

## Trusty medyczne w Wielkiej Brytanii



# Sila konsorcjum

Ewelina Wierzejska

System Narodowej Służby Zdrowia (*National Health Service* – NHS) utworzono w Wielkiej Brytanii w 1948 r. Do podstawowych założeń funkcjonowania NHS zalicza się niemal 100-procentowe finansowanie z podatków, dostępność dla wszystkich (nawet osób czasowo przebywających w Wielkiej Brytanii) oraz bezpłatność usług zdrowotnych.

Utworzenie służby zdrowia opartej na powyższych zasadach było przełomowym osiągnięciem wobec modeli ówczesnych europejskich systemów zdrowotnych. Jednak już od początku istnienia nowego systemu opieki rozwój technologii medycznych rzucił wyzwanie idealistycznym zasadom, leżącym u podstaw funkcjonowania NHS. Intensywny rozwój sektora farmaceutycznego i wzrost dostępności leków wraz z innowacjami w zakresie diagnostyki obrazowej spowodowały, że koszty procedur medycznych zaczęły drastycznie wzrastać.

### **Menedżerowie i reformatorzy**

Rozwiązania problemu niedofinansowania zaczęto poszukiwać w lepszym zarządzaniu środkami dostępnymi w systemie. Dlatego od momentu założenia NHS towarzyszą mu ciągle reformy. Już od późnych lat 60. pracowano nad lepszą współpracą między klinicystami a menedżerami w szpitalach, jednak po raporcie Griffitha (1983 r.) podjęto próby odejścia od zarządzania zespołowego i stosowania biznesowych metod zarządzania. Stanowiska menedżerskie w placówkach opieki zdrowotnej zaczęto powierzać specjalistom z sektora finansowego i przemysłowego. Właśnie wtedy powstała koncepcja rynku wewnętrznego,

na którego czele stoi Ministerstwo Zdrowia (*Department of Health* – DOH).

### **Szpitalne konsorcja**

W chwili obecnej system składa się z 28 regionalnych wydziałów zdrowia (*Strategic Health Authorities*), które zarządzają trustami. W ramach każdego regionalnego wydziału zdrowia (SHA) znajdują się różne rodzaje trustów (patrz ramka), które są odpowiedzialne za dostarczanie usług medycznych w jego obrębie. SHA realizują politykę Ministerstwa Zdrowia, m.in. nadzorują dostarczanie świadczeń oraz wdrażanie narodowych programów zdrowotnych w danym regionie.

Szpitalne są zarządzane przez holdingi, konsorcja szpitalne (*Acute Trusts*), które starają się zapewnić jak najwyższą jakość świadczonych usług oraz zajmują się przygotowaniem planów finansowych i rozwojowych placówek. Niektóre *Acute Trusts* to regionalne lub krajowe centra opieki specjalistycznej, inne należą do uniwersytetów i pomagają szkolić kadry medyczne.

Nowym rodzajem trustów zarządzających szpitalami w Wielkiej Brytanii są *Foundation Trusts*. Są one prowadzone przez lokalnych menedżerów, a profil ich działalności jest dopasowany do potrzeb lokalnej populacji. Trusty te

” Stanowiska menedżerskie w placówkach opieki zdrowotnej zaczęto powierzać specjalistom z sektora finansowego i przemysłowego ”

opartego na konkurencji i świadomości ponoszonych kosztów działalności medycznej.

W 1997 r., po przejściu władzy przez Partię Pracy przyjęto rozwiązanie systemowe, które połączyło zalety 2 poprzednich, a wyeliminowało wady będące przyczyną problemów w dotychczasowym funkcjonowaniu NHS. Od tej pory NHS w swoim działaniu jest zorientowany na partnerstwo i współdziałanie oraz kieruje się osiąganymi wynikami (np. zwiększeniem dostępności i jakości usług) przy podejmowaniu decyzji. Ostatni plan z 2004 r. podkreśla, że najistotniejszym zasobem NHS są kadry, i to właśnie pracownicy pełnią kluczową rolę w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów (leczenie, profilaktyka), oraz w lepszym gospodarowaniu funduszami w sys-

mają dużo większą swobodę zarówno finansową, jak i organizacyjną niż pozostałe (*Acute Trusts*) trusty szpitalne NHS. W chwili obecnej funkcjonuje 31 takich konsorcjów.

### **Łączcie się**

Od kilku lat w Wielkiej Brytanii możemy zaobserwować łączenie się szpitali lub nawet całych trustów. Specjaliści, którzy analizują to zjawisko donoszą, że głównymi czynnikami indukującymi łączenie się są:

- zyski ekonomiczne,
- zmniejszone koszty administracji i zarządzania,
- wzrost jakości usług,
- zwiększone siły placówki w negocjacjach z płatnikiem,

- polityczne ułatwienie zamknięcia jednostek nierentownych,
- finansowe ustabilizowanie małych placówek.

### Kumulacja usług

Oczekiwane zyski ekonomiczne to korzyści skali – gdy produkujemy więcej, koszty produkcji przypadające na wytworzoną usługę zmniejszają się oraz korzyści zakresu – to kumulacja w jednym ośrodku wielu rodzajów usług specjalistycznych.

Jeśli chodzi o zarządzanie, to w procesie łączenia z reguły redefiniuje się strukturę organizacyjną i kadrową, a konsolidacja staje się często impulsem do reformowania źle funkcjonujących działów i oddziałów, a także próbą ponownego przyjrzenia się dystrybucji środków. Często po przekształceniu taki holding szpitalny jest lepiej zarządzany, a jego funkcjonowanie przejrzyste.

Połączenie zmniejsza również liczbę konkurentów na rynku, przez co siła negocjacyjna

## ” Koncepcję rynku wewnętrznego oparto na konkurencji i świadomości ponoszonych kosztów działalności medycznej ”

Jeśli chodzi o korzyści skali, to trudno powiedzieć, aby rzeczywiście wpływały na obniżenie kosztów w szpitalach. Wręcz przeciwnie – zaobserwowano wzrost średnich kosztów. Jednocześnie znaleziono potwierdzenie dla korzyści zakresu, tzn. połączone jednostki rzeczywiście świadczą usługi w dużo większym zakresie niż szpitale, które nie uległy temu procesowi. Ponadto te same usługi nie są powielane w połączonych już placówkach.

Redukcja kosztów zarządzania, która jest jedną z głównych przyczyn łączenia się szpitali i trustów, rzeczywiście może wystąpić, jednak w NHS zaobserwowano ją na niskim poziomie (ok. 1 proc. budżetu). Należy podkreślić, że w krótkim okresie redukcja ta pozostaje niezauważona, ponieważ najczęściej uzyskane oszczędności są wydatkowane na dodatkowe koszty, które występują w procesie łączenia się szpitali.

konsorcjum rośnie. Często wiąże się to ze wzrostem ceny świadczeń medycznych, niestety, zwykle przy niezmiętej ich jakości.

### Kultura organizacyjna

Rząd brytyjski zachęca szpitale do łączenia się wierząc, że połączenia te przyniosą korzyści w postaci lepszej opieki nad pacjentem. Doświadczenia amerykańskie pokazują natomiast, że wiele holdingów szpitalnych nie odnosi sukcesów, a głównym zagrożeniem jest zaniedbanie tzw. *kwestii pracowniczych*, tym bardziej, że problemy kadrowe są powodem 50 proc. upadków połączeń.

Do korzyści z łączenia się trustów zalicza się przede wszystkim skupienie w jednym miejscu większej liczby wykwalifikowanej kadry medycznej, zdolnej przeprowadzać skomplikowane zabiegi czy konsultować trudne przypadki. Tak więc zaletami szpitala o wielu specjalno-

### System łączony

#### *Niewymienione w tekście trusty funkcjonujące w ramach NHS:*

*Ambulance Trusts* – trusty zarządzające stacjami pogotowia ratunkowego.

*Care Trusts* – trusty zajmujące się nie tylko zdrowiem, ale również opieką socjalną, powstałe w wyniku bliskiej współpracy NHS i władz lokalnych. Ich liczba jest jednak wciąż niewielka.

*Mental Health Trusts* – trusty sprawujące specjalistyczną opiekę psychiatryczną i psychologiczną.

*Primary Care Trusts* – trusty podstawowej opieki zdrowotnej. Zarządzają one zarówno przychodniami lekarzy rodzinnych (*GP Practices*), dentystów, okulistów, jak i aptekami, *NHS Walk-in Centres* (miejscami otwartymi przez cały dzień, przeznaczonymi dla pacjentów z drobnymi dolegliwościami, potrzebujących natychmiastowej pomocy).

ściach może być łatwość sprawowania wielospecjalistycznej opieki na pacjentem oraz w razie potrzeby możliwość przekazywania pacjenta z oddziału na oddział. Niestety, wokół argumentu, że większe placówki zapewniają pacjentowi lepszą opiekę istnieje wiele kontrowersji, więc trudno mówić, czy powinno to być jednym z celów łączenia się szpitali.

Badania brytyjskie dowodzą również, że łączenie się placówek może mieć negatywny wpływ na personel, a przez to na opiekę nad pacjentem. Związane jest to nie tylko z bezosobowością dużej placówki, ale również z niedopasowaniem się pracowników z dwóch różnych kultur organizacyjnych. Z tych właśnie powodów proces amalgamacji dwóch odrębnych instytucji powinien być uważnie obserwowany i mądrze zarządzany. Jest to szczególnie istotne, bo chodzi przecież o przekazywanie sobie przez zespoły medyczne wypracowanych, skutecznych metod i standardów dobrej praktyki, a przez menedżerów efektywnych sposobów zarządzania.

### **O czym należy pamiętać**

Niesłuchanie ważne jest to, aby cele konsolidacji były zoperacjonalizowane i wprowadzone w życie. Jest to jedyna możliwość, aby zrealizować te założenia – o czym, niestety, nie zawsze pamiętają zarządzający. Cele połączenia powinny być możliwe do osiągnięcia, dlatego ich wybór należy poprzedzić koniecznymi analizami.

Badania pokazują, że połączenia placówek nie spowodowały większych zmian w ich funkcjonowaniu finansowym. Nie oznacza to oczywiście, że pozytywne zmiany nie mogą zajść w dłuższym okresie lub że nie mogłyby zajść, gdyby połączenie poprzedziła analiza kondycji ekonomicznej i reorganizacja przeprowadzona tak, aby problemy finansowe jednego z trustów nie przeniosły się na nowo powstały holding.

Menedżerowie wyższego szczebla powinni również założyć realistyczny czasowo harmonogram zmian, co często okazuje się problemem w przypadku szpitali brytyjskich i jest główną przyczyną niezadowolenia personelu.

Z kolei zbyt duża koncentracja zarządzających na procesie łączenia się placówek może negatywnie odbijać się na bieżącym funkcjonowaniu, a w konsekwencji na opiece nad pacjentami. Proces łączenia może opóźnić rozwój placówki i dobrze zdać sobie z tego sprawę przy procesie planowania zmian.

### **Większe nie oznacza lepsze**

Do kluczowych elementów udanego połączenia zalicza się jasne przedstawienie i zrozumienie celów połączenia oraz dobre zarządzanie i komunikowanie się personelu w procesie łączenia.

W trakcie kilku pierwszych lat funkcjonowania fuzji bardzo trudno jest zaobserwować pozytywne finansowe skutki zmiany. Natomiast badania amerykańskie pokazują, że w dłuższym okresie zaczynamy dostrzegać zalety połączeń w postaci obniżenia kosztów, które następują m.in. w wyniku centralizacji zarządzania oraz procedur wysoko specjalistycznych.

Na podstawie przeprowadzonych badań określono nawet optymalną pod względem wydajności ekonomicznej wielkość szpitala na 200–400 łóżek. Korzyści z połączenia najłatwiej więc zaobserwować w wypadku małych placówek.

Trend łączenia się placówek w Wielkiej Brytanii trwa, być może w najbliższym czasie dotrze również do Polski. Należy jednak pamiętać, że choć intuicyjnie chętnie przychylamy się do twierdzenia *większe jest lepsze*, nie zawsze ma ono potwierdzenie empiryczne. ■

W następnym numerze zamieścimy artykuł Wojciecha Balickiego o możliwości wprowadzenia trustów medycznych w Polsce