



# W sieci? To się rozleci!

Fot. iStockphoto.com

Zmiany systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie są poprawkami wynikającymi z analizy realizacji założeń poprzednich reformatorów, kontynuacji myśli, ale – na nieszczęście – są jedynie wyrazem nadziei, wiary twórców, że ich wizja jak czarodziejska różdżka odmieni los pacjentów, szpitali, personelu medycznego. Brakuje rzetelnych ocen założeń reform, analiz opartych na dostępnych danych, wykonanych z możliwym poziomem dokładności. Podobnie jest w przypadku sieci szpitali.

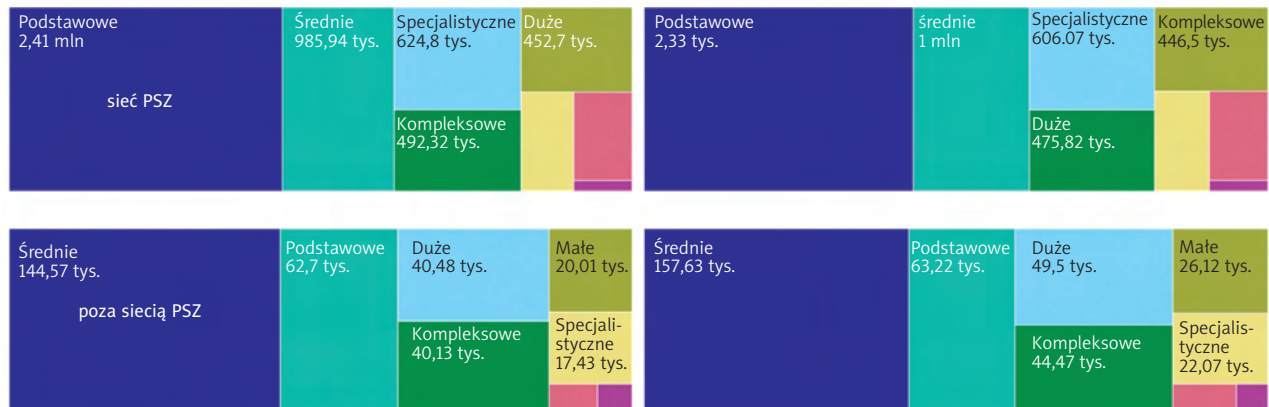
Dysponując odpowiednim narzędziem pozwalającym na odkrycie dotąd niedostępnych zakresów analiz, podjęto próbę oceny ostatniej istotnej zmiany, jaka dokonała się w IV kwartale 2017 r., tj. wdrożenia sieci szpitali (inaczej systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ).

Opierając się na dostępnych bazach danych (z dokładnością do pojedynczych hospitalizacji), zintegrowano informacje z różnych źródeł (NFZ, CSIOZ) przy zastosowaniu analizatora *big data* „Pulpit menedżera zdrowia”. W ten sposób powstał zbiór zawierający ok. 180 mln rekordów, opisujący każdą hospitalizację w latach 2017–2018, a jego integracja z bazą „Rejestr podmiotów leczniczych” pozwoliła na podział tych hospitalizacji wg form prowadzenia i form własności podmiotów leczniczych. Taki zbiór danych w połączeniu z odpowiednim narzędziem umożliwił przeprowadzenie analizy, a w konsekwencji na odpowiedź na

pytanie, jakie zmiany zaszły w wyniku wdrożenia sieci szpitali i czy są one zgodne z założeniami, które przyświecały twórcom koncepcji sieci szpitali.

Z materiałów informacyjnych opisujących cele wdrożenia sieci szpitali wybrano te, które są mierzalne:

- poprawa dostępu do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów,
- przepływ świadczeń (w ramach ryczałtu) z formy szpitalnej do ambulatoryjnej,
- stworzenie mechanizmu przenoszącego ze szpitali I i II poziomu PSZ do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych (III i ogólnopolski poziom PSZ, z wyłączeniem większości szpitali resortowych),
- poprawa elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia,
- zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy rów-



Rycina 1. Poprawa dostępu do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów

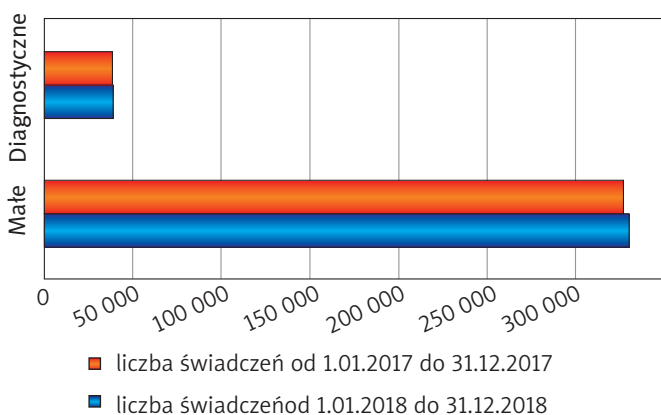
noczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym placówkom.

Definicje pojęć użytych w artykule:

- klasyfikacja świadczeń wg definicji z map potrzeb zdrowotnych:
  - świadczenia zabiegowe (kompleksowe, duże, średnie, małe, diagnostyczne),
  - świadczenia zachowawcze (podstawowe, specjalistyczne),
  - świadczenia w ramach OAiIT;
- klasyfikacja podmiotów wg definicji sieciowych:
  - szpital ogólnopolski (szpitale uniwersyteckie, instytuty, szpitale resortowe),
  - szpital III stopnia (dawne szpitale wojewódzkie posiadające pełny profil specjalności),
  - szpital II stopnia (mniejsze dawne szpitale wojewódzkie, nieposiadające pełnego profilu specjalności),
  - szpital I stopnia (szpitale powiatowe).

Zakres analizowanych danych:

- dane z baz NFZ za lata 2017–2018:
  - liczba rekordów pacjentów – 15 943 541,
  - liczba rekordów procedur – 177 937 813;
- dane z aplikacji „Kontrakty NFZ za okres 2017–2019”:



Rycina 2. Przeptyw świadczeń (w ramach ryczałtu) z formy szpitalnej do ambulatoryjnej

– liczba rekordów – 10 218 086;

- dane z rejestru podmiotów leczniczych (stan na 24 sierpnia 2019 r.):
  - liczba rekordów – 22 623.

Jak wspomniano na wstępie, artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie, jakie zmiany zaszły w wyniku wdrożenia sieci szpitali i czy są one zgodne z założeniami.

Jednym z mierzalnych celów wprowadzenia sieci szpitali była poprawa dostępu do świadczeń specjalistycznych. W celu analizy tego zagadnienia podzielono podmioty ze względu na przynależność do sieci, a następnie podzielono świadczenia wg klasyfikacji świadczeń zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (ryc. 1).

Dane dotyczące kompleksowości udzielanych świadczeń nie obrazują zmian, które zaszły w 2017 r. w porównaniu z 2018 r.

1. Udział świadczeń podstawowych wzrósł z 2,3 mln hospitalizacji w 2017 r. do 2,4 mln w 2018 r.
2. Udział świadczeń zaliczanych do doświadczeń specjalistycznych, dużych i kompleksowych spadł o ok. 20 tys. hospitalizacji w tym samym okresie.
3. W odniesieniu do poziomów szpitali w sieci nie odnotowano znaczących zmian dotyczących kompleksowości udzielanych świadczeń.
4. W szpitalach poziomu ogólnopolskiego udział świadczeń zaliczanych do świadczeń specjalistycznych – dużych i kompleksowych – wzrósł jedynie o niespełna pół procenta.

Kolejnym celem wdrożenia sieci szpitali było zwiększenie udziału świadczeń ambulatoryjnych, które do tej pory były realizowane w lecznictwie stacjonarnym. W celu weryfikacji powyższej tezy przeanalizowano dane dotyczące świadczeń uznanych za małe i diagnostyczne w latach 2017 i 2018 (ryc. 2).

Zarówno w przypadku świadczeń małych, jak i diagnostycznych można zauważyć minimalny wzrost ich liczby.

1. Świadczeń zaliczanych do kategorii małych udzielono w 2017 r. ok. 327 tys., a w 2018 r. 330 tys.

2. Świadczeń zaliczanych do kategorii diagnostycznych udzielono w 2017 r. ok. 38,6 tys., a w 2018 r. 39,4 tys.
3. W odniesieniu do poziomów szpitali w sieci nie odnotowano znaczącego zmniejszenia liczby małych i diagnostycznych świadczeń w zależności od poziomu szpitala.

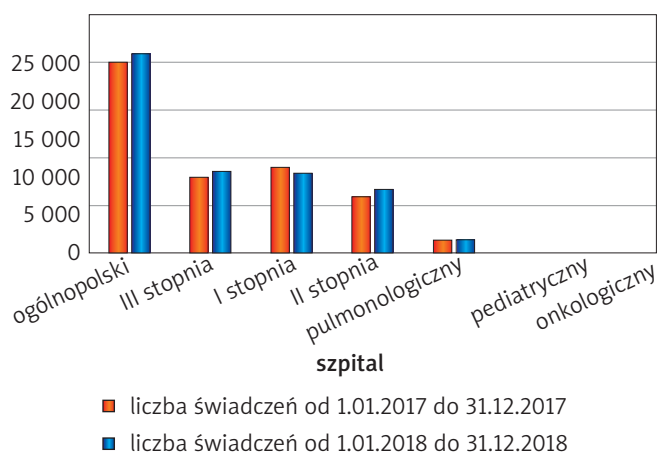
Sieć szpitali zakładała również stworzenie mechanizmu przenoszącego wąkospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych. W celu analizy tego założenia dokonano zestawienia: trybów przyjęcia z *innego szpitala* w zależności od poziomu szpitala w sieci (ryc. 3), trybu wypisu skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu w zależności od poziomu szpitala (ryc. 4) w sieci. Dodatkowo podzielono świadczenia zgodnie z klasyfikacją wg map potrzeb zdrowotnych (ograniczono się tylko do świadczeń wysokospecjalistycznych: kompleksowych, dużych i specjalistycznych) z uwzględnieniem poziomu szpitali w sieci (ryc. 5).

Z analizy danych dotyczących trybu przyjęcia *przeniesienie z innego szpitala* wynika, że wskaźnik ten nie uległ zmianie w 2018 r. w porównaniu z 2017 r.

Tryb przyjęcia *przeniesienie z innego szpitala* stanowił niespełna 0,7% w strukturze wszystkich przyjęć i nie uległ zmianie w 2018 r. w porównaniu z 2017 r.

W odniesieniu do poziomów szpitali w sieci nie odnotowano znaczących zmian dotyczących migracji pomiędzy szpitalami.

Najczęstszymi zakresami związanymi z przepływem pacjentów pomiędzy poziomami były: anestezjologia i intensywne terapie – hospitalizacja, anestezjologia i intensywne terapie II poziomu referencyjny – hospitalizacja, kardiologia – hospitalizacja, kardiologia – hospitalizacja E10, E11, E12g, E15, czyli powszechne, wcześniej występujące przypadki związane z ruchem pomiędzy szpitalami.



**Rycina 3.** Stworzenie mechanizmu przenoszącego wąkospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych – tryb przyjęcia z *innego szpitala*, w zależności od poziomu szpitala w sieci

„Celem wdrożenia sieci szpitali było zwiększenie udziału świadczeń ambulatoryjnych, które do tej pory były realizowane w lecznictwie stacjonarnym”

Również w przypadku analizy danych dotyczących trybu wypisu *skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu* nie odnotowano różnic w 2018 r. w porównaniu z 2017 r.

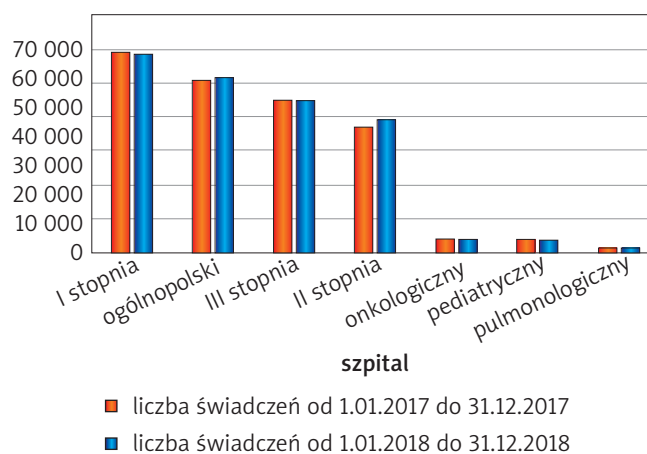
Tryb wypisu *skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu* stanowił tylko 2,8% w strukturze wszystkich przyjęć. W 2017 r. był identyczny z 2018 r.

W odniesieniu do poziomów szpitali w sieci nie odnotowano znaczących zmian dotyczących migracji pacjentów z niższych do wyższych poziomów.

W analizowanym okresie szpitale I stopnia zmniejszyły wypisy w tym trybie, wzrost zaobserwowano w szpitalach poziomu II, III i ogólnopolskiego.

Najczęstszymi zakresami związanymi z przepływem pacjentów pomiędzy poziomami były: choroby wewnętrzne – hospitalizacja, anestezjologia i intensywne terapie – hospitalizacja, anestezjologia i intensywne terapie I poziomu referencyjny – hospitalizacja, chirurgia ogólna – hospitalizacja.

Zestawienie na rycinie 5 pokazuje strukturę świadczeń zgodnie z klasyfikacją świadczeń wg map potrzeb zdrowotnych w zależności od poziomu szpitala w sieci.



**Rycina 4.** Stworzenie mechanizmu przenoszącego wąkospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych – tryb wypisu *skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu*

2017

Specjalistyczne

Duże

Kompleksowe



2018

Specjalistyczne

Kompleksowe

Duże

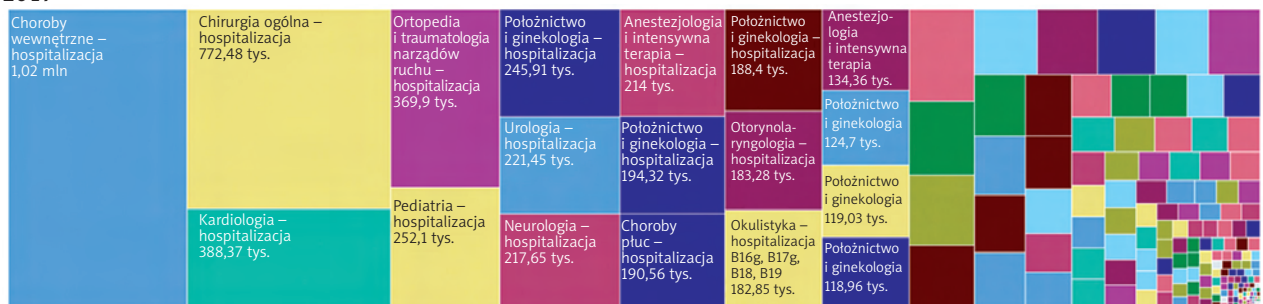


Rycina 5. Stworzenie mechanizmu przenoszącego wąskospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych – podział świadczeń zgodnie z klasyfikacją świadczeń wg map potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem poziomu szpitali w sieci

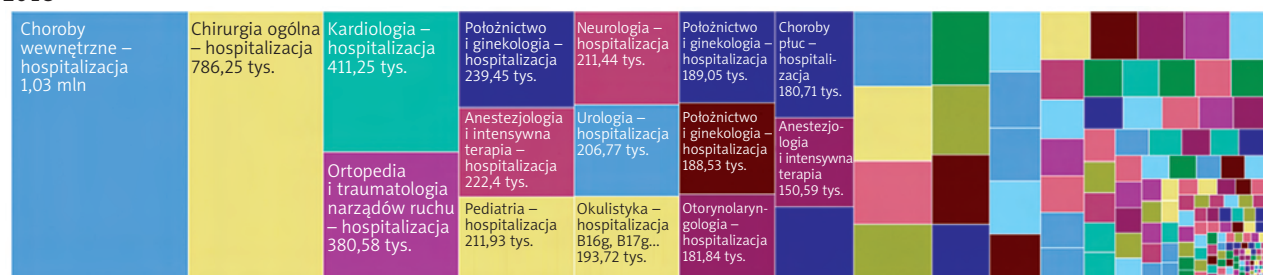
Biorąc pod uwagę szpitale specjalistyczne wieloprofilowe, w tym przypadku szpitale ogólnopolskie i szpitale III stopnia, nie można zaobserwować znaczącego wzrostu w udzielaniu świadczeń specjalistycznych i dużych. Najwyższy, ok. 8-procentowy wzrost, wystąpił w udzielaniu świadczeń kompleksowych w szpitalach III stopnia w 2018 r. w porównaniu z 2017 r.

Kolejnym analizowanym celem wdrożenia sieci była poprawa elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia. W celu odpowiedzi na pytanie, czy rzeczywiście nastąpiła istotna zmiana dotycząca poprawy zarządzania szpitalem, przeanalizowano świadczenia udzielane pacjentom w latach 2017 i 2018 pod kątem zakresów umowy z NFZ (ryc. 6).

2017



2018



Rycina 6. Poprawa elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów

W powyższym przypadku 30 z 256 analizowanych zakresów świadczeń stanowi 80% wszystkich zakresów. Dane dotyczące struktury udzielanych świadczeń nie obrazują zmian w 2018 r. w porównaniu z 2017 r. W żadnym z zakresów nie odnotowano zmiany wyższej niż 1,0%.

Ostatnim wybranym do analizy założeniem wdrożenia sieci szpitali było zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom. Przeanalizowano więc wartość umów podmiotów, które znalazły się w sieci i poza nią w latach 2017 i 2018 z podziałem na poszczególne miesiące w roku (ryc. 7).

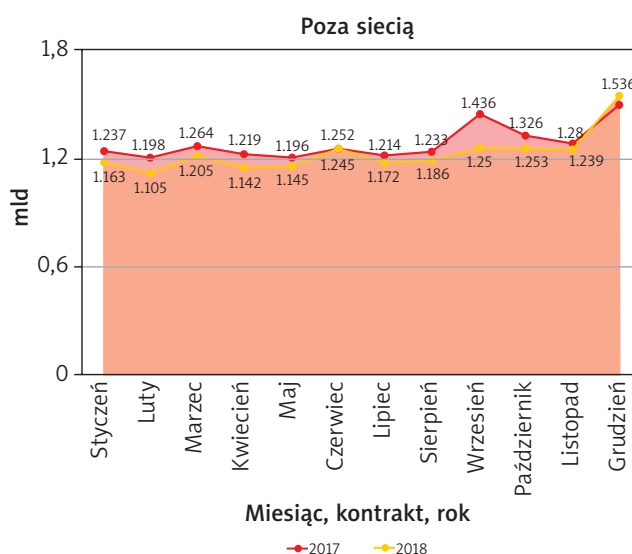
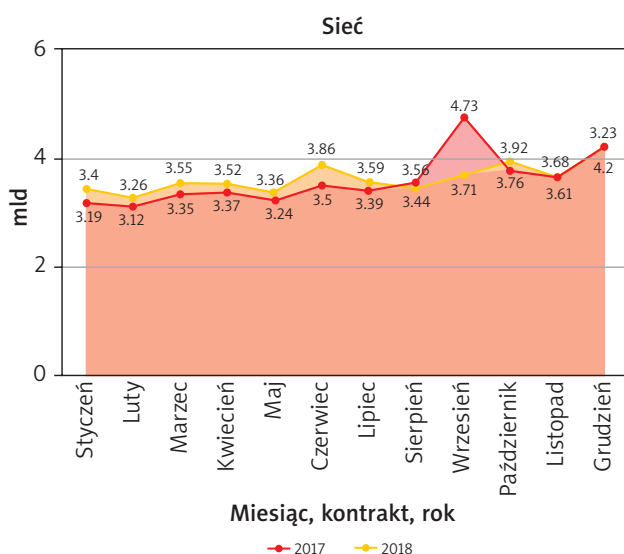
Na podstawie wartości umów podmiotów znajdujących się w sieci widać wyraźnie wzrost finansowania szpitali od września 2017 r. Średnio miesięcznie wzrost ten wyniósł ok. 400 mln zł w 2018 r. Spadło natomiast finansowanie podmiotów, które nie znalazły się w sieci. Spadek ten wyniósł w 2018 r. średnio ok. 100 mln zł miesięcznie.

Czy zatem założenia, jakie przyświecały twórcom wdrożenia sieci, zostały zrealizowane? Nie jest to oczywiste. Należy zauważyć, że żadne z założeń wdrożenia sieci (choć są one w jakiś sposób mierzalne) nie zostało dokładnie określone wymiernym miernikiem, który mógłby być szeroko prezentowany i omawiany w celu odpowiedzi na pytanie o pozytywne lub negatywne efekty tego projektu. Dlatego trudno jest się odnieść do ogólnych i mało precyzyjnych sformułowań założeń sieci. Dobór wskaźników i ich pomiar stanowią więc indywidualną ocenę każdego, kto podejmie próbę zbadania założeń reformy.

Poprawa dostępu do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów jako cel wdrożenia sieci nie przyniosła

„Prawda zawsze leży pośrodku. Być może część środowiska medycznego doskonale odczytała cele reformy, tylko np. przeniesienie niektórych świadczeń ambulatoryjnych udzielanych w stacjonarnie do poradni po prostu nie było im na rękę”

wymiernych efektów. W odniesieniu do poziomów szpitali w sieci nie odnotowano znaczących zmian dotyczących kompleksowości opieki. Liczba udzielonych świadczeń określonych jako specjalistyczne, duże i kompleksowe w latach 2017 i 2018 praktycznie pozostała bez zmian. Podobnie stało się z ideą przeniesienia do poradni świadczeń ambulatoryjnych, które do tej pory były wykonywane stacjonarnie. Nie można mówić o znaczącej redukcji wykonywania świadczeń prostych i diagnostycznych w szpitalach. Mechanizm przenoszenia wąkospecjalistycznych profili do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych również, zdaniem autora, nie zadziałał. Dyrektorzy szpitali nie podjęli też próby samodzielnego podziału świadczeń w ramach zakresów, tak aby działać bardziej elastycznie, zgodnie z potrzebami pacjentów. W żadnym z zakresów nie odnotowano przesunięcia środków o więcej niż 1,0%.



Rycina 7. Wartość umów podmiotów, które znalazły się w sieci i poza nią w latach 2017 i 2018

”W przyszłości podejmując zmiany, warto bardziej rozważnie formułować cele, a przy ich konstrukcji dobrać jednoznaczne mierniki, które dla wszystkich będą zrozumiałe i mierzalne”

Jakie mogą być przyczyny braku odpowiedzi ze strony systemu na reformę wdrażającą sieć szpitali? Być może jest to zbyt krótki okres, aby dokonać analizy postępowania uczestników systemu? Może ocena roku 2019 przyniesie nowe wnioski i pozwoli na dostrzeżenie nowych zachowań zgodnie z celami reformy? Czy tak będzie? Twórcy reformy pomyśleli przecież o zachętach do podjęcia próby realizacji wyznaczonych celów. Jeśli np. średnia wartość hospitalizacji (szpital III stopnia i ogólnopolski) wzrosłaby o 3%, to szpital zyskuje 1,5% całego ryczałtu, co przy ryczałcie w wysokości 100 mln oznacza jego zwiększenie o 1,5 mln zł. Natomiast w części ryczałtu dotyczącej ambulatorium (zachęta dla szpitali wszystkich poziomów) zwiększając liczbę punktów rozliczeniowych o 20%, szpital mógłby zyskać również 1,5% wartości kontraktu. Należy jednak zaznaczyć, że podjęcie decyzji o realizacji powyższych założeń daje prawdopodobnie możliwość jednokrotnego zwiększenia wartości ryczałtu. Kolejne próby nie dadzą już tak dużych wzrostów ze względu na ograniczenie zasobów. Tak więc zachęty są, ale czy adekwatne? Być może stopień skomplikowania zasad finansowania po wdrożeniu sieci był tak duży, że część uczestników systemu nie podjęła się realizacji założeń reformy. Może zabrakło bezpośredniej edukacji właścicieli szpitali, dyrektorów i lekarzy co do rzeczywistych idei i celów wdrożenia sieci szpitali?

Prawda zawsze leży pośrodku. Być może część środowiska medycznego doskonale odczytała cele reformy, tylko np. przeniesienie niektórych świadczeń ambulatoryjnych udzielanych stacjonarnie do poradni po prostu nie było im na rękę. Większa liczba obsłużonych w ten sposób pacjentów ogranicza rynek świadczeń w ich gabinetach prywatnych. Być może niektórzy dyrektorzy mogliby podjąć trud przystosowania struktury szpitala do nowej reformy i uzyskać w ten sposób

dotatkowe pieniądze. Ale czy byłoby warto? Ostatnie centralnie rozdysponowane podwyżki dla personelu – dla rezydentów i pielęgniarek – chyba jednoznacznie temu przeczą.

Podsumowując – w przyszłości podejmując zmiany, warto bardziej rozważnie formułować cele, a przy ich konstrukcji dobrać jednoznaczne mierniki, które dla wszystkich będą zrozumiałe i mierzalne. Osoby odpowiedzialne za tworzenie zmian powinny z wyprzedzeniem znać zróżnicowane symulacje wdrażanych założeń. Dzisiejsze narzędzia informatyczne pozwalają na bardzo precyzyjne oszacowanie skutków przyjętych zmian i powinny stać się podstawowym narzędziem kreowania nowych zachowań uczestników systemu. Bez dokonania takiej symulacji będziemy mieli do czynienia z sytuacją podobną do ostatniej reformy, która dotyczyła zwiększenia dostępności świadczeń oraz skrócenia kolejek. Założenia słuszne, lecz bez odpowiednich mierników, adekwatnych zachęt dla uczestników systemu oraz bez przeprowadzenia symulacji różnorodnych wariantów okazały się hasłami, z oczywistą szkodą dla nas – pacjentów. Wyciągamy więc wnioski, analizujemy dane, symulujemy rozwiązania, pochylamy się nad zachowaniami różnych grup zawodowych w kontekście kreowania zmian.

Wyniki analizy potwierdzają, że założenia pozostały założeniami, a w rzeczywistości stworzono sieć, która diagnozuje pacjentów w warunkach szpitalnych, kumuluje deficytowe zasoby i kapitał ludzki nieadekwatnie do rozwiązywanych problemów zdrowotnych, która ograniczyła rozwój alternatywnych (jednodniowych) form opieki zdrowotnej, która ograniczyła konkurencję\*.

Oferta, jaką sieć może nam zaproponować, nie jest adekwatna do współczesnych zdobyczy w zakresie technologii i modeli organizacyjnych. Ugruntowywanie archaicznych form leczenia pacjentów tak po stronie inwestycji, jak i po stronie modeli finansowania w XXI wieku jest postępowaniem nieetycznym.

*Jarosław Kozera, ekspert Pracodawców RP, właściciel firmy konsultingowej JS Konsulting, od 1992 r. pracuje w sektorze opieki zdrowotnej. Jest laureatem nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za rozwiązania podnoszące efektywność zarządzania systemem opieki zdrowotnej, zarządzał szpitalami uniwersyteckimi, wojewódzkimi, powiatowymi, rozwijał podmioty lecznicze sektora prywatnego. Uczestniczył w zespołach eksperckich powołanych przez: prof. Leszka Balcerowicza, prof. Zbigniewa Religę, Franciskę Cegielską, premiera Donalda Tuska. Autor licznych publikacji, twórca narzędzi BI i AI dla ochrony zdrowia.*

\*Oprócz zaprezentowanej krótkiej analizy realizacji założeń sieci szpitali, autor wykonał analizę najpopularniejszych świadczeń zabiegowych udzielonych w szpitalach należących do sieci. Analiza ta wykazała, że wyeliminowanie konkurencji było działaniem nieracjonalnym i przyczyniło się do ograniczenia dostępności świadczeń.