W sprawie szpitali

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: sobota, 08, wrzesień 2018 13:53
Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska
Odsłony: 1845

Sytuacja finansowa i perspektywa zagrożeń dla szpitali powiatowych województwa śląskiego po pierwszym półroczu funkcjonowania w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia – to temat konferencji, która odbyła się 20 sierpnia br. w Starostwie Powiatowym w Gliwicach. Jej efektem jest 12 propozycji zmian koniecznych dla poprawy sytuacji szpitali powiatowych, które przesłane zostały do parlamentarzystów z naszego terenu.

W konferencji udział wzięli m.in. parlamentarzyści z terenu – Barbara Dziuk, Jarosław Gonciarz, Wojciech Szarama, prof. Krystian Probierz i Szymon Sarré reprezentujący posła Piotra Pyzika, dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – Jerzy Szafranowicz, Bernadeta Skóbel ze Związku Powiatów Polskich, Józef Kurek – prezes Zarządu Związku Szpitali Powiatowych, prezesi szpitali w Knurowie – dr Michał Ekkert i w Pyskowicach – Leszek Kubiak, dr hab. Grzegorz Głód z Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, radny Sejmiku Województwa Śląskiego – Krystian Kiełbasa oraz radni i członkowie Zarządu Powiatu Gliwickiego.

Podczas konferencji wypracowane zostały propozycje zmian, jakie w ocenie uczestników konferencji trzeba wprowadzić, by szpitale powiatowe miały perspektywy normalnego funkcjonowania

Lista propozycji zmian koniecznych dla poprawy sytuacji szpitali powiatowych liczy 12 punktów. Oto ich pełna treść:

1. Jak najszybsze wprowadzenie uporządkowanego systemu wynagrodzeń dla wszystkich grup zawodowych jednostek ochrony zdrowia poprzez:
   - wyeliminowanie dysproporcji stawki płacy zasadniczej pomiędzy rezydentami, a lekarzami specjalistami;
   - wyeliminowanie dysproporcji stawki płacy zasadniczej pomiędzy latami rezydentur, na chwilę obecną lekarz rezydent na pierwszym roku rezydentury specjalizacji deficytowej ma wyższe wynagrodzenie od rezydenta tej samej specjalizacji na trzecim roku rezydentury (który jest już bardziej doświadczony) - sytuacja taka powoduje oczekiwania po stronie starszych rezydentów, iż powstałą różnicę mają pokrywać zakłady pracy na co je na dzień dzisiejszy nie stać;
   - pełne sfinansowanie ze środków NFZ podwyżek dla personelu, którego wynagrodzenie określone zostało przepisami odgórnymi, przyjęcie podobnej zasady jaka obowiązuje w chwili obecnej w przypadku wypłaty dodatku tzw. Zembalowego dla środowiska pielęgniarskiego, czyli pieniędzy wskazanych na ten cel;
   - zmiana przepisów w zakresie ograniczenia pracy lekarzy specjalistów w ramach ich deklaracji otrzymywanego wynagrodzenia, z uwagi na spowodowanie tym olbrzymich braków kadrowych w wielu szpitalach, ujednolicenie i dostosowanie tych przepisów do warunków jakie panują w ochronie zdrowia, żeby wykluczyć sytuacje absurdalne i kryzysowe dla wielu placówek;
   - weryfikacja obecnie obowiązujących norm zatrudnienia, które w przypadku ich kolejnych zwiększeń nawarstwią i tak już mocno odczuwalne braki kadrowe oraz powodują wzrost kosztów.
2. Weryfikacja obecnie obowiązujących wymogów NFZ w zakresie konieczności posiadania sprzętu i aparatury medycznej (zdarzają się przypadki, iż zakup danego urządzenia jest niezbędny tylko do spełnienia kryteriów formalnych przy procedurze konkursowej, a w praktyce wykorzystywany jest on sporadycznie i generuje tylko koszty związane z jego serwisowaniem i utrzymaniem).
3. Ujednolicenie wyceny świadczeń medycznych na terenie całego kraju np. wyeliminowanie dysproporcji pomiędzy wyceną świadczeń w nocnej i świątecznej opiece medycznej.
4. Zmiana wyceny procedur medycznych poprzez uwzględnienie w ich wartości wzrastającego poziomu wynagrodzeń oraz wzrostu cen mediów, leków, sprzętu medycznego, celem zapewnienia

Phoca PDF

możliwości i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartą umową oraz wzorem z Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Automatyczny wzrost tejże wyceny minimum raz w roku o wskaźnik inflacji lub też stałe podnoszenie wyceny świadczeń proporcjonalnie do wzrostu kosztów związanych z ich wykonaniem. Uwzględnienie współczynnikiem zwiększającym wycenę świadczeń medycznych dla grupy pacjentów najbardziej obciążonych np. po 65 roku życia lub o dużej skali trudności.

5. Uproszczenie sytemu rozliczeń udzielonych świadczeń medycznych, wyeliminowanie zbędnej biurokracji.
6. Zapłata za udzielone „ponadlimitowe" świadczenia zdrowotne wynikające z rozliczenia świadczeń w ramach umowy PSZ w okresie rozliczeniowym, chociażby w przypadkach procedur ratujących życie.
7. Zmiana okresu rozliczeniowego na minimum 12 miesięczny. Obecny podział na okresy rozliczeniowe powoduje, iż np. II półrocze obejmuje zarówno okres wakacji, jak i okres świąt grudniowych, gdzie jest oczywistym, iż pacjenci w tym czasie nie chcą być zapisywani na zabiegi planowe. Powyższe powoduje, iż w I półroczu mogą powstać ewentualne „nadwykonania" kontraktu, które nie zostają zapłacone, a w II półroczu „niedowykonania", które będą miały znaczenie przy ustalaniu kolejnej wysokości ryczałtu na następny okres rozliczeniowy. Okres 12 miesięcy pozwala na optymalizację przyjęć pacjentów biorąc pod uwagę okresy urlopowe, czy też świąteczne, zarówno po stronie zatrudnionego personelu, jak i pacjentów.
8. Wprowadzenie obiecywanej przez Ministerstwo Zdrowia zaliczkowej zapłaty w połowie miesiąca i skrócenie terminu płatności za faktury do 7 dni od wpływu do NFZ (tym bardziej, że możliwość generowania faktur często jest blokowana z równych powodów, wynikających bezpośrednio z elektronicznego systemu rozliczeń) - powyższe wpłynęłoby na zwiększenie płynności finansowej jednostek.
9. Zmiana sposobu kształcenia lekarzy poprzez jego skrócenie przy jednoczesnym obowiązku odbywania praktyk, staży i rezydentur, także na poziomie szpitali powiatowych. Dodanie do programu specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej obowiązku pracy/stażu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
10. Zwiększenie limitów miejsc na studia lekarskie. Należy rozważyć także ograniczenie ilości obecnie funkcjonujących specjalizacji, posiadamy największe rozdrobnienie specjalizacji lekarskich w całej Europie.
11. Rozważenie możliwości powrotu do kształcenia zawodowego pielęgniarek na poziomie szkół zawodowych, rozszerzenie godzin kształcenia w trybie magisterskim o godziny specjalizacyjne. Powyższe dałoby szanse, iż kończąc studia magisterskie pielęgniarka posiadałaby już specjalizację.
12. Wyłączenie publicznej ochrony zdrowia (w tym również spółek samorządowych) z podległości pod Ustawę o terminach zapłat w transakcjach handlowych z dnia 08.03.2013 r. wraz z późniejszymi zmianami.

Źródło: SP w Gliwicach

Phoca PDF