

Kolejna reorganizacja,  
czyli jak się dostosować  
i nie zwariować



**SZTUKA**

**PRZETRWANIA**

Co mają zrobić dyrektorzy podmiotów leczniczych, by przetrwać na rynku kolejną reformę systemu ochrony zdrowia? Oczywiście dla tych, którzy nie mieli szczęścia lub umiejętności podejmowania trafnych decyzji dotyczących działania własnego szpitala czy przychodni bądź nie dbali, najprościej mówiąc, o pacjenta, personel, inwestycje, równowagę ekonomiczną zakładu i jego wizerunek – wiele już nie da się zrobić. Zasada „nie wiesz, jak się zachować, to zachowaj się porządnie” jest jednak uniwersalna i w systemie rozwijającym się „od reformy do reformy” – czy też, jak wolą inni, „od kryzysu do kryzysu” – często miała zastosowanie i pewnie będzie tak również w przyszłości.

## NALEŻY WSPÓŁPRACOWAĆ ZE WSZYSTKIMI

### – NAWET Z TYMI, KTÓRYCH NIE LUBIMY

W najdogodniejszej sytuacji, by przetrwać zmiany związane m.in. z wprowadzeniem sieci szpitali, znalazły się przede wszystkim te podmioty lecznicze, które oferują szeroki zakres usług medycznych. Przykładowo – najbardziej zagrożeni wprowadzanymi zmianami w ochronie zdrowia czują się szefowie małych placówek, np. szpitali powiatowych. Okazuje się, że te szpitale, które mają zawarte kontrakty z obecnie jeszcze działającym Narodowym Funduszem Zdrowia na wiele świadczeń medycznych (od POZ, poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, stomatologię, rehabilitację leczniczą oraz leczenie psychiatryczne w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, po leczenie szpitalne), najlepiej będą się wkomponowywać w tzw. model opieki skoordynowanej, która staje się obecnie motywem przewodnim ministra zdrowia.

#### Inwestycja w POZ

Szpital, który ma mocno rozwinięty POZ – z lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami i położnymi środowiskowymi, a do tego transportem sanitarnym i medycyną szkolną, jest na wygranej pozycji. Koszty tego rodzaju świadczeń nie są duże, a przynoszą one spore przychody z NFZ, co pozwala na sfinansowanie innych, deficytowych działalności szpitala, np. funkcjonowania oddziałów szpitalnych. Ci dyrektorzy, którzy w swoim czasie nie dali się przekonać do odłączenia POZ od struktury szpitala, dziś święcą tryumfy.

#### Na swoim

Ciekawym przykładem jest chociażby kuchnia szpitalna. Wielu dyrektorów szpitali, podobnie jak w przypadku POZ, zdecydowało się na *outsourcing* żywienia, sądząc, że pozwoli to uratować nadwątlone finanse szpitala. Okazuje się, że tak wcale nie jest. *Outsourcing* kuchni szpitalnej w wielu przypadkach nie przyniósł placówkom większych korzyści finansowych, nie mówiąc już o zimnych i nie zawsze smacznych posiłkach, na które skarżą się pacjenci. Na oryginalny pomysł wpadł dyrektor jednego ze szpitali – jego placówka uzyskała certyfikat na usługi żywieniowe i od kilku lat dostarcza żywność na wesela, komunie i inne przyjęcia. Szpital prowadzi też pawilon handlowy, gdzie sprzedaje zaopatrzenie ortopedyczne. Pieniądze, które udaje się pozyskać z działalności pozamedycznej, są przeznaczane na bieżące potrzeby lecznicy i na inwestycje.

#### Dorobić

Inny szpital zarabia na dzierżawie nieruchomości – wynajmuje sale konferencyjno-dydaktyczne oraz rehabilitacyjne, pomieszczenia na bufet, kawiarnię, kiosk, księgarnię, aptekę i kwaciarnię. Wynajem nieruchomości to najpopularniejsza forma zarabkowania szpitali. Dzięki takiemu gospodarnemu działaniu lecznica inwestuje w nowoczesny sprzęt i ma pieniądze na wysokospecjalistyczne świadczenia. Szpital przechodzi wiele modernizacji i może być na bieżąco dostosowywany do standardów technicznych i sanitarnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. To natomiast przyciąga dobrych specjalistów. I to jest kolejny krok do sukcesu – dbanie o personel.

#### Zespół

Utrzymanie dobrej atmosfery w zespole to nie tylko kwestia dobrej woli, to także obowiązek spoczywający zarówno na pracodawcy i kadrze kierowniczej, jak i na każdym z zatrudnionych. Jednak zgodnie z Kodeksem pracy to na pracodawcy ciąży główna odpowiedzialność za kształtowanie zasad współżycia społecznego w miejscu pracy. Obowiązek budowania dobrych relacji dotyczy stosunków nie tylko między pracodawcą a podwładnymi, lecz także między pracownikami (np. w zakresie rozwiązywania konfliktów). Utrzymanie dobrych relacji wśród pracowników, zwłaszcza w szpitalu, gdzie pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi (lekarze, pielęgniarki, administracja itd.)

**DYREKTORZY, KTÓRZY W SWOIM CZASIE**

**NIE DALI SIĘ PRZEKONAĆ**

**DO ODŁĄCZENIA POZ OD STRUKTURY SZPITALA,**

**DZIŚ STOJĄ NA WYGRANEJ POZYCJI**





**NAJLEPSZĄ RADĄ NA WSZELKIE KŁOPOTY**

**JEST TO, BY KIEROWAĆ SZPITALEM**

**ZGODNIE ZE SZTUKĄ I WIEDZĄ**

**NAUK O ZARZĄDZANIU. TRUIZM? ALEŻ SKĄD**

występuje wiele sprzecznych interesów, nie jest łatwe. Dlatego zadaniem menedżerów jest również kształtowanie właściwej atmosfery w podległym zespole. Przykład idzie z góry, więc najważniejsze jest odpowiednie zachowanie zarządzających wobec podwładnych.

### Monitoring

Niezbędne jest też monitorowanie sytuacji w zespole oraz interwencja w razie konfliktów obniżających efektywność pracy. W jaki sposób można zapobiec konfliktom w zespole? Na pewno pomogą w tym równy podział zadań oraz wsparcie dla współpracowników, a także poszanowanie wspólnej przestrzeni, np. utrzymanie czystości w pracy czy przestrzeganie zakazu palenia. Wszystko to wpływa na dobrą atmosferę. Aby uniknąć konfliktów, należy współpracować ze wszystkimi – nawet z tymi, których nie lubimy. Trzeba pamiętać, że wysokie wynagrodzenie to nie wszystko. Każdy lubi być doceniany i pracować w dobrze zorganizowanym zespole. Tym można wygrać na

rynku pracy, na którym ostatnio coraz częściej to nie pracodawca, ale pracownik ma większą możliwość wyboru.

### Dwa w jednym?

Kolejna rada dla tych placówek, które obawiają się, że nie zostaną objęte siecią szpitalną, to łączenie szpitali. Tak jak każde rozwiązanie, to również ma swoje dobre i złe strony. Łącząc się z innym szpitalem, placówka nie tylko będzie nadal działać, ale też może wiele zyskać – chodzi o korzyści związane z rozszerzeniem rynku, wzbogaceniem oferty, rozwojem usług itd. Z całą pewnością zredukuje też koszty. Działając pod jednym szyldem, można dokonać restrukturyzacji, a także poznać inne sposoby zarządzania. Z całą pewnością dużym atutem jest również możliwość wspólnej pracy nad ulepszeniem świadczonych usług. Jednak oprócz niezaprzeczalnych zalet łączenie szpitali ma również wiele wad. Najczęściej podnoszonym argumentem przeciwko łączeniu placówek jest ten, że tego rodzaju fuzje ograniczają kontrolę nad szpitalem.

Jak zawsze i we wszystkim trzeba znaleźć złoty środek, a najlepszą radą na wszelkie kłopoty jest to, by kierować szpitalem zgodnie ze sztuką i wiedzą nauk o zarządzaniu. Truizm? Ależ skąd. W wielu wypadkach z uporem godnym lepszej sprawy robimy wszyst-

ko, by nie dostrzegać tego prawidła. Jeśli to się opłaca, to tylko na krótką metę.

### Kryzysowy rok

Wyposażeni w tę fundamentalną wiedzę, możemy już tylko czekać na... kolejny kryzysowy czy – jak chcą inni – przełomowy rok. Co się zmieni na pewno, a co być może? Dla pracowników systemu ochrony zdrowia najważniejszym powodem do obaw jest decyzja o niepodwyższaniu publicznych nakładów na zdrowie. Obecnie średnia, do której powinniśmy zmierzać, to 6,8 proc. PKB. Jednakże po raz kolejny mówi się o konieczności „uszczelniania” systemu. To swego rodzaju sugestia, że być może rzeczywiście pieniędzy w systemie jest za mało, ale ważniejszym problemem jest to, że te, które do niego trafiają, są po prostu marnotrawione. Jednakże takie myślenie jest częścią swego rodzaju spirali następujących po sobie zdarzeń, gdyż właśnie niskie nakłady na zdrowie stwarzają warunki do szukania rozwiązań patologicznych. Przykład? Niska wycena świadczeń nakręca spiralę fikcyjnych hospitalizacji, które są jedyną drogą do bezpłatnego i szybkiego zdiagnozowania pacjenta. Wiadomo, że pieniędzy nie będzie więcej.

### Finansowanie budżetowe i likwidacja NFZ

Najważniejszą zmianą, którą zapowiada resort zdrowia, jest finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa. Narodowy Fundusz Zdrowia ma przestać istnieć od stycznia 2018 r. Niektóre jego kompetencje przejmie Ministerstwo Zdrowia. W budżecie powstanie odrębna część przeznaczona na finansowanie ochrony zdrowia. Państwowy fundusz celowy będzie częścią budżetu – z zagwarantowaną określoną ilością pieniędzy. Środki w funduszu będą uzupełniane dzięki wzrastającym etapami nakładom na ochronę zdrowia. Z budżetu celowego finansowane będą świadczenia opieki zdrowotnej oraz refundacja i działalność AOT-MiT. Minister zdrowia będzie sprawował nadzór nad działaniem całego systemu świadczeń zdrowotnych. Będzie też zarządzał refundacją leków, kontraktowaniem świadczeń wysokospecjalistycznych oraz nadzorem nad wojewódzkimi urzędami zdrowia.

### Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej

Do świadczeń medycznych mają mieć dostęp wszyscy obywatele – bez względu na to, czy mają ubezpieczenie zdrowotne. Kwestia uprawnień do świadczeń nie będzie sprawdzana, więc wszyscy potrzebujący będą mieli zapewnioną opiekę.

### Urząd Zdrowia Publicznego

Powstaną też Urząd Zdrowia Publicznego i wojewódzkie urzędy zdrowia (WUZ), które częściowo zastąpią oddziały wojewódzkie NFZ. Zadania regionalne związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych



**PATRZĄC NA NIEKTÓRE NOWE POMYSŁY**

**OD STRONY PRAKTYCZNEJ – WYDAJE SIĘ,**

**ŻE NIE WARTO PONOSIĆ OLBRZYMICH KOSZTÓW**

**REORGANIZACJI SYSTEMU**

mają być realizowane właśnie przez takie wojewódzkie urzędy. Przejmą one kompetencje NFZ w zakresie kontraktowania. Urząd Zdrowia Publicznego ma natomiast skonsolidować rozproszone obecnie agendy zajmujące się zdrowiem publicznym. Jego działania będą merytorycznie wspierane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

### Powstanie sieć szpitali

Szpitaly zostaną podzielone na trzy grupy i stworzą sieć placówek o różnych poziomach wykonywanych zakresów świadczeń. Szpital pierwszego stopnia będzie odpowiadał kilkuoddziałowemu szpitalowi powiatowemu, natomiast trzeci stopień będą tworzyły szpitale kliniczne i specjalistyczne. Placówki określonej kategorii będą miały gwarancję uzyskania kontraktu na konkretne zakresy świadczeń. Będą to kwoty oparte na sumach, jakie szpitale otrzymywały na realizację tych świadczeń w poprzednich latach.





## Zmiany w POZ

W ramach reformy zdrowotnej rząd planuje także zmiany w POZ. Powstaną zespoły podstawowej opieki zdrowotnej, w których skład wejdą lekarze, pielęgniarki, dietetycy, fizjoterapeuci i inni przedstawiciele zawodów medycznych. Zmieni się także sposób finansowania POZ. Poza stawką kapitacyjną lekarze będą mogli również liczyć na dodatkowe wynagrodzenie za opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle. Dostaną też dodatek motywacyjny za prowadzenie działań profilaktycznych i promocję zdrowia. Lekarze rodzinni mają także dysponować tzw. budżetem powierzonym, z którego środki będą przeznaczone na badania diagnostyczne i konsultacje lub leczenie u specjalisty. Przewidziana jest również premia za wyniki. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że zmiany będą wprowadzane stopniowo, w sposób gwarantujący pacjentom bezpieczeństwo zdrowotne, a lecznicom niezakłócone funkcjonowanie. Pierwsza część reformy, dotycząca finansowania szpitali i POZ, zostanie wprowadzona w lipcu 2017 r. Natomiast od 1 stycznia 2018 r., jak wspomniano, przestanie istnieć NFZ, służba zdrowia będzie finansowana z budżetu państwa, powstanie też Urząd Zdrowia Publicznego.

## Pensja za rezultat

Co stoi pod znakiem zapytania? Ministerstwo chce, aby placówki, które ze względów m.in. ekonomicznych zamykały poradnie specjalistyczne, ponownie je otworzyły. Dzięki temu np. operowany chory mógłby zgłosić

się na wizytę kontrolną do lekarza, który opiekował się nim w szpitalu. Na miejscu mógłby też przejść rehabilitację. Pytanie jednak, jak skutecznie zachęcić do tego szpitale. Resort przewiduje następujące rozwiązanie: da placówkom więcej pieniędzy za leczenie w szpitalu i w poradni, ale za to będą one musiały wziąć większą odpowiedzialność za pacjentów. Ponadto ma być jasne, kto wykonuje jakie typy świadczeń. Ma w tym pomóc wspomniany już podział najważniejszych dla opieki zdrowotnej placówek na trzy podstawowe poziomy zabezpieczenia zdrowotnego: lokalny, regionalny i wojewódzki, oraz na trzy poziomy specjalistyczne: pediatrię, onkologię i instytuty. Na podstawie takich wytycznych zostanie zbudowana sieć. Dotychczas np. szpitale powiatowe decydowały się na wykonywanie skomplikowanych zabiegów, do których nie miały odpowiedniego zaplecza, a niewielka liczba tych operacji powodowała, że personel nie miał w nich doświadczenia. Po reformie zmienią się też zasady płacenia za podstawową opiekę zdrowotną. Przy obecnych rozwiązaniach lekarze niechętnie realizują badania, ponieważ na każdego pacjenta mają przeznaczone ok. 150 zł rocznie i suma ta obejmuje zarówno wizyty, jak i właśnie badania. Po zmianach lekarz POZ ma nie tylko wziąć odpowiedzialność za losy pacjenta w swojej przychodni, lecz także być w kontakcie ze szpitalem, a nawet zamawiać wizyty u specjalistów czy rehabilitację. Zespół POZ dostanie stawkę podstawową, dodatek motywacyjny za profilaktykę i promocję zdrowia (liczyć się będzie np. to, czy pacjent schudł albo rzucił palenie)

oraz dodatek za opiekę nad osobami przewlekle chorymi (który został zlikwidowany przez poprzedni rząd). Osobne pieniądze POZ dostanie w ramach budżetu na badania diagnostyczne i leczenie specjalistyczne. Przy tym ewentualne oszczędności (np. na liczbie badań) nie spowodują, że w budżecie przychodni zostanie więcej pieniędzy. Czy to się uda? Na pewno nie wszyscy medycy zmienią nawyki, ale warto zaznaczyć, że tym razem zmiany nie są realizowane w kontrze do POZ, a z propozycją zastosowania systemu motywacyjnego wyszło samo środowisko lekarzy rodzinnych.

### Szpitala poza siecią

Pozostaje pytanie, co się stanie ze szpitalami, które znajdują się poza siecią. Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że „podmioty niezakwalifikowane do systemu będą miały relatywnie mniejszą szansę na uzyskanie finansowania”. Dodatkowo nakłady zostaną przekierowane na przyszpitalną ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (poradnia kardiologiczna, cukrzycowa itp.). Spowoduje to najpewniej, że będą zanikać samodzielne – i z reguły niepubliczne – placówki. Z jednej strony ułatwi to koordynowanie opieki nad pacjentem po wypisaniu go ze szpitala, z drugiej zaś sprawi, że specjaliści niezadowoleni z warunków pracy (mający np. 50 pacjentów na 8 godzin pracy w poradni przyszpitalnej) odejdą do sektora prywatnego, a przywiązani do nich pacjenci będą nadal płacić z własnej kieszeni. Tymczasem ma powstać równoległy system opieki koordynowanej przez POZ, który otrzyma specjalny budżet na diagnostykę i konsultacje specjalistyczne w AOS. Pomysł jest bardzo dobry, tylko pojawiają się pewne wątpliwości praktyczne, m.in. kto ma prowadzić pacjenta specjalistycznego, skoro zarówno POZ, jak i szpital będą kierować go do poradni.

### Znaczenie konkurencji

Obywatele, stanowiąc o sobie, powinni być odpowiedzialni za własne zdrowie, które często jest pochodną stylu życia, odżywiania itp. Zadaniem państwa jest edukowanie w zakresie profilaktyki oraz zachęcanie do własnych inwestycji w ochronę zdrowia. Niedocenianym, a ważnym elementem w mechanizmach współpłacenia za usługi medyczne jest wybór dokonywany przez pacjenta, poprzedzony oceną danej placówki, gabinetu i lekarza. Konkurencja jest wskazana także, jeśli chodzi o jakość obsługi, skuteczność leczenia czy stosowanie metod diagnostycznych. W wielu krajach mamy przecież konkurujących ze sobą ubezpieczycieli, którzy wykupują świadczenia i kontrolują ich jakość. Bez takich chociażby minimalnych wpływów rynku dojdzie do marnotrawienia środków.

### Co wolno wojewodzie...

Po likwidacji NFZ dużą część jego kompetencji przejmie minister. Instytucja płatnika, kontraktujące

go i rozliczającego świadczenia opieki zdrowotnej, nie przejdzie jednak do lamusa. Tę funkcję mają pełnić nowo utworzone wojewódzkie urzędy zdrowia (uwaga: nie należy ich mylić z urzędami wojewódzkimi), którym za kilkanaście miesięcy przypadną niektóre obowiązki obecnie wykonywane przez oddziały wojewódzkie NFZ. Będą one nadzorowane przez ministra zdrowia. Zadania WUZ skoncentrują się na: finansowaniu służby zdrowia na szczeblu wojewódzkim, kontraktowaniu części zakresów świadczeń, nadzorowaniu działań szpitali, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i POZ oraz tworzeniu, realizacji i nadzorze nad wykonaniem planu finansowego opieki zdrowotnej dla województwa. Dyrektor WUZ będzie powoływany na wniosek wojewody. Wojewoda ma kontrolować WUZ w zakresie realizacji regionalnych priorytetów polityki zdrowotnej i kształtu wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych.

W sensie ideowym zmiana jest korzystna, ponieważ kontrola państwa nad NFZ była utrudniona. Patrząc na niektóre nowe pomysły od strony praktycznej – wydaje się, że nie warto ponosić olbrzymich kosztów reorganizacji systemu. To może (choć nie musi) być zmiana pozorna, gdyż nie poprawi jakości szpitalnego jedzenia i nie skróci kolejek, w których czekają pacjenci.

### Ratownictwo medyczne

Ratownictwo medyczne ma się stać „bardziej publiczne niż dotychczas”. Umowy na świadczenia zdrowotne będą wykonywały tylko samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe oraz spółki kapitałowe z co najmniej większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub publicznych uczelni medycznych. Karetki będą jeździć bez lekarzy. Przepisy zwiększają wpływ ministra i wojewodów na funkcjonowanie systemu PRM oraz wprowadzają wymóg zatrudniania członków zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych wyłącznie poprzez nawiązanie stosunku pracy. Zaproponowano rezygnację ze specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na rzecz zespołów podstawowych w minimum trzyosobowym składzie. Środki na realizację zadań powierzonych przez wojewodę dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ będą przekazywane w formie dotacji celowej z budżetu państwa. Czas pokaże efekty podjętych działań.

Pytania dotyczące funkcjonowania ochrony zdrowia po zmianach, które zostały przedstawione powyżej, to zapewne nie jedyne wątpliwości. Ważne jest, by znaleźć na nie skuteczną odpowiedź.

*Greta Kanownik  
Autorka jest ekspertem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie oraz kierownikiem Działu Administracji Medycznej w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Brzesku.*