

## NOWOCZESNA TECHNOLOGIA W STARYCH MURACH



Fot. iStockphoto.com

### MAGDALENA I JAROSŁAW KOZEROWIE

Dynamiczny rozwój technologii medycznych zmusił polski system opieki zdrowotnej do podjęcia wyzwania, jakim jest dostosowanie się do nowych realiów. W ostatnich latach znaczna część unijnych inwestycji była kierowana na zakup nowoczesnego sprzętu i modernizację szpitali.

Współczesne technologie umożliwiają wykonywanie coraz bardziej skomplikowanych zabiegów w krótszym czasie, co pozwala na zmniejszenie rozległego zaplecza szpitalnego. Szczególnym przypadkiem są hospitalizacje „zerowe” (tzn. dzień przyjęcia i wypisu jest ten sam). Oznacza to, że nie jest konieczne zakwaterowanie, a także można ograniczyć dyżury personelu i obciążenie infrastruktury szpitalnej.

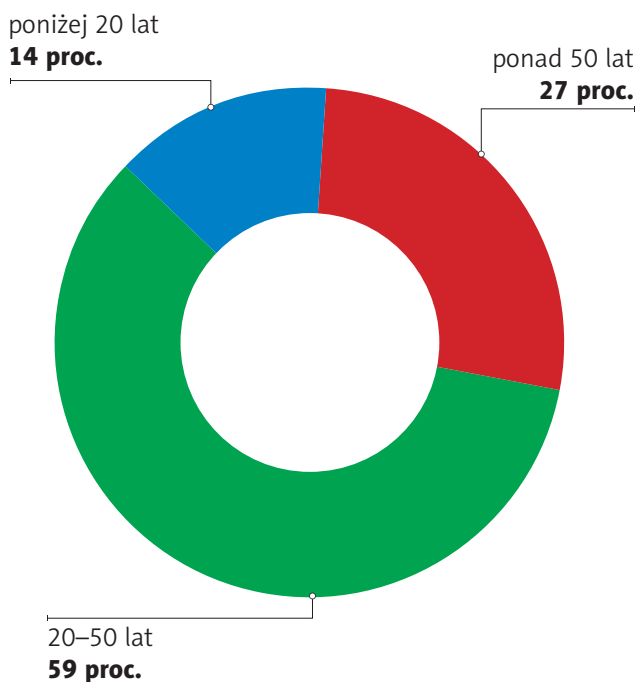
To wskazuje na mniejszą potrzebę inwestycji w tradycyjne formy szpitali i podkreśla znaczenie tworzenia nowych form opieki zdrowotnej.

Strategia inwestycyjna powinna zatem odpowiadać na potrzeby nowoczesnej medycyny, a fundusze unijne i krajowe należy przeznaczać nie tylko na modernizację, ale przede wszystkim na tworzenie alternatywnych form opieki. Takie podejście mogłoby się stać atrakcyjną ofertą dla szpitali powiatowych, pozwalając im na lepsze dostosowanie do współczesnych wymagań opieki zdrowotnej.

Artykuł przygotowaliśmy na podstawie analizy zerowych hospitalizacji w latach 2017–2021 z wykorzystaniem naszego autorskiego narzędzia analitycznego SmartHospital.

#### **Fakt pierwszy** – inwestycje w stare struktury

W kontekście polskiego systemu opieki zdrowotnej znaczący problem stanowi inwestowanie w stare struktury szpitalne. Około 76 proc. nakładów na ten cel przeznaczanych jest na szpitale, które mają ponad 20 lat (ryc. 1).



Rycina 1. Struktura wiekowa szpitali

Obiekty szpitalne funkcjonujące od ponad 20 lat były zaprojektowane i zbudowane z myślą o potrzebach i technologiach aktualnych dwie dekady temu. Infrastruktura większości z nich nie jest przystosowana do instalacji nowoczesnego sprzętu medycznego, co może prowadzić do ograniczeń w zakresie świadczenia usług zdrowotnych na najwyższym poziomie. Ponadto starsze budynki często wymagają kosztownych remontów i modernizacji, aby spełnić aktualne standardy bezpieczeństwa i efektywności energetycznej.

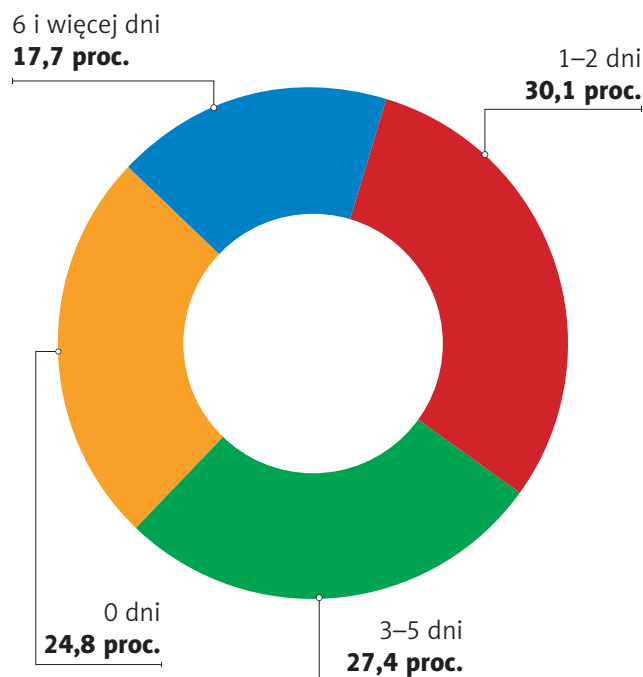
Ta statystyka rzuca światło na istotną kwestię: czy inwestowanie w starsze budynki szpitalne jest efektywne, biorąc pod uwagę szybki rozwój technologii medycznych.

#### **Fakt drugi** – inwestycja w nowoczesne technologie skracza czas hospitalizacji

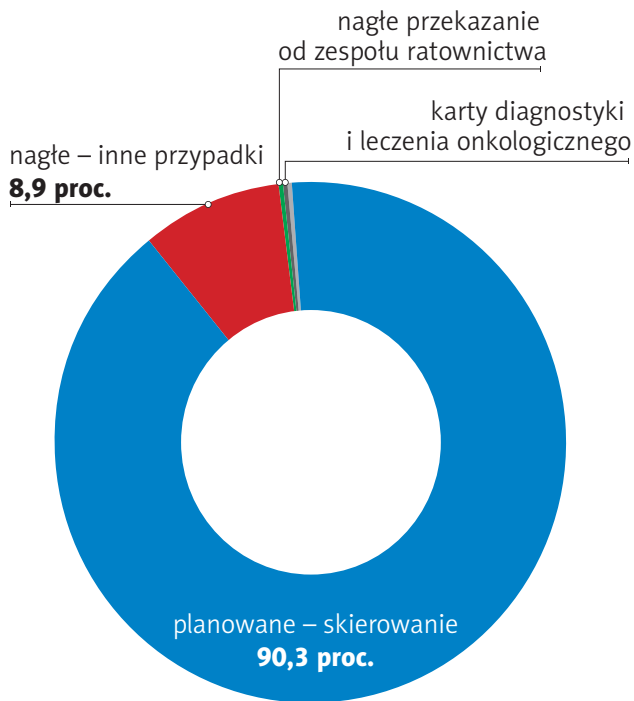
25 proc. pacjentów, u których wykonano zabieg, zostało przyjętych w trybie zerowej hospitalizacji, a 90 proc. z nich przyjęto w trybie planowym (ryc. 2 i 3).

#### **Fakt trzeci** – dzięki inwestycji w nowoczesne technologie zwiększa się zakres świadczeń wykonywanych w zerowych hospitalizacjach

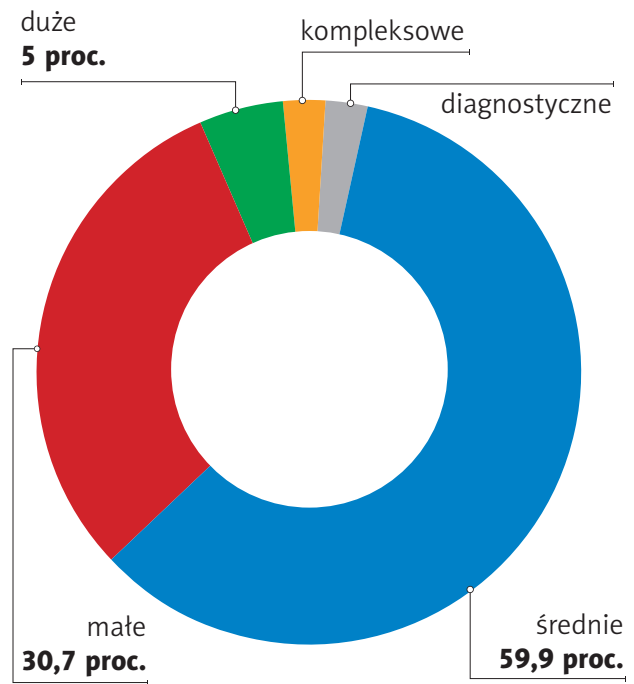
U ponad 65 proc. pacjentów z tej grupy wykonano średnie, duże i kompleksowe zabiegi, co zaprzecza tezie, że w czasie krótkich hospitalizacji przeprowadzane są wyłącznie mało skomplikowane procedury (ryc. 4).



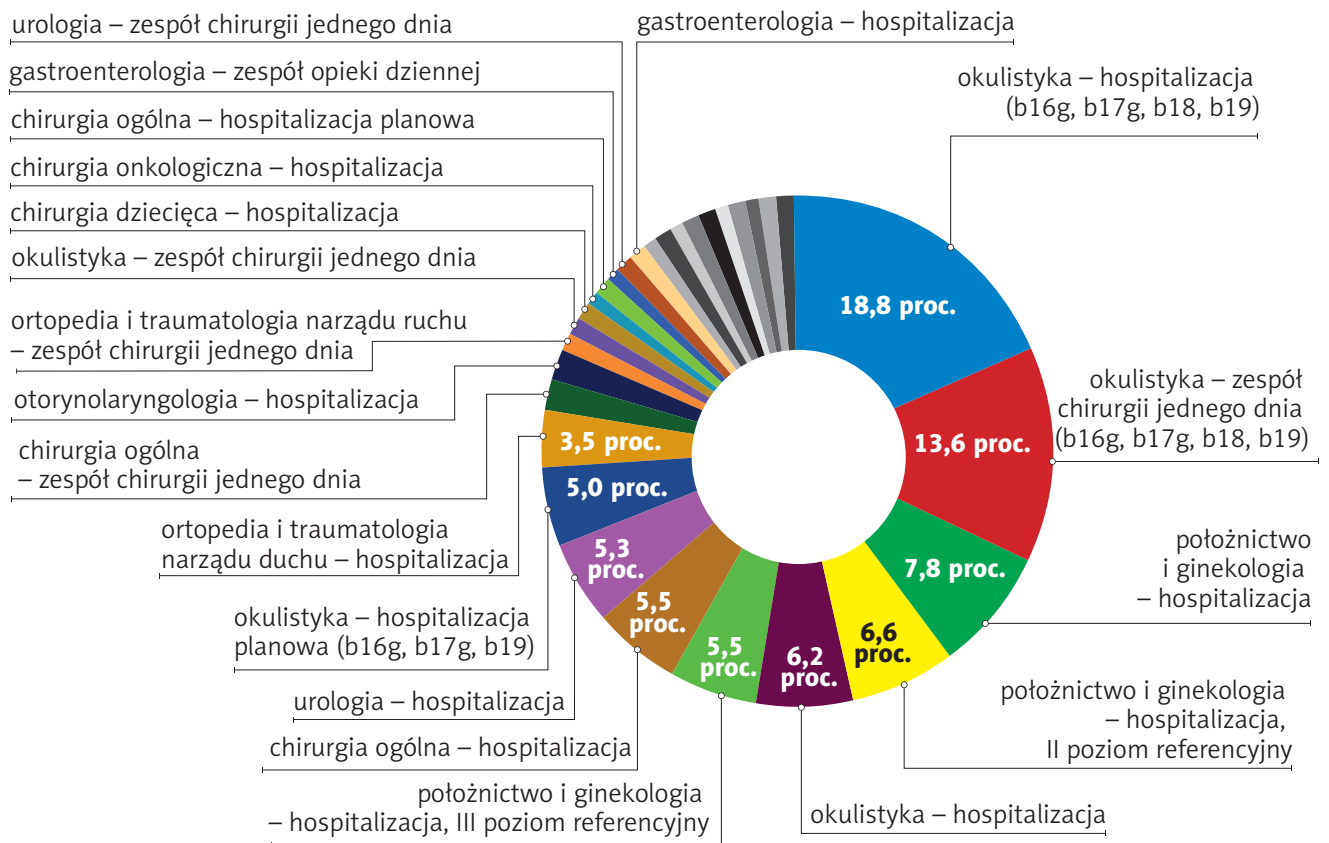
Rycina 2. Procentowa struktura przyjęć pacjentów z zerową hospitalizacją wg dni pobytu



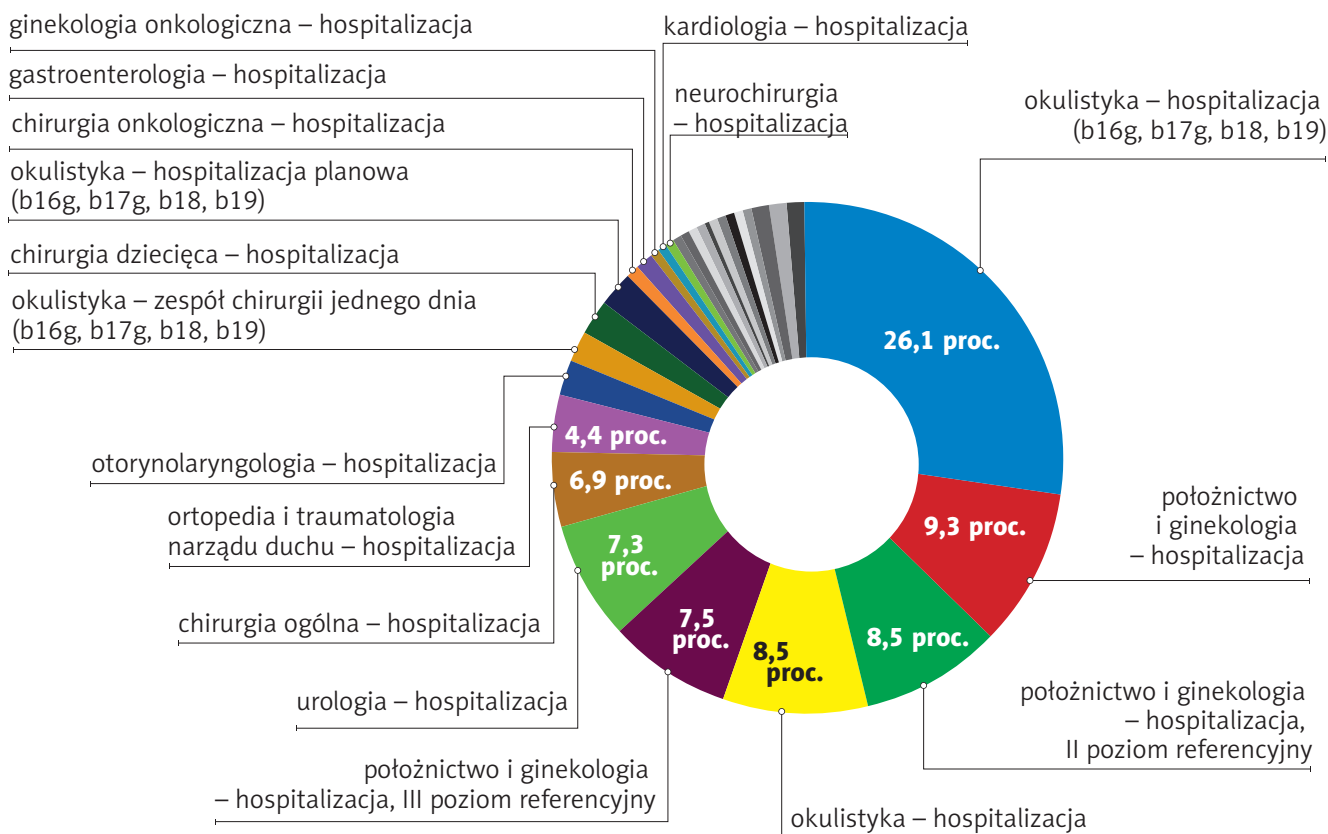
Rycina 3. Procentowa struktura trybów przyjęcia pacjentów z zerową hospitalizacją



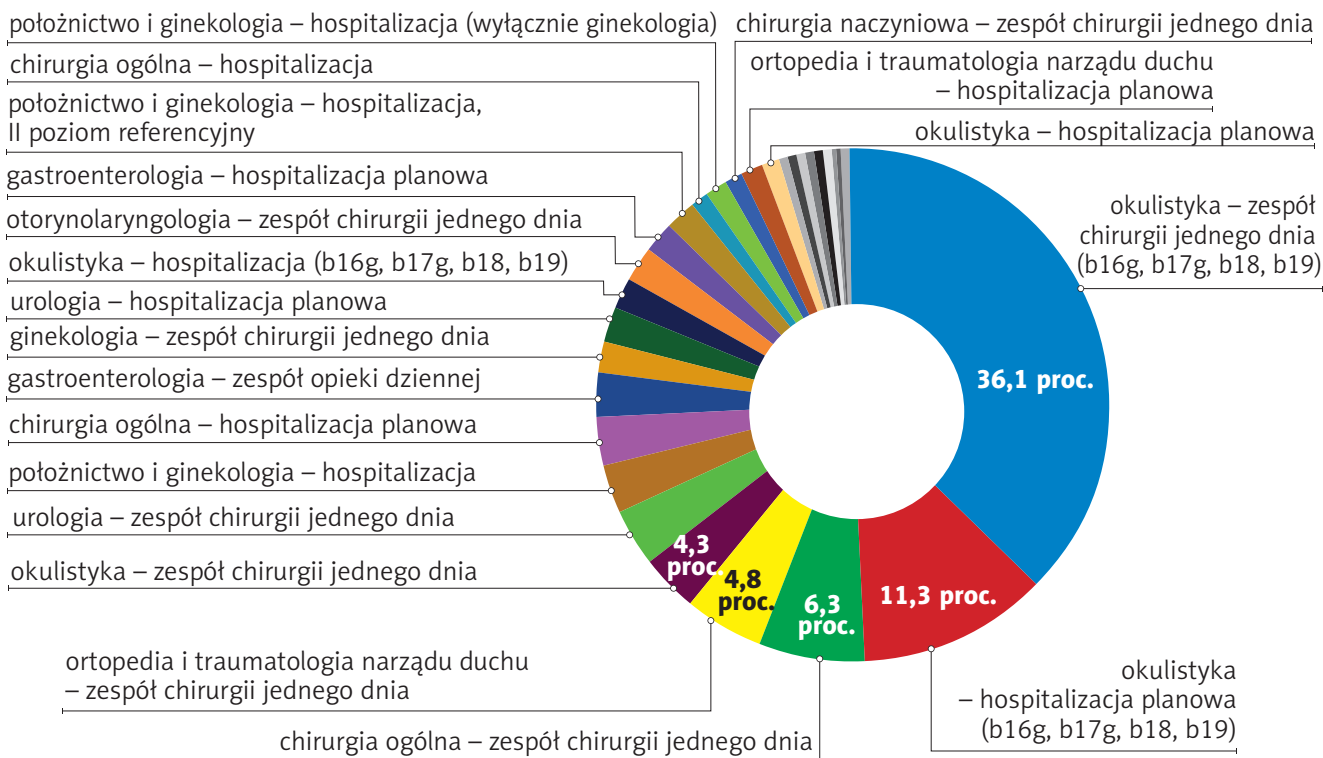
Rycina 4. Struktura świadczeń pacjentów przyjętych w trybie zerowym



Rycina 5. Procentowa struktura zakresów realizowanych u pacjentów z zerową hospitalizacją



Rycina 6. Procentowa struktura zakresów realizowanych w trybie zerowym w jednostkach publicznych



Rycina 7. Procentowa struktura zakresów realizowanych w trybie zerowym w jednostkach prywatnych



**INWESTYCJE W STARE STRUKTURY MOGĄ BYĆ**

**MNIEJ OPLĄCALNE W PORÓWNANIU**

**Z BUDOWĄ NOWYCH SZPITALI, BARDZIEJ**

**ELASTYCZNYCH I DOSTOSOWANYCH**

**DO WSPÓŁCZESNYCH POTRZEB**

**Fakt czwarty** – większość zerowych hospitalizacji odbywa się w warunkach szpitalnych

Ponad 68 proc. pacjentów z zerową hospitalizacją przyjęto jednak w warunkach szpitalnych. Jeśli chodzi o zakresy najwięcej zerowych hospitalizacji odnotowano w okulistyce oraz położnictwie i ginekologii (ryc. 5).

**Fakt piąty** – sektor prywatny dostosowuje formę świadczenia usług do zerowych hospitalizacji, sektor publiczny przeciwnie

Z analizy zakresów świadczeń zerowych hospitalizacji w sektorach prywatnym i publicznym wynika, że placówki prywatne wykonują je w formach jednodniowych, a publiczne w warunkach szpitalnych (ryc. 6 i 7).

Reasumując, można śmiało powiedzieć, że jeśli chodzi o kierunek zmian w polskich szpitalach, widać pierwsze jaskółki. Coraz więcej świadczeń jest wykonywanych w bardzo krótkich formach pobytu. Znaczna część placówek zrozumiała, że przetrzymywanie pacjentów, aby podpompować sobie obłożenie, przy coraz większej świadomości wszystkich uczestników systemu prowadzi donikąd. Podjęto trud skrócenia pobytów i widać już to bardzo wyraźnie (25 proc. pacjentów zabiegowych przyjęto w trybie zerowym). Nie ma jednak kolejnych kroków. Szpitale borykają się z zatrudnieniem pielęgniarek „obsługujących” puste łóżka (normy zatrudnienia), których za nic w świecie samorząd nie chce zlikwidować. Sztywne wytyczne NFZ narzucające wysokie normy pełnienia dyżurów wszystkim oddziałom (system oddziałowy) oraz wspomniana również w tym artykule ogromna, przestarzała infrastruktura, czyli obszerne powierzchnie, które trudno dostosować do nowoczesnych standardów i technologii, nie pomagają. Znamienne jest przeprowadzanie zerowych hospitalizacji przez jednostki publiczne w warunkach szpitalnych przy jednocześnie odwrotnym trendzie w prywatnych. Bo niby w jaki sposób placówki publiczne mają to robić w warunkach nieszpitalnych?

Jeżeli nawet mają wyznaczony oddział opieki krótkoterminowej, to w tym samym przestarzałym budynku ciągną za sobą wszystkie nierozwiązane problemy. Dopiero zmierzenie się z nimi będzie kolejnym krokiem naprzód. Przykre jest tylko to, że pomimo zdefiniowania bolączek szpitali nadal 76 proc. inwestycji kierowanych jest na przestarzałą infrastrukturę. Takie działania nie tylko nie rozwiązują problemów, ale utrwalają archaiczne rozwiązanie, jakie znamy ze szpitali z ubiegłego stulecia.

Dlaczego tak się dzieje? Bo prywatnym jest łatwiej. Nie mogą (ze względów ekonomicznych) i nie chcą utrzymywać ogromnie kosztownego zaplecza szpitalnego.

Oznacza to, że pomimo dostępności funduszy szpitale nadal mogą się borykać z problemami finansowymi spowodowanymi przez inne czynniki, takie jak niewłaściwe zarządzanie, zbyt kosztowna infrastruktura lub nieefektywne wykorzystanie zasobów. To wskazuje na konieczność głębszej restrukturyzacji finansowej w sektorze opieki zdrowotnej.

Można powiedzieć, że zagadnienie to jest szczególnie istotne w kontekście potrzeby adaptacji szpitali do szybko rozwijających się technologii. Inwestycje w nowoczesne technologie i infrastrukturę muszą być dokonywane w sposób przemyślany, aby nie doprowadzić do dalszego zadłużenia placówek, jednocześnie zapewniając im niezbędne narzędzia do efektywnego leczenia i opieki nad pacjentami. Ważne jest, aby pieniądze były wykorzystywane nie tylko na zakup nowej technologii, lecz także na szkolenie personelu, modernizację procesów i systemów zarządzania, co w dłuższej perspektywie może się przyczynić do zwiększenia efektywności i zmniejszenia kosztów operacyjnych.

W tej sytuacji kluczowe staje się opracowanie strategii finansowania, która uwzględni nie tylko bieżące potrzeby, lecz także przyszłe wyzwania związane z rozwijającymi się technologiami. Oznacza to konieczność inwestowania w innowacje, które przyczynią się do poprawy jakości opieki, a jednocześnie będą ekonomicznie opłacalne i zrównoważone finansowo.

Inwestycje w stare struktury mogą więc być mniej opłacalne w porównaniu z budową nowych szpitali, bardziej elastycznych i dostosowanych do współczesnych potrzeb. Nowe budynki można zaprojektować z myślą o elastyczności i skalowalności, aby umożliwić łatwiejszą adaptację do zmieniających się technologii i rosnących wymagań w zakresie opieki zdrowotnej. Współczesna architektura szpitalna powinna uwzględniać aktualne potrzeby, ale również przewidywać przyszłe trendy i innowacje w medycynie.

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