



KONTROLA DYREKTORA

PIOTR MAGDZIARZ

Pogarszająca się sytuacja finansowa szpitali, ich zwiększające się zadłużenie (zobowiązania ogółem SPZOZ na koniec czerwca 2021 r. wynosiły ok. 16,8 mld zł, w tym ok. 2,1 mld zł zobowiązań wymagalnych), tzw. wielowładztwo, czyli pełnienie wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, nieuzasadniona konkurencja między podmiotami o pacjentów, personel medyczny i zasoby materialne, nieefektywnie wykorzystywane bazy łóżkowa i zabiegowa, nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część szpitali podwyższonej gotowości, niedoinwestowanie, niewystarczający poziom kompetencji menedżerskich części kadry zarządzającej, brak sprawnych mechanizmów nadzoru i mechanizmów mobilizujących menedżerów do wdrażania programów restrukturyzacyjnych oraz konsekwencji niewykonania takich programów

– trudno nie zgodzić się z każdą z wymienionych przyczyn dramatycznej sytuacji, w jakiej znajdują się aktualnie szpitale, opisanych jako powody wprowadzenia ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa.

Czy jednak do przeprowadzenia zmian w funkcjonowaniu szpitalnictwa konieczne jest tworzenie nowego ciała – Agencji Rozwoju Szpitali? Czy zadań tych nie powinno i nie może realizować bezpośrednio Ministerstwo Zdrowia?

Zmiana organizacji systemu

Niezmiernie istotne w kontekście przyszłej organizacji rynku szpitalnego jest stwierdzenie zamieszczone w projekcie: „Dopasowanie systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowied-

niej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych”.

Średnia populacja objęta opieką przez jeden szpital w Polsce to mniej niż 50 tys. mieszkańców, tymczasem z doświadczeń krajów zachodnioeuropejskich wynika, że jeden wieloprofilowy szpital powinien przypadać na 150–250 tys. mieszkańców. Powyższy zapis oznacza, że Ministerstwo Zdrowia zdaje sobie sprawę z tego problemu i że na docelowym rynku jeden szpital wielospecjalistyczny – działający „na ostro”, z profilami zachowawczymi i zabiegowymi – będzie funkcjonował na obszarze 3–4 aktualnych powiatów, a w pozostałych powiatach będą „szpitale pierwszego kontaktu” – o profilach zachowawczych oraz opieki długoterminowej. Część z nich będzie posiadała profile zabiegowe realizowane w ramach hospitalizacji planowej lub chirurgii jednego dnia.

Z proponowanych zmian w zakresie organizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) pozytywnie należy ocenić:

- kwalifikowanie do sieci poszczególnych profili działalności szpitala, a nie całych szpitali,
- wprowadzenie dodatkowego kryterium kwalifikacji, którym w przypadku profili zabiegowych będzie osiągnięcie minimalnego poziomu „wskaźnika operatywy”, a w przypadku profilu położnictwo i ginekologia osiągnięcie minimalnej liczby odebranych porodów w roku kalendarzowym, przy czym od razu należy nadmienić, że pojawiające się w założeniach progi (60 proc. dla wskaźnika operatywy oraz 400 porodów dla położnictwa) są zbyt niskie i nie zapewnią zbilansowania się tego typu oddziałów (wskaźniki te powinny być na poziomie odpowiednio 75 proc. oraz 600 porodów),
- uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących udzielanie przez szpitale w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń, wskazanych w dokumencie,
- wyłączenie z PSZ nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,

– wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek szpitala, dokonanie zmiany polegającej na zastąpieniu określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanych w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia.

Zastąpienie określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanymi w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia byłoby niezbędne (chyba, że podmiot leczniczy podejmie decyzję o niekontynuowaniu dalszej działalności w danym zakresie) w przypadku, gdyby dany profil działalności szpitala nie został objęty kwalifikacją do PSZ na nowych zasadach.

W projekcie ustawy – co ocenia się negatywnie – zawarto gwarancję kontynuacji udzielania świadczeń w ramach takiego profilu w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia na okres obowiązywania kolejnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ. Zapis ten rozmyje planowany efekt reformy, tak samo jak zakwalifikowanie w 2017 r. do PSZ wszystkich szpitali publicznych, co nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

Działania rozwojowe i naprawcze

Utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych jest zasadne, a nawet konieczne. Brak sprawnych mechanizmów nadzoru,

brak mechanizmów mobilizujących – rozliczających – kadrę zarządczą szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych skutkowało ich niewdrażaniem.

Kwestią zasadniczą w zaproponowanej kategoryzacji szpitali, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze, jakie zostaną w nich podjęte, będą kryteria kategoryzujące. Dodatkowo pojawia się pytanie, na ile dyrektor szpitala powołany przez ARS będzie zmotywowany do szybkiej poprawy jego sytuacji finansowej, co teoretycznie będzie skutkowało zakończeniem jego pracy w danym szpitalu.

Jeśli chodzi o ewentualne zmiany w zasadach finansowania szpitali, idealnym rozwiązaniem byłoby oddzielenie finansowania działalności „ostrej” od działalności planowej – finansowanie działalności „ostrej” (gotowości do działalności „ostrej”) w formie ryczałtu oraz rozliczanie działalności planowej *fee-for-service*, w ramach systemu jednorodnych grup pacjentów.

” Brak mechanizmów mobilizujących kadrę zarządczą szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych skutkowało ich niewdrażaniem ”