

Rozmowa z wiceministrem zdrowia Sławomirem Gadomskim



Fot. Ministerstwo Zdrowia

Rynek ochrony zdrowia jest trudny – fakt, ale da się

Polska Federacja Szpitali opublikowała w „Menedżerze Zdrowia” wyniki badań dotyczących finansowania placówek w czasie pandemii COVID-19. Spytano dyrektorów, czy wykonają kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia i o okres rozliczeniowy. 94,1 proc. ankietowanych przewiduje ujemny wynik finansowy i uważa, że nie ma możliwości wykonania takiej samej liczby świadczeń jak przed pandemią. 61,8 proc. zasugerowało, aby wydłużyć okres rozliczeniowy. Jak pan to skomentuje?

Twierdzę, że odpowiedzi na pytanie o finansowanie szpitali są błędne. Dlaczego? Ponieważ zasady finansowania szpitali, a w szczególności ryczałt szpitalny w 2020 r., nie są zależne od zrealizowanych procedur. Finansowanie było zakontraktowane – wyliczone z ryczałtu – i jest niezmiennie niezależnie od stopnia realizacji procedur w 2020 r. Powiem więcej, od marca zarządzający dostają jedną dwunastą kontraktu miesięcznie, a jednocześnie realizują mniej procedur, nie ponoszą pewnych kosztów, np. związanych z wynagrodzeniem

lekarzy kontraktowych i wykorzystywanymi materiałami. Paradoksalnie może się okazać, że w 2020 r. szpitale wykażą lepszą sytuację finansową. Kłopoty z koronawirusem oczywiście nas nie cieszą, ale takie są fakty. Co z finansami w 2021 r.? Faktycznie, przyszły rok może być wyzwaniem. Jestem gotów zgodzić się z dyrektorami, że jeśli przyjęlibyśmy metodę wyliczenia ryczałtu na rok następny na podstawie tylko i wyłącznie realizacji świadczeń z 2020 r., to wiele podmiotów miałoby problem z budżetem. Dlatego myślimy o wydłużeniu okresu rozliczeniowego. O ile? Zastanawiamy się, będziemy obserwować system. Chcielibyśmy, aby większość podmiotów nadrobiła ten miesiąc, dwa jeszcze w 2020 r. To może się udać, jeśli wdroży się inne systemy pracy, zwiększy aktywność ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ale nie mówię, że to ostateczność. Jeżeli zauważę, że to się nie udaje, możliwe będzie rozszerzenie okresu rozliczeniowego o trzy miesiące – do pierwszego kwartału 2021 r. – albo o pół roku. Przed nami trudne wyzwanie, aby odsiać tę zawieszoną działalność szpitali, która była absolutnie uzasadniona, i te okresy zawieszenia i ograniczenia usług, które były

„nadmiarowe”. Mamy sygnały, że wiele oddziałów zamknęło swoją działalność w pewnym sensie ze strachu, a w tym samym czasie inni walczyli o to, żeby każdego pacjenta przyjąć, każdemu pomóc, leczyć jak najlepiej. Przykładem są liczne ośrodki onkologiczne, które nigdy się nie zamknęły, a ograniczenia wprowadzały jedynie wtedy, gdy na oddziale pojawił się pacjent zakażony lub z podejrzeniem zakażenia – te przerwy wynikały z okresu krótkiej kwarantanny personelu lub konieczności dezynfekcji. Chciałbym, aby te podmioty wyszły z epidemii wynagrodzone.

A może dyrektorzy po prostu bali się o zdrowie pacjentów i personelu?

Oczywiście, nie mówię o złej woli. Ale proszę zwrócić uwagę, że wszyscy mieli równy poziom startowy, taki sam czas, aby dostosować się do sytuacji epidemicznej. Jeśli dziś docierają do nas sygnały, że niektóre szpitale nadal nie wznowiły działalności planowej i nadal nie wykonują niektórych świadczeń, to przyznaję, że tego nie rozumiem.

Spytam ponownie – czy dyrektorzy, którzy stwierdzili, że nie ma możliwości wykonania takiej samej liczby świadczeń jak przed pandemią, muszą się obawiać o swoje finanse?

Najważniejszy jest pacjent. Wszyscy musimy wykazać pełną determinację, żeby nadrobić zaległości wynikające z obiektywnych przyczyn, czyli pandemii, i należyście zabezpieczyć potrzeby pacjentów. Szpitale, które ograniczyły swoją aktywność, skorzystają z tego, że NFZ nie dokona pewnej korekty ryczałtu z tytułu obniżenia aktywności, tylko pozwoli te limity rozliczyć w dłuższym okresie, np. do połowy przyszłego roku. W mojej ocenie to sprawiedliwy układ i z uwagi na długi okres możliwy do realizacji bez problemu przez szpitale. Pamiętajmy też to, o czym już mówiłem – nie wszyscy istotnie ograniczyli aktywność. Przykładem jest Narodowy Instytut Onkologii – analizowałem raport zarządczy, z którego wynika, że wykonanie za okres styczeń–maj było wyższe niż zakładany kontrakt. To kwestia determinacji i woli, żeby jak najlepiej zabezpieczyć potrzeby pacjentów.

Jak pan ocenia finanse szpitali w ogóle?

Dysponujemy rzetelnymi danymi z końca 2019 r. Raportowanie pierwszego kwartału 2020 r. przesunęliśmy, aby nie dociążyć szpitali. Jakie są długi? No cóż... chciałbym, aby szpitale nie były zadłużone, żeby nie miały zobowiązań wymagalnych, ale tak nie jest. Ogromnym problemem sektora zdrowia jest to, że część podmiotów generuje zobowiązania wymagalne. Według naszych danych na koniec 2019 r. było to 28 proc. placówek. W 2018 r. podmiotów, które miały

” Dysponujemy rzetelnymi danymi z końca 2019 r. Raportowanie pierwszego kwartału 2020 r. przesunęliśmy, aby nie dociążyć szpitali. Jakie są długi? No cóż... 2 mld zł”

zobowiązania wymagalne, było 26 proc. Kwota zobowiązań wymagalnych na koniec 2019 r. to ok. 2 mld zł. Szpitale powiatowe, tzn. utworzone przez powiaty i miasta na prawach powiatu, generują 30 proc. zadłużenia wymagalnego, szpitale kliniczne 25 proc., a instytuty badawcze działające w ochronie zdrowia 9 proc.

2 mld zł to dużo...

Oczywiście, to kwota wysoka, nie zaprzeczam. Na pocieszenie mogę stwierdzić, że to nie jest rekord. W 2005, 2006 r. zobowiązania wymagalne wynosiły ponad 4 mld zł. Obecne 2 mld w porównaniu z tym, co było wtedy, to istotnie mniej... Trzeba też mieć na uwadze skalę działalności, wtedy nakłady na zdrowie, w tym kontrakty NFZ, były nieporównywalnie mniejsze, a co za tym idzie – wskaźnik zobowiązań był relatywnie wielokrotnie gorszy.

Które placówki są najbardziej zadłużone? Powiatowe, wojewódzkie, instytuty? Można wskazać jakieś tendencje?

Nie. Zadłużenie zależy od zarządzania, a nie od organu założycielskiego. Z jednej strony mamy szpitale kliniczne, które są zadłużone i notorycznie wykazują straty – nie będę wymieniać z nazwy, a z drugiej strony szpitale, które nie tylko nie generują zobowiązań wymagalnych, ale w ostatnich latach osiągnęły zyski – i te wymienię z nazwy: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku i Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu. W Gdańsku cała załoga wykazuje ogromną determinację. Byłem w tym szpitalu, widziałem to na własne oczy. Gdański szpital w 2010 r. rozpoczął trudną restrukturyzację, mieli ok. 100 mln zł zadłużenia wymagalnego. We Wrocławiu placówka przynosi zyski ok. 20 mln zł rocznie. A to placówki referencyjne, kompleksowe, wielozakresowe i kliniczne, do których z zasady trafiają najtrudniejsze przypadki. I są w stanie dobrze prosperować. Dlaczego? Bo są dobrze zarządzane, wdrożyły zaawansowane rachunki kosztów, systemy motywacyjne i rozliczają pracowników z realizacji zadań. Te podmioty funkcjonują w takiej samej rzeczywistości co 28 proc. placówek, które generują zobowiązania wymagalne. Nie mają innych, preferencyjnych warunków.



Fot. PAP/Wojciech Okrusiński

„ Daleki jestem od stwierdzenia, że wszystkie wyceny są fair i umożliwiają wypracowywanie nadwyżek – tak nie jest. Nie chcę powiedzieć, że jest idealnie, nie ma się co oszukiwać ”

Sugeruje pan, że większość dyrektorów nie zarządza właściwie?

Sugeruję, że można dobrze zarządzać szpitalami na trudnym rynku. Rynek jest trudny – fakt, ale da się.

Może warto byłoby podnieść wyceny świadczeń? Między innymi to sugerują dyrektorzy szpitali.

Daleki jestem od stwierdzenia, że wszystkie wyceny są fair i umożliwiają wypracowywanie nadwyżek – tak nie jest. Nie chcę powiedzieć, że jest idealnie, nie ma się co oszukiwać. Chcielibyśmy jak najszybciej te wyceny poprawić. Robimy to, w 2019 r. były duże wzrosty szczególnie na pierwszym i drugim poziomie zabezpieczenia – o ok. 10 proc., na innych poziomach o ok. 5 proc. Od 1 kwietnia 2020 r. – z mocą od 1 stycznia – była kolejna podwyżka w wysokości 5 proc. w ryczałtach szpitalnych. Od 16 czerwca 2020 r. prezes NFZ zmienił plan finansowy NFZ na 2020 r., zwiększając finansowanie świadczeń szpitalnych rozliczanych w ramach ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w 2020 r., w wyniku których od 1 lipca 2020 r. wzrosła wycena świadczeń w PSZ o ok. 3 proc. Wynikające z tych zmian zwiększenie finansowania świadczeń szpitalnych rozliczanych w ramach ryczałtu PSZ w 2020 r. szacowane jest na ok. 302,7 mln zł. Podkreślił jednak, że sama wycena świadczeń nie wystarczy, konieczne są też działania restrukturyzacyjne.

A może oddłużenie placówek? Czy resort bierze pod uwagę takie rozwiązanie?

Nie planujemy centralnego oddłużania. Doświadczenia w sektorze ochrony zdrowia z takim działaniem są tylko złe. I oddłużanie na poziomie samorządowym, i na poziomie centralnym często kończyło się ponownym zadłużeniem.

Były prezes NFZ Marcin Pakulski powiedział, że „pandemia COVID-19 to dobry moment, lepszy niż jakikolwiek dotychczas, aby przemyśleć na nowo kształt systemu opieki zdrowotnej. Okazuje się bowiem, że działalność niektórych małych placówek, bez zaplecza diagnostycznego i oddziałów intensywnej terapii, nie jest niezbędną, a wręcz stanowi problem dla systemu. Między innymi ze względu na brak personelu i niespełnienie wymagań. Być może ich działalność powinna zostać zawieszona”. Może warto posłuchać tej sugestii i zamknąć część szpitali powiatowych, aby poprawić finanse szpitalnictwa?

Likwidacja szpitali powiatowych to zbyt śmiała koncepcja, dziś niemożliwa do realizacji – także z przyczyn polityczno-historycznych. Słyszałem też opinie, że trzeba zlikwidować 200 szpitali powiatowych. Moim zdaniem

„Zadłużenie zależy od zarządzania, a nie od organu założycielskiego. Z jednej strony mamy szpitale kliniczne, które są zadłużone i notorycznie wykazują straty, z drugiej strony takie, które nie tylko nie generują zobowiązań wymagalnych, ale w ostatnich latach osiągnęły zyski. Te ostatnie są dobrze zarządzane, wdrożyły zaawansowane rachunki kosztów, systemy motywacyjne i rozliczają pracowników z realizacji zadań”



Fot. PAP/Wojciech Olikuśnik

to zły pomysł, zgadzam się za to, że konieczne jest zredefiniowanie funkcji niektórych szpitali. Być może nie powinniśmy rozpatrywać podstawowego zabezpieczenia szpitalnego na poziomie powiatu, lecz dwóch, trzech sąsiadujących z sobą. Rozsądniejsze jest przekształcenie niektórych szpitali lub ich części w zespoły opiekuńczo-lecznicze, przy czym konieczna jest większa integracja, współpraca między niektórymi powiatami i realne poprzesuwanie niektórych zakresów świadczeń. To może być sposób na poprawę systemu ochrony zdrowia, także pod względem finansowym. To już się dzieje przy udziale NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Przykład? Oddział chirurgiczny w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku działał do końca 2019 r. Od początku 2020 r. większość jego pacjentów trafia do Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile. To efekt reorganizacji podmiotów leczniczych w powiecie pilskim przeprowadzonej dzięki współpracy starosty pilskiego, dyrekcji obu szpitali oraz oddziału NFZ. Dzięki tej zmianie potencjał obu placówek został lepiej wykorzystany.

Dyrektor wielkopolskiego oddziału NFZ Agnieszka Pachciarz w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”, opisując przykład Wyrzyska i Piły, mówiła, że „profilowanie szpitali i koncentracja kompetencji to sposób na zaspokojenie potrzeb pacjentów oraz rozwiązanie problemów związanych z brakiem kadrowymi”.

Zdecydowanie potwierdzam to jako dobrą praktykę. Pracujemy, aby powstały rozwiązania na poziomie centralnym motywujące zarządzających do takiego dzia-

łania. Miałyby się one pojawić w ustawie o Funduszu Medycznym.

Proszę o szczegóły.

Projekt ustawy przewiduje działania, które mają na celu m.in. zapobieganie konkurowaniu szpitali o tych samych pacjentów i kontrakt z NFZ, a także prowadzenie spójnej polityki w danym regionie w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych. Pozwoli to np. na uniknięcie dublowania oraz konieczności utrzymywania wykwalifikowanego personelu medycznego oraz na skoncentrowanie w jednym miejscu kadr i nowoczesnej infrastruktury medycznej. Dotyczą one zatem w szczególności takich sytuacji, gdy w niedalekiej odległości funkcjonuje kilka szpitali mających taki sam profil działalności i oferujących analogiczne grupy świadczeń medycznych, np. oddział kardiologii albo ginekologii i położnictwa, i są nakierowane na konsolidację profili działalności w szpitalach. Za wcześniej na wszystkie szczegóły, ale taki kierunek zmian chcemy wesprzeć, np. środkami inwestycyjnymi na konsolidację.

Kiedy ustawa powstanie i kiedy te rozwiązania będą obowiązywać?

Prace nad projektem ustawy o Funduszu Medycznym trwają i prowadzone są w ścisłej współpracy Kancelarii Prezydenta RP i Ministerstwa Zdrowia. Podejmowane są intensywne starania, aby działania przewidziane w ustawie mogły zostać zainicjowane od początku 2021 r.

Rozmawiał Krystian Lurka