



Fot. iStockphoto.com

COVID-19 pokazał, że zmiany są niezbędne – nie stać nas, by ich nie wprowadzać

Podczas ostatnich 16 miesięcy ochrona zdrowia została poddana sprawdzianowi w warunkach zgoła innych od tych, w których funkcjonowała przez ostatnie dziesiątki lat. COVID-19 przypomniał społeczeństwu, jak ważny jest prawidłowo działający mechanizm systemu ochrony zdrowia i jak istotne są jego poszczególne składowe. Czas pandemii będzie zapewne impulsem do realizacji reformatorskich zmian w systemie.

„Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne” znalazły się w materiale opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia w maju 2021 r. Proponowane rozwiązania mają na celu osiągnięcie m.in. następujących celów:

- optymalizacja jakości i efektów leczenia poprzez koncentrację świadczeń specjalistycznych,
- zabezpieczenie świadczeń medycznych zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych,
- koordynacja polityki inwestycyjnej ze środków pochodzących z budżetu państwa, funduszy unijnych oraz funduszy celowych Ministerstwa Zdrowia,
- koordynacja zapobiegająca dublowaniu określonych świadczeń,
- uniknięcie konkurencji o pacjentów i kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- wypracowanie efektywności w zakresie realizacji polityki kadrowej (koncentracja) oraz potencjału sprzętowego.

W opinii zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych projektowane rozwiązania powinny dopasować szpitalne podmioty lecznicze do struktury demograficznej oraz potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Przedstawiane koncepcje mają również zwiększać kompetencje profilowanych jednostek w zakresie koncentracji procedur wysokospecjalistycznych w zaktualizowanej sieci szpitali.

Diagnoza i terapia

Autorzy diagnozują, że istotnym elementem usprawnienia systemu ochrony zdrowia, w którym funkcjonują podmioty szpitalne, jest poprawa ich kondycji finansowej. Kluczowym wskaźnikiem wykorzystywanym do oceny sytuacji finansowej są zobowiązania wymagalne. W „Założeniach reformy” wskazano, że wśród wszystkich badanych podmiotów publicznych (575 szpitali) 14 proc. (78 szpitali) generuje 80 proc. zobowiązań wymagalnych. Należności są generowane niezależnie od statusu organu tworzącego. Zdaniem autorów dzieje się tak w momencie corocznych wzrostów finansowania systemu ochrony zdrowia. Nie poruszono kwestii udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB na tle innych krajów Unii Europejskiej. Podano natomiast odsetek wydatków publicznych przeznaczonych na opiekę stacjonarną – 37 proc. Zwraca się uwagę, że jest on jednym z najwyższych w Unii Europejskiej.

Wśród czynników utrudniających funkcjonowanie szpitali publicznych wskazano m.in.:

- „wielowładztwo” – wiele organów nadzorujących,
- powielanie usług przez placówki medyczne funkcjonujące na tym samym terenie,
- konkurencję o pacjentów,
- konkurencję o personel medyczny,
- konkurencję o zasoby materialne,
- nieuzasadnione utrzymywanie przez część szpitali podwyższonej gotowości,
- zdolność realizowania szerokiego zakresu badań diagnostycznych i zapewnienia wysokiego poziomu leczenia wyłącznie przez wybrane placówki,
- niewystarczający poziom kompetencji menedżerskich.

Zdaniem autorów opracowania jednym z rozwiązań zidentyfikowanych problemów będzie utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali (ARS). Podmiot ten miałby działać w formie spółki akcyjnej, w której 100 proc. udziałów będzie posiadał Skarb Państwa. ARS byłaby odpowiedzialna za analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej i ocenę działalności operacyjnej szpitalnych podmiotów leczniczych. Uzyskane informacje będą przyczynkiem do kategoryzacji jednostek:

- A – szpitale mające dobrą sytuację finansową przy jednoczesnym prawidłowym dopasowaniu do potrzeb regionalnych,

„Z perspektywy kierującego szpitalnym podmiotem leczniczym twierdzą, że reforma systemu ochrony zdrowia jest konieczna”

- B – szpitale wymagające wdrożenia działań naprawczych i optymalizacyjnych,
- C – szpitale wymagające wdrożenia programu restrukturyzacyjnego,
- D – szpitale wymagające wdrożenia programu restrukturyzacyjnego i przejścia zarządzania przez ARS.

Innymi zadaniami ARS byłyby: zatwierdzanie i monitorowanie programu restrukturyzacyjnego, finansowanie inwestycji i rozwoju, wsparcie płynnościowe szpitali oraz certyfikowanie kadry menedżerskiej. Na to ostatnie zadanie ARS zwraca się szczególną uwagę. W opinii autorów kluczem jest budowa zespołu menedżerskiego kierującego podmiotami leczniczymi. Potwierdzeniem faktu posiadania odpowiednich kompetencji jest certyfikacja w formie egzaminu państwowego lub studia podyplomowe na kierunku MBA. Odpowiednie kwalifikacje umożliwiają efektywne zarządzanie placówką ochrony zdrowia przy najwyższych standardach jakościowych.

