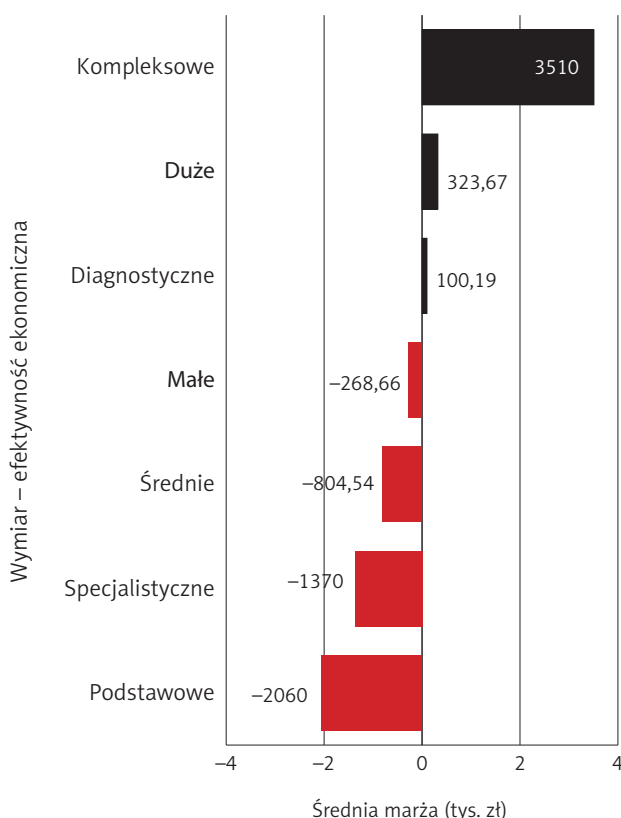


Przychód
Taryfa NFZ

Koszt liczony na pacjenta
Koszt MPK przeliczony na pacjenta

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

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 2. Średnie marże, jakie realizuje szpital w zależności od kompleksowości świadczeń

Źródło: Opracowanie własne.

S – jak struktura

Zestawiając koszty leczenia pacjentów rozliczonych JGP pogrupowanymi według powyższego opisu, możemy wyznaczyć średnie marże, jakie szpital realizuje dla danych grup świadczeń (ryc. 2).

**LEKARZOM OCZYWIŚCIE
NALEŻY SIĘ SZACUNEK
ZA ICH CIĘŻKĄ PRACĘ
I POŚWIĘCENIE, ALE Z DRUGIEJ STRONY
NIE SZANUJEMY CZASU PACJENTA,
KTÓRY NIE JEST OPTYMALNIE WYKORZYSTANY**

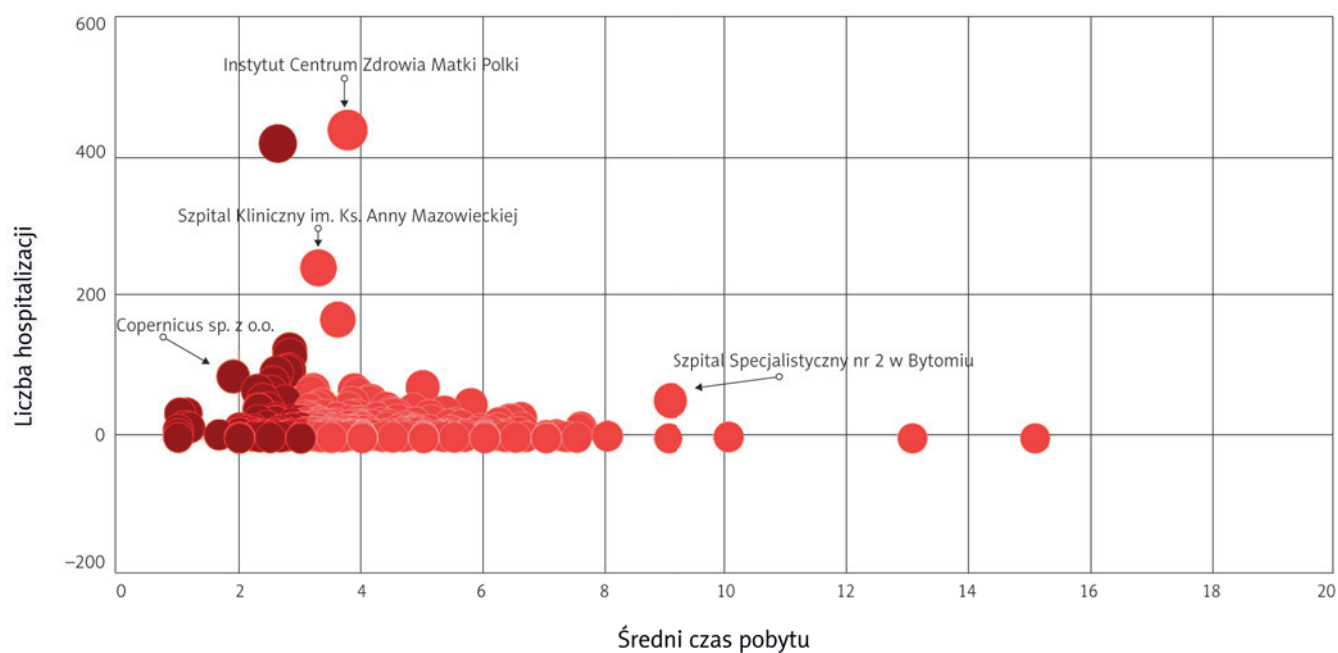
Średnia marża na grupę JGP zaliczoną do świadczeń kompleksowych wyniosła za 2019 r. ok. 3500 zł. W JGP zaliczonych do świadczeń dużych i diagnostycznych również odnotowano dodatnią marżę. Realizacja JGP zaliczonych do świadczeń kompleksowych, dużych i diagnostycznych oznacza dla szpitala dodatni wynik finansowy. Pozostałe grupy świadczeń, to jest małe, średnie, specjalistyczne i podstawowe, przynoszą stratę. Średnia strata w przypadku JGP zaliczonych do świadczeń podstawowych wyniosła w 2019 r. ok. 2000 zł. Potwierdziła się zatem wielokrotnie wygłaszana teza, że wraz ze wzrostem złożoności świadczeń rośnie marża szpitala. I zaprzecza to powszechnie powtarzanym stwierdzeniom, że świadczenia kompleksowe są źle wycenione. Wykres na rycinie 2 pokazuje, jak duże, wręcz fundamentalne znaczenie ma struktura świadczeń wykonywanych na oddziale. Brak doboru odpowiedniej struktury świadczeń, a co gorsza pozostawienie jej samej sobie powoduje liczne problemy nie tylko natury finansowej. Może być również przyczyną, nie „może” – jest, braku dostępności świadczeń dla pacjentów z najpoważniejszymi schorzeniami, dla których nie wystarcza już punktów z kontraktu.

Tabela 1. Udział liczby hospitalizacji w populacji ogółem z podziałem na kompleksowość świadczeń

Kompleksowość	Liczba hospitalizacji w 2019 r.	Udział chorych w populacji ogółem (proc.)
diagnostyczne	41 439	0,11
duże	642 711	1,69
kompleksowe	704 535	1,86
małe	355 047	0,94
podstawowe	2 016 220	5,31
specjalistyczne	1 116 690	2,94
średnie	1 059 470	2,79

Źródło: Opracowanie własne.

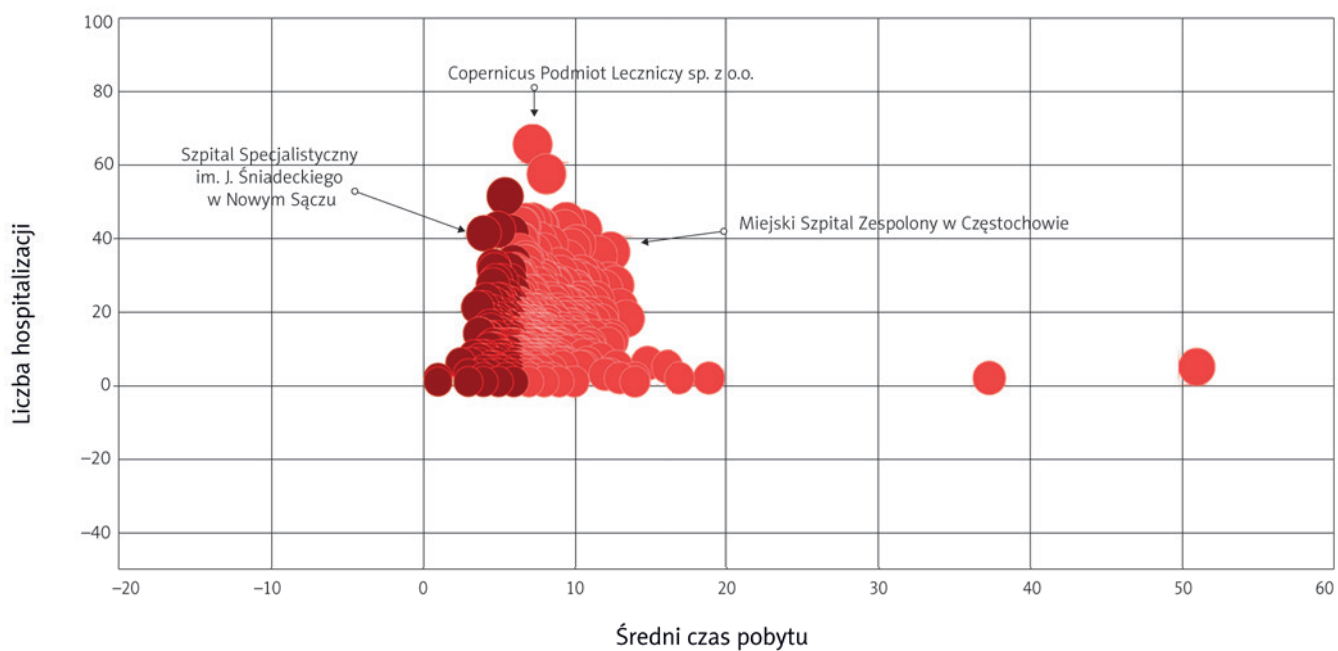
Odchylenie od efektywnego czasu hospitalizacji
styczeń 2019 – grudzień 2019



Rycina 3. Średni czas pobytu dla rozpoznania niezłośliwy nowotwór jajnika z podziałem na podmioty

Źródło: Opracowanie własne na podstawie bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odchylenie od efektywnego czasu hospitalizacji
styczeń 2019 – grudzień 2019



Rycina 4. Średni czas pobytu dla rozpoznania ostre zapalenie trzustki z podziałem na podmioty

Źródło: Opracowanie własne na podstawie bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

NAWET ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA

OCHRONY ZDROWIA NICZEGO TAK NAPRAWDĘ

NIE ZMIENI – NIE POPRAWI DOSTĘPNOŚCI TERAPII

DLA PACJENTÓW, KTÓRZY SĄ ZMUSZANI

DO SZUKANIA MOŻLIWOŚCI LECZENIA

POZA SYSTEMEM PUBLICZNYM

No dobrze, czyli mamy złoty środek na terazniejsze problemy polskich szpitali. Należy zwiększyć udział świadczeń kompleksowych i dużych, wręcz ograniczyć się tylko do nich. Ale czy znajdziemy tylu chorych? Czy dzisiejsze szpitale przy swojej mnogości (średnio placówka co 30 km, a w dużych miastach co kilkanaście ulic) mają taką populację pacjentów?

W tabeli 1 przedstawiono ekstrapolacje odsetka pacjentów, którym udzielono poszczególnych rodzajów świadczeń, na populację całej Polski. Wynika z niej,

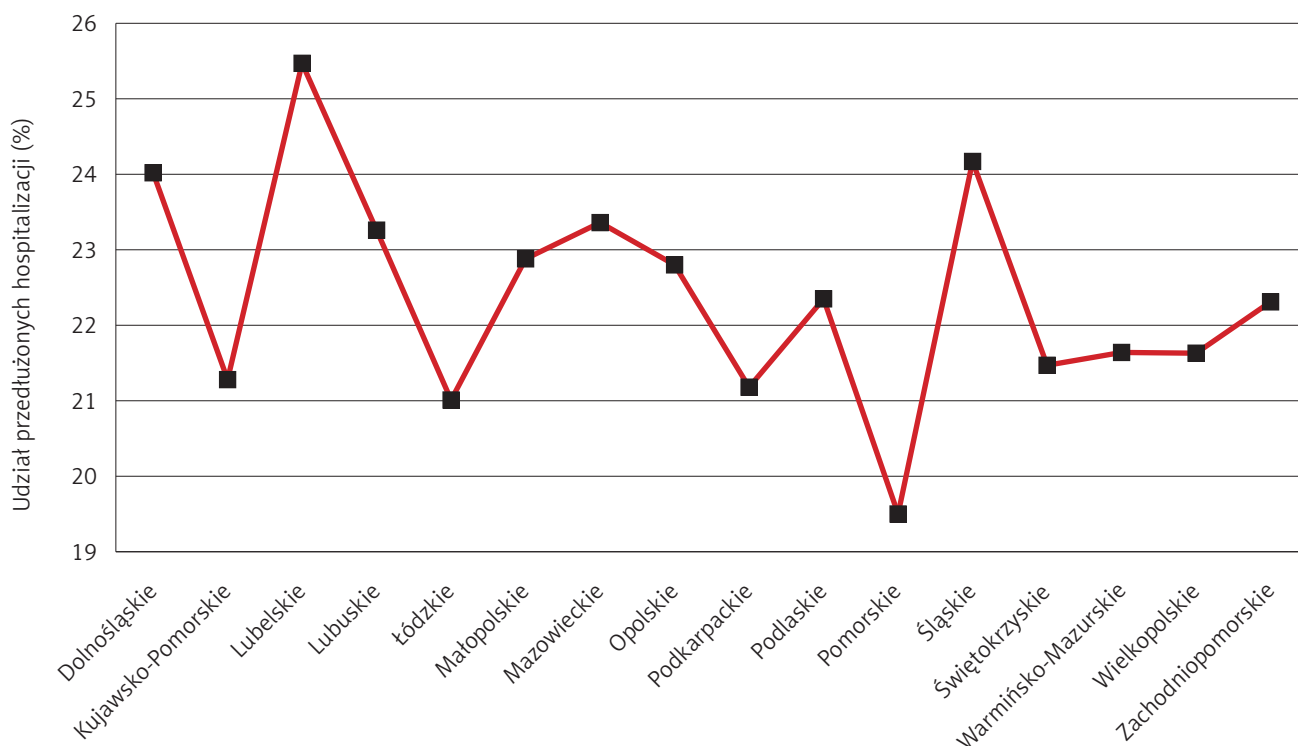
że świadczenia kompleksowe są generowane przez 1,85 proc. populacji rocznie. Podobny odsetek występuje w przypadku świadczeń dużych – 1,86 proc.

Jak widać, z pozoru słuszny i łatwy do zrealizowania pomysł przyjmowania jak największej liczby pacjentów, którym udzielane są świadczenia kompleksowe i duże, nie jest w praktyce możliwy do realizacji. W związku z tym nasuwa się pytanie, czy mamy za mało takich pacjentów, czy może za dużo szpitali? I znowu wracamy do drażliwej kwestii, chociaż kolejne analizy udowadniają, że istniejąca liczba szpitali wydaje się zbyt duża na potrzeby skończonej jednak liczby pacjentów.

C – jak czas pobytu

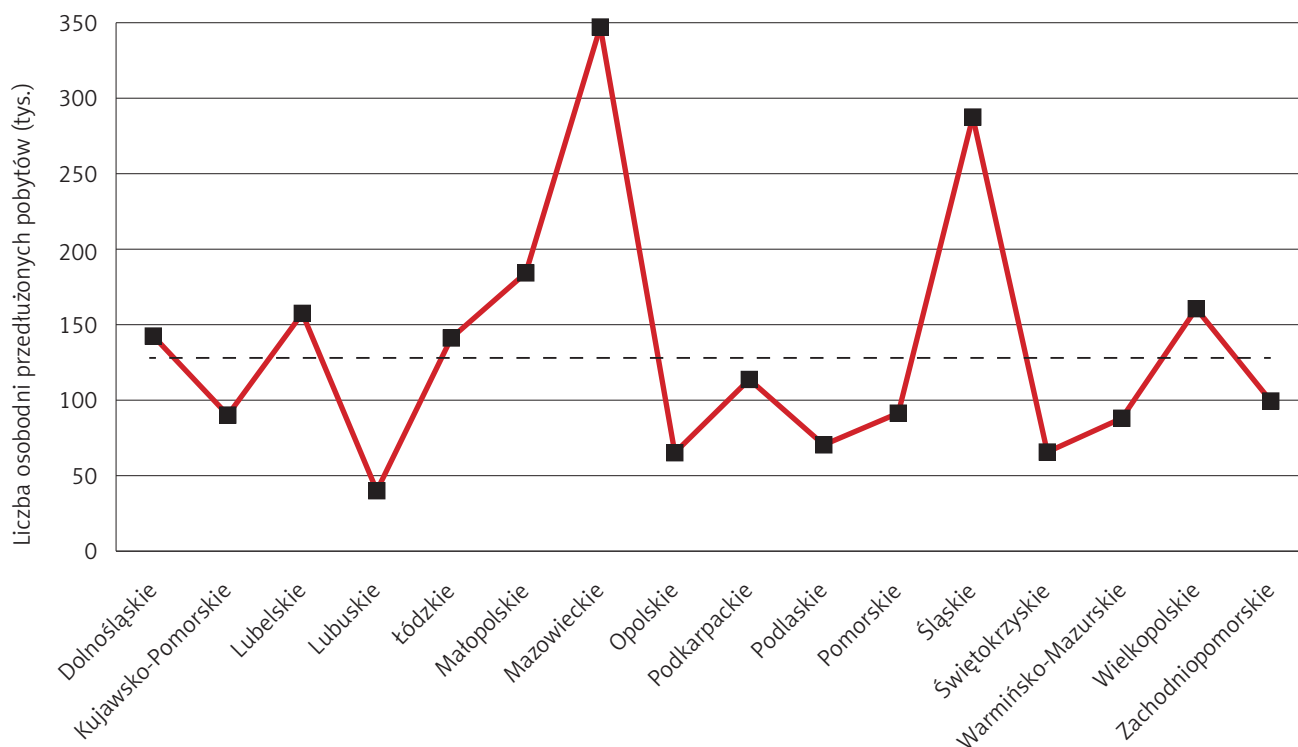
Wiemy już, że największe marże są realizowane w przypadku świadczeń kompleksowych i dużych, ale ze względu na skończoną liczbę pacjentów oraz przede wszystkim na liczbę szpitali, które o nich konkurują, zasadne wydaje się poszukanie innej zmiennej, która mogłaby wpłynąć na rentowność oddziałów.

I tu posłużymy się zmienną czasu trwania hospitalizacji, która (oprócz struktury świadczeń) wydaje się zasadniczym czynnikiem wpływającym na rentowność hospitalizacji. Czas to pieniądz, więc sprawną obsługą pacjenta poprzez planowanie jego pobytu



Rycina 5. Udział przedłużonych pobytów szpitalnych w pobytach ogółem w 2019 r. z podziałem na województwa

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 6. Liczba osobodni przedłużonych pobytów w 2019 r. z podziałem na województwa

Źródło: Opracowanie własne.

oraz przewidywanie ścieżek krytycznych hospitalizacji, w tym diagnostyki, samego zabiegu i in., jest kluczowa z punktu widzenia rentowności każdego podmiotu. Średni czas trwania hospitalizacji może być zobrazowany przy użyciu wielu zmiennych. Na potrzeby tego artykułu wybraliśmy kilka konkretnych rozpoznań i najliczniej reprezentującą je grupę JGP oraz grupę wiekową. W celu przeprowadzenia porównań ww. zmienne zostały przyporządkowane do konkretnych szpitali.

W pierwszym przypadku wybraliśmy rozpoznanie niezłośliwy nowotwór jajnika, następnie grupę M13 jako najczęściej występującą przy tym rozpoznaniu oraz grupę wiekową 19–40 lat, znowu jako najliczniejszą przy tym rozpoznaniu (ryc. 3).

Analizując wykres na rycinie 3, możemy zauważyć, że średnie czasy pobytu oscylują pomiędzy 1 dniem a ok. 15 dniami w zależności od wybranego podmiotu. Pomarańczowe kulki oznaczają podmioty, które leczą powyżej mediany ogólnopolskiej, a zielone – poniżej tej wartości. W wielu przypadkach widoczne są ogromne różnice w długości hospitalizacji pacjentów z tym samym rozpoznaniem i z tej samej grupy wiekowej. Czas pobytu pacjentki z niezłośliwym nowotworem jajnika w wieku 19–40 lat w szpitalu Copernicus sp. z o.o. w Gdańsku wyniósł średnio 1,9 dnia (przy

próbie 88 leczonych, co oznacza w sumie 167 osobodni). W Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu średni czas pobytu takiej pacjentki to 9 dni (przy próbie 54 leczonych, co oznacza w sumie 488 osobodni).

W kolejnym przypadku wybrano rozpoznanie ostre zapalenie trzustki, grupa G37, przedział wiekowy 41–60 lat (ryc. 4).

Podobnie jak w poprzednim przypadku rozrzut średnich czasów pobytu przy tym rozpoznaniu jest bardzo duży – od 1 dnia do 51 dni. Odrzucając skrajne przypadki, a następnie wybierając podmioty do porównania, widzimy, że np. w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie średni czas pobytu pacjenta z ostrym zapaleniem trzustki w przedziale wiekowym 41–60 lat wyniósł 12,4 dnia (przy próbie 36 leczonych, co oznacza w sumie 446 osobodni). W Szpitalu Specjalistycznym im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu średni czas pobytu takiego pacjenta wyniósł 4,21 dnia (przy próbie 41 leczonych, co oznacza w sumie 165 osobodni).

Takie przykłady można by mnożyć, jednak mam wrażenie, że pojęcie zarządzania czasem pobytu pacjenta na oddziale ciągle nie jest powszechne lub w wielu przypadkach nie jest doceniane. Potrzebna jest determinacja ze strony zarządzających i realizujących świadczenia, wspólne wypracowanie planu pobytu dla

WYRAŻAJĄC ZGODĘ

NA ROZSZERZANIE SIĘ MARNOTRAWSTWA,

UGRUNTOWUJEMY SYTUACJĘ,

W KTÓREJ ZE ZWIĘKSZANIA NAKŁADÓW

NAJMNIEJ KORZYSTA TEN,

KTO JE FINANSUJE, CZYLI PACJENT

każdej grupy (rozpoznania, procedury), a przede wszystkim zrozumienie, że wszystkie czynności, jakie wykonujemy jeszcze przed rozpoczęciem hospitalizacji, a później w czasie jej trwania aż do zakończenia, mają realne znaczenie finansowe i są odzwierciedleniem efektywnego zarządzania oddziałem.

Przyjrzyjmy się, jak wyglądał odsetek przedłużonych pobytów w pobytach ogółem z podziałem na poszczególne województwa w 2019 r. (ryc. 5).

Udział przedłużonych pobytów szpitalnych w pobytach ogółem oscylował pomiędzy 19,5 proc. w województwie pomorskim a 25,5 proc. w województwie lubelskim.

W 2019 r. średnio ok. 24 proc. hospitalizacji miało przedłużone pobyty, co oznacza ok. 2 mln osobodni spędzone w szpitalach bez znaczącego uzasadnienia kli-

nicznego (ryc. 6). Przykładowy średni koszt osobodnia dla chirurgii naczyniowej wynosi ok. 1600 zł. Za takie pieniądze moglibyśmy spędzić uroczą noc w centrum Paryża, i to w hotelu pięciogwiazdkowym (tab. 2).

Te 2 mln przedłużonych pobytów z pewnością mają jakieś przyczyny. Warto szczegółowo zbadać to zagadnienie, które naszym zdaniem jest wypadkową wielu czynników: złej organizacji pracy na oddziałach, braku motywacji personelu medycznego, braku dostępności badań, opisów itp. Problem z pewnością jest złożony i wielokrotnie zastanawialiśmy się, jaka tak naprawdę jest przyczyna. Dyskusja trwała nieustannie, nawet w drodze powrotnej do domu, kiedy mijamy jeden z największych szpitali w naszym mieście. Co ciekawe, o godz. 13 widać imponujący sznur samochodów opuszczających parkingi szpitalne. Może przyczyna, oczywiście nie jedyna, jest prozaiczna: brak czasu personelu medycznego, który pracuje w publicznych podmiotach. Lekarzom oczywiście należy się szacunek za ich ciężką pracę i poświęcenie dla pacjentów, ale z drugiej strony nie szanujemy czasu pacjenta, który jak wynika z powyższej analizy, nie jest optymalnie wykorzystany. To czas, który finansuje właśnie pacjent, opłacając comiesięczną składkę zdrowotną.

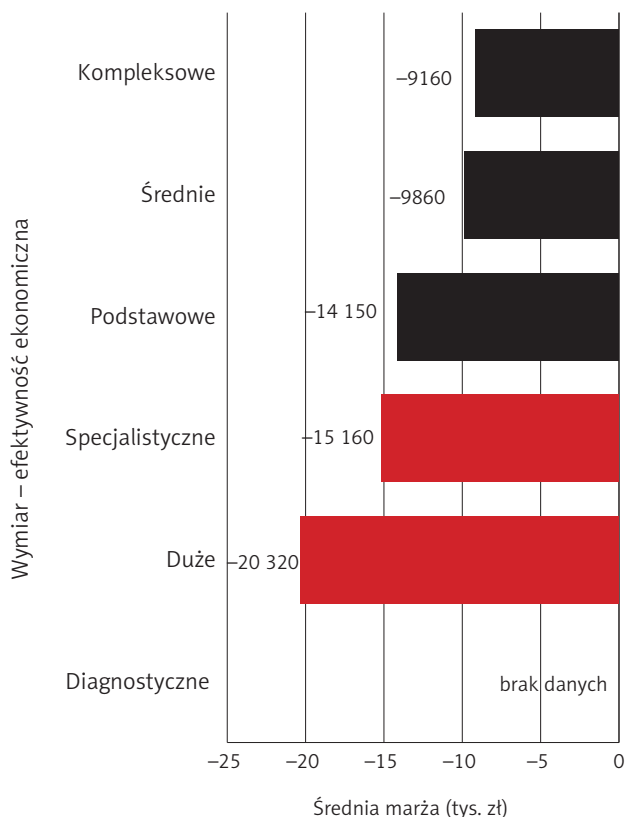
P – jak powikłania

Wspomnieliśmy już, że czas trwania hospitalizacji ma znaczenie dla realizowanej marzy i jest kluczową zmienną przy określeniu rentowności oddziału. Czy jednak zawsze mamy wpływ na długość trwania hospitalizacji? Bez wątplenia tak. W 90 proc. przypad-

Tabela 2. Średni koszt osobodnia na oddziałach szpitalnych i jego wartość nabywcza w hotelach paryskich

Oddział	Przykładowy koszt osobodnia (zł)	Równowartość doby hotelowej w centrum Paryża	Gwiazdki
chirurgii naczyniowej	1 562,80	Hôtel Pont Royal	*****
neurochirurgiczny	1 496,31	La Maison Champs Elysées	*****
chirurgii dziecięcej	1 157,22	Hôtel l'Echiquier Opéra Paris – Mgallery	****
urazowo-ortopedyczny	1 125,30	Hotel Observatoire Luxembourg	****
otolaryngologii	1 120,84	Hôtel Saint-Pétersbourg Opéra & Spa	****
chorób wewnętrznych	872,30	French Theory	***
ginekologiczno-położniczy	859,00	Hotel Migny Opéra Montmartre	***

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 7. Średnie marże przy pobytach z powikłaniami (odchylenie czasu pobytu 10 dni lub większe) z podziałem na kompleksowość świadczeń

Źródło: Opracowanie własne.

ków możemy ją nie tylko zaplanować (wliczając w to niezbędne badania wykonane przed zabiegiem, które nie wymagają pobytu w szpitalu), lecz także określić optymalny czas jej trwania. Pozostałe 10 proc. stanowią hospitalizacje z powikłaniami, których w wielu sytuacjach można by uniknąć, np. ograniczając pobyt

WRAZ ZE WZROSTEM

ZŁOŻONOŚCI ŚWIADCZEŃ

ROŚNIE MARŻA SZPITALA

I NIE JEST PRAWDĄ,

ŻE ŚWIADCZENIA KOMPLEKSOWE

SĄ ŹLE WYCENIONE

pacjenta do niezbędnego minimum. W myśl zasady, że każdy kolejny dzień to zagrożenie zakażeniem wewnątrzszpitalnym. Oczywiście nie dyskutujemy tu o poważnych powikłaniach, na które w większości nie mamy wpływu.

Na rycinie 7 przedstawiono wykres średnich marż, jakie realizuje szpital w zależności od kompleksowości świadczeń. Pobytu te dotyczą jednak wyłącznie hospitalizacji, dla których odchylenie od optymalnego czasu pobytu wyniosło 10 i więcej dni.

Średnia marża we wszystkich przypadkach jest ujemna, co oznacza, że wszystkie hospitalizacje z 10-dniowym lub większym przekroczeniem optymalnego czasu pobytu przynoszą stratę. I to raz jeszcze potwierdza słuszność maksymalnego skracania pobytu pacjentów w szpitalu. Jak już wspominaliśmy, przedłużony czas hospitalizacji może narazić pacjenta na zakażenie wewnątrzszpitalne, a szpitalowi przynieść określone straty ekonomiczne.

Czy wobec powyższego możemy wysnuć wnioski na temat wymienionych zmiennych, które bez wątpienia mają wpływ na marże realizowane przez szpital? Na podstawie naszych wieloletnich doświadczeń i wnikliwych analiz (przeprowadzonych przy użyciu narzędzi pozwalających na analizę dużych baz danych w wielu wymiarach) możemy zaobserwować, że będą to: struktura świadczeń, czas pobytu i stopień powikłań. Nazwalibyśmy to regułą SCP.

S – struktura, C – czas, P – powikłania

Powyższy model może być punktem wyjścia dyskusji na temat czynników wpływających na rentowność oddziału szpitalnego. Czy zastosowanie reguły SCP rozwiąże wszelkie problemy finansowe szpitali i pozwoli im się bilansować? Na pewno nie. Dla jednych może się okazać cenną wskazówką, od czego zacząć myślenie na temat zarządzania procesami na oddziale. Dla drugich może być użyteczna przy określeniu skali kosztów utraconych możliwości, które są miarą marnotrawstwa.

Nawet zwiększenie finansowania ochrony zdrowia niczego tak naprawdę nie zmieni. Owszem, poprawi bieżące funkcjonowanie jednostek i zatrudnionych w nich osób, ale nie poprawi dostępności terapii dla pacjentów, którzy w istocie są zmuszani do szukania możliwości leczenia poza systemem publicznym. Jeśli jednak wielokrotnie powtarzamy, że to pacjent jest i powinien być najważniejszy, to musimy zdać sobie sprawę, że wyrażając zgodę na rozszerzanie się marnotrawstwa, ugruntowujemy sytuację, w której ze wszelkich podwyżek nakładów najmniej korzysta ten, kto je finansuje, czyli pacjent.

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