

Jeśli media nie zrobią rankingu, nikt go nie zrobi

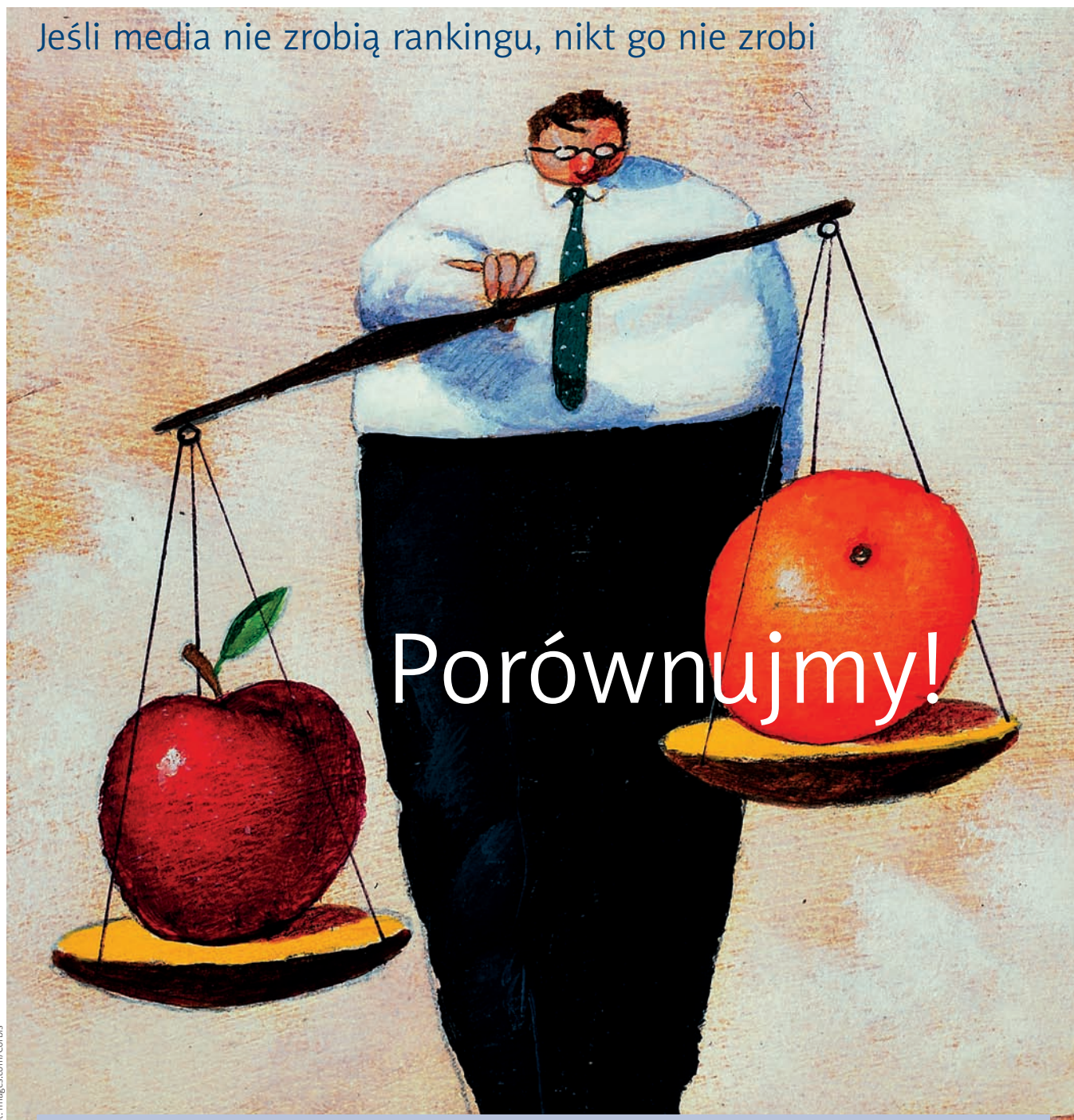


foto. images.com/Corbis

Porównujemy!

Konkurencja jest głównym elementem sprawnie funkcjonującego rynku, jest niezbędna do rozwoju oraz stanowi motywację do tego, by osiągnąć zamierzony cel i sukces. Z praktyki gospodarowania w warunkach rynkowych wynika, że w najkorzystniejszej sytuacji znajdują się te podmioty, które systematycznie dążą do umacniania swojej pozycji, są elastyczne w działaniu i stosowaniu nowych rozwiązań w zarządzaniu. Służą temu porównania z konkurencją. Wygrana w rankingu to przewaga nad konkurencją, przegrana może oznaczać kłopoty. Polskie szpitale tak bardzo boją się przegranej, że nie startują po wygranej. A jakie wnioski płyną z naszych rankingów? Na przykład taki, że łatwiej jest poprawić stan techniczny budynków niż sposób leczenia. Za infrastrukturę płaci głównie Unia Europejska, za leczenie NFZ. Poniżej artykuł Greta Kanownik.

Rozpatrując problematykę konkurencji w ochronie zdrowia, należy wziąć pod uwagę, że sektor ten stanowi specyficzny dział gospodarki, który nie może być w pełni regulowany mechanizmami konkurencji rynkowej, gdyż ochrona zdrowia realizuje cele społeczne, a mechanizm ten w takich wypadkach nierzadko zawodzi. Wyzwania, z jakimi musi się zmierzyć ochrona zdrowia na całym świecie, to zwiększanie się populacji osób starszych, wzrost kosztów dotyczących technologii medycznych oraz wzrost oczekiwań pacjentów, z czym związane jest dążenie do efektywnej alokacji posiadanych funduszy i rzadkich zasobów w ochronie zdrowia. Placówki medyczne w Polsce mimo trudnej sytuacji gospodarczej podejmują inwestycje w rozwój infrastruktury, tj. budowę czy modernizację budynków, zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego czy komputerowego. Działania te w większości są finansowane z funduszy unijnych.

### Certyfikaty

Kolejny pozytywny trend dotyczy certyfikatów akredytacyjnych. Otóż coraz większa liczba szpitali stara się uzyskać taki dokument, gdyż staje się on mocnym atutem w budowaniu korzystnego wizerunku placówki na rynku usług medycznych zarówno wobec konkurentów, organów właścicielskich, jak i pacjentów. Odbiór społeczny takiej placówki przez wszystkich interesariuszy jest bardzo pozytywny.

### Rankingi

Nie można jednak zapomnieć, że to pacjent stanowi kluczowy element konkurencji, gdyż jego decyzja wpływa na interakcje pomiędzy świadczeniodawcami i w konsekwencji na decyzje podejmowane przez płatnika, czego obecnie brakuje na polskim rynku usług zdrowotnych. Stąd tak ważne jest, aby zainicjowany został mechanizm zabiegania o pacjenta. Konieczne staje się też wyedukowanie pacjentów, którzy muszą wiedzieć, że mają wybór pomiędzy świadczeniodawcami. W edukacji tej mogą pomóc rankingi.

Rzetelne badania konkurencyjności mogą odegrać bardzo ważną rolę w usprawnianiu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, gdyż dzięki nim szpitale mają możliwość poznania swojej pozycji na rynku. Ponadto pozwalają one ocenić prestiż placówki, a pacjenci mogą na ich podstawie podjąć decyzję, w którym szpitalu chcą być leczeni.

### Przykład zagraniczny

Jednym z przykładów takich badań są organizowane w wielu krajach, także w Polsce, rankingi najlepszych placówek medycznych. W Polsce największe uznanie ma ogólnopolski ranking szpitali realizowany wspólnie przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i „Rzeczpospolitą” pod nazwą „Bezpieczny Szpital”. Ranking ten opiera się na analizie ankiet nadesłanych

dobrowolnie przez szpitale. Należy podkreślić, że od początku jego istnienia bierze w nim udział dość stabilna liczba placówek, np. w roku 2010 – 250, w roku 2011 – 234, w roku 2012 ankiety do analizy nadesłały 254 szpitale, a w roku 2013 – 256 szpitali. Metodyka prowadzonych analiz pozostaje stała i nie wprowadza się radykalnych zmian co do treści i układu ankiet, by wyniki były bardziej porównywalne.

W rankingu „Bezpieczny Szpital” analizie podlegają następujące obszary:

- obszar A – budynki, bezpieczeństwo eksploatacji budynków,
- obszar B – zarządzanie majątkiem,
- obszar C – zasilanie w media i instalacje,
- obszar D – sale operacyjne i blok operacyjny,

„ Nie można zapomnieć, że to pacjent stanowi najważniejszy element konkurencji, gdyż jego decyzja wpływa na interakcje pomiędzy świadczeniodawcami i w konsekwencji na decyzje podejmowane przez płatnika ”

- obszar E – system sterylizacji,
- obszar F – możliwość leczenia pacjenta w stanie nagłym, dostęp do diagnostyki,
- obszar G – systemy informatyczne,
- obszar H – zarządzanie,
- obszar I – polityka lekowa,
- obszar J – jakość usług,
- obszar K – certyfikaty,
- obszar L – komfort pobytu pacjenta,
- obszar M – skargi i zdarzenia niepożądane,
- obszar N – personel i jego kwalifikacje,
- obszar O – finanse.

W połączonych obszarach można uzyskać następującą liczbę punktów:

- zarządzanie – obszary: A, B, C, G, H, O – maksymalnie 360 pkt,
- jakość opieki – obszary: J, K, L, M – maksymalnie 250 pkt,
- opieka medyczna – obszary: D, E, F, I, N – maksymalnie 390 pkt.

Szpital może uzyskać maksymalnie 1000 punktów.

### Staby wynik

W ostatnim rankingu z roku 2013 żaden ze szpitali nie uzyskał maksymalnej liczby (1000) punktów, a końcowa

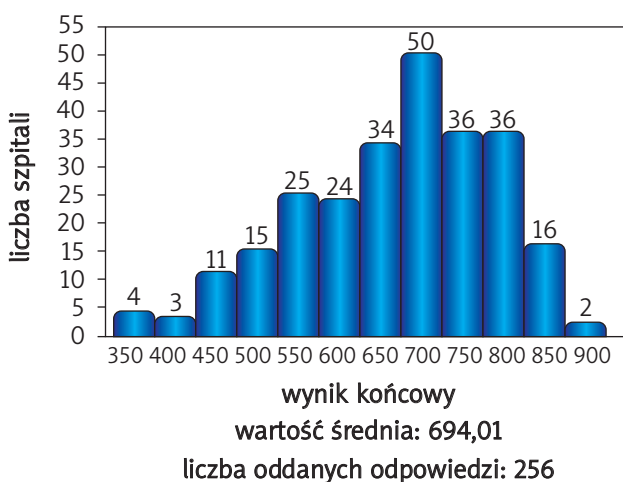
„ Szpital nie może się ograniczać do stwierdzenia suchych faktów, np. posiadam bądź nie certyfikat akredytacyjny. Może należałoby raczej zapytać o wyniki, jakie szpitale uzyskały podczas akredytacji ”

kwalifikacja jest następująca: najlepsza wśród placówek zabiegowych wielospecjalistycznych i onkologicznych uzyskała 910,23 pkt, wśród zabiegowych monospecjalistycznych bez onkologicznych – 856,9 pkt, a wśród niezabiegowych – 705,28 pkt. Średnia liczba uzyskiwanych przez szpitale punktów wynosiła 694,01 (ryc. 1.).

W roku 2013 zdecydowanie najczęściej odpowiedzi pozytywnych udzielono w następujących obszarach działalności: A – budynki, bezpieczeństwo eksploatacji budynków, C – zasilanie w media i instalacje, D – sale operacyjne i blok operacyjny, E – system sterylizacji, J – jakość usług. Nieco gorzej zostały ocenione: obszar F – możliwość leczenia pacjenta w stanie nagłym, dostęp do diagnostyki, w obszarze M – skargi i zdarzenia niepożądane.

Najslabiej sklasyfikowano odpowiedzi szpitali w obszarach: B – zarządzanie majątkiem, G – systemy infor-

Rycina 1. Wynik globalny rankingu „Bezpieczny Szpital” za rok 2013 (data badania: sierpień 2013 – wrzesień 2013)



Źródło: [http://www.cmj.org.pl/ranking/wyniki\\_2013/wyniki\\_koncowe.php](http://www.cmj.org.pl/ranking/wyniki_2013/wyniki_koncowe.php) – dostęp: 12.11.2013 rok.

matyczne, H – zarządzanie, I – polityka lekowa, K – certyfikaty, L – komfort pobytu pacjenta, N – personel i jego kwalifikacje, O – finanse.

W tym miejscu rodzi się pytanie, jakie dane szczegółowe zostały przekazane przez szpitale w ramach oceny poszczególnych obszarów ich działalności i czy zastosowane kryteria oceny są adekwatne i wystarczające, by na podstawie przeprowadzonych analiz można było wysunąć w pełni obiektywne wnioski.

### Łatwiej zadbać o budynki niż o pacjenta

Obszary A, C, D, E i F, które wypadły najlepiej, dotyczą zagadnień związanych z infrastrukturą i sprzętem diagnostycznym. Jak się okazuje, warto podjąć trud inwestowania, gdyż przekłada się to na wysoką pozycję w rankingu. Nietrudno jednak zauważyć, że wśród szpitali wysuwających się na czoło rankingu znajdują się przede wszystkim te, które dokonały poważnych inwestycji budowlanych i technicznych, korzystając z dofinansowania unijnego. Tego typu inwestycje wymagają bowiem sporych nakładów i sfinansowanie ich z pieniędzy otrzymywanych z kontraktów z NFZ jest praktycznie nierealne, zwłaszcza gdy placówka jest zadłużona.

W tym miejscu nasuwa się też pytanie, czy np. szpital, który posiada nowoczesny blok operacyjny, nowoczesną centralną sterylizację albo kosztowny sprzęt diagnostyczny, np. rezonans magnetyczny, efektywnie wykorzystuje te pomieszczenia i urządzenia, czy dwa lub nawet trzy bloki operacyjne nie okazują się infrastrukturą na wyrost, która generuje tylko koszty, gdyż jest nieumiejętnie wykorzystana i zarządzana, bo nie odpowiada potrzebom danego szpitala, regionu itp.

Nie bez znaczenia jest też fakt, że wymogi techniczne i sprzętowe, o których mowa w wymienionych obszarach, w większości stanowią podstawę istnienia każdej placówki medycznej. Decydują bowiem o tym, czy dany szpital w ogóle będzie mógł realizować działalność leczniczą, ponieważ są elementarnym wymogiem prawnym nałożonym przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Stąd tak ważne jest, by ocenić, czy wymagania stawiane szpitalom są dostosowane do realiów i potrzeb, a zasoby placówek – prawidłowo rozlokowane.

### Wielcy nieobecni

W 2013 r. w rankingu uczestniczyło 256 szpitali, a co dzieje się z pozostałymi 544 placówkami?

Szpitale, które nie zdecydowały się przystąpić do badania, podjęły taką decyzję zapewne z uwagi na niezrealizowanie wszystkich wymogów będących przedmiotem analizy rankingu, a stanowiących podstawowe standardy, jakie powinna spełniać współczesna placówka medyczna. Główną przyczyną rezygnacji była niezbyt dobra sytuacja finansowa. Obszar O, który obejmuje podstawowe wskaźniki ekonomiczne, m.in. wielkość zadłużenia i płynność finansową, w wielu wypadkach nie przedstawia się optymistycznie. Analiza kosztów utrzymania



for: iStockphoto

placówek medycznych wskazuje, że rosną one nieproporcjonalnie do wartości kontraktów, jakie podmioty te podpisują z NFZ. Obciążenia nakładane na szpitale są coraz większe, chociażby z racji nowych obowiązkowych ubezpieczeń, stawek VAT itp. Z roku na rok zmniejsza się liczba placówek, które mogą się pochwalić dodatnim wynikiem finansowym. Ponadto szpitale mają problemy z uzyskaniem płatności z NFZ za świadczenia wykonane ponad limit, a nierzadko z wynegocjowaniem korzystnego kontraktu. Trzeba też pamiętać, że wzrost finansowania świadczeń medycznych mógłby się wiązać z potrzebą wzrostu składki zdrowotnej. Dlatego należałoby spojrzeć na ten aspekt również z punktu widzenia skutecznego zarządzania placówką nie tylko przez samego dyrektora, lecz także poszczególnych ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych.

Wskaźniki prezentowane przez szpitale w ramach obszaru O są zależne od wielu czynników, dlatego i tutaj należałoby poszerzyć liczbę informacji, np. o dane dotyczące wielkości kontraktu, wielkości świadczeń zapłaconych i świadczeń niezapłaconych przez płatnika w poszczególnych rodzajach umów bądź też wyników uzyskiwanych przez poszczególne komórki szpitala.

W wypadku danych jakościowych, związanych z obsługą pacjenta, kryteria, według których są oceniane szpitale, skupiają się na tym, czy placówka posiada i czy realizuje określone działania, jednakże nie mają odniesienia do tego, jakie wyniki uzyskała w związku z realizacją tych czynności. Na przykład w ramach obszaru J

„ Najlepsze oceny polskie szpitale uzyskują w obszarze A – budynki, bezpieczeństwo eksploatacji budynków, oraz w obszarze C – zasilanie w media i instalacje. Bo łatwiej poprawić budynki niż sposób leczenia ”

zadano pytanie, czy szpital prowadzi wśród pacjentów i personelu badania satysfakcji. Założmy, że odpowiedź na to pytanie ankietowe jest pozytywna, ale co z tego wynika? Oprócz tego, że szpital przeprowadza takie badania, interesuje nas także to, jakie uzyskał wyniki i jakie kroki podjęli zarządzający, aby dokonać poprawy w zakresach, które tego wymagają.

Dane jakościowe z reguły są trudne do zmierzenia, należy jednak pozyskać takie mierniki, które pozwolą ocenić szpital pod względem jego konkurencyjności w zakresie jakości świadczeń. O jakie dane należałoby uzupełnić analizy potencjału konkurencyjności szpitali?

„ W 2013 r. w rankingu uczestniczyło 256 szpitali. Co dzieje się z pozostałymi 544 placówkami? „

### Akredytacja to nie wszystko

W mojej ocenie, szpital nie może się ograniczać do przekazywania suchych faktów: posiadam bądź nie certyfikat akredytacyjny (może należałoby raczej zapytać o wyniki, jakie uzyskał podczas akredytacji), posiadam lekarzy specjalistów (czy nie lepiej zapytać o doświadczenie tych lekarzy?) itp. Niezmiernie istotne jest też branie pod uwagę preferencji pacjentów, renomy szpitali, wyników leczenia i rzeczywistych umiejętności personelu medycznego.

„ Szpitale w Polsce nie uczestniczą w obowiązkowych publicznych systemach oceny dających wszystkim interesariuszom systemu praktyczne informacje o ich słabych i mocnych stronach „

Jak wiadomo, szpital będzie postrzegany jako konkurencyjny, gdy skupi się na tym, by dążyć do poprawy wyników (w każdym wymiarze swojej działalności) oraz stosunkowo wczesnego zapobiegania wszelkim zagrożeniom, jakie pojawiają się w dążeniu do osiągnięcia zrównoważonego rozwoju. Dlatego niezmiernie ważna jest ocena wyników placówki, a nie tylko tego, czy i jakie posiada wyposażenie techniczne, sprzętowe i informatyczne.