Ważnym elementem zmian w ochronie zdrowia ma być reorganizacja tzw. sieci szpitali. Obszary przyszłych zmian to m.in.: zwiększenie dostępności świadczeń poprzez skrócenie lub likwidację kolejki oczekujących, koncentracja świadczeń (np. porody – weryfikacja placówek, które nie spełniają wytycznych konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i neonatologii), kompleksowość świadczeń, systematyczna weryfikacja parametrów jakościowych, racjonalizacja wydatków płatnika.

Wprowadzenie koniecznych zmian odbędzie się w formie kwalifikacji poszczególnych oddziałów do tzw. sieci szpitali (przypisanie ma dotyczyć oddziałów szpitalnych, poprzednio dotyczyło szpitali). Proponuje się, by oddziały zabiegowe włączać do sieci wtedy, gdy odsetek hospitalizacji zabiegowych (grupy JGP, NFZ) w 2019 r. wynosił co najmniej 60 proc. Oddziały położnicze nie mogłyby realizować mniej niż 400 porodów rocznie, zakładając weryfikację na podstawie lat 2019–2020. Szpitale, które znajdują się w sieci, będą poddawane systematycznemu benchmarkingowi w celu monitorowania jakości leczenia, parametrów zarządczych oraz opinii konsumenckiej.

Szpitalne podmioty lecznicze będą mogły liczyć na benefity z tytułu funkcjonowania w sieci przy jednoczesnym posiadaniu wyróżniających się parametrów jakościowych. Zespół rekomenduje: zniesienie limitów,

„ Deficyt personelu medycznego jest kłopotem dla większości szpitali. Potęguje go praca personelu lekarskiego w kilku placówkach. Kandydaci do zatrudnienia nie ukrywają, że dywersyfikują miejsca pracy, poszukując optymalnej stawki, dlatego wykonują świadczenia medyczne w wielu ZOZ-ach (umowa cywilnoprawna) „



Fot. iStockphoto.com

współczynniki jakościowe, monopol wynikający z unikalności realizowanych świadczeń oraz uwzględnienie we wzorze ryczałtu.

Zmiany, zmiany, zmiany

Najbliższy okres może być optymalnym czasem do podejmowania ważnych, niejednokrotnie trudnych decyzji. Z perspektywy kierującego szpitalnym podmiotem leczniczym twierdzą, że reforma systemu ochrony zdrowia jest konieczna. Deficyt personelu medycznego jest kłopotem dla większości szpitali. Potęguje go praca personelu lekarskiego w kilku placówkach. Kandydaci do zatrudnienia nie ukrywają, że dywersyfikują miejsca pracy, poszukując optymalnej stawki, dlatego wykonują świadczenia medyczne w wielu ZOZ-ach (umowa cywilnoprawna). To istotnie zmienia perspektywę komunikacji negocjacyjnej. Praca w niepublicznych ambulatoryjnych podmiotach leczniczych jest kolejnym elementem zmniejszającym wymiar etatu w szpitalach bez konieczności pracy w trybie *emergency* oraz pozostawania w gotowości dyżurowej.

Demografia to następny czynnik determinujący konieczność zmian w ochronie zdrowia. Trendy są złe. W Polsce od wielu lat rodzi się za mało dzieci, aby zapewnić zastępowalność pokoleń. Pokłosem takiego stanu jest zmniejszająca się liczba świadczeń w wybranych placówkach. Mniej wykonywanych procedur medycznych to mniejsze doświadczenie w ich realizacji, które niejednokrotnie stanowi impuls dla pacjenta, by poszukiwać wykwalifikowanego personelu w innych jednostkach. Odległość od miejsca zamieszkania nie jest istotnym kryterium wyboru placówki medycznej.

Niezmienna liczba szpitali funkcjonujących w sieci oznacza, że finansowanie publicznego płatnika jest roz-

proszone na podmioty, które dokładają wszelkich starań, by przy płatnościach NFZ pozostać. W rezultacie finansowanie dla wszystkich placówek posiadających umowę z publicznym płatnikiem jest niewystarczające. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że wybrane publiczne podmioty szpitalne mają odpowiedni potencjał do zwiększenia wykonania świadczeń medycznych.

Prawidłowa organizacja systemu ochrony zdrowia to kluczowy aspekt funkcjonowania zdrowia publicznego. Turbulentność otoczenia, w którym funkcjonują publiczne podmioty lecznicze, jest oczywista. Istnieje prawdopodobieństwo, że część z nich w ostatnich latach nie reagowała plastycznie na konieczne zmiany. Zapewne niektóre nie miały możliwości, by tak reagować. Kluczowe jest zatem stworzenie ram, w których mogłyby się one rozwijać. Rozwój jest możliwy dzięki prawidłowemu finansowaniu odpowiedniego standardu jakości. Kryteria klasyfikacji do grup jakościowych szpitali powinny uwzględniać niemożności i ograniczenia placówek jednoimiennych – covidowych. Ważne jest, by czynniki motywujące posiadały rzetelnie wy ocenione procedury medyczne. Społeczeństwo ma świadomość wagi „zdrowia”.

Podsumowując – wybrane cele i zadania wymienione w dokumencie „Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne” wskazują istotne zagadnienia, z jakimi zmagają się od lat ochrona zdrowia. Kluczowe jest procedowanie procesu decyzyjnego na podstawie wcześniej przemyślanych, wybranych koncepcji. Walka z COVID-19 jednoznacznie pokazała, że zmiany są niezbędne. Nie stać nas, by ich nie wprowadzać.

Jarosław Kończyto, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu