

O sieci i budżetowaniu szpitali



SIEĆ SZPITALI

— A MIAŁO BYĆ TAK PIĘKNIE

W znanej książce Giuseppe di Lampedusy „Lampart”, dotyczącej burzliwego okresu powstania współczesnych Włoch, jeden z bohaterów wypowiada znamienne zdanie: „Musi wiele się zmienić, aby nic się nie zmieniło”. Czy właśnie te słowa księcia Saliny staną się memento dla jednego z filarów „planu Radziwiłła”, czyli sieci szpitali – czas pokaże. Gorzej, jeżeli zmiany okażą się tak radykalne, że będziemy cytować słowa Krzysztofa Kononowicza, że już niczego, przynajmniej w niektórych miejscach, nie będzie.

Podstawową przyczyną problemów naszej opieki zdrowotnej jest brak zasobów – ludzkich i finansowych. Bez ich uzupełnienia nie jest możliwe uzyskanie widocznej poprawy – ta teza obecnie raczej nie budzi żadnych wątpliwości, ale powtarzać ją trzeba nieustannie. Może dotrze w końcu do osób odpowiedzialnych za państwo. Oprócz jednak deficytu zasobów problemem jest też zła organizacja systemu, dotycząca praktycznie wszystkich jego elementów. W przypadku leczenia szpitalnego wskazywano głównie na chaotyczne rozproszenie udzielanych świadczeń (z największą ich gęstością w wielkich miastach), powstawanie podmiotów leczniczych żyjących z procedur najlepiej wycenionych czy finansowanie usług według zasady *fee-for-service*, co prowadziło do zainteresowania podmiotów wykonywaniem pojedynczych procedur, bez całościowego spojrzenia na pacjenta i jego chorobę. Receptą na te problemy miało być utworzenie sieci szpitali i zmiana sposobu ich finansowania na finansowanie budżetowe.

Cel – odbiurokratyzować pracę szpitali

Mówiąc o sieci szpitali, oczekiwaliśmy, że docelowo doprowadzi ona do takiego umiejscowienia i spro-

filowania szpitali, że będą one zabezpieczać potrzeby społeczeństwa. Po prostu – gdy będziemy potrzebować leczenia podstawowego, będziemy je mogli otrzymać względnie blisko, a w przypadku schorzeń bardziej złożonych w większych ośrodkach, w racjonalnie rozłożonej sieci. Podobnie, mówiąc o budżetowaniu, rozumieliśmy, że szpital będzie otrzymywał coroczny budżet na swoją działalność, raportując jednocześnie wykonywane grupy JGP, TISS, osobodni czy porady, aby potwierdzić zasadność jego wysokości. W przypadku zmniejszenia ilości i wartości wykonywanych usług budżet mógłby zostać obcięty, a przy wykonywaniu większej ilości niż planowano – zwiększony. Miało to odbiurokratyzować pracę szpitali i spowodować, iż będą one bardziej elastycznie reagować na potrzeby zdrowotne społeczności, ale także pozostawić mechanizmy motywacyjne. Model ten miał być wprowadzany stopniowo, w powiązaniu z mapami potrzeb zdrowotnych, aby nie doprowadzić do zapaści finansowej już ledwo dyszących szpitali. Wydaje się jednak, że te marzenia już na wstępie przegrywają z ministerialno-fundusową biurokracją, która wyobraża to sobie nieco inaczej...

Nowe zasady kategoryzacji szpitali

Nad ustawą o sieci szpitali pracowało już Ministerstwo Zdrowia za czasów prof. Zbigniewa Religi. Jednak jego projekt ustawy z 2007 r. wraz z kilkoma projektami zarządzeń jest grubą książką w porównaniu z najnowszym projektem zmiany ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – z 27 września 2016 r. Zawiera on projekt tylko jednego rozporządzenia wykonawczego, kategoryzującego szpitale w sieci na potrzeby finansowania budżetowego w ramach podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. Sama ustawa jest dość ogólnikowa, włączenie poszczególnych szpitali do sieci opiera na powiązaniu z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Po prostu – szpital, aby wejść do sieci, musi posiadać całodobowo działający SOR lub izbę przyjęć, a także oddział intensywnej opieki medycznej, choć to ostatnie wymaganie nie jest już sformułowane w sposób tak obligatoryjny. Natomiast projekt rozporządzenia zawiera bardzo groźne elementy w postaci zasad kategoryzacji szpitali, które mogą spowodować sporo problemów. Projekt dzieli szpitale na trzy kategorie główne oraz dodatkowo trzy specjalistyczne i tzw. szpitale ogólnopolskie. Kategorie główne to: szpitale pierwszego stopnia (z założenia szpitale o czterech podstawowych oddziałach), szpitale drugiego stopnia (odpowiadające mniej więcej szpitalom wojewódzkim z okresu przed reformą administracyjną) i szpitale trzeciego stopnia (odpowiadające w dużej mierze szpitalom uniwersyteckim, choć z racji prowadzenia kształcenia będą one w większości w kategorii szpitali ogólnopolskich). Aby zostać zakwalifikowanym do odpowiedniego poziomu, trzeba wykazać się odpowiednią liczbą oddziałów w poszczególnych kategoriach, co precyzyjnie opisuje projekt rozporządzenia. Na papierze wszystko wygląda bardzo dobrze, ale w rzeczywistości przy realizacji projektu może to doprowadzić do wielkich problemów – z bardzo prostych powodów. Po wielu latach niekontrolowanego mnożenia nowych oddziałów w szpitalach wszystkich stopni podział taki zupełnie nie odpowiada stanowi obecnemu, zaś planowane mechanizmy kontraktowania usług medycznych mogą doprowadzić do totalnego chaosu. Obrazem niedoskonałości metody jest fakt, że według proponowanych założeń w samym województwie mazowieckim nie wiadomo, jak skategoryzować aż 43 szpitale. Co prawda pozostawia się furtkę w postaci możliwości wolicjonalnego przyporządkowania szpitala „z ważnych powodów” do innej kategorii, niż wynika z rozporządzenia, ale oznacza to tylko, że po raz kolejny tworzymy biurokratyczną klasyfikację, która i tak będzie stosowana w sposób nietransparentny.

Co i jak ma być budżetowane?

Ustawa wprowadza pojęcie podstawowego zabezpieczenia świadczeń szpitalnych, obejmującego udzielanie usług na oddziałach, które obejmuje kategoryzacja



Foto: Archiwum

Mariusz Paszko

prezes Zamojskiego Szpitala Niepublicznego

Po przeanalizowaniu projektu rozporządzenia – przy takiej strukturze organizacyjnej oddziałów w moim szpitalu nie da się zakwalifikować placówki do jakiegokolwiek poziomu (brakuje albo izby przyjęć/SOR albo OIT przy tego typu specjalistycznych profilach). Zgodnie z projektem szpital może być wpisany do sieci za zgodą ministra zdrowia na wniosek dyrektora oddziału NFZ. Jeżeli uzyskalibyśmy zgodę ministra na wpis do sieci, to startowalibyśmy w konkursach na oddziały niewymienione w rozporządzeniu, tj. ginekologię planową i chirurgię dziecięcą jednego dnia.

Projekt w żaden sposób nie odnosi się do zapotrzebowania na usługi medyczne mające wynikać z map potrzeb zdrowotnych. Nie promuje też jednostek o odpowiedniej jakości wykonywanych świadczeń potwierdzonej certyfikatem akredytacyjnym CMJ oraz dostosowania szpitala do wymogów sanitarno-epidemiologicznych. Z urzędu będą wpisane tylko szpitale wpasowujące się w projekt, bez względu na wyżej wymienione uwarunkowania. Wszystkie pozostałe będą musiały występować o zgodę od ministra zdrowia za pośrednictwem dyrektora NFZ. Jest to sprzeczne z pierwotną koncepcją sieci szpitali, mającą zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Zmiany, które mogłyby wpłynąć pozytywnie na tworzoną sieć szpitali według mnie powinny polegać na: – odejściu od poziomów referencyjnych szpitala jako całości i wprowadzeniu referencyjności oddziałów szpitalnych w zależności od ich wyposażenia, kadry specjalistycznej itp. Jest to obecnie już określone w warunkach umów z NFZ; – dopuszczeniu do sieci konsorcjów różnych jednostek (niezależnie od formy prawnej i właścicielskiej), które wspólnie mogą zapewnić kompleksowość wykonywania usług w zakresie leczenia zamkniętego, radioterapii, AOS, a nawet POZ. Oczywiście należałoby doprecyzować, w jakiej lokalizacji terytorialnej (np. w obrębie miasta lub powiatu) mogłyby być tworzone, aby ograniczyć powstawanie sztucznych tworów w różnych odległych lokalizacjach.

Pacjenta naprawdę nie interesuje, kto jest właścicielem szpitala, przychodni itp., ale to, czy bezpłatnie i z zapewnieniem odpowiedniej jakości otrzyma świadczenie medyczne.

szpitali, i finansowanie tych oddziałów na zasadach budżetowania. Oddziały mają sprawozdawać wykonane JGP czy TISS jako potwierdzenie realizacji budżetu,

**CZY BUDŻETY BĘDĄ CAŁOŚCIOWE DLA SZPITALA,
A WŁAŚCIWIE DLA ODDZIAŁÓW NALEŻĄCYCH DO
PODSTAWOWEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH,
CZY ODRĘBNE DLA KAŻDEGO ODDZIAŁU?**



Henryk Kromołowski
dyrektor Wojewódzkiego
Szpitala Neuropsychiatrycznego
w Lublińcu

Placówka, której jestem dyrektorem, to szpital wojewódzki. Wielkość kontraktu z NFZ stanowi

93,94 proc. przychodu. Posiadamy 785 łóżek. Liczba pracowników to 518 osób. Mój szpital zainwestował w ostatnich 5 latach w remonty i modernizację pomieszczeń oraz wymianę sieci wodociągowej. Koszt tej inwestycji to 10 517 000 zł, w tym 4 671 134 zł z Unii Europejskiej. Jeśli nie zmienią się zapisy w projekcie Ministerstwa Zdrowia, leczenie psychiatryczne nie znajdzie się w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Co się stanie, jeśli szpital nie wejdzie do sieci? Będzie finansowany na dotychczasowych zasadach.

Jeśli zapisy zostaną zmienione, to znajdziemy się na poziomie drugim. Sytuacja szpitala po ewentualnym wejściu do sieci się nie zmieni. Jakie mogą być tego konsekwencje? Z obecnej perspektywy trudno to ocenić, ale ponieważ szpital korzystał ze środków UE, po wejściu do sieci środki będą podlegać zwrotowi. Tworzenie sieci szpitali to nie jedyne narzędzie, które ma uporządkować i „doregulować” system opieki zdrowotnej, aby gwarantował obywatelom bezpieczeństwo zdrowotne. Tworzenie sieci musi uwzględniać wnioski płynące z map potrzeb zdrowotnych (m.in. likwidowanie tzw. białych plam). Innymi ważnymi narzędziami są zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych oraz właściwa, adekwatna do ponoszonych kosztów taryfikacja świadczeń. Bardzo istotne jest, aby w sieci znalazły się rzeczywiście te placówki, które zabezpieczają całość opieki w danym okresie, a nie tylko realizują pojedyncze procedury medyczne, co nie zawsze (szczególnie w tzw. Polsce powiatowej) będzie możliwe do wykonania (choćby z powodu braku wyspecjalizowanej kadry medycznej). W takich przypadkach dostęp do niektórych stacjonarnych świadczeń medycznych może być utrudniony. Powstaje jeszcze problem nadwykonań – czy będzie możliwe ich finansowanie w ramach płatności za całość opieki regulowanych w formie ryczałtu? Odpowiedź na to pytanie leży w gestii Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

zaś płatności mają następować w comiesięcznych ratach w wysokości 1/12 umowy. W założeniu ma to pozwolić na płynne finansowanie, eliminując sytuacje, w których przy czasowym niewykonaniu finansowanie obecnie jest mniejsze. Pojawia się jednak wiele pytań, na które nikt w tej chwili nie chce udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Pierwsze – czy budżety będą całościowe dla szpitala, a właściwie dla oddziałów należących do podstawowego zabezpieczenia świadczeń szpitalnych, czy odrębne dla każdego z oddziałów? Z dotychczasowych informacji wynika, że raczej budżetowane będą pojedyncze oddziały. Drugie – jak będą finansowane oddziały, które nie wejdą do tej puli i będą rozliczane odrębnie w wyniku postępowań konkursowych? I czy my jeszcze mówimy naprawdę o budżetowaniu?

Trochę zaufania!

Idea budżetowania szpitali opiera się na zasadzie otrzymania jednolitego budżetu na działalność podmiotu, którym zarządza dyrektor czy prezes szpitala, kierując zasoby tam, gdzie jest to potrzebne, i wykonując takie usługi medyczne, na które w danym momencie jest największe zapotrzebowanie. W takiej formule otrzymujemy narzędzie, które pozwala zarządzać naszym kontraktem i naszymi zasobami. Natomiast w proponowanej formule kontraktem będziemy jedynie administrować, po raz kolejny upraszając płatnika o możliwość przesunięcia środków na usługi, w których przekraczamy budżet. Jeżeli przyczyną takiego pojmowania budżetowania przez ministerstwo jest obawa, że szpital w ramach budżetu zacznie wykonywać dobrze wycenione usługi w jednym zakresie kosztem innych, to jest to bardzo złe założenie. Po pierwsze, potrzebna jest nadal wyceniona praca Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, aby doprowadzić do sytuacji, w której taryfy świadczeń będą odzwierciedlały zbliżony poziom rentowności przy wszystkich usługach – z uwzględnieniem tych, których zgodnie z wolą organizatora ma być wykonywanych więcej lub mniej (metoda podażyowo-popytowa). Wtedy nikt nie będzie wybierał sobie pacjentów. Po drugie – litości, trochę zaufania! Dobry zarządca z dobrym zespołem lekarzy wykona te procedury lecznicze, do których jest największa kolejka i które wykonuje najlepiej, dbając o dobry odbiór swojego szpitala. Obecna (i proponowana nadal) sytuacja poszatkania kontraktów na zakresy powoduje, że często przyjmuje się pacjentów na tzw. dopychacze, aby zrealizować kontrakt. Chcemy to utrzymać czy dążymy do przeniesienia części hospitalizacji do lecznictwa ambulatoryjnego?

Jeżeli przejdzie model, w którym oddziały podstawowego zabezpieczenia medycznego będą odrębnie budżetowane, a oddziały dodatkowo kontraktowane będą rozliczane tak jak do tej pory, to nie uzyskamy praktycznie nic, a jeszcze bardziej skomplikujemy sposób finansowania usług. Cytując klasyka – „nie idźcie tą drogą”.

Wycinanie prywatyzacji i mniejszych szpitali

Proponowane rozwiązanie tworzy jedną podstawową asymetrię, być może pożądaną przez pomysłodawców – wyłącza z procedur konkursowych nie tylko oddziały podstawowe, lecz także większość oddziałów specjalistycznych, wchodzących w skład podstawowego zabezpieczenia świadczeń szpitalnych, które z kolei wchodzi w struktury wielkich szpitali. Cała reszta zostanie poddana procedurze konkursowej i w dużej mierze może zostać wypchnięta poza system finansowany przez publicznego płatnika. Jak wielka to może być skala, trudno dziś jednoznacznie ocenić. Z jednej strony wystarczy przypomnieć liczbę 43 szpitali na Mazowszu niedających się skategoryzować, z drugiej nieustaloną jeszcze liczbę oddziałów specjalistycznych w szpitalach skategoryzowanych, które nie będą wchodzić w skład PSZ. Trzeba pamiętać o kontekście, jakim jest nowe rozporządzenie o kryteriach oceny ofert, które jednoznacznie premiuje molochy, opierając się na tzw. opiece kompleksowej. Jeżeli dojdzie do konkursów ofert, to każdy szef dużego szpitala pomyśli logicznie i przystąpi do konkursu na kolejny oddział specjalistyczny, mając prawie zagwarantowane, że ten konkurs wygra.

Szpitala powiatowe i ośrodki prywatne mają jedną wspólną cechę. Leczenie w tych placówkach jest po prostu tańsze i bardziej efektywne kosztowo niż w wielkich szpitalach, zaś parametry jakościowe leczenia wcale nie wskazują jednoznacznie na przewagę tych drugich. Na dodatek szpitale powiatowe obsługują ok. 75 proc. mieszkańców Polski. Doprowadzenie do likwidacji choćby części oddziałów specjalistycznych w powiatach spowoduje utrudnienie w dostępie do usług zdrowotnych dla mieszkańców. Ponadto dla szpitali powiatowych, które są w najtrudniejszej sytuacji finansowej, utrata źródeł przychodu może oznaczać ostateczne załamanie się budżetów. Rozsądna centralizacja usług specjalistycznych ma sens, ale musi być przeprowadzona ewolucyjnie, na podstawie map potrzeb zdrowotnych, które obecnie, jak kiedyś wskazałem, są bardziej inwentaryzacją zasobów niż kierunkiem działań. Poza tym szpitalom, które z biegiem czasu mają utracić pewne oddziały, trzeba dać alternatywę w postaci innych zakresów usług, aby zapewnić im stabilizację finansową i rozsądne wykorzystanie posiadanych zasobów. Trzeba także pamiętać o takich rzeczach, jak utrzymanie trwałości programów unijnych, w ramach których te szpitale wyposażano w ubiegłych latach. W przypadku ośrodków prywatnych trzeba z kolei mieć na uwadze zainwestowane często potężne środki finansowe, które w dobrej wierze i przy zaufaniu do instytucji państwowych tam zaangażowano.

Zapomniane oddziały

Wielkim pytaniem jest, dlaczego przy kategoryzowaniu pominięto oddziały niewchodzące w skład umowy na leczenie szpitalne, takie jak stacjonarne oddziały



Fot. Archiwum

Małgorzata Majer

prezes zarządu Szpitala
Specjalistycznego Brzeziny

Czy mój szpital po wejściu do sieci zyska, straci, czy nic się nie zmieni?

Wszystko zależy od sposobu ustalania budżetu. Obecnie naszym olbrzymim problemem są nadwykonania, głównie w zakresie chirurgii ogólnej. Jeżeli w budżetach na kolejne lata będą one uwzględnione, to nie powinniśmy mieć problemu z funkcjonowaniem. Nieuwzględnienie nadwykonań bardzo zaniży nasz budżet, co albo ograniczy dostępność usług lecznictwa zamkniętego dla dwóch powiatów, które *de facto* zabezpieczamy, albo naruszy stabilność finansową szpitala. Najprawdopodobniej stanie się jedno i drugie.

Sądzę, że większy nacisk powinien być położony na mapy potrzeb i priorytety wojewódzkie. Brakuje też oceny działalności i dostosowania poszczególnych oddziałów do coraz wyższych oczekiwań pacjentów. W wielu szpitalach poczyniono inwestycje, których celem była poprawa jakości usług i standardu pobytu oraz zwiększenie dostępności świadczeń, szczególnie dla mieszkańców powiatów. Brakuje uwzględnienia tego wysiłku i tych nakładów.

Uważam też, że powinna być możliwość podpisywania umów partnerskich pomiędzy placówkami różnego poziomu zabezpieczenia lub tworzenia konsorcjów, które zapewniłyby bardziej kompleksową i skoordynowaną opiekę dla większej liczby mieszkańców, bo np. obejmowałyby swoim zasięgiem kilka powiatów.

Projekt jest bardzo ogólny, brakuje wielu elementów funkcjonujących obecnie, takich jak programy lekowe, rehabilitacja, świadczenia odrębnie kontraktowane. Nie ma informacji dotyczących sposobu i zakresu gromadzenia danych oraz sprawozdawczości. Wadą jest niedoprecyzowanie zasad ustalania budżetów dla poszczególnych poziomów i ich rozliczania. Nie ma spójności pomiędzy kolejnymi projektami, które trafiają do konsultacji. Nie wiadomo, jaki los czeka oddziały o profilach niewchodzących do danego poziomu. Co z nowo uruchomionymi oddziałami, które nie mają dwuletniego kontraktu? Czy możliwa będzie zmiana działalności i przeniesienie środków pomiędzy profilami, jeżeli tak wynikałoby z mapy potrzeb zdrowotnych?

rehabilitacyjne, psychiatryczne czy długoterminowe. Oddziały rehabilitacyjne są niezbędne w tak obecnie promowanej opiece koordynowanej – czy to w przypadku leczenia zawałów, czy endoprotezowania. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego, oprócz dezinstytucjonalizacji i leczenia środowiskowego, kładł nacisk na tworzenie oddziałów stacjonarnych w szpitala-

SZPITALY POWIATOWE I OŚRODKI PRYWATNE

MAJĄ JEDNĄ WSPÓLNĄ CECHĘ

– LECZENIE W TYCH PLACÓWKACH

JEST PO PROSTU TAŃSZE I BARDZIEJ EFEKTYWNE

KOSZTOWO NIŻ W WIELKICH SZPITALACH

lach ogólnych. Teraz wyrzucamy je za burtę? Oddziały medycyny paliatywnej, hospicja i zakłady opiekuńczo-lecznicze to często ostatni etap leczenia, a także możliwość lepszego i bardziej efektywnego kosztowo niż na oddziałach krótkoterminowych leczenia ciężko chorych ludzi. Tę także nie bierzemy pod uwagę przy kategoryzowaniu? A przecież wiele takich oddziałów znajduje się w szpitalach – większych i mniejszych. Czy kategoryzacja nie jest zatem nadmiernie uproszczona?

Czekiści czy sabotażyści?

Wydaje się, że pomimo szczytnych założeń proponowane rozwiązania szczegółowe mogą doprowadzić do bardzo dużych sporów, bez oczekiwanego efektu. Wypada mi tylko mieć nadzieję, że nie jest to sposób na drastyczne wycięcie części szpitali, aby za niezwiększone środki zabezpieczyć byt tych, które w systemie się ostaną. Gdyby tak było, to działanie takie jest nadmiernie radykalne. Politycznie także nie wydaje się to zbyt rozsądne, bo poza szpitalami prywatnymi uderzy to w dużą liczbę publicznych szpitali prowincjonalnych. Takie rozwiązanie spowoduje kolejną metropolizację, tym razem usług medycznych o poziomie wyższym niż najbardziej podstawowe. Przechodziliśmy już przez likwidację sądów rejonowych czy połączeń kolejowych i wydawało mi się, że obecne władze nie popierają tego kierunku. Wydaje się też, że opór oddolny przeciwko takiemu gwałtownemu cięciu może być tak duży, że – skądinąd słuszny w założeniu – projekt sieci szpitali i ustalania budżetów szpitalnych wyląduje w koszu. Ale nie taki jest chyba cel projektodawców?

Moja konsultacja

Projekty ustawy i związanego z nią rozporządzenia są obecnie poddane konsultacjom społecznym – z terminem do 27 października br. Konsultują go organizacje reprezentatywne, którą ja na pewno nie jestem. Korzystając jednak z łamów „Menedżera Zdrowia”, pozwolę sobie na swoją niereprezentatywną konsultację.

Założenia są słuszne – sieć szpitali jest niezbędna, a budżetowanie ich działalności pozwoli na większą efektywność wykorzystania środków oraz odbiurokratyzuje w tym elemencie system. Jednocześnie należy założyć, że obecnie wszystkie szpitale, które znajdują się w sieci, wejdą tam w pełnym zakresie dotychczasowych usług. Centralizacja usług specjalistycznych powinna się

odbyć ewolucyjnie, w miarę dojrzewania map potrzeb zdrowotnych, zaś alokacje usług odbędą się w trybie negocjacyjnym, co pozwoli z jednej strony uzupełniać tzw. białe plamy, z drugiej zaś nie załamać finansowo istniejących jednostek. Podejście do usług specjalistycznych także powinno się zmienić – poprzez modyfikację zasad referencyjności. Wiele usług specjalistycznych nie tylko powinno być utrzymanych w mniejszych szpitalach, ale wręcz mogłoby się rozwinąć, aby poprawić dostęp do świadczeń. Przyznanie tym oddziałom uprawnień niższych, z wykluczeniem określonych skomplikowanych grup, zlikwidowałoby zarzuty o realizowaniu usług, np. złożonych operacji, które wykonuje się kilka razy do roku. To byłby prawdopodobnie mądry kompromis. Z drugiej strony umożliwienie w mniejszych szpitalach np. wykonywania zabiegów tonsillektomii sprawiłoby, że rodzice z dziećmi nie musieliby dla tak banalnego zabiegu szukać pomocy w metropoliach. Kłania się tutaj możliwość tworzenia w tych szpitalach oddziałów wieloprofilowych, przy odpowiednio ustalonych standardach, ale to temat na inny artykuł.

Budżety szpitali powinny być łączne, obejmujące wszystkie oddziały i odpowiednie poradnie konsultacyjne, choć co do proponowanego włączenia do budżetu nocnej pomocy zdrowotnej mam wątpliwości, upatrując tu przetrzucenia na szpitale dysfunkcjonalności podstawowej opieki zdrowotnej. Łączny budżet pozwoli na elastyczne zarządzanie powierzonymi środkami. Sprawozdawane grupy czy osobodni pozwolą płatnikowi na monitorowanie wykonania i na re negocjację umowy w razie wykorzystywania środków w sposób niezgodny z wolą płatnika. Nie ma co się obawiać o marnowanie tych środków; w obecnym systemie marnujemy ich o wiele więcej, a proponowane przez ministerstwo rozwiązania nic nowego tutaj nie wnoszą. Trzeba ustalić zasady nie tylko zmniejszania budżetów w wypadku niewykonywania usług, lecz także zapłacenia za usługi powyżej budżetu i korygowania budżetu na następne lata, o czym projekt ustawy milczy. I jeszcze jedna ważna rzecz – należy stworzyć projekt budżetu „szpitala modelowego”, który mógłby odpowiedzieć na jedno podstawowe pytanie: czy budżet szpitala w miejscowości X, ustalony na poziomie historycznym, wynikającym z wieloletnich umów, jest wystarczający, aby mógł on pełnić swoje funkcje? Obecnie w wielu przypadkach jest on po prostu zbyt mały. W takiej sytuacji ani sieć, ani budżety wielu szpitalom nie pomogą.

Na zakończenie jeden krótki cytat. Kiedy na spotkaniu dyrektorów szpitali powiatowych przedstawiono nam obecny stan rozwiązań szczegółowych, tzn. tego, jak organizatorzy opieki zdrowotnej wyobrażają sobie realizację projektu ustawy i rozporządzenia, jeden z kolegów westchnął: „A miało być tak pięknie”.

Maciej Biardzki

Autor jest prezesem Wielospecjalistycznego Szpitala w Miliczu, byłym dyrektorem ds. medycznych wrocławskiego oddziału NFZ.