

## Menedżerska niefrasobliwość



Fot. PAP/Przemysław Piątkowski

# Siedem grzechów przeciwko szpitalom powiatowym

W systemie ochrony zdrowia w Polsce największy problem stanowią dzisiaj szpitale powiatowe. Czy można zarządzać szpitalem powiatowym tak, aby się bilansował? Odpowiedź jest prosta i oczywista: można. Trzeba tylko chcieć i... nie grzeszyć!

W drugiej połowie ubiegłego roku – w przededniu zawierania nowych umów z NFZ – przez kraj przetoczyła się akcja pisania protestów, postulatów, odezwy i rezolucji w sprawie kondycji finansowej szpitali, podczas której konwenty starostów różnych województw skarżyły się na zbyt niskie ich zdaniem finansowanie podległych im placówek medycznych, co powoduje generowanie strat i wpędzanie szpitali powiatowych w spiralę zadłużenia. Stanowisko w tej sprawie zajęł nawet Związek Powiatów Polskich, podkreślając, że szpitale powiatowe odgrywają kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia w Polsce i stanowią gwarancję opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego dla mieszkańców. Z drugiej strony z zapisów projektu budżetu NFZ na 2016 r. można było wówczas wyczytać, że szpitalnictwo otrzyma o 3,5 proc. więcej pieniędzy niż w roku 2015. Gdzie zatem tkwi sedno problemu kiepskiej kondycji finansowej szpitali powiatowych – w zbyt niskim ich finansowaniu, czy może

jednak w zbyt niefrasobliwym, by nie powiedzieć – mało profesjonalnym zarządzaniu tymi podmiotami leczniczymi przez ich dyrektorów? A może w braku należytego nadzoru właścicielskiego ze strony organów tworzących?

Jak wiadomo, każdy medal ma dwie strony i nie zawsze ta, na którą w danej chwili patrzymy lub o której właśnie mówimy, jest najciekawsza i najważniejsza. W przypadku szpitali powiatowych ta obserwacja się potwierdza. Starostowie, mówiąc i pisząc o stronie dochodowej działalności leczniczej i utyskując na niski poziom jej finansowania przez NFZ, zdają się ignorować lub wręcz nie zauważać, a może nawet celowo przemilczają drugą stronę medalu, czyli koszty działalności leczniczej. Bo mimo że sytuacja w szpitalach się pogarsza i coraz więcej placówek zamyka rok z ujemnym wynikiem finansowym, to w tym samym czasie część z nich znajduje sposoby na polepszenie wyników finansowych, a nawet na wypracowanie zysków.

A wtedy mają pieniądze nie tylko na pokrycie bieżących kosztów działalności i zobowiązań, lecz także na rozwój placówki, inwestycje i zakupy.

### Siedem grzechów głównych

Poniżej pozwalam sobie wymienić siedem grzechów głównych przeciwko szpitalom powiatowym, powodujących, że stanowią one wciąż nierozwiązany i narastający problem społeczno-ekonomiczny. Jak się okaże, grzeszników w tym obszarze jest więcej, niżby się wydawało.

#### Grzech 1. Odejście od modelu opartego na stopniach referencji

Daleko odeszliśmy od modelu opartego na stopniach referencyjnych szpitali. Kiedyś było tak: małe szpitale powiatowe i miejskie wykonywały na podstawowych oddziałach rutynowe zabiegi, a szpitale wojewódzkie, specjalistyczne i kliniki uniwersyteckie zajmowały się skomplikowanymi przypadkami, wdrażały nowe technologie, a niektóre z nich prowadziły także dydaktykę. Twarde prawa rynku wykoślawiły to modelowe rozwiązanie. Kliniki wykonują dzisiaj w dużym stopniu banalnie proste zabiegi, które powinny być przeprowadzane w szpitalach o niższym stopniu referencji. Tymczasem placówki powiatowe często robią to, co twórcom systemu się nawet nie śniło: zatrudniają wysokiej klasy specjalistów, często z tytułami profesorskimi, wykonują skomplikowane zabiegi i kosztochłonne procedury (np. przeprowadzona niedawno operacja na rozciętym bijącym sercu w szpitalu powiatowym w Mysłenicach), otwierają nowe, wysokospecjalistyczne oddziały i poradnie. W tym samym czasie doniesień o sukcesach medycznych w szpitalach specjalistycznych jakoś nie słyhać. Co się dzieje? Nie mają kadry, sprzętu i zaplecza? Nic z tych rzeczy. Wydaje się, że osiadły na laurach, czyli na kontraktach. A szpitalom powiatowym za ich wybudowanie, eksperymenty i kosztochłonne procedury nikt nie zamierza płacić, co w konsekwencji odbija się na ich wynikach finansowych. Wydaje się, że wszyscy zapomnieli, że szpital powiatowy, nawet dobrze wyposażony, nie jest w stanie zapewnić tak kompleksowej opieki jak wysokospecjalistyczny ośrodek. Należy zatem powrócić do starej, sprawdzonej zasady, że specjalistyczne procedury powinno się przeprowadzać w szpitalach wysokospecjalistycznych, natomiast szpitale powiatowe powinny zapewniać podstawową opiekę, co nie oznacza, że nie mogą szukać nisz rynkowych i świadczyć usług w wąskich, specjalistycznych zakresach.

#### Grzech 2. Brak spójnej polityki zdrowotnej i jej koordynatora

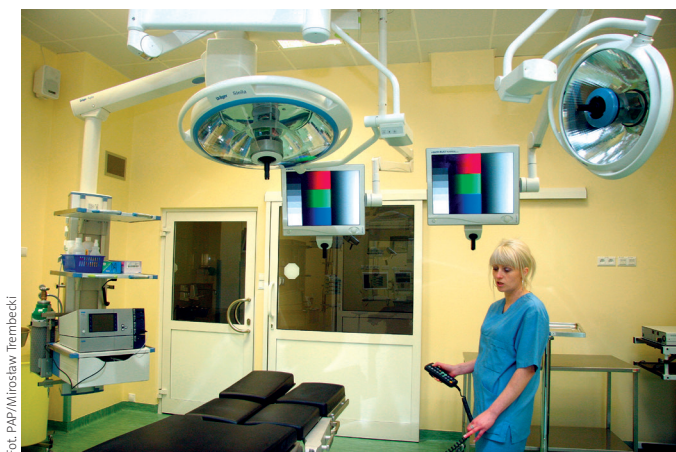
Ramy prawne funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oparte są na kilku podstawowych regulacjach: Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

„Wszyscy zapomnieli, że szpital powiatowy, nawet dobrze wyposażony, nie jest w stanie zapewnić tak kompleksowej opieki jak wysokospecjalistyczny ośrodek”

publicznych, Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz na przepisach harmonizujących prawo polskie z prawem UE. Funkcje zarządcze, finansowania oraz nadzoru i kontroli rozdzielone są pomiędzy Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy terytorialne. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia opieki zdrowotnej i kontraktuje je z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Nadzór nad działalnością NFZ sprawuje Ministerstwo Zdrowia (minister właściwy do spraw zdrowia), natomiast nadzór w zakresie gospodarki finansowej NFZ pełni Ministerstwo Finansów (minister właściwy do spraw finansów publicznych). Ministerstwo Zdrowia jest ponadto odpowiedzialne za wytyczanie polityki zdrowotnej, finansowanie i wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych i większych inwestycji, badania naukowe oraz kształcenie kadr medycznych. Pełni ponadto liczne funkcje nadzorcze, a także (w stosunku do niektórych podmiotów) bezpośrednie funkcje kierownicze. Na każdym szczeblu administracji terytorialnej władze samorządowe są odpowiedzialne za identyfikowanie potrzeb zdrowotnych swoich mieszkańców, planowanie podaży świadczeń zdrowotnych, promocję zdrowia, a w stosunku do publicznych jednostek opieki zdrowotnej (dla których są organami założycielskimi) pełnią pewne funkcje związane z zarządzaniem kadrami placówek, finansowaniem inwestycji oraz funkcje nadzorcze i kontrolne w tym zakresie.

Nie mamy zatem jednego „właściciela procesu”, który czułby się odpowiedzialny za ochronę zdrowia Polaków. W praktyce oznacza to brak wizji i strategii działania, a także brak całościowego nadzoru nad procesami i procedurami związanymi z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. I to na wszystkich szczeblach administracji. Działania bieżące – od Ministerstwa Zdrowia po mały szpital powiatowy – są podejmowane *ad hoc*, w warunkach niepewności, braku współpracy między podmiotami teoretycznie zaangażowanymi w proces i przy braku poprawnej komunikacji między nimi.

Problemem dla dyrektorów szpitali jest to, że nie ma żadnego podmiotu, który by ich wspierał w regionie



Fot. PAP/Mirosław Trembecki

„ Nie ma jednego kreatora polityki zdrowotnej w regionie. Jest ich kilku: marszałek województwa, który ma własne szpitale, rektor uniwersytetu medycznego, który dba o swoje lecznice, resorty mundurowe, które dysponują swoimi szpitalami w każdym województwie, oraz coraz liczniejsze prywatne podmioty lecznicze ”

w wizji kierunku zmian. Nie ma priorytetów, których można by się trzymać i do których można by dostosowywać strategię działania na poziomie powiatowym. Nie ma jednego kreatora polityki zdrowotnej w regionie. Jest ich kilku: marszałek województwa, który ma własne szpitale, rektor uniwersytetu medycznego, który dba o swoje lecznice, resorty mundurowe, które dysponują swoimi szpitalami w każdym województwie, oraz coraz liczniejsze prywatne podmioty lecznicze. I każdy z nich patrzy tylko na swoją domenę. Nawet NFZ niewiele jest w stanie zdziałać w tym zakresie, bo regionalny płatnik zazwyczaj jest poddany tak wielkiej presji ze strony różnorodnych właścicieli szpitali i wpływom politycznym, że dla świętego spokoju i w obronie przed ewentualnymi zarzutami każdemu daje po troszeczkę, niczego w ten sposób nie ułatwiając i nie rozwiązując problemu.

Gdzieś na szarym końcu tego skomplikowanego systemu wpływów i powiązań są starostowie, próbujący mało skutecznie coś zdziałać dla swoich szpitali, m.in. na forum konwentów starostów lub w Związku Powiatów Polskich.

### Grzech 3. Nieracjonalna polityka inwestycyjna

Do niedawna niemal każdy szpital chciał mieć swój własny tomograf komputerowy. Nie wszystkie jednak miały podpisane kontrakty z NFZ, co doprowadziło do sytuacji, że wiele urządzeń stało bezużyteczne. Przykładowo, w Poznaniu NFZ zakontraktował usługę tomografii komputerowej tylko z 13 podmiotami leczniczymi, w Lublinie z 11, we Wrocławiu z 10, a w Trójmieście z 8 (Gdańsk – 5, Gdynia – 3). Czas oczekiwania pacjentów na badanie liczony jest tam na setki dni. Ile tomografów stoi w tym czasie nieużywanych lub pracuje okresowo, generując koszty, nie wiadomo.

W pogoni za „nowoczesnością” niektóre szpitale powiatowe podpisały wieloletnie umowy z podmiotami zewnętrznymi oferującymi im usługi diagnostyczne na starych urządzeniach tomograficznych, niekiedy pochodzących z demobilu. Przykładem takiej „inwestycji” była umowa zawarta w 2011 r. na 15 lat przez jeden ze szpitali powiatowych w województwie pomorskim z firmą świadczącą usługi na tomografie jednorzędowym. Z kolei w jednym z powiatowych szpitali specjalistycznych w województwie podkarpackim dokonano niedawno zakupu nowoczesnego tomografu za ponad 3,242 mln zł, w części sfinansowanego dotacją Ministerstwa Zdrowia. Supernowoczesny tomograf jest jednak nieużywany, bo do pomieszczenia, w którym stoi, nie można wjechać łóżkiem z pacjentem. Potrzebne są więc przeróbki drzwi oraz przesunięcie tomografu. Kolejne perturbacje związane są z tym, że na spłatę zobowiązań ZUS-owskich szpital wziął kredyt w wysokości 3 mln zł, poręczony... nowym tomografem. Czy wobec trudności z płynnością finansową szpital ten było stać na taki zakup i czy w ogóle był on potrzebny?

### Grzech 4. Zbyt duża liczba szpitali w stosunku do potrzeb

Pomimo faktu, że w Polsce nie sposób określić precyzyjną liczbę szpitali, w opinii ekspertów analizujących rynek usług medycznych mamy ich za dużo. Wbrew tej konstatacji, liczba szpitali z roku na rok wciąż się zwiększa. Według danych opublikowanych przez GUS, w 2010 r. mieliśmy łącznie 836 szpitali, w 2012 r. – 913 szpitali, a w 2015 r. – 966 szpitali. Przyrost zaiste imponujący: przez 5 lat ogólna liczba szpitali zwiększyła się o 15,6 proc.

W Polsce jest 380 powiatów, w tym 314 powiatów ziemskich i 66 miast na prawach powiatu. Według szacunków mamy dzisiaj ok. 550 szpitali prowadzonych przez samorządy powiatowe, co oznacza, że statystycznie na jeden powiat przypada ok. 1,45 szpitala. Weźmy dwa przykłady z brzegu: powiat bytowski w województwie pomorskim liczący ok. 75 tys. mieszkańców ma dwa szpitale – jeden miejski, drugi powiatowy, dysponujące łącznie ok. 300 łózkami; w powiecie wodzisławskim, województwo śląskie, liczącym ok. 155 tys. mieszkańców w odległości 10 km od siebie funkcjonują

dwa szpitale powiatowe dysponujące łącznie 622 łóżkami. W obydwu powiatach mamy średnio 40 łóżek na 10 tys. mieszkańców, czyli na jedno łóżko szpitalne przypada 250 obywateli powiatu. W obydwu lokalizacjach w bezpośrednim sąsiedztwie tych szpitali funkcjonują inne stacjonarne podmioty lecznicze, w tym o wyższym stopniu referencji.

Szpitale powiatowe w większości mają małe kontrakty z NFZ, wynoszące od 20 do 25 mln zł (w wyjątkowych przypadkach ok. 30 mln zł) w skali roku. Typowy szpital powiatowy liczy od 150 do 200 łóżek. Ze względu na budżety roczne tych szpitali trudno jest je utrzymać. Pieniądzy ledwo wystarcza na leczenie pacjentów, nie ma mowy o inwestycjach nowych lub odtworzeniowych, niewiele też zostaje na samo utrzymanie placówki, a prowadzenie szpitala przecież kosztuje. Te samorządy, które na to stać – a jest w Polsce kilka takich „enklaw dobrobytu” – wspierają swoje szpitale finansowo i rzeczowo, jednak w większości przypadków szpitale powiatowe są pozostawione same sobie i nie mogą liczyć na wsparcie swoich organów tworzących, bo ich na to po prostu nie stać. Niektóre jednostki samorządu terytorialnego wręcz pozbyły się kłopotu, oddając swoje szpitale w dzierżawę lub w najem zewnętrznym firmom operatorskim.

#### Grzech 5. Szpitale zbyt duże w stosunku do potrzeb

Każdy dyrektor widzi swój szpital jako ogromną placówkę, snuje plany rozwojowe, myśli o otwieraniu nowych oddziałów, nowych poradni specjalistycznych i nowych pracowni, a symbolem tej gigantomanii jest wspomniana wcześniej potrzeba posiadania pracowni tomografii komputerowej w każdym, nawet niewielkim szpitalu. Na szczęście ten dyrektor nie ma środków finansowych na realizację swoich pięknych marzeń i dzięki temu szpital jeszcze funkcjonuje. Nie jest bowiem sztuką kupić sprzęt lub wybudować nowy pawilon, lecz potem utrzymać go i wykorzystywać przez dłuższy czas.

Z kolei niemal każdy ordynator oddziału szpitalnego chce mieć u siebie jak najwięcej łóżek, bo ich liczba świadczy o prestiżu oddziału i dodaje splendoru jego szefowi. A że czasami połowa tych łóżek stoi przez cały rok pusta – to w opinii ordynatora już nie jego sprawa, bo winę za taki stan rzeczy ponoszą wspólnie dyrektor jednostki, który nie potrafi wynegocjować wyższego kontraktu, i NFZ, który sknerzy i nie finansuje należycie oddziału. O rachunku ekonomicznym ordynator w ogóle nie myśli, bo on jest od leczenia, a nie od liczenia.

Analizy i audyty przeprowadzone w licznych szpitalach powiatowych na terenie kraju pokazują, że łóżka szpitalne są w nich wykorzystywane w skali roku średnio na poziomie ok. 65 proc. Oznacza to, że co trzecie łóżko stoi puste, generując koszty i niepotrzebne straty. Zdarzają się też oddziały wykorzystujące łóżka na poziomie poniżej 50 proc., co tylko pogarsza sytuację

„Analizy i audyty przeprowadzone w licznych szpitalach powiatowych na terenie kraju pokazują, że łóżka szpitalne są w nich wykorzystywane w skali roku średnio na poziomie ok. 65 proc.”

cję i pokazuje wprost, że co drugie z nich powinno być zlikwidowane bez uszczerbku dla bezpieczeństwa zdrowotnego lokalnej społeczności. Kto jednak będzie na tyle odważny, by powiedzieć to głośno lub nie daj Boże, wykonać? Ordynator oddziału, dyrektor szpitala, właściciel? Nie! Nie ma odważnych, by chociaż podjąć dyskusję na ten temat i szpital pograża się w kosztach, a wszyscy wciąż tylko narzekają na system i na płatnika.

Prawda jest taka, że kluczowym problemem niemal każdego szpitala powiatowego jest niska efektywność wykorzystania posiadanych zasobów. Innymi słowy – szpitale te mają za duży potencjał łóżkowy, a często także za duży potencjał ludzki w stosunku do aktualnych możliwości płatnika. Nieuzasadnione utrzymywanie nadmiernych zasobów w stosunku do dynamiki lokalnego rynku i możliwości płatnika zwykle kończy się katastrofą.

#### Grzech 6. Szpital znaczy powiat

W powiatach istnieje ogromna potrzeba posiadania szpitala, bez względu na to, czy jego istnienie jest tam uzasadnione czy nie. Szpital kreuje bowiem poczucie bezpieczeństwa zarówno u mieszkańców powiatu, jak i u jego włodarzy. Ponieważ szpital jest zazwyczaj jednym z największych pracodawców w powiecie, stanowi on cenny obszar wpływu dla wszelkiej maści krewnych i znajomych radnego, starosty, skarbnika lub dyrektora wydziału starostwa powiatowego. Pracownicy szpitala i ich rodziny stanowią sztywny elektorat miejscowej władzy, niezbędny podczas wyborów samorządowych, w związku z czym nie wolno dopuścić do tego, aby stała im się jakakolwiek krzywda. Proponowana przez dyrektora redukcja zatrudnienia celem zmniejszenia kosztów osobowych szpitala spotyka się z krótką odpowiedzią decydentów: „Nie, nie wolno!”. Zmniejszenie lub zamknięcie deficytowego oddziału, którego koszty znacznie przewyższają dochody? „Nie, nie wolno!” Racionalizacja zużycia leków i materiałów medycznych? „Ojej, a co ludzie na to powiedzą?!” I tak zamyka się błędne koło, w którym dyrektor szpitala miota się niczym zwierzę w klatce, próbując pogodzić interesy kierowanej przez siebie placówki z oczekiwaniami rad-

„Problemem większości menedżerów ochrony zdrowia – szczególnie tych pojawiających się w branży z nadania polityczno-towarzyskiego – jest to, że nie mają wystarczającej specjalistycznej wiedzy eksperckiej pozwalającej na realizację powierzonych zadań z sukcesem”

nych powiatowych i pana starosty, który w przypływie niezadowolenia lub złego humoru może dyrektora pozabawić premii, a nawet zwolnić z pracy.

#### Grzech 7. Dyrektor szpitala

Dyrektor szpitala to brzmi dumnie. Dyrektor szpitala powiatowego to jest ktoś. Ktoś, kto liczy się w lokalnym środowisku biznesowo-towarzyskim. Ktoś, kto często jest... awataram<sup>1</sup> starosty, który go wybrał, obdarzył zaufaniem, namaścił i nobilitował. W związku z tym dyrektor szpitala samorządowego jest wierny, lojalny i oddany swojemu mocodawcy.

Szpitala są złożonymi podmiotami gospodarczymi, m.in. pod względem organizacyjnym, realizującymi różne cele w różnych obszarach. Zarządzanie takim podmiotem nie jest łatwe i wymaga dużej wiedzy z wielu dziedzin. Menedżerowie często w sposób intuicyjny podejmują najważniejsze decyzje zarządcze – niestety, z różnymi rezultatami. Poziom ich wiedzy z zakresu ekonomii, finansów, organizacji i zarządzania jest mocno zróżnicowany, co w pewnym stopniu wyjaśnia, dlaczego w zbliżonych warunkach makro- i mikroekonomicznych obok nielicznych szpitali dobrze prosperujących mamy w zdecydowanej większości do czynienia ze szpitalami borykającymi się z nieustającymi problemami w obszarze finansowym, rzeczowym i ludzkim.

Problemem większości menedżerów ochrony zdrowia – szczególnie tych pojawiających się w branży z nadania polityczno-towarzyskiego – jest to, że nie mają wystarczającej specjalistycznej wiedzy eksperckiej pozwalającej na realizację powierzonych zadań z sukcesem. Obowiązujące niedoskonałe przepisy umożliwiają bowiem kierowanie placówkami leczniczymi osobom bez wystarczającego doświadczenia i kwalifikacji. Ponadto pracownicy szpitala bardzo często nie mają kompetencji, które umożliwiałyby dyrektorowi efektywne i bezbłędne przeprowadzenie skomplikowanych projektów, takich jak restrukturyzacja przedsiębiorstwa czy wdrożenie nowych rozwiązań IT.

W takich okolicznościach nawet najbardziej zaufany menedżer będzie zmuszony ogłosić kapitulację albo przyjąć taktykę biernego zdania się na to, co los przyniesie, a organ tworzący zadecyduje. I dryfować zgodnie z nurtem wydarzeń, jak korek na wodzie, w myśl zasady „tu i teraz”. W wielu przypadkach bowiem zamiast otrzymać wszechstronne wsparcie od organu założycielskiego w realizacji założonych celów, dyrektor szpitala – szczególnie prowadzonego w formule SPZOZ – zostaje w dużym stopniu ograniczony w swoich kompetencji i odpowiedzialności, gdyż najważniejsze decyzje dotyczące teraźniejszości i przyszłości podmiotu leczniczego podejmuje za niego zarząd powiatu, który nie waha się wtrącać w zarządzanie lecznicą w sposób bezpośredni lub pośredni, nie tylko w imieniu własnym, lecz także na rzecz innych interesariuszy czy grup nacisku związanych ze szpitalem.

Często odnosi się wrażenie, że prezesi i dyrektorzy szpitali powiatowych nie zdają sobie do końca sprawy z odpowiedzialności, jaka na nich spoczywa. Wszystko zależy od lokalnych uwarunkowań i od tego, kto jest dyrektorem szpitala, a kto jest starostą. Tam gdzie jest sensowny dyrektor i sensowny starosta, sprawy idą znacznie lepiej niż tam, gdzie nie stworzono takiego tandemu.

#### Zamiast żalu za grzechy i pokuty

„Żeglarz, który nie wie, dokąd płynie, nigdy nie będzie miał pomyslnych wiatrów” – to słynne powiedzenie Seneki Młodszego jest wciąż aktualne i odnosi się również do sytuacji panującej dzisiaj w ochronie zdrowia w Polsce. Na razie – w okresie przesilenia politycznego i zapowiedzi wprowadzania zmian – obserwujemy zakonserwowanie dotychczasowego stanu i brak wprowadzenia niezbędnych zmian w systemie. Czyżby czekał nas zatem okres marazmu? Jak temu zaradzić?

Ogłosić jak najszybciej wizję i jak najwięcej konkretnych dotyczących tego, jak ma wyglądać nowy, projektowany system ochrony zdrowia w Polsce. I zrobić to w taki sposób, aby wszyscy zainteresowani – w tym właściciele i menedżerowie szpitali powiatowych – uwierzyli, że mogą się w tym nowym systemie odnaleźć, poczuć bezpiecznie i zacząć działać spokojnie w perspektywie stabilności systemu w okresie najbliższych kilku lat. Trzeba wyraźnie powiedzieć, co ustawodawca i rząd zamierzają zrobić i co z tego wyniknie, a następnie przekonać do tego środowisko i spowodować, aby się ono zaangażowało w realizację projektu zmian. Bez tego „dobra zmiana” w ochronie zdrowia pozostanie niespełnionym marzeniem.

Krzysztof Czerkas

Autor jest ekspertem i wykładowcą Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali.

<sup>1</sup>Nazwa ta pochodzi od sanskryckiego słowa *awatāra*, oznaczającego w hinduizmie wcielenie bóstwa, które zstępuje z nieba na ziemię w postaci śmiertelnej (ludzkiej, zwierzęcej lub mieszanej) w celu przywrócenia zachwianego ładu na ziemi (*dharma*).