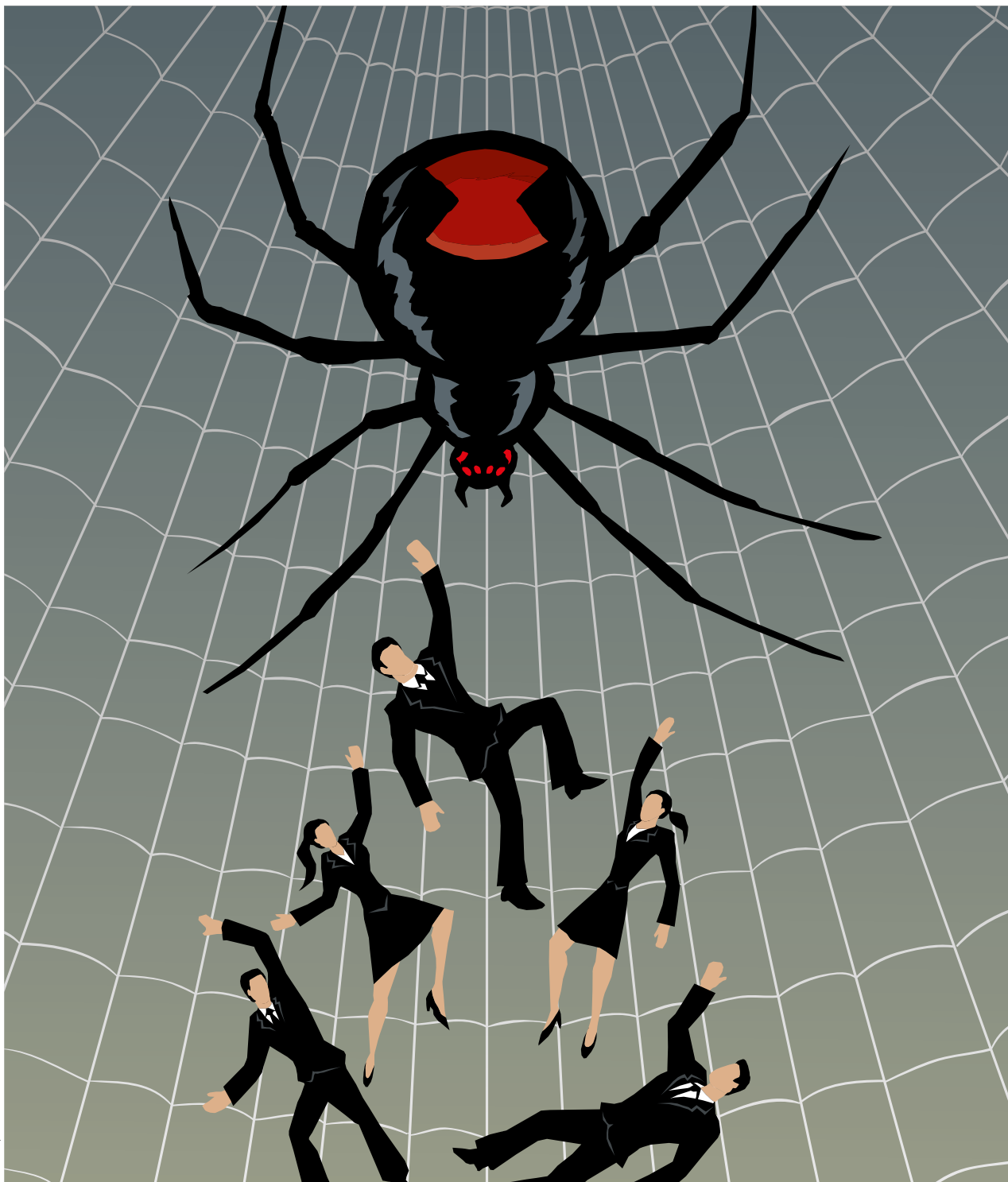


Dyrektorzy w sieci i o sieci



Fot. istockphoto.com

Od wprowadzenia sieci szpitali i tym samym „rewolucji” w polskim szpitalnictwie minęły niemal trzy lata. Czy było to dobre rozwiązanie? Polska Federacja Szpitali (PFSz) zapytała o to 80 dyrektorów placówek członkowskich reprezentujących wszystkie poziomy PSZ i szpitale spoza sieci. Poprosiła również o opinię na temat przyszłości sieci. To ważne w kontekście zapowiedzi ministra zdrowia Adama Niedzielskiego, że czeka nas redefinicja sieci szpitali.

Badanie przeprowadzono od 1 do 15 października 2020 r. Zdaniem niemal 87 proc. ankietowanych sieć powinna zostać utrzymana, ale konieczne jest wprowadzenie zmian. Siedmiu dyrektorów twierdzi, że powinna zostać zlikwidowana, a tylko 4 spośród 80 badanych uważa, że powinna pozostać w takim kształcie, jak jest obecnie.

A co z finansowaniem w sieci na zasadzie ryczałtu? Na to pytanie dyrektorzy mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi (ryc. 2).

Dyrektorzy wyrazili także opinię o finansowaniu szpitali za usługę, czyli *fee for service* (ryc. 3).

W jaki sposób zdaniem zarządzających szpitalami należy obliczać ryczałt na kolejne lata? Według 47 dyrektorów powinno się to robić na podstawie wykonanych świadczeń z ostatnich czterech lat, 23 uznało za korzystne wyliczenie ryczałtu na podstawie wykonań

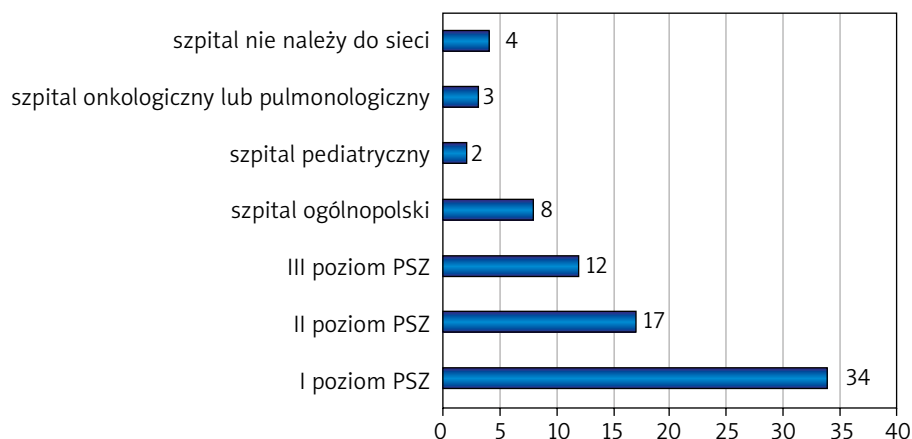
z dwóch ostatnich lat, a 10 na podstawie wykonania z ostatniego roku.

Menedżerów spytano też o termin kwalifikacji do sieci szpitali – 46 proc. ankietowanych odpowiedziało, że należy go znacznie przesunąć – na połowę 2022 r. Nieco ponad 20 proc. uważa, że kwalifikacja powinna się odbyć planowo, tj. w połowie 2021 r. Pozostali wskazali koniec 2021 r. jako dobry termin (ryc. 4).

Jako podstawowe kryterium podczas kwalifikacji 72,5 proc. dyrektorów biorących udział w badaniu wskazało wykonywanie określonego rodzaju świadczeń. W opinii niespełna 19 proc. ankietowanych warunkiem powinno być posiadanie określonych oddziałów, a tylko 7 menedżerów uznało określony model własnościowy szpitala za podstawowe kryterium kwalifikacyjne.

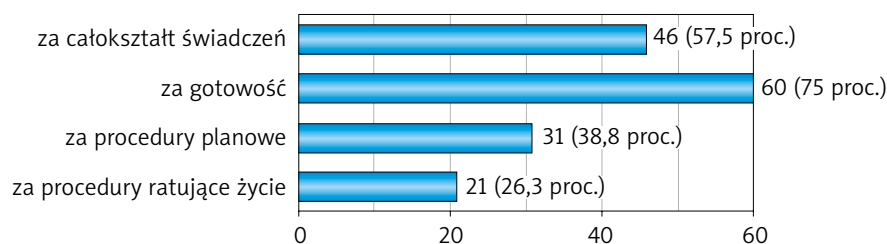
Aż 90 proc. badanych uznało, że w sieci należy wprowadzić stopnie referencyjności i zasady współpra-

Zarządzam szpitalem:



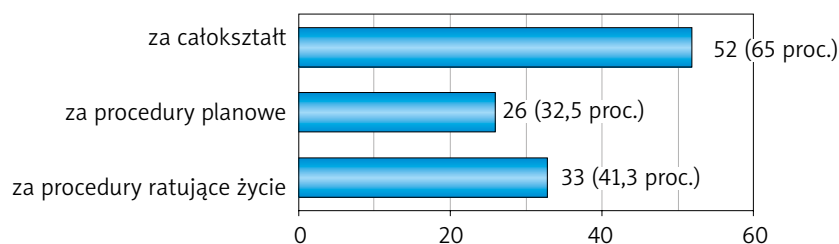
Rycina 1.

Finansowanie szpitali w sieci powinno być ryczałtem (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):
80 odpowiedzi

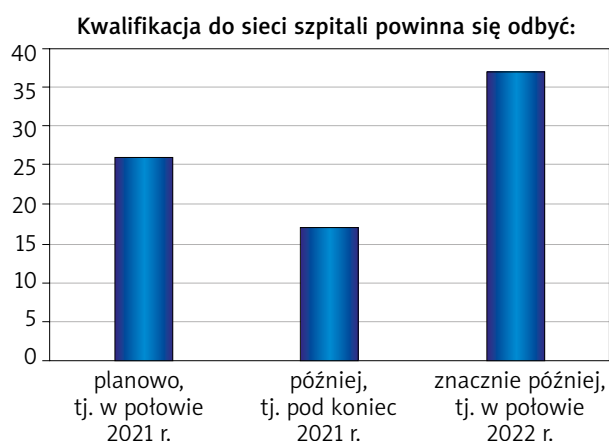


Rycina 2.

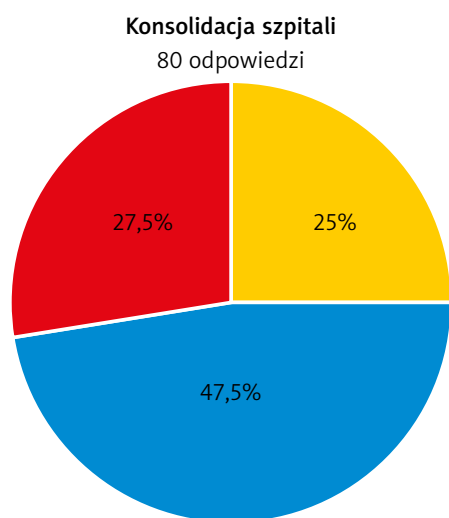
Finansowanie szpitali w sieci powinno być za usługę (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):
80 odpowiedzi



Rycina 3.



Rycina 4.



- powinna się opierać na finansowo premiowanych konsorcjach
- powinna się opierać na przejęciach własnościowych
- nie jest potrzebna

Rycina 5.

cy szpitali różnego stopnia, pozostałe 10 proc. wskazało, że należy utrzymać dotychczasowe poziomy zabezpieczenia.

Zakres działania szpitali określonego poziomu (stopnia referencyjności) należy ustalać na podstawie uzgodnionego katalogu procedur wraz z ich minimalną

liczbą – tak uważa 57 (71 proc.) ankietyowanych dyrektorów. Pozostali wskazują, że powinno się to odbywać na podstawie posiadanych obecnie oddziałów.

Wiele kontrowersji w mediach wzbudza temat konsolidacji szpitali, dlatego także o tę kwestię zapytano dyrektorów zrzeszonych w PFSz (ryc. 5). Zapytano również o upaństwowienie i o to, kogo powinno dotyczyć (ryc. 6).

Zdaniem 65 proc. dyrektorów nocna i świąteczna opieka lekarska powinna zostać przekazana do POZ, a zdaniem 25 proc. do postępowania konkursowego różnych podmiotów. Tylko 10 proc. uważa, że powinna pozostać wyłącznie w szpitalach.

Polska Federacja Szpitali pytała też o finansowanie testów RT-PCR na obecność SARS-CoV-2, które są wykonywane w szpitalach. 87,5 proc. ankietyowanych jest zdania, że powinny one być finansowane w całości przez NFZ, 10 dyrektorów wskazało, że NFZ powinien ponosić koszty tylko testów dla pacjentów z objawami COVID-19 oraz personelu.

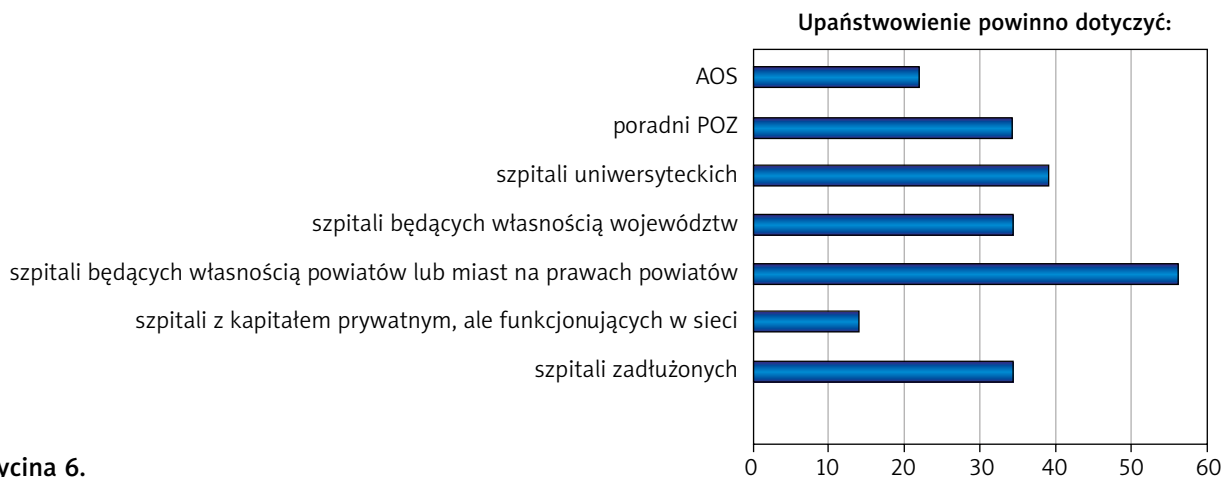
Dyrektorzy odpowiedzieli też, jaki powinien być poziom finansowania szpitali w przyszłym roku oraz jak wygląda sytuacja finansowa ich jednostek w związku z pandemią koronawirusa (ryc. 7 i 8).

Wnioski dyrektorów uczestniczących w badaniu Polskiej Federacji Szpitali

Upaństwowienie szpitali będzie dużym błędem. Istotne są właściwa wycena świadczeń, szczególnie zabiegowych, i merytoryczne (bez czynnika politycznego i partykularnych interesów) opracowanie map potrzeb zdrowotnych.

Należy zmienić zasady finansowania programów lekowych, które są bardzo rozdrobnione, i wprowadzić wspólny produkt dla substancji czynnych w chemioterapii i programach lekowych.

Deficyt personelu równa się wzrost stawek, szczególnie lekarskich. Relatywnie duża liczba podmiotów leczniczych w stosunku do potrzeb w zakresie hospitalizacji pacjenta. Małe podmioty lecznicze nie potrafią spełnić norm jakościowych, np. w zakresie liczby porodów czy wykonanych operacji zaćmy.



Rycina 6.

Zbyt duża liczba szpitali w sieci – powinna być brana pod uwagę jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo pobytu pacjenta w jednostce, akredytacja.

Należy poprawić wycenę świadczeń OiOM na zasadzie płatności za gotowość według posiadanej struktury i rzeczywistych kosztów leczenia pacjentów.

Należy uregulować rynek pracy lekarzy i pielęgniarek. Ciągła walka o kolejne osoby, podkupowanie personelu z innych jednostek, emerytury, zachorowania – wszystko to rozbija zespoły i oddziały.

Niezbędne jest wprowadzenie koordynowanej opieki zdrowotnej nad dzieckiem – od kontaktu z POZ, AOS, szpital po rehabilitację, konieczną zwłaszcza w przypadku chorób układu oddechowego.

W sieci powinny być szpitale „główne” – obejmujące swoją opieką dany region (poza kwestią obsługi pacjentów spoza regionu, co powinno pozostać bez zmian), i współpracujące z nimi „szpitale satelitarne” – małe, z podstawowymi zakresami, w których istnienie danego zakresu powinno być wypracowane i wskazane przez szpital „główny”. Należy to opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych w uzgodnieniu z odpowiednimi służbami przy wojewodzie.

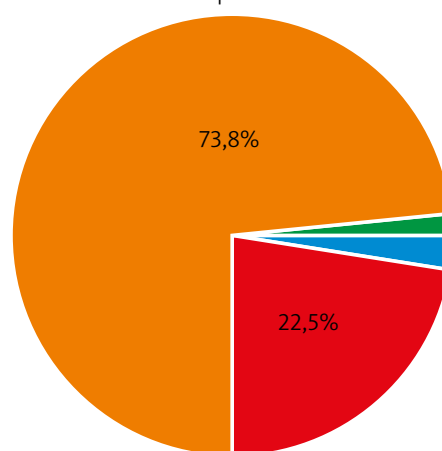
Ewidentnie nocna i świąteczna pomoc lekