

Szpital powiatowy: niektóre pod ścianą,  
inne przed wielką szansą

# Jak wygrać na sieci



Fot. iStockphoto.com/ZX

Klamka zapadła – tak można by skwitować fakt, że prezydent podpisał ustawę o sieci szpitali. Nie warto płakać nad rozlanym mlekiem, pora zauważyć szanse, które daje taka sytuacja. O szansach dla szpitali powiatowych pisze w swojej analizie Janusz Atłachowicz.

Choć przyjęta ustawa z siecią szpitali z prawdziwego zdarzenia niewiele ma wspólnego, to jednak tak jest nazywana. Możliwe, że za kilka, kilkanaście lat jej regulacje doprowadzą do tego, że powstanie kilka sieci szpitali. Bo na jedną sieć raczej bym nie liczył.

### Przeszłość w przeszłości

Na razie zarządzający szpitalami odczytują ją jako nowy sposób finansowania lecznictwa zamkniętego. Czy jest on całkowicie nowy, to już sprawa do dyskusji. Przed 1999 r. też mieliśmy do czynienia z finansowaniem ówczesnych zespołów opieki zdrowotnej (ZOZ), w skład których wchodziły szpitale, ze środków budżetu państwa w postaci ryczałtu. Historia podobno lubi się powtarzać, a ludzie i tak nie wyciągają z niej właściwych wniosków.

Z jednej strony mamy to, co oferuje nam ustawa jako nowe prawo. Jednak sama ustawa nie tworzy nowej rzeczywistości. Z drugiej strony są ludzie zarządzający szpitalami. I to głównie od nich będzie zależało, jak będą się rozwijać – a może i zwiijać – szpitale powiatowe. Zarówno w systemie budżetowym, czyli przed 1999 r., jak i w okresie, gdy pojawił się nowy twór prawny – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ), były podmioty, które lepiej lub gorzej radziły sobie z organizacją i kondycją finansową szpitala. Dotyczy to również szpitali prowadzonych w formie spółki prawa handlowego. Forma prawna spółki miała być remedium na zadłużanie się szpitali. Dlatego zapewne przekształcanie szpitali w spółki było stymulowane, a nawet nagradzane przez państwo. Jak wynika z tej krótkiej argumentacji, samo prawo nie zapobiegnie nieefektywności ekonomicznej i organizacyjnej ani nie wymusi odpowiednich działań.

### Jednak trochę historii

Bez historii, jak wspominałem, ani rusz. Miałem okazję od 1993 r. funkcjonować w systemie ochrony zdrowia, który wówczas był systemem budżetowym w pełnym tego słowa znaczeniu. Państwo było projektantem systemu, gdyż tworzyło prawo, które regulowało udzielanie świadczeń zdrowotnych świadczeniobiorcom, jak to się teraz mówi. Poprzednio system po prostu leczył pacjentów. Państwo było wówczas organizatorem systemu ochrony zdrowia. To ono tworzyło jednostki, które w określonym zakresie i w określonym miejscu Polski pełniły funkcję uczestników systemu, który miał zagwarantować pacjentom dostęp do leczenia. Państwo również finansowało te jednostki ze swojego budżetu. Ponieważ budżet był uchwalany na rok, środki na finansowanie systemu ochrony zdrowia były zmienne i miały tylko roczną perspektywę.

### Państwowy nadzór

Państwo prowadziło nadzór nad funkcjonowaniem tych jednostek, kontrolując organizację procesu leczenia

„Możliwe, że za kilka, kilkanaście lat regulacje ustawy doprowadzą do tego, że powstanie kilka sieci szpitali. Bo na jedną raczej bym nie liczył”

nia pacjentów, gospodarkę finansową oraz wykorzystanie majątku. Zajmował się tym wydział zdrowia, który funkcjonował w każdym z 49 ówczesnych urzędów wojewódzkich. Były trzy tzw. worki ze środkami finansowymi dla ZOZ na rok budżetowy: worek z pieniędzmi na wynagrodzenia dla pracowników, którego wielkość zależała od liczby etatów, worek z pieniędzmi na tzw. rzeczówkę, czyli wszystkie pozostałe wydatki związane z funkcjonowaniem ZOZ (w przypadku szpitali wielkość tego worka zależała głównie od liczby łóżek), oraz trzeci worek, choć rzadko, z pieniędzmi na inwestycje. Przyznawanie środków dla ZOZ na dany rok budżetowy w każdym z worków odbywało się bardziej „po znajomościach” i politycznie niż merytorycznie. Na pewno z pozycji państwa zarządzanie takim systemem było proste i nie wymagało tylu kadr co obecnie. Wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich radziły sobie z tym lepiej lub gorzej. Chyba jednak nie odpowiadało to ówczesnym oczekiwaniom społecznym i dlatego politycy postanowili to zmienić, wprowadzając system ubezpieczeniowy. Zaprojektowano pierwszą instancję – instytucję lekarza rodzinnego, który miał zapewnić rodzinom całodobowy dostęp do leczenia i stać się przewodnikiem pacjenta po systemie.

### Integracja

Trzeba przyznać, że ZOZ był zwykle dużym, zintegrowanym zakładem, który realizował bardzo szeroki zakres opieki zdrowotnej dla ludności zamieszkałej na terenie powiatu (powiaty powstały po 1999 r.). Ten zintegrowany ZOZ pełnił funkcję obecnego lekarza rodzinnego, prowadził profilaktykę, stomatologię, w tym szkolną, oraz higienę szkolną, a także zajmował się refundacją leków dla aptek. Zwykle w swojej strukturze miał punkty felczerskie lub lekarskie, wiejskie ośrodki zdrowia, poradnie specjalistyczne oraz szpital. Całość stanowiła tzw. pierwszy stopień zabezpieczenia medycznego ludności. Tu można się dopatrzeć pewnej analogii z tym, co zaproponowano w nowej ustawie: integracji poradni specjalistycznych z lecznictwem szpitalnym. W mojej ocenie to uregulowanie jest we wszech miar logiczne. Dla organizatora, ale głównie dla pacjenta, najważniejszy jest przebieg procesu leczenia. Pacjent, wchodząc do systemu ochrony zdro-

„W integracji ambulatoryjnych poradni specjalistycznych z odpowiednimi oddziałami szpitalnymi można upatrywać szansy na rozwój szpitala powiatowego”



wia ze swoim problemem zdrowotnym, chciałby być kompleksowo obsługiwany bez konieczności poznawania meandrów struktury organizacyjnej systemu ochrony zdrowia. Po zakończeniu leczenia szpitalnego powinien być skierowany nie ogólnie do poradni specjalistycznej, ale do konkretnej poradni, na określony z góry termin, zależny od procesu leczenia, a nie od długości kolejki oczekujących.

Powrót do tych rozwiązań to dla szpitali nie tylko opisane już w mediach zagrożenia, ale również szanse.

#### Szansa I: AOS

W integracji ambulatoryjnych poradni specjalistycznych z odpowiednimi oddziałami szpitalnymi upatrywałbym szansy na rozwój szpitala powiatowego. Dla pacjenta możliwość udania się do poradni specjalistycznej szpitala i w zależności od potrzeby leczenia w tej poradni lub w szpitalu, a potem rekonwalescencji prowadzonej również przez poradnię szpitalną – jest znaczącą poprawą w stosunku do obecnej organizacji. Jeżeli stan zdrowia pacjenta będzie tego wymagał, szpital w ramach leczenia ma zapewnić rehabilitację szpitalną lub ambulatoryjną. Taka zmiana będzie jednak wymagać od szpitali dostosowania bazy lokalowej i sprzętowej, a szczególnie potencjału ludzkiego do nowej organizacji procesu leczenia. Dostosowanie oznacza, że mogą być konieczne nakłady finansowe, aby spełnić nowe warunki. Nie znając ryczałtu dla oddziału i poradni, którego

wartość zaproponuje obecny płatnik, trudno to będzie zaplanować pod względem finansowym. Jeżeli nawet szpital ma stosowne poradnie i wyposażenie, może się okazać, że problemem będzie zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy do obsługi poradni.

Szpitaly powiatowe już teraz mają olbrzymi problem z zapewnieniem obsady lekarskiej zarówno w zakresie podstawowym, jak i dyżurów. Nie do końca wiadomo, jak zachowają się lekarze, którzy do tej pory realizowali świadczenia nazywane ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS). Czy zmiany spowodują, że będą chcieli wrócić do szpitali, z których w większości wyszli, czy też system będzie na tyle niesprawny, że nadal bardziej będzie im się opłacało prowadzić praktyki prywatne, gdyż na te usługi będzie takie samo, a może nawet większe zapotrzebowanie?

#### Szansa II: ratownictwo

Ratownictwo medyczne ma być służbą publiczną, więc tego zakresu usług medycznych nie będą mogły oferować firmy prywatne. Publiczne szpitale mają zatem do wzięcia kolejny kawałek tortu – w tych miejscach, gdzie obecnie zajmuje się tym podmiot prywatny. Jeżeli do tej pory takich usług nie świadczył, może zacząć to robić. A jeśli już je świadczył, ale tylko na swoim terenie, może objąć zespołami wyjazdowymi sąsiednie rejony, obsługiwane dotąd przez podmioty prywatne.

Rentowność ratownictwa medycznego jest ponoć znaczna, acz na pewno będzie to wymagać szczegółowej analizy zależności koszt – przychód, choćby ze względu na konieczność zatrudniania pracowników tylko na podstawie umów o pracę. Aby z tej szansy skorzystać, trzeba jednak poczynić znaczne inwestycje. Zakup choćby ambulansów sanitarnych to konieczność zaangażowania dużych środków finansowych. Można skorzystać z leasingu, dzierżawy lub zapłaty w ratach, jednak szpital nie ma pewności, że wygra konkurs na ratownictwo w nowym rejonie. Ryzyko podjęcia tej działalności jest więc niemałe.

Z uwagi na to, że kondycja finansowa znacznej części szpitali nie jest najlepsza, niewygranie konkursu, zamiast poprawić finansowanie szpitala, może przysporzyć dodatkowych problemów z utrzymaniem płynności finansowej.

### Szansa III: nowe technologie

Informatyzacja to szansa, z której mogą skorzystać głównie te szpitale, które już obecnie w swojej strukturze organizacyjnej mają poradnie specjalistyczne co najmniej tych specjalności, których oddziały funkcjonują w szpitalu. Po pierwsze dane pacjenta, wyniki jego badań i historia leczenia w poradni będą mogły być wykorzystane do efektywnego leczenia na oddziale szpitalnym. Zapewne obniżą się koszty badań, których nie będzie trzeba powtarzać, a wgląd w znacznie dłuższą historię leczenia pacjenta powinien pomóc lekarzowi w diagnozowaniu i ustaleniu optymalnego leczenia. Tak jak każda zmiana organizacyjna, będzie to wymagało dostosowania i zapewne poniesienia dodatkowych kosztów.

Firmy informatyczne na pewno nie dostosują oprogramowania bez zapłaty. I tu znów pojawia się ryzyko dla zarządzających szpitalami: nie do końca znane są zasady, według których ma być organizowany zintegrowany proces leczenia pacjenta w poradniach specjalistycznych i szpitalu. A przedstawienie prawidłowego przebiegu procesu leczenia pacjenta umożliwi firmom informatycznym dobre jego zinformowanie.

### Szansa IV: mniej konkurentów

Konkurencja zwykle jest czynnikiem mobilizującym organizacje, również takie jak szpitale, i wyzwającym inicjatywy poprawiające funkcjonowanie (w tym przypadku jakość leczenia), by przyciągnąć większą liczbę klientów (pacjentów). Większa liczba pacjentów umożliwi zwiększenie przychodów. Pozornie szpitale publiczne powinny mieć powody do zadowolenia. Ustawodawca spowoduje, że część konkurencyjnych dla nich podmiotów zniknie.

Czy jednak nie jest to bardziej zagrożenie niż szansa? Wprawdzie istnieje możliwość zwiększenia przychodów, czyli otrzymania większego kawałka tortu, który obecnie dzieli NFZ, jeżeli ubędzie część świad-

„Ratownictwo medyczne ma być służbą publiczną, więc tego zakresu usług nie będą mogły prowadzić firmy prywatne. Publiczne szpitale mają zatem do wzięcia kolejny kawałek tortu”

czeniodawców, którzy nie otrzymają ryczałtu i nie wygrają w konkursie ofert. Ale dla podmiotów publicznych oznacza to konieczność przyjęcia większej liczby pacjentów – tych, którymi zajęłaby się konkurencja. Przynajmniej część z nich zgłosi się do tych jednostek. Czy przyznany ryczał będzie powiększony o środki na ich leczenie, czy też będzie obejmował tylko wartość odpowiadającą dotychczas realizowanej liczbie świadczeń? Na to pytanie na razie nie ma odpowiedzi.

### Szansa V: POZ

Ustawodawca rozważy wprowadzenie ograniczeń dotyczących specjalizacji lekarzy, którzy będą mogli praktykować w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Generalnie mają to być lekarze ze specjalnością z medycyny rodzinnej.

Gdzie tu szansa dla szpitali powiatowych? Dotychczas podmioty prowadzące praktyki lekarzy rodzinnych dość skutecznie, głównie poprzez odpowiednio wysokie wynagrodzenie, przyciągały do siebie lekarzy ze szpitali. Szpitale traciły pediatrów, neonatologów czy internistów, którzy odchodzili ze względu na znaczne obciążenie pracą, ryzyko związane z odpowiedzialnością oraz szansę na wyższe wynagrodzenie. Możliwe, że trend odchodzenia lekarzy ze szpitali i przechodzenia do pracy w POZ zostanie powstrzymany. Wówczas byłaby szansa na odtworzenie przy szpitalu tak typowej i niezbędnej poradni, jaką jest poradnia internistyczna. Bardzo wiele poradni internistycznych przestało istnieć właśnie z powodu braku lekarzy specjalistów internistów.

W każdym systemie funkcjonowały szpitale, które radziły sobie lepiej lub gorzej, i tak samo zapewne będzie po wprowadzeniu obecnej reformy. To kolejna szansa – poradzić sobie lepiej niż inni konkurenci funkcjonujący w sieci, to możliwość rozwoju i odgrywania w tej sieci większej roli, miejmy nadzieję – z adekwatnym wynagrodzeniem.

Janusz Atłachowicz  
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia,  
dyrektorem Szpitala Powiatowego w Wieluniu.