

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: wtorek, 15, czerwiec 2021 11:08

Małgorzata Orłowska

Odsłony: 683

Kwoty ryczałtów, jakie Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował szpitalom powiatowym na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2021 roku, określono na poziomie roku 2019. „Będziemy mieli do czynienia z masowym zadłużaniem szpitali w Polsce” – alarmuje Grzegorz Lasak, Dyrektor ZOZ w Busku-Zdroju.

Przyczynkiem do naszej rozmowy są zaproponowane przez NFZ kwoty ryczałtów dla szpitali powiatowych na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2021. W czym tu tkwi problem?

Rzeczywiście, kwoty ryczałtów zostały przyporządkowane w sposób administracyjny, bez jakiejkolwiek konsultacji ze szpitalami, na podstawie roku 2019. Zupełnie pominięto rok 2020 i trzy fale koronawirusa, z którymi musieliśmy się zmierzyć. Pominięto ogromną walkę z tą chorobą, jaką stoczyły głównie szpitale powiatowe. Pominięto także drastyczny wzrost cen, który miał miejsce w ubiegłym roku. O ile w tym momencie te ceny troszeczkę spadły, o tyle w przypadku niektórych produktów ten wzrost jest notowany na poziomie 30-40 procent. Tego już NFZ nie uwzględnił. Podejrzewam, że wynika to albo z braku wiedzy, niemożności postawienia się w roli nas – dyrektorów szpitali, nieznamomości problemów szpitali powiatowych, albo jest to jakieś celowe działanie, które niechybnie i nieubłagane będzie dążyło do ogromnego zadłużenia szpitali powiatowych, bo tak naprawdę ryczałt, który w tym momencie jest oferowany szpitalom od lipca do grudnia 2021 roku, spowoduje ogromne zadłużenie nie tylko szpitala powiatowego w Busku-Zdroju ale wszystkich szpitali i nie tylko w zakresie osiągnięcia danego wyniku na koniec ale przede wszystkim to się przełoży na to, co jest dla szpitali najgroźniejsze, a mianowicie na wygenerowanie zobowiązań, w tym zobowiązań przeterminowanych, tzw. wymagalnych.

Czy oprócz zaproponowanego ryczałtu coś jeszcze może przyczynić się do – jak Pan określa – „administracyjnego” zadłużenia szpitali?

Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez oddziały regionalne jedynie w sposób deklaracyjny komunikuje dyrektora szpitala o wysokości ryczałtu. Kiedy świadczenia były kontraktowane na poszczególne oddziały, to można było mówić o tym, że niezadowolony dyrektor może nawet wystąpić na drogę sądową, jeśli ma jakieś nadwykonania. W tej chwili kwoty ryczałtowe są przekazywane dyrektorom szpitali tylko w sposób odgórny. My możemy się z tym zapoznać, możemy się z tym nie zgodzić ale nie mamy na to żadnego wpływu. Z NFZ nie ma żadnych negocjacji. Choć podpisujemy aneksy do umów, to przecież umowa zakłada dwie strony – jest świadczeniodawca, jest szpital i jest płatnik, czyli NFZ. Tutaj niestety żadnej dyskusji nie ma. Mówię o administracyjnym zadłużeniu, ponieważ my, dyrektorzy, na to co się niechybnie stanie, a więc na ogromne zadłużenie szpitali powiatowych, nie mamy żadnego wpływu. Ja co prawda otrzymałem pismo z kieleckiego NFZ-tu, że być może ryczałt, który otrzymuje szpital buski będzie zwiększony, ale dyrektorzy powinni znać wysokość ryczałtu najlepiej na początku roku a najpóźniej w półroczu danego roku. Jeżeli ktoś zwiększa ryczałt w październiku lub w listopadzie, to my nie jesteśmy w stanie wykazać procedur, które by pokryły zwiększony ryczałt, dlatego następuje obcięcie ryczałtu. W ten sposób koło się zamyka. To nie jest żadna stabilizacja. A należy zaznaczyć, że nie mówimy tu przecież o żadnych inwestycjach, które są w szpitalach potrzebne, mówimy tylko o bieżącym utrzymaniu, o leczeniu pacjentów. Tutaj brakuje pieniędzy pomimo tego, że rząd zapowiada wielkie środki finansowe. Ja już widzę, że poprzez tę ofertę ryczałtu dla szpitala, że ja niechcąc będę zmuszony do tego, by ten szpital zadłużyć.

Nie bez znaczenia są przecież wzrosty stawki godzinowej lekarzy, wzrost wynagrodzeń pracowników, cen leków, materiałów opatrunkowych...

To są podstawowe kwestie, które należało wziąć pod uwagę. Jest przecież ustawa o sposobie ustalania

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: wtorek, 15, czerwiec 2021 11:08

Małgorzata Orłowska

Odsłony: 683

najniższego wynagradzania niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ona wskazuje procentowe podwyżki, które każdy pracownik musi osiągnąć. W lipcu będziemy znowu przeliczać wszystkie wynagrodzenia pracowników szpitala, przyporządkowywać algorytmy procentowe i znowu nastąpi automatyczny wzrost wynagrodzeń. Ja się cieszę, że ludzie będą mieli większe wynagrodzenia, bo na to zasługują, ale to wszystko powinno mieć pokrycie w ryczałcie. To przecież podstawowy mechanizm, który decyduje o tym, czy my jako dyrektorzy szpitali możemy dysponować środkami publicznymi w szpitalu. A fundusz płac to duży wydatek. Gdyby rząd wprowadził mapę potrzeb zdrowotnych i ogólnie ustalono by, jakie świadczenia należy wykonywać w którym szpitalu, to oddziały nie dublowałyby się na przestrzeni kilkunastu kilometrów. Niestety tego nie zrobiono, dlatego lekarze specjaliści wybierają szpitale, w których chcą pracować, a dyrektorzy mówiąc potocznie podkupują sobie tych lekarzy, proponując coraz wyższe kwoty. To wszystko prowadzi do czegoś bardzo złego. Ja to nazywam powodem do przeprowadzenia reform ale te reformy proponowane przez rząd są kompletnie oderwane od realiów. O ile w pewnym zakresie można zgodzić się z diagnozą postawioną w raporcie Ministerstwa Zdrowia, o tyle rozwiązania problemu są żadne. Tworzenie centralnych instytucji, które będą zarządzały szpitalami przy jednoczesnym przerzuceniu odpowiedzialności na powiaty, to się zupełnie mija z celem. To powinno zostać bardzo mocno oprotestowane, bo albo decyzyjność i odpowiedzialność jest skupiona w jednym miejscu, albo mamy do czynienia z dualizmem decyzji i odpowiedzialności. Jeśli mamy w Polsce tworzyć Agencję Rozwoju Szpitali, która będzie miała ogromne kompetencje ale niewielką odpowiedzialność, to ja bardzo negatywnie na to patrzę. Obawiam się, że przez to zepsujemy jeszcze bardziej to, co jeszcze jako tako funkcjonuje.

Z tego co słyszeliśmy ze strony resortu zdrowia, to najbardziej realnym pomysłem jest wprowadzanie do szpitali, które „nie będą sobie radziły” specjalnej kadry menadżerskiej. Jak to się ma do obecnej sytuacji?

To są pomysły ludzie totalnie oderwanych od Polski powiatowej i od polskiej prowincji. Z zespole ministerialnym znaleźli się profesorowie, którzy przysłowiowo zjedli zęby na teorii, ale praktyka jest zupełnie inna. Jeśli reforma ochrony zdrowia nie obejmie kompleksowych rozwiązań – od podstawowej opieki zdrowotnej, która dziś idzie w kierunku patologii – to nic z tego nie będzie. Propozycje Ministerstwa Zdrowia to nie sprawdzone rozwiązania, które jeśli nie daj Boże zostaną wprowadzone, to rozłożą na łopatki system ochrony zdrowia, który już i tak jest na dnie. Wracając do ryczałtu – jeśli otrzymujemy ryczałt, który ma w jakimś stopniu pokrywać koszty funkcjonowania szpitala, czyli leczenia, koszty funduszu płac, zakupów (nie mówię zupełnie o inwestycjach) – to dobrze, gdyby z tych środków wystarczało też trochę pieniędzy na sprawy bieżące. O tym niestety nie ma co mówić, bo tych pieniędzy nie wystarcza nawet na leczenie. Nie można w sposób administracyjny określić, że pacjent będzie przebywał w szpitalu pięć albo dziesięć dni i że ma mieć zrobione takie a nie inne badania. Każdy przypadek jest indywidualny i jeżeli badania były wykonywane, to fundusz powinien je rozliczyć. Podejrzewam, że w ministerialnym zespole nie znalazł się ani jeden dyrektor szpitala powiatowego ani starosta. Trzeba sobie uświadomić, że zadłużenie szpitali nie będzie wynikało z tego, czy dyrektor potrafi zarządzać czy nie, tylko z tego, że dyrektor nie dostaje środków adekwatnych do potrzeb. Jak można rok 2020 pominąć, gdzie mieliśmy do czynienia z trzema falami pandemii i opierać się na roku 2019, w którym ceny były zupełnie inne.

To wszystko przypomina trochę błędne koło. Co można zrobić, aby wyjść z tego impasu? Co mogą zrobić dyrektorzy szpitali?

Nic nie możemy zrobić, bo tak jak powiedziałem wcześniej, dociera do nas tylko informacja, że taki a nie

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: wtorek, 15, czerwiec 2021 11:08

Małgorzata Orłowska

Odsłony: 683

inny ryczałt otrzymujemy. Nie możemy renegotjować, nie możemy skierować spraw do sądu. Złe jest to, że nie ma odpowiedniej diagnozy tej sytuacji. Zawsze porównuję system ochrony zdrowia w Polsce do choroby człowieka. Żeby pacjenta wyleczyć, najpierw trzeba postawić dobrą diagnozę. Dopiero potem wdrożone zostaje leczenie i liczymy na to, że pacjent wyzdrowieje. My w Polsce udajemy, że stawiamy diagnozę systemowi ochrony zdrowia. Bo jeśli pomija się podstawową opiekę zdrowotną, która powinna być najbliżej człowieka, pacjenta, to nie tędy droga. Albo w sposób odważny, z samorządami, z dyrektorami szpitali, z POZ-ami robimy okrągły stół, siadamy wspólnie i diagnozujemy i dopiero wprowadzamy reformę, albo tworzymy pseudo reformy, które tak naprawdę zabijają system, który jeszcze jako tako funkcjonuje. A funkcjonuje dzięki zaradności organów tworzących, czyli powiatów. Sam byłem wielokrotnie zwolennikiem zwiększenia udziału wojewodów, szczególnie jeśli chodzi o finansowanie inwestycji szpitali. Jeżeli instytucja publiczna wydaje decyzję administracyjną i wskazuje, że coś powinno zostać zrobione, to jeśli jest to szpital publiczny, to sfinansowanie danej inwestycji jest rolą rządu. I tu widziałbym dużą rolę wojewodów, bo przecież to za ich pośrednictwem rząd działa w terenie. Za to nigdy nie byłem zwolennikiem centralnego podejmowania decyzji. To nie prowadzi do niczego dobrego. W Polsce mamy do czynienia z błędnym kołem – z jednej strony brakuje pieniędzy, ale są też miejsca, gdzie te pieniądze są przekazywane ale są źle wydatkowane. Należy wskazać takie miejsca. Trzeba jasno ustalić, co należy zrobić, jakie świadczenia mają być wykonywane i gdzie.