



Fot. iStockphoto.com

CO Z POLSKIM

SZPITALNICTWEM?

„Wystawienie” kilku łóżek nie jest dla szpitala żadnym problemem. Kilka łóżek pomnożone przez liczbę szpitali w województwie to już kilkaset łóżek, a to z kolei pomnożone przez 16 województw staje się istotne, jeśli chodzi o zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. Po raz pierwszy myślano o tym kilka lat przed czasem wielkich reform systemowych, w tym transformacji ochrony zdrowia.

Problem uporządkowania zasobów w ochronie zdrowia nie został rozwiązany do dzisiaj. Zaczęło się to w czasie obowiązywania systemu budżetowego, gdy państwo było właścicielem wszystkich podmiotów w opiece zdrowotnej, w tym szpitali. W 1998 r. Ministerstwo Zdrowia na podstawie analizy wykonanej przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia opracowało i opublikowało rozporządzenie w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, które nigdy nie zostało wykonane, mimo że uchylono je dopiero w 2003 r. Określono w nim stopień referencyjny każdego szpitala oraz liczbę łóżek w poszczególnych specjalnościach. Proponowano wtedy likwidację części placówek opieki krótkoterminowej i przekształcenie ich w zakłady opieki długoterminowej oraz likwidację łóżek szpitalnych dla większości specjalności o 10–15 proc. Opracowano plan wdrażania poszczególnych etapów reformy. To chyba, poza świadomym zaplanowaniem niedofinansowania systemu, był największy błąd ówczesnych rządów, który gnębi

nas do dzisiaj. Zamiast tego właściciel, czyli państwo, w 1999 r. „pozbył się problemu”, przekazując większość szpitali samorządom.

W 2001 r. powstało ogromne opracowanie, za ogromne pieniądze, wykonane przez Konsorcjum Cap Gemini pod tytułem „Wskaźniki optymalne łóżek i wskaźniki minimalnego zatrudnienia personelu”, a w 2003 r. wizjonerska ustawa o mylącym tytule „Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej”, która oprócz przekształcenia wszystkich ZOZ-ów w spółki użyteczności publicznej tworzyła sieć szpitali (w tym docelową liczbę łóżek) na podstawie wskazań medycznych, wielkości zasobów, dostępności świadczeń i zapewnienia jakości, wreszcie w latach 2006/2007 ostatnia wielka koncepcja i próba regulacji liczby szpitali i liczby łóżek – ustawa o sieci szpitali, zawierająca podobne założenia jak ta z 2003 r., ale znacznie bardziej rozwinięte i uwspółcześnione. Sieć miała być tworzona wg wskaźników optymalnych liczb łóżek wyliczanych według

dość skomplikowanych reguł i wzorów opartych na potrzebach zdrowotnych. Zawierała także regulacje dotyczące reguł ekonomiczno-finansowych i bardzo duży obszar dotyczący jakości. Ustawa weszła w życie, jednak nastąpiły przedterminowe wybory, a nowy rząd nie uznał za zasadne kontynuowania tej koncepcji.

Wydaje się, że potem nic się w tym zakresie nie działo, jednak nie możemy zapomnieć o mapach potrzeb zdrowotnych, które są cyklicznie opracowywane i modyfikowane i mają pośredni wpływ na powstawanie nowych zasobów w systemie opieki zdrowotnej, a także o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, który nie jest siecią szpitali, ale dodatkowo konserwuje nadmiar podmiotów i łóżek.

Pomimo wielu prób reform główny ciężar opieki zdrowotnej w Polsce nadal spoczywa na opiece szpitalnej.

Jednym z czynników odpowiadających za niepowodzenie prób zmniejszenia roli lecznictwa szpitalnego jest błąd z 1999 r. – rozdrobnienie podmiotów tworzących.

Dominacja lecznictwa szpitalnego jest ściśle związana z tym, że współczesny podmiot leczniczy oprócz podstawowej roli związanej z medycyną naprawczą pełni ważne funkcje społeczne. Jest jednym z największych pracodawców w społecznościach lokalnych.

Wszyscy mamy świadomość, że obecny model staje się niewydolny i to w sytuacji, gdy ok. 34 proc. naszych składek jest przeznaczanych na finansowanie lecznictwa szpitalnego. Warto zadać pytanie, czy prze-

waga stacjonarnej całodobowej formy leczenia wynika z przyczyn kliniczno-terapeutycznych, czy też jest gwarantem finansowania pozamedycznych zadań podmiotów leczniczych, oraz ile nas – pacjentów – kosztuje realizacja komponentu społecznego podmiotu leczniczego. Aby znaleźć odpowiedź na to pytanie, warto się posilić analizą porównawczą, która pomogłaby odnieść się do innych krajów Unii Europejskiej.

Stępki i liczby

Przedstawiamy analizę i wynikające z niej wnioski dotyczące liczby łóżek, a szerzej problemu lecznictwa stacjonarnego w Polsce. Ze względu na wielość zaniedbań oraz znaczenie tego obszaru prezentujemy pierwszą część naszej analizy.

Miejsce lecznictwa stacjonarnego w sektorze opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej

W 2017 r. finansowanie sektora opieki zdrowotnej w Polsce wynosiło 6,8 proc. PKB, znacznie odbiegając od średniej unijnej (9,8 proc.). Był to szósty najgorszy poziom w krajach UE (ryc. 1).

Na uwagę zasługuje fakt, że w tych wydatkach ponad jedną trzecią (34 proc.) przeznaczono na opiekę stacjonarną, co stanowi trzecią najwyższą pozycję w UE, po Grecji i Rumunii.

Przez lata wydatki na leczenie stacjonarne utrzymywały się na stabilnym poziomie, co wskazuje na niepowodzenie wysiłków na rzecz przeniesienia prostszych przypadków do opieki jednodniowej i opieki

Szczepan Cofta

przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Obywatelską powinnością jest systemowe podejście do kwestii racjonalnego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia. Odpowiedzialność spoczywa na wszystkich uczestniczących w systemie.

Projektowanie działań zmierzających do optymalizacji działalności podmiotów powinno być rozpatrywane na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze na płaszczyźnie specjalizacji, biorąc pod uwagę zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe poszczególnych szpitali.

Należałoby zdiagnozować podmioty referencyjne w danej dziedzinie i w te o najwyższej referencji przede wszystkim inwestować środki finansowe. Po drugie zmiany powinny się odbywać na zasadzie koncentracji podmiotów. Tylko koncentracja działalności może przynieść wymierne efekty zarówno finansowe, jak i organizacyjne.

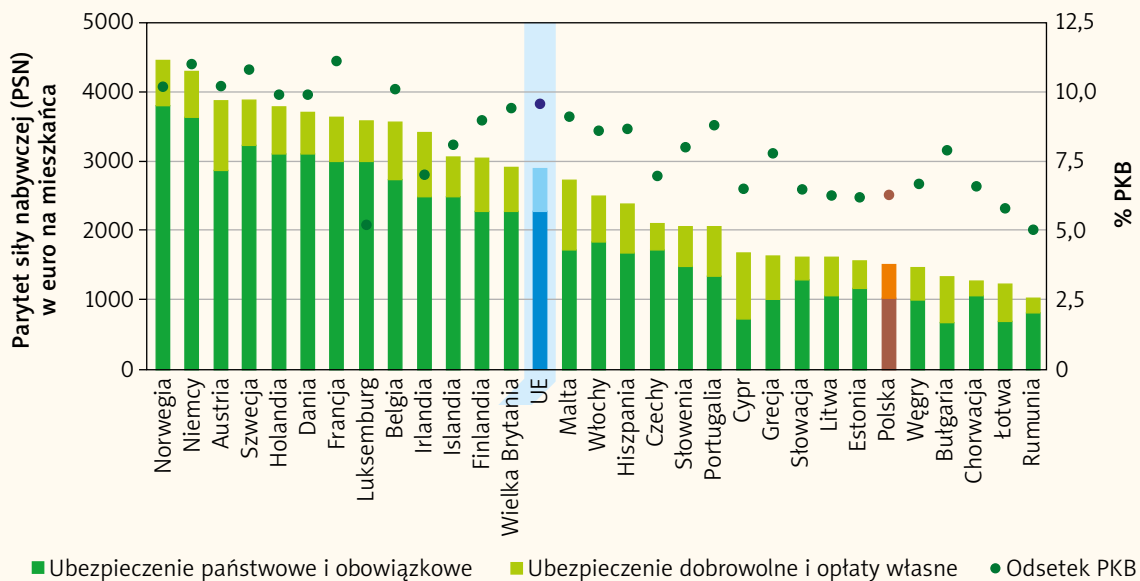


Fot. Archiwum

Obecnie mamy do czynienia z różnymi organami założycielskimi. Nie jestem przekonany, czy to właśnie powiaty powinny być organami założycielskimi dla szpitali. Dobro systemu ochrony zdrowia może bowiem pozostawać w pewnej sprzeczności z interesem powiatu. Odpowiedzialność przekracza ramy powiatu, właśnie w kontekście niezbędnej specjalizacji i koncentracji.

Wyżej wskazane działania, czyli koncentracja i specjalizacja, spowodowałyby niestety konieczność zakwestionowania wpływów poszczególnych grup interesariuszy, co wymaga dużej odwagi przy podejmowaniu decyzji. Jedynie działania wykraczające poza interes partykularny mogą przynieść wymierne efekty w kontekście interesu publicznego.

Podsumowując – nic złego się nie stanie po znaczącej modyfikacji działalności wielu szpitali powiatowych, zwłaszcza usytuowanych w niedalekiej odległości.



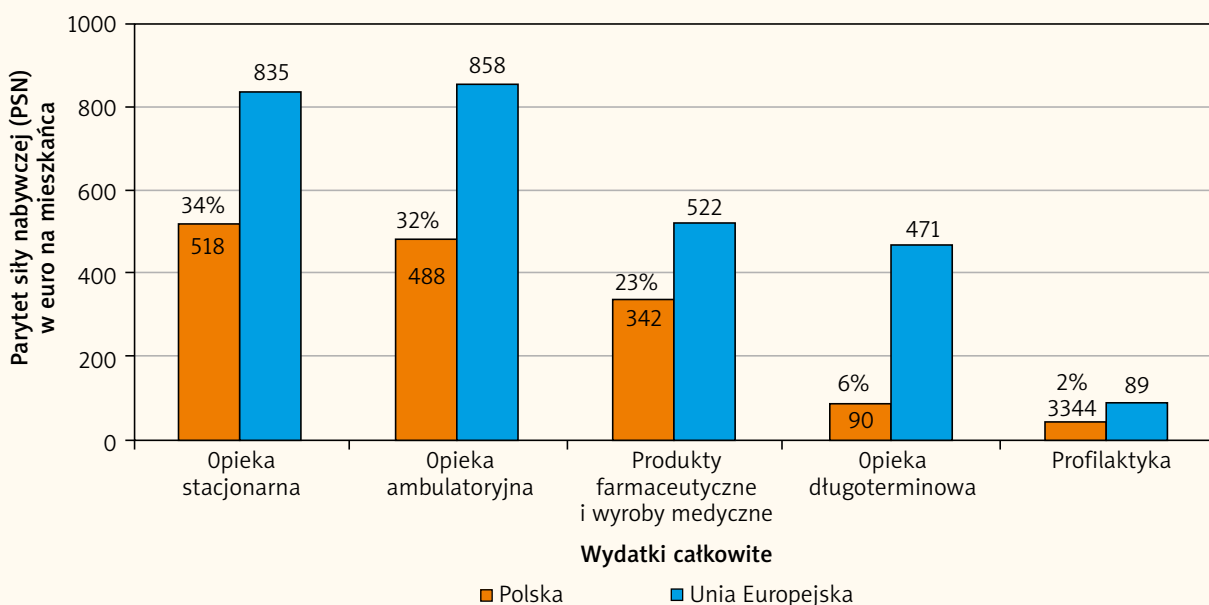
Rycina 1. Poziom finansowania ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej w 2017 r.

Źródło: statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2019 r. (dane na 2017 r.)

ambulatoryjnej. Mamy efekt braku zainteresowania ze strony podmiotów tworzących rozwojem form alternatywnych, tańszych z punktu widzenia pacjenta i wymagających mniejszego zaangażowania zasobów oraz kapitału ludzkiego, co stoi w sprzeczności z rolą największego publicznego pracodawcy. Na podstawie porównania trzech procedur: operacji zaćmy, przepukliny pachwinowej i wycięcia migdałków, wyraźnie widać, że dynamika wskaźnika chirurgii jednego dnia znacznie odbiega od średniej krajów UE (ryc. 3).

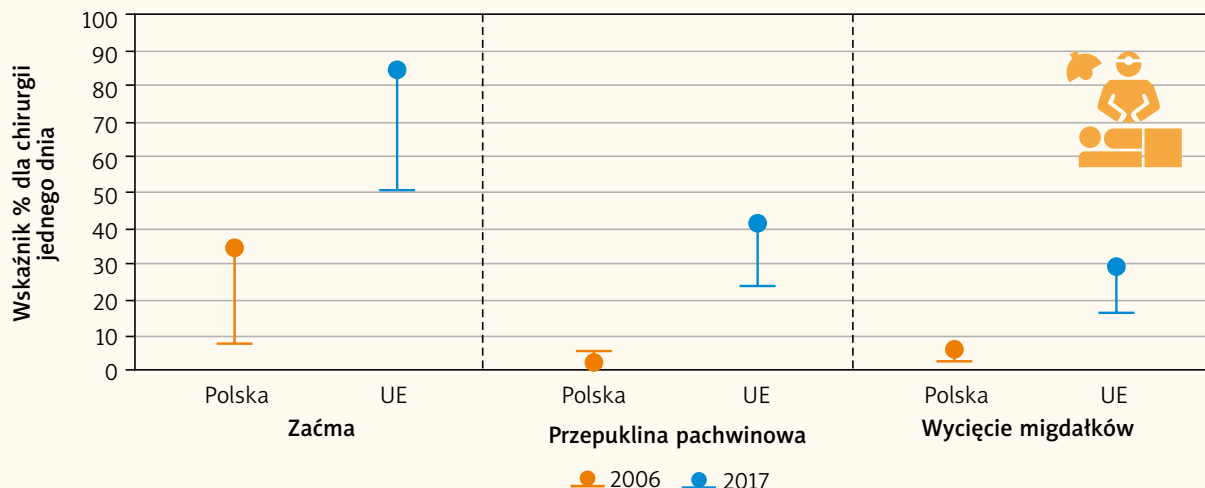
Skutki dominacji lecznictwa stacjonarnego

Dominacja leczenia stacjonarnego przyczynia się do złej alokacji zasobów i kapitału ludzkiego. Prowadzi do niskiej efektywności ich wykorzystania, która jest najniebezpieczniejszym skutkiem takiego modelu. Konsekwencją złej alokacji i niskiej efektywności jest nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych, ograniczona dostępność diagnostyki (również przy zniesieniu limitowania MRI i TK), ale przede wszystkim marnotrawstwo deficytowego kapitału ludzkiego,



Rycina 2. Wydatki per capita w euro w 2017 r.

Źródło: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela



Rycina 3. Poziom realizacji świadczeń w opiece jednodniowej

Źródło: OECD Health Statistics 2018, baza danych prowadzona przez Eurostat (dane za lata 2006 i 2016 lub za najbliższy rok)

szczególnie że mamy najgorszy wskaźnik liczby praktykujących lekarzy i pielęgniarek na 1000 osób w całej UE (ryc. 4).

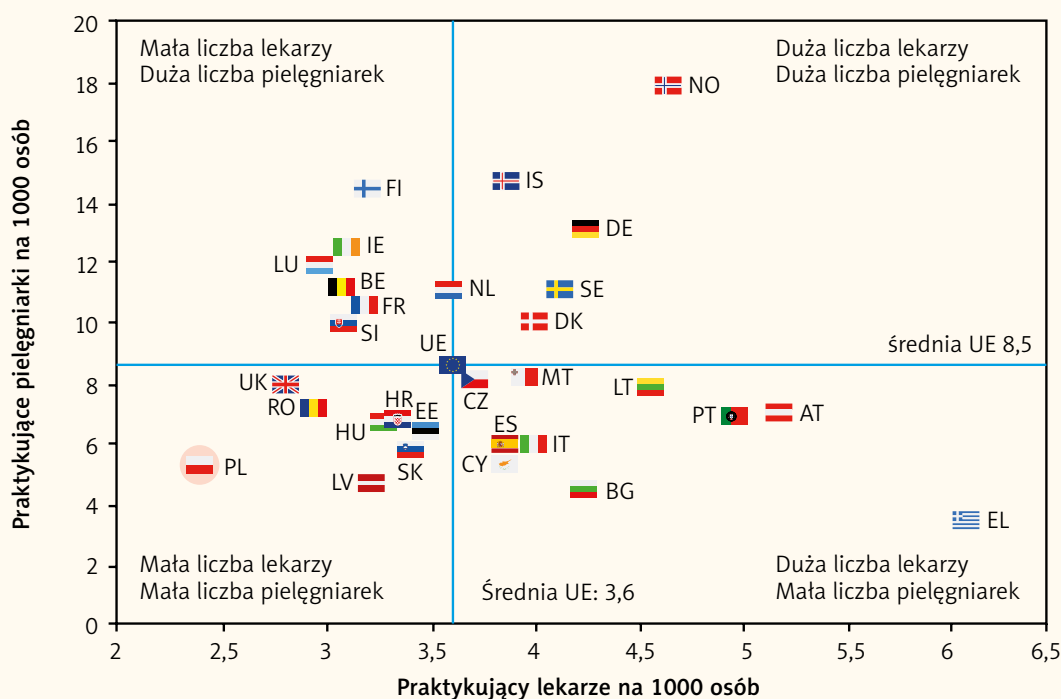
Pod pojęciem złej alokacji zasobów i kapitału ludzkiego autorzy rozumieją nieodpowiedni dobór form leczenia do jednostki chorobowej. Bardzo dobrze obrazuje to analiza zbędnych hospitalizacji. Analizę porównawczą z danymi dotyczącymi innych krajów UE przeprowadzono na przykładach astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zastoinowej niewydolności serca i cukrzycy u pacjentów powyżej 15. roku życia.

Jesteśmy trzecim najgorszym pod tym względem krajem w UE, w którym ok. 1000 hospitalizacji na

100 000 mieszkańców można by uniknąć. Jest to wskaźnik dwa razy wyższy od średniej. Wyprzedzają nas pod tym względem jedynie Litwa i Węgry.

Najwięcej niepotrzebnych hospitalizacji przeprowadza się w województwie mazowieckim, po nim w łódzkim i śląskim. Najmniejszy wskaźnik jest w województwach lubuskim i zachodniopomorskim.

Analizując poszczególne miasta – na czele plasuje się Warszawa, potem Łódź i Kraków. Zbędne hospitalizacje w 10 miastach Polski przekraczają wskaźnik Portugalii i zbliżają się do wskaźnika Włoch. Warto przeprowadzić pogłębioną analizę tego zjawiska. We wstępnej ocenie autorów jest to skutek nadmiernie roz-



Rycina 4. Liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek

Źródło: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela

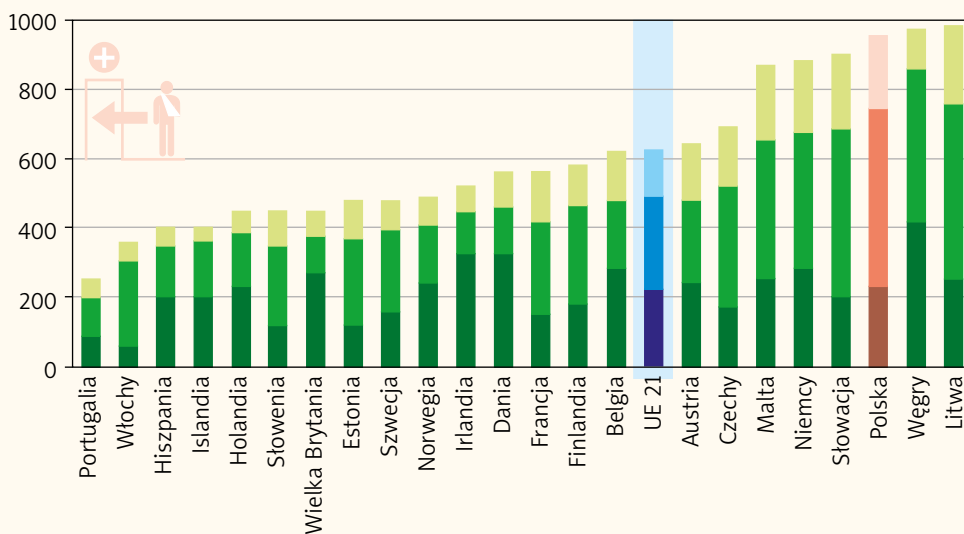
budowanej sieci szpitali i łatwego dostępu do leczenia szpitalnego w tych miastach.

Jeżeli prześledzimy ten wskaźnik w poziomach sieci PSZ, to okaże się, że ok. połowy wartości wskaźnika krajowego przypada na szpitale I poziomu PSZ, czyli głównie szpitale powiatowe.

Wykorzystując narzędzie Pulpit Menedżera Podmiotu Leczniczego, możemy powiązać pacjentów z tych trzech grup chorobowych z czasami ich pobytu

i określić łóżka przeliczeniowe niezbędne do realizacji tych pobytów. Z analizy wynika, że ponad 5 tys. łóżek zajmowanych jest przez pacjentów, którzy mogliby być leczeni w warunkach ambulatoryjnych. Najmniej łóżek przeliczeniowych dla tego typu pacjentów jest w szpitalach ogólnopolskich.

Pod względem liczby łóżek zajmowanych przez pacjentów, którzy mogli być leczeni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, na czele jest mazowieckie

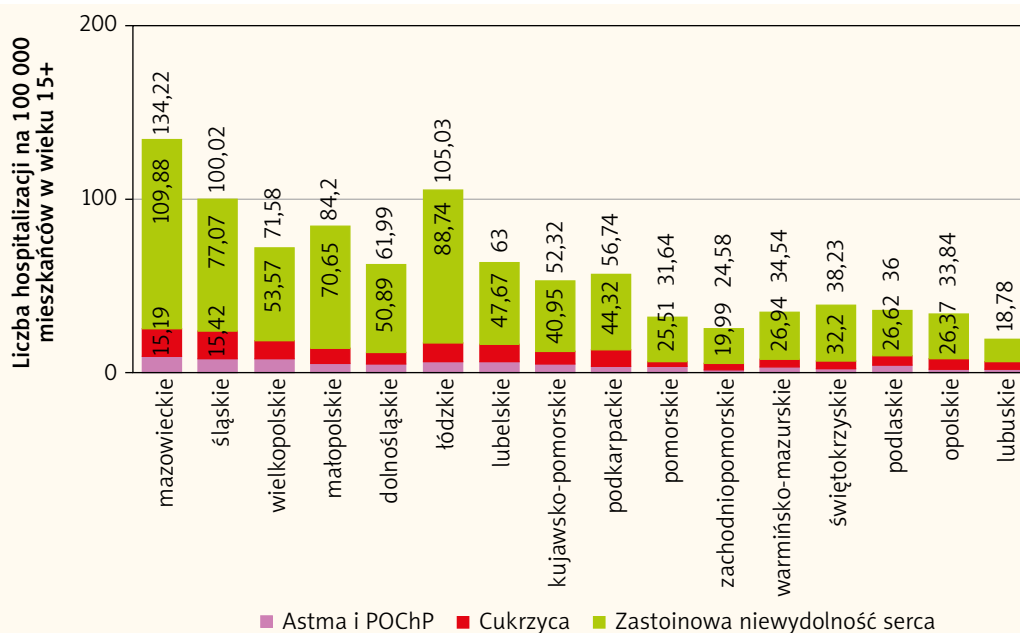


Standaryzowany wiekiem współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala na 100 000 osób w wieku 15+

■ Astma i POChP ■ Zastoinowa niewydolność serca ■ Cukrzyca

Rycina 5. Współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala w krajach UE

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



Rycina 6. Współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala w poszczególnych województwach w 2018 r.

Źródło: Pulpit Menedżera Podmiotu Leczniczego- Konsultant-IT

Roman Kolek

wicemarszałek województwa opolskiego

Powstawanie wąskospecjalistycznych oddziałów rozpoczęło się w czasie tworzenia i ewolucji systemu ubezpieczeniowego, a dzisiaj skutkuje... chęcią utrzymywania tych oddziałów. Przyczyn takiego „rozdrobienia” było wiele, m.in. rentowność rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, ambicje lokalne polityków, budowanie oddziałów dla indywidualności medycznych.



Fot. PAP/Krzysztof Świdorski

Braki kadrowe dopełniają całości obrazu naszego systemu ochrony zdrowia, a trudności z dostępem do świadczeń przekładają się na zwiększenie roli sektora usług komercyjnych i oczekiwań płacowych kadry zatrudnianej w sektorze ubezpieczeniowym. W ostatnim czasie dochodzi do tego większe zainteresowanie lekarzy specjalistów udzielaniem porad poza systemem ubezpieczeniowym, w którym skutecznie odstrasza ich wymagania administracyjne. Poza tym brak woli zwiększenia przez ministra zdrowia i NFZ nacisku na lepszą organizację i dostępność opieki ambulatoryjnej doprowadził do dzisiejszej trudnej sytuacji i zagrożeń dla dalszego funkcjonowania szpitali. Inicjatywy „bezlimitowego” udzielania świadczeń pierwszorazowych w wybranych poradniach specjalistycznych poza działaniem marketingowym, pokazującym obywatelom, że władzy zależy na lepszym dostępie do lekarzy specjalistów, rodzi oczywiste obawy, że kontynuacja leczenia będzie realizowana w dotychczasowych limitach finansowych, czyli w perspektywie nie poprawi się dostęp. Nie wspomnę o fizycznych możliwościach udzielania świadczeń przez lekarzy. Narastające problemy związane z nieadekwatną wyceną świadczeń przez NFZ doprowadziły do powstania znacznych różnic w rentowności działalności medycznej, a tym samym zmusiły menedżerów do odpowiednich zachowań, czyli preferowania usług bardziej opłacalnych. W wielu przypadkach nie ma to nic wspólnego z faktycznymi potrzebami i priorytetami zdrowotnymi pacjentów.

Dzisiejsza sytuacja, kiedy z uwagi na niedobory kadrowe zawieszona jest działalność wielu oddziałów szpitalnych, wyraźnie wskazuje, że nie wszystkich pacjentów trzeba hospitalizować. To przymus. Zdecydowanie lepiej byłoby podejmować decyzje o reorganizacji sieci oddziałów szpitalnych i szpitali w sposób planowy i nie doprowadzać do chaotycznych likwidacji, które mogą stanowić zagrożenie dla społeczności lokalnej. Poza tym skutkiem chaotycznych działań może być likwidacja bardzo ważnych z perspektywy potrzeb oddziałów.

Doskonale wiemy, że nie mamy wystarczających zasobów w zakresie rehabilitacji medycznej, dlatego elastyczne podejście NFZ do kwestii przekształceń w pożądanym kierunku wynikających z faktycznych potrzeb jest warunkiem powodzenia takich zmian. Poza tym profilowanie działalności placówek ma wielki sens, gdyż nie tylko pozwala na najlepsze wykorzystanie potencjału, ale także przyczynia się do poprawy jakości

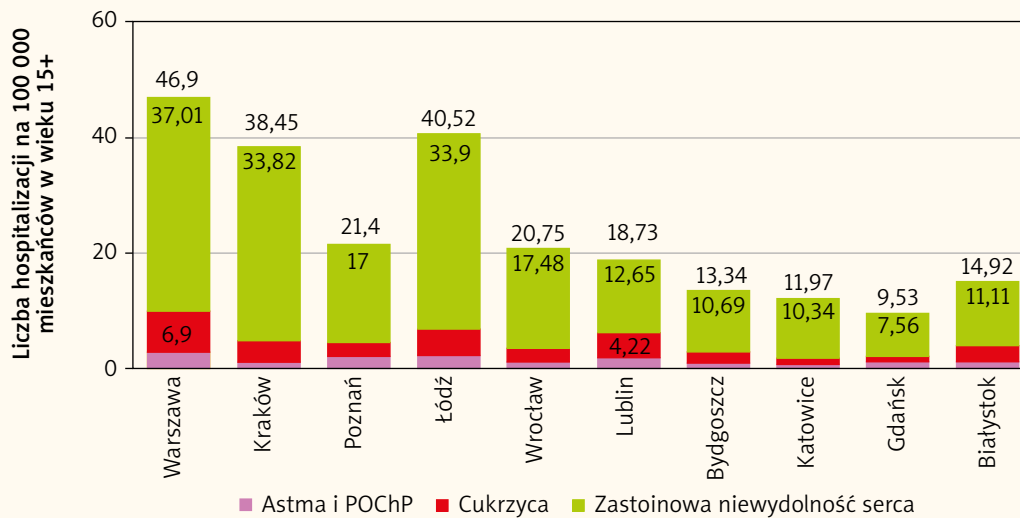
i skuteczności udzielanej pomocy medycznej. Jak temu zaradzić?

Po pierwsze, wyraźnie zwiększyć jednostkowe wyceny świadczeń ambulatoryjnych w poradniach działających przy szpitalach, które dzięki kompleksowości będą mogły realizować więcej usług w warunkach pozaszpitalnych. Zaletą tego rozwiązania jest zatrudnienie kadry w poradni i na oddziałach szpitalnych (u jednego pracodawcy). Aktualny system ryczałtu łączącego płatność za hospitalizację i świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie zachęca do tego, aby dyrektorzy chcieli ograniczać liczbę hospitalizacji i koncentrowali się na opiece pozaszpitalnej. Rozsądne wydaje się tworzenie dziennych oddziałów szybkiej diagnostyki i zabiegowych. To pozwoliłoby zracjonalizować zasoby łóżkowe w opiece całodobowej.

Po drugie, łączenie szpitali i koncentracja „działalności ostrodyżurowej” ma logiczne uzasadnienie, ale wymaga indywidualnej oceny każdego przypadku. Trzeba spojrzeć na to zagadnienie z perspektywy regionalnej. Wypracowanie takich zmian, to jest optymalnego modelu regionalnej sieci szpitali, wymaga ścisłej współpracy organów tworzących szpitali – samorządów powiatów, województwa, miast, a także uczelni oraz resortów (MSWiA i MON) z oddziałami wojewódzkimi NFZ i Ministerstwem Zdrowia oraz wojewodami. W szpitalach, w których w ramach takich zmian nie prowadzono by działalności całodobowej w dyscyplinach zabiegowych, z powodzeniem należałoby zwiększyć ofertę świadczeń planowych, dziennych. Jak wynika z obserwacji zasobów województwa opolskiego, nikt z profesjonalistów medycznych nie straciłby pracy, a fachowe umiejętności i wiedza byłyby lepiej wykorzystane.

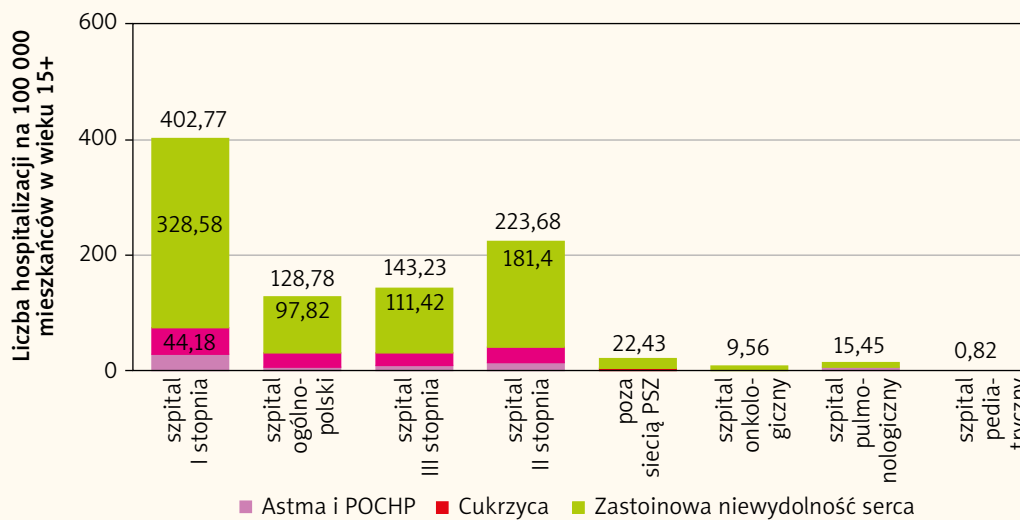
Patrząc na system, oczywiście nie można zapominać o potrzebie skoordynowania całej opieki za pośrednictwem lekarzy rodzinnych, bez których nie osiągniemy oczekiwanych celów. Ale będą oni mogli odegrać swoją rolę tylko wówczas, kiedy do pracy w tym obszarze zaangażowanych zostanie znacznie więcej lekarzy niż dotychczas. W mojej ocenie wymaga to zwiększenia zatrudnienia na tym poziomie o 30 proc. Wówczas czas, jaki lekarz będzie mógł poświęcić pacjentowi, pozwoli na lepsze wykorzystanie zasobów systemu, a zaangażowanie lekarzy w proces diagnostyczno-terapeutyczny powinno być argumentem za stworzeniem systemu motywacji finansowej.

Oczywiste jest, że takie zmiany i rzeczywista poprawa dostępności wymagają skokowego zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną i zmiany algorytmu podziału środków między województwa, bo zdiagnozowane różnice pomiędzy regionami są już zbyt duże. Wyrównać je może jedynie wspomniane skokowe zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną. Wtedy bez pogarszania sytuacji w regionach o lepszym dostępie można by zwiększyć nakłady w województwach mniej zasobnych w środki NFZ.



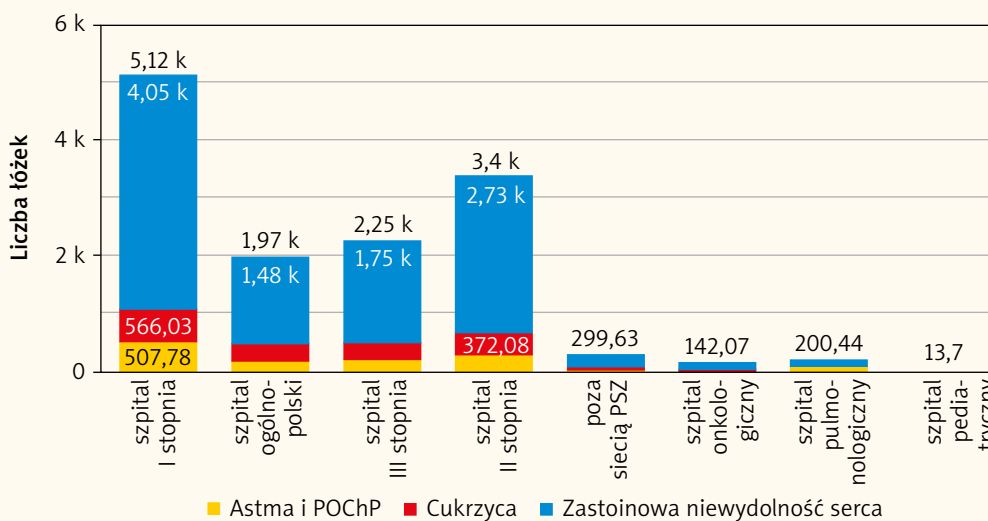
Rycina 7. Współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala w 10 miastach w 2018 r.

Źródło: Pulpit Menedżera Podmiotu Leczniczego – Konsultant-IT



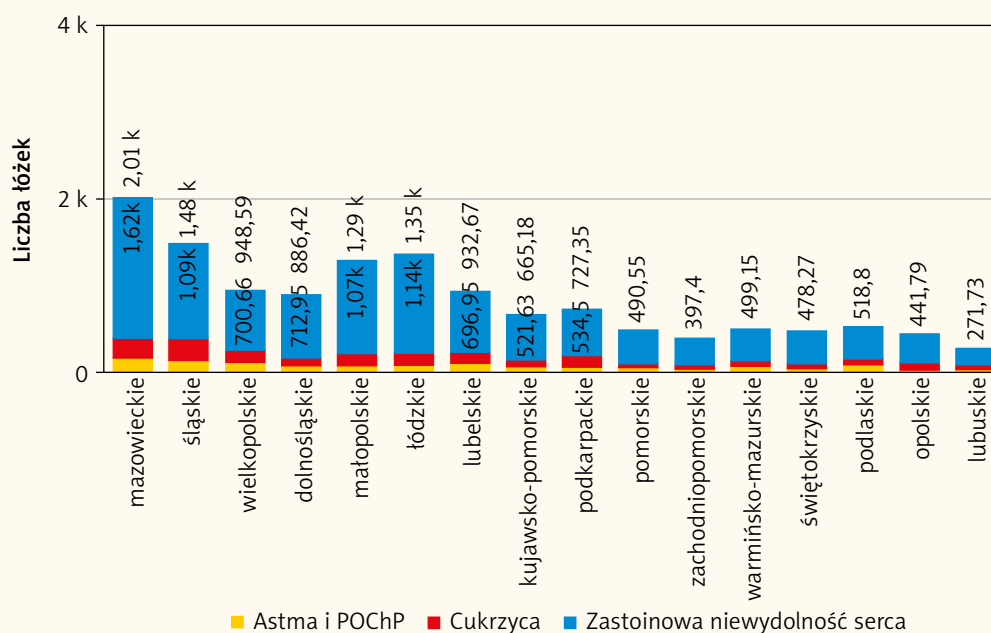
Rycina 8. Współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala w poszczególnych poziomach sieci PSZ w 2018 r.

Źródło: Pulpit Menedżera Podmiotu Leczniczego – Konsultant-IT



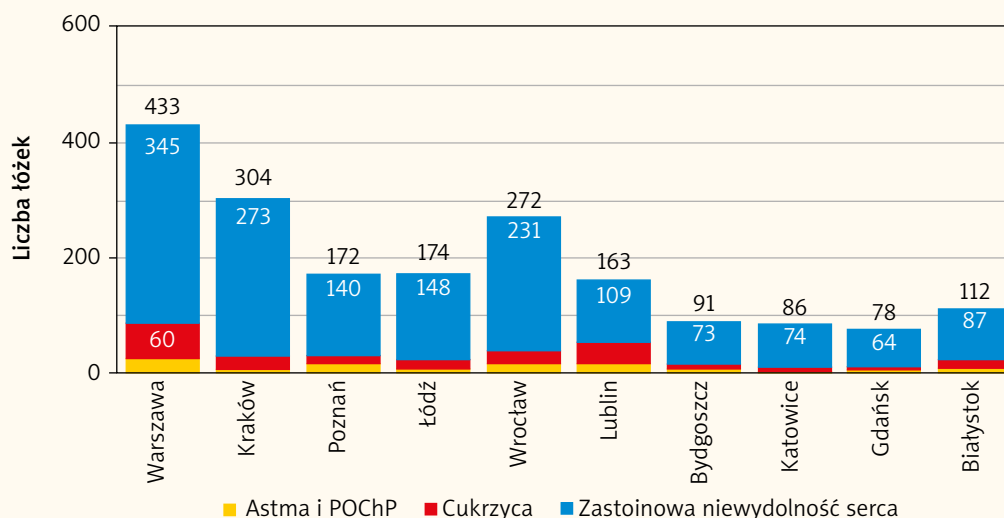
Rycina 9. Liczba łóżek przeliczeniowych niezbędnych do hospitalizacji, których mogliśmy uniknąć w 2018 r. wg poziomów sieci PSZ

Źródło: Pulpit Menedżera Podmiotu Leczniczego – Konsultant-IT



Rycina 10. Liczba łóżek przeliczeniowych niezbędnych do hospitalizacji, których moglibyśmy uniknąć w 2018 r. wg województw

Źródło: Pulpit Menedżera Podmiotu Leczniczego – Konsultant-IT



Rycina 11. Liczba łóżek przeliczeniowych niezbędnych do hospitalizacji, których moglibyśmy uniknąć w 2018 r. wg miast

Źródło: Pulpit Menedżera Podmiotu Leczniczego – Konsultant-IT

(ok. 2 tys. łóżek), następnie śląskie i łódzkie (po ok. 1,4 tys. łóżek). Najlepsza sytuacja jest w województwach lubuskim i zachodniopomorskim.

Ranking miast z największą liczbą łóżek zajmowanych przez pacjentów, którzy mogli być leczeni w warunkach ambulatoryjnych, otwiera Warszawa (ok. 400 łóżek), a kolejne miejsca zajmują Kraków (ok. 300 łóżek) i Łódź (ok. 270 łóżek).

Powyższa analiza to bardzo dobry przykład nieodpowiedniego doboru form leczenia do jednostki chorobowej. Łączna liczba łóżek, które przeznaczone są

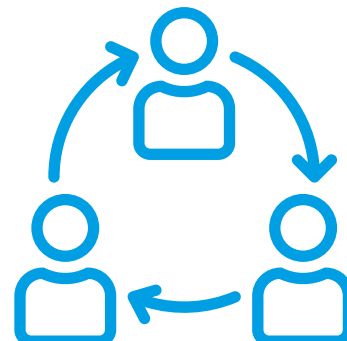
wyłącznie do leczenia astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zastoinowej niewydolności serca i cukrzycy u pacjentów powyżej 15. roku życia, wynosi ok. 7000. Łóżka te związują przeliczeniowo ok. 4200 etatów pielęgniarek i ok. 900 etatów lekarzy. A szacunkowy roczny koszt ich utrzymania (wg planu NFZ na 2020 r.) to 1,3 mld zł.

W następnym numerze „Menedżera Zdrowia” opublikujemy kolejną analizę dotyczącą polskiego szpitalnictwa.

Piotr Warczyński, Jarosław Kozera

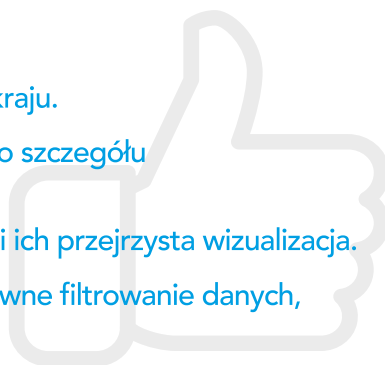
PULPITY MENEDŻERA ZDROWIA

Jak nie stracić a zyskać? Ryczałtem można zarządzać!



Wiemy, jak efektywniej zarządzać procesami, zwiększyć kontrakt z NFZ oraz jakie działania podjąć, by osiągnąć sukces. Opracowaliśmy innowacyjne narzędzie analityczne Pulpity Menedżera Zdrowia, które składa się z pulpityw związanych z poszczególnymi obszarami działalności szpitala. W ten sposób gromadzi rozproszone dane z różnych źródeł i pozwala na dynamiczną analizę procesów i zdarzeń w placówce medycznej.

- Bieżące monitorowanie wskaźników.
- Porównania z dowolną placówką w kraju.
- Przeprowadzanie analizy od ogółu do szczegółu w czasie rzeczywistym.
- Tworzenie wielowymiarowych analiz i ich przejrzysta wizualizacja.
- Samodzielne, dynamiczne i interaktywne filtrowanie danych, również z poziomu wykresu.
- Brak obciążenia pozostałych systemów szpitala w trakcie analiz.
- Możliwość pracy na urządzeniach mobilnych i dotykowych.
- Kalkulacja bloku operacyjnego, apteki, badań diagnostycznych.
- Krótki czas wdrożenia.





Fot. Paweł Sowa/AG

Andrzej Płonka

prezes zarządu Związku Powiatów Polskich i starosta bielski

Musimy stanowczo i zdecydowanie powiedzieć, że jako powiaty, a więc podmioty prowadzące szpitale powiatowe, nie jesteśmy za tym, aby likwidować te placówki. Owszem, sytuacja w polskim szpitalnictwie jest coraz trudniejsza. W ochronie zdrowia źle się dzieje, a przyszłość nie napawa optymizmem. W naszej ocenie w dalszej perspektywie obecne finansowanie tego sektora może prowadzić do konieczności likwidacji 90 proc. szpitali – patrząc tylko z ekonomicznego punktu widzenia. Tak wynika z prowadzonych analiz i badań. I co dalej? Zgłiszcza? Obudzimy się w nowej rzeczywistości i będziemy musieli odtwarzać system szpitalnictwa? Nie tędy droga.

O potrzebie istnienia szpitala decydują mieszkańcy – pacjenci. To oni wybierają podmiot, w którym chcą być leczeni. Skoro w placówkach pojawiają się nadwykonania, to z określonego powodu, tj. potrzeby i wyboru pacjenta. Dzisiaj trzeba ustalić jasne zasady prawidłowego finansowania. Postulujemy więc, aby przede wszystkim skończyć z określeniami „procedury dochodowe” i „procedury niedochodowe”. Pieniądze mają wystarczać wprost na realizację określonej usługi medycznej. Szpital nie powinien na tym ani tracić, ani zarabiać. Ma świadczyć usługę na określonym poziomie i otrzymywać za to stosowną, realną kwotę. Należy zatem odpowiednio wycenić usługi i realizować płatności, biorąc pod uwagę mapę potrzeb zdrowotnych, realia danego środowiska i lokalizację, a także zmieniające się potrzeby (w stronę konieczności wzmocnienia finansowania opieki paliatywnej).

Jeśli mamy mówić o szpitalach powiatowych, to przede wszystkim należy zdefiniować, co to jest szpital powiatowy. Trzeba jasno powiedzieć, że ma to być szpital podstawowy (pierwszego kontaktu), a nie specjalistyczny. Dzisiaj nie ma czegoś takiego jak szpital powiatowy. Mamy do czynienia ze szpitalami prowadzonymi przez samorząd powiatowy, a to zupełnie co innego.

Wracając do kwestii ekonomicznych i dużego kryzysu w finansowaniu szpitali – uważam, że mówienie teraz o likwidacji jest pozornym pójściem na skróty. Przypomnę tylko, że zadłużenie szpitali powiatowych (w tym pierwszego i drugiego stopnia) to poniżej 15 proc. całkowitego zadłużenia szpitali w Polsce. Można zatem powiedzieć, że to margines zadłużenia i z punktu widzenia rachunku ekonomicznego ich likwidacja nie jest żadnym rozwiązaniem, bo nie prowadzi do systemowego załatwienia problemów tego sektora usług społecznych.

texcare

international

20–24.06.2020, Frankfurt nad Menem

Where pure
innovation happens

Świeże spojrzenie na higienę.

Odpowiednie zarządzanie higieną jest absolutnie niezbędne w szpitalach oraz domach opieki. W sytuacjach, w których obowiązują surowe normy dotyczące czyszczenia tekstyliów, istnieje pilna potrzeba znalezienia wydajnych rozwiązań dzięki digitalizacji. Podczas Texcare International poznasz wszystkich wiodących producentów i odkryjesz szereg ich wyjątkowych pomysłów: od inwestycji w usługi in-house, po całkowity outsourcing.

Odkryj różne oblicza pielęgnacji tekstyliów - innowacyjne, międzynarodowe i zintegrowane. A dodatkowo w 2020: digitalizacja.

Szczegóły forum branżowego: [texcare.com](https://www.texcare.com)

info@poland.messefrankfurt.com
tel. (22) 49 43 200

 messe frankfurt