O centralizacji szpitali w Sejmie, czyli jak resort zdrowia nadal pomija niewygodne dla siebie fakty (cz. 1)

Kategoria: Felietony
Opublikowano: piątek, 26, luty 2021 08:09
Bernadeta Skóbel
Odsłony: 1951

24 lutego br. odbyło się posiedzenie połączonych Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej oraz Komisji Zdrowia, którego przedmiotem była „Informacja Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego oraz Ministra – Członka Rady Ministrów Michała Cieślaka w sprawie centralizacji i upaństwowienia systemu ochrony zdrowia oraz działalności leczniczej". Zainteresowanym polecamy wysłuchanie całego materiału. Postanowiliśmy odnieść się do niektórych wypowiedzi wiceministra Sławomira Gadomskiego, który reprezentował resort zdrowia.

Sławomir Gadomski (dalej: **SG**) powiedział: „Nie bardzo wiem skąd wynika teza, czy jakby wniosek, że Minister Zdrowia krytycznie ocenia wyłącznie szpitale powiatowe. W mojej ocenie ani minister Niedzielski, ani ja osobiście nigdy takiej tezy nie postawiliśmy, więc wniosek jest absolutnie nietrafiony. Mówimy o potrzebie pewnej konsolidacji czy centralizacji w tym sektorze, ale nie wskazując szpitali powiatowych jako winowajców…"

Komentarz: W odpowiedzi pozwolimy sobie zacytować wypowiedź Pana wiceministra Gadomskiego sprzed dwóch miesięcy: „ …W powiatach ciężko o profesjonalizację nadzoru, jeśli starosta zarządza jednym szpitalem. Najlepiej, aby w regionie robił to wojewoda albo marszałek województwa. Profesjonalny nadzór i zarządzanie placówkami jest możliwe tylko przy konsolidacji…" – Sławomir Gadomski, „Zabiorą szpitale starostom, choć ci w nie zainwestowali?" Politykazdrowotna.com, 30 grudnia 2020 r.
Warto dodać, że ZPP na przykładzie instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia wykazał, że skonsolidowany nadzór nie przynosi wymiernych efektów.

SG: „Mówimy o potrzebie pewnej konsolidacji czy centralizacji w tym sektorze, ale nie wskazując szpitali powiatowych jako winowajców, o czym zresztą na kolejnych slajdach. Faktycznie pokazywaliśmy te dane mówiąc o tym, że mamy jeszcze dużo do nadrobienia z punktu widzenia nakładów na zdrowie, ale te dane pokazywałem w innym kontekście, raczej w tym, że dzisiaj 34% wydatków publicznych w Polsce jest kierowanych do sektora szpitalnictwa, podczas gdy w Unii Europejskiej ten odsetek jest sporo mniejszy, tam jednak akcenty przełożone na nieco inne obszary leczenia."

Komentarz: Pan wiceminister pomija fakt, że te 34% wydatków publicznych na lecznictwo szpitalne jest wypadkową niskich nakładów na ochronę zdrowia w Polsce w porównaniu do średniej Europejskiej. Na szpitalnictwie nie da się tak oszczędzać jak na AOS, gdzie poprzez system kolejkowy oraz limity przyjęć publiczny płatnik skutecznie zachęca obywateli do płacenia za wizyty u specjalistów. No ale żeby nie być gołosłownym – na 26 Państw europejskich członków OECD, jeżeli chodzi o nakłady na lecznictwo szpitalne, per capita z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza, Polska zarówno w 2017 jak i w 2018 r. zajmowała 9 miejsce od końca. Nakłady na lecznictwo szpitalne wyniosły w 2018 r. 672$, średnia dla analizowanej grupy Państw wyniosła 942$*.

SG: „Faktycznie no właśnie no nie jest tak, że my nie zauważamy niedofinansowania tego sektora tylko wprost odwrotnie – podjęliśmy ogromną obietnicę wobec społeczeństwa, wobec samych siebie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i jestem przekonany, że czy ten rząd czy każdy inny będzie tą ścieżkę kontynuował. Ta ścieżka przybliża nas nie tylko o wartości referencyjne, nie tylko w jakimś odniesieniu się do PKB z tego czy z tamtego roku. Na komisji zdrowia dyskutowaliśmy o tym, myślę, że już tak dużo razy, że próbowałem wielokrotnie rozwiać te wątpliwości, co do PKB z tego albo z innego roku. Myślę, że niech krytycy spojrzą na PKB z roku '20 i docenią to, że w '22 będziemy się odnosić do pewnych wartości czy w '21 odnosimy się do pewnych wartości znacznie wyższych niż te, które są wynikiem

Phoca PDF

pandemii."

Komentarz: Samorządowcy doskonale wiedzą, jak liczy się nakłady na ochronę zdrowia w Polsce i żadne zaklinanie rzeczywistości przez resort zdrowia nie pomoże. Ale przypominamy jeszcze raz – czym innym jest liczenie nakładów na ochronę zdrowia dla potrzeb przygotowania projektu budżetu państwa – gdzie de facto ostatecznie nakłady te liczy się w stosunku do PKB sprzed dwóch lat, a czym innym prezentowanie przez resort zdrowia informacji o nakładach na ochronę zdrowia za lata poprzednie stosując tę samą metodologię – np. pomijanie w przekazie medialnym, że wskaźnik ten za 2019 r. jest liczony w odniesieniu do sytuacji gospodarczej z 2017 r.
Zresztą ZPP wielokrotnie zaznaczał, również na samym posiedzeniu Komisji, że poza PKB warto spojrzeć na jeszcze inny wskaźnik – nakłady per capita z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza, który obnaża rzeczywiste nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw europejskich.

SG: „Ale żeby nie było, że to są jakieś procenty to są nominalnie ogromne kwoty. Jeżeli spojrzycie państwo sobie na nakłady na ochronę zdrowia w roku 2015 – 75 mld, w roku 2020 – 107 mld na poziomie planu, na poziomie realizacji 113 i jest to bez nakładów covidowych. Tu nie ma 8 czy 10 mld zł środków, które poszły na walkę z pandemią w obszarze ochrony zdrowotnej. Czy to są wirtualne pieniądze, czy to są tylko procenty – no niech każdy oceni. Dla mnie jednak 35-40 mld zł to są realne pieniądze. A jeżeli spojrzymy sobie na rok 2021 to według ustawy budżetowej plan na poziomie 121 mld, założenia tej ścieżki dojścia 150 mld w roku 2024, czyli dwa razy więcej niż 10 lat wcześniej w roku 2015. Wirtualne? – No chyba nie."

Komentarz: Nominalny wzrost nakładów na ochronę zdrowia wynika w dużej mierze ze wzrostu płac, gdzie wysokość składki zdrowotnej, która trafia do systemu jest pochodną tej pierwszej wartości. Problem w tym, że wydatki na wynagrodzenia w sektorze rosną szybciej. O ile posłom można byłoby wybaczyć niewiedzę – nie każdy ma wykształcenie ekonomiczne, o tyle nie powinniśmy być pobłażliwi wobec wiceministra Sławomira Gadomskiego. Zgodnie z notką biograficzną zamieszczoną na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, wiceminister Gadomski posiada wykształcenie wyższe z zakresu finansów i bankowości oraz matematyki finansowej. Rodzi się pytanie, czy gdyby pracował jako dyrektor finansowy w dużej spółce prywatnej pozwoliłby sobie na prezentowanie zarządowi wyłącznie danych dotyczących wzrostu przychodów z działalności w ujęciu nominalnym z pominięciem danych dotyczących kosztów prowadzenia tej działalności.

SG: „Jeżeli nakłady na szpitalnictwo w roku '15 to było 33 mld, w roku '19, czyli tym ostatnim można powiedzieć standardowym przed pandemią, 50 miliardów. Pandemia wywróciła to raczej zwiększając jeszcze bardziej te kwoty, które trafiły do szpitali, no, ale nawet bez efektu pandemii mówimy o tym, że w roku '20 te nakłady byłyby standardowo na poziomie 52-53 mld. 20 miliardów więcej niż 5 lat temu i to jest ogromny wzrost – to jest wzrost, który niespotykany dzisiaj w innych dziedzinach medycyny – POZ, AOZ, opieka długoterminowa inne obszary – nie było takiego wzrostu jak w obszarze szpitalnictwa, więc teza o niedofinansowaniu, tzn. niedofinansowanie to być może mamy jakby permanentnie wpisane w każdy obszar ochrony zdrowia, a nie tylko w Polski, no, ale te nakłady, które trafiły do szpitalnictwa – ogromne."

Komentarz: Pan wiceminister znowu szafuje danymi, które być może któryś z pracowników resortu zdrowia bezmyślnie mu podstawia. Więc po raz kolejny trzeba przypomnieć – nominalny wzrost wartości umów w lecznictwie szpitalnym był efektem m.in. wprowadzenia w II połowie 2017 r. sieci szpitali i uwzględnienia w ryczałcie dla szpitali usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Poza tym biorąc pod

Phoca PDF

uwagę wykonanie planu NFZ – w ujęciu procentowym – jest to wzrost porównywalny do POZ (8,8 mld w 2015 r., do 12,4 w 2019 r.).

SG: „To również jakby wykres, który pokazuje, że Minister Zdrowia nigdy nie szukał przyczyny złej sytuacji w szpitalach powiatowych. Jak państwo doskonale widzicie szpitale powiatowe odpowiadają za 20 czy ogółem czy w poziomie zobowiązań wymagalnych ok 20 % tego długu, który jest w sektorze szpitalnictwa. Za 1/3 mniej więcej szpitale wojewódzkie, za kilkanaście % szpitale miejskie reszta resortowe. Ale pokazuje to też po to żeby pokazać, że to nie jest tak, że dzisiaj jeden poziom organu tworzącego jest tym, który w jakiś sposób kompletnie nie realizuje pewnej polityki prozdrowotnej. Pokazuje to po to żeby pokazać, że jest to systemowy problem dotyczący różnych organów tworzących i nasze prace, o czym zaraz, mają jakby tutaj w pewnym sensie dotyczyć wszystkich poziomów, niezależnie od organu tworzącego."

Komentarz: Przypominamy komentarz do pierwszego fragmentu wypowiedzi.

**https://stats.oecd.org/*

Phoca PDF