

Lecznictwo szpitalne na przykładzie Małopolski – stan obecny, tendencje, rekomendacje

Krzysztof Klos

Segment opieki stacjonarnej w systemie ochrony zdrowia ma szczególne znaczenie. Koncentruje znakomitą większość zasobów rzeczowych i osobowych systemu, kumuluje niemal połowę środków finansowych przeznaczonych przez płatników na zakup świadczeń zdrowotnych, pochłania większość ponoszonych przez społeczeństwo nakładów inwestycyjnych na ochronę zdrowia. Dla kadr medycznych jest źródłem wyjątkowych doświadczeń zawodowych, prestiżu i apanaży, politykom i organizatorom opieki zdrowotnej służy nieskończonymi pokładami problemów do rozwiązania. Stanowi wreszcie przedmiot finansowego i emocjonalnego zaangażowania tysięcy małych, średnich i wielkich przedsiębiorców, żyjących ze sprzedaży szpitalom swych towarów i usług.

Poszukując odpowiedzi na pytanie o kondycję ekonomiczno-finansową szpitali po wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych w układzie regionalnym, w Departamencie Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego od 1999 r. prowadzony jest system kwartalnego monitorowania sytuacji ekonomiczno-finansowej wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (ze szczególnym uwzględnieniem szpitali), rozszerzony w latach następnych

o szpitale, dla których organami założycielskimi są powiaty województwa małopolskiego, a także resorty zdrowia, obrony narodowej i spraw wewnętrznych. W ten sposób gromadzone są dane, które po przetworzeniu stanowią podstawę dorocznych raportów stanowiących użyteczne źródło informacji dla organizatorów opieki zdrowotnej na szczeblu regionalnym i powiatowym, dyrektorów szpitali oraz analityków systemu ochrony zdrowia.

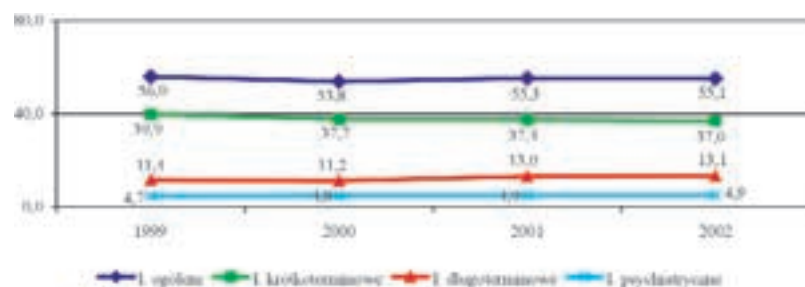
Szczególną okazją do zaprezentowania analizy obecnego stanu leczenia szpitalnego w Małopolsce oraz tendencji na najbliższą przyszłość była II Konferencja Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego zorganizowana w Krakowie 7 kwietnia br., a zatem w Światowym Dniu Zdrowia.

Stan obecny zasobów

W Małopolsce, liczącej ok. 3 240 tys. mieszkańców, funkcjonowało na koniec 2002 r. 67 szpitali, w tym 49 publicznych i 18 niepublicznych. Wśród jednostek publicznych było 19 szpitali wojewódzkich, 22 szpitale powiatowe oraz 8 szpitali resortowych. Szpitale niepubliczne, z wyjątkiem Szpitala Zakonu Oo. Bonifratrów (135 łóżek), to głównie małe jednostki nastawione przede wszystkim na chirurgię jednego dnia, położnictwo oraz opiekę długoterminową, w tym nad pacjentami w okresie terminalnym. Średnia liczba łóżek w szpitalach o profilu podstawowym wynosi ok. 300, w wieloprofilowych szpitalach – ok. 520, w jednoprofilowych – ok. 180. Ogólna liczba łóżek

	1999	2000	2001	2002
ogółem liczba łóżek	18 044	17 397	17 924	17 852
jednostki publiczne	17 759	17 004	16 599	16 431
wojewódzkie	5 602	5 429	5 387	5 272
powiatowe	8 428	7 960	7 896	7 772
resortowe	3 729	3 615	3 316	3 387
– MZ	2 823	2 713	2 533	2 535
– MON	723	719	600	669
– MSWiA	183	183	183	183
jednostki niepubliczne	285	393	1 325	1 421
szpitale niepubliczne	285	393	455	511
zoi, zpo, hospicja			870	910

Tab. 1. Charakterystyka łóżek szpitalnych

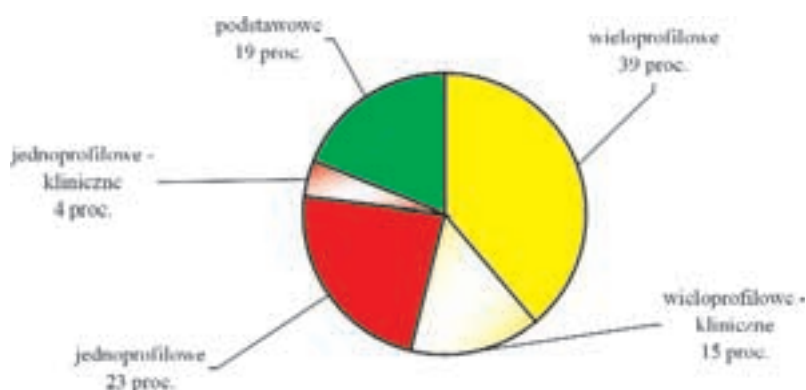


Ryc. 1. Wskaźniki liczby łóżek

Oddziały	Liczba łóżek*				Zmiana (2002/99)	Wskaźnik na 10 tys. w Małopolsce w 2002 r.
	1999	2000	2001	2002		
chirurgia ogólna	1 693	1 672	1 604	1 548	-145	4,8
chirurgia onkologiczna	52	52	55	62	+10	0,2
chirurgia urazowo- -ortopedyczna	938	1 008	922	954	+16	2,9
ginekologia i położnictwo	1 918	1 551	1 480	1 431	-487	4,4
gruźlicy i chorób płuc	833	617	545	567	-266	1,7
kardiologia	555	690	702	709	+154	2,2
laryngologia	324	296	287	286	-38	0,9
neurologia	701	700	640	641	-60	2,0
okulistyka	412	362	337	312	-100	1,0
pediatria	894	786	732	729	-165	2,2
skórno-wenerologiczne	237	174	169	174	-63	0,5
urologia	351	338	362	362	+11	1,1
wewnętrzny	2 401	2 240	2 230	2 153	-248	6,6

* dane dotyczą szpitali publicznych

Tab. 2. Łóżka w wybranych specjalnościach



Ryc. 2. Łóżka kliniczne w Małopolsce

Grupa zawodowa	1999 (proc.)	Zatrudnienie /1 łóżko	2000 (proc.)	Zatrudnienie /1 łóżko	2001 (proc.)	Zatrudnienie /1 łóżko
lekarze	12,47	0,22	12,54	0,20	11,57	0,17
farmaceuci	0,34	0,01	0,39	0,01	0,36	0,01
inni ww.	3,24	0,06	3,25	0,05	3,33	0,05
pielęgniarki i położne	36,01	0,63	37,85	0,62	38,85	0,59
technicy medyczni	6,07	0,11	5,72	0,09	6,90	0,10
pozostały personel średni medyczny	6,76	0,12	6,22	0,10	6,11	0,09
personel niższy medyczny	14,34	0,25	14,49	0,24	13,91	0,21
administracja, ekonomiści, technicy	6,93	0,12	7,31	0,12	7,48	0,11
pracownicy gospodarczy i obsługi	13,83	0,24	12,22	0,20	11,49	0,17
	100	1,76	100	1,63	100	1,51

Tab. 3. Struktura zatrudnienia

w szpitalach województwa małopolskiego wyniosła na koniec 2002 r. 17 852 (tab. 1.).

Wskaźnik liczby łóżek ogółem na 10 tys. mieszkańców wyniósł na koniec 2002 r. 55,1, w tym 37,0/10 tys. łóżek krótkoterminowych, 13,1/10 tys. łóżek długoterminowych oraz 4,9/10 tys. łóżek psychiatrycznych (ryc. 1.).

Analizując formy organizacyjne szpitali stwierdza się, iż 54 proc. łóżek znajduje się w szpitalach wieloprofilowych, 19 proc. w szpitalach podstawowych oraz 27 proc. w szpitalach jednoprofilowych. Łóżka kliniczne stanowią ok. 19 proc. wszystkich łóżek w Małopolsce (ryc. 2.).

Liczbę łóżek w wybranych 13 specjalnościach, kierunek i dynamikę zmian, a także wskaźniki na 10 tys. mieszkańców przedstawiono w tab. 2.

W publicznych szpitalach w Małopolsce zatrudnionych było w 2002 r. ok. 31 500 pracowników, co daje wskaźnik 1,76 etatu na 1 łóżko szpitalne. Strukturę zatrudnienia, wg grup zawodowych w latach 1999–2001, w szpitalach, dla których organami założycielskimi są powiaty i województwo (41 jednostek, 84 proc. ogółu szpitali publicznych) przedstawiono w tab. 3.

Analiza systemów infrastruktury technicznej szpitali publicznych w województwie małopolskim prowadzi do konkluzji, iż w zdecydowanej większości (72 proc.) jednostek stan infrastruktury technicznej budzi zastrzeżenia lub poważne zastrzeżenia, zgodnie z zastosowaną metodologią oceny. Z kolei stan urządzeń

medycznych jest w blisko 50 proc. niezadowolający, a na ocenę bardzo dobrą nie zasłużył żaden z funkcjonujących w Małopolsce szpitali. Ocenę stanu podstawowych urządzeń medycznych i systemów infrastruktury technicznej przedstawia ryc. 3.

Analiza systemów centralnej sterylizacji (przeprowadzona obecnie dla szpitali publicznych tzw. subregionu krakowskiego, w którym funkcjonują 22 szpitale) wskazuje, iż posiadanie centralnej sterylizatorni deklaruje ok. 60 proc. szpitali, przy czym ok. 60 proc. tych systemów spełnia co najwyżej 2 z 5 wymogów określonych stosownym rozporządzeniem ministra zdrowia.

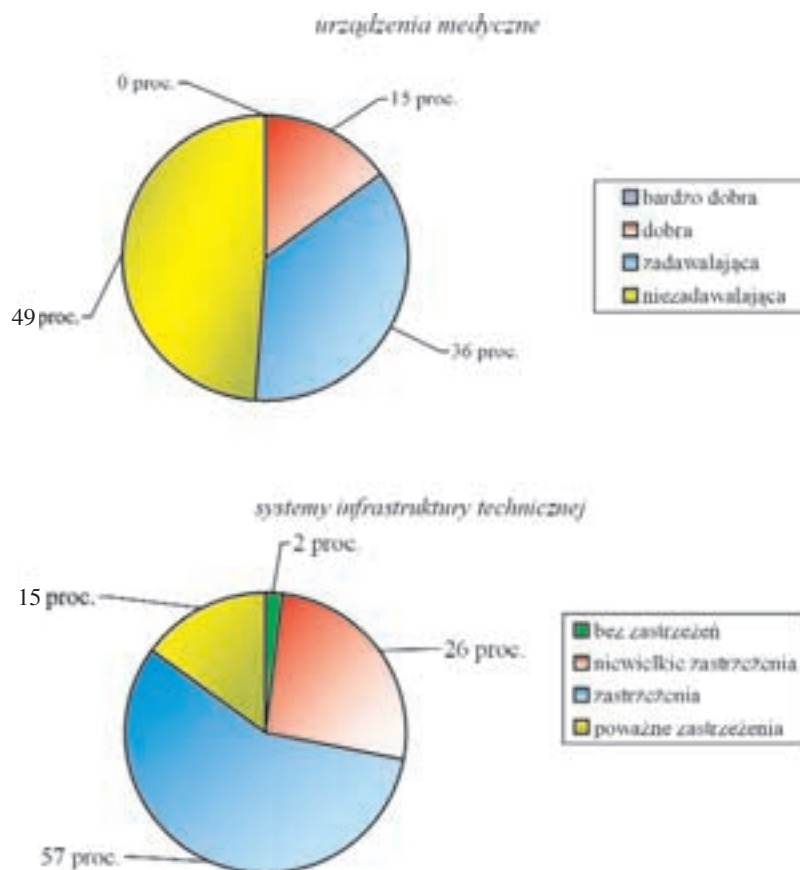
Jeśli chodzi o poziom informatyzacji szpitali publicznych w Małopolsce, to 18 proc. szpitali deklaruje posiadanie pełnej sieci, a 22 proc. jednostek informuje o ok. 75 proc. osieciowaniu. Jednak tylko 6 proc. szpitali posiada w pełni zintegrowane oprogramowanie części administracyjnej i medycznej zaś 12 proc. jest bliskie uzyskania takiej integracji. Pełnym lub częściowym oprogramowaniem dla administracji dysponuje ok. 96 proc. szpitali. Pełnym lub niepełnym oprogramowaniem dla części medycznej dysponuje ok. 64 proc. szpitali.

Jednym z najistotniejszych zagadnień dotyczących lecznictwa stacjonarnego jest poziom oraz efektywność wykorzystania zasobów. W Małopolsce w latach 1998–2002 liczba hospitalizacji ogółem wzrosła o ok. 26 proc., a w szpitalach publicznych ogólnych o ok. 22 proc. Szczegóły przedstawiono na ryc. 4.

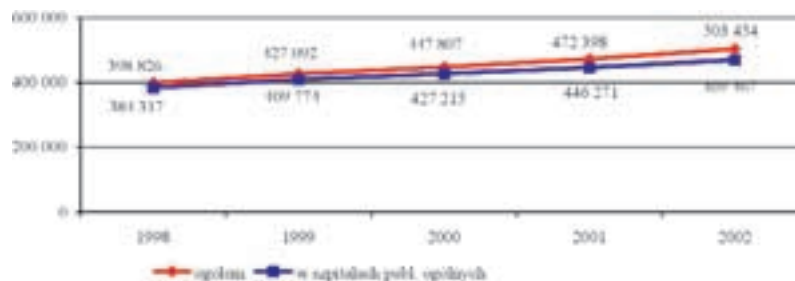
Efektywność wykorzystania łóżek szpitalnych analizowano na podstawie średniego czasu pobytu oraz poziomu obłożenia łóżek w szpitalach wieloprofilowych, jednoprofilowych i podstawowych (ryc. 5 i 6).

W analizowanym okresie spadł udział kosztów świadczeń w zakresie lecznictwa stacjonarnego w strukturze kosztów świadczeń ogółem głównego płatnika regionalnego systemu, jakim była Małopolska Regionalna Kasa Chorych (ryc. 7.). Poziom nakładów na jedno łóżko szpitalne i na jednego hospitalizowanego przedstawiają ryc. 8 i 9.

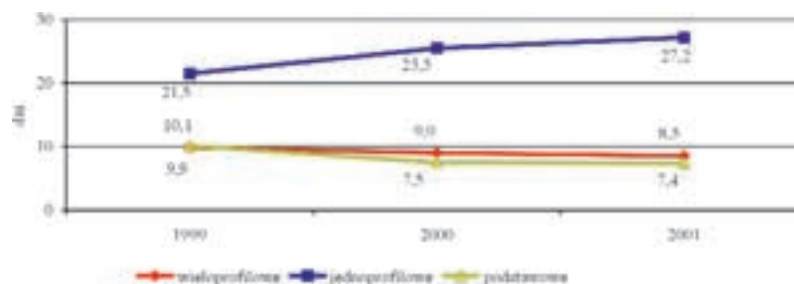
Analizując przychody szpitali publicznych stwierdza się, iż ok. 93 proc. stanowią przychody ze sprzeda-



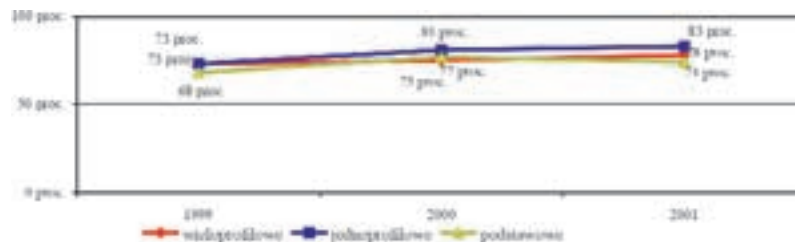
Ryc. 3. Ocena stanu podstawowych urządzeń medycznych i systemów infrastruktury technicznej



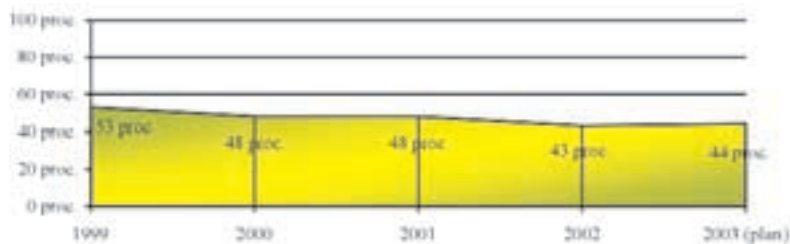
Ryc. 4. Hospitalizowani 1998–2002



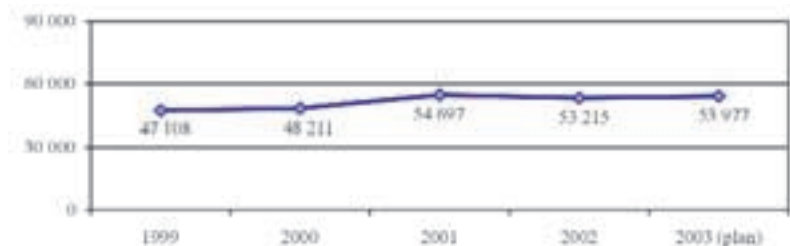
Ryc. 5. Efektywność wykorzystania łóżek. Średni czas pobytu



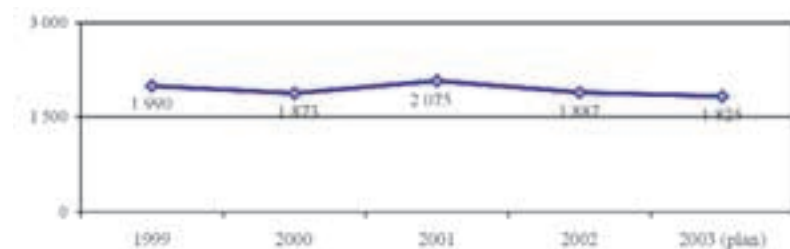
Ryc. 6. Efektywność wykorzystania łóżek. Obłożenie łóżek



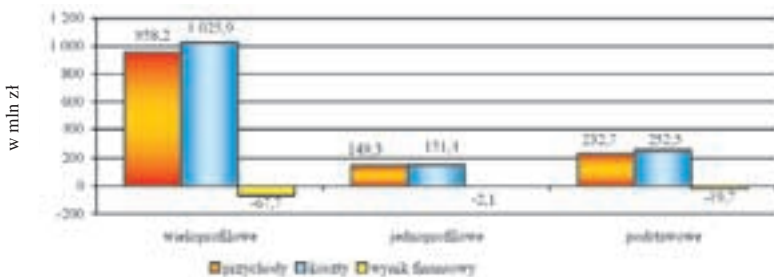
Ryc. 7. Udział opieki stacjonarnej w kosztach świadczeń ogółem MRKCh



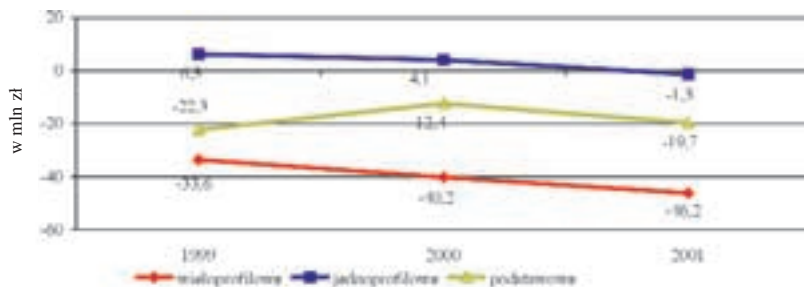
Ryc. 8. Nakłady na 1 łóżko



Ryc. 9. Nakłady na 1 hospitalizowanego



Ryc. 10. Przychody, koszty, wyniki finansowe



Ryc. 11. Wyniki finansowe 1999-2001

ży, a ok. 7 proc. pozostałe przychody. Strukturę kosztów w układzie rodzajowym przedstawiono w tab. 4. Przychody, koszty i wyniki finansowe wg danych z 2001 r. przedstawiono na ryc. 10., wyniki finansowe w latach 1999-2001 szpitali wieloprofilowych, jednoprofilowych i podstawowych prezentuje ryc. 11.

Strukturę kosztów w układzie rodzajowym przedstawiono w tab. 4., zaś poziom zobowiązań ogółem dla szpitali wieloprofilowych, podstawowych i jednoprofilowych – na ryc. 12.

Z punktu widzenia możliwości pokrywania ujemnego wyniku finansowego szpitala ważny jest stan jego funduszu zakładu. Stan funduszu zakładu w szpitalach wojewódzkich (19 jednostek) przedstawiono na ryc. 13.

Do analizy tendencji w najbliższych 3 latach w zakresie takich wielkości, jak liczba hospitalizowanych w województwie, poziom zobowiązań, wielkość wyniku finansowego oraz stan funduszu zakładu posłużono się, w związku z przyjęciem założenia o utrzymaniu trendu liniowego, statystyczną funkcją regresji liniowej (ryc. 14.-17.).

Wnioski:

1. Obserwuje się zbyt niską koncentrację zasobów, tj. dużą liczbę samodzielnych jednostek oraz wadliwy układ profilu szpitali z nadmiernym udziałem szpitali jednoprofilowych.
2. Następuje niekontrolowany przyrost liczby łóżek szpitalnych w województwie, a aktualne wskaźniki dla łóżek opieki krótkoterminowej przekraczają założenia Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia 2001-2005.
3. Występuje nadmiar łóżek klinicznych w odniesieniu do potrzeb populacji województwa oraz w relacji do pozostałych poziomów referencyjnych – ok. 19 proc. całości zasobów.
4. Utrzymuje się nieuzasadniona epidemiologicznie choć częściowo uzasadniona względami demograficznymi (dość silna dodatnia korelacja między liczbą hospitalizacji a wskaźnikami przeciętnego dalszego trwania życia) tendencja

wzrostowa w zakresie liczby hospitalizowanych ogółem.

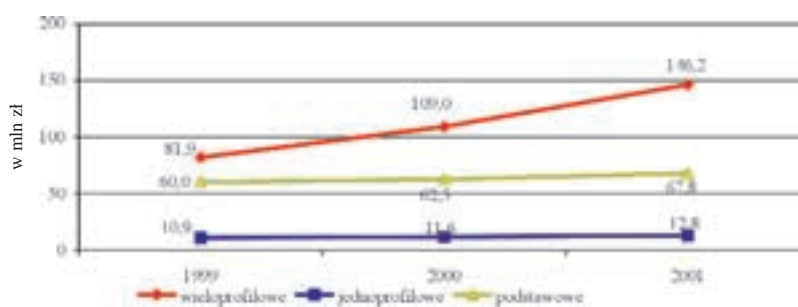
5. Ulegają stopniowej poprawie wskaźniki efektywności wykorzystania zasobów szpitalnych, choć są jeszcze na zbyt niskim poziomie (średni czas pobytu w szpitalach podstawowych i wieloprofilowych odpowiednio 7 dni i 8,5 dnia, obłożenie łóżek – 74 proc. i 77 proc.).
6. Wskaźniki zatrudnienia ogółem i w grupach zawodowych osiągają średnio, szczególnie w szpitalach powiatowych i wojewódzkich, dolny margines bezpieczeństwa.
7. Baza szpitalna jest w znacznej części nieprzystosowana do realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami sanitarnymi i technicznymi; postępuje jej dekapitalizacja.
8. Wobec ujemnej rentowności wszystkich grup szpitali oraz niskomych odpisów amortyzacyjnych szpitale praktycznie nie dysponują nadwyżkami finansowymi na modernizację i rozwój zasobów.
9. Wyczerpane fundusze zakładu oraz wzrost poziomu zobowiązań, w tym wymagalnych (w 2003 r. poziom zobowiązań osiągnie stan z końca 1998 r., a zatem z okresu, w którym przeprowadzono ostatnie oddłużenie szpitali), przy jednoczesnym spadku przychodów stawiają większość szpitali przed groźbą likwidacji z przyczyn finansowych, a przynajmniej przed groźbą poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu i presji na zmiany w kierownictwie.

Rekomendacje:

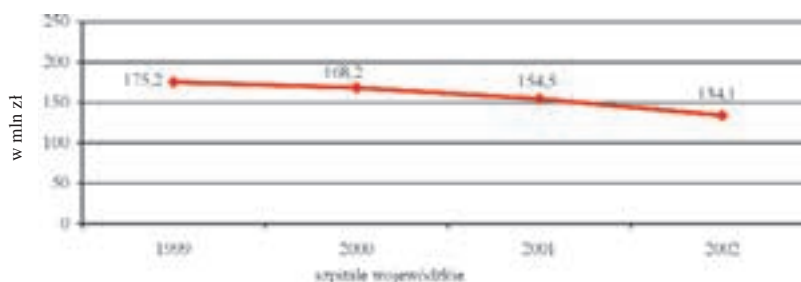
1. Konieczne jest **uporządkowanie i ustawowe określenie zadań i kompetencji administracji rządowej i samorządowej w zakresie ochrony zdrowia**. Dobrą podstawą do prac legislacyjnych może być pochodzący z 2000 r. projekt ustawy o ustroju ochrony zdrowia w części dotyczącej zadań władz publicznych. Dopiero w oparciu o solidne podstawy ustawowe możliwe jest prowadzenie regionalnej i krajowej polityki zdrowotnej, w tym organizowanie lecznictwa szpitalnego w oparciu o regionalne i krajową sieć szpitali.
2. Wydaje się uzasadnione (na podstawie doświadczeń holender-

	1999	2000 (proc.)	2001
zużycie materiałów	6,8	7,0	8,5
leki i środki pomocnicze	12,3	15,0	12,7
artykuły żywnościowe	1,8	2,0	1,7
zużycie mediów	5,1	4,9	4,5
usługi obce	5,5	7,1	8,3
podatki i opłaty	0,6	0,7	0,9
wynagrodzenia	50,2	46,5	46,9
świadczenia na rzecz pracowników	9,9	9,0	9,8
reprezentacja i reklama	0,0	0,0	0,0
podróże służbowe	0,1	0,1	0,8
amortyzacja	7,0	7,3	5,3
pozostałe koszty	0,8	0,6	0,7

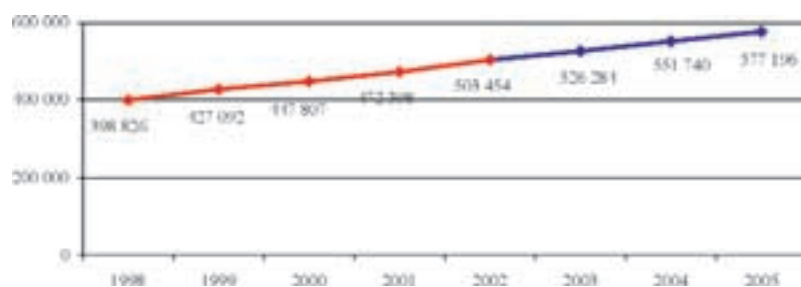
Tab. 4. Struktura kosztów w układzie rodzajowym



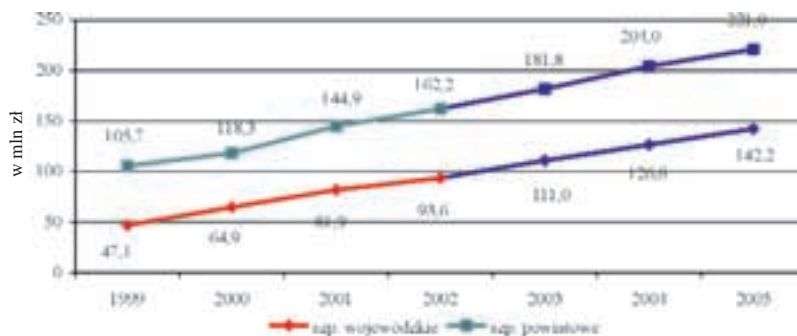
Ryc. 12. Zobowiązania 1999–2001



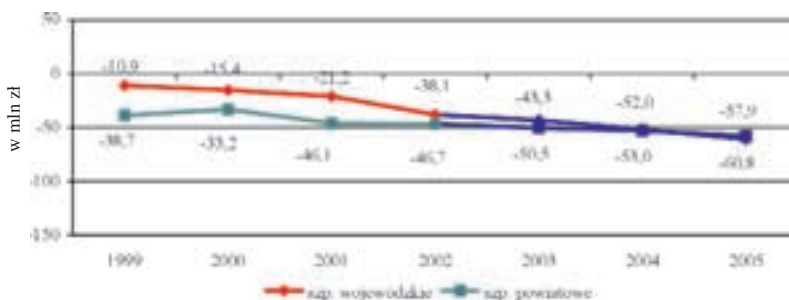
Ryc. 13. Stan funduszu zakładu



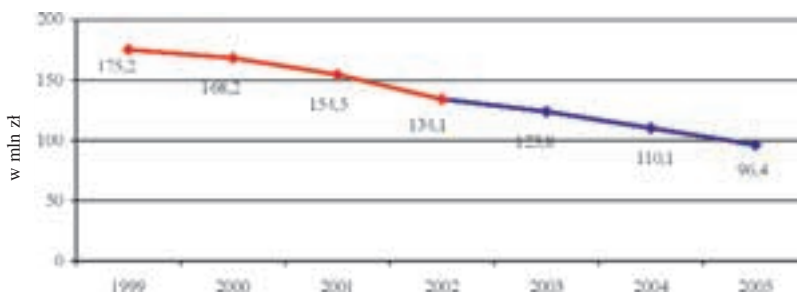
Ryc. 14. Hospitalizowani – tendencje



Ryc. 15. Zobowiązania – tendencje



Ryc. 16. Wynik finansowy – tendencje



Ryc. 17. Fundusz zakładu wojewódzkich szpоз – tendencje

szych) **oparcie działalności szpitali**, zarówno publicznych jak i niepublicznych, **na odrębnym akcie prawnym – ustawie o szpitalach**, która objęłaby m.in. takie kwestie, jak prawne i organizacyjne podstawy funkcjonowania szpitali, techniczne i sanitarne warunki realizacji świadczeń, zasady zatrudniania personelu, zwłaszcza medycznego, a także odpowiedzialności cywilnej, wymogi i zasady akredytacji szpitali, zasady nadzoru nad jednostkami publicznymi.

3. Proponuje się **przyjęcie nowego modelu organizacyjnego szpitala publicznego**, w którego ramach wyodrębniono by sferę zarządzania zasobami materialnymi od sfery świadczeń zdrowotnych.

W myśl tej koncepcji zatrudniony w ramach tzw. kontraktu menedżerskiego kierownik jednostki (menedżer) zarządzałby wydzielonym majątkiem nieruchomości i ruchomym, byłby w imieniu szpitala stroną umowy na realizację świadczeń zdrowotnych z płatnikami, udzielałby – co najistotniejsze – zamówienia na świadczenia zdrowotne, tj. zlecałby w drodze umowy wykonanie określonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych uprawnionym podmiotom niepublicznym, a także zawierałby umowy na prowadzenie działalności pomocniczej szpitala. W celu wykonywania tych zadań kierownik organizowałby administrację, której maksymalny koszt w odniesieniu do kosztów całkowitych lub

przychodów określała by umowa menedżerska. Zarysowany w ten sposób model otwiera drogę do powszechnej prywatyzacji usług zdrowotnych w segmencie opieki stacjonarnej, poprawy efektywności wykorzystania zasobów, wzrostu dochodów personelu medycznego a także bilansowania przychodów i kosztów szpitala jako całości.

4. Proponuje się **zmniejszenie liczby szpitali jako samodzielnych jednostek** o ok. 1/3 obecnego stanu poprzez stworzenie podstaw prawnych do konsolidacji (łączenia) szpitali publicznych, także w przypadku gdy mają one różne organy założycielskie oraz **ograniczenie liczby łóżek krótkoterminowych** do ok. 30–32/10 tys. mieszkańców (a zatem na poziomie lub nawet powyżej wskaźników dla takich krajów, jak Wielka Brytania, Szwecja, Finlandia, Norwegia, Holandia, Dania, Kanada, USA) przy wskaźniku liczby łóżek ogółem na poziomie 48–52/10 tys. mieszkańców. Konieczna jest koncentracja nowoczesnych technologii medycznych odpowiednio na poziomie subregionalnym i regionalnym, a w uzasadnionych przypadkach – krajowym. Podstawą działań w tym zakresie powinny być plany, krajowy i wojewódzkie, a głównymi instrumentami realizacyjnymi – ustawowe uprawnienie samorządów województw do tworzenia regionalnej sieci szpitali, obowiązek uzyskania przez szpitale korzystające ze środków publicznych akredytacji w niezależnej instytucji, rozbudowany specjalistyczny nadzór skoncentrowany wokół samorządu województwa jako ośrodka koordynacji na poziomie regionalnym.
5. Należy zrezygnować z dotychczasowych oraz planowanych do wdrożenia metod finansowania opieki stacjonarnej na rzecz **sparymetryzowanego budżetu globalnego szpitala**. Obecnie stosowana opłata za usługę (hospitalizowanego) generuje nieuzasadniony wzrost liczby hospitalizacji, prowadzi do konieczności arbitralnego i powszechnego limitowania świadczeń, jako metoda finansowania świadczeń w opiece stacjo-

narnej leży, w poważnym stopniu, u podstaw nierównowagi finansowej większości szpitali publicznych. Finansowanie szpitali w oparciu o punktowo wycenione procedury diagnostyczne i zabiegowe, wobec faktu, iż nie są one oparte o prawidłowo wykonany i rzetelny rachunek kosztów, a sama metoda, z założenia perspektywna, ma być w naszym polskim wydaniu retrospektywna, nie wyeliminuje wad dotychczasowego rozwiązania, a wręcz wygeneruje nowe problemy. Proponuje się w związku z tym wprowadzenie, wraz z wdrożeniem przedstawionych w punkcie 4. istotnych ograniczeń podaży oraz przedstawionego w punkcie 3. modelu organizacji i zarządzania szpitalem, sparametryzowanego budżetu globalnego szpitala, zbilansowanego na poziomie 0–5 proc. rentowności. Jako parametry służyć mogą: certyfikowana liczba łóżek, liczba świadczeń zdrowotnych, liczba specjali-

stów, wybrane urządzenia medyczne itp. Taka metoda finansowania, przy równoczesnym zastosowaniu regionalnego planowania i koordynacji, a także nowego modelu zarządzania szpitalem, pozwoli efektywnie wykorzystać zasoby materialne i kadrowe, utrzymać prawa ubezpieczonego, uruchomić dodatkowe źródła dochodów świadczeniodawców, a w przyszłości przekształcać cały system w kierunku rozwiniętego systemu ubezpieczeniowego lub samorządowo-ubezpieczeniowego.

Kluczowym problemem w funkcjonowaniu lecznictwa stacjonarnego w Polsce jest poważna nierównowaga między zasobami tego segmentu opieki zdrowotnej i związanymi z nimi kosztami, a możliwościami finansowymi systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Skupianie się wyłącznie na stronie popytowej rynku usług zdrowotnych, jakkolwiek ważne i konieczne w związku ze stosunkowo ni-

skim udziałem ochrony zdrowia w PKB i suboptymalną efektywnością wykorzystania nakładów, nie przyniesie rozwiązania istniejących problemów. Równoległe, nadrabiając kilkuletnie zaniedbania, należy wdrożyć oddziaływanie na stronę podaży poprzez jej stopniowe ograniczanie, koncentrację zasobów i skuteczną koordynację na poziomie regionalnym i w razie potrzeby – krajowym. Do tego jednak niezbędna jest czytelna krajowa strategia oraz odpowiednie instrumenty prawne. Stosowne działania leżą zatem po stronie ministra zdrowia i stamtąd winniśmy oczekiwać programowych i prawnych podstaw kolejnego kroku w dziele reformy polskiego systemu ochrony zdrowia. Być może ewentualny dorobek *okrągłego stołu* będzie dla ministra zdrowia właściwą inspiracją.

*Krzysztof Kłos
dyrektor Departamentu Polityki Społecznej
Urzędu Marszałkowskiego
Województwa Małopolskiego*