



Czy szpitale potrzebują – i po co, i jak to się ma



Fot. Patryk Rydyk

Podczas V Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny oraz XV Hospital & Healthcare Management wybitni specjaliści – Rafał Janiszewski, Tadeusz Jędrzejczyk, Maciej Murkowski, Piotr Nowicki i Adam Rozwadowski – zastanawiali się, czy centralizacja mogłaby pomóc w zarządzaniu szpitalami, dyskutowali o zarządzaniu w czasie kryzysu, rozdrobnieniu właścicielskim podmiotów medycznych i odpowiadali na pytanie, czy możliwe jest zmniejszenie liczby organów właścielskich szpitali. Panel dyskusyjny moderował ekspert z zakresu ochrony zdrowia Adam Kozierekiewicz.

Centralizacja, czyli...

Dyskusję rozpoczął ekspert zdrowotny Maciej Murkowski. Odniósł się do przeszłości, powołując się na przykład inspekcji sanitarnej.

– Inspekcja po II wojnie światowej była znakomicie scentralizowana, dowiedziona przez potężny wtedy Państwowy Zakład Higieny. Dzięki temu w kosztownym okresie powojennym, gdy częsta była m.in. gruźlica, uzyskano dobre efekty w zwalczaniu chorób – przypomniał Murkowski, podkreślając zalety centralizacji.

– Szpitale, cokolwiek by powiedzieć o wszystkich innych ważnych elementach systemu opieki zdrowotnej, są jego kluczowym i podstawowym obszarem. W związku z tym wymagają szczególnej uwagi, ale nie tylko punktowej, skupionej na zarządzaniu jedną, drugą czy trzecią placówką. Konieczne jest spojrzenie w skali regionu, z uwzględnieniem potrzeby uzupełniania się, kooperacji, konsolidacji, profilowania. Krótko mówiąc – zarządzania, które warunkuje bezpieczeństwo zdrowotne ludności i pilnowanie tego, aby w tych lecznicach najważniejsze były szpitalne oddziały



XV

HOSPITAL AND HEALTHCARE
MANAGEMENT

silnej ręki właściciela do centralizacji?

ratunkowe, zaplecze diagnostyczne i oddziały intensywnej terapii – przyznał Murkowski.

– Nie spodziewam się, aby władze centralne miały przejąć podmioty lecznicze, w szczególności szpitale. Dlaczego? Bo to byłoby jednoznaczne z wzięciem na siebie odpowiedzialności za efekt tych działań. Można natomiast przypuszczać, że państwo będzie chciało jak najmocniej ingerować w struktury i w sposób funkcjonowania tych jednostek. Już ingeruje – proszę zauważyć, jak rozwijają się różnego rodzaju systemy informatyczne mające na celu pozyskiwanie informacji od podmiotów leczniczych. Od 1 stycznia obowiązuje korzystanie z dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, od 1 lipca raportuje się wszystkie zdarzenia. Wydaje się, że regulator zaczyna zbierać informacje o podmiotach – zauważył właściciel kancelarii doradczej Rafał Janiszewski.

Adam Kozierkiewicz spytał Rafała Janiszewskiego, czy jego zdaniem centralizacja nie jest ani planowana, ani wykonalna, natomiast pewne działania „koordynacyjno-planistyczne” – już tak.

– Pewne działania przymuszające – odpowiedział Janiszewski.

Rola właściciela

Po nim głos zabrał Tadeusz Jędrzejczyk, dyrektor Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego i były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Podał przykład swojego regionu.

– Dzięki restrukturyzacji w tej chwili w województwie jest nie ponad 20 jednostek, tylko siedem, w tym dwie duże, których obroty roczne wynoszą ponad 500 mln zł, dwie średnie z obrotami 200–300 mln zł rocznie, a także trzy mniejsze – specjalistyczne – wymieniał Jędrzejczyk. – Nie ma większych problemów ze stabilnością placówek. Jeśli się zdarzają, to na bieżąco są korygowane przez właściciela – podkreślił.

– Właściciel – czy jest to samorząd wojewódzki, powiatowy, czy nawet właściciel prywatny – musi się dostosować do warunków, które narzuca mu Ministerstwo Zdrowia z wykorzystaniem Narodowego Funduszu Zdrowia i... koniec, kropka.



