

Kategoria: Wywiady

Opublikowano: piątek, 25, listopad 2016 23:00

Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska

Odslony: 1637

Temat nadchodzących zmian w ochronie zdrowia budzi wiele emocji. Zanim ocenimy, jaka może być przyszłość szpitali powiatowych, warto pokusić się o spojrzenie na ich makroekonomiczną panoramę. Powinniśmy wiedzieć, w którym miejscu jesteśmy, czyli jaki jest punkt wyjścia do reformowania systemu ochrony zdrowia. O tym, jak ta sytuacja wygląda mówi w rozmowie z Dziennikiem Warto Wiedzieć Marek Wójcik, ekspert Związku Powiatów Polskich, były wiceminister administracji i cyfryzacji.

Marek Wójcik: Wróćmy do roku 1998, kiedy wprowadzono reformę systemu ubezpieczeń zdrowotnych. To była dobra reforma, choć w wymiarze finansowym jej założenia były niejako intuicyjne. Stanowiły wypadkową danych historycznych i odważnej wizji powiązania skali nakładów na ochronę zdrowia z tempem rozwoju gospodarczego i zasobnością Polaków.

To był moment startowy. Potem mamy kolejne 17 lat, w czasie, których występowały bardzo drobne korekty w zakresie finansowania systemu, a jego niedoszacowanie „na dzień dobry”, pogłębiało tylko późniejszą trudną sytuację. To taka paralela z niedoszacowaniem dochodów samorządów powiatowych.

Dlatego jesteśmy dziś w bardzo trudnym momencie, bo z jednej strony są teraz propozycje daleko idących zmian w systemie ochrony zdrowia, a z drugiej jest największa głębia kryzysu. Trzeba sobie powiedzieć otwarcie, dokonywanie głębokich reform w czasie kryzysu finansowego to nie najlepszy pomysł. Mądrość zaś polega na tym, aby reformy podejmować wówczas, gdy sytuacja makroekonomiczna jest w miarę korzystna. W tym kontekście, uważam, że pierwsze zmiany w zasadach finansowania systemu należało podjąć w połowie pierwszej dekady XXI wieku, a kolejne 4 - 5 lat temu.

My, Polacy chcemy natomiast mieć wszystko i naprawdę mamy dostęp do wielu świadczeń zdrowotnych, choć niestety utrapieniem są długie kolejki. To, co powiem z pewnością nie wszystkim się spodoba, ale w kontekście trudności finansowych, trzeba zdobyć się na odwagę i powiedzieć, że nie stać nas na tak obszerny koszyk świadczeń. Dlatego ze zdziwieniem odbieram deklaracje resortu zdrowia, że szybko znikną kolejki w szpitalach i poradniach specjalistycznych. By tak się stało, trzeba natychmiast znaczących dodatkowych środków finansowych oraz co najmniej 20 - 30 tys. więcej lekarzy.

DWW: Dlaczego nie będzie więcej pieniędzy na ochronę zdrowia w Polsce?

MW: Inne poza systemem ochrony zdrowia obciążenia budżetu państwa nie powodują, że możemy się czuć optymistami, co do wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. To np. program 500 plus, skutki obniżenia wieku emerytalnego czy czekające nas poniesienie kwoty wolnej od podatku. To wszystko powoduje, że nie ma, na co liczyć, że znajdą się w budżecie państwa wolne i znaczące środki na wsparcie systemu ochrony zdrowia. Z drugiej strony politycy zastrzegają, że nie wprowadzą dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych czy też formuły współpłacenia. Za to wprowadzą, bezpłatne leczenie dla osób nieubezpieczonych, którą to propozycję oceniam bardzo krytycznie, bo pogłębi skalę kryzysu finansowego i zdemotywuje do aktywności zawodowej.

Dodatkowo, zwiększać się też będą nakłady na realizację tzw. pakietu onkologicznego. Co wielu być może zaskoczy, ale w najbliższych latach coraz więcej osób będzie umierało na raka.

DWW: Umierało?

MW: Tak, bo... dożyją do raka. Wiek życia się wydłuża, inne choroby jesteśmy w stanie opanować, ale raka jeszcze nie. Pakiet onkologiczny spowodował, że z leczenia korzystają osoby, które są na

początkowym etapie choroby. To bardzo dobrze, bo ratujemy życie i zdrowie wielu osób i w przyszłości będziemy wydawać mniej na drogę procedury leczenia. Ale na pozytywne efekty ekonomiczne pakietu onkologicznego będziemy musieli jeszcze parę lat poczekać.

DWW: NFZ miał za 2015 rok ujemny wynik finansowy.

MW: Stało się tak, mimo, że wyczerpano wszystkie rezerwy Funduszu. Taką sytuację, czyli ujemny wynik NFZ mieliśmy po raz pierwszy od kilku lat. Żeby to lepiej zobrazować, chciałbym pokazać Czytelnikom tabelkę, którą przygotowałem na bazie sprawozdań NFZ.

DWW: Mamy też duży problem polegający na tym, że samodzielne zakłady opieki zdrowotnej znów się zadłużają.

MW: Tak, to prawda. Po kilku latach systematycznego spadku skali zadłużenia, następuje odwrót od tego pozytywnego trendu. Proszę pozwolić, że posłużę się konkretnymi i dlatego przygotowałem zestawienie skali zobowiązań sp zoz od roku 2003 do połowy bieżącego roku. Bardzo niepokojącym jest, iż zobowiązania ogółem nigdy nie były tak wysokie jak te z czerwca 2016 roku, wzrastają także zobowiązania wymagalne, a w ich strukturze coraz większy udział mają zobowiązania wobec ZUS i urzędów skarbowych. To twardy dowód na skalę problemu szpitali i ich podmiotów tworzących.

Nie można przejść obojętnie obok tych danych. Potrzebny jest mechanizmu wsparcia restrukturyzacji tego zadłużenia. Podkreślam restrukturyzacji zadłużenia, a nie prostego oddłużenia. W przeszłości były tego typu programy. Co ciekawe, każda złotówka z budżetu państwa, którą zaangażowano w procesy restrukturyzacji szpitali owocowała jedną złotówką zejścia ze zobowiązań wymagalnych w sposób trwały. Bardzo ważne jest to słowo „trwały”. Ale niestety od 2016 roku obserwujemy odwrót, bo jak widać znowu te zobowiązania idą w górę.

DWW: Czy to wszystkie dowody na nie najlepszą kondycję ekonomiczną systemu ochrony zdrowia?

MW: Niestety, nie. Przed nami zmaganie się ze skutkami podwyżek płac personelu medycznego. Podwyżek potrzebnych, ale niewprowadzanych bez dodatkowych nakładów na funkcjonowanie systemu. Jeżeli jedynym źródłem ich finansowania mają być wpływy ze składki zdrowotnej, to oznacza, wprost, że wzrost dochodów NFZ z roku na rok w całości zostanie wykorzystany na podwyżki wynagrodzeń i na nic więcej. Taki rachunek makroekonomiczny spowoduje perturbacje. Bo tak naprawdę na inne elementy składowe kosztów leczenia pieniędzy mieć nie będziemy.

Inny element związany z Funduszem, na który zwracam uwagę to przeszacowany plan na 2017 rok. Zaplanowano wzrost dochodów Funduszu na bardzo wysokim poziomie, w moim mniemaniu raczej nie do osiągnięcia. Tytułem przykładu, w stosunku do roku 2016 dochody ze składki zdrowotnej od osób zatrudnionych na umowę o pracę mają wzrosnąć o ponad 8 proc.! Obawiam się, że to niewykonalne.

Wreszcie mamy ogromne różnice regionalne w finansowaniu świadczeń.

DWW: Co ma Pan na myśli?

Kategoria: Wywiady

Opublikowano: piątek, 25, listopad 2016 23:00

Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska

Odslony: 1637

MW: Polska jest nieprawdopodobnie zróżnicowana, jeśli chodzi o poziom finansowania poszczególnych kategorii świadczeń. Mamy takie przypadki, kiedy w dwóch sąsiadujących województwach mających podobną sytuację epidemiologiczną w jednym mamy nakłady na jedno świadczenie 2-3 razy większe niż u sąsiadów. Obiektywnym wskaźnikiem oceny nakładów na dane świadczenie, jest wysokość przeznaczanych pieniędzy na 10 tys. uprawnionych z danego województwa. Proszę porównać jak to wyglądało w 2015 roku w kilku kategoriach świadczeń.

DWW: A czemu tak jest?

MW: To wynika z uwarunkowań historycznych i uwarunkowań zarządczych.

DWW: Czy mógłby Pan to rozwinąć?

MW: Podam przykład nowego produktu, który udało się wprowadzić m.in. dzięki działaniom Związku Powiatów Polskich. Chodzi o długookresową opiekę pielęgniarstwa. Na liczącej poniżej miliona mieszkańców Opolszczyźnie tego typu opieką objętych jest 3,5 tysiąca pacjentów, podczas gdy na Pomorzu liczącym 2,4 mln mieszkańców tylko 800. Stało się tak tylko, dlatego, że w jednym miejscu ktoś bardziej docenia rolę tego świadczenia, a w innym mniej. Wszystko, więc zależy od ludzi. Mówiąc o historycznych uwarunkowaniach mam na myśli także to, że w jednym województwie pewne kategorie świadczeń traktowało się od samego początku lepiej niż w innych. Do tego dochodzi to, że różna była też dostępność do podmiotów leczniczych oferujących dane świadczenia.

DWW: Patrząc na regiony, na województwa, widzimy ile przyjmują pacjentów. W niektórych ich sporo ubywa...

MW: Rzeczywiście tak jest. Można śmiało powiedzieć, że wskaźnikiem potęgi województwa w zakresie zasobów ochrony zdrowia jest wynik migracji pacjentów. Jeśli w danym województwie wykonuje się dużo dobrych jakościowo świadczeń, jest dużo znanych specjalistów i dobra infrastruktura szpitalna, to ludzie tam jadą. To zrozumiałe, w takim województwie bilans migracji będzie dodatni, więcej pacjentów tam przyjeżdża z innych województw, a „miejscowi” nie wyjeżdżają do innych ośrodków. Warto zaprezentować arcyciekawą mapkę, przygotowaną przez NFZ, która ukazuje bilans rozliczeń z tytułu migracji pacjentów za rok 2015.

Widać na niej kilka zjawisk. To na przykład, że Mazowsze ściąga pacjentów to nie jest niespodzianką. Ale to, że województwo kujawsko-pomorskie czy zachodniopomorskie mają tak dobry bilans migracyjny jest zaskoczeniem.

DWW: Nie zawsze jednak wyniki cieszą.

MW: Szokujący jest najwyższy w kraju ujemny bilans województwa łódzkiego. Przecież to województwo położone w centrum kraju, z dobrym dojazdem i dobrymi tradycjami, bo ma chociażby Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki. W przeszłości głównym „dostarczycielem” pacjentów było województwo podkarpackie, pozbawione wysokospecjalistycznej infrastruktury, ale to się zmieniło, teraz liderem w tym zakresie jest łódzkie.

Zaskoczeniem jest też ujemny bilans migracyjny Wielkopolski.

Kategoria: Wywiady

Opublikowano: piątek, 25, listopad 2016 23:00

Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska

Odslony: 1637

Warto zauważyć, że województwo świętokrzyskie też jest na minusie, ale w znacznie mniejszym stopniu niż na przykład porównywalne populacyjnie lubuskie czy opolskie. Samorząd tego województwa w poprzedniej perspektywie finansowej UE sporo zainwestował w infrastrukturę ochrony zdrowia i to daje dziś efekty. Świętokrzyskie, które było „dostarczycielem pacjentów”, teraz zaczyna ich odbierać. Mimo, że jest na minusie, województwo to oceniać należy bardzo pozytywnie.

DWW: Mówiąc o zdrowiu i powiatach, nie sposób pominąć tematu samorządowych programów polityki zdrowotnej.

MW: No tak, ale w powiatach to mamy bardzo trudną i pogarszającą się sytuację. W ubiegłym roku powiaty skierowały do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaledwie 20 wniosków o opinię na temat programu polityki zdrowotnej, z czego tylko połowa otrzymała opinię pozytywną. Tu koniecznie przypomnę, że Związek Powiatów Polskich przygotował już kilka wydawnictw zawierających informacje jak takie programy tworzyć. Zachęcamy do skorzystania z tych poradników.

DWW: Powodem może być brak pieniędzy?

MW: Może, dowodzi temu raport Najwyższej izby Kontroli wykazujący jak mało samorządy wydają na programy.

Udział wydatków na realizację programów polityki zdrowotnej,
w wydatkach ogółem samorządów terytorialnych, w latach 2010 – 2015

Jak z tego wynika wydajemy na programy zdrowotne 3 - 4 promile wydatków ogółem. Zwrócę jednak uwagę, że jest pewna szansa na zmianę. Na to, że w budżecie centralnym będą na nie środki. Na tym nie koniec. Od kilkunastu lat ZPP postuluje o to, aby można było łączyć środki Narodowego Funduszu Zdrowia z samorządowymi. Wkrótce będzie to możliwe. Dzięki temu nie będzie się rozpraszać niepotrzebnie pieniędzy.

Pozytywne jest ponadto i to, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji coraz bardziej otwiera się na możliwość tworzenia nowych programów opartych na pewnych wystandaryzowanych wzorcach.

Są też w przestrzeni publicznej, w Internecie gotowe narzędzia służące pomocą w tworzeniu tych programów. My, jako samorządy powiatowe mamy także fantastyczne doświadczenia w tworzeniu programów. Jestem na przykład pod ogromnym wrażeniem tego, co robi się w powiecie cieszyńskim, gdzie stosuje się bardzo innowacyjne i efektywne formy profilaktyki i promocji zdrowia. Zachęcam do korzystania z tych dobrych praktyk.

DWW: Dziś wszyscy mówią o nadchodzących zmianach legislacyjnych w zakresie sieci szpitali. Co nas czeka?

MW: Tak, to wszystkich teraz elektryzuje. Oceniam, że 2017 to będzie bardzo trudny rok. Strategia pod tytułem – zachować aktualne zasoby jest w tym momencie strategią bardzo optymistyczną. Trzeba się nauczyć jutro żyć z tym, co mamy dzisiaj.

DWW: Ile szpitali samorządowych wejdzie do tej sieci?

MW: Znajdą się w niej niemal wszystkie. Służyć temu będą trzy drogi. Pierwsza, czysto formalna. Taka, że dyrektor oddziału wojewódzkiego narodowego funduszu zdrowia sprawdza, czy szpital spełnia określone warunki: czy przez ostatnie dwa lata była umowa na hospitalizację, czy ma szpitalny oddział ratunkowy albo izbę przyjęć, określone oddziały, itd. Wynik obliczy komputer, wskazując, na jakim poziomie znajdzie się dany szpital. Według moich obliczeń, w taki, niejako automatycznych sposób, w sieci znajdzie się ok. 80 proc. szpitali samorządowych.

DWW: A ta druga droga?

MW: Następne szpitale trafią do tej sieci na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Taki wniosek wymaga pozytywnej opinii ministra zdrowia. W ten sposób kolejne 10 a 15 proc. szpitali wejdzie do sieci. Będą to szpitale, które co prawda nie spełniają warunków automatycznego zakwalifikowania się do sieci, ale są istotne i ważne dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. Trzecia droga to konkurs, dzięki któremu kolejne szpitale będą mieć gwarancję dostępu do środków publicznych. Tak więc, ostatecznie, w skali kraju, co najwyżej kilkanaście samorządowych szpitali może mieć z tym problem. O wiele większy „pogrom” będzie dotyczył szpitali prywatnych, najczęściej jednooddziałowych.

Warto podkreślić, że już w przeszłości, mieliśmy do czynienia z dużą skalą wyłączania szpitali z dostępu do pieniędzy publicznych. Nie trzeba było żadnej sieci robić, żeby do tego doszło. Okazuje się, że w okresie 36 miesięcy od końca 2012 roku do końca 2015 roku, blisko 12 proc. szpitali utraciło kontrakt z NFZ. Najwięcej na Śląsku, gdzie ich liczba spadła z 2015 do 150! To ogromna różnica. Ten trend spadkowy będzie się dalej podtrzymywał.

DWW: Nowy system ma także spowodować zmianę profilu szpitala.

MW: Tak. Wracamy do dawnego modelu szpitala, z końca XX wieku. Takiego, w którym było wszystko. Silny podmiot zajmujący się człowiekiem od poczęcia do śmierci i kompleksowo. Część szpitali powiatowych spełnia wymogi tego modelu, ale większość jednak nie. Zarządzający tymi ostatnimi muszą wykonać jakiś ruch.

DWW: Jaki?

MW: Mieliśmy już różne etapy restrukturyzacji w szpitalach – personalne, finansowe, majątkowe, prawno-właścicielskie. Przed nami era restrukturyzacji rynkowej. Zarządzający szpitalami za zadanie mają dostosować ofertę do faktycznych potrzeb mieszkańców, a niewynikających z lokalnych ambicji. Moim zdaniem docieramy w tym momencie do pewnej słabości samorządów. Jest kilka sieci szpitalnych, ale skupiają one podmioty lecznicze działające w formule spółek, a nie sp zoz. Nie ma dobrych praktyk instytucjonalnej współpracy samorządów prowadzących szpitale. Nie możemy podtrzymywać obok siebie dwóch szpitali, gdzie jest tylko po 250 porodów rocznie. Nie każdy szpital musi mieć porodówkę. Dlatego małe szpitale nie powinny ze sobą konkurować na siłę. One powinny się między siebie dogadywać. Mówiąc wprost, to sąsiad sąsiadowi powinien odpuścić: ty masz ortopedię, ja mam ortopedię, powinniśmy coś z tym zrobić. Zmiany demograficzne spowodują, że także modyfikacje w ofercie szpitali staną się nieodzowne.

Chciałbym przy tym poprosić starostów i prezydentów miast o jedno: zachowajcie w swoich szpitalach

Kategoria: Wywiady

Opublikowano: piątek, 25, listopad 2016 23:00

Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska

Odłony: 1637

oddziały chorób wewnętrznych.

Nie można doprowadzić do degradacji tych oddziałów, które nadal będą stanowić podstawę opieki szpitalnej nad osobami starszymi, w tym pacjentami z wielochorobowością.

DWW: Mówimy o sieci, a co z finansowaniem szpitali?

MW: Szpitale dostaną pieniądze na 2017 rok według wykonania za 2015 rok, czyli z dwuletnim opóźnieniem. Będzie to ryczał.

DWW: Co to oznacza?

MW: Dyrektor szpitala nie będzie mógł ani zrealizować świadczeń za mniejszą kwotę (bo spotka się z krytyką podmiotu tworzącego) ani za większą kwotę, bo nikt mu nie zrefunduje świadczeń ponad ryczałt (projektodawcy zmian likwidują pojęcie nadwykonań). To spowoduje, że dyrektorzy będą musieli tak operować budżetem, aby wydać pieniądze do wysokości złotówki i nic więcej. Sytuacji ze świadczeniami nagłymi przewidzieć się nie da, ale za to można opanować hospitalizacje planowane, do których kolejka się będzie wydłużać. Wprowadzenie ryczałtu wpłynie też niekorzystnie, na jakość świadczeń. Ponieważ popyt na leczenie jest większy niż podaż finansowana ze środków publicznych, to konkurowanie o pacjenta, jakością świadczeń nie będzie już potrzebne. A tak być nie powinno.

DWW: Serdecznie dziękuję za rozmowę.