



Fot. istockphoto.com

Niby-konkurencja

Konkurencja w ochronie zdrowia z założenia ma za zadanie poprawę jakości świadczeń dla pacjentów. Niestety, w dzisiejszych czasach i przy takim zróżnicowaniu standardów jakości trudno mówić o jakiegokolwiek konkurencji, bo osoby zarządzające placówkami medycznymi często mają za główny cel przetrwanie kolejnego roku, a nie podejmowanie działań zwiększających konkurencyjność na rynku usług zdrowotnych.

Walka o lekarzy i pielęgniarki nie sprzyja zasadzie konkurencyjności, a powoduje jedynie zwiększanie środków przeznaczanych na płace. Zmieniające się przepisy w zakresie wymaganej liczby personelu skutkują tym, że coraz trudniej jest utrzymać stały personel w placówce. Migracje między szpitalami całych grup pielęgniarek i lekarzy powodują brak stabilności, a w konsekwencji brak możliwości długofalowego planowania działań zmierzających do poprawy jakości świadczonych usług.

Konsolidacja w ochronie zdrowia powinna być realizowana na szczeblu centralnym na podstawie informacji ze szczebla wojewódzkiego z uwzględnieniem specyfik terytorialnych i poparta dobrze przeprowadzoną analizą słabych i mocnych stron poszczególnych placówek, aby wykorzystać ich największe atuty.

Pozostaje pytanie, jak przeprowadzić konsolidację szpitali, których organami założycielskimi są starostowie, prezydenci miast lub marszałkowie województw. Czy miałyby to być osobne spółki czy też podmioty tworzone na innych zasadach? Co z majątkiem, którym dysponują obecnie szpitale? Czy miałby być włączony aportem do nowych podmiotów? Pozostaje jeszcze kwestia podejścia NFZ. Jak postrzega to płatnik w odniesieniu do map potrzeb zdrowotnych? Jednym z podstawowych pytań jest wielkość poszczególnych nowych podmiotów. Inne potrzeby w zakresie takich przedsięwzięć występują w Polsce centralnej, a inne na wschodzie. Potrzebna jest bardzo dogłębna analiza potrzeb zdrowotnych na danym obszarze. A może wyznacznikiem powinna być populacja, jaką będzie obejmować opieką

taki skonsolidowany podmiot? Na te i inne pytania powinni odpowiedzieć specjaliści z zakresu ekonomii i zarządzania oraz planowania strategicznego, a nie politycy. Politycy powinni wdrożyć rekomendowane rozwiązanie, a nie je tworzyć.

Kompetencje osób zarządzających w ochronie zdrowia powinny być jasno określone poprzez przedstawienie wymagań, jakie musi spełniać dana osoba – np. wykształcenie, odpowiednie studia lub studia podyplomowe, doświadczenie w kierowaniu placówką opieki zdrowotnej. Zdarzają się przypadki nepotyzmu, a także nadań partyjnych, co przyczynia się do obniżenia standardów w tej grupie zawodowej. Ważnym zagadnieniem jest samodzielność osób zarządzających. Nie jest tajemnicą, że szpitale są często największym pracodawcą w regionie i wtedy pojawia się pokusa lokalnych liderów do wpływania na podejmowane decyzje. Ważne jest, aby osoby piastujące kierownicze stanowiska w jednostkach ochrony zdrowia czuły wsparcie w podejmowanych działaniach, aby polityka miejscowa nie miała długofalowego wpływu na funkcjonowanie podmiotu leczniczego.

Likwidacja szpitali to trudny temat. Funkcjonowanie placówek daje poczucie bezpieczeństwa społeczności lokalnej. Polityk, który będzie chciał podjąć taką decyzję, musi się liczyć z oporem mieszkańców. Niewątpliwie w naszym systemie działają szpitale, które są nimi tylko z nazwy. Bo co to za szpital, który ma tylko internę i chirurgię, ewentualnie ginekologię? Możliwość kompleksowego zabezpieczenia pacjenta powinna być wyznacznikiem, czy dana placówka będzie funkcjonowała jako szpital czy jako podmiot ochrony zdrowia, np. z chirurgią jednego dnia. Takie decyzje muszą być poparte rzetelną analizą możliwości, perspektyw, jak również historii działalności danej placówki, ponieważ chwilowe problemy mogą dawać mylny obraz rzeczywistego stanu szpitala.

Jacek Misiotek