

Leczenie czy leżakowanie pacjentów – na czym zarabia szpital

Hotele – nie szpitale

Jedna trzecia pacjentów szpitalnych mogłaby być leczona w trybie jednodniowym zamiast zajmować łóżka, gdyby taki sposób leczenia opłacał się szpitalom. Ale się nie opłaca. Pacjenci są przetrzymywani na oddziałach tak długo, jak tylko się da. W efekcie szpitale zamieniają się w hotele. Dodajmy: kiepskiej jakości.



Obecny system opieki zdrowotnej powoduje, że szpitalom wciąż opłaca się przyjmować pacjentów na oddział i leczyć ich dłużej, niż wymaga tego ich stan zdrowia. Powodem jest sposób finansowania procedur medycznych. Jak twierdzi dr Adam Kozierkiewicz, ekspert rynku medycznego, szpitale desperacko poszukują pieniędzy i kiedy pojawi się szansa, żeby je zarobić, korzystają z niej. – *W 2008 r. robiłem badanie dla Banku Światowego dotyczące hospitalizacji. Analizowaliśmy 200 tys. rekordów pochodzących z danych hospitalizacji z NFZ. Szukaliśmy dowodów na to, że szpitale przetrzymują pacjentów, ponieważ nie ma opieki długoterminowej. Tymczasem w trakcie analizy danych wyszedł zupełnie inny problem* – opowiada Kozierkiewicz. – *Okazało się, że ok. 30 proc. pacjentów przyjmowanych jest na pobytu 2-, 3-dniowe, chociaż mogliby być leczeni w trybie jednodniowym. I ten trend utrzymuje się do dzisiaj* – dodaje.

Łatwy pieniążk kusi

W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii aż 70 proc. operacji przeprowadza się w ciągu jednego dnia. W Niemczech odsetek ten sięga 50 proc., w Polsce – jak twierdzi Maciej Murkowski, ekspert ds. Programów Medycznych i Operacyjnych Szpitali Polskich SA – jest to wciąż kilka procent. Dlaczego? Bo nasz płatnik nie dostrzega postępu w technikach medycznych.

Kiedyś np. zabieg usunięcia kamieni z pęcherzyka żółciowego należał do rozległych operacji i trwał ok. 3–4 godzin. Po takiej operacji pacjent rzeczywiście wymagał wielodniowej obserwacji. Dziś dzięki laparoskopii wystarczą 2–3 niewielkie nakłucia, aby w trakcie 40 minut usunąć wszystkie złoże. Pacjent po takim małoinwazyjnym zabiegu nie wymaga długiej obserwacji w warunkach szpitalnych.

Czy opłaca się inwestować w sprzęt i dokonywać operacji w trybie jednodniowym? Nie, bo Narodowy Fundusz Zdrowia często oferuje niższe stawki za zabiegi w klinikach jednego dnia, argumentując, że są one tańsze od klasycznych operacji. Stawia zatem świadczeniodawcę przed dylematem: czy operować metodą małoinwazyjną, nowoczesnie i tanio – i zarobić niewiele; czy raczej wbrew zdrowemu rozsądkowi operować po staremu, drogo – i zarobić znacznie więcej. *Pecunia non olet* – zdrowy rozsądek często przegrywa z pokusą łatwego zarobku.

Prywatne versus publiczne

Prywatne kliniki przyjmują takich pacjentów, bo zarabiają na ilości. Oprócz tańszych pacjentów opłacanych przez fundusz mają też drogich – komercyjnych, a dzięki kontraktowi w placówce nie ma przestojów. To paradoks, ale szpitale państwowych, związanych kontraktem, często nie stać na luksus wyboru taniej i nowoczesnej metody leczenia. – *Sposób finansowania przez płatnika dziennych oddziałów szpitalnych sprawia, że szpitale w ogóle nie są zainteresowane taką formą leczenia. Najgorsza jest sytuacja dwóch najważniejszych z nich, czyli dziennego oddziału szybkiej diagnostyki i dziennego oddziału*

„ Szpitale państwowych związanych kontraktem z NFZ często nie stać na luksus wyboru taniej i nowoczesnej metody leczenia ”

geriatrycznego, które w ogóle nie są przez NFZ finansowane – twierdzi Murkowski. Doktor Jacek Domejko, dyrektor Regionalnego Specjalistycznego Szpitala LATAWIEC w Świdnicy, dodaje, że przechodzenie na krótkie procedury często utrudniają kontrole NFZ. Zdarza się, że w ich trakcie dochodzi do zakwestionowania zasadności drogiej procedury małoinwazyjnej zamiast tańszej klasycznej. Inspektorzy zdają się zupełnie nie dostrzegać tego, że zastosowanie tańszej procedury klasycznej generuje dodatkowe koszty związane z przyjęciem pacjentów na oddział i możliwością powikłań. Jakby nie rozumieli, że w sumie leczenie z zastosowaniem taniej procedury jest droższe niż wykonanie nowoczesnego zabiegu i szybkie wypisanie pacjenta do domu.

W dodatku płatnik nie finansuje jednocześnie w tej samej placówce oddziału chirurgicznego i operacji jednodniowych. – *Dyrektor szpitala, który zdecyduje się otwo-*

„ W sumie leczenie z zastosowaniem taniej procedury jest droższe niż wykonanie nowoczesnego zabiegu i szybkie wypisanie pacjenta do domu ”

rzyć u siebie np. jednodniową chirurgię, musi najpierw zamknąć oddział chirurgiczny. W przeciwnym wypadku Narodowy Fundusz Zdrowia nie sfinansuje tych pierwszych procedur – tłumaczy Murkowski. – Na to zarządzający placówką nie może sobie pozwolić – dodaje. Dlatego też szpital zmuszony utrzymywać drogi oddział zarabia na „leżeniu” pacjenta. Każda dodatkowa doba w szpitalu to dodatkowe pieniądze.

Leczenie w 24 godziny

Jednodniowe leczenie to nie tylko chirurgia. W jego ramach powinna się znaleźć zarówno szpitalna dzienna szybka diagnostyka, jak i psychiatria, chemioterapia, rehabilitacja, terapia bólu, dializa czy dzienny oddział geriatryczny. Przetawiając szpital na taki 24-godzinny rytm pracy, można wiele zyskać. Z jednej strony są korzyści niefinansowe – oszczędność czasu, mniejszy stres chore-

go, szybszy powrót do zdrowia, mniejsze dolegliwości bólowe, minimalne ryzyko zakażeń wewnątrzszpitalnych; z drugiej zyski finansowe. Leczenie „jednego dnia” jest mniej kosztowne, gdyż nie wymaga utrzymywania sal z łózkami dla chorych, nie generuje kosztów związanych z wyżywieniem chorych, utrzymaniem pralni, opłacaniem drogich nocnych dyżurów, pracy w dni wolne i święta. Pyza tym bardzo często wystarcza niewielka sala operacyjna oraz mała sala obserwacyjna, a placówka może pracować w trybie dziennym. Jest jednak pewne zastrzeżenie: aby większe szpitale publiczne mogły w ten sposób funkcjonować, potrzebne są zmiany dotyczące całego sys-

W onkologii

Problem niepotrzebnego przetrzymywania pacjentów w szpitalach dotyczy nie tylko prostszych zabiegów, ale też wysokospecjalistycznego leczenia onkologicznego. Zwraca na to uwagę w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” Jacek Jassem, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. – *Nadal w onkologii dominuje szpitalny model leczenia, niebawale kosztochłonny i zupełnie niewydajny. W efekcie często bywa tak, że koszty hospitalizacji, w ogromnej większości niepotrzebnej, przekraczają koszty samego leczenia* – mówi Jassem.

Są kraje, gdzie jest o połowę mniej łóżek onkologicznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców niż w Polsce, a wyleczalność jest znacznie wyższa. Tak jest na przykład w Finlandii. Polskie szpitale onkologiczne bardzo często przyjmują pacjentów tylko po to, by wykonać proste badanie diagnostyczne. Powody są dwa. Pierwszy natury finansowej: NFZ płaci więcej, gdy pacjenta przyjmie się do szpitala i położy w łóżku. Drugi powód jest natury humanitarnej. Umowy z NFZ i limity są tak skonstruowane, że na proste diagnostyczne badanie wykonywane w ambulatorium trzeba czekać znacznie dłużej niż na badanie wykonywane po hospitalizacji (te trzeba wykonać na *cito*). Szybka diagnostyka jest niezmiernie ważna przy leczeniu nowotworów, więc często by obejść kolejkę, trzeba przyjąć niepotrzebnie pacjenta do szpitala. I takie drogie sposoby leczenia – co kuriozalne – są w praktyce faworyzowane przez NFZ.

Zmiana myślenia

Resort musi postawić system na nogi. – *Najpierw trzeba doinvestować potencjał intensywnej terapii w szpitalu opieki krótkoterminowej, aby ludzie nie ginęli. Na Zachodzie jest on naprawdę duży, a u nas stanowi jedynie 1,7 proc. wszystkich łóżek. Potem należy odpowiednio dofinansować podstawową opiekę zdrowotną i szybką diagnostykę* – tłumaczy Murkowski. – *Następnie trzeba umożliwić szpitalom kontraktowanie usług zarówno z zakresu długo-, jak i krótkoterminowej opieki szpitalnej. Dopiero wówczas menedżerowi zacznie się opłacać takie zarządzanie pacjentem, aby każdy dostał to, co dla niego najlepsze* – dodaje. Podobnego zdania jest Katarzyna Tymowska, ekspertka od ekonomiki zdrowia z Uniwersytetu Warszawskiego. Uważa ona, że NFZ wprowadzi odpowiednie motywacje finansowe, którymi skłoni państwowe szpitale do wykonywania większej liczby zabiegów jednego dnia. Ekspertki rynku medycznego liczą, że zmianę tę umożliwi nowe zarządzenie prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza dotyczące rozliczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), które zacznie obowiązywać już od 1 lipca br. Jednym z proponowanych tam rozwiązań jest zmiana finansowania badań zleczanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Dotychczas był to wyłącznie koszt świadczeniodawcy, teraz – przynajmniej częściowo – ma je finansować płatnik.

Patrycja Majer



„ Leczenie jednego dnia nie wymaga utrzymywania sal z łózkami, nie generuje kosztów związanych z wyżywieniem chorych, funkcjonowaniem pralni, opłacaniem drogich nocnych dyżurów, pracy w dni wolne i święta ”

temu. – *Pewnym ułatwieniem dla szpitali mogłoby być zniesienie limitów świadczeń przez płatnika* – sugeruje Kozierkiewicz. – *Wówczas mogłoby się okazać, że dyrektorom opłaca się wykonać świadczenie u chorych, których stan zdrowia na to pozwala, w trybie jednodniowym, po to tylko, by zmniejszyć kolejkę oczekujących na zabiegi szpitalne. Dzięki temu ruch pacjentów w szpitalu byłby większy, zniknęłyby kolejki oczekujących, a szpital nareszcie zarabiałby na tym, co jest jego zadaniem statutowym – na leczeniu* – dodaje.