



# SZPITAL

## nie funkcjonuje w pustce

JANUSZ ATŁACHOWICZ



Fot. iStockphoto.com

**K**olejny raz rządzący zajmują się problemem funkcjonowania szpitali. Nie spełniają one wymagań finansowych – zadłużają się, ich zobowiązania wymagalne się zwiększają. Nie gwarantują też odpowiedniej realizacji świadczeń w zakresie medycznym, nie oferują pomocy o określonej dostępności i jakości. Tak wskazano w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa w części o przyczynach i potrzebie wprowadzenia planowanych rozwiązań,

gdzie pisano głównie o materiałach Najwyższej Izby Kontroli z 2016 r. z kontroli pod nazwą „Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych”. Jako dodatkową przyczynę wprowadzenia zmian podano też „wielowładztwo”. Kolejny powód to nieuzasadniona konkurencja szpitali o pacjentów, personel i zasoby materialne. Nadmierowe koszty działalności szpitali generuje utrzymanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy. Jako uzasadnienie podano również niedoinwestowanie sektora szpitalnego. Uznano, że do obecnej sytuacji szpitali przyczynili się też zarządzający podmiotami leczniczymi, których poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający.

### Czy ta diagnoza jest prawidłowa?

Według mnie w zdecydowanej większości tak. Wszystkie te przyczyny – oraz wiele innych – były wielokrotnie zgłaszane i podnoszone podczas konferencji, dyskusji ekspertów i praktyków czy konsultacji organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i byłego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. Nie pomogło wprowadzenie w połowie 2017 r. ustawy o tzw. sieci szpitali. Czy w takim razie remedium będzie projekt nowej ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa? Obawiam się, że niestety nie. Przede wszystkim dlatego, że szpitale nie istnieją w pustce. To nie jest „silos”, którego lepsze lub gorsze działanie nie ma wpływu na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. I odwrotnie. Działanie pozostałych podmiotów realizujących dopełniające zakresy świadczeń zdrowotnych mają olbrzymi, a nieraz decydujący wpływ na to, jak funkcjonuje szpital. Kreujący system ochrony zdrowia mogli się o tym przekonać, gdy po wprowadzeniu ustawy o sieci szpitali nie było chętnych do zajęcia się nocną i świąteczną opieką zdrowotną, która miała być realizowana przez jednostki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Teraz planuje się jej wyłączenie ze struktur szpitala. Inny przykład to czas pandemii koronawirusa i praktycznie całkowite zamknięcie się POZ dla pacjentów. Ci pacjenci siłą rzeczy kierowali się do szpitali, często niestety również zamkniętych.

Z wielowładztwem nie mamy do czynienia w przypadku instytutów, dla których podmiotem tworzącym jest Ministerstwo Zdrowia, a zdecydowana większość z nich nie radzi sobie finansowo i od lat ma ujemne wyniki finansowe. Wyboru zarządzających tymi instytutami dokonuje również minister zdrowia, organizując konkursy. Ministerstwo nie było w stanie wymóc odpowiedniej restrukturyzacji? Czy Agencja Restrukturyzacji Szpitali będzie skuteczna? Może instytuty będą wyłączone spod jej jurysdykcji? W projekcie nie ma o tym mowy.

„Szpitale nie istnieją w pustce. To nie jest „silos”, którego lepsze lub gorsze działanie nie ma wpływu na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. I odwrotnie”

### Konkurencja o pacjentów

Taki system zaprojektowano i kontynuowano poprzez sposób płacenia szpitalom przez publicznego płatnika za wykonane świadczenia. Niski poziom finansowania świadczeń powodował, że szpitale, szukając finansowania swojej działalności, a zwłaszcza rozwoju, zwiększały ilości udzielanych świadczeń. Powstawały „nadlimity”, za które NFZ nie chciał płacić. Remedium miał być ryczałt. Teraz wiemy, że to rozwiązanie ogranicza rozwój szpitali i powoduje „zamurowanie systemu”, brak ruchu w zakresie tworzenia lub zmiany lokalizacji oddziałów.

Brak personelu medycznego to błąd Ministerstwa Zdrowia, które odpowiada za jego szkolenie. To, kiedy, ile i jakich specjalistów medycznych należy wyszkolić, żeby nie powstała dziura pokoleniowa i system mógł normalnie funkcjonować, można bardzo dokładnie przewidzieć na podstawie stosownych obliczeń.

### Konkurowanie o środki materialne

Większość szpitali, prowadząc działalność medyczną, nie mogła wygenerować środków na własny rozwój. Często brakowało im na normalne odtworzenie majątku. Nie można się dziwić, że szukano możliwości pozyskania dóbr (głównie aparatury medycznej) i pieniędzy wszędzie, gdzie to było możliwe. Dużego wsparcia w tym zakresie udzielały szpitalom samorządy będące ich organami tworzącymi. Czy po uchwaleniu ustawy poziom finansowania świadczeń szpitalnych będzie na tyle wysoki, że szpitale będą mogły z uzyskiwanych przychodów nie tylko pokryć koszty działalności, lecz jeszcze planować rozwój?

### Nieefektywne wykorzystanie bazy

Wymagania co do warunków, w jakich powinno się odbywać udzielanie świadczeń, oraz zasady regulujące ich udzielanie kreowało Ministerstwo Zdrowia. Uszczegóławiał je w swoich zarządzeniach prezes NFZ. Widocznie były one zbyt wysokie, skoro obecnie w projekcie ustawy proponuje się ich obniżenie. Płatnik w swoich olbrzymich zasobach informatycznych ma dane na temat tego, ile świadczeń (procedur), jakich i w jakim czasie wykonał szpital. Czy były to procedury złożone, kompleksowe, czy głównie diagnostyczne, które mogły-

być realizowane poza szpitalem? Dopiero ostatnio, po artykule państwa Kozerów, zwrócono uwagę, jak wiele procedur mogłoby być – powinno być – wykonywanych poza szpitalem. Może dokładna analiza tych informacji pozwoliłaby określić, ile faktycznie potrzebujemy szpitali i gdzie one powinny być rozmieszczone, żeby zapewnić odpowiednią dostępność dla pacjentów. Część szpitali należy zrestrukturyzować, by były podwykonawcami lub częścią organizacyjną tych „fabryk zdrowia”. Jeżeli w tym kierunku pójdą działania resortu zdrowia, to może powstanie prawdziwa sieć szpitali odpowiadająca mapom potrzeb zdrowotnych.

### Zarządzający szpitalami

Projekt ustawy nie wskazuje, w jakim stopniu ich działanie przyczynia się do takiej negatywnej oceny kondycji szpitali. Jak w każdej grupie osób zarządzających, są wśród nich ludzie wybitni – prawdziwi przywódcy, jest duża grupa menedżerów w zadowalający sposób realizująca to bardzo trudne zadanie i są zapewne osoby, które po prostu sobie z tym nie radzą. I tu kolejny kamyczek do ogródka Ministerstwa Zdrowia. Projektujący system szpitalnictwa przez wiele lat nic nie zrobili, żeby podnieść rangę i prestiż tego zawodu. Nie wprowadzono minimalnych wymogów dla tych, którzy po raz pierwszy są kandydatami do zarządzania szpitalem. Choćby wymóg praktyki jako zastępcy dyrektora szpitala czy możliwość udziału w konkursie na dyrektora dużego szpitala, np. wojewódzkiego czy akademickiego, dopiero po kilku latach zarządzania szpitalem mniejszym. W projekcie ustawy mówi się o „podnoszeniu jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej”. Przygotowania kadry menedżerskiej, tak jak odbudowy potencjału kadr medycznych, nie da się zrealizować w kilka lat, tylko co najmniej w kilkanaście. A zarządzający szpitalami z doświadczeniem i umiejętnościami potrzebni są już. Tym bardziej będą potrzebni, gdy ruszy kolejna reforma szpitalnictwa. Czy certyfikacja rozwiąże ten problem? Przykład służby cywilnej w Polsce wskazuje, że może się to nie udać.

### Podsumowanie

W uzasadnieniu projektu podano oczekiwane efekty – optymalizacja jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta, wdrożenie systemu jakości i efektów leczenia, koncentracja i zwiększenie dostępności świadczeń, no i poprawa sytuacji finansowej szpitali. Projekt ma zapewnić spójną politykę zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych i planami transformacji. Szkoda tylko, że nie podano wskaźników, którymi te efekty będą mierzone, żeby można było dokonać oceny po pewnym czasie, co się udało, co nie i w jakim zakresie.

Janusz Attachowicz, koordynator ds. eksploatacji w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu