



**Dylematy zarządzania opieką szpitalną –  
efektywność ekonomiczna  
czy efektywność terapeutyczna?  
Jak narzędzia zarządcze mogą zmieniać  
rzeczywistość lecznictwa zamkniętego...**

**7 października 2012, Symposium CEESTAHC**



# Jakie będą konsekwencje „ekonomizacji” medycyny?

„Uniwersytet to nie firma, a księgowość nie jest królową nauk”

Prof. Marcin Pałys, Rektor UW

**A czy szpitale to firmy?**

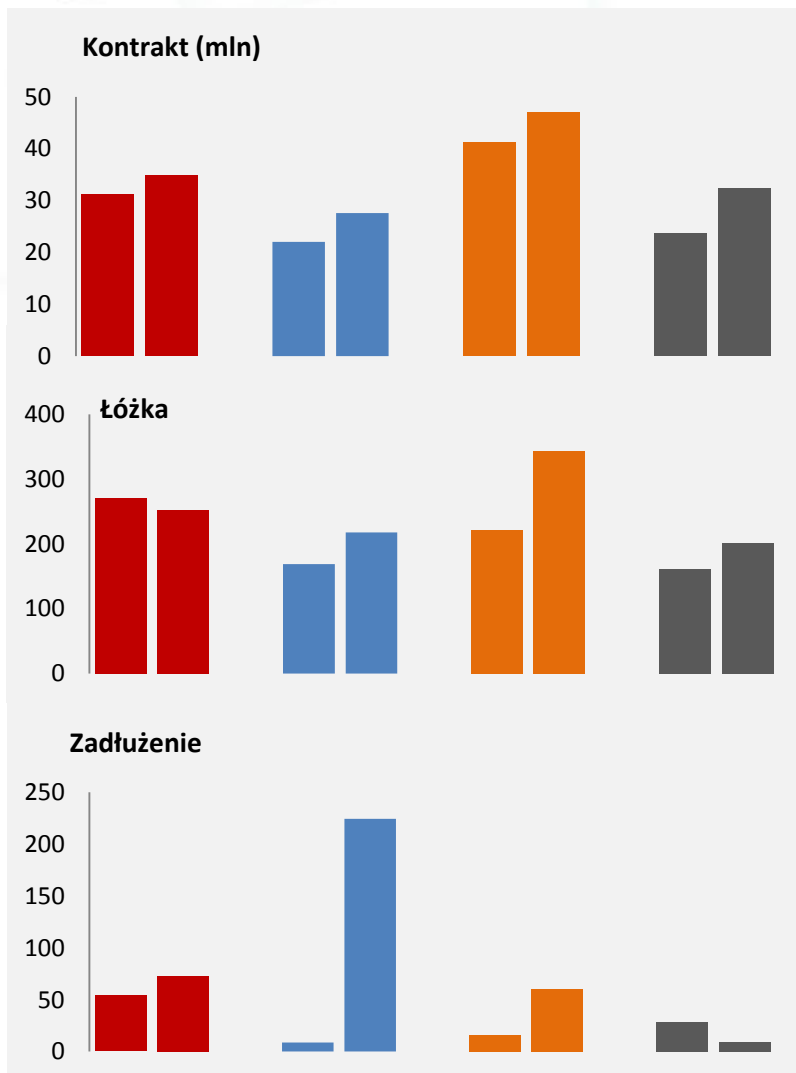


## Studium przypadku

- Do analizy wytypowaliśmy **4 pary** „bliźniaczych” szpitali wśród blisko **70** szpitali, których dane posiadamy :
  - o podobnej strukturze
  - zlokalizowanych w tym samym województwie
  - zbliżonej wielkości kontraktu
  - zbliżonej liczbie łóżek
- Szukaliśmy szpitali, które mimo dużego podobieństwa różnią się znacząco osiąganymi wynikami
- Chcieliśmy odpowiedzieć na pytanie: z czego wynikają różnice i gdzie tkwią potencjalne rezerwy rentowności w analizowanych szpitalach?**



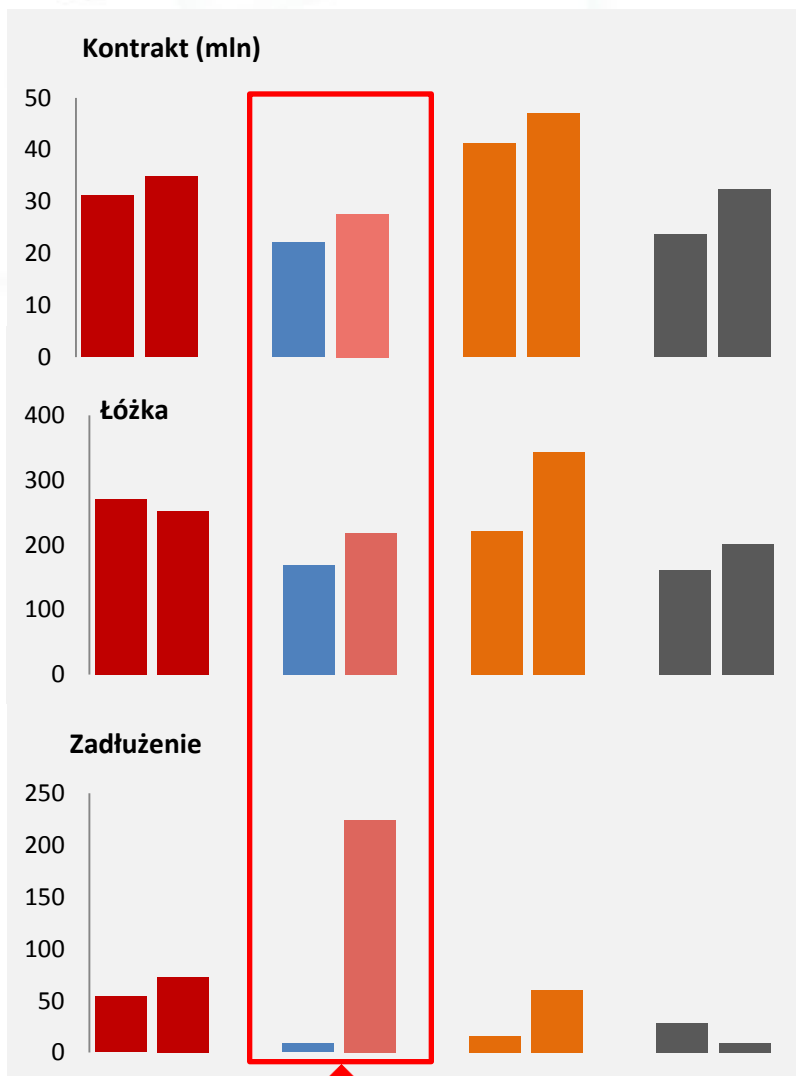
# Wybór szpitali do analizy



- Para 1A, 1B: województwo południowe, odległość od stolicy województwa 60-70 km
- Para 2A, 2B: województwo wschodnie, odległość od stolicy województwa 100-130 km
- Para 3A, 3B: województwo południowe, odległość od stolicy województwa 30 km, powiaty graniczą ze sobą
- Para 4A, 4B: województwo północne, odległość od stolicy województwa 100-130 km



# Wybór szpitali do analizy



Para 1A, 1B: województwo południowe, odległość od stolicy województwa 60-70 km,

Para 2A, 2B: województwo wschodnie, odległość od stolicy województwa 100-130 km

Para 3A, 3B: województwo południowe, odległość od stolicy województwa 30 km, powiaty graniczą ze sobą

Para 4A, 4B: województwo północne, odległość od stolicy województwa 100-130 km

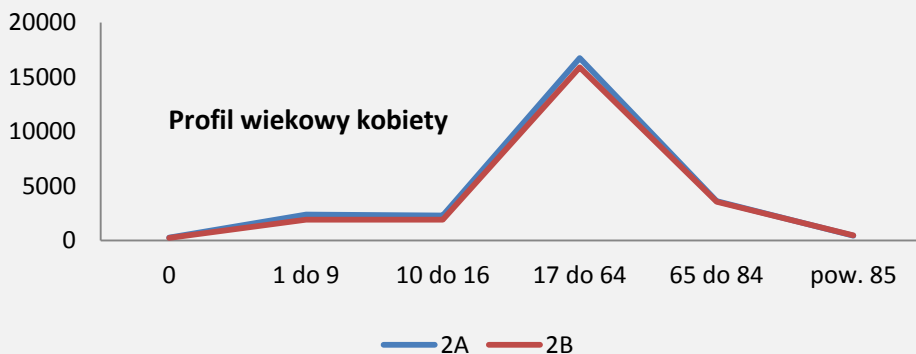
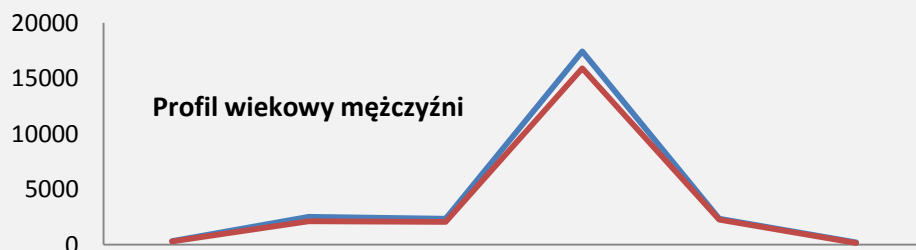
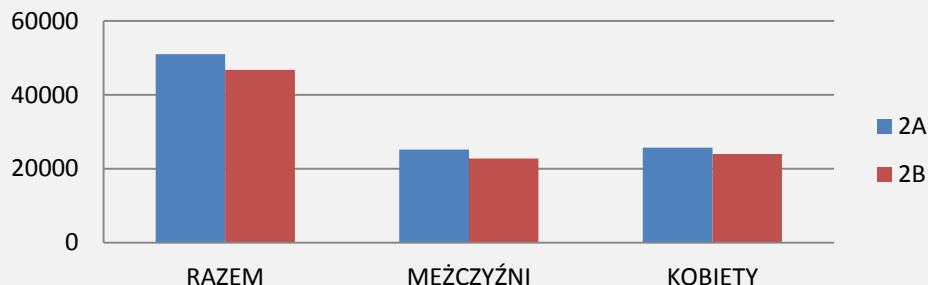
Skąd wynikają różnice w zadłużeniu?



# Hipoteza 1; odmienne otoczenie



Ludność powiatów



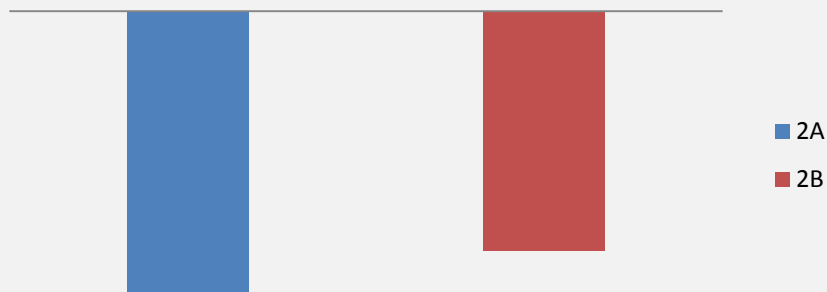
**Raport „Otoczenie”:**  
Powiaty w których są zlokalizowane szpitale **2A** i **2B** są do siebie bardzo zbliżone wielkością i demografią. Nie ma zewnętrznych przyczyn uzasadniających różnicę w zadłużeniu



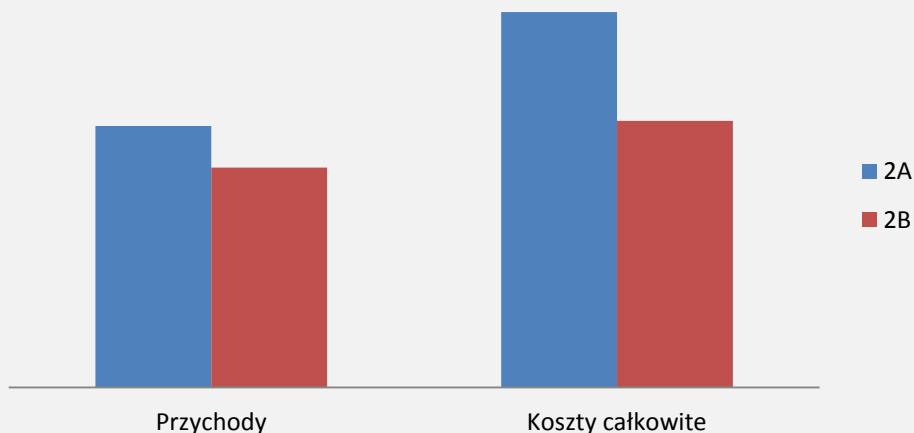
## Hipoteza 2; rentowność



Rentowność



Przychody i koszty

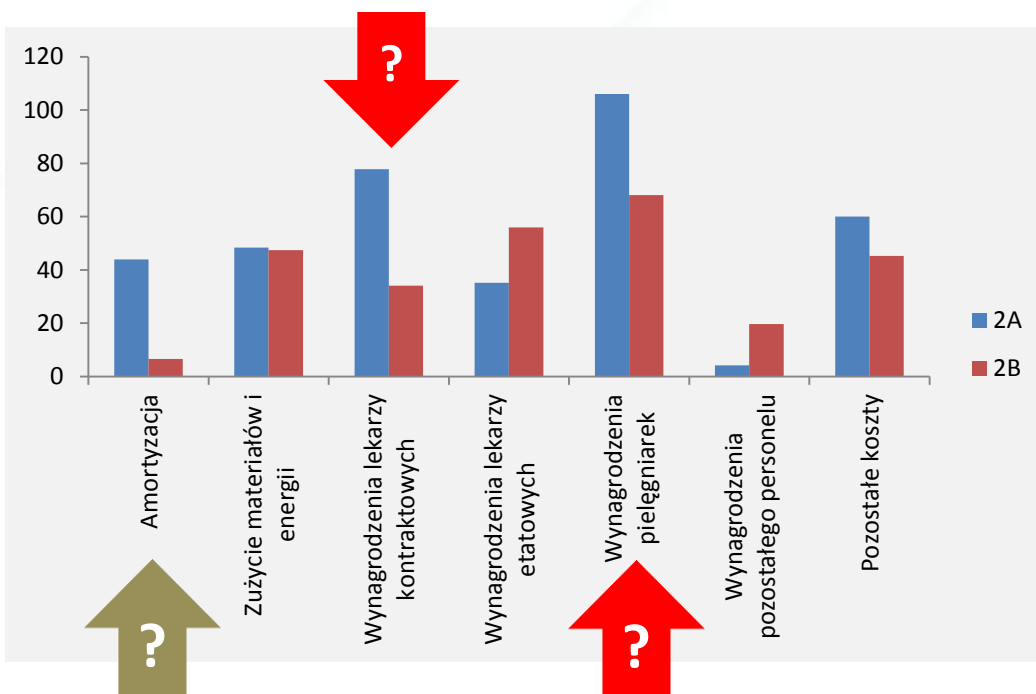


**Raport „Benchmark”:**  
Zadłużenie szpitala **2B** nie wynika z bieżącej rentowności. Szpital **2A** ma gorszą rentowność narastająco za 10 miesięcy.

Z czego wynikają różnice w kosztach i rentowności?



# Analiza rodzajów kosztów na poziomie całego szpitala

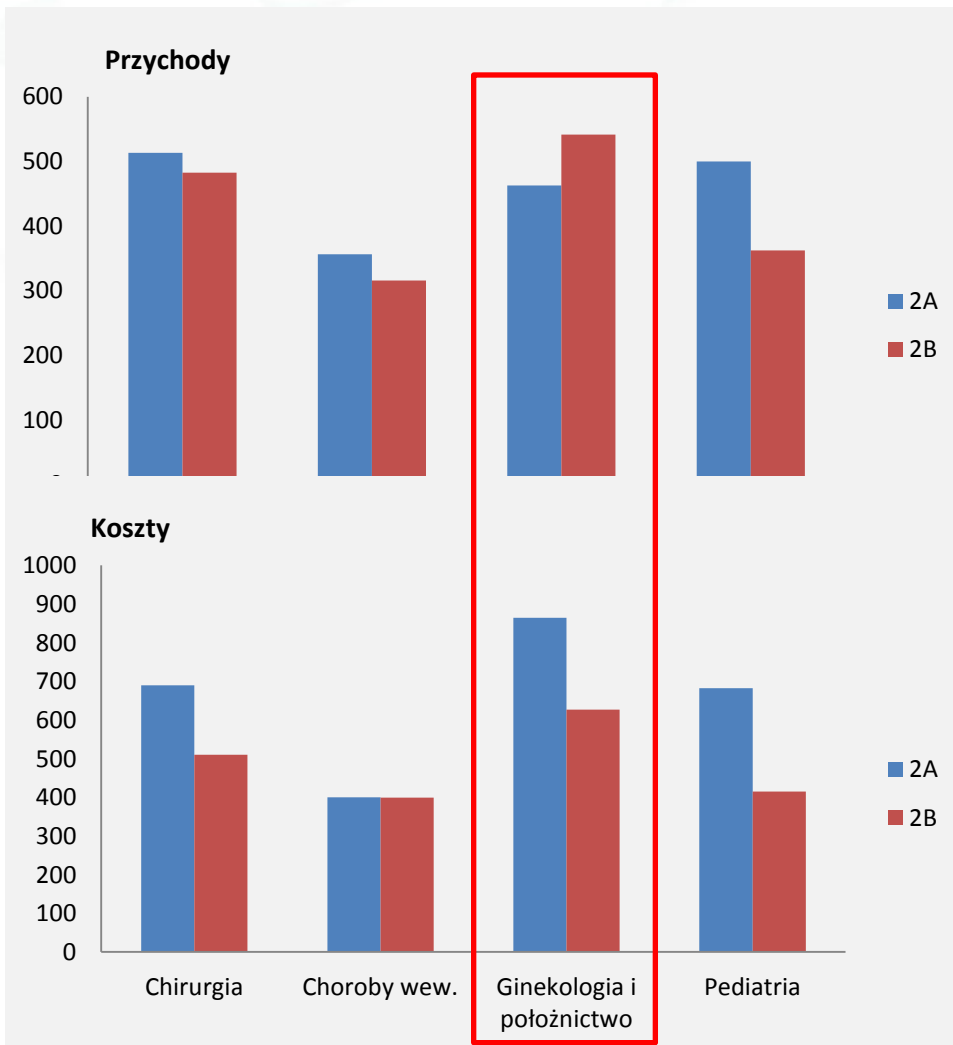


**Raport „Benchmark”:**  
Zadłużenie szpitala **2B** nie jest związane z dużymi inwestycjami. Szpital **2A** ma znacznie większe koszty lekarzy kontraktowych i pielęgniarek. Szpital **2B** ma większe koszty lekarzy etatowych ale nie uzasadnia to różnic w kosztach całego szpitala





# Analiza według oddziałów



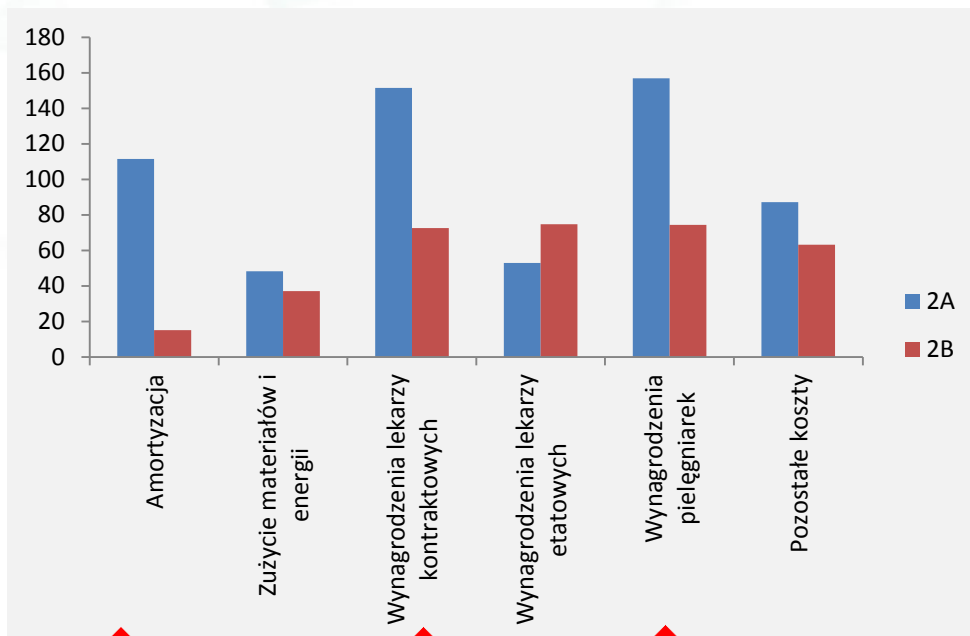
**Raport „Benchmark”:**  
Szpital **2A** ma na oddziale ginekologiczno-położniczym wyższe koszty i mniejsze przychody

Pogłębiona analiza oddziału gin.-poł.





# Koszty oddziału gin.-poł.



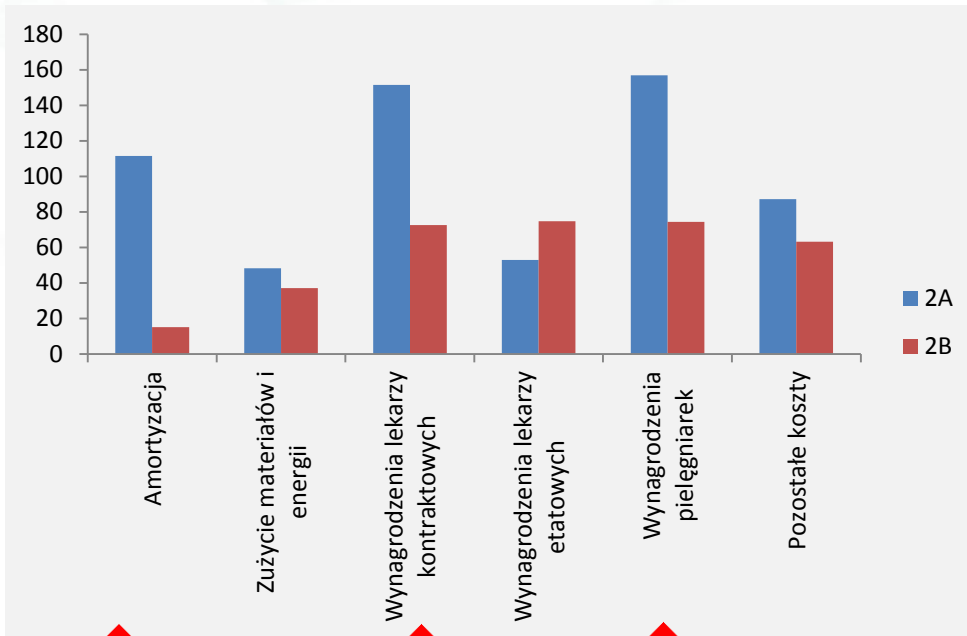
**Raport „Benchmark”:**  
Wyższe koszty oddziału ginekologiczno-położniczego w Szpitalu **2A** są związane z wyższymi kosztami pracy



Czy jest to uzasadnione czynnikami zewnętrznymi?



# Koszty oddziału gin.-poł.

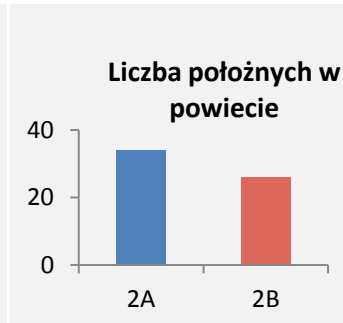
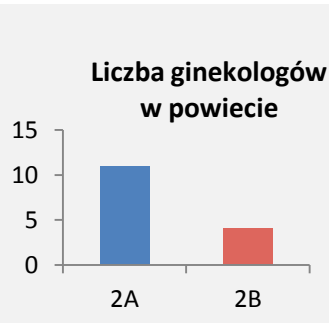


## Raport „Benchmark”:

Wyższe koszty pddziału ginekologiczno-położniczego w Szpitalu 2A są związane z wyższymi kosztami pracy.

## Raport „Otoczenie”:

**Nie wynika to z niedostatecznej liczby lekarzy specjalistów i pielęgniarek w powiecie.**





## Podsumowanie studium przypadku

- Jakie są powody różnic w wynikach szpitali 2A i 2B?
  - wąsko rozumiane zarządzanie kosztami, inne w 2A i 2B?
  - większy nacisk ze strony władz powiatu 2B na wyniki?
  - „pozamerytoryczne” decyzje wobec personelu w 2A?
  - próba dostosowania się szpitala 2A do potrzeb zdrowotnych w powiecie poprzez inwestycje i wyższe kwalifikacje personelu?
  - czy oba szpitale dostarczają usługi na tym samym poziomie jakościowym?**



# Pułapka zarządzania wyłącznie przez finanse

- Był to „finansowy” przykład podejścia do zmiany w zarządzaniu szpitalami:
  - jesteśmy w stanie racjonalnie porównać parametry finansowe
  - nie mamy wiedzy jak parametry finansowe przekładają się na jakość
- To zapewne dobrze, że szpital stara się poprawić rentowność, ale...
- ... **nic nie wiemy o jakości leczenia w szpitalach 2A i 2B. Nic nie wiemy o zdrowotności populacji obsługiwanej przez te szpitale.**
- Co więcej, nie wiemy nic o zdrowotności „wejściowej” (od której może zależeć potencjał rentowności szpitala), ani o „wynikowej” (zależy ona od jakości pracy szpitala)



# Jaki jest obecny paradygmat ochrony zdrowia w Polsce?

- Paradygmat jest taki sam dla całego systemu i dla badanych szpitali:
  - Ani system, ani szpital nie mogą generować strat, bo tego wymagają „właściciele”, którzy nie mają z czego dokładać.
  - A zatem i system, i szpital zarządzają kosztami tak, żeby tej straty nie generować.



## Nie mamy miar dotyczących skuteczności leczenia

- Nie ma pomiaru** jak **system/szpital** realizują cele w zakresie skuteczności leczenia.
- Czasem** sprawdza się „miękką” satysfakcję pacjentów (POZ, AOS, firmy abonamentowe).
- Rzadko mierzy się** skuteczność leczenia poszczególnych procedur (nowe leki i niektóre procedury) **na poziomie systemu** (HTA).
- Na poziomie szpitali nie mierzy się** (poza małymi wyjątkami) parametrów efektywnościowych innych niż finansowe.
- Jakie to ma konsekwencje?**



# Szpital jest zależny od wielu interesariuszy

Pacjenci/prawnicy/media –  
przypadki, sensacje

Właściciele (samorządy/prywatni) -  
rentowność

NFZ – kontrola, ograniczanie  
wzrostu kosztów NFZ

Personel – organizacyjne  
status quo, płace



Halo!? Czy jest tu ktoś zainteresowany systemową skutecznością leczenia?





## Jakie są możliwości poprawy rentowności szpitala?

prosta optymalizacja kosztów, „oczywista”  
restrukturyzacja = *low hanging fruits*

„procesowe”  
podnoszenie  
efektywności

„antyselekcja”  
i podobne  
zachowania

zmiana struktury  
w kierunku  
dobrze płatnych  
usług  
= *cherry picking*



# Jakie są możliwości poprawy rentowności szpitala?



prosta optymalizacja kosztów, „oczywista”  
restrukturyzacja = *low hanging fruits*

Benchmarking  
finansowy



„procesowe”  
podnoszenie  
efektywności

„antyselekcja”  
i podobne  
zachowania

zmiana struktury  
w kierunku  
dobrze płatnych  
usług  
= *cherry picking*



# Jakie są możliwości poprawy rentowności szpitala?

prosta optymalizacja kosztów, „oczywista”  
restrukturyzacja = *low hanging fruits*



Benchmarking  
finansowy



„procesowe”  
podnoszenie  
efektywności

„antyselekcja”  
i podobne  
zachowania

zmiana struktury  
w kierunku  
dobrze płatnych  
usług  
= *cherry picking*



Benchmarking  
jakościowy,  
narzędzia HTA



## Jakie mamy wyzwania?

- Szpitale mierzone wyłącznie parametrami finansowymi doprowadzą do głębokich patologii systemowych
- Nie mamy danych do oceny skuteczności leczenia poszczególnych szpitali, na poziomie szpitali nie mierzy się żadnych parametrów efektywnościowych poza finansowymi
- Nie ma narzędzi motywujących szpitale do zwiększania skuteczności leczenia



## Co robić?

- Dobrać miary oceniające skuteczność systemu i zacząć zbierać dane niezbędne do tych miar
- Wymusić *benchmarking* jakościowy wśród świadczeniodawców
- Finansować rozwój narzędzi analitycznych i HTA dla szpitali
- Rozpocząć pomiar stopnia wdrożenia już istniejących rekomendacji



# PCSM Polskie Centrum Statystyki Medycznej

## Bardzo dziękuję!



**Stefan Bogusławski**  
Partner Zarządzający

(+48) 605 203 300  
*stefan.boguslawski@sequence.pl*

PCSM

ul. Górczewska 30, 01-147 Warsaw

Phone: (+48) 22 886 47 15

fax (+48) 22 638 21 29

E-mail: [marek.gembal@pcsm.pl](mailto:marek.gembal@pcsm.pl)

[www.pcsm.pl](http://www.pcsm.pl)

© Dariusz Kula - Studio™ [www.fotokula.pl](http://www.fotokula.pl)