### Szwecja

Dla porównania spójrzmy, na podstawie jakich kryteriów następuje analiza potencjału konkurencyjnego szpitali w Szwecji, której system ubezpieczeń zdrowotnych jest uważany za najlepszy na świecie. Wiele państw stawia go za wzór do naśladowania, a pacjenci niejednego kraju marzą, by mieć możliwość korzystania z takiej opieki medycznej.

W Szwecji bardzo popularny jest ranking organizowany przez uznany magazyn branżowy „Dagens Medicin”. Szpitale zostały na potrzeby analizy konkurencyjności podzielone na trzy grupy:

- uniwersyteckie,
- średniej wielkości,
- małe.

W rankingu uwzględniono różnorodne kryteria, m.in. śmiertelność w wypadku zawału serca czy pęknięcia kroczka podczas porodu. Kryteria oceny zostały dobrane niezwykle rozsądnie, gdyż odzwierciedlają rzeczywisty poziom opieki medycznej w szpitalu. Na przykład pęknięcia kroczka podczas porodu świadczą o nieuwadze i braku odpowiedniej reakcji personelu medycznego, co znacznie osłabia zaufanie i poczucie bezpieczeństwa pacjentek.

W rankingu wzięto również pod uwagę wyniki innych analiz dotyczących opieki medycznej, w tym liczbę zakażeń szpitalnych i poziom realizacji prawa do opieki w odpowiednim czasie. Należy podkreślić, że w Szwecji zgodnie z przepisami pacjent nie może zostać przyjęty do szpitala później niż 90 dni od daty zgłoszenia, oczywiście pomijając przypadki nagłe. Termin ten musi być bezwzględnie dotrzymany, nawet jeśli brakuje miejsc w okolicznych placówkach. Wtedy zabieg lub operacja odbędzie się w najbliższym szpitalu z wolnymi łózkami. Te same przepisy gwarantują, że na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu pacjent nie może czekać dłużej niż 7 dni.

Każda z trzech wymienionych wcześniej grup szpitali jest oceniana według następujących kryteriów: jakość medyczna, analiza ankiet satysfakcji pacjentów, dostęp do świadczeń, finanse i posiadane zasoby, warunki sanitarno-epidemiologiczne, poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób serca, poziom opieki i leczenia związany z porodem, poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób ortopedycznych, poziom opieki i leczenia związany z leczeniem urazów, poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób onkologicznych, poziom opieki i leczenia związany z leczeniem cukrzycy oraz poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób ginekologicznych.

Przyjęto, że szczególnym kryterium konkurencyjności dla szpitali średnich jest poziom opieki związany z porodem, a w wypadku małych główną rolę odgrywa leczenie stanów ostrych.

Jak widać z powyższego zestawienia, ocena konkurencyjności szpitali w Szwecji zawiera elementy nakierowane na wyniki głównie w zakresie leczenia, co jest słabością rankingu „Bezpieczny Szpital”. Należy podkreślić, że ranking ten powstawał w roku 2004, a więc w nieco innej rzeczywistości gospodarczej niż obecnie, dlatego ważne jest, aby dostosowywać rankingi i badania konkurencyjności szpitali do realiów współczesnej konkurencji.

### Holandia

Na podstawie mierników medycznych przeprowadzane są też rankingi w innych krajach. Na przykład

w Holandii ranking najlepszych szpitali według portalu internetowego AD.nl oparty jest na 36 kryteriach, z czego 29 jest medycznych. Szpitale są zobowiązane do ujawniania danych medycznych dotyczących liczby zabiegów chirurgicznych, osób leczonych z daną jednostką chorobową, reoperacji, rehospitalizacji, zakażeń medycznych czy czasu oczekiwania na przyjęcie do placówki.

### Francja

Francuski magazyn „Le Point” z kolei opiera swój ranking na następujących kryteriach: aktywność (chodzi o liczbę wykonanych rocznie przez placówkę procedur – im większa aktywność, tym wyższa ocena), renowacja szpitala, możliwość leczenia ambulatoryjnego poszczególnych jednostek chorobowych, wykorzystanie najlepszej techniki medycznej do realizacji określonych procedur medycznych, stopień specjalizacji, możliwość leczenia operacyjnego metodami laparoskopowymi, zdolność placówki do leczenia pacjentów najbardziej obciążonych w danej specyfice działalności oraz długość pobytu. Wszystkie te kryteria odnoszą się do oceny jakości leczenia pacjentów z poszczególnymi jednostkami chorobowymi. Czyli i w tym wypadku na podstawie wyników rankingu pacjent może ocenić, w którym szpitalu najlepiej będzie prowadzona terapia, np. cukrzyca, białaczki czy chorób krążenia.

### USA

I ostatni przykład – ranking szpitali publikowany przez „U.S. News & World Report”, który analizuje dane z ok. 5000 ośrodków w USA i dokonuje oceny szpitali z podziałem na szpitale dla dorosłych i dzieci. Ranking ten, podobnie jak poprzednie, opiera się na ocenie kryteriów medycznych w 16 specjalnościach. Jeśli szpital jest uważany za jeden z najlepszych w co najmniej sześciu specjalnościach medycznych, zyskuje prestiżowe miejsce w rankingu.

### Polscy nieobecni

Szpitale w Polsce nie uczestniczą w obowiązkowych publicznych systemach oceny dających wszystkim interesariuszom systemu praktyczne informacje o ich słabych i mocnych stronach. Instytucje regulujące i nadzorujące działalność szpitali większość danych o tych podmiotach zachowują dla siebie. Systematycznie natomiast pojawiają się informacje dotyczące zadłużenia szpitali. I tu rodzi się kolejna wątpliwość – czy taki ranking ma wartość praktyczną dla bezpośrednio zainteresowanych, czyli pacjentów? Jak wiadomo, fakt, że podmiot leczniczy ma płynność finansową, nie musi być dowodem prawidłowego zarządzania, może natomiast świadczyć o podejmowaniu niepokojących oszczędności kosztem infrastruktury, wyposażenia w sprzęt itp. W systemach opieki zdrowotnej, w których finansowanie jest adekwatne do wykonywanych zadań, zła kondycja finan-



foto: iStockphoto

„ Najstaniej szpitale oceniono w obszarze L – komfort pobytu pacjenta, oraz w obszarze N – personel i jego kwalifikacje ”

sowa świadczyłaby raczej o niskiej frekwencji lub olbrzymich kosztach odszkodowań, co jest sygnałem dla pacjentów, że nie warto powierzać własnego zdrowia takim szpitalom.

Ocena szpitala pod względem jego konkurencyjności powinna dążyć do tego, by obiektywnie określić, czy hospitalizacja będzie na najwyższym poziomie, czy też będzie prowadzona z pominięciem elementarnych zasad i ogólnie przyjętych standardów postępowania.

Należy podkreślić, że rankingi nie mogą zastąpić precyzyjnych i wiarygodnych informacji o jakości pracy szpitali publikowanych m.in. przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia czy organy właścicielskie szpitali. Zanim zaczną się pojawiać regularnie, rankingi mogą pełnić funkcję doradczą, gdyż prawo do dokonania wyboru pomiędzy konkurencyjnymi szpitalami tylko wtedy ma wartość, kiedy istnieją jasne i precyzyjnie określone kryteria wyboru, krótko mówiąc, kiedy mamy świadomość, pomiędzy czym wybieramy. W wypadku pacjenta ma to szczególne znaczenie, gdyż chodzi o jego zdrowie i życie.

*Greta Kanownik jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie i kierownikiem Działu Administracji Medycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.*