



Sieć szpitali – jakie mogą być kryteria selekcji

Szpitalna lustracja

Mariusz Tarhoni

Kilkanaście dni temu komitet Ministerstwa Zdrowia zaakceptował projekt założeń do ustawy o utworzeniu sieci szpitali. Jak wynika z przecieków informacyjnych (bo wszystkie dokumenty dotyczące założeń tworzenia sieci są opatrzone klauzulą *poufne*) podstawowym wskaźnikiem, który zadecyduje o tym, które szpitale trafią do sieci, będzie liczba łóżek. To jednak nie jedyne kryteria, na podstawie których zapadnie decyzja o likwidacji od 100 do 200 szpitali.

Można się spodziewać, że po wyborach samorządowych Ministerstwo Zdrowia, korzystając ze współpracy różnych ośrodków i agencji doradczych, przedstawi projekt specjalnego systemu selekcji. Będzie to przypominać filtr, przez który nie przejdzie pewna liczba jednostek szpitalnych. W efekcie odrzucone zostaną powiatowe szpzozy oraz nzozy, których infrastruktura nie nadaje się do efektywnego działania, a finansowanie jest nieopłacalne nawet dla potencjalnych inwestorów prywatnych.

Zabójcze sito

Warto bowiem przypomnieć, że zasobność finansowa organów właścicielskich jest mocno ograniczona, nie mówiąc o ciągnących się z przeszłości długach i zobowiązaniach bankowych. Nie pozwala to na szybkie dostosowanie za wszelką cenę zadłużonych jednostek do spełnienia postawionych przez ustawę wymagań. Dla niektórych szpzozów zegar zaczął odmierzać ostatnie dni spokoju. Rolę weryfikatora spełni ustawa o krajowej sieci szpitali wraz z innymi aktami wykonawczymi.

W wielu publikowanych informacjach nt. kryteriów pojawiały się elementy rankingujące. Wymieniano wśród nich stan techniczny, sytuację finansową, parametr odległości szpitala w stosunku do optymalnej w danym regionie lokalizacji, położenie gwarantujące możliwość tworzenia bazy ratownictwa medycznego, ofertę cech kompleksowych (np. czy szpital posiada OIOM itp.). Istotną będzie także ranga szpitala w stosunku do innych jednostek w regionie (ryc. 1.).

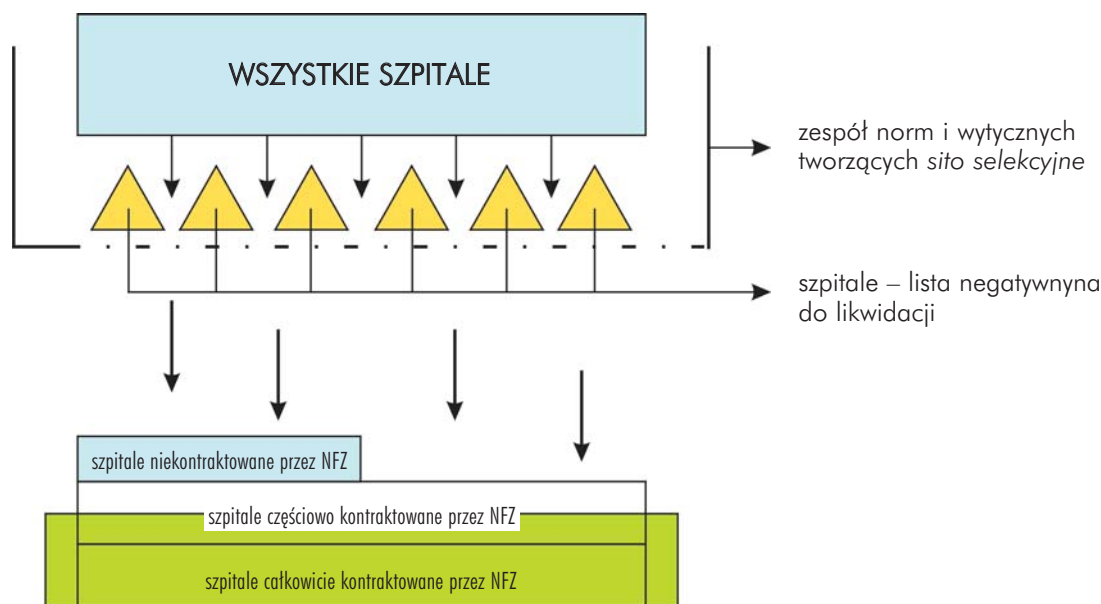
Można się spodziewać, że do określenia rangi szpitala dodana zostanie opinia przygotowana przez oddziały wojewódzkie NFZ oraz organy założycielskie. Ważne będą także wyniki analizy zapotrzebowania na usługi szpitalne w danym województwie czy powiecie (kiedyś takie opinie wydawały komitety sterujące, ale ich opinie nie były wiążące).

Czas na selekcję

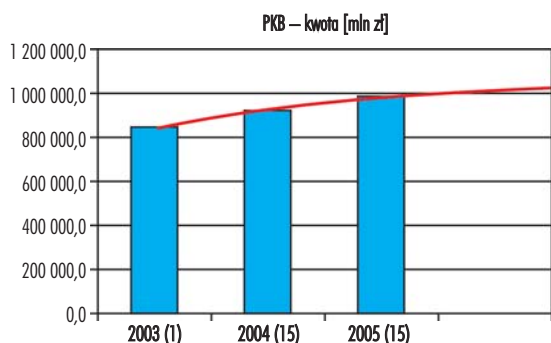
Najbardziej interesującym problemem jest konstrukcja oczek *sita*, przez które będzie musiało przejść ponad 700 szpitali. W przygotowaniu

takich rang do budowy *sita* na pewno pomogły przepisy i wytyczne Unii Europejskiej, które będą nas obowiązywały w niedalekiej przyszłości. Z tego powodu zmienione zostały przepisy sanitarne, których wypełnienie jest dla szpitali bardzo trudne (tym bardziej, że wiele placówek ma siedziby w budynkach z XIX wieku). Warto też podkreślić, że podobno Ministerstwo Zdrowia (MZ) utajniło negatywną listę szpitali. Prawdopodobnie zwiera ona dane nt. zadłużenia, powierzchni, z której dana jednostka jest zasilana pacjentami (chodzi tu o zagęszczenie jednostek oraz zaludnienia terenu ich działania i wzajemnych odległości pomiędzy szpitalami), stopień zaawansowania przekształceń (czy możliwości szybkich przekształceń – np. prywatyzacyjnych). Jej publikacji nie można się jednak spodziewać nawet po wyborach samorządowych. Może ona jedynie służyć do skalowania procesu tworzenia sieci. Wniosek jest jeden – albo lista taka jest na wyrost i będzie skracana po kolejnych interwencjach politycznych, albo jej w takim kształcie nie ma, a jedynie istnieje projekt zbioru wytycznych i działań legi-

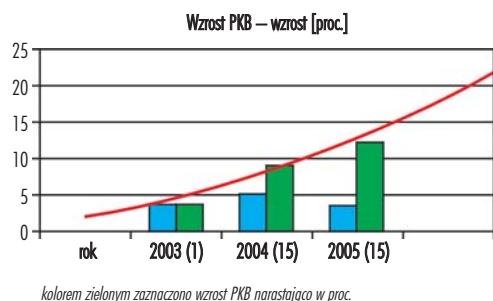
” W przygotowaniu *sita*, przez które będzie musiało przejść ponad 700 szpitali na pewno pomogły przepisy i wytyczne Unii Europejskiej ”



Ryc. 1. Schemat działania pakietu nowych norm i przepisów, po wprowadzeniu których z zbioru wszystkich jednostek szpitalnych powstanie mniejszy zbiór całkowicie finansowanych przez NFZ, szpоз-ów, szpitali, których tylko częściowe potrzeby i możliwości realizacji świadczeń zaspokojone będą przez NFZ oraz jednostek prywatnych, które rozpoczną działalność w oparciu o świadczenia finansowane ze środków prywatnych spoza NFZ. Trójkątami zaznaczono jednostki, które nie mają szansy przejść przez *sito selekcyjne* i które stworzą listę negatywną



Ryc. 2. Wzrost PKB w kolejnych latach oraz jego trend, będzie się on przekładać na ilość środków pieniężnych w systemie płatniczym



kolorem zielonym zaznaczono wzrost PKB narastająco w proc.

Ryc. 3. Wzrost PKB w kolejnych latach w proc., rocznie oraz narastająco

i określenia sieci szpitali. Wbrew pozorom, przy niedostatku środków gorzej jest wymusić zmiany. Lepiej je przeprowadzić, gdy są środki do lepszego finansowania tych szpitali, które zostają w grupie w całości lub w części finansowanej przez NFZ. Od kilku lat rynek usług medycznych w Polsce charakteryzuje się tendencją wzrostową w znaczeniu przepływu środków pieniężnych pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej (oraz aptekami, uzdrowiskami itp.) a płatnikiem publicznym, jak również wzrostem przepływów finansowych w sferze finansowania usług i świadczeń medycznych oraz zakupu farmaceutyków ze środków prywatnych. Całość rynku medycznego w Polsce szacuje się na ok. 80 mld zł. Z tej kwoty ponad 35 mld zł (na 2007 r. planuje się budżet NFZ w wysokości ok. 41 mld zł) to pieniądze pochodzące ze składek i będące w gestii rozdziału centrali NFZ w Warszawie. W przyszłości rozwój rynku usług medycznych w Polsce będzie podlegał takim samym trendom, jak w innych rozwijających się krajach UE.

Wzrost ilości pieniędzy na tym rynku jest korzystny do prowadzenia działań selekcyjnych przy budowie struktury sieci w lecznictwie zamkniętym w Polsce.

A oto jak wyglądają parametry makroekonomiczne, mające wpływ na ewentualny termin

„ Podobno Ministerstwo Zdrowia utajniło negatywną listę szpitali. Prawdopodobnie zwiiera ona dane nt. zadłużenia, powierzchni, z której dana jednostka jest zasilana pacjentami i stopień zaawansowania przekształceń „

slacyjnych. Dotyczą one sieci z takim modelem oczek, przez które przejdą najbardziej wartościowe szpizy czyli najlepsze szpitale powiatowe. To, czy taka lista (utajniona w MZ) jest i czeka na ogłoszenie (wyroku), tak naprawdę nie ma znaczenia. Zastanowić należy się jedynie czy czas na eliminację nadwyżek jest już odpowiedni.

A dobro Polski

Sytuacja makroekonomiczna w Polsce jest obecnie korzystna również do wykonania selekcji

dokonania selekcji, czyli ogłoszenia listy negatywnej. Pokazano je w tabelach i na rycinach charakteryzujących sytuację makroekonomiczną.

Jak widać – parametry te są korzystne. Dlatego tak wiele mówi się o potrzebie inwestycji w nowe szpitale, finansowane jedynie w systemie abonamentowym, mieszanym i *fee for service*. W minionych latach, przygotowując negatywną listę dla tych placówek, które miały zostać rzucone na rynek usług zdrowotnych niewiele można było zaproponować. Ponieważ w pierwszym

Tab. 1. PKB

Rok	Kwota [mln zł]
2003 (1)	842 120,4
2004 (15)	923 248,0
2005 (15)	980 883,7

Tab. 2. Wzrost PKB

Rok	Wzrost [proc.]
2003 (1)	3,8
2004 (15)	5,3
2005 (15)	3,4

Tab. 3. PKB na osobę

Rok	Kwota [zł]
2003 (1)	21 336
2004 (15)	24 153
2005 (15)	25 707

Tab. 5. Wysokość inflacji średniorocznej

Rok	Inflacja [proc.]
2003 (6)	0,8
2004 (7)	3,5
2005 (15)	2,1

okresie po likwidacji środki w znacznej części potrzebne byłyby na odprawy pracownicze i na finansowanie samego procesu likwidacji. Nie można było strumienia finansowania przerzucić na pozostałe placówki wprost. Musiałby powstać jakiś klucz podziału, biorąc pod uwagę, np. dawne stopnie referencyjne. Dobra sytuacja zatem może sprzyjać procesowi powstania sieci szpitali, co przełożyć się powinno na determinację decydentów do jej prowadzenia.

pieczeniowe lub inne instytucje finansowe, które ubezpieczałyby ryzyka zdrowotne.

Powstanie Narodowego Funduszu Zdrowia przesunęło wagę tego problemu z instytucji ubezpieczeniowych i finansowych na inwestorów prywatnych. W większych miastach posiadają oni jednostki organizacyjne charakteryzujące się możliwością generowania zysku. Jednocześnie stały wzrost ilości pieniądza powoduje zwiększenie zainteresowania rynkiem usług medycznych. Jed-

” Sytuacja makroekonomiczna w Polsce sprzyja wykonaniu selekcji i określeniu sieci szpitali, bowiem wbrew pozorom, przy niedostatku środków gorzej jest wymusić zmiany, a wartość polskiego rynku medycznego wynosi ok. 80 mld zł ”

Holding nie do zaakceptowania

Zanim po raz kolejny dopracowano ustawę o powołaniu krajowej sieci szpitali powstawały różne mechanizmy, w wyniku których szpitale powiatowe będące w złej sytuacji mogłyby zmniejszyć deficyt finansowy. Warto o tych próbach przejmowania jednostek powiatowych przez gminy, częściowej prywatyzacji oraz funkcjonalnego ich łączenia w holdingi, wspomnieć. Pomysł połączenia kilku szpitali powiatowych w holding wydawał się być jedną z możliwości poprawy kondycji finansowej i strukturalnej. Jego efektem miało być niedublowanie usług, zmniejszenie kosztów administracji czy obniżenie kosztów stałych. Niestety, w wielu wypadkach, mimo gruntownego przygotowania (stworzenia biznesplanów), proces ten napotykał na wielki opór przedstawicieli samorządów lokalnych. Holding jako ratunek przed likwidacją wymaga jednak zgody decydentów, a o tę chyba najtrudniej.

Prywatna sieć szpitalna

Opóźnienie rozwiązań systemowych, dotyczących powstania ubezpieczeń zdrowotnych, alternatywnych, prywatnych lub systemu do ubezpieczeń spowodowane jest wprowadzeniem w Polsce niefortunnej ustawy o ubezpieczeniu w NFZ. Zakończenie działalności regionalnych kas chorych spowodowało przegrupowanie głównych graczy finansujących rynki pierwotne w znaczeniu budowy sieci świadczeniodawców, która kontraktowałaby z ubezpieczalnymi prywatnymi. Tacy gracze musieliby posiadać jednostki organizacyjne dla poz, ASS wraz z leczeniem zamkniętym. W tym układzie najwięcej do powiedzenia miałyby duże instytucje ubez-

nak najdroższym, a zarazem najtrudniejszym do realizacji elementem ogólnopolskiej sieci placówek tego typu jest wielooddziałowy szpital prywatny. Jednostka taka musi oprzeć się na nowych technologiach medycznych, aby do minimum skrócić czas pobytu pacjentów w szpitalu. Jednocześnie placówka powinna realizować planowe leczenie z tej grupy procedur zabiegowych, które są najbardziej opłacalne finansowo. Różnica pomiędzy szpitalem publicznym (bez względu na to, jakie miejsce zajmuje w sieci – czy jest szpitalem wysokiego stopnia referencyjnego, czy placówką, która ma preferencje kontraktowe) polega na tym, iż szpital publiczny z mocy ustaw musi realizować wszystkie świadczenia. W przyszłości również świadczenia koszyka świadczeń gwarantowanych, łącznie z pełnieniem dyżurów, prowadzeniem OIOM itp. Natomiast szpital prywatny może realizować najbardziej opłacalne procedury.

Powiaty bez szans

Reasumując: w wielkich miastach wzrasta zainteresowanie budową nowych szpitali, które miałyby być ostatnim piętrem w sieci jednostek już istniejących firm abonamentowych. Dotyczy to także innych form działania firm medycznych, które chciałyby środki finansowe związane z lecnictwem zamkniętym zostawić w budżetach własnych jednostek szpitalnych. Jak widać działa tu normalne prawo intensyfikacji zysku. Zupełnie inaczej problem ten widać w nieefektywnych, świecących pustkami szpitalach powiatowych, które nie są w stanie zaproponować hospitalizacji na europejskim poziomie.

Autor jest ekspertem współpracującym z Zakładem Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Państwowego Zakład Higieny