



**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?

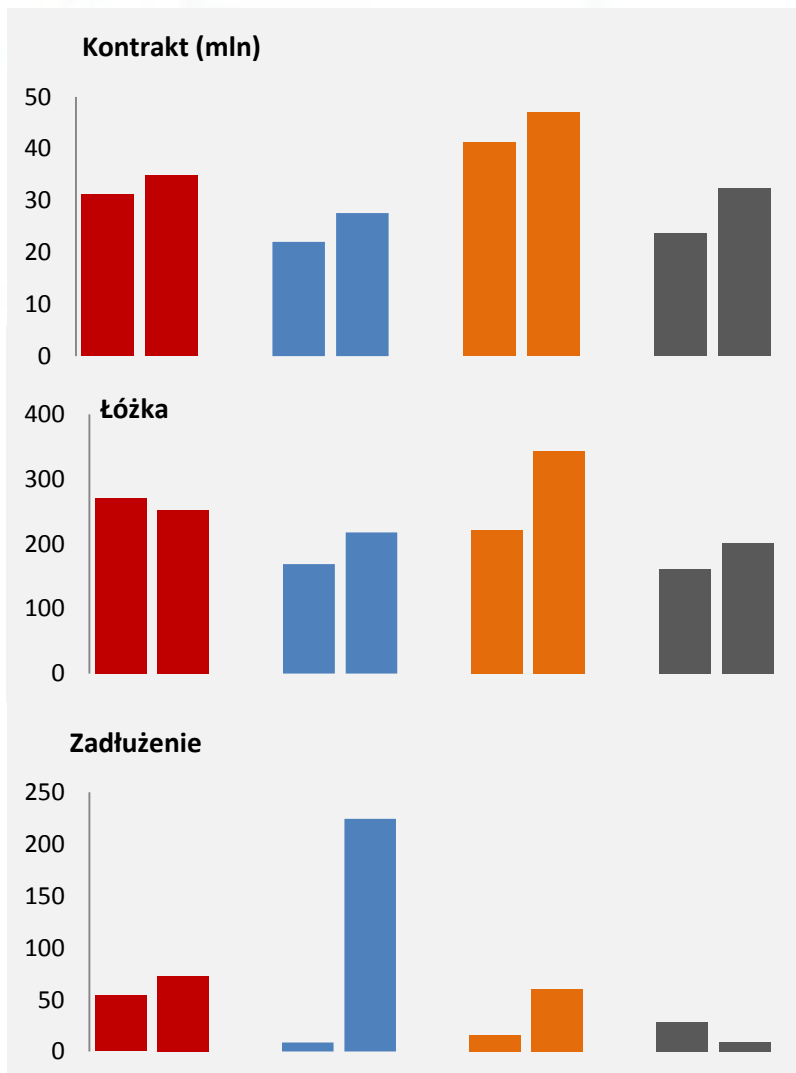


Studium przypadku

- 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?**



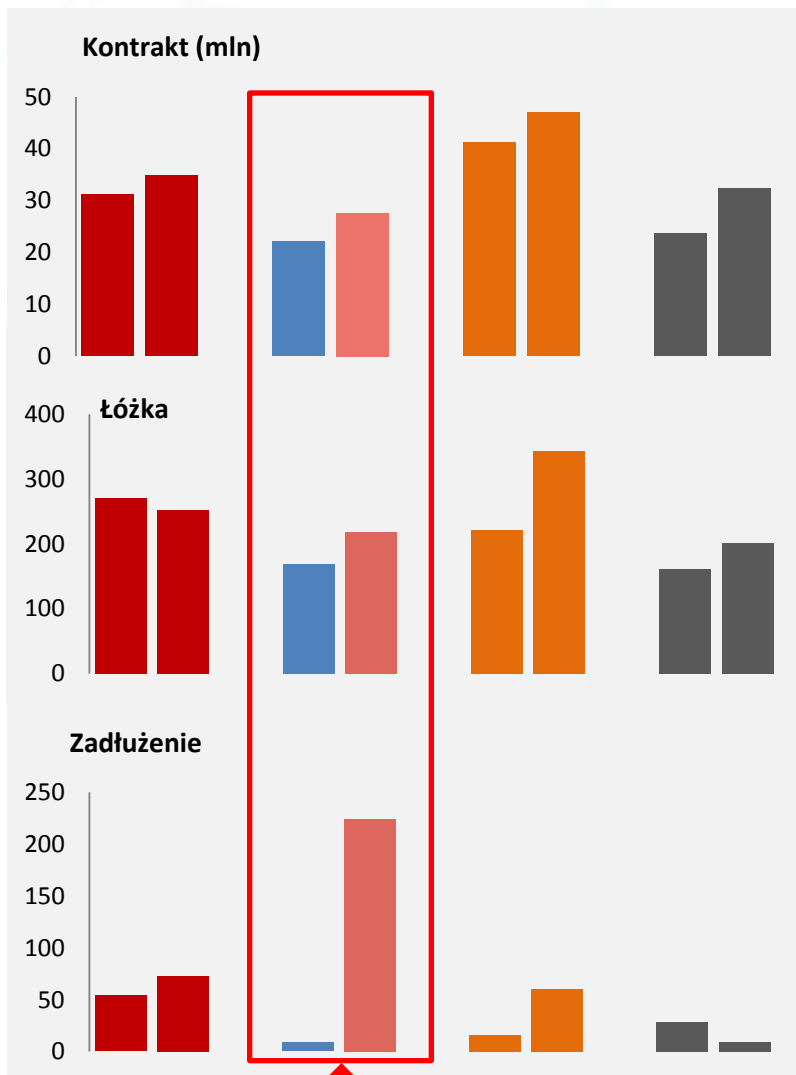
Wybór szpitali do analizy



- 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

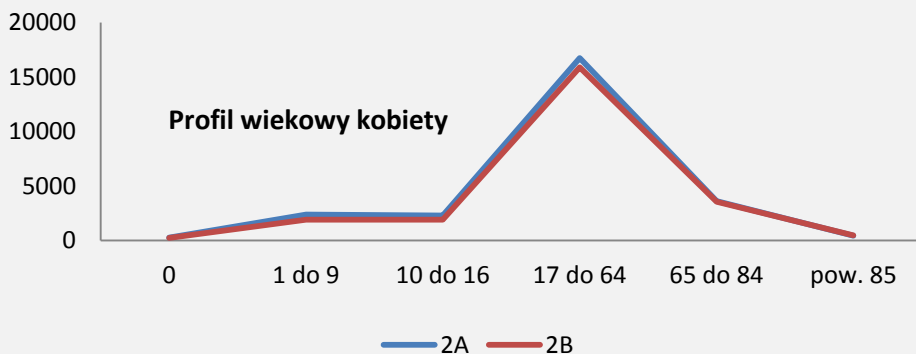
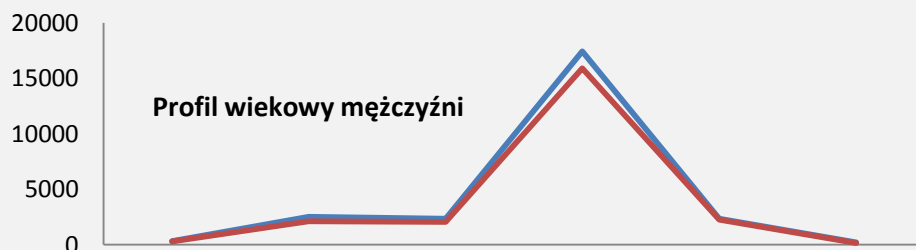
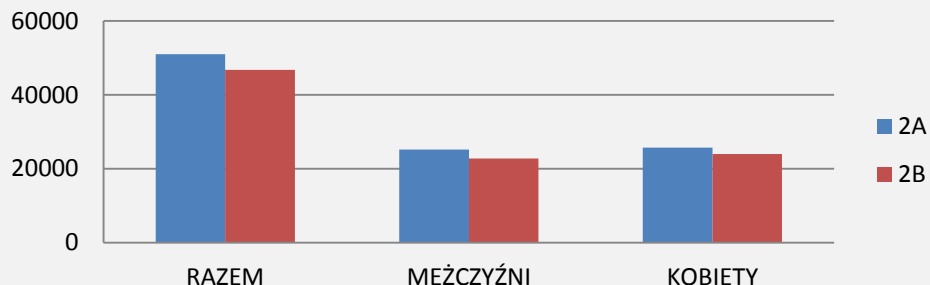
Skąd wynikają różnice w zadłużeniu?



Hipoteza 1; odmienne otoczenie



Ludność powiatów



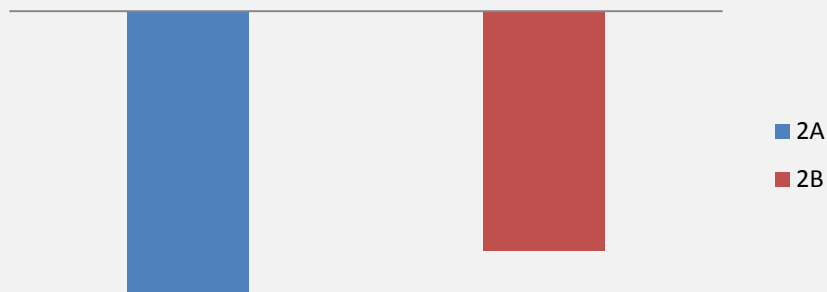
Raport „Otoczenie”:
Powiaty w których są zlokalizowane szpitale **2A** i **2B** są do siebie bardzo zbliżone wielkością i demografią. Nie ma zewnętrznych przyczyn uzasadniających różnicę w zadłużeniu



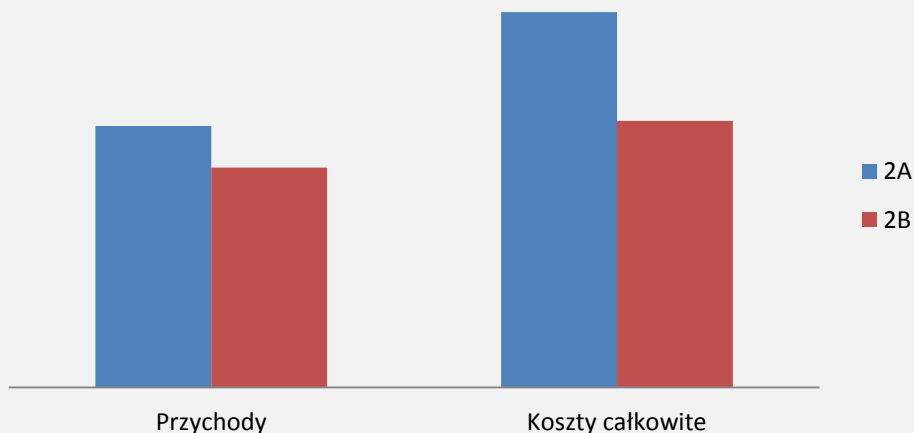
Hipoteza 2; rentowność



Rentowność



Przychody i koszty

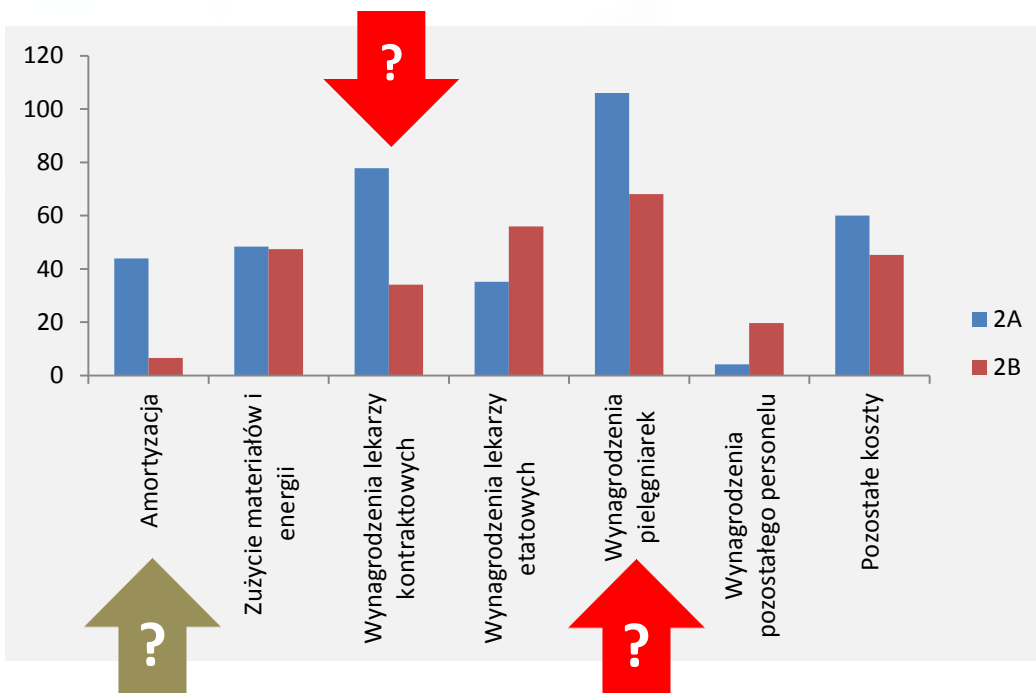


Raport „Benchmark”:
Zadłużenie szpitala **2B** nie wynika z bieżącej rentowności. Szpital **2A** ma gorszą rentowność narastająco za 10 miesięcy.

Z czego wynikają różnice w kosztach i rentowności?



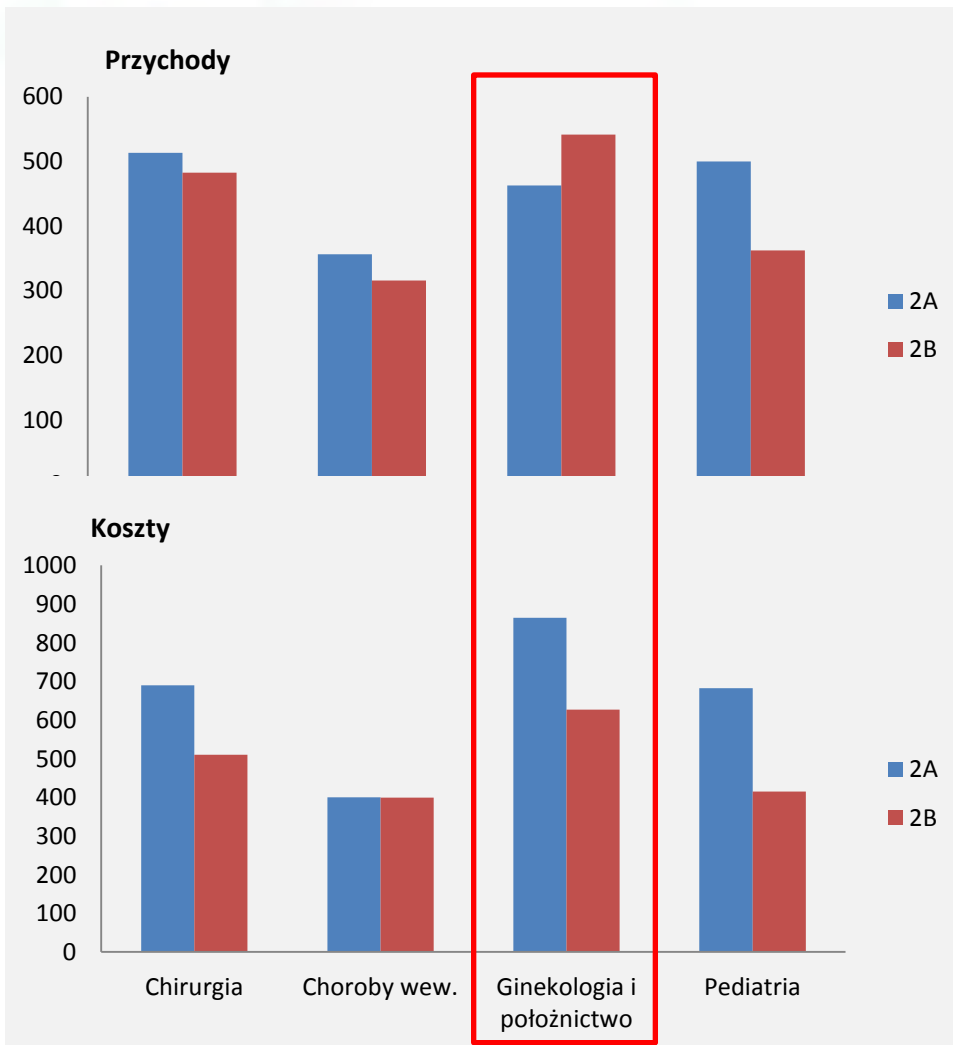
Analiza rodzajów kosztów na poziomie całego szpitala



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

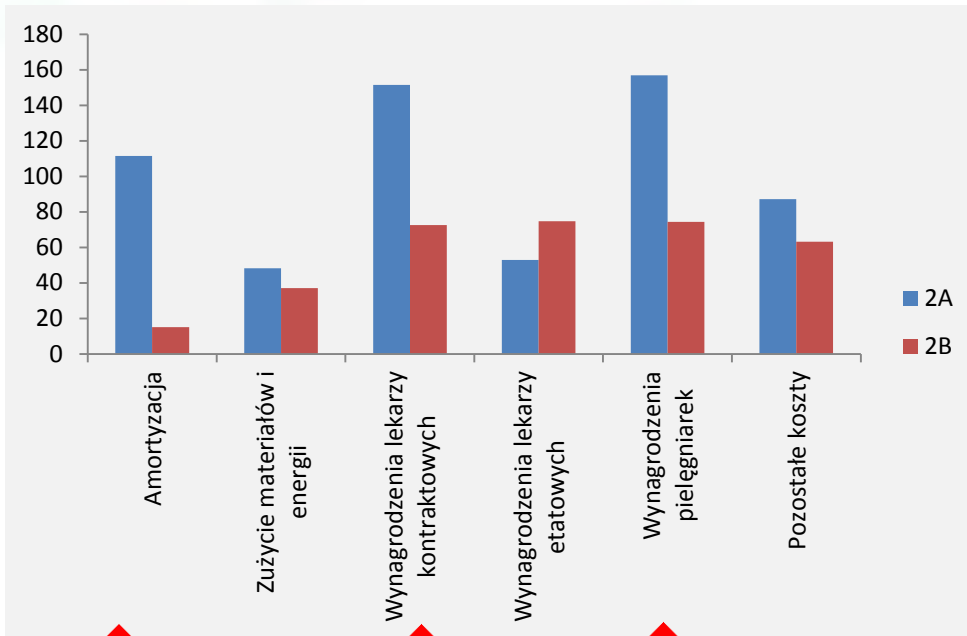


Raport „Benchmark”:
Szpital **2A** ma na oddziale ginekologiczno-położniczym wyższe koszty i mniejsze przychody

Pogłębiona analiza oddziału gin.-poł.



Koszty oddziału gin.-poł.



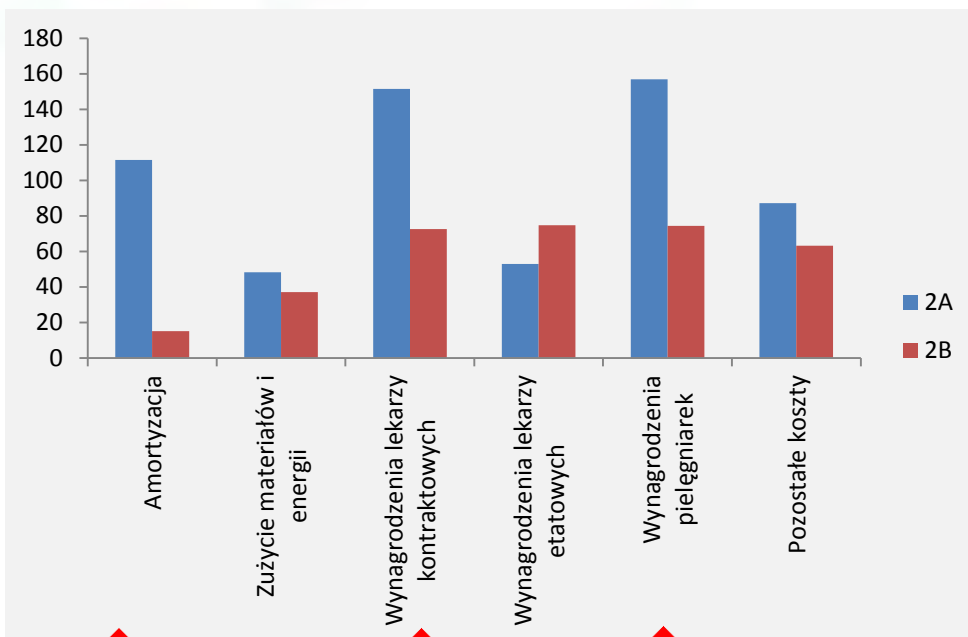
Raport „Benchmark”:
Wyższe koszty oddziału ginekologiczno-położniczego w Szpitalu **2A** są związane z wyższymi kosztami pracy



Czy jest to uzasadnione czynnikami zewnętrznymi?

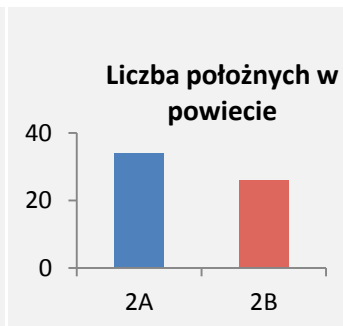
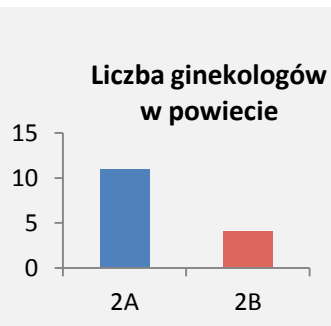


Koszty oddziału gin.-poł.



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

www.pcsm.pl

© Dariusz Kula - Studio™ www.fotoKula.pl

