

Jak kania dżdżu potrzebujemy szybkiej reformy szpitali

Wszystkie grzechy zaniechania



Coraz szybsze tempo starzenia się społeczeństwa i tym samym zwiększające się potrzeby zdrowotne ludności oraz równie dynamiczny wzrost kosztów nowych technologii medycznych sprawiają, że utrzymanie status quo w zakresie funkcjonowania i organizacji szpitali, tak bardzo sprzyjającego marnotrawstwu ograniczonych funduszy, będzie po prostu niemożliwe.

Z informacji Ministerstwa Zdrowia (MZ) na temat podmiotów leczniczych po 2 latach funkcjonowania ustawy o działalności leczniczej wynika, że tylko 34 z 700 placówek przekształcono w spółki. Samorządy skomercjalizowały 15 powiatowych SP ZOZ, 11 wojewódzkich i 7 miejskich. Szpital w Polanicy-Zdroju (obecnie Specjalistyczne Centrum Medyczne SA) przekształciło MZ – organ założycielski placówki. Nie jest to obraz optymistyczny, ale spowolnienie niezbędnych przekształceń to tylko jeden z wielu problemów. Pamiętajmy, że spółki szpitalne mogą działać efektywnie tylko w sprzyjającej atmosferze, a taką w tym wypadku jest dokonana równoległe decentralizacja płatnika i powstanie kilku niezależnych publicznych i niepublicznych

towarzystw ubezpieczeniowych. Jak wiadomo z ostatnich wypowiedzi członków kierownictwa MZ, decentralizacja NFZ została zatrzymana (nim się rozpoczęła), a przynajmniej maksymalnie spowolniona. Stanowi to duże zagrożenie dla nowo powstałych spółek szpitalnych.

Przerost zatrudnienia

Czy to są jedyne problemy? Jak słusznie stwierdził Jakub Szulc, były sekretarz stanu w MZ, podczas ubiegłorocznego Forum w Krynicy: *Jednym z fatalnych błędów, za które płacimy do dzisiaj, była komunalizacja szpitali bez uprzedniej restrukturyzacji łóżek. {...} W efekcie wypchnięcia leczenia szpitalnego w ręce samorządów dziś płat-*

nik nie może np. skoordynować inwestycji. Wysycenie urzędzeniami PET jest w Polsce większe niż w Niemczech.

Kolejny duży problem to przerost zatrudnienia i wysokie koszty funkcjonowania. Według danych z audytu Grupy Gumułka (katowicka firma konsultingowa, której eksperci na wniosek organów założycielskich kontrolowali szpitale w całej Polsce): „niemal wszystkie szpitale kontrolowane przez niezależnych audytorów mają zbyt wysokie koszty działalności oraz sięgający 20 proc. przerost zatrudnienia. Jednocześnie placówki te często wykorzystują jedynie dwie trzecie swojego potencjału”. Audytorzy stwierdzili, że w prawie każdym kontrolowanym podmiocie było nadmierne zatrudnienie, głównie wśród pracowników niemedycznych. Dotyczyło to najczęściej personelu administracyjnego i technicznego szpitala.

W ocenie ekspertów jest to efekt obowiązującego w służbie zdrowia przez lata – do momentu wprowadzenia kas chorych – systemu finansowania budżetowego, gdzie pieniądze przydzielano na zatrudnienie pracowników według planu tzw. etatów kalkulacyjnych. Brak kontroli i analizy ich wykorzystania doprowadził do wyraźnego przerostu zatrudnienia. To spowodowało znaczne obciążenie wyniku finansowego szpitali i pogorszenie ich konkurencyjności wobec rosnącego prywatnego rynku usług medycznych.

Puste łóżka

Wskaźnik wykorzystania łóżek w większości badanych placówek sięgał 60–75 proc., co w wielu wypadkach świadczy o niewykorzystanym potencjale. Eksperti Grupy Gumułka przyznają jednak, że często zarządcy szpitali wiąże ręce zbyt niski kontrakt z NFZ, który nie pozwala na przyjęcie większej liczby pacjentów. Ponadto mają oni trudności z wyegzekwowaniem zapłaty za tzw. nadwykonania.

Wśród głównych przyczyn problemów finansowych szpitali, oprócz nadmiernych kosztów i wysokiego zatrudnienia, eksperci wymieniają monopol NFZ – jedynego płatnika za usługi medyczne. W większości kontrolowanych szpitali 95 proc. przychodów pochodziło z kontraktu z NFZ. Wysokość kontraktów z roku na rok ulega wyłącznie niewielkim wahaniom, jednak ze względu na presję placową zauważalny jest coroczny wzrost wynagrodzeń pracowników, nawet do 5 proc. Wzrost wynagrodzeń przy porównywalnych przychodach to – zdaniem audytorów – jedna z głównych przyczyn problemów szpitali i pozostałych podmiotów leczniczych.

Długi

W 2013 r. zobowiązania szpitali publicznych wzrosły do ponad 10 mld zł. Dyrektorzy zadłużonych placówek z reguły tłumaczą tę sytuację zbyt niskim kontraktem z NFZ. Wskazują, że trudno wyegzekwować od funduszu pieniądze za wykonane procedury. Zwracają też uwagę na wysokie koszty plac – w ostatnich

„ Decentralizację NFZ zatrzymano (nim się rozpoczęła), a przynajmniej maksymalnie spowolniono ”

latach personel medyczny różnego szczebla wywalczył znaczące podwyżki. Wynagrodzenia to największa bolączka szpitali. Pochłaniają lwią część budżetów – średnio ok. 80 proc. W jednej z warszawskich lecznic wynosiły nawet 104 proc. budżetu, co powodowało, że dyrektor co miesiąc zadłużał placówkę.

Według Adama Kozierkiewicza w placówkach, które poprawiły sytuację finansową, zawsze dochodziło do zwolnień – zwykle redukowano liczbę personelu o 20 proc. Każda wzmianka o zwolnieniach wywołuje jednak ostre protesty związkowców. Trudno im się dziwić – dysproporcje w wynagrodzeniach są ogromne, a na zmianach najbardziej tracą zwykli lekarze i pielęgniarki. Na protestach związkowców nie zależy także władzom samorządowym, które są organami założycielskimi szpitali. Nie chcą one wzbudzać emocji, bo zawsze na horyzoncie są jakieś wybory. Godzą się więc na wiele, ale nie na redukcję personelu lub cięcie pensji.

„ Zła sytuacja szpitali to nie tylko kwestia zbyt małych pieniędzy z państwowej kasy, lecz także niejednokrotnie efekt złego zarządzania i niegospodarności ”

Nie tylko cięcia

Firmy doradcze proponują szpitalom nie tylko cięcia. Lekarze mogą przecież pracować na zmiany, a wtedy zabiegi mogłyby być przeprowadzane także po południu. Dzięki takiemu rozwiązaniu szpital nie tylko o wiele racjonalniej wykorzystywałby sprzęt, lecz także mógłby sporo zaoszczędzić – np. na wypłatach za dyżury lekarzy pracujących po godzinach. Podobne pomysły budzą jednak często sprzeciw, zwłaszcza że wprowadzenie zmian uniemożliwiłoby wielu lekarzom popołudniową pracę w prywatnych gabinetach.

Dzierżawa

Ogromne wątpliwości budzi także dzierżawienie prywatnym firmom sprzętu, sal, a nawet oddziałów szpi-

„ Audytorzy stwierdzili w prawie każdym kontrolowanym szpitalu nadmierne zatrudnienie, głównie wśród pracowników niemedycznych ”

talnych. Szpital w Białymstoku podnajął np. sprzęt do tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego firmie zewnętrznej, by uniknąć kosztów związanych z jego utrzymaniem. W efekcie – co stwierdziła NIK – szpital musiał kupować od firmy usługi diagnostyczne po cenach wyższych, niż gdyby sam je wykonywał. Inny szpital wydzierżawił część budynku firmie, która go wyremontowała, a potem wynajęła szpitalowi, ale już po dwukrotnie wyższej cenie. Dyrektor bronił się, twierdząc, że nie stać go było na sfinansowanie remontu. Problemem jest to, że opłata za wynajem była znacznie wyższa niż koszt remontu.

Patologiczny mechanizm dzierżawienia sprzętu opisała także NIK w jednym z raportów dotyczących działalności szpitali w województwie łódzkim. Dla szpitala w Pabianicach zakup kardiomonitora (156 tys. zł) sfinansowała firma leasingowa Electus, po czym natychmiast wydzierżawiła sprzęt szpitalowi za ponad 234 tys. zł.

Nieporządek

Przedstawiony wyżej obraz niczym nie przypomina uporządkowanego, racjonalnego i planowego działania, a dotyczy szpitali, czyli najbardziej kosztochłonnego elementu opieki zdrowotnej. Czy możemy się z tym godzić i czy tak już musi być? Otóż, jeżeli szybko nie podejmiemy pożądanych działań racjonalizujących, to sytuacja rzeczywiście będzie przypominać krajobraz przed bitwą, w której niestety nie ma szans na wygraną.

Powinniśmy pilnie rozejrzeć się po Europie i przede wszystkim przestudiować optymalny model organizacji i zarządzania szpitalami we Francji. Bardzo pomocne mogą być w tym wypadku kontakty międzynarodowe i wiedza kierownictwa Polskiej Federacji Szpitali.

Wzorzec francuski

We Francji funkcjonowały do niedawna regionalne agencje ds. hospitalizacji (*Agences Régionales d'Hospitalisation* – ARH), zastąpione w kwietniu 2010 r. przez regionalne agencje zdrowia, których zakres kompetencji jest znacznie szerszy. Każdy region opracował własny dokument pod nazwą Regionalna Strategia Organizacji Zdrowotnej (*Schéma Régional d'Organisation Sanitaire* – SROS).

Regionalne agencje zdrowia zarządzają wszystkimi szpitalami w regionie. Odpowiadają za optymalne rozmieszczenie, monitoring procesów restrukturyzacyjnych, planowanie i finansowanie inwestycji oraz finanse i działalność szpitali. W celu obniżenia kosztów funkcjonowania szpitali korzystają z efektu skali, powszechnie stosując rozwiązania w postaci grup zakupowych (leki, sprzęt, materiały budowlane), outsourcingu, scentralizowanej diagnostyki, a także scentralizowanej działalności w zakresie kadr i płac. W efekcie w kraju znacznie bogatszym od Polski znacząco niższe są koszty stałe funkcjonowania szpitali, lepsze wykorzystanie łóżek, wyższa jakość świadczeń.

Współpraca

Szpitaly francuskie także współpracują ze sobą, dzięki czemu nie dublują (jak często dzieje się w Polsce) swoich ofert świadczeń, lecz uzupełniają je.

Agencje francuskie prowadzą regionalną politykę zdrowotną, której realizacja zapewnia optymalną sieć wysokospecjalistycznych ośrodków (leczenia oparzeń, onkologicznych i innych) oraz odpowiedni do potrzeb potencjał łóżek intensywnej terapii w szpitalach opieki krótkoterminowej, a także odpowiedni potencjał szpitali dziennych, długoterminowych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Scenariusz alternatywny

Model francuski wydaje się optymalny dla Polski. Jeżeli jednak w bliskiej przyszłości wprowadzenie go w naszym kraju nie będzie możliwe, to przynajmniej należy opracować przejściowy scenariusz alternatywny. Powinien on polegać na tym, że w województwach funkcję organu założycielskiego wszystkich szpitali przejmą samorządy, które w tym celu winny utworzyć własne regionalne agencje zdrowia.

W wariantcie tym można także realizować wiele celów optymalnego modelu francuskiego. Najważniejszy z nich to odejście od maksymalnie rozproszonej i nieprofesjonalnej funkcji organu założycielskiego, z czym mamy do czynienia w Polsce w szpitalach przypisanych do licznych i nieraz bardzo małych powiatów. Jest to jeden z głównych powodów nieracjonalnego działania szpitali, nadmiernych kosztów ich funkcjonowania i niejednokrotnie dublowania świadczeń.

Myślą przewodnią tego (z założenia dyskusyjnego) artykułu jest głębokie przekonanie, że utrzymanie dotychczasowego stanu rzeczy w zakresie funkcjonowania i organizacji szpitali, tak bardzo sprzyjającego marnotrawstwu ograniczonych funduszy, w obliczu dynamicznego starzenia się społeczeństwa i tym samym szybko rosnących potrzeb zdrowotnych ludności oraz równie dynamicznego wzrostu kosztów nowych technologii medycznych będzie po prostu niemożliwe.

Maciej Murkowski

Autor jest ekspertem w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia.