

Szpitalne powiatowe potrzebują racjonalnej polityki



Fot. Paweł Sowa/Agencja Czysta Zx

Rozmowa z Andrzejem Płonką, prezesem Związku Powiatów Polskich

Jak pan ocenia sytuację szpitalnictwa powiatowego?

Jest fatalna. To konsekwencja rosnących obciążeń placowych i niskiej wyceny świadczeń zdrowotnych. Presja placowa, podsycana porozumieniami ministra zdrowia z kolejnymi grupami zawodowymi, bez zapewnienia odpowiednich źródeł finansowania skutkuje pogłębieniem niestabilności finansowej szpitali powiatowych. Na wypłaty przeznaczają się ponad 83 proc. przychodów ze sprzedaży. Według szacunków w 2019 r. to obciążenie może wzrosnąć do 90 proc. Absurdem jest to, że koszty leczenia stanowią jedynie 4–6 proc. wydatków. Mimo że pokrywanie strat szpitali jest konstytucyjnym obowiązkiem państwa, kilka lat temu rząd przyjął ustawę, w której scedował to zadanie na samorządy. Podmioty tworzące muszą więc wyasygnować ze swoich budżetów poważne sumy na dopłaty do bieżącej działalności placówek. Żaden samorząd powiatowy prowadzący szpital nie podejmie przecież decyzji o jego likwidacji. A to doprowadzi do sytuacji, że nie będzie wykonywać inwestycji drogowych czy re-

montować szkół. Ponadto zacznie się zadłużać. Jedną z najważniejszych zmian w zakresie opieki zdrowotnej w ostatnich latach, mającą bezpośredni wpływ na funkcjonowanie szpitali powiatowych, było uruchomienie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, potocznie zwanego siecią szpitali. Ministerstwo Zdrowia przekonywało, że sieć usprawni organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne i poprawi dostęp do leczenia specjalistycznego. Ponadto ułatwi zarządzanie szpitalami, zagwarantuje im odpowiedni poziom, a także ciągłość i stabilność finansowania. Ale w przypadku placówek powiatowych tak się nie stało.

Co jest największym kłopotem dla zarządzających szpitalami powiatowymi?

Po pierwsze, rosnące koszty. Przede wszystkim związane z wynagrodzeniami wprowadzonymi przez regulacje rządowe: wzrost wynagrodzenia minimalnego – należy zauważyć, że wzrost minimalnego wynagrodzenia ma wpływ na inne wydatki, wejście w życie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, wprowadzenie regulacji placowych przez ministra zdrowia dla wybranych grup zawodowych – pielęgniarek, ratowników medycznych, lekarzy. Niezależnie od faktycznych skutków finansowych planowanych zmian, nawet przy założeniu ich częściowego sfinansowania z NFZ, fakt wprowadzania regulacji o charakterze placowym w sposób rozproszony – to jest w wielu aktach prawnych różnej rangi – ani nie sprzyja przejrzystości przepisów prawa, ani nie ułatwia zarządzania placami w podmiotach leczniczych. Na poziom wynagrodzeń w podmiotach leczniczych mają wpływ również czynniki pozaprawne, w tym niedobór lekarzy i pielęgniarek, a także starzenie się tej grupy zawodowej. Z tego powodu zwiększa się konkurencja pomiędzy podmiotami leczniczymi o pozyskanie kadr. Konkurencja ta ma przede wszystkim wymiar placowy, a to z kolei powoduje windowanie wynagrodzeń. Dyrektorzy szpitali powiatowych negatywnie oceniają również fakt, że NFZ staje się płatnikiem wynagrodzeń. Problem stanowi też to, że punktowa zmiana dotycząca określonej grupy zawodów medycznych powoduje presję placową ze strony innych grup.



„Szpitale powiatowe 83 proc. przychodów wydają na płace, a na leczenie jedynie 4–6 proc.”

Po drugie, zbyt niskie finansowanie świadczeń zdrowotnych przez głównego płatnika – NFZ.

Od 2017 r. funkcjonujemy w nowym systemie, tj. w sieci szpitali, która jest finansowana w formie ryczałtowej. Spodziewaliśmy się, że zgodnie z algorytmami określonymi w rozporządzeniach kwoty przekazywane na świadczenia w sieci będą się zwiększały. Mamy jednak inną sytuację: po trzech okresach rozliczeniowych ryczałt pozostaje na tym samym poziomie. Sprawdziliśmy, że finansowanie naszych szpitali niewiele się różni od tego z roku 2016. De facto wartość ryczałtów od 2017 r. zwiększyła się średnio zaledwie o 2 proc.

Po trzecie, wejście w życie od 1 stycznia 2019 r. nowych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W Polsce brakuje pielęgniarek, w związku z czym szpitale powiatowe, żeby spełnić normy, likwidują łóżka. Proponowane normy wymagają zatrudnienia dodatkowo co najmniej trzech tysięcy pielęgniarek w szpitalach powiatowych, a tyłu na rynku pracy po prostu nie ma.

Po czwarte, problemem dla dyrektorów jest też to, że nie ma żadnego podmiotu, który by ich wspierał w regionie w kwestii wizji kierunku zmian. Nie ma priorytetów, których można by się trzymać i do których można by dostosowywać strategię działania na poziomie powiatowym. Nie ma jednego kreatora polityki zdrowotnej w regionie. Jest ich kilku: marsza-

łek województwa, rektor uniwersytetu medycznego, resorty mundurowe, samorządy powiatowe oraz coraz liczniejsze prywatne podmioty lecznicze. Każdy z nich patrzy tylko na swoją domenę. A główny płatnik – NFZ – jest poddany tak wielkiej presji właścicieli szpitali i wpływom politycznym, że dla świętego spokoju i w obronie przed ewentualnymi zarzutami każdemu daje po trochu, niczego w ten sposób nie ułatwiając i nie rozwiązując problemu.

Jak dyrektorzy szpitali powiatowych radzą sobie ze zwiększającymi się oczekiwaniami personelu medycznego?

Próbują negocjować, ale jest to bardzo trudne. Zwykle nie udaje się dojść do porozumienia. Zarządzający ulegają i zadłużają szpitale, żeby sprostać oczekiwaniom i nie doprowadzić do ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych. Przewidywany stopień zadłużenia za rok 2018 będzie o wiele wyższy niż w latach ubiegłych. Ale nie można zadłużać się w nieskończoność. Długi szpitala to nie tylko problem dyrektora, ale także jego podmiotu tworzącego, który musi znaleźć środki w budżecie na pokrycie straty czy udzielenie nieoprocentowanych pożyczek, które pewnie nigdy nie będą spłacone i trzeba będzie je umorzyć. Samorządy powiatowe powoli wyczerpują swoje możliwości finansowe i w końcu dojdzie do likwidacji tych placówek, jeżeli minister nie podejmie pilnych działań w celu zwiększenia finansowania szpitali powiatowych.

Co musiałoby się stać, żeby poprawiła się sytuacja szpitali powiatowych?

Ponownie wypunktuję. Po pierwsze, należałoby oczekiwać bardziej racjonalnej polityki, jeżeli chodzi o tworzenie warunków funkcjonowania szpitali powiatowych. Powinny mieć jasno określoną rolę w systemie zabezpieczenia szpitalnego w województwie. Po drugie, potrzebne jest zwiększenie strumienia środków, które płyną do szpitali powiatowych. Zwiększenie wartości umów na wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej wymagające zaangażowania personelu medycznego i niemedyckiego poprzez zwiększenie wyceny świadczeń co najmniej od 15 proc. do 20 proc. Po trzecie, niezbędna jest zmiana formy kształcenia podyplomowego lekarzy w taki sposób, aby duża liczba absolwentów podejmowała kształcenie specjalizacyjne w szpitalach powiatowych, co pozwoli na odnowienie kadry w kolejnych latach. Obecnie szpitale powiatowe nie korzystają z pracy rezydentów z powodu przejmowania rezydentur przez szpitale kliniczne. Po czwarte, konieczne są szybkie decyzje mające na celu zlikwidowanie tzw. luki pokoleniowej w poszczególnych zawodach medycznych.

Rozmawiał Krystian Lurka