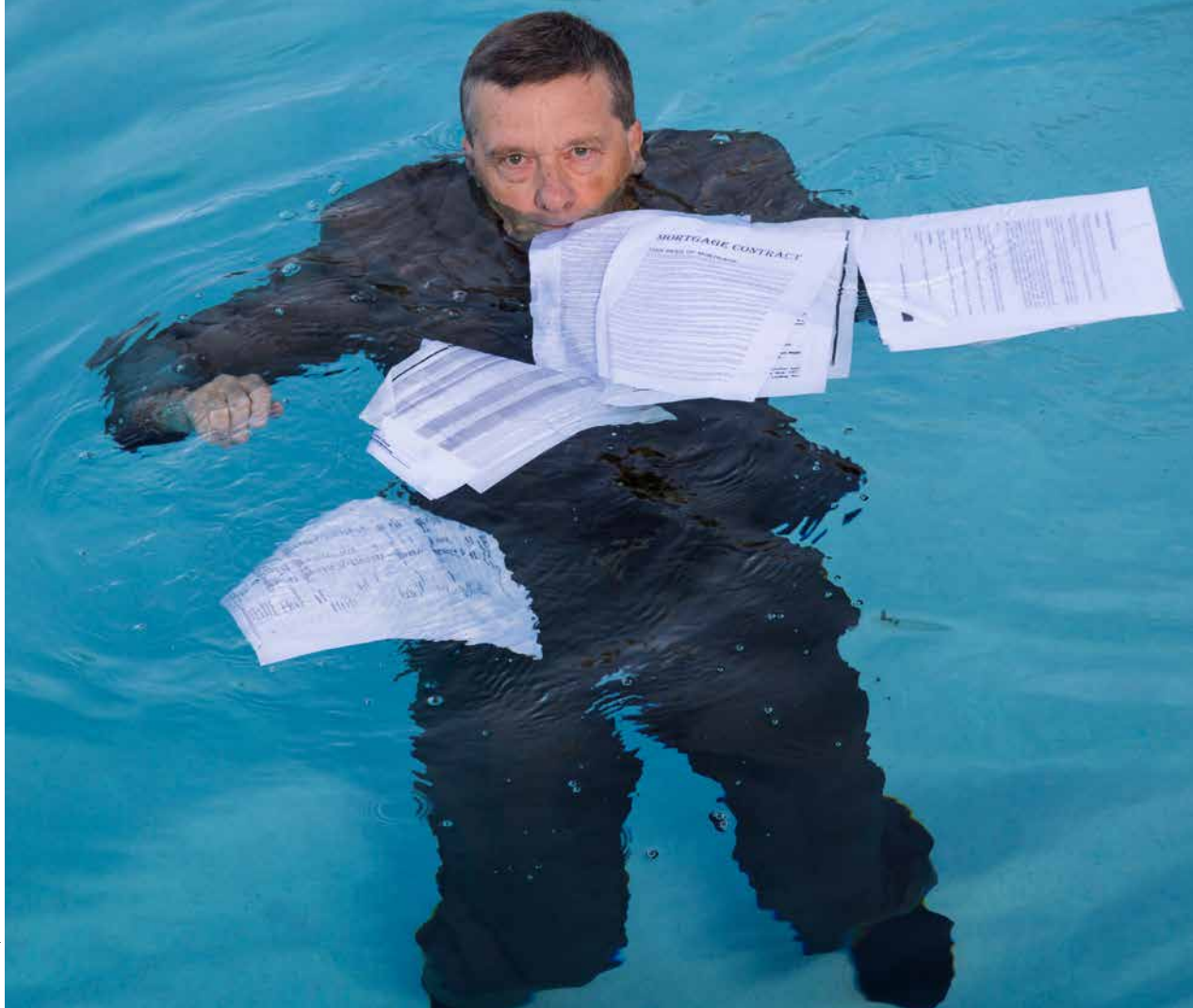


Nie wszystkich uratujemy



Fot. Zx istockphoto.com

Pandemia nadwyręza naszą gospodarkę, system opieki zdrowotnej poddawany jest olbrzymiej presji wynikającej wprost z sytuacji epidemiologicznej, a na dodatek zagrażają mu cięcia finansowe. Zmniejszenie zatrudnienia negatywnie wpływa na wielkość składki zdrowotnej. Nie do końca wiemy, jakie mechanizmy będą uruchomione w celu zapewnienia stabilizacji budżetu NFZ i czy w ogóle będą. A to nie koniec złych wiadomości.

Prawdopodobnie jeszcze większy szok finansowy przeżyją samorządy, co stawia pod znakiem zapytania możliwość wspierania tak inwestycji, jak i bieżącego funkcjonowania publicznych podmiotów medycznych, dla których są organami tworzącymi. Jest i trzecia

zła informacja. Nie wiadomo, jak będzie wyglądało dalsze finansowanie w ramach ryczałtu leczenia szpitalnego. Niepewność dotyczy zarówno rozliczenia ryczałtu wstecz, jak i zasad finansowania świadczeń w przyszłości. Jeszcze ważniejsze dla wielu placówek będzie to, jak

postąpi płatnik w przypadku braku możliwości „nadrobienia” świadczeń w ramach posiadanej umowy. Wydaje się, że wobec tylu negatywnych przesłanek należy zacząć myśleć o rozwiązaniach dających szansę na utrzymanie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Być może rządzący w obliczu ogromnych problemów w obszarze finansów publicznych nie będą w stanie ratować wszystkich podmiotów i skupią się jedynie na tych, których istnienie okazało się niezbędne z punktu widzenia strategicznego bezpieczeństwa systemu opieki zdrowotnej. Część utonie.

Dla wielu mniejszych szpitali, zwłaszcza położonych z dala od większych ośrodków administracyjnych, zbieg tych wszystkich negatywnych zjawisk może się okazać zbyt dużym obciążeniem. Dodatkowym negatywnym czynnikiem może być ograniczenie możliwości współpracy z personelem medycznym bezpośrednio zaangażowanym w leczenie pacjentów z COVID-19. Opisane okoliczności z pewnością wymuszą zmiany w strukturze systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie leczenia szpitalnego. Warto się jednak postarać, aby te zmiany były przemyślane i sterowane, a nie przypadkowe.

Od pewnego czasu w przestrzeni publicznej pojawiają się wypowiedzi o korzyściach płynących z kierowania szpitalami na danym terenie „jedną ręką”. Bez wątpienia z poziomu operacyjnego zarządzanie podmiotami medycznymi działającymi na wspólnym terenie może przynieść korzyści. Najważniejsze, by było to zarządzanie, a nie posiadanie podmiotów medycznych. Przykłady samorządów wojewódzkich nadzorujących kilka lub kilkanaście podmiotów medycznych nie potwierdzają korzyści z samego faktu istnienia jednego właściciela. Pomysł objęcia w posiadanie przez np. jeden samorząd wszystkich placówek na danym terenie nie wyjaśnia, w jakim mechanizmie miałyby nastąpić wyłączenie z majątku tych samorządów, które dotychczas zarządzały podmiotami medycznymi. Będzie to szczególnie kontrowersyjne w sytuacji, kiedy samorząd dużymi nakładami, zwłaszcza w infrastrukturę, wspierał swoją placówkę. Może w takim



„Rządzący w obliczu ogromnych problemów w obszarze finansów publicznych nie będą w stanie ratować wszystkich podmiotów, skupią się jedynie na tych, których istnienie okazało się niezbędne”

razie dobrym pomysłem, łączącym zaletę „jednej ręki” w zarządzaniu podmiotami medycznymi i brak konieczności wyłączenia z posiadanego majątku, byłoby stworzenie przepisów umożliwiających tworzenie konsorcjów medycznych, do których samorządy oddawałyby w zarządzanie swoje podmioty bez zrzekania się własności? Samo stworzenie konsorcjum nie przyniesie jeszcze optymalnych korzyści, choć bez wątpienia efektywność wykorzystania zasobów, przede wszystkim kadrowych, ale także infrastrukturalnych, będzie znacznie większa. Konsorcjum powinno mieć możliwość negocjowania bezpośrednio z rządem swojego budżetu rozumianego jako wszelkie nakłady na świadczenia zdrowotne. Dlaczego to tak istotne? Ponieważ waga wie-

loetniej, co bardzo ważne, umowy rządowej daje możliwość stworzenia konstrukcji finansowania restrukturyzacji, modernizacji i planu inwestycyjnego dla całego konsorcjum. Z drugiej strony rząd otrzymuje możliwość kompleksowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w określonych zakresach na danym terenie. Ponadto ramowa umowa z konsorcjum może przewidywać kształcenie kadr medycznych w obszarach deficytowych. To być może zmiana o charakterze przewrotu kopernikańskiego w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, a przede wszystkim w jego finansowaniu. Wyzwania i natłok niekorzystnych okoliczności, przed jakimi staje system, powinny skłaniać do refleksji nad kierunkiem tych zmian.

Marcin Pakulski