

IM KRÓCEJ, TYM LEPIEJ



Fot. iStockphoto.com

MAGDALENA I JAROSŁAW KOZEROWIE

Wydłużenie hospitalizacji może mieć negatywne konsekwencje dla systemu opieki zdrowotnej, prowadząc do zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej, a także do niedoboru miejsc w szpitalach.

Wielokrotnie opisywaliśmy tematy związane ze strukturą i czasem udzielanych świadczeń szpitalnych w podmiotach leczniczych – podkreślaliśmy, jak ważne dla efektywności wykorzystania zasobów i kapitału ludzkiego są struktura świadczeń i czas hospitalizacji i jakie drogie są rezerwy, które utrzymujemy, finansując obecną strukturę naszych podmiotów leczniczych. W niniejszym artykule przeprowadzimy analizę czasu hospitalizacji w latach 2012–2022 – w celu obserwacji, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na czas hospitalizacji, jakie nastąpiły zmiany oraz jakie są trendy zmian w tym obszarze. Miarą czasu będą mediana i dominanta, czyli miary tendencji centralnej. Dominanta wska-

zuje, która wartość występuje najczęściej w zbiorze danych, mediana natomiast, jaka wartość występuje w połowie zbioru danych. Do przeprowadzenia analizy zostaną wykorzystane dane z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz nasze autorskie narzędzie analityczne SmartBIHospital.

Czas hospitalizacji mierzony medianą i dominantą

Analizując lata 2012–2022, we wszystkich rodzajach hospitalizacji możemy zaobserwować wydłużenie wartości dominanty. W roku 2012 wynosiła 3,79 i spadła do 3,14 w roku 2020. Zwiększała się następnie do

3,88 w 2022 r. Mediana natomiast w 2012 r. wynosiła 5,66, a w kolejnych latach się obniżała do 2020 r., po czym wzrosła do 5,49 w 2022 r.

Jeśli wydłuża się dominanta hospitalizacji, a skraca mediana, oznacza to, że więcej osób jest hospitalizowanych przez dłuższy czas. Może to być spowodowane różnymi czynnikami, takimi jak:

- zwiększenie liczby przypadków ciężkiego przebiegu choroby,
- zwiększenie liczby osób z chorobami współistniejącymi, które zwiększają ryzyko hospitalizacji,
- zmiany w sposobie leczenia, powodujące, że pacjenci są hospitalizowani dłużej.

Warto zauważyć, że wydłużenie dominanty hospitalizacji i skrócenie mediany hospitalizacji może mieć negatywne konsekwencje dla systemu opieki zdrowotnej, prowadząc do zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej, a także do niedoboru miejsc w szpitalach.

Na uwagę zasługuje fakt, że wartości mediany i dominanty w latach 2012–2019 systematycznie malały. Podobnie było w roku 2020, czyli w momencie wybuchu pandemii. Zarówno mediana, jak i dominanta były znacząco krótsze, a następnie od 2021 r. zaczęły rosnąć. Odpowiedź na pytanie dlaczego, jak zwykle jest złożona. Nasze doświadczenie podpowiada, że jest to obraz powikłań pocovidowych systemu opieki i warto ten problem dokładnie przeanalizować.

Świadczenia zachowawcze

Od roku 2012 do 2022 liczba hospitalizacji zachowawczych zmalała o 388 tys., to jest z 4 241 66 do 3 858 129. Biorąc pod uwagę czas pobytu pacjentów

w szpitalu, wyraźnie widać różnice w trendach w okresie 2012–2020 i 2020–2022. W latach 2012–2019 zarówno mediana, jak i dominanta zmalały, dominanta o 0,48, a mediana o 0,32. Natomiast w okresie 2020–2022 obie wartości wzrosły – dominanta o 0,75, a mediana o 0,83.

W czasie przed pandemią COVID-19 na skrócenie tych parametrów mogły wpłynąć:

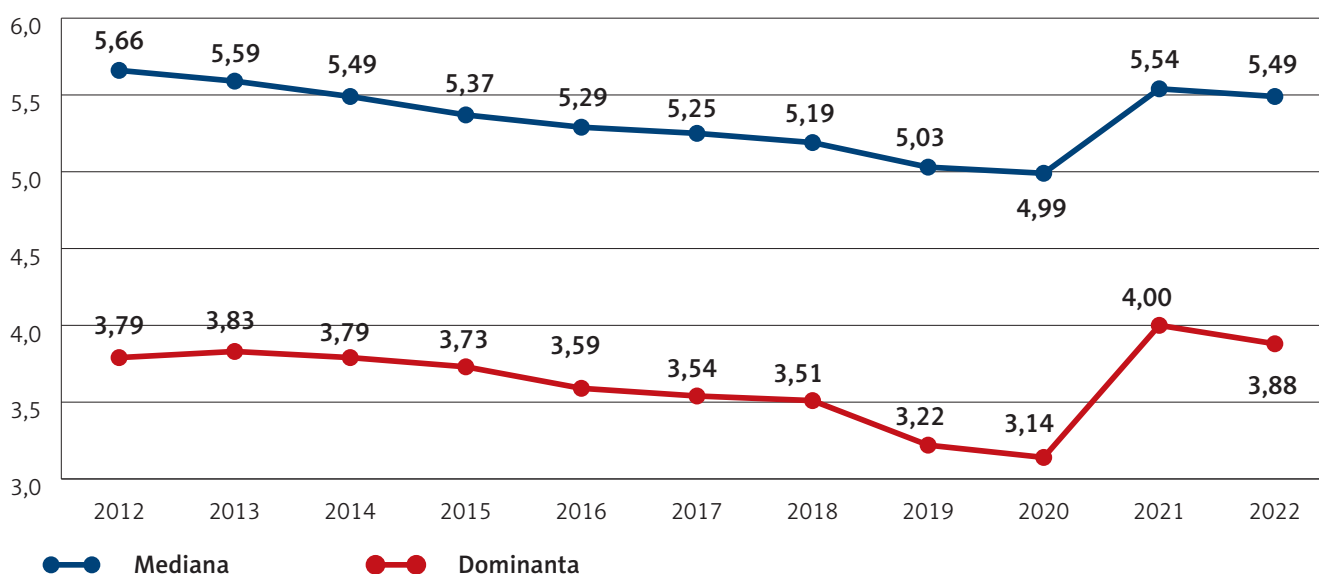
- rozwój nowych technologii medycznych,
- zmiany w sposobie leczenia,
- zmiany w sposobie kwalifikacji do leczenia szpitalnego.

Świadczenia zabiegowe

W badanym okresie liczba hospitalizacji zabiegowych wzrosła o 42 tys. – z 3 140 416 do 3 182 703. Podobnie jak w przypadku świadczeń zachowawczych, w latach 2012–2020 obie miary zmalały – dominanta o 0,9, a mediana o 1,13, a w okresie 2020–2022 wzrosły – dominanta o 0,75, a mediana o 0,24.

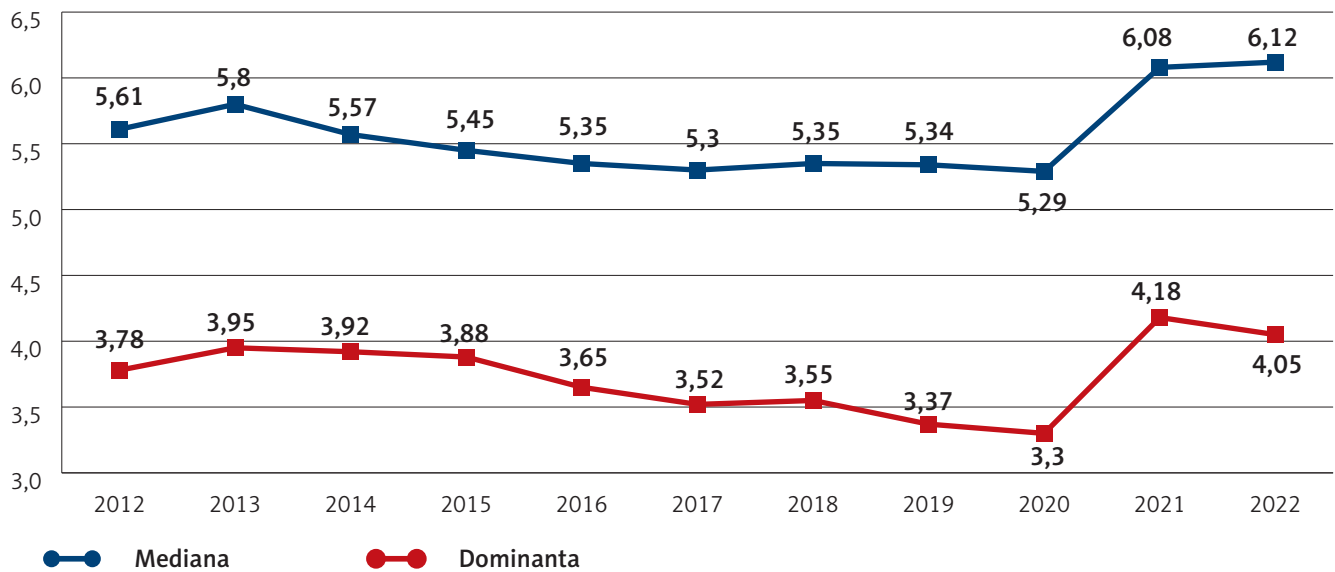
Zmniejszenie tych wartości w latach 2012–2019 może oznaczać rozwój nowych technologii medycznych, zmiany w sposobie wykonywania zabiegów i w sposobie kwalifikacji do nich. Natomiast, podobnie jak w przypadku świadczeń zachowawczych, okres popandemiczny charakteryzuje się wydłużeniem czasu pobytu. Przyczyną może być niestety pogorszenie kultury organizacji – „pocovidowe powikłanie organizacyjne”.

W dalszej części artykułu przeanalizujemy świadczenia zabiegowe z podziałem na zabiegi: kompleksowe, duże, średnie, małe i diagnostyczne.



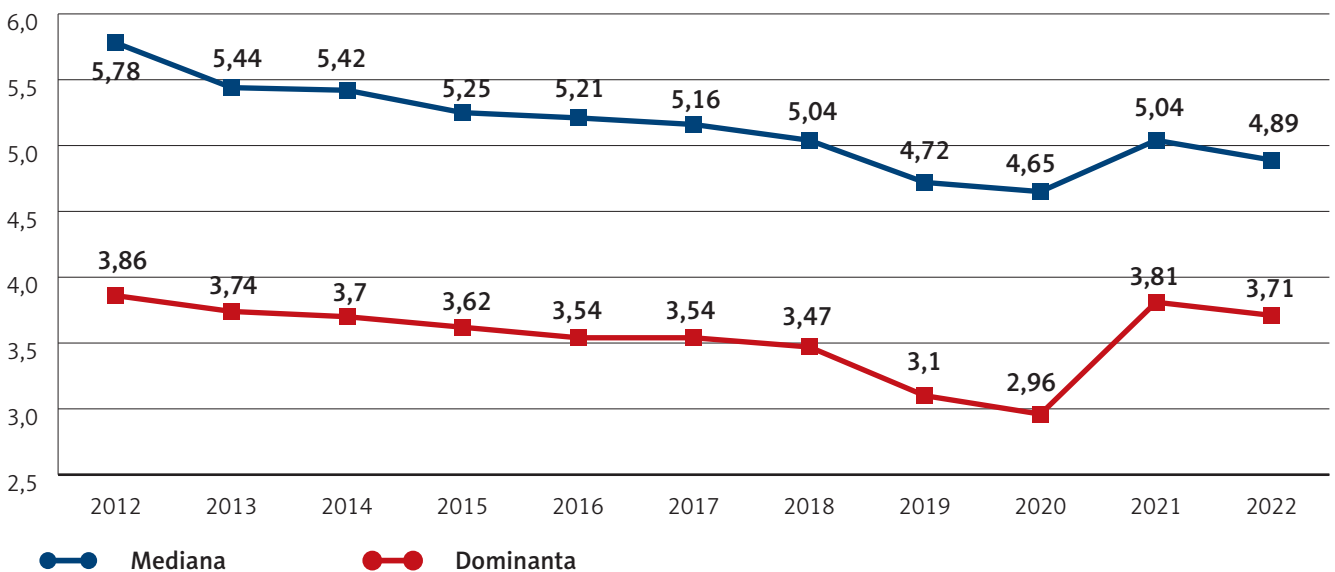
Rycina 1. Wartości mediany i dominanty czasu leczenia w latach 2012–2022

Źródło: _JSKonsulting – SmartBIHospital na bazie danych NFZ.



Rycina 2. Wartości mediany i dominanty czasu leczenia dla świadczeń zachowawczych w latach 2012–2022

Źródło: _JSKonsulting – SmartBIHospital na bazie danych NFZ.



Rycina 3. Wartości mediany i dominanty czasu leczenia dla świadczeń zabiegowych w latach 2012–2022

Źródło: _JSKonsulting – SmartBIHospital na bazie danych NFZ.

Świadczenia zabiegowe z podziałem na ich stopień kompleksowości

Zabiegi kompleksowe

W latach 2012–2022 liczba hospitalizacji zabiegowych kompleksowych wzrosła o 240 tys. – z 549 157 do 788 626.

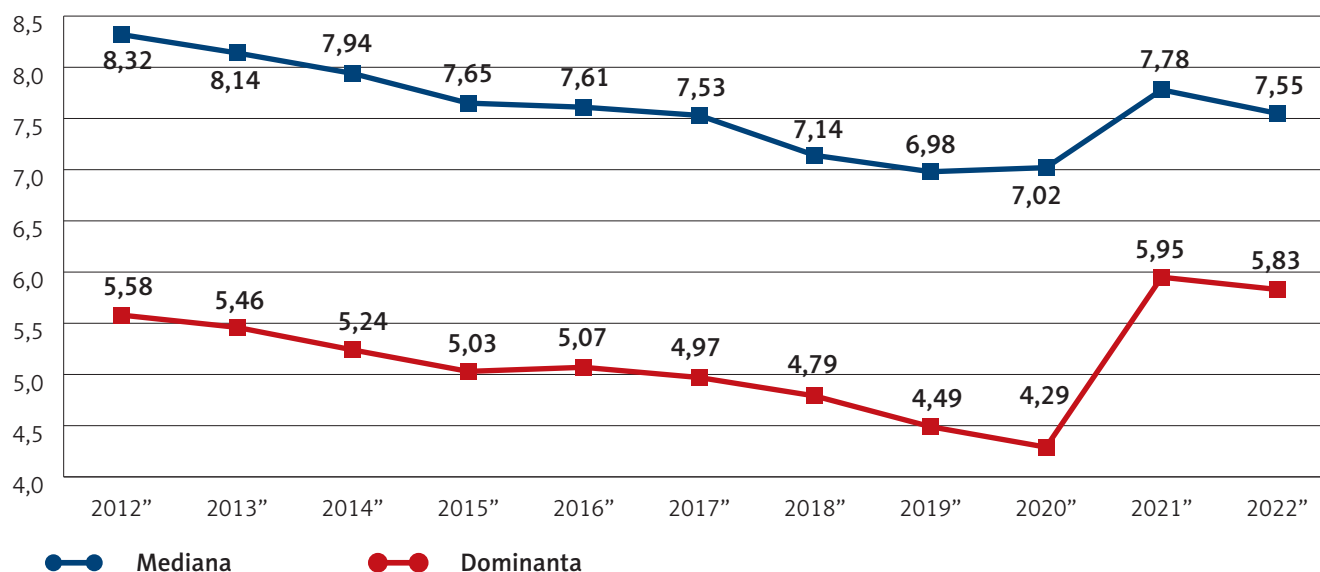
Podobnie jak w omawianych przypadkach, możemy zaobserwować różnice trendu w okresie przed- i popandemicznym. W latach 2012–2020 dominanta

skróciła się o 1,29 dnia, natomiast mediana skróciła się o 1,3 dnia. W okresie 2020–2022 obie wartości wzrosły – dominanta o 1,54, a mediana o 0,53 dnia.

Zabiegi duże

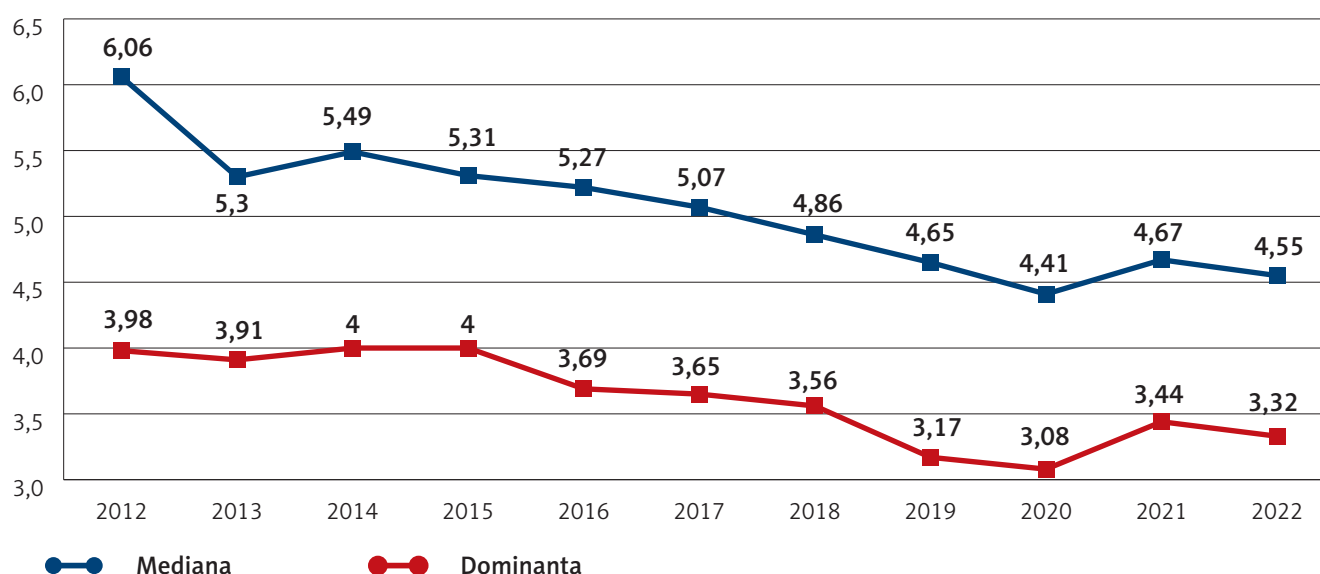
Liczba hospitalizacji zabiegowych dużych w latach 2012–2022 zmalała o ok. 167 tys. – z 856 421 do 689 252.

W tym wypadku trendy w wartościach dominanty i mediany są jednakowe w całym okresie analizy. Zarówno



Rycina 4. Wartości mediany i dominanty czasu leczenia dla świadczeń zabiegowych kompleksowych w latach 2012–2022

Źródło: _JSKonsulting – SmartBIHospital na bazie danych NFZ.



Rycina 5. Wartości mediany i dominanty czasu leczenia dla świadczeń zabiegowych dużych w latach 2012–2022

Źródło: _JSKonsulting – SmartBIHospital na bazie danych NFZ.

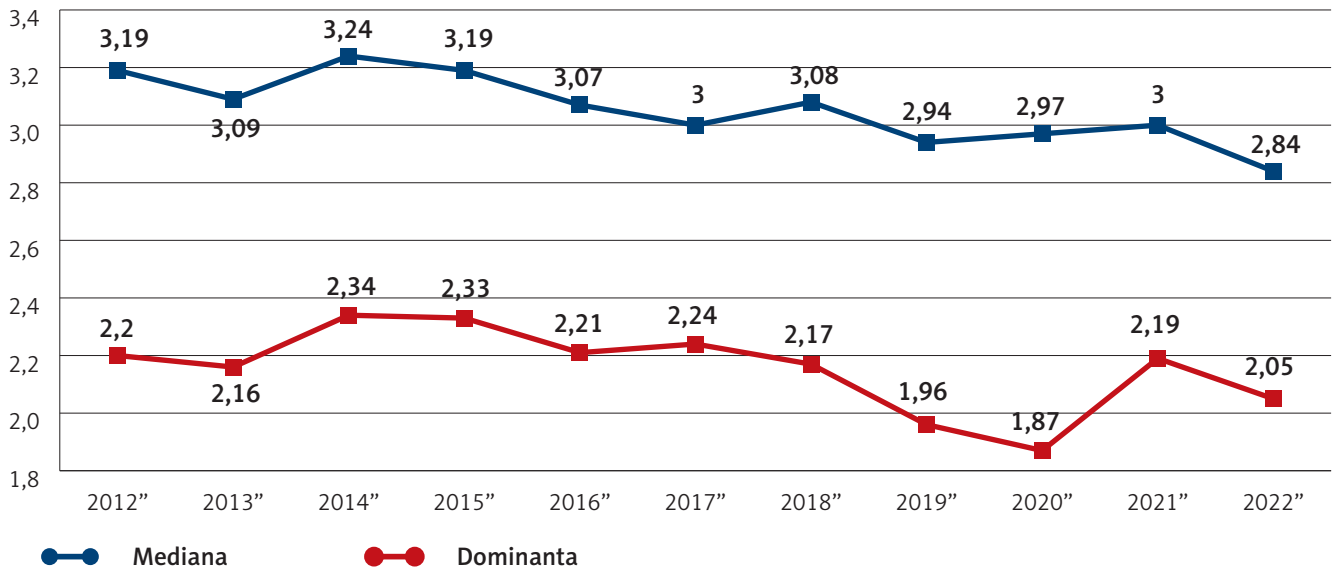
dominanta, jak i mediana maleją. Ta pierwsza o 0,66 dnia, a druga o 1,51 dnia. Warto zauważyć, że dominanta dla zabiegów dużych jest w 2022 r. o 2,5 dnia krótsza niż w wypadku dominanty dla zabiegów kompleksowych.

Zabiegi średnie

Łączna liczba hospitalizacji zabiegowych średnich z wyłączeniem porodów (które są zaliczane do zabiegów średnich) wzrosła – od 2012 do 2022 r. – o ok. 47 tys., tj. z poziomu 1 036 812 do 1 084 336.

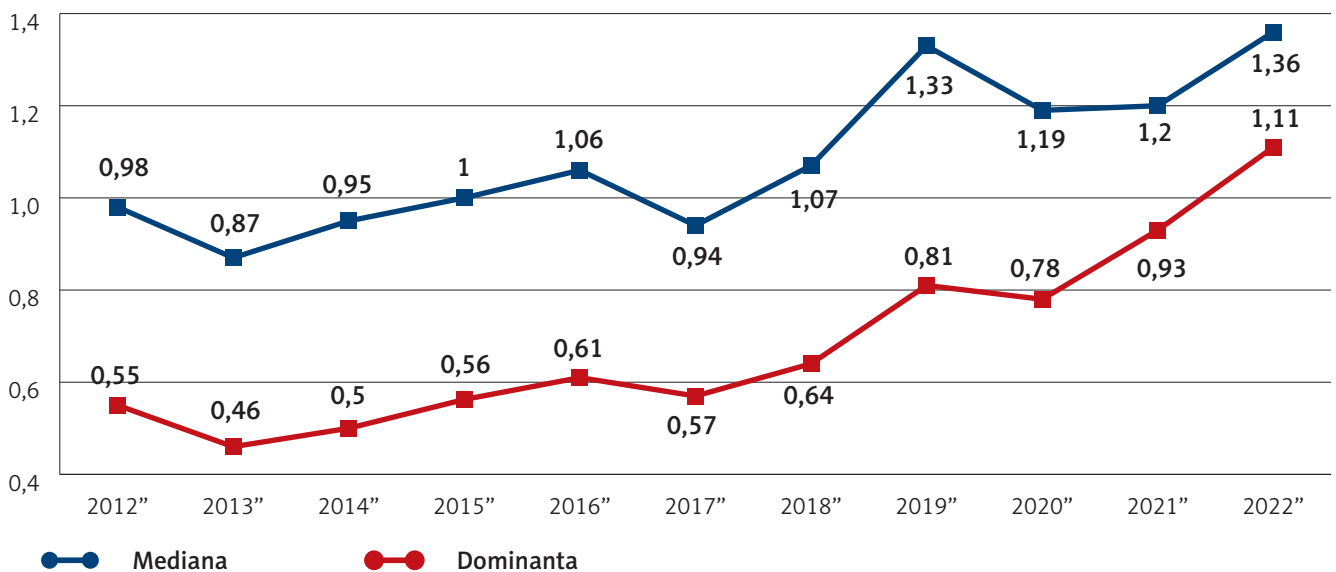
W tej kategorii świadczeń trendy są podobne jak dla zabiegów kompleksowych, lecz nie tak silne.

Zarówno dominanta, jak i mediana w latach 2012–2022 zmniejszyły się odpowiednio o 0,15 dnia i 0,35 dnia. Dominanta w 2022 r. wynosi 2 dni i jest krótsza od zabiegów kompleksowych o 3,8 dnia, a od zabiegów dużych o 1,3 dnia. W tym wypadku spadek w latach 2012–2022 omawianych parametrów nie jest znaczący. Może to świadczyć o osiągnięciu optymalnych czasów pobytu. Jednak biorąc pod



Rycina 6. Wartości mediany i dominanty czasu leczenia dla świadczeń zabiegowych średnich w latach 2012–2022

Źródło: _ JSKonsulting – SmartBIHospital na bazie danych NFZ.



Rycina 7. Wartości mediany i dominanty czasu leczenia dla świadczeń zabiegowych małych w latach 2012–2022

Źródło: _ JSKonsulting – SmartBIHospital na bazie danych NFZ.

uwagę zalecenia, jakie stosują lekarze, czyli przyjęcie na zabieg w dniu poprzedzającym wejście na blok operacyjny, to po upowszechnieniu zasad obowiązujących w innych krajach rozwiniętych, że średni planowy zabieg odbywa się w dniu przyjęcia pacjenta, czas mógłby się skrócić.

Zabiegi małe

W analizowanym okresie liczba hospitalizacji zabiegowych małych wzrosła o ok. 46 tys., tj. z 346 042 do 392 086.

W wypadku świadczeń małych możemy zaobserwować zaskakujące zjawisko: pomimo rozwoju no-



Fot. Adobe Stock

**DLACZEGO MARNUJEMY WYSIŁEK
PERSONELU SZPITALNEGO I PIENIĄDZE
WYDANE NA INWESTYCJE W NOWE
TECHNOLOGIE, REALIZUJĄC ŚWIADCZENIA
POWSZECHNIE W FORMACH
CAŁODOBOWYCH, ZAMKNIĘTYCH
I W STRUKTURACH PAWILONOWYCH?**

wych technologii oba parametry zwiększają wartość. Dominanta z 0,55 dnia w 2012 r. do 1,11 w roku 2022 (wzrost o 100 proc.), mediana z 0,98 w 2012 r. do 1,36 w roku 2022. W tym przypadku wytłumaczeniem jest sposób finansowania świadczeń. 63 proc. produktów z tej grupy miało podwójne wartości hospitalizacji do trzech i powyżej trzech dni pobytu. Do 2022 r. stawka hospitalizacji powyżej trzech dni była dwukrotnie wyższa od stawki hospitalizacji do trzech dni.

Podobne zjawisko jak w przypadku zabiegów małych możemy zauważyć dla zabiegów diagnostycznych, przy czym 60 proc. produktów z tej kategorii ma te same zasady rozliczenia. Jednak nie zmienia to faktu, że zabiegi małe i diagnostyczne są wykonywane w jednym dniu.

Podsumowanie

Powyższa analiza zobrazowała, że w czasie dziesięciu lat w wypadku świadczeń zachowawczych, zabiegów kompleksowych i dużych można wyodrębnić okresy przed- i pocovidowe. W okresach przedcovidowych czasy hospitalizacji mierzone dominantą i medianą skracaly się i był to trwały trend. W okresie pocovidowym rosły z dużą dynamiką i to pomimo znaczących inwestycji w rozwój technologii. Co spowodowało takie widoczne załamanie malejących trendów czasu hospitalizacji? Nie ma na to jednoznacznej odpowiedzi. Możemy się domyślać, że bardzo duży wpływ na to zjawisko miał brak powiązania znaczących wzrostów płac z efektywnością działania, co niestety zaowocowało obniżeniem kultury pracy. We wcześniejszych akapitach nazwaliśmy to powikłaniami pocovidowymi podmiotów leczniczych. Nie bez znaczenia pozostaje również sposób rozliczeń przez płatnika (w przypadku zabiegów małych i diagnostycznych), który zastosował dwukrotnie większą stawkę, jeżeli pacjent przebywał w szpitalu powyżej trzech dni.

Analiza pokazała, że rozwój technologii i umiejętności personelu medycznego pozwala na skracanie hospitalizacji, niestety wysiłek ten zakłóciła pandemia.

Jednak miejmy nadzieję, że szpitale zrationalizują działania i trendy dotyczące skracania czasu hospitalizacji wrócą do tych z okresu przed pandemią i będą stale się utrzymywały. Jak się okazuje, dużym regulatorem jest tu płatnik, który konstruując modele rozliczeń, może i powinien zachęcać szpitale do skracania czasu hospitalizacji.

Dużo zainwestowaliśmy w nowe technologie i podniesienie umiejętności personelu. Leczymy krócej i lepiej. Nasuwa się więc pytanie o to, dlaczego marnujemy wysiłek personelu i środki, jakie zostały przeznaczone na inwestycje w nowe technologie, realizując te świadczenia powszechnie w formach całodobowych, zamkniętych, w strukturach pawilonowych, których koncepcja to myśl z XIX w.? Jaka jest skala tego marnotrawstwa? O tym napiszemy wkrótce.

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

W artykule „Szpitale droższe od pięciogwiazdkowych hoteli” – opublikowany na naszej stronie internetowej w lutym 2022 r. – opisano, jak ważne dla efektywności wykorzystania zasobów i kapitału ludzkiego są struktura świadczeń i czas hospitalizacji i jakie drogie są rezerwy, które utrzymujemy, finansując obecną strukturę naszych podmiotów leczniczych. Artykuł można przeczytać po zeskanowaniu kodu:

