

Brak koordynacji rozmieszczenia podmiotów leczniczych na terenie Polski, a tym samym również rozmieszczenia szpitali powiatowych oraz zakresów świadczeń, które realizują, powoduje, że mamy do czynienia z nadpodażą usług zdrowotnych w sytuacji, gdy na terenie tego samego powiatu funkcjonują dwa szpitale, np. powiat bytowski, czarnkowsko-trzcianecki. Również bliska odległość dwóch szpitali powiatowych (20-30 km) leżących jednak w dwóch różnych powiatach, może powodować nadpodaż usług zdrowotnych.

Z drugiej strony, co ujawnia się szczególnie podczas procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez szpitale na kolejny rok, okazuje się, że większość szpitali posiada potencjał kadrowy, sprzętowy i lokalowy zwykle o 10 do 30% wyższy od tego, co w ramach kontraktu oferuje płatnik. Skoro Fundusz, ze względu na swoje zasoby finansowe, nie jest w stanie płacić za świadczenia udzielona poza limitem wynikającym z kontraktu, to jaki sens ma utrzymywanie od 10 do 30% potencjału, który nie jest wykorzystywany?

Niezależnie od tego, czy ten potencjał wykorzystujemy, czy nie, ponosimy koszty, tzw. stałe - wynagrodzenia personelu, ogrzania, oświetlenia, sprzątnięcia i konserwacji pomieszczeń oraz utrzymania aparatury medycznej w sprawności. Można zaryzykować twierdzenie, że pozbycie się tego potencjału pozwoliłoby obniżyć koszty funkcjonowania szpitali o 10 do 30%. Podobna sytuacja dotyczy potencjału poszczególnych oddziałów sąsiednich szpitali. Dwa sąsiadujące ze sobą szpitale prowadzą jednakowe oddziały szpitalne, np. ginekologię z położnictwem i pediatrię. Każdy z oddziałów, ze względu na wartość uzyskanych kontraktów z Funduszem, angażuje do ich wykonania tylko 70% posiadanego potencjału. W jednym szpitalu lepszy jest oddział pediatryczny, a w drugim ginekologiczny. Segmentacja usług, polegająca na tym, że jeden szpital oddaje drugiemu pediatrię przejmując od niego ginekologię, ma sens ze względu na to, że w każdym z tych szpitali po reorganizacji potencjał będzie lepiej wykorzystany, a tym samym zmniejszą się koszty ich funkcjonowania.

Każdy szpital, ze względu na konieczność utrzymania całodobowej gotowości do udzielania świadczeń (np. gotowość bloku operacyjnego), ponosi z tego tytułu koszty utrzymania tej gotowości. Musi ponadto spełniać wiele innych, określonych w przepisach wymagań, by móc udzielać świadczeń zdrowotnych. Ma więc określone koszty stałe z tego wynikające. Aby zrealizować kontrakt zawarty z Funduszem, musi jeszcze ponieść koszty zmienne, związane z realizacją tych usług - koszty zużywanych leków, diagnostyki, sprzętu medycznego jednorazowego użytku oraz koszty związane z pobytami pacjentów - np. wyżywienie, pranie, usługi komunalne. Aby pokryć te koszty stałe i zmienne szpital powinien zawrzeć kontrakt o odpowiedniej wartości, przewyższającej wartość tych kosztów. Jeżeli tak nie jest, gdyż Fundusz, dla danej populacji ludności obsługiwanej przez ten szpital, przeznacza tylko takie środki, to może oznaczać, że szpital ma za duży potencjał lub kontrakt jest zbyt mały.

Wartość kontraktu jest zależna od populacji ubezpieczonych zamieszkałych w obszarze, który ten szpital obsługuje. Prowadzi to do wniosku, że aby szpital mógł prowadzić działalność i z uzyskiwanych przychodów pokrywać swoje koszty, musi obsługiwać odpowiednio dużą populację ludności. Wykonywane szacunki wskazują, że szpital powiatowy, posiadający w swojej strukturze 4 podstawowe oddziały, blok operacyjny oraz intensywną terapię, powinien obsługiwać populację liczącą co najmniej 100 tys. ludności. W praktyce jest tak, że istnieje wiele szpitali powiatowych o takim profilu medycznym, które funkcjonują w powiatach liczących od 40 do 60 czy 70 tys. ludności. Ta populacja ludności „nie wytworzy” zapotrzebowania na taką ilość świadczeń zdrowotnych, żeby pokryły one koszty funkcjonowania tego szpitala. Dlatego konsolidacja szpitali, zwłaszcza szpitali powiatowych jest nieuchronna. Zbyt duże koszty stałe w stosunku do kosztów zmiennych wymuszają taki kierunek zmian.

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: niedziela, 02, marzec 2014 15:39

Rafał Rudka

Odśloni: 1972

---

Wiele szpitali powiatowych, które obsługują zbyt małą populację ludności nie będzie w stanie samodzielnie się utrzymać. Konsolidacja, lub choćby współpraca w ramach konsorcjum dwóch lub więcej szpitali, gdzie można obniżyć koszty stałe, głównie związane z zarządem (administracją) wydają się jedynym rozsądnym rozwiązaniem. Podobne działania prowadzą prywatni właściciele, którzy zarządzają siecią kilku lub kilkunastu szpitali. Natomiast nie widać żadnych oznak ze strony ustawodawcy, żeby podejmował działania systemowe idące w tym kierunku. A to oznacza, że te działania powinny podejmować podmioty sprawujące nadzór nad podmiotami leczniczymi. W niektórych województwach, marszałkowie podejmują już takie próby konsolidacji, jednak poddawane są im tylko szpitale, dla których marszałek jest podmiotem sprawującym nadzór.

*Źródło: materiał powstał w ramach projektu "Innowacyjna i sprawna administracja" współfinansowanego ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowanego przez Związek Powiatów Polskich; autor: Janusz Atłachowicz*