

Na konsolidacji świadczeń i profilowaniu szpitali pacjenci zyskają wyższą jakość leczenia



Fot. Zx iStockphoto.com

Przez wiele lat panowało w Polsce przeświadczenie o wyższości hospitalizacji nad opieką ambulatoryjną. W odpowiedzi na te oczekiwania powstawały oddziały szpitalne, których liczba, wielkość i lokalizacja nie zawsze odpowiadają dzisiejszym potrzebom. Przyczyn rozwoju w tym kierunku jest zresztą kilka, decyzje te rzadko niestety wynikały z przesłanek epidemiologicznych. Współczesne wytyczne i obserwacje prowadzone w całej Europie obalają niektóre mity. Pokazują, że wiele świadczeń medycznych można z powodzeniem realizować w trybie jednolitym, bez potrzeby hospitalizacji, a w niektórych przypadkach leczenie ambulatoryjne nie musi być mniej efektywne od szpitalnego. Dodatkowo eliminuje ono ryzyko zakażeń, które są dużym problemem dzisiejszego szpitalnictwa.

W Polsce liczba łóżek szpitalnych wciąż jest większa niż średnia europejska. Raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie z 2017 r. wymienia liczby łóżek szpitalnych przypadające na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych krajach Unii Europejskiej. Polska z wynikiem 660 znalazła się w czołówce krajów z największą liczbą łóżek szpitalnych. Średnia europejska to 529 łóżek i zawiąza ją głównie kraje Europy Wschodniej – Czechy z 666 łózkami czy Litwa z 743. W Wielkiej Brytanii natomiast współczynnik ten wynosi 280, w Hiszpanii – 299, w Portugalii – 340, w Norwegii – 397, a w Szwajcarii – 480. W Polsce podejmowanych jest wiele działań w celu ograniczenia zjawiska nadhospitalizacji, jednak zmiany te zachodzą powoli i ciągle mamy za dużo łóżek szpitalnych w stosunku do innych krajów Unii Europejskiej, a przede wszystkim do potrzeb wynikających chociażby z map potrzeb zdrowotnych. Działania związane z racjonalizacją liczby łóżek dotyczą zarówno poszczególnych oddziałów oraz szpitali, jak i spojrzenia bardziej ogólnego, gdy liczbę łóżek rozpatrujemy, biorąc pod uwagę określony obszar: subregion czy województwo.

### Położenie czy bezpieczeństwo

Na liczbę łóżek i zakres świadczeń dostępnych w danym szpitalu i na określonym obszarze należy patrzeć przez pryzmat zmieniającej się i ciągle rozwijającej się medycyny. Dzisiejsza chirurgia nie przypomina już tej sprzed kilkunastu lat. Oddział chirurgiczny bez nowoczesnego zaplecza diagnostycznego nie będzie spełniał oczekiwań mieszkańców. Pacjenci wymagający poważniejszych operacji czy bardziej skomplikowanych zabiegów wybiorą placówkę dysponującą bardziej doświadczonym personelem oraz bogatszym zapleczem sprzętowym i odległość od miejsca zamieszkania będzie miała drugorzędne znaczenie. W każdym województwie znajdziemy oddziały chirurgiczne, gdzie procedury zabiegowe to jedynie 50 proc. świadczeń. Podobnie jest w przypadku oddziałów położniczych i neonatologicznych. Trudno dyskutować, kiedy jest to 400 porodów rocznie, ale nawet 600 porodów oznacza mniej niż dwa na dobę. Podstawą obiektywnego spojrzenia na potencjał szpitala powinna być analiza średniej liczby zabiegów planowych przypadających na dzień roboczy, a także małych zabiegów, dla których funkcjonuje blok operacyjny z pełną obsadą.

Zrozumiałe jest oczekiwanie, często wyrażane bez potwierdzonej wiedzy, że lepiej mieć szpital bliżej domu. Należy się jednak zastanowić, co jest ważniejsze: położenie czy bezpieczeństwo. Zwłaszcza w sytuacji, kiedy dwa lub trzy szpitale o tych samych profilach są położone w odległości 20–30 km od siebie, a czasem nawet mniejszej. Przy dzisiejszej łatwości przemieszczania się odległość jest słabym argumentem.

**POLSKA Z WYNIKIEM 660 ZNALAZŁA SIĘ**

**W CZOŁÓWCE KRAJÓW Z NAJWIĘKSZĄ**

**LICZBĄ ŁÓŻEK SZPITALNYCH**

**NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW.**

**ŚREDNIA EUROPEJSKA TO 529 ŁÓŻEK**

**I ZAWYŻAJĄ JĄ GŁÓWNIEMIE KRAJE**

**EUROPY WSCHODNIEJ – CZECHY**

**Z 666 ŁÓŻKAMI CZY LITWA Z 743**

Oprócz oczywistego aspektu epidemiologicznego funkcjonowanie dwóch czy trzech jednoimiennych oddziałów blisko siebie jest nieuzasadnione ekonomicznie. Dla każdego oddziału chirurgicznego czy położniczego szpital musi utrzymywać całodobowy blok operacyjny z całym wymaganym zapleczem, z anestezjologami, pielęgniarkami.

### Przed wszystkim pacjenci

Organy prowadzące szpital powinny najpierw przeanalizować sytuację i rozważyć ewentualne zmiany, a potem podjąć decyzje, korzystne przede wszystkim dla pacjentów. Ciągle jeszcze się zdarza, chociaż coraz rzadziej, że lokalnie traktuje się szpital tylko jako dużego pracodawcę. Warto przypomnieć, że jego głównym celem jest leczenie ludzi, dlatego priorytetem przy dokonywaniu zmian w strukturze takiej placówki powinny być potrzeby zdrowotne mieszkańców oraz zapewnienie im dostępu do leczenia na najwyższym możliwym poziomie.

W szpitalach pierwszego poziomu PSZ z uwagi na zmiany demograficzne oraz sytuację epidemiologiczną wysokospecjalistyczne oddziały nie mają racji bytu, poza nielicznymi wyjątkami. Z jednej strony są niewspółmiernie drogie w utrzymaniu, z drugiej – pacjenci częściej wybierają wysokospecjalistyczne leczenie w dużych ośrodkach, gdzie czują się bezpieczniej.

Starzejące się społeczeństwo potrzebuje konkretnej oferty medycznej blisko miejsca zamieszkania. W związku z tymi oczekiwaniami profilowanie szpitali powiatowych oznacza w pierwszej kolejności wybranie dziedzin, w których powinny być zaspokojone potrzeby mieszkańców, w dalszej – w których potencjał kadrowy, sprzętowy i lokalowy daje gwarancję sprawnie działającego oddziału, a w końcu – zapewnienie, że szpital będzie stanowił spójną całość, zwłaszcza jeśli chodzi o funkcjonowanie bloku operacyjnego,

Fot. Archiwum



### Piotr Magdziarz

partner zarządzający w Formedis  
Medical Management & Consulting

Od ponad 10 lat Formedis zajmuje się audytowaniem działalności szpitali publicznych oraz opracowywaniem – na podstawie wniosków wynikających z przeprowadzonych audytów – programów restrukturyzujących ich działalność. Niestety, z przykrością musimy stwierdzić, że sytuacja finansowa audytowanych przez nas szpitali publicznych z roku na rok jest gorsza, a już z nieukrywanym przerażeniem obserwowaliśmy wyniki finansowe szpitali w 2019 r.

Od lat powtarzamy, że na polskim rynku mamy zbyt dużo placówek wieloprofilowych, realizujących zarówno świadczenia zachowawcze, jak i zabiegowe, co w szczególności dotyczy szpitali powiatowych. Średnia populacja objęta opieką przez szpital w Polsce to mniej niż 50 tys. mieszkańców. Tymczasem z doświadczeń krajów zachodnioeuropejskich wynika, że jeden wieloprofilowy szpital powinien przypadać na ok. 150–200 tys. mieszkańców. To powoduje znaczne rozdrobnienie wartości umów poszczególnych szpitali z NFZ, braki kadrowe (konkurowanie o kadrę lekarską skutkujące wzrostem wynagrodzeń) oraz marnotrawienie środków publicznych na niepotrzebne inwestycje w infrastrukturę związaną z działalnością zabiegową. Dlatego dla uzdrowienia sytuacji konieczna jest weryfikacja sieci szpitali, której konsekwencją powinna być likwidacja, konsolidacja i przeprofilowanie placówek, aby jeden szpital wielospecjalistyczny (posiadający funkcje zabiegowe) przypadał na minimum 150 tys. mieszkańców. Pozostałe jednostki powinny zostać przeprofilowane – na tak potrzebne w aktualnej sytuacji demograficznej szpitale opieki długoterminowej.

Podmiotem tworzącym wszystkich szpitali publicznych funkcjonujących w danym województwie (oprócz szpitali klinicznych i resortowych) powinien być marszałek województwa. To on – na podstawie dokładnie opracowanych, wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych – powinien decydować o strukturze i programach medycznych szpitali funkcjonujących w województwie.

**STARZEJĄCE SIĘ SPOŁECZEŃSTWO POTRZEBUJE**

**KONKRETNEJ OFERTY MEDYCZNEJ**

**BLISKO MIEJSCA ZAMIESZKANIA**

Fot. Zdzisław Pracodawców Szpitali Powiatowych



### Waldemar Malinowski

prezes Polskiego Związku  
Pracodawców Szpitali Powiatowych

Żeby mówić o likwidacji szpitali, oddziałów lub łózek, należy zacząć od sprawdzenia, jakim potencjałem w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) będą dysponować w najbliższych latach poszczególne powiaty. W niektórych miejscach brakuje lekarzy rodzinnych, likwiduje się gabinety z powodu przechodzenia lekarzy na emeryturę. Podobna sytuacja jest wśród lekarzy AOS. Bez dobrej mapy potrzeb zdrowotnych w opiece ambulatoryjnej nie można mówić o likwidacji szpitala na danym terenie. Może się okazać, że pochopnie podjęta decyzja za kilka lat doprowadzi do tego, że pacjenci na pewnych terenach nie będą mieli dostępu do opieki medycznej. Restrukturyzacja szpitala musi być kompatybilna z zapewnieniem ambulatoryjnej opieki medycznej w danym miejscu. Rozbudowana baza diagnostyczna szpitala powinna posłużyć do tego, aby stał się on centrum diagnostyczno-terapeutycznym oraz koordynatorem opieki medycznej dla mieszkańców powiatu.

szpitalnego oddziału ratunkowego czy zaplecza diagnostycznego. Jednym z kierunków jest tworzenie oddziałów opieki długoterminowej, rehabilitacji oraz oddziałów zachowawczych z najważniejszą rolą interny, a także zastępowanie pełnej hospitalizacji świadczeniami w trybie jednodniowym lub planowym, szczególnie w takich zakresach, jak okulistyka czy ginekologia.

#### Profilowanie szpitali

O ile potrzebę przeprofilowania szpitali powiatowych dostrzega większość starostów, a także dyrektorów szpitali, to już przejście do etapu realizacji planu nie jest sprawą łatwą. Przeprowadzenie analizy dotychczasowej działalności, pokazanie słabych i mocnych stron placówki oraz realna propozycja naprawy sytuacji poprzez zmianę profilu szpitali na terenie powiatu – od tego należy zacząć. Poza tym zachęcamy starostów do zorganizowania rzetelnej kampanii informacyjnej, w czym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oferuje swoje wsparcie.

Zmiany profilu szpitali są możliwe także dzięki zaangażowaniu prezesa NFZ oraz ministra zdrowia, których interpretacje zapisów ustawy rozwiały ewentualne wątpliwości natury formalnoprawnej.

Zaakceptowanie zmiany może być trudne dla części personelu, szczególnie dla lekarzy, którzy pracują wiele lat w szpitalu i są bardzo przywiązani do status quo.



Fot. Archiwum

## Maciej Murkowski

wykładowca akademicki na Studiach Podyplomowych Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego

Ekspersi zajmujący się szpitalnictwem od lat dopominają się gruntownej reformy tego sektora. Niestety, do tej pory politycy żadnej opcji nie podjęli jakichkolwiek prób i nie przygotowali żadnego projektu. Mówiąc o szpitalach, musimy zawsze koniecznie zaznaczać, że chodzi o szpitale opieki krótkoterminowej. Zupełnie inne są problemy szpitali dziennych czy długoterminowych. Niektórzy eksperci sugerują, że z systemu powinno zniknąć kilkadziesiąt szpitali opieki krótkoterminowej. Będę polemizować z tym stwierdzeniem. Każdy szpital łącznie z jego otoczeniem trzeba rozpatrywać indywidualnie. Z całą odpowiedzialnością można powiedzieć, że żadnego szpitala opieki krótkoterminowej nie powinniśmy likwidować. Dzisiaj nie wolno już popełniać błędu Balcerowicza w odniesieniu do majątku byłych PGR-ów.

Problemem nie jest bowiem likwidacja, ale koncentracja i przeprofilowanie wybranych niewielkich szpitali powiatowych położonych w bliskiej odległości od dużego, wieloprofilowego szpitala. Te małe szpitale nie mają elementarnych możliwości, aby w działalności zabiegowej, w szczególności w chirurgii ogólnej, zapewnić nowoczesne standardy opieki, porównywalne z dużym wielospecjalistycznym szpitalem. Mają również ogromne problemy z deficytem kadry chirurgów. Dlatego modelowym rozwiązaniem, które powinno stanowić przykład dalszej działalności w tym zakresie, jest inicjatywa dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Agnieszki Pachciarz, która zapewniła dla rejonu Wyrzyńska pełnoprofilową opiekę chirurgiczną w Wojewódzkim Szpitalu w Pile, powodując tym samym koncentrację szpitala w Wyrzysku na świadczeniach zachowawczych i rehabilitacyjnych.

W artykule „Zdrowotna piątka” („Menedżer Zdrowia” nr 1–2/2019) wskazałem kilkanaście szpitali, które w pierwszej kolejności powinny być objęte podobnym działaniem. Niestety, z powodu braku jakiegokolwiek strategii w tym zakresie ze strony Ministerstwa Zdrowia w wielu z tych szpitali (Łapy, Szpital Miejski w Białymstoku i wiele innych) trwają nieuzasadnione prace inwestycyjne rozbudowujące te jednostki o bloki operacyjne.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że te niezbędne działania będą możliwe tylko wówczas, jeśli szpitale w województwie będą miały jednego właściciela. O to od lat dopominają się eksperci, tego dotyczyły wnioski z narad ministra Szumowskiego „Wspólnie dla zdrowia”, o tym również napisano w raporcie NIK z czerwca 2019 r.

Wszelkie działania racjonalizujące w obszarze szpitali zostały zniszczone i skutecznie zahamowane przez tzw. reformę Buzka.

Jestem również przeciwny stosowaniu w skali kraju jakichkolwiek jednolitych wskaźników w tym względzie. Próby podejmowane w tym zakresie przez ministra Maksymowicza w końcu lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku nie przyniosły żadnego efektu. Jeszcze raz podkreślam, że przypadek każdego szpitala trzeba rozpatrywać indywidualnie. Wynika to również z faktu, że otoczenie każdego szpitala jest nieporównywalne z innymi podobnymi jednostkami. Ponadto nie można zapominać o mapach potrzeb zdrowotnych (które zostały całkowicie pominięte w tzw. sieci szpitali).

Szpitale przeprofilowane mogą się skupić na działalności zachowawczej, często na świadczeniach rehabilitacyjnych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, medycynie paliatywnej oraz całej gamie oddziałów dziennych. Mogą także odejść od całodobowej opieki, koncentrując się na rozszerzonej działalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Dobrym kierunkiem jest też przekształcanie całych szpitali w zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Nie można niestety zapominać o ogromnej barierze tego przedsięwzięcia, jaką jest brak zaplecza eksperckiego ministra zdrowia i wojewodów. Dlatego od wielu lat postulujemy odtworzenie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia na szczeblu centralnym oraz jego odpowiedników przy urzędach wojewódzkich.

Na zakończenie podkreślam: wszystko to jest możliwe po wcześniejszym odebraniu szpitali zarządom powiatów i podporządkowaniu ich jednemu właścicielowi w województwie. Najlepszym wariantem byłaby rządowa agencja ds. szpitali podporządkowana wojewodzie lub samorządowy zarząd województwa. W tym ostatnim przypadku minusem jest ogromne upolitycznienie samorządów.

Jednak zarówno dla dyrektorów szpitali, jak i organów prowadzących nadrzędnym celem powinno być zawsze dobro pacjenta.

### W Wielkopolsce proces już się rozpoczął

Profilowanie szpitali to obecnie jedyne rozwiązanie zarówno trudnej sytuacji ekonomicznej placówek,

jak i problemów kadrowych. W Wielkopolsce proces ten rozpoczął się trzy lata temu. W 2017 r. z prowadzenia nierentownego oddziału neurologicznego zrezygnował Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie. Dzięki temu we współpracy z kolejnymi szpitalami powstały pododdziały udarowe w Szpitalu w Puszczykowie oraz w Szpitalu Klinicznym

**OD PROFILOWANIA SZPITALI**

**I KONSOLIDACJI ŚWIADCZEŃ**

**NIE MA JUŻ ODWROTU. NFZ WSPIERA**

**WSZELKIE ZMIANY, KTÓRYCH CELEM**

**JEST POPRAWA JAKOŚCI LECZENIA PACJENTÓW**



**ZMIANY PROFILU SZPITALI SĄ MOŻLIWE**

**DZIĘKI ZAANGAŻOWANIU PREZESA NFZ**

**ORAZ MINISTRA ZDROWIA, KTÓRYCH**

**INTERPRETACJE ZAPISÓW USTAWY**

**ROZWIAŁY EWENTUALNE WĄTPLIWOŚCI**

**NATURY FORMALNOPRAWNEJ**

im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Obecnie wszystkie oddziały neurologiczne w Wielkopolsce mają pododdziały udarowe. Dodatkowo udało się wesprzeć zakres świadczeń, które były mocną stroną Szpitala w Kościanie – pieniądze zostały tam przeznaczone na leczenie uzależnień.

Kolejne kilka oddziałów działających w trybie pełnej hospitalizacji w konkursach przeprowadzonych w latach 2017 i 2018 miało szansę uzyskać umowę na świadczenia udzielane w trybie planowym, zwłaszcza jednodniowym. Dotyczy to tych oddziałów albo podmiotów, które nie zakwalifikowały się do sieci, i było możliwe w przypadku np. chirurgii, urologii i ginekologii.

Przekształcenie polegające na racjonalizacji działalności dwóch szpitali w jednym powiecie zostało przeprowadzone w 2019 r. w Wyrzysku. Proces zmian roz-

począł się kilka lat wcześniej. W 2015 r. zapadła decyzja o likwidacji oddziału ginekologiczno-położniczego, a co za tym idzie – także oddziału neonatologicznego. W tym samym czasie placówka zrezygnowała z poradni neurochirurgicznej, a rok później – z poradni onkologicznej. Za to w 2017 r. został utworzony w Wyrzysku oddział rehabilitacji neurologicznej. Szpital postawił wyraźnie na świadczenia, w ramach których pacjent może kontynuować leczenie po pobycie w innych szpitalach. Konsekwencją tego podejścia było otwarcie w październiku 2019 r. Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Wyrzysku, gdzie trafiają m.in. pacjenci wymagający opieki po hospitalizacji na oddziałach specjalistycznych. Aby rozwijać działalność związaną z rehabilitacją neurologiczną oraz świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, dyrekcja szpitala w Wyrzysku wraz z organem prowadzącym podjęła decyzję najpierw o ograniczeniu działalności oddziału chirurgicznego (z 38 do 18 łóżek), a w końcu o rezygnacji z jego prowadzenia. Został on zamknięty 31 grudnia 2019 r. Całodobowe świadczenia chirurgiczne zostały zabezpieczone przez znajdujący się w niewielkiej odległości od Wyrzyska (35 km) Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica. Jest on wyspecjalizowaną jednostką, która realizuje świadczenia w ramach chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurgii klatki piersiowej oraz onkologicznej. Pacjenci otrzymują kompleksową opiekę i właściwą jakość świadczeń dzięki doświadczonemu personelowi i odpowiedniemu sprzętowi. Szpital w Pile zapewnia także dostęp do szybkiej diagnostyki specjalistycznej, gdyż dysponuje pracownią rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej. Wcześniej pacjenci leczeni na oddziale chirurgicznym w Wyrzysku w przypadku konieczności wykonania tego typu badań byli transportowani właśnie do Szpitala w Pile (umowa podwykonawstwa).

W wyniku przeprowadzonej zmiany ryczałt szpitala w Wyrzysku został zmniejszony o ok. 3 mln zł. Część z tych pieniędzy przeznaczono na zwiększenie liczby łóżek w tamtejszym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym. Dodatkowe pieniądze trafiły również do Szpitala Specjalistycznego w Pile, który przejął część pacjentów wymagających hospitalizacji na oddziale chirurgicznym w Wyrzysku. Zmiana w powiecie pilskim mogła zostać sprawnie przeprowadzona dzięki zdecydowanej postawie starosty oraz modelowej kampanii informacyjnej. Właściwa komunikacja z radnymi powiatu oraz mieszkańcami umożliwiła wdrożenie korzystnych rozwiązań zupełnie „bezboleśnie”.

Od profilowania szpitali i konsolidacji świadczeń nie ma już odwrotu. Obecnie w Wielkopolsce kilka powiatów przygotowuje się do podjęcia kroków zmierzających do przeprofilowania placówek. NFZ wspiera wszelkie zmiany, których celem jest poprawa jakości leczenia pacjentów.

Agnieszka Pachciarz  
dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