Maciej **Murkowski**:

Inspekcja po II wojnie światowej była znakomicie scentralizowana. Dzięki temu w tym koszmarnym okresie, gdy częsta była m.in. gruźlica, uzyskano dobre efekty w zwalczaniu chorób

W rzeczywistości dużej możliwości kreowania sytuacji nie ma – stwierdził Jędrzejczyk.

Podczas sesji wypowiedział się też były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski.

– Co by było, gdyby płatnik musiał współpracować z „blokiem”, grupą podmiotów leczniczych? – spytał go Kozierkiewicz.

– Może się wydawać, że odpowiedź jest dość prosta, jednak to nieprawda. Na początku trzeba określić, jak spozycjonowany pod kątem zadaniowym i prawnym jest w tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia. Otóż wbrew pozorom zadaniem NFZ na poziomie oddziałów wojewódzkich nie jest osiągnięcie wskaźników zdrowotnych, celów zdrowotnych, lecz zrealizowanie budżetu. Z tego dyrektor oddziału wojewódzkiego jest rozliczany dyscyplinarnie. Mówiąc wprost – dyrektor nie może przekroczyć budżetu, w związku z czym nie może na przykład realizować pewnych celów zdrowotnych, nawet gdyby chciał „dotożyć”



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Rydzik

Tadeusz **Jędrzejczyk**:

Właściciel musi się dostosować do warunków, które narzuca mu Ministerstwo Zdrowia z wykorzystaniem NFZ i... koniec, kropka

jakieś pieniądze. Co więcej, aby jeszcze bardziej skomplikować sprawę – po ostatnich zmianach dyrektor oddziału wojewódzkiego działu z upoważnienia prezesa, czyli jest pozbawiony decyzyjności – wyjaśniał Pakulski, podając przykład województwa śląskiego. – Na Śląsku nie jest tak jak w województwie pomorskim, gdzie urząd marszałkowski jest organem tworzącym dla siedmiu placówek. U nas jest ich ponad 60. I uwaga – nie słyszałem, żeby z tego, że Sejmik Województwa Śląskiego „trzyma w garści” aż tyle podmiotów, wynikały jakieś korzyści czy to dla systemu, czy dla mieszkańców – np. poprawa wskaźników zdrowotnych, czy też dla samych szpitali – stwierdził.

Najpierw cel

Na pytanie, czy zwiększenie roli właściciela miałyby pozytywne efekty z perspektywy szpitali i systemu, odpowiedział Piotr Nowicki, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Uprzedził przy tym, że znacznie od refleksji ogólnej, a skończy na ujęciu praktycznym.

– Rozważamy, ile państwa powinno być w rynku, a ile rynku w państwie. Ekonomisci do tej pory nie znaleźli odpowiedzi, więc eksperci zdrowotni też jej nie znajdują – podkreślił. – Za bardzo koncentrujemy się na metodach: centralizować czy nie centralizować. Stawiamy sobie wybór metody za cel, a to błąd. Metoda to metoda, nie cel. Żeby dobrać metodę, najpierw trzeba jasno określić cel. Nie wiem, czy jest nim poprawa jakości leczenia, rato-

wanie rynku ochrony zdrowia na wszelkie sposoby, scentralizowanie szpitalnictwa, poprawa sytuacji ekonomicznej szpitali czy osiągnięcie tego wszystkiego naraz. Oczywiście dobrze byłoby osiągnąć wszystkie cele, ale moim zdaniem, jak się dąży do wszystkiego, to się nie robi niczego. Rozpocząłbym od sprecyzowania, jaki jest cel nadrzędny. Jeśli go określimy, będzie można zacząć rozmawiać o metodzie jego realizacji – stwierdził dyrektor Nowicki, dodając, że była to pierwsza część wypowiedzi – ta „filozoficzna”.

– Jeśli wybierze się centralizację jako cel, to dyrektorzy szpitali staną się jedynie administratorami. Jest to możliwe – będą mieć mniejszą decyzyjność, raczej będą wykonywać polecenia z góry. Taki system może być i efektywny, i nieefektywny. Jeśli z kolei każą nam być menedżerami, to większość z nas zostanie menedżerami i będzie podejmować decyzje samodzielnie, co też ma swoje plusy i minusy. Podszedłbym do tego inaczej – zadania, które realizują samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub w ogóle szpitale, podzieliłbym na trzy kategorie. Pierwsza to te, w których państwo musi mieć rolę dominującą. W niej byłyby wyznaczone kierunki strategiczne, np. inwestycje. Nie może być tak, że z powodu aspiracji dyrektorów do szpitali oddalonych od siebie o kilka kilometrów za publiczne pieniądze kupuje się dwa tomografy, dzięki którym wykonuje się po pięć badań dziennie. To zupełnie nieekonomiczne. Druga kategoria to obszar, w którym pewne działania menedżerskie powinny być podejmowane w szpitalu lub regionie. W tym przypadku państwo mogłoby wyznaczać jedynie kierunki, a wybór sposobu realizacji pozostawić zarządzającym. Trzecia kategoria dotyczy zarządzania wewnątrz szpitala, które powinno pozostać w gestii dyrektorów. To oni powinni podejmować decyzje. Dzisiaj steruje się nami, narzuca ryczałt, wymaga płacenia „znaczonymi pieniędzmi” naszym pracownikom. To uniemożliwia zarządzanie. Oczekuje się przy tym, że zrealizujemy pewne konkretne zadania – mówił dyrektor Nowicki.

Rafał **Janiszewski**:

Od 1 stycznia obowiązuje elektroniczna dokumentacja medyczna, od 1 lipca raportuje się wszystkie zdarzenia. Wydaje się, że regulator zbiera informacje o podmiotach



XV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

– Jestem przerażony jednym faktem. Przez ostatnie 15 lat od wielu ekspertów zdrowotnych, podczas wielu konferencji branżowych słyszałem, że centralizacja to zgroza właścicieli szpitali i zarządzających oraz jeden z największych problemów tego sektora, jeśli nie największy. Kiedy natomiast powiedziano, że możliwe jest zmniejszenie liczby placówek, to ci sami liderzy opinii zaczęli twierdzić, że to zamach na wolność. Powiem tak: zdecydujcie się wreszcie – podsumował.

– Pomijając słowa o przerażeniu i zgrozie, która jest słuszna, podkreślę, że dyrektor Nowicki opisał mechanizm zarządzania określany w koncepcji good government: po pierwsze określenie priorytetów wysokiego poziomu, a następnie delegowanie kompetencji adekwatnych do poziomu zarządzania – zwrócił uwagę moderator. – To kluczowe i można to uznać za pewną konkluzję naszego panelu – stwierdził.

Koordinacja, koncentracja i współpraca podmiotów

Adam Rozwadowski stwierdził, że koncentracja podmiotów jest konieczna, a najodpowiedniejsza byłaby taka na poziomie województw. Dlaczego?



Piotr Nowicki:

Przez ostatnie 15 lat słyszałem od ekspertów, że centralizacja to jeden z największych problemów szpitalnictwa. Kiedy jednak powiedziano o możliwości zmniejszenia liczby placówek, ci sami liderzy opinii zaczęli twierdzić, że to zamach na wolność



Marcin Pakulski:

Wbrew pozorom zadaniem NFZ na poziomie oddziałów wojewódzkich nie jest osiąganie wskaźników zdrowotnych, lecz zrealizowanie budżetu

– Bo po pierwsze mogłaby być przeprowadzona z wykorzystaniem istniejących struktur – odpowiedział. – Możemy tworzyć inne regiony, ale nie mogą być zbyt odmienne od obecnych, nie powinniśmy komplikować sprawy. W Polsce jest podział na województwa, są organy samorządowe. Sądzę, że szpitale powinny być podporządkowane organom samorządowym. Po drugie, samorządy przez 30 lat skutecznie działały. Jestem przekonany, że poradziłyby sobie także ze zdrowiem populacji na swoim terenie. Trzeba po prostu oddać im w pełni zarządzanie szpitalami – stwierdził Rozwadowski.

– Wydaje się, że funkcjonujemy w permanentnym kryzysie systemu ochrony zdrowia, w tym także w szpitalnictwie. Rozwiązaniem problemu jest jasne określenie celów i kompetencji zarządzających. Jak powinny być przyznane – czy „wyżej”, czy „niżej” w sektorze? Moim zdaniem niezbyt wysoko. W kraju, w którym żyje 38 mln obywateli, skupianie wszystkich kompetencji na poziomie centralnym nie byłoby dobre. Prawdopodobnie zarządzanie na poziomie regionalnym, wojewódzkim byłoby odpowiednie – podsumował Adam Kozierekiewicz.

Krystian Lurka

Jeśli chcesz
obejrzieć panel
w sieci, zeskanuj
kod QR

