

Przebieg zeszłotygodniowego posiedzenia Komisji senackich w sprawie planowanej centralizacji szpitali powiatowych potwierdza, że planowana „reforma” oparta jest na wątpliwych założeniach.

Zainteresowanym polecamy wysłuchanie całego materiału. Postanowiliśmy odnieść się do niektórych wypowiedzi wiceministra Sławomira Gadomskiego, który reprezentował resort zdrowia.

Sławomir Gadomski: "(...) Myślę, że obieg medialny, obieg publiczny zdominowała dyskusja o strukturze właścicielskiej. Ta reforma, którą planujemy to nie jest tylko i wyłącznie zmiana struktury właścicielskiej, to jeden z elementów całościowego planu zmian - być może najbardziej oddziaływający, być może taki, który ma największy wpływ, no ale na pewno nie jedyny i nie jedyny istotny. Te zmiany są cztery. Przepraszam wróć jeden krok wcześniej dlaczego w ogóle chcemy to robić bo to jest jakby może pytanie fundamentalne. Tutaj pojawił się wątek że dlatego że przede wszystkim pandemia pokazała że trudno prowadzić te skoordynowane działania, że zarządzanie kryzysowe w sytuacji uzgodnień między wieloma właścicielami szpitali, faktycznie jest trudne i to na pewno (...)"

Komentarz: Wykorzystywanie pandemii (w trakcie jej trwania) do przeprowadzania gruntownych zmian w szpitalnictwie jest nie tylko nieodpowiedzialne ale krótkowzroczne, zwłaszcza że na poziomie planowania to nie szpitale samorządowe zawiodły. Wypowiedzi kierownictwa resortu to typowe zjawisko przerzucania odpowiedzialności za własne nietrafione decyzje ale też nietrafione prognozy co do skali zachorowań. Skutkiem było stawianie dyrektorów szpitali w sytuacji, w której łóżka covidowe musieli organizować z godziny na godzinę.

Przypomnijmy wypowiedź wiceministra zdrowia Waldemara Kraski z 19 sierpnia 2020 r., która obrazuje jak wyglądało „planowanie” przygotowania systemu ochrony zdrowia na poziomie resortu zdrowia do jesiennej walki z pandemią: *„W tej chwili ukończyliśmy prace nad strategią na jesień. Wczoraj na rządowym zespole kryzysowym zostawiłem tę strategię panu Premierowi i całemu zespołowi. W tej chwili będą wykonywane prace legislacyjne w postaci rozporządzeń. Kilka zmian będzie w tej strategii w porównaniu do wiosny. Jedną z takich zmian dość istotną będzie modyfikacja szpitali jednoimiennych. Wiecie Państwo, że w czasie pandemii na wiosnę tych szpitali było 22, wykorzystanie łóżek w szpitalach wynosiło w największym szczycie 25%. Dlatego chcemy zmniejszyć ilość szpitali jednoimiennych, chcemy aby taki szpital jednoimienno był mniej więcej na 2 województwa ale ten szpital by był po prostu dostosowany do obsługi pacjentów z różnymi schorzeniami.”*

Sławomir Gadomski: "(...) Dziś sytuacja szpitala też determinowana jest utrzymywaniem nie efektywnie wykorzystanej bazy, koniecznością utrzymywania podwyższonej gotowości, a to generuje pewne nadmiarowe koszty działalności. To co chyba dzisiaj w największym stopniu determinuje sytuację szpitali to wyniszczająca konkurencja. Przede wszystkim o kadrę medyczną o personel ale też o pewne zasoby materialne o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (...)"

Komentarz: Zaczniemy od kadr. Kto ponosi odpowiedzialność za to, że w Polsce mamy mało lekarzy i pielęgniarek – samorządy czy rząd? Warto przypomnieć, że ustawą o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw w 2001 r. (projekt z przedłożenia rządowego) wprowadzono limity przyjęć na studia medyczne. Uzasadnienie – przepis miał przeciwdziałać wysokiemu bezrobociu wśród kadr medycznych (sic!). Również „wyprowadzenie” edukacji pielęgniarek ze szkół średnich nie sprzyjało budowaniu zaplecza kadr medycznych w Polsce. Wbrew często powtarzanym przez kolejne kierownictwa resortu zdrowia opiniom, nie wymagały tego przepisy unijne.

Oдноśnie kontraktu z NFZ – po raz kolejny trzeba powtórzyć – finansowanie szpitalnictwa w Polsce

generalnie odbiega od standardów w większości państw europejskich. Przypomnijmy, Polska w 2018 r. zajmowała 8 miejsce od końca, wśród 26 europejskich państw, członków OECD jeżeli chodzi o nakłady na zdrowie na mieszkańca, z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza, i trzecie od końca gdybyśmy brali pod uwagę nakłady na mieszkańca w ujęciu nominalnym.

Sławomir Gadomski: "(...) Również ten system dzisiaj szpitalny to brak albo utrudniona koordynacja opieki nad pacjentem kompleksowości udzielania świadczeń przy stale rosnących potrzebach zdrowotnych i oczekiwaniach społecznych. Na pewno również utrzymanie tej bazy szpitalnej przy zasobach wszelkich kadrowych, inwestycyjnych, finansowych. No jest wyjątkowo trudne, no i tutaj stawiamy sobie taką tezę dosyć mocno, no czy jest to efektywne i czy w ten sposób rzeczywiście musimy, czy powinniśmy zabezpieczać potrzeby zdrowotne na różnych poziomach (...)"

Komentarz: Zgadza się, że system szpitalny dzisiaj utrudnia koordynację opieki nad pacjentem. Problem w tym, że rozwiązanie promowane przez resort zdrowia – przejęcia szpitali - tego problemu nie rozwiąże. Szpital jest (a w zasadzie powinien być) ostatnim a nie pierwszym ogniwem w łańcuchu procesu leczenia pacjenta.

Sławomir Gadomski: "(...) Oczywiście tym co spina to w pewną klamrę jest pogarszająca się sytuacja finansowa szpitali być może nie mierzona rosnącym zadłużeniem bo ten wskaźnik ja już kilkakrotnie starałem się wytłumaczyć jest też efektem zwiększających się nakładów wyższych kontraktów za przychodami po prostu idą zobowiązania szpitali. Ale faktem jest to że sytuacja finansowa w ostatnich latach głównie właśnie w związku z tą konkurencją o personel o pewne zasoby jest trudna (...)"

Komentarz: Drastyczne pogorszenie sytuacji finansowej szpitali miało miejsce na koniec 2018 r. Przypomnijmy był to pierwszy pełny rok obowiązywania sieci szpitali (reforma wprowadzona z poziomu rządowego). Poniżej przedstawiamy wykres z raportu, jaki Związek Powiatów Polskich opublikował w 2020 r. pt. „Sytuacja powiatowych podmiotów leczniczych prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” opracowany na podstawie danych finansowych 100 szpitali powiatowych i miejskich.

W 2017 r. (w IV kwartale zaczęła funkcjonować sieć) widać było nieznaczne pogorszenie wyników a w 2018 r. nastąpiło załamanie. Co istotne aż 77 w 2019 r. podmiotów odnotowało gorszy wynik finansowy niż w 2015 r. Czy to możliwe, że nagle tak wielu dyrektorów szpitali straciło umiejętności zarządcze? Może jednak przyczyn należy upatrywać w czynnikach zewnętrznych?

Co istotne, sama idea sieci szpitali nie była złym rozwiązaniem. Grzechem pierwotnym było niedostosowanie warunków finansowych do potrzeb oraz brak mechanizmu przeliczania ryczałtu w przypadku wprowadzania zmian prawnych skutkujących zwiększaniem kosztów (np. coroczne podwyższanie płacy minimalnej).

Sławomir Gadomski: "(...) Nie chcemy całkowicie odchodzić od założeń sieci szpitali ale kilka aspektów na pewno wymaga poprawy. Jednym z tych aspektów jest zmiana systemu finansowania w sieci szpitali po tym okresie funkcjonowania widzimy absolutną konieczność zmniejszenia znaczenia ryczałtów, wyjęcia pewnych obszarów z ryczałtu szpitali, w szczególności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na co też nakłada się planowane przez nas działania związane z bezlimitowością w zakresie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Więc tutaj w zakresie finansowania na pewno istotne

działanie. Ale to co może, czego może zabrakło tak naprawdę w poprzedniej propozycji sieci szpitali to jest pewna ewaluacja, benchmarking oparty na kryteriach jakościowych, które z jednej strony miałyby no dać taki pozytywny impuls do tego żeby o te kryteria jakościowe powalczyć, bo za tym miałyby iść pewne wyróżnienie najlepszych (...)"

Komentarz: Dobrze, że przynajmniej jest refleksja dotycząca funkcjonowania sieci szpitali, chociaż poziom ogólności tych propozycji – przy złożeniu, że mamy marzec 2021 a powinny one zacząć funkcjonować od czerwca 2021 r. – poraża. Co do wynagrodzenia za kryteria jakościowe, skomentujemy to tak: „nie czas żałować róż, gdy płoną lasy”. Droższe procedury medyczne powinny być lepiej opłacane, natomiast wprowadzanie wynagrodzenia za kryteria jakościowe może uruchomić wyścig o kadry i zasoby, na który dzisiaj – przez zaniedbania na poziomie resortu zdrowia i płatnika – nikogo nie stać.

Sławomir Gadomski: "(...) Jeden wariant to zmiana formuły organizacyjnej funkcjonowania szpitali w Polsce czyli przekształcenie wszystkich szpitali w Polsce w spółki w których Skarb Państwa obejmuje część udziałów (...)"

Komentarz: Precyzyjniej – z wywiadu prasowego udzielonego przez Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego wynika, że Skarb Państwa miałby 51% udziałów a samorząd 49%. Nie wchodząc w szczegóły – jest to wariant dla naiwnych.

Sławomir Gadomski: "(...) Wariant trzeci, który jest wariantem dość ciekawym i uważam wariantem który ma pewną powiedzmy historię. Jest stosowany w innych niż medycyna dziedzinach to wariant oparty na ocenie ewaluacji szpitali i wprowadzenie pewnych mechanizmów restrukturyzacyjnych w zależności od właśnie tej kategoryzacji. Upraszczając możemy wyodrębnić czy zakładamy wstępnie że dzielimy szpitalne na trzy albo więcej grup od najlepszych do najgorszych (...)"

Komentarz: Wariant faktycznie ciekawy. Proponujemy, żeby najpierw został wypróbowany na instytutach badawczych nadzorowanych przez resorty zdrowia. Jak już wybitni specjaliści od zarządzania i restrukturyzacji, których najwyraźniej resort zdrowia gdzieś ukrywa, poradzą sobie z problemami finansowymi szpitali nadzorowanych przez Ministra Zdrowia może zachęci to samorządy, żeby też z takiej pomocy skorzystać.

Sławomir Gadomski: "(...) Hasło w stylu NFZ funkcjonuje fatalnie to jest dla mnie jakieś nieporozumienie. W mojej ocenie funkcjonuje właśnie coraz lepiej i w ostatnich latach widać ogromną poprawę w funkcjonowaniu NFZ (...)"

Komentarz: Bez komentarza.

Sławomir Gadomski: "(...) Chciałbym to mocno podkreślić sektor szpitalnictwa pochłania dzisiaj połowę nakładów na zdrowie, ponad połowę nakładów na zdrowie. No jeżeli my mamy zajmować się rzeczami ważnymi no to również kryterium finansowe, kryterium nakładów, kryterium tego ile osób w Polsce korzysta z systemu szpitalnego to powinno determinować w kolejność do pewnych reform i wydaje mi się że być może są również inne. Zgadzam się reforma systemu finansowania jest ważna, pewnie reforma funkcjonowania POZ-tu czy AOS-u też są ważne, ale nie sposób obok tych prawie 60 miliardów złotych w systemie szpitalnym przejść obojętnie (...)"

Komentarz: Ponownie należy przypomnieć, że do wartości umów szpitalnych Narodowy Fundusz Zdrowia dolicza świadczenia ambulatoryjne udzielane przez szpitale. Po drugie, wysoki % wskaźnik nakładów na szpitalnictwo, w wydatkach publicznych na zdrowie, jest wypadkową tego że nakłady ogółem na zdrowie są niskie. Przypominamy zatem w Polsce nakłady na ochronę zdrowia są jednymi z najniższych w Europie – niezależnie do tego czy bierzemy pod uwagę nakłady w stosunku do PKB, nakłady w ujęciu nominalnym, czy nakłady z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza. Panaceum powinna być nie tyle zmiana struktury wydatków ile realne zwiększenie środków publicznych kierowanych do sektora ochrony zdrowia w relacji do realnych kosztów ich udzielania.

Sławomir Gadomski: "(...) Spójrzmy na wyrok Trybunału Konstytucyjnego [przyp. red. chodzi o wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 2019 r. sygn. K 4/17], ten o którym dzisiaj również była mowa, który mówi albo przynajmniej upraszczając zdejmujemy część odpowiedzialności z samorządu, samorząd nie jest odpowiedzialny za długi szpitala, za te długi jest odpowiedzialny system wyceny. Nie polemizuje z tym wyrokiem, nie zgadzam się z nim w sensie być może samego odniesienia uważam, że kto zarządza ten jest odpowiedzialny (...)"

Komentarz: Tak, kto zarządza ten jest odpowiedzialny – szkoda, że ta zasada ma obowiązywać tylko podmioty lecznicze.

Więc znowu warto przypomnieć – zgodnie z art. 97 ust 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 7 tej samej ustawy minister zdrowia zatwierdza plan finansowy NFZ w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

Jeżeli chodzi o przepisy wewnętrzne jakie obowiązują Ministra Zdrowia – zgodnie z Regulaminem pracy Rady Ministrów, przygotowanie projektów aktów prawnych wymaga również opracowania oceny skutków regulacji (OSR). OSR ma obligatoryjnie zawierać przedstawienie wpływu projektu na istotne obszary oddziaływania, w szczególności na sektor finansów publicznych oraz wskazanie źródeł finansowania, zwłaszcza jeżeli projekt pociąga za sobą obciążenie budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Co powiedział Trybunał Konstytucyjny – koszt udzielania świadczeń stale wzrasta na skutek wprowadzania nowych regulacji, głównie podnoszących wynagrodzenie personelu medycznego i poprawy jakości opieki zdrowotnej. Akty prawne wprowadzające te zmiany nie zawierają oszacowania kosztów ich wdrożenia i – w konsekwencji – nie pociągają za sobą odpowiedniej weryfikacji kontraktów wiążących NFZ ze świadczeniodawcami. Dalej Trybunał wskazał, że z lekceważeniem przez prawodawcę kosztów wprowadzanych aktów wiąże się zarzut naruszenia art. 2 Konstytucji przez stanowienie prawa pozornego, którego pełna realizacja jest niemożliwa. Narastające lawinowo zadłużenie w służbie zdrowia dowodzi, że kolejne ustawy i rozporządzenia, wg założeń ustawodawcy wprowadzane w celu poprawy sytuacji pacjentów i personelu medycznego, są aktami stanowionymi bez pokrycia.

Sławomir Gadomski: "(...) Ja odniosę się do systemu francuskiego chociażby w którym managerowie systemu ochrony zdrowia, w tej części finansowanej ze środków publicznych, są certyfikowani przez jedną szkołę publiczną w kraju. Nie, tam nie ma konkurencji. Czy to jest rozwiązanie do skopiowania w Polsce? Analizujemy taki wariat, analizujemy wariant pewnej certyfikacji czyli podejścia do tego jakby

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: niedziela, 21, marzec 2021 12:24

Bernadeta Skóbel

Odsłony: 682

był to zawód regulowany. No może nie aż z takimi obostrzeniami, ale funkcjonują w Polsce w systemie certyfikacji ustawicznego kształcenia. Jesteśmy przekonani że w zakresie menedżerów ochrony zdrowia którzy włącznie zarządzają dzisiaj finansowaniem na poziomie no już prawie 60 miliardów złotych no nie jest to pomysł nietrafiony (...)"

Komentarz: Zarządzanie szpitalami na pewno wymaga umiejętności zarządczych, ale z drugiej strony nie może być tak, że płaćnik czy minister zdrowia wysyła dyrektora szpitala na misję niemożliwą, a w polskich warunkach trochę tak to wygląda. Odnosząc się do modelu francuskiego. Zastanawiające jest to, że resort zdrowia wyciąga tylko jeden z komponentów tego systemu jakim jest kształcenie osób zarządzających. Tymczasem warto byłoby również wskazać, w jakich warunkach managerowie ci pracują. Zgodnie z danymi OECD w 2018 we Francji działało 3042 szpitali (45 na milion mieszkańców), w tym 1360 szpitali publicznych. W Polsce 1276 (33 na milion mieszkańców), w tym 751 publicznych. Nakłady na lecznictwo szpitalne w Polsce wyniosły 2% PKB, w Francji 2,9% PKB. Nakłady per capita, z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza w Polsce wyniosły 672\$, we Francji 1344,7\$. Nakłady nominalne na mieszkańca wyniosły w Polsce 1124 zł, a we Francji 4452 zł (przeliczenie z euro po średnim kursie na koniec 2018 r.). Może warto się zastanowić, czy rzeczywiście mamy takich złych managerów, czy może warto im jednak podziękować za pracę w warunkach permanentnego kryzysu, który epidemia Covid-19 tylko pogłębiła.