

Szpitale wobec wyzwań reformy

# Reorganizacja bez konkretów

Fot. gettyimages/ sorbetto

W tle zapowiedzi reformy systemu ochrony zdrowia, polegającej na likwidacji, a właściwie pewnej reorganizacji i rebrandingu Narodowego Funduszu Zdrowia, minister zdrowia zapowiedział wzmocnienie i zmianę modelu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej oraz sposobu finansowania szpitali. Możemy ubolewać, że poza kilkoma hasłowymi infografikami nie zostały przedstawione analizy, porównania, w tym międzynarodowe, ani projekcje, z wyjątkiem zaprezentowanego przez Departament Analiz i Strategii NFZ oszacowania poziomu wydatków na leczenie szpitalne w nadchodzących latach.

„Jedna trzecia wzrostu zadłużenia przypada na jednostki nadzorowane centralnie, przez MON i MSW. Czy może to świadczyć o słabszym nadzorze właścicielskim?”



Tymczasem takie analizy i porównania są nader potrzebne, ponieważ mogą stanowić podstawę zarówno oceny projektowanych rozwiązań alternatywnych, jak i monitorowania zmian w trakcie i po wprowadzeniu reformy. Mając więc nadzieję na uzupełnienie bazy merytorycznej, możemy, póki co, oprzeć się na doświadczeniach historycznych, porównaniach międzynarodowych i wiedzy o uwarunkowaniach ekonomicznych i społecznych tego ważnego filaru systemu ochrony zdrowia.

### Bufor bezpieczeństwa zdrowotnego

Szpitalne w polskim systemie ochrony zdrowia, podobnie jak w każdym innym, są ważne. Ten truizm warto powtórzyć z kilku powodów. Przede wszystkim, od czasów pierwszej poważnej reformy, czyli wprowadzenia kas chorych, szpitale pozostawały swoistym *ultimum refugium* zarówno pacjentów, jak i całego systemu. Nie tylko w przypadkach strajków POZ, lecz także jako duże organizacje stanowiły swoisty bufor stabilizujący bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, dając stabilne, chociaż na niskim poziomie zatrudnienie dla pracowników. Jednocześnie ich względna wielkość była także wyzwaniem. To szpitale jako pracodawcy większości pielęgniarek i położnych były miejscem konfliktów płacowych, których ogólnopolski wymiar stanowił w zasadzie pochodną sytuacji wewnątrz tych dużych organizacji. Ceną za tę rolę (choć ucziwie trzeba przyznać – również za niewydolność w zarządzaniu) okazało się narastające zadłużenie. Tu jednak także, ignorując szerszy kontekst, możemy niewłaściwie zinterpretować zjawisko.

Płatnik publiczny przeznacza na finansowanie świadczeń szpitalnych połowę budżetu. Dla Rady Funduszu byłej i obecnej kadencji ten fakt stanowił przesłankę do prostych porównań z sytuacją w innych krajach, na podstawie których należałoby w Polsce osiągnąć redukcję tego udziału do poziomu ok. 35–40 proc. To proste porównanie nie bierze jednak pod uwagę generalnie niższego budżetu na ochronę zdrowia, a w związku z tym finansowanie szpitali, choć pochłania relatywnie dużą część pieniędzy przeznaczonych na zdrowie, nigdy nie było w Polsce wystarczające. Z drugiej strony ze względu na niedobór publicznie finansowanej oferty ambulatoryjnej pacjenci w dużej części płać za te usługi z własnej kieszeni, przez co generalna struktura świadczeń i finansowania już tak bardzo od proporcji w innych krajach nie odbiega.

Presja na przesuwanie świadczeń ze szpitali na formy ambulatoryjne spowodowała, że płatnik publiczny także zaczął się skłaniać ku takiemu rozwiązaniu, przy oczywistym oporze ze strony podmiotów leczniczych. W tej reorganizacji miał udział również rozwój szpitali jednego dnia, ponieważ formalnie ich koszty były zaliczane do wydatków na szpitalnictwo.

### Jest lepiej, ale...

Warto wspomnieć o odziedziczonym jeszcze z lat 90. ubiegłego wieku problemie zadłużenia szpitali. Obecnie kwotowo sytuacja jest zbliżona do tej sprzed ok. 10 laty (w 2006 r. było to 10,2, a obecnie 10,7 mld zł), chociaż nadal jest to więcej niż w 2003 r., gdy Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło monitorowanie sytuacji. Niestety, monitorowanie to jest już niewystarczające, ponieważ nie obejmuje szpitali samorządowych działających w formie spółek prawa handlowego. Pojedyncze informacje nie pozwalają w tym ostatnim przypadku na dokonanie generalnej oceny sytuacji, jednak nawet





„Jedynym konkretem w oficjalnych zapowiedziach Ministerstwa Zdrowia jest przejście z systemu zadaniowego na budżetowy”

pobieżny szacunek może potwierdzić tezę, że względne zadłużenie szpitali (w proporcji do rocznych obrotów, które zwiększyły się o ponad 100 proc.) w ostatniej dekadzie wyraźnie spadło.

Dokładniejsza analiza prowadzi do wniosku, że sytuacja poszczególnych podmiotów jest bardzo zróżnicowana.

Jedna trzecia wzrostu zadłużenia przypada na szpitale nadzorowane centralnie – przez MON i MSW. Czy może to świadczyć o słabszym nadzorze właścicielskim i/lub dodatkowych zadaniach nakładanych na te jednostki? Obie hipotezy wydają się uzasadnione, co może potwierdzić przyznanie dodatkowych punktów w tzw. rozporządzeniu kryterialnym dla tego typu placówek.

W przypadku jednostek samorządowych można wyróżnić trzy podstawowe trendy w poszczególnych województwach: znaczący, przynajmniej 50-procentowy wzrost (kujawsko-pomorskie, lubelskie, małopolskie, podlaskie, podkarpackie i wielkopolskie), brak większych zmian (mazowieckie, opolskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie) oraz znaczącą redukcję kwoty zobowiązań – w pozosta-

łych czterech województwach (dolnośląskie, lubuskie, łódzkie i pomorskie). W tych ostatnich przypadkach stosunkowo łatwo wskazać przyczynę: konsekwentna polityka organów założycielskich, co jednak nie oznacza, że osiągnięcia te są wystarczające i trwałe.

Niestety, Ministerstwo Zdrowia także w tej sytuacji ogranicza się do zebrania obecnie już niepełnych danych, bez głębszej analizy i projektów naprawczych. Może właśnie dlatego kolejne projekty oddłużeniowe przyniosły tak ograniczone efekty?

Doraźne rozwiązania, takie jak w przypadku szpitali resortowych, nie będą wystarczające, a w kolejce czekają także szpitale kliniczne czy powiatowe, nie wspominając o przypadkach szczególnie kryzysowych, takich jak szpital w Grudziądzu.

Podsumowując – obecna kondycja szpitali, chociaż trudna, nie jest tragiczna. Niepokojący pozostaje brak kompleksowych i efektywnych strategii jej poprawy.

### Niepokojące perspektywy

Nie oznacza to jednak, że sytuacja jest stabilna. Przede wszystkim, oprócz finansów, duża część szpitali napotyka na bariery kadrowe. Dotyczy to zwłaszcza lekarzy, których jest za mało, szczególnie w jednostkach powiatowych, chociaż niedługo poważne problemy tego typu obejmą także pielęgniarki. Mam przy tym na myśli poziom krajowy, ponieważ lokalnie takie braki już są zgłaszane. Tabelek demograficznych kadr medycznych nie uda się na dłuższą metę oszukać,



a konkurencja ze strony pracodawców z krajów UE systematycznie robi swoje.

Konieczne są działania systemowe, czyli oddziałujące nie tylko poprzez podniesienie poziomu finansowania, lecz także przez reorganizację udzielanych świadczeń. Samo wykorzystanie mechanizmu zmniejszenia liczby hospitalizacji, których można uniknąć, pozwoliłoby uruchomić sporo prostych rezerw w postaci wydatków na koszty stałe. Zeby jednak mechanizm zadziałał, oprócz zmiany modelu finansowania konieczne byłoby wsparcie procesów zarządczych.

### Odwrócenie mechanizmu finansowania

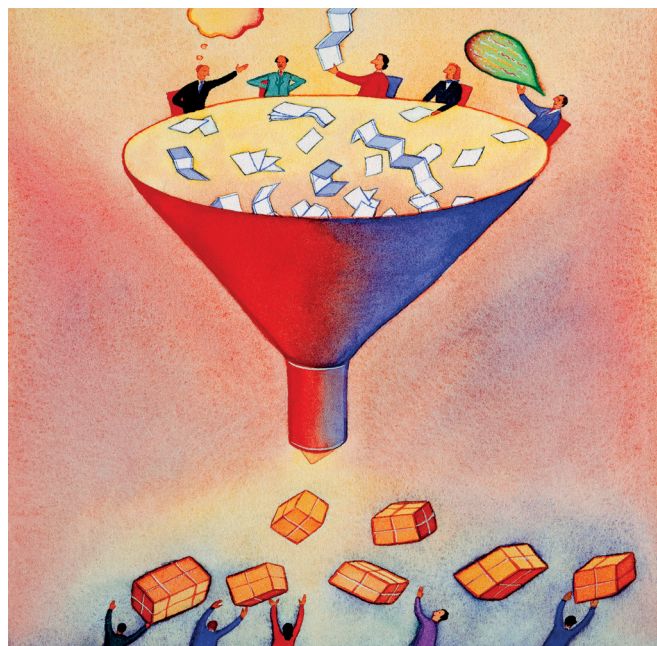
Jedynym konkretem w oficjalnych zapowiedziach MZ jest przejście z systemu zadaniowego na budżetowy. Zgodnie z tym, co można wyczytać w oficjalnych komunikatach (tu także brakuje dogłębnych analiz i dokumentów programowych), chodzi nie tyle o powrót do systemu budżetowego, co o odwrócenie mechanizmu finansowania z zadaniowego na ryczałt, obliczony za aktywność historycznie, podobnie jak jest obecnie w przypadku ustalania poziomu finansowania oddziałów ratunkowych.

Oznaczałoby to ostateczne zamknięcie sprawy nadwykonań, ponieważ przy tego typu rozwiązaniu po prostu by ich nie było. Politycznie to rozwiązanie jest więc uzasadnione, jednak grozi dużym ryzykiem mocniejszego wypchnięcia leczenia planowego na rynek prywatny, czyli finansowany bezpośrednio przez pacjentów. Dodatkowo takie działanie samo w sobie nie rozwiąże problemów strukturalnych.

Zeby osiągnąć taki efekt organizacyjny, niezbędny byłby rządowy program, finansowany centralnie, którego celem byłoby dostosowanie potencjału do rzeczywistych potrzeb. W praktyce na świecie stosuje się w tym zakresie różne projekty koordynowania opieki szpitalnej, na przykład organizując grupy szpitali szczebla powiatowego i specjalistyczne, które następnie ewolucyjnie dostosowują swoją aktywność do potrzeb, możliwości i kompetencji.

Tymczasem scenariusz, który wydaje się być realizowany, idzie w kierunku podtrzymania inwestycji, w mniejszym stopniu prywatnych, a w większym publicznych, w dalszym ciągu rozbudowujących potencjał i prawdopodobnie skuteczną strategię obrony *status quo* przez głównych interesariuszy. Przykładem jest niezahamowany proces przekształcania izb przyjęć w oddziały ratunkowe, mimo że praktycznie liczba takich oddziałów w większości województw jest więcej niż wystarczająca, z reguły kosztem jakości i zakresu usług realizowanych na tych oddziałach.

Wdrażany program opiniujący planowane inwestycje może być rzeczywiście pomocny, ale jak każde narzędzie będzie jedynie realizował postawione cele, które – jak wspominałem wcześniej – nie zostały wystarczająco jasno przedstawione. W takich zaś przypadkach



Fot. gettyimages/Stockbyte

„Zmniejszenie liczby hospitalizacji pozwoliłoby uruchomić sporo rezerw w postaci wydatków na koszty stałe”

wygrywają lokalne ambicje i koterie, a nie obiektywne kryteria – i w efekcie utrzymuje się marnotrawstwo publicznych środków.

### Zredefiniowanie funkcji

To, czego polskie szpitalnictwo A.D. 2016 potrzebuje najbardziej, to przededefiniowanie swojej funkcji. W miarę jak zmienia się technologia, coraz łatwiej i efektywniej można leczyć ambulatoryjnie, a jednocześnie kompleksowa pomoc ciężko chorym wymaga zaplecza kadrowego i sprzętowego przekraczającego możliwości nie tylko najmniejszych, ale nawet średnich szpitali. Konieczne jest więc dostosowanie organizacji i zarządzania do tych wyzwań.

Obecnie sytuacja w Polsce w tych obszarach jest dwojaka. Mamy sporo do nadrobienia, a jednocześnie następuje coraz szybsze wdrażanie nowych technologii. Odpowiedzialnością za ten stan rzeczy tylko częściowo można obarczać administrację centralną. Przy inflacji informacji z tzw. rynku medycznego, gdzie realne osiągnięcia mieszają się z PR-owymi sztuczkami, brakuje inicjatyw i propozycji programowych, które mogłyby pomóc uzdrowić sytuację. Powtarzanie jak mantry, że potrzeba więcej pieniędzy, stało się, przynajmniej to samokrytycznie, pretekstem do niepodejmowania żadnych realnych działań i oczekiwania, że problemy zostaną za nas rozwiązane odgórnie.

Tadeusz Jędrzejczyk  
Autor jest ekspertem organizacji ochrony zdrowia  
i byłym prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.