

Czym przede wszystkim powinni się zająć szefowie szpitali

# Wyzwania 2012



Rok 2012 zapowiada się na niezwykle trudny, choć równocześnie bardzo ciekawy dla polskich szpitali. Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie istotnych problemów w wybranych ważnych obszarach zadaniowych.

fot. 123RF

## Ubezpieczenia i zarządzanie ryzykiem

Zagadnieniem nurtującym wszystkie polskie szpitale są kosztowne polisy ubezpieczeniowe. Nowe uregulowania prawne wprowadzające komisje orzekające oraz pojęcie tzw. zdarzeń medycznych, których nadrzędnym celem ma być poprawa jakości ochrony zdrowia, spowodowały spory niepokój wśród zarządzających. W wielu placówkach zaobserwowano już oznaki nieznanego do tej pory w Polsce zjawiska – medycyny defen-

sywnej. Dyrektorzy notują wzrost kosztów leczenia przede wszystkim z powodu lawinowego zwiększenia się liczby badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych zlecanych z obawy przed posądzeniem o błędy medyczne. Transplantacja skandynawskiego systemu orzeczniczego (zastępującego tam procesy sądowe) do Polski (gdzie procesów i tak jest coraz więcej, a kancelarie prawne reklamują się już na progu szpitali) spowodowała gwałtowny wzrost kosztów ubezpieczeń. Rosz-

czeniowość pacjentów została rozbudzona do poziomu zbliżonego do amerykańskiego. Niestety, polskie placówki dysponują funduszami średnio 10–12 razy niższymi od amerykańskich. Wyzwaniem będzie zatem zapewnienie pieniędzy na nieuchronnie postępującą medycynę defensywną, na zbudowanie podstaw systemu zarządzania ryzykiem, na zapłatę składek ubezpieczeniowych i oczywiście stałe podwyższanie jakości.

### Kapitał ludzki

Jak sprostać wymaganiom NFZ, który żąda – czasem dosłownie, czasem w przenośni – „specjalisty od każdej choroby”. Nasze szpitale muszą poradzić sobie z faktem, że jesteśmy rekordzistami Europy, a może i świata, w liczbie specjalizacji lekarskich. Mamy ich bowiem grubo ponad 70, przy średniej europejskiej wynoszącej 50. Nieustannie słyszymy lamenty, że jest zbyt mało lekarzy w ogóle, a szczególnie specjalistów. Jesteśmy dziwnym krajem, w którym dyrektor szpitala nie powinien ufać kardiologowi leczącemu nadciśnienie, bo jest przecież hipertensjolog (a raczej często go nie ma), czy endokrynologowi zajmującemu się terapią cukrzycy, bo jest przecież diabetolog (a raczej często go nie ma). Ostatnio ze wszystkich stron słychać utyskiwania z powodu braku geriatrów, w tym samym czasie obserwujemy jednak agonię specjalizacji z chorób wewnętrznych, która powinna być filarem każdego szpitala, traktowanym przez NFZ jako podstawa wszystkich obszarów medycyny zachowawczej. Zamiast wykorzystywać specjalistów z dziedzin dodatkowych jako konsultantów, właściwych specjalistów, których mamy w dostatecznej liczbie, np. internistów, deprecjonuje nie tylko NFZ. W kwestii liczby lekarzy jest też wiele niedopowiedzeń. Z aktualnych danych NIL (31.03.2012) ogłoszonych na stronie internetowej wynika, że mamy w Polsce 120 068 lekarzy z ważnym prawem wykonywania zawodu, nie licząc stażystów. To daje niezły jak na warunki europejskie wskaźnik 311 lekarzy na 100 000 populacji (38,5 mln w 2011 r.). Średnia dla EU 27 wynosiła 325 lekarzy na 100 000, według raportu Europejskiej Federacji Szpitali z roku 2011. Opinie menedżerów są w miarę zgodne: lekarzy jest dość, ale z wielu powodów nie można efektywnie gospodarować ich czasem oraz profilem specjalizacyjnym. Kolejnym wyzwaniem jest personel pielęgniarski. W tym wypadku także mamy zbyt dużo specjalizacji, bo ponad 20. Menedżerowie pielęgniarstwa w szpitalach zgodnie twierdzą, że wystarczyłaby połowa. W Unii Europejskiej na 100 000 osób przypada średnio 790 pielęgniarek. Wprawdzie w naszym kraju wskaźnik zarejestrowanych pielęgniarek jest mniej więcej taki sam, ale wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych wynosi tylko 621. I właśnie ten niedobór połączony ze stałym wzrostem średniego wieku praktykujących pielęgniarek to jedno z największych wyzwań dla polskich szpitali w 2012 r. Kolejnym jest kadra techniczna. Do tej pory nie wprowadziliśmy zawodu technologa medycz-



## Andrzej Sokołowski

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Jakie będzie największe wyzwanie dla polskich szpitali A.D. 2012? Przeżyć. Przetrwąć złe skutki wprowadzonego w ubiegłym roku pakietu ustaw. I będzie to dotyczyć zarówno szpitali prywatnych, jak i publicznych. W jednych i drugich pojawiła się bowiem nagła konieczność znalezienia dodatkowych środków na ubezpieczenia. W jednych i drugich wartość polisy będzie odpowiadała 10–20 proc. ogółu środków wydatkowanych na leczenie. Tę sprawę trzeba będzie rozwiązać z dnia na dzień. Podobnie jak problem protestujących lekarzy, którzy nie chcą przedłużać swoich umów refundacyjnych z NFZ. To zagrazi funkcjonowaniu całości szpitali.

Obawiam się przy tym, że kolejne miesiące, a może nawet lata stracimy na gaszeniu podobnych pożarów i nie wprowadzimy fundamentalnych zmian systemowych. Boję się, że nie będziemy ulepszać polskiej ochrony zdrowia, że nie będziemy ulepszać funkcjonowania polskich szpitali. Będziemy bowiem zajmowali się ratowaniem tego, co jest, na dodatek pod rządami ustawy o działalności leczniczej, która na wielu podmiotach wymusi przekształcenia własnościowe. Proces tych przekształceń nie został do końca przemyślany i zaprogramowany, a jego ostateczny skutek pozostaje niewiadomą.

nego czy inżyniera medycznego. Projektowanie, budowanie i remontowanie placówek przebiega pod dyktando lokalnych polityków, lekarzy na stanowiskach kierowniczych i trochę – dyrektorów. Zaczynamy także odczuwać demotywację kadry zarządzającej – nie dość, że zarobki wielu szefów szpitali plasują się w środku stawki lekarzy, to często muszą oni współpracować z mało merytorycznymi, upolitycznionymi organami nadzor-





foto: Archiwum

## Zenon Wasilewski

ekspert Business Centre Club

Największe wyzwanie dla polskich szpitali to poprawa jakości i dostępności opieki medycznej. I to w ramach obowiązujących ram prawnych, bez ich zmieniania, bez nacisku na kolejne nowelizacje. Bo gdy się dokładniej sprawie przyjrzeć, okaże się, że prawo mamy dobre. Zła jest jego egzekucja.

Głównym wyzwaniem – wbrew powszechnemu przekonaniu – nie będzie też zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej czy zakup sprzętu. To problemy ogólnoswiatowe, z którymi w Polsce – lepiej lub gorzej – radzimy sobie. Głównym wyzwaniem będą leki, dostęp do nowoczesnych terapii. Obecnie ekipa rządząca wprowadza w tej dziedzinie radykalny program oszczędnościowy. Dbałość o finanse jest chwalebna, nie można jednak w sprawach oszczędności iść za daleko, nie można „zaoszczędzić się na śmierć”. Bo reperkusje takiego oszczędzania na siłę prędkiej czy później wygenerują nie tylko ludzkie tragedie, ale i kolosalne straty. Przykładem jest choćby ostatnia sprawa dostępności terapii – a raczej jej braku – w przypadku cytostatyków. Czekają nas zatem mozolne dochodzenie do odpowiedniego poziomu oszczędności – poszukiwanie tego poziomu na drodze dialogu i w ramach obowiązujących przepisów. Dają one wystarczające pole manewru wszystkim stronom dialogu, niedorzecznością byłoby ich ciągłe zmienianie, manipulowanie nimi.

czymi. Wyzwaniem będzie doprowadzenie do wzrostu jakości merytorycznej rad nadzorczych czy społecznych oraz zatrzymanie dobrych i odważnych dyrektorów w sektorze szpitalnictwa.

### Finanse

Jak już wspomniałem, polskie szpitale dysponują budżetami wielokrotnie i nieproporcjonalnie niższymi, biorąc pod uwagę dochód narodowy, niż placówki w krajach Europy Zachodniej czy Ameryki Północnej. Równocześnie zaś wymagania wobec nich stale rosną, nie



foto: Damian Kranski/Agencja Gazeta

## Janusz Boniecki

wiceprezes Polskiej Federacji Szpitali,  
prezes Szpitali Tczewskich SA

W tym roku borykamy się z trzema wielkimi wyzwaniami. Po pierwsze – z koniecznością wyasygnowania dodatkowych sum na ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Po drugie – z koniecznością dostosowania się do coraz wyższych wymagań konkursowych NFZ. I po trzecie – nie tylko z prowadzeniem walki konkurencyjnej, lecz także z ułożeniem zasad, na jakich ma się odbywać.

Co do ubezpieczeń od zdarzeń, możemy zwrócić uwagę decydentów na to, że w wymiarze, w jakim narzucone zostały pierwotnie, są nie do udźwignięcia dla wielu szpitali. Możemy też próbować powołać towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych i sami się ubezpieczyć, taniej. Warto próbować obu sposobów naraz. Jeśli chodzi o dostosowanie się do coraz wyższych wymagań konkursowych NFZ, warto zauważyć, że są one często bardzo wyśrubowane – można oceniać, że wyższe niż w Stanach Zjednoczonych i zachodnich, bogatszych krajach Unii Europejskiej. Czemu ma to służyć? Wreszcie problem konkurencji. Szczególnie dotkliwie jest działanie tych firm, które po analizie cenników NFZ „wydziobują” z rynku najlepsze kąski, najlepiej płatne procedury. Nie dziwię się, że tak robią, nie obwiniam, ale najważniejszą przyczyną takiego stanu rzeczy są cenniki fundowane nam przez NFZ „z księżycą”, oderwane od realnych kosztów. Część procedur jest przeszacowana, część niedoszacowana. Gdyby nie te księżycowe wyceny i błędy, nie byłoby „wydziobywania” – decydowałyby jakość, talent, pracowitość.

„ Roszczeniowość polskich pacjentów została rozbudzona do poziomu zbliżonego do amerykańskiego ”

mówiąc już o kosztach działalności. Wielkim problemem w tym roku będzie sprostanie tym wymaganiom oraz rosnącemu zadłużeniu. Dyrektorzy będą musieli walczyć o racjonalizację wymagań wobec placówek pod względem fachowym, sanitarnym czy sprzętowym, zmagać się z często absurdalnymi wymogami, które zwiększają koszty funkcjonowania. W tych zabiegach samotny czy lokalnie zrzeszony szpital będzie miał bardzo małe szanse na skuteczność. Część przekształconych placówek zacznie funkcjonować w zupełnie nowej rzeczywistości, związanej z opodatkowaniem działalności. To też będzie wyzwaniem, coraz powszechniejsze i wymagające fachowości działań, za czym idą dodatkowe koszty. Dużym wyzwaniem będzie oczywiście pozyskanie funduszy na inwestycje i tutaj należy się spodziewać coraz szerszego udziału partnerów prywatnych.

### Infrastruktura

W dziedzinie infrastruktury jest wiele do zrobienia. O kompetentnej kadrze wspomniałem już powyżej. Zasadniczą sprawą stanie się racjonalne projektowanie i wykonywanie remontów, związane z realizacją programów dostosowawczych. W szpitalach, dla których jedynym wyjściem będzie budowa nowych obiektów, problemem staną się koszty inwestycji – zachodnioeuropejskie, w porównaniu z funduszami, które można wypracować – wschodnioeuropejskimi. Podobnie będzie z zakupami wyposażenia, leków i materiałów. Rosnące ceny energii i paliw, przy braku podobnej tendencji w wypadku kontraktów z NFZ, będą powodować ograniczenie możliwości inwestycyjnych.

### Informatyzacja

Informatyzacja to kolejny obszar, w którym należy się spodziewać wielu wyzwań. Szczególnie trudne będzie wprowadzanie elektronicznego rekordu pacjenta, a zwłaszcza jego ważnego elementu, czyli systemu bezpośrednich elektronicznych zleceń lekarskich. Nie dość, że na ten cel potrzeba sporo pieniędzy, to jeszcze należy pokonać tzw. opór materii, i to z wielu stron. Dla przychodni szpitalnych i pracujących w nich lekarzy sporym wyzwaniem jest i będzie wypisywanie recept, ale o tym traktował artykuł mojego autorstwa w poprzednim wydaniu „Menedżera Zdrowia” (2012; 2: 42-44).

### Podsumowanie

Zasygnalizowałem ważne obszary problemowe oraz wybrane wyzwania dla polskich szpitali w 2012 r. Wiele z wymienionych spraw będzie omawianych w trakcie tegorocznej VI Konferencji *Hospital Management 2012* (14–15 czerwca 2012 r.) w Warszawie. Informacje o konferencji znajdują się w niniejszym wydaniu „Menedżera Zdrowia” oraz na stronach internetowych. Większość z wymienionych wyzwań jest wspólna dla placówek o różnym modelu własnościowym, organizacyjnym czy wielkości. Dlatego tak istotny jest wspólny głos szpitali oraz



foto: Archiwum

## Maciej Murkowski

ekspert rynku szpitalnego,  
wykładowca Uniwersytetu Warszawskiego

Kocham powiaty, mam wielki szacunek dla starostów, ale za najważniejsze wyzwanie w polskim systemie szpitalnym uznaję taką przemianę, by część kompetencji w tym zakresie powiatom zabrać. Wiele wyzwań, które trzeba postawić polskiej ochronie zdrowia, przekracza nie tylko możliwości, ale i potrzeby powiatów. Do pełnego zabezpieczenia potrzeb medycznych w bardzo wielu zakresach wystarczy – w zależności od wielkości województwa – jeden do czterech szpitali w regionie. Powiaty natomiast starają się niepotrzebnie zaspokajać wszystkie potrzeby zdrowotne swoich obywateli. Stąd niepotrzebne modernizacje, remonty, rozbudowy, zakupy sprzętu. Dotychczasowy wysiłek powiatów w tym zakresie trzeba lepiej zorganizować, zachęcić je do współpracy w ramach regionu. Czy to na zasadzie odebrania powiatom części kompetencji w zakresie ochrony zdrowia, czy wymuszenia współpracy między nimi poprzez obowiązek wzajemnego koordynowania inwestycji w ramach tego, co lata temu funkcjonowało dobrze: Komisji Oceny Projektów Inwestycyjnych.

Potrzeba nam sieci szpitali o różnym poziomie referencyjności, wzajemnie się uzupełniających. A na poziomie centralnym – wizji, jak powinien funkcjonować polski system ochrony zdrowia jako całość. Tej wizji brak.

działania na rzecz skutecznego rozwiązywania problemów. Polska Federacja Szpitali to najlepsza platforma porozumienia i organizacja pracodawców sektora szpitalnego „ponad podziałami”. Ma wszelkie predyspozycje do pomocy w urzeczywistnianiu dążeń szpitali i ich menedżerów. Dlatego też w imieniu zarządu i rady naczelnej serdecznie zachęcam szpitale do masowego przyłączania się do naszej organizacji szpitalnej. Dodatkowym atutem Polskiej Federacji Szpitali jest członkostwo w Europejskiej Federacji Szpitali, reprezentującej ok. 80 proc. łóżek szpitalnych w Europie, dzięki czemu możliwe jest rozwiązywanie niektórych problemów na forum tej organizacji.

Jarostaw J. Fedorowski  
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali  
i gubernatorem Europejskiej Federacji Szpitali.