



Fot. istockphoto.com

Efekt jo-jo

W wstępie dokumentu „Założenia reformy podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne” napisano, że „podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój szpitali jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym

zadłużeniem”. Moim zdaniem zasadniczy problem to zła organizacja pracy i całego systemu ochrony zdrowia. Nadmiar biurokracji spowodował, że system zdecydowanie nie jest pacjentocentryczny, ale NFZ-centryczny. Praca personelu medycznego nie jest efektywna, a podstawowym proble-

mem w wielu szpitalach jest brak specjalistycznych kadr. Do tego dochodzi chaos w komunikacji między Ministerstwem Zdrowia, NFZ a szpitalami, ciągle zmieniające się, niejasne zarządzenia, zmieniające się wymagania i obowiązki. Praktycznie wszystkie aspekty tych zmian czy reform są przerywane na dyrektorów szpitali. Na przykład ustawowe podwyżki wynagrodzeń bez dodatkowych strumieni finansowania czy zwiększone limity personelu przy brakach kadrowych i braku dodatkowego finansowania.

Autorzy reformy identyfikują też drugi podstawowy problem – „wielowładztwo”. Wielowładztwo ma prowadzić do konkurencji między szpitalami, nieefektywnego wykorzystywania bazy sprzętowej oraz nieuzasadnionego utrzymywania przez część szpitali podwyższonej gotowości. Dlaczego wielowładztwo w prywatnym sektorze ochrony zdrowia ma się dobrze? Co jest złego w konkurencji?

Jak wskazuje przywołany w założeniach reformy raport NIK z 2016 r., „realizacja działań restrukturyzacyjnych, jak też osiągnięcie zaplanowanych efektów nie były objęte wystarczającym monitorowaniem ani przez organy restrukturyzacyjne (województw), ani też przez podmioty tworzące”.

Najistotniejszym obszarem problemowym jest według NIK konieczność sporządzania rzetelnych programów restrukturyzacyjnych. Jak można zrestrukturyzować szpital, jeżeli odgórnie narzucane jest praktycznie wszystko? Jak można prowadzić politykę finansową, kiedy realnie na nic się nie ma wpływu?

Kluczem reformy jest utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali (ARS), która będzie odpowiedzialna m.in. za pozyskiwanie danych dotyczących funkcjonowania szpitali oraz ich sytuacji ekonomiczno-finansowej. Na podstawie analizy zebranych danych ARS będzie dokonywała oceny szpitali, która będzie obejmowała sytuację ekonomiczno-finansową,

ale również działalność operacyjną (np. strukturę i stopień realizacji świadczeń opieki zdrowotnej), zgodność realizowanych świadczeń z mapami potrzeb zdrowotnych oraz jakość świadczeń. Na podstawie oceny ARS będzie przyznawała szpitalowi odpowiednią kategorię od A – najlepsze szpitale, do D – najgorsze szpitale. To moim zdaniem oznacza, że znowu reforma zostanie przerzucona na zarządzających szpitalami. Jeżeli nie są w kategorii A, to będą musieli podjąć działania optymalizujące, restrukturyzacyjne, naprawcze. Jeżeli są w kategorii D, to zarząd przejmuje ARS, a prawdopodobnie jedyne, co będzie mogła zrobić, to zlikwidować szpital. Nie rozumiem, gdzie tu realny pomysł na rzeczywistą poprawę funkcjonowania szpitali. Nadal reforma opiera się na niekończącym się procesie restrukturyzacji szpitali, bez zmiany organizacji systemu, zasad realizacji usług, ich wyceny, organizacji pracy. Jaki to ma sens? Poza tym szpitale kategorii A wcale nie muszą być dobrze zarządzane, wystarczy, że mają lepiej wycenione procedury, lepszą lokalną sytuację kadrową (nie muszą przepłacać), wymagają mniej remontów (są nowe), mają mniejszy bagaż zaszłości (mniej długów) itd. To jednak wcale nie oznacza, że mają lepszych menedżerów. Należy pamiętać, że łatwo jest krótkotrwale poprawić wynik finansowy szpitala poprzez drastyczną redukcję kosztów, można wtedy nawet dostać nagrodę na wzorowe zarządzanie, jednak długofalowy skutek takiego działania często bywa opłakany. W dłuższej perspektywie szpital ze zredukowaną kadrą, nieremontowany, oszczędzający na wszystkim nie może działać – dochodzi do efektu jo-jo, czyli drastycznego narastania kosztów z odbicia i wzrostu zadłużenia.

Reforma będzie wymagała dużych kosztów zarówno operacyjnych (powołanie i utrzymanie ARS), jak i inwestycyjnych (dofinansowanie szpitali) i finansowych (restrukturyzacja długu). Ile to będzie kosz-

”System ochrony zdrowia w Polsce jest permanentnie reformowany, a szpitale są ciągle restrukturyzowane i wygląda na to, że to się nie zmieni”



Fot. iStockphoto.com

”Łatwo jest krótkotrwale poprawić wynik finansowy szpitala poprzez drastyczną redukcję kosztów, można wtedy nawet dostać nagrodę na wzorowe zarządzanie, jednak skutek długofalowy takiego działania często bywa opłakany”

tować? Kto za to zapłaci? Ile dodatkowych stanowisk powstanie? Kto osobowo będzie tworzył ARS? Zadania ARS są bardzo ambitne, ale moim zdaniem niewykonalne.

Podsumowując – założenia reformy nie wynikają z rzeczywistych potrzeb, nie zawierają żadnych realnych mechanizmów poprawy organizacji pracy i działania systemu opieki zdrowotnej. System ochrony zdrowia w Polsce jest permanentnie reformowany, a szpitale są ciągle restrukturyzowane i wygląda na to, że to się nie

zmieni. Obecnie planowana reforma jest de facto konsekwencją fiaska poprzedniej reformy, czyli utworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń. Sterowanie centralne jest krokiem wstecz. To prawa rynku, zmieniające się potrzeby pacjentów i zasady konkurencji, a nie sztuczne, odgórne reguły powinny kreować politykę zarządzania szpitali i ich rozwój.

Paweł Mierzejewski, były zastępca dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie