

GDZIE NAJLEPIEJ zarządza się szpitalami?



Fot. iStockphoto.com

JAROSŁAW KOZERA, MAGDALENA KOZERA

Po miesiącach dyskusji nad założeniami reformy szpitali – w lutym 2022 r. – pojawiła się pierwsza symulacja kategoryzacji szpitali według kryteriów opisanych w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Analizujemy ją, zestawiając posegregowane szpitale w odniesieniu do województwa, w którym się znajdują, oraz do podmiotu tworzącego. To pozwoli odpowiedzieć na pytania, jak efektywne jest zarządzanie w poszczególnych regionach oraz czy kluczowe szpitale nie będą zagrożone brakiem możliwości rozwoju.

Kategoryzacja to ocena wskaźników ekonomicznych szpitala i podział szpitali na cztery grupy, jak na rysunku 1.

Według kryterium planowania strategicznego kategoryzacja wyróżnia dwie grupy: szpitale, które mogą tworzyć plany rozwoju i inwestycyjne, oraz

szpitale, które są zmuszone do działań restrukturyzacyjnych. Konsekwencją tych działań ma być, jak się domyślamy, „nagrodzenie” lepszych w myśl zasady: jeśli twoja sytuacja ekonomiczna jest stabilna, zasługujesz na nowe inwestycje i masz prawo się rozwijać, jeśli nie – musisz zapomnieć o nowych wyzwaniach i skupić się na spłacie zobowiązań i dogadaniu się ze swoimi wierzycielami.

Czy to słuszną decyzją, aby do kategoryzacji szpitali przyjąć wyłącznie kryteria ekonomiczne? Wydaje się, że problem kategoryzacji polskich szpitali jest bardziej złożony i powinno się spojrzeć na nią zdecydowanie szerzej, tym bardziej że szpitale z kategorii C i D pewnie na długi okres zostaną pozbawione nowych inwestycji i możliwości rozwoju. Czy nie powinno się uwzględnić również parametrów jakościowych, takich jak potrzeby zdrowotne w danym regionie?



Rycina 1. Kategoryzacja szpitali – założenia

Źródło: JS Konsulting

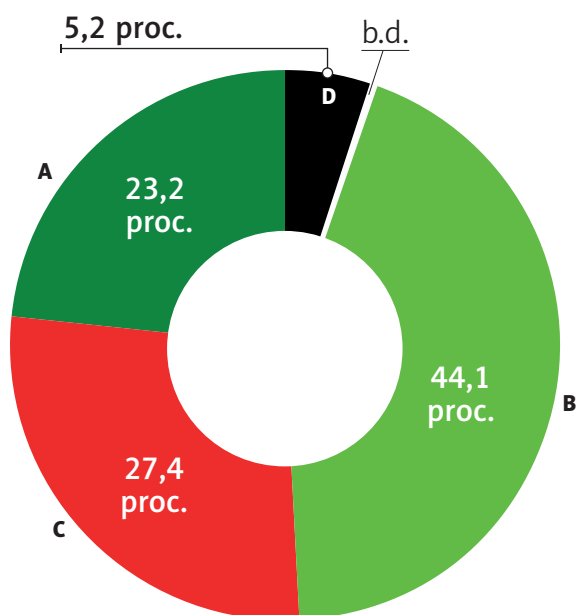
Przedmiotem analizy będzie zestawienie skategoryzowanych szpitali w odniesieniu do województwa, w którym się znajdują, oraz do podmiotu tworzącego. Analiza kategorii szpitali w tych dwóch aspektach pozwoli odpowiedzieć, jak efektywnie zarządza się w poszczególnych regionach oraz czy kluczowe szpitale (uniwersyteckie i instytuty) nie będą zagrożone brakiem możliwości rozwoju. W celu sparametryzowania kategorii przyjęto, że będą one miały następujące wartości: A = 4, B = 3, C = 2, D = 1.

Na początku jednak przedstawimy procentowy rozkład kategorii, w których znalazły się poszczególne szpitale (ryc. 2). Podobnie jak w poprzednich artykułach wykorzystano narzędzie analityczne Pulpit Menedżera Zdrowia. Analiza została wykonana na podstawie symulacji kategoryzacji opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia, a opublikowanej w „Menedże-

rze Zdrowia”. Do wspomnianych baz i zestawień dołączono bazę wykorzystywaną w poprzednich analizach, tj. zanonimizowane bazy świadczeń udzielonych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2019 r.

I tu gorąca prośba do Ministerstwa Zdrowia, aby w zestawieniach, w których występują podmioty lecznicze, oprócz nazwy podawać kod identyfikacyjny, np. NIP lub regon. Ułatwi nam to połączenie wielu baz danych.

Według informacji opublikowanych na stronie Ministerstwa Zdrowia ok. 33 proc. szpitali w Polsce znalazło się w kategorii C i D. Blisko 5 proc. stanowią szpitale, w których pilnie należy wdrożyć plan restrukturyzacji. Tylko 23 proc. szpitali znalazło się w kategorii A, która jest gwarancją rozwoju i możliwości pozyskania nowych środków na inwestycje.



Rycina 2. Procentowy rozkład kategorii, w których znalazły się poszczególne szpitale

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia

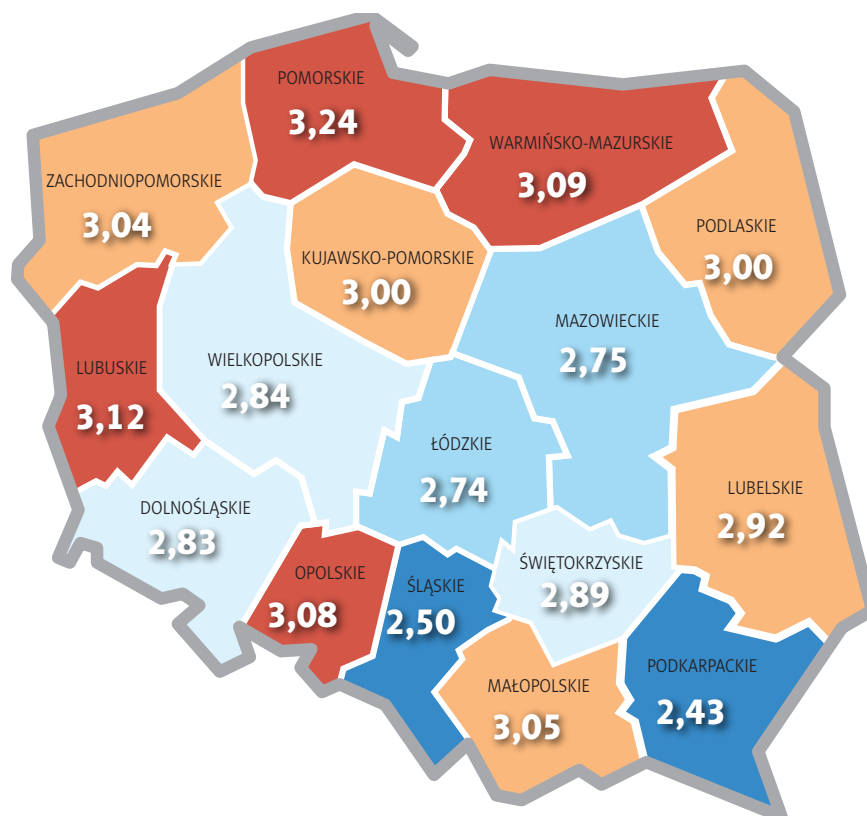
Podział na województwa

Jak wynika z ryciny 3, najtrudniejsza jest sytuacja w województwach podkarpackim, gdzie na 28 podmiotów 12 jest zaliczonych do kategorii C i 3 do kategorii D, co oznacza, że ok. 53 proc. wszystkich szpitali będzie musiało poddać się restrukturyzacji, i śląskim, gdzie na 70 podmiotów 30 znalazło się w kategorii C, a 9 w kategorii D, co oznacza, że 55 proc. szpitali będzie wymagało programów naprawczych. Najlepsza sytuacja jest w województwach pomorskim, gdzie tylko 2 podmioty otrzymały kategorię C, lubuskim, warmińsko-mazurskim i opolskim. W tych czterech województwach tylko jeden podmiot znalazł się w kategorii D.

Podział w zależności od organów tworzących

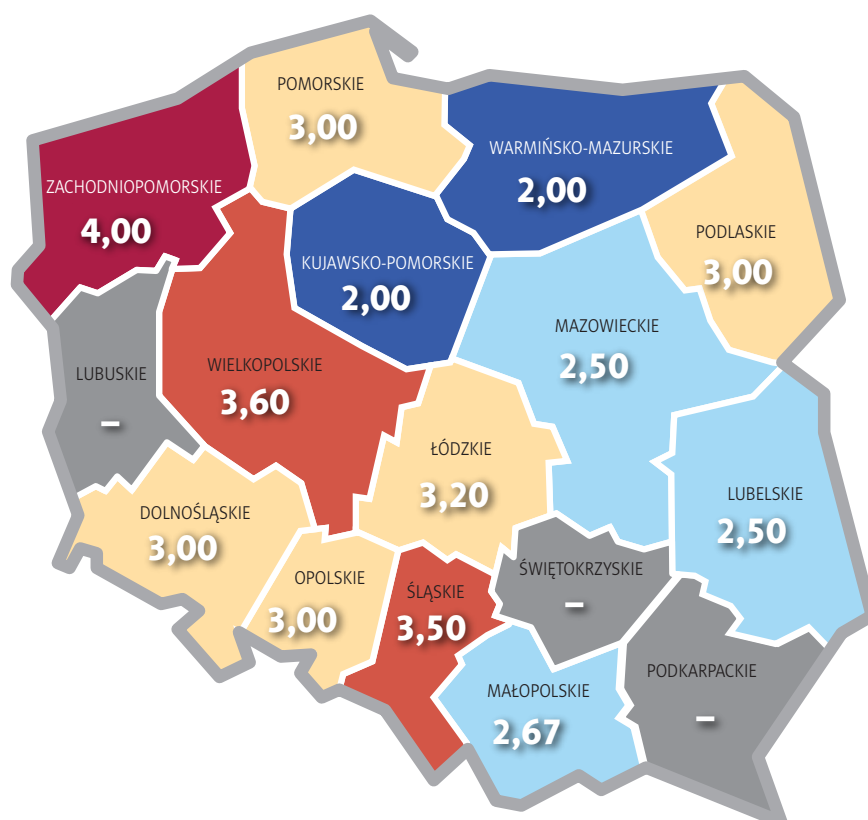
Analizie poddano również kategoryzację szpitali z uwzględnieniem organów tworzących. W pierwszej kolejności zajęto się szpitalami uniwersyteckimi oraz instytutami (ryc. 4).

Najlepiej wypada województwo zachodniopomorskie, gdzie wszystkie szpitale uniwersyteckie (Szpital Kliniczny nr 1 i Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie), znalazły się w kategorii A. Dobra sytuacja jest również w województwie wielkopolskim (3 z 5 szpitali mają ka-



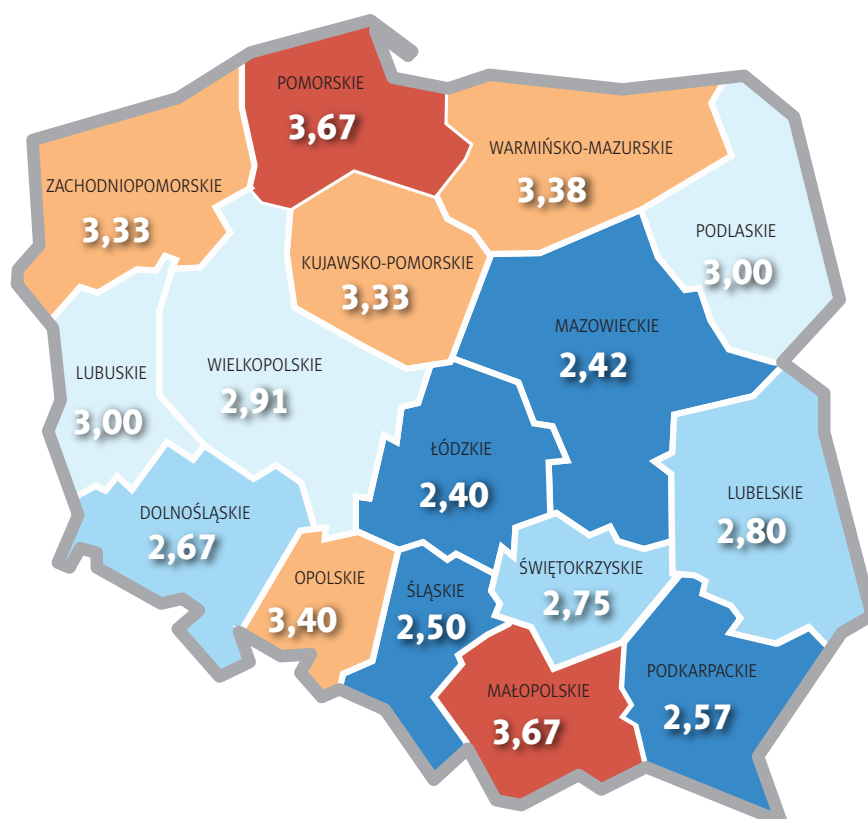
Rycina 3. Mapa kategoryzacji podmiotów z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia



Rycina 4. Mapa kategoryzacji podmiotów, dla których organem twórczym jest uczelnia medyczna lub Skarb Państwa, z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia



Rycina 5. Mapa kategoryzacji podmiotów, dla których organem twórczym jest samorząd wojewódzki, z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia

tegorię A) i śląskim (4 szpitale uniwersyteckie mają kategorię A, 2 szpitale kategorię B i tylko 1 kategorię C). Najgorzej jest w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie oba szpitale uniwersyteckie (Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza oraz Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela) znajdują się w kategorii C. Podobna sytuacja występuje w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie jedyny szpital uniwersytecki w Olsztynie znalazł się w kategorii C. Jedynym szpitalem uniwersyteckim, który otrzymał kategorię D, jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM w Warszawie.

Wśród szpitali wojewódzkich (ryc. 5) najwięcej jednostek w trudnej sytuacji ekonomicznej znalazło się w województwach łódzkim (na 10 szpitali wojewódzkich 5 ma kategorię C, a 1 kategorię D – Wojewódzki Szpital Zespolony im. S. Rybickiego w Skierniewicach), mazowieckim (na 12 szpitali wojewódzkich 4 są w kategorii C, a 2 w kategorii D – Wojewódzki SZPZOZ w Gostyninie oraz Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie).

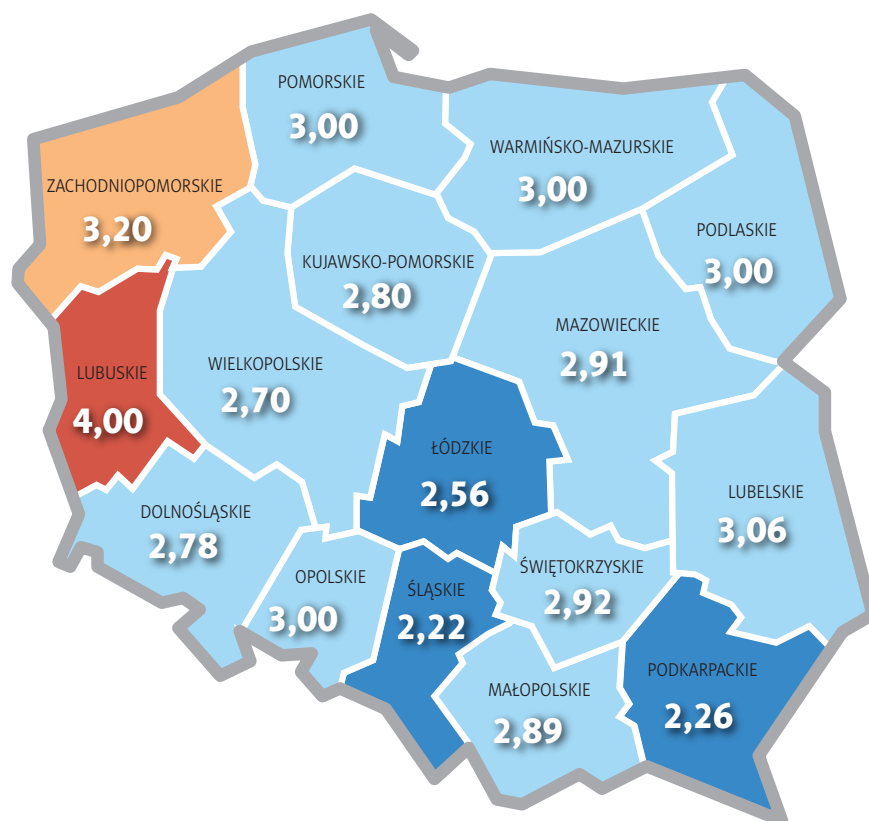
W przypadku szpitali powiatowych (ryc. 6) najlepiej radzą sobie placówki w województwie lubuskim (wszystkie 3 szpitale powiatowe znalazły się w kategorii A), a najgorzej w województwach podkarpackim (na 19 szpitali 9 znalazło się w kategorii C,

a 3 w kategorii D, co oznacza, że 63 proc. szpitali będzie musiało poddać się restrukturyzacji) i śląskim (na 18 szpitali 9 znalazło się w kategorii C, a 3 w kategorii D, co oznacza, że 66 proc. szpitali będzie musiało poddać się restrukturyzacji).

W przypadku spółek (ryc. 7) w najlepszej sytuacji są szpitale z województw: warmińsko-mazurskiego (tylko 1 szpital na 9 prowadzonych w formie spółki znalazł się w kategorii C) oraz pomorskiego (2 szpitale na 14 znalazły się w kategorii C i będą wymagały programu restrukturyzacji). Najtrudniejsza sytuacja jest w województwie zachodniopomorskim (na 7 szpitali prowadzonych w formie spółki 4 znalazły się w kategorii C, a 1 w kategorii D – Szpital Barlinek Sp. z o.o., co oznacza, że ok. 70 proc. szpitali będzie wymagało programu restrukturyzacji).

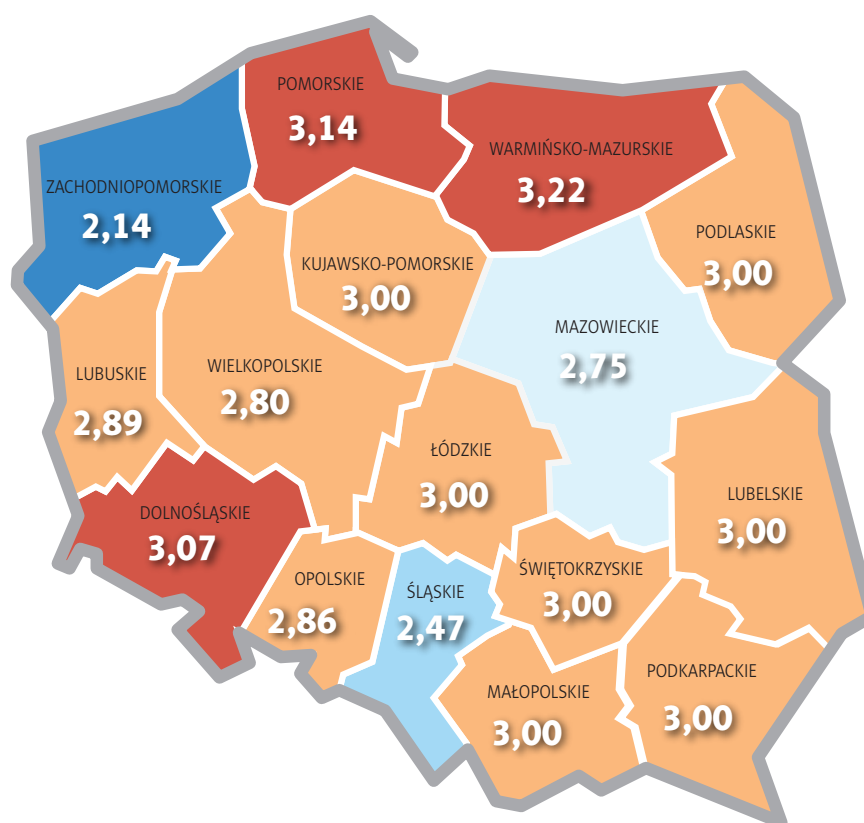
Wśród szpitali Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) (ryc. 8) w trudnej sytuacji ekonomicznej są jednostki w Olsztynie, Poznaniu i Katowicach, ponieważ zostały zakwalifikowane do kategorii C, w najlepszej sytuacji ekonomicznej są szpitale MSWiA w Gdańsku, Zielonej Górze, Bydgoszczy, Łodzi i Rzeszowie.

W dobrej kondycji finansowej są szpitale wojskowe zlokalizowane w Bydgoszczy, Dęblinie, na Helu i w Warszawie (wszystkie w kategorii A). Trudną sytu-



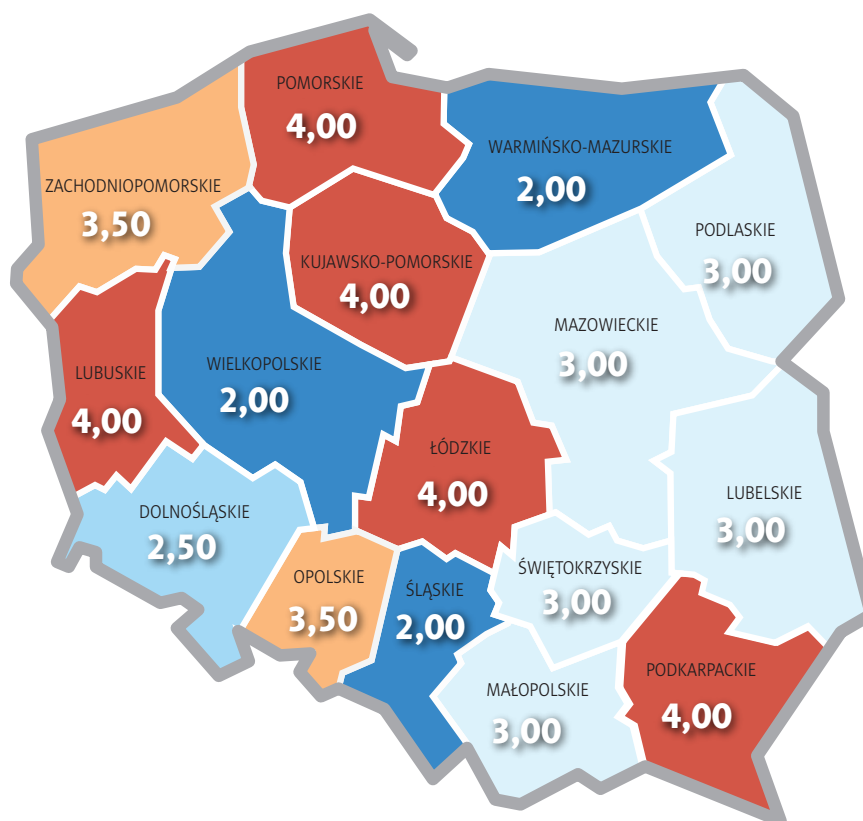
Rycina 6. Mapa kategoryzacji podmiotów, dla których organem twórczym jest samorząd powiatowy, z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia



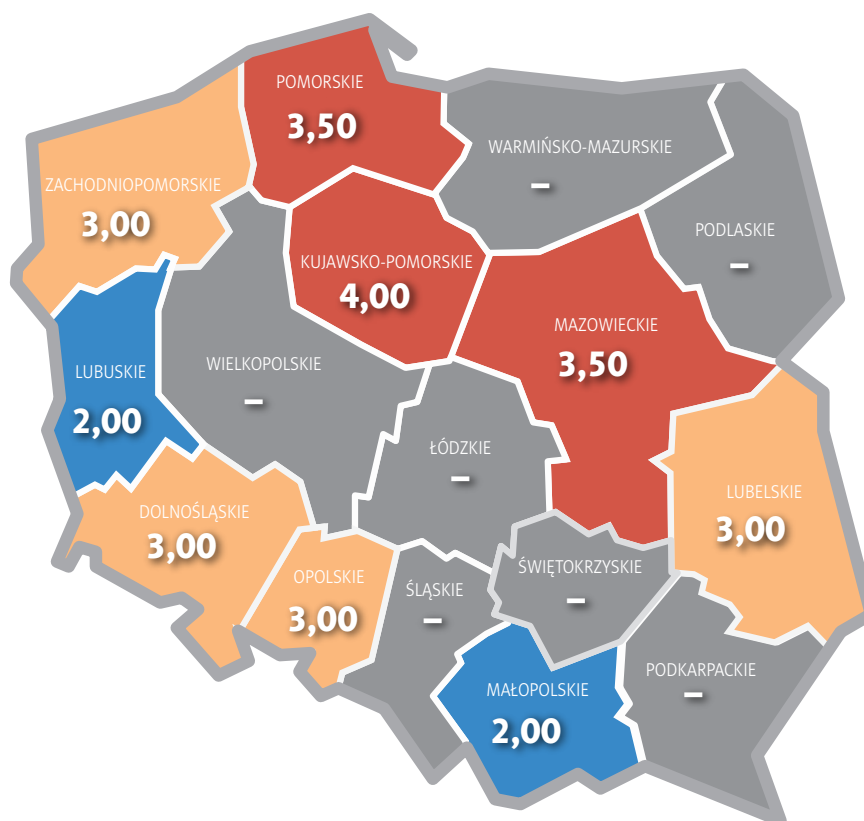
Rycina 7. Mapa kategoryzacji podmiotów, dla których organem twórczym jest osoba prawna, z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia



Rycina 8. Mapa kategoryzacji podmiotów, dla których organem twórczym jest Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia



Rycina 9. Mapa kategoryzacji podmiotów, dla których organem tworzącym jest Ministerstwo Obrony Narodowej, z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia

ację finansową odnotowano w szpitalach Ministerstwa Obrony Narodowej w Żarach i Krakowie (kategoria C).

Parametry medyczne

W nawiązaniu do naszej wcześniejszej publikacji „Płatnik, wydając więcej na sektor publiczny, przyczynia się do zmniejszenia realnego finansowania świadczeń” („Menedżer Zdrowia” 7–8/2019) postanowiliśmy sprawdzić również, czy kategorie mają powiązanie z parametrami działalności medycznej. Przeanalizowano relację pomiędzy kategorią a strukturą świadczeń – forma udzielania świadczeń, czyli hospitalizacje w związku ze świadczeniami, które muszą być wykonane w szpitalu i które mogą być wykonywane w alternatywnych formach (ryc. 10).

Zestawiając wskaźnik świadczeń, które muszą być wykonywane w formie szpitalnej, z kategoryzacją punktową, zaobserwowano pewną zależność. Wszystkie szpitale, które znalazły się w kategorii A i B (ocena w przedziale 3–4), miały przynajmniej 40 proc. hospitalizacji w związku ze świadczeniami, które muszą być wykonane w szpitalu. Im niższy był procentowy wskaźnik hospitalizacji niezbędnych, tym niższą ocenę otrzymywały szpitale w kategoryzacji.

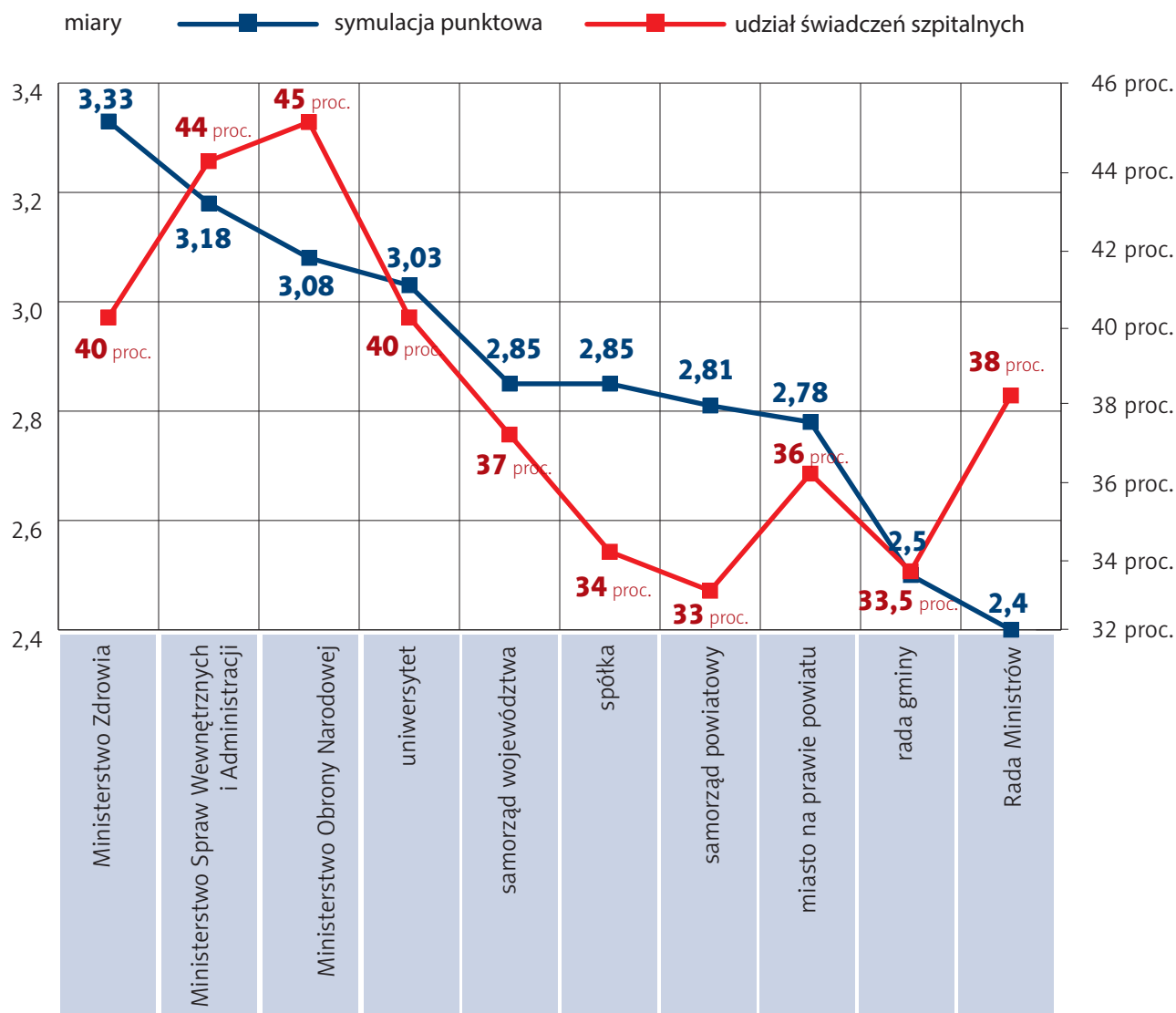
Po raz kolejny potwierdziła się więc teza, że szpitale powinny się skupić na hospitalizacjach dużych

i kompleksowych, a unikać świadczeń, które mogą być wykonane w formie alternatywnej.

Podsumowując – poniższa analiza pokazuje, jak wygląda mapa kategoryzacji szpitali w odniesieniu do poszczególnych województw oraz podmiotu tworzącego. Czy wybranie czterech wskaźników, które będą decydowały o możliwości rozwoju, jest dobrym rozwiązaniem? Oczywiście, że nie. Dobrze, że autorzy zmiany dostrzegli ten problem (jednak warto poczekać na konkretne propozycje w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych). Nie czekając na szczegółowe rozwiązania autorów, jeśli weźmiemy pod uwagę ostatnie zestawienie (ryc. 10), to zasadne wydaje się dołączenie do wskaźników finansowych również wskaźników opisujących działalność medyczną.

Z drugiej jednak strony – patrząc na problem tylko z ekonomicznego punktu widzenia – część szpitali wykonała do tej pory ogrom pracy, który dzięki takiej kategoryzacji został dostrzeżony.

Biorąc pod uwagę największe szpitale, czyli uniwersyteckie i instytuty – kategoryzacja wskazuje prawdziwych liderów, którzy nie bali się podjąć ryzyka reform i niepopularnych decyzji, ale także tych, dla których zawsze winni są inni: a to NFZ, a to ministerstwo, a to załoga, ponieważ nigdy nie mieli



Rycina 10. Analiza porównawcza udziału świadczeń, dla których forma szpitalna jest niezbędna, z kategoryzacją punktową

Źródło: JS Konsulting z wykorzystaniem narzędzia PMZ – Konsultant-it Sp. z o.o., na podstawie bazy danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia

odwagi podjąć ryzykownych, lecz skutecznych działań restrukturyzacyjnych.

Może ta pierwsza odsłona nie jest doskonała, ale z pewnością pokazuje wybitne jednostki i ich zarządzających, którzy udowadniają, że w tych samych warunkach i otoczeniu można znaleźć kompromis pomiędzy zakresem i wysoką jakością realizacji procesów medycznych a zbilansowaniem jednostki, posiadaniem płynności finansowej oraz ograniczaniem długów.

Dlatego uważamy, mimo wcześniejszych uwag, że kategoryzacja jako pierwszy oficjalny, ministerialny rating szpitali może stać się wzorem lub źródłem analiz porównawczych dla organów tworzących, personelu i zarządzających. Dowodzi, że można...

Na stronie internetowej „Menedżera Zdrowia” w lutym 2022 r. opublikowaliśmy ministerialną symulację kategoryzacji 574 placówek zgodnie z projektem ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Gdyby przepisy zaczęły obowiązywać, to 157 szpitali w kategorii C zostałyby objętych „miękką restrukturyzacją”, a do 30 w kategorii D skierowano by komisarzy. Listę można obejrzeć po zeskanowaniu kodu:



Jarostaw Kozera, właściciel firmy JS Konsulting Jarostaw Kozera, były prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ, Magdalena Kozera, analityk biznesowy z JS Konsulting