

Fot. iStockphoto.com

Tytuł jest oczywistą prowokacją. Podstawą systemu ochrony zdrowia powinna być podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Choć zmiany wywołane epidemią koronawirusa mogą spowodować, że funkcję tę rzeczywiście przejmą szpitale, którym zostaną powierzone kolejne obowiązki z zakresu POZ.

Dlaczego kolejne? Bo nocna i świąteczna pomoc lekarska i pielęgniarska zarówno stacjonarna, jak i wyjazdowa została już dorzucona szpitalom sieciowym pierwszego stopnia. Nawet jeśli nie chciały, musiały ją zorganizować, żeby wejść do sieci i uzyskać ryczałtowe wynagrodzenie. Jeszcze gdy pobierałem nauki o zarządzaniu w ochronie zdrowia, uczono mnie, że system ochrony zdrowia obrazowo można przedstawić w formie piramidy (ryc. 1).

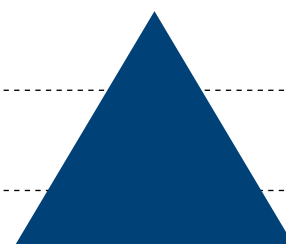
Podstawę tej piramidy powinni stanowić świadczeniodawcy (aktualnie bardziej poprawna nazwa to podmioty lecznicze), jakimi są lekarze rodzinni lub generalnie POZ. To najliczniejsza grupa podmiotów – lekarzy rodzinnych lub praktyk lekarzy rodzinnych, zlokalizowanych najbliżej pacjenta, by zapewnić dobry dostęp do świadczeń. Najtańsza w utrzymaniu, gdyż nie wymaga skomplikowanej infrastruktury budowlanej oraz kosztownego wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. Druga warstwa piramidy to podmioty realizujące ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) – lekarze specjaliści, którzy przejmują pacjenta od POZ

i po pogłębionej diagnostyce leczą go ambulatoryjnie (łącznie z małymi zabiegami), a następnie odsyłają do lekarza POZ w celu prowadzenia dalszego leczenia według już ustalonego planu. No i najcięższy kaliber systemu ochrony zdrowia – szpitale. Do nich pacjenci powinni trafiać naprawdę w ostateczności, gdy leczenie, a zwłaszcza wyleczenie pacjenta z danej choroby nie jest możliwe na dwóch wcześniejszych poziomach. Wiadomo, że szpital to bardzo rozbudowana infrastruktura. Działka „uzbrojona po zęby”, grunt pod budynek lub zespół budynków zwykle o dość znacznej

Szpitalnictwo

AOS

POZ



Rycina 1. System ochrony zdrowia

**USTAWA O SIECI SZPITALI****OBOWIĄDUJE DO KOŃCA CZERWCA 2021 R.****CO PO TEJ DACIE?****CZY NADAL BĘDZIE SIĘ SZPITALI,****TYLKO Z MODYFIKACJAMI?****CZY BĘDZIE NOWA DEFINICJA****SZPITALA SIECIOWEGO****I NOWA KWALIFIKACJA DO SIECI?**

kubaturze. Sieci i instalacje wszelkiej maści. Aparatura medyczna, niejednokrotnie o wielomilionowej wartości. Wszystko to musi być zasilane, ogrzewane, sprzątane, malowane, przeglądane i konserwowane oraz remontowane. Wymieniane na nowe lub bardziej nowoczesne ze względu na starzenie się techniczne lub technologiczne. Infrastruktura szpitalna powinna spełniać wymogi stosownych przepisów i oczywiście oczekiwania użytkowników – pacjentów i personelu. To kosztuje i musi kosztować. Dlatego trudno znaleźć oddział, na którym koszt pobytu, bez kosztów terapii, jest niższy niż 200–300 zł na dobę. Główny składnik kosztów leczenia to wynagrodzenia personelu medycznego i pozostałego. Ten składnik stale rośnie. Ze względu na zaplanowany wzrost wynagrodzeń, ze względu na brak tych pracowników na rynku pracy (dotyczy to głównie lekarzy i pielęgniarek, jak w przypadku szpitala w Wieluniu – położnych i pielęgniarek neonatologicznych) oraz z powodu epidemii koronawirusa.

Podobny podział, oparty na schemacie piramidy, można zastosować do szpitali. Podstawę będą stanowiły głównie szpitale powiatowe i miejskie. Samych powiatowych jest ok. 300. Środek piramidy to placówki wojewódzkie i specjalistyczne, a na szczycie są szpitale kliniczne oraz instytuty. Powyższa logika hierarchii obowiązuje niezależnie od sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia – budżetowego (z podatków) czy ze składek ubezpieczonych.

Przepraszam czytelników „Menedżera Zdrowia” za tak trywialny sposób opisu systemu ochrony zdrowia, zapewne znany większości. Większości praktyków, którzy mają do czynienia z zarządzaniem szpitalem lub innym podmiotem systemu ochrony zdrowia. To jednak nie praktycy mają decydujący lub choćby jakikolwiek wpływ na to, jak ewoluuje system ochrony zdrowia. Uważam, że za chwilę będzie on pokonywał kolejny zakręt w historii swoich zmian od 1999 r., kiedy to (z ostatnim dniem 1998 r.) rozstano się z budżetowym systemem finansowania oraz wprowadzono samodzielność i samofinansowanie zakładów opieki zdrowotnej. Będzie to zapewne jeszcze jedna, może trochę większa,

ale jednak „naprawa”. Ile jeszcze razy będzie i może być naprawiany ten system?

Przesłanki skłaniające do takiego wniosku:

- zmiany, które zaszły po odejściu ministra Łukasza Szumowskiego,
- sytuacja epidemiologiczna związana z koronawirusem,
- sytuacja szpitali sieciowych i jednoimiennych w realizacji ryczałtu i kontraktów z NFZ,
- koniec obowiązywania ustawy o sieci szpitali w czerwcu 2021 r.

**Zmiana ministra zdrowia**

Zmianę na stanowisku ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, który był lekarzem, na ekonomistę Adama Niedzielskiego oceniam pozytywnie. Niedzielski to absolwent Szkoły Głównej Handlowej, który ukończył dwa kierunki: ekonomię oraz metody ilościowe i systemy informacyjne. Doktor nauk ekonomicznych. Jest ekspertem z zakresu zarządzania publicznego. Zwłaszcza ta ostatnia cecha wróży dobrze zmianom, które przed nami. Mam nadzieję, że popatrzy na system całościowo – z góry, a nie będzie dokonywał wrywkowych zmian małych elementów i to dopiero wówczas, gdy się pali. Jako ekonomista powinien przy podejmowaniu decyzji opierać się na liczbach, zwłaszcza strategicznych. Mieszanka zarządzania publicznego, nauk ekonomicznych i finansów oraz systemów informacyjnych powinna dać dobry efekt. Zwłaszcza że wcześniejsza praca nowego ministra w NFZ pozwoliła mu poznać problemy, z którymi będzie się zmagał. Prezydent podpisał ustawę o tzw. pionizacji NFZ. Wcześniej NFZ stracił samodzielność, niezależność od Ministerstwa Zdrowia. Teraz samodzielność stracą wojewódzkie oddziały Funduszu, stając się strukturami bezpośrednio podlegającymi prezesowi NFZ. Centralizacja, za którą nie przepadam, ma swoje wady, ale ma też zalety związane z unifikacją czy standaryzacją działań. Z kolei standaryzacja jest podstawowym narzędziem w metodologii Lean – najbardziej efektywnego sposobu wykonywania danego procesu, biorąc pod uwagę czas, koszt i jakość. Porównałbym standaryzację oddziałów wojewódzkich NFZ do sieci McDonald's czy KFC. Nieważne w jakiej jesteśmy placówce, wszędzie proces obsługi przebiega tak samo. Jeżeli NFZ ma wrócić do organizacji konkursów na świadczenia zdrowotne, standaryzacja powinna dać pozytywny efekt. Podobnie jak sposób rozliczania udzielonych świadczeń czy proces kontroli podmiotów leczniczych. Warunkiem, żeby tak było, jest bardzo sprawnie zarządzana organizacja.

**Sytuacja epidemiologiczna**

Obecnie, po doświadczeniach z pierwszych miesięcy epidemii COVID-19, wszyscy w systemie ochrony zdrowia jesteśmy mądrzejsi, a szpitalnictwo szczególnie. Nie było lekarstwa na tę chorobę i praktycznie

nadal go nie ma. Nie było szczepionki przeciw SARS-CoV-2 i zapewne nie będzie jej wcześniej niż w ciągu 2 lat. Personel medyczny nie miał umiejętności postępowania z pacjentami z podejrzeniem zarażenia koronawirusem i leczenia zakażonych. Również z umiejętnością zabezpieczenia się pracowników ochrony zdrowia przed zakażeniem było bardzo różnie. Przez 6 miesięcy obcowania z koronawirusem obyliśmy się z tym. Wiemy, że wcale nie jest tak łatwo się zarazić, jeżeli przestrzega się kilku zasad: minimalizowanie czasu kontaktu bezpośredniego, zachowanie dystansu oraz stosowanie zabezpieczenia indywidualnego. Dostosowanie infrastruktury szpitala do wymogów izolacji w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia personelu i pacjentów to jednak kolejne nieprzewidziane wydatki oraz wyższe koszty, których nikt nie planował. Po początkowym chaosie związanym z brakiem środków ochrony indywidualnej – maseczek chirurgicznych, przyłbic, rękawiczek oraz kombinezonów i fartuchów z flizeliny, obecnie jest mniejszy problem z zaopatrzeniem. Za to w zakresie kosztów mamy eksplozję wzrostu cen sprzętu jednorazowego użytku, którego zużywa się w szpitalu mnóstwo. Cena netto pudełka rękawiczek nitrylowych potrafiła podskoczyć z 12 zł do 45 zł. Opłata za odbiór kilograma odpadów medycznych wzrosła trzykrotnie. Zwiększyły się nie tylko ceny środków ochrony indywidualnej, lecz także ich zużycie. To dodatkowy koszt zabezpieczenia się przed koronawirusem, który zapewne będzie nam towarzyszył już na stałe. Problemem jest też to, że pacjenci przestraszeni możliwością zakażenia się koronawirusem starają się unikać szpitali, jak tylko mogą. Na ich wyobraźnię działały informacje o zamykaniu na czas określony z powodu zakażenia kolejnych oddziałów lub komórek organizacyjnych szpitala. W placówce, którą zarządzam, dotyczyło to czterech oddziałów oraz apteki. Te przypadki po analizie zespołu ds. epidemii dały nam wiedzę, jak się lepiej zabezpieczyć przed takimi sytuacjami. Likwidacja części wejść do szpitala, wprowadzenie pomiaru temperatury i wywiadu przy pozostałych wejściach oraz organizacja izolatorów spowodowały, że już się nam nie zdarza wyłączanie z funkcjonowania oddziałów. Wiemy jednak, że zarażać koronawirusem może nawet osoba niemająca żadnych objawów, dlatego nie ma stuprocentowo pewnego sposobu zabezpieczenia się przed zarażeniem.

### Realizacja ryczałtu i kontraktów z NFZ

Jeśli chodzi o realizację przychodów przez szpitale, sytuacja jest – krótko mówiąc – niepokojąca i przyprawia zarządzających o ból głowy. Lockdown wprowadzony na początku epidemii oraz zalecenia płynące z Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej czy od konsultantów krajowych i wojewódzkich były jednoznaczne – wstrzymać wszelką planową działalność leczniczą i ograniczyć



Fot. iStockphoto.com

**NA KONIEC CZERWCA ŚREDNIA REALIZACJA**

**ŚWIADCZEŃ W RAMACH RYCZAŁTU PRZEZ SZPITALA**

**TO 78 PROC. PLANU. NAJNIŻSZE WARTOŚCI TO 72 PROC.,**

**NAJWYŻSZE DO 85 PROC. POJEDYNCZE SZPITALA**

**ZREALIZOWAŁY RYCZAŁT W 100 PROC.**

się do ratowania życia i zdrowia. Zbawieniem, które może „załatwić” finansowo szpitale, było zaliczkowe płacone przez NFZ jednej dwunastej wartości kontraktu lub ryczałtu niezależnie od tego, ile świadczeń i o jakiej wartości placówka zrealizuje. Za wrzesień nie dostaniemy już zaliczki, wystawimy fakturę na faktycznie zrealizowane świadczenia. Biorąc pod uwagę, że NFZ w pierwszej kolejności zaliczy je na poczet świadczeń niewykonanych od marca do lipca, może się okazać, że realnego wpływu pieniędzy nie będzie wcale. Trudno mi sobie wyobrazić taką sytuację, ale jest to możliwe. Wiceprezes NFZ ds. medycznych Bernard Waśko podczas spotkania z dyrektorami zrzeszonymi w Ogólnopolskim Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych (w OZPSP zrzeszonych jest 146 z prawie 300 szpitali powiatowych) 25 sierpnia poinformował, że NFZ nie może od 5 września płać szpitalom zaliczek. Nie ma podstawy prawnej. Ma to nas – szpitale powiatowe – zmobilizować do powrotu do udzielania świadczeń zdrowotnych na poziomie sprzed ogłoszenia epidemii. Również do odrobienia strat powstałych od marca. Na pytanie, jaka jest realizacja świadczeń w ramach ryczałtu przez szpitale w kraju, odpowiedział, że według danych na koniec czerwca średnia realizacja to 78 proc. planu. Najniższe wartości to 72 proc., najwyższe do 85 proc. Pojedyncze szpitale zrealizowały ryczałt w 100 proc. W mojej placówce to prawie 70 proc. Różnicowanie jest duże zarówno regionalnie, jak i pomiędzy poszczególnymi szpitalami. Fundusz rozważa wydłużenie okresu rozliczeniowego do końca pierwszego półrocza 2021 r. Biorąc pod uwagę argumenty przytoczone przeze mnie wcześniej, będzie to bardzo

**W ZNACZNIE GORSZEJ SYTUACJI**

**NIŻ SZPITALA SIECIOWE SĄ TE,**

**KTÓRE BYŁY PRZEKSZTAŁCONE W JEDNOIMIENNE.**

**W WIELU WYPADKACH NIE SĄ W STANIE**

**ODTWORZYĆ ODDZIAŁÓW,**

**KTÓRYCH DZIAŁALNOŚĆ ZAWIESIŁY.**

**LEKARZE ZNALEŻLI SOBIE INNE AKTYWNOŚCI**

**I NIE CHCĄ WRACAĆ NA STARE ŚMIECI,**

**PACJENCI SĄ WYSTRASZENI**

trudne albo wręcz niemożliwe, nawet po wydłużeniu okresu rozliczeniowego do końca czerwca 2021 r. Pacjenci obawiają się zakażenia koronawirusem i zgłaszają się do szpitala, gdy naprawdę muszą. Nie zgłaszają się lub przekładają hospitalizację lub wizytę w poradni AOS na okres późniejszy. Obserwujemy to szczególnie w zakresie operacji wszczepienia endoprotez. POZ wystawia swoim pacjentom znacznie mniej skierowań do lekarzy specjalistów. Dlatego obserwujemy zmniejszenie liczby udzielanych porad w AOS. Czy mamy realny wpływ na to, żeby powrócić do udzielania takiej liczby świadczeń jak przed epidemią?

W znacznie gorszej sytuacji niż szpitale sieciowe są te, które były przekształcone w jednoimienne (zakaźne). W wielu wypadkach nie są w stanie odtworzyć oddziałów, których działalność zawiesiły w celu dostosowania placówki do leczenia pacjentów z COVID-19. Lekarze znaleźli sobie inne aktywności i nie chcą wracać na stare śmieci. Pacjenci są jeszcze bardziej wystraszeni, mają większe obawy przed hospitalizacją w placówce, która była kojarzona do końca sierpnia tylko jako szpital zakaźny. Poziom organizacji szpitali, z niewielkimi wyjątkami, nie należy u nas do najwyższych. Przekształcenie w szpital jednoimienne, a teraz powrót do stanu poprzedniego (ale z modyfikacjami), w tak krótkim czasie powoduje organizacyjny chaos, w którym trudno odnaleźć się pracownikom, a tym bardziej pacjentom. Czy w tej sytuacji jest możliwość powrotu do liczby świadczeń sprzed epidemii? Według mnie prawdopodobieństwo takiego scenariusza nie przekracza 30 proc.

### Ustawa o sieci szpitali

Jak wspominałem, ustawa obowiązuje do końca czerwca 2021 r. Co po tej dacie? My – zarządzający szpitalami – nie wiemy. Czy nadal będzie sieć szpitali, tylko z modyfikacjami? Czy będzie nowa definicja szpitala sieciowego i nowa kwalifikacja do sieci? Zanim jednak to nastąpi, sen z powiek spędza nam przetrwa-

nie roku 2020. O problemach w realizacji ryczałtu już pisałem. Większość placówek podstawowego szpitalnego zabezpieczenia pierwszego poziomu ma rozkład ryczałtu i świadczeń pozaryczałtowych w proporcji 50 do 50. Jest jednak znaczna grupa jednostek, dotyczy to zwłaszcza małych szpitali powiatowych, w których ponad 90 proc. przychodu pochodzi z ryczałtu. Wyliczenie ryczałtu na nowy okres dla tych i dla pozostałych szpitali sieciowych jest strategiczną informacją. Obowiązuje wzór zawarty w przepisie, tylko sytuacja diametralnie się zmieniła. Według wzoru, jeżeli szpital zmieści się z realizacją kontraktu za 2020 r. w widełkach od 98 do 102 proc. ryczałtu z poprzedniego okresu rozliczeniowego, otrzyma ryczałt na 2021 r. o wartości 100 proc. ryczałtu z okresu poprzedniego. Ale podałem za wiceprezesem NFZ, że według stanu na koniec czerwca średnie wykonanie to 78 proc. Lipiec i sierpień to miesiące wakacyjne, a w grudniu również obserwujemy spadek hospitalizacji, głównie z powodu okresu świątecznego. Zarządzający zwykle realizowali strategię polegającą na wykonaniu świadczeń ponad plan w pierwszym półroczu, którymi uzupełniali niewykonanie planu w drugim półroczu. Tym sposobem mogli planować wykonanie ryczałtu. Epidemia rozpoczęła się w marcu. Zapewne nie pozwoliła większości szpitali na wykonanie świadczeń ponad plan. Wstrzymanie działalności, gdy ogłoszono lockdown, zamknięcie oddziałów z powodu zakażeń, ubytek pracowników z powodu zakażeń, przebywania na kwarantannie lub w izolacji, obawa pacjentów przed szpitalem oraz sezonowość przyjęć w drugim półroczu zapewne nie umożliwiły do teraz i nie umożliwią odrobienia strat do końca roku. Czy zapowiadane nałożenie się na epidemię koronawirusa zwiększonej zachorowalności na grypę pozwoli na odrobienie strat? Może to być dodatkowy problem, który jeszcze przed nami. Objawy grypy i COVID-19 są praktycznie takie same. Pacjent w obawie o zdrowie zwykle będzie te objawy kojarzył raczej z zakażeniem SARS-CoV-2 niż z grypą i będzie oczekiwał badania w kierunku koronawirusa. Czy gdy wzrośnie liczba badań, laboratoria będą w stanie je wykonać? Jako zarządzający szpitalami nie znajdujemy odpowiedzi na te pytania.

W systemie ochrony zdrowia jestem od 1993 r., czyli już 28. rok. Od początku w szpitalnictwie. Wcześniej pracowałem w przedsiębiorstwach komercyjnych na stanowiskach inżynierskich. Pierwszym szpitalem była dwuoddziałowa placówka (interna i pediatria) w mieście liczącym niewiele ponad 6 tys. ludności. Gmina miała mniej niż 15 tys. mieszkańców. Placówka została przekształcona w szpital rehabilitacyjny i nadal funkcjonuje. Jaką teraz wybrać strategię, żeby szpital przetrwał? Wiem, że na to pytanie sam sobie muszę odpowiedzieć.

Janusz Attachowicz  
dyrektor Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu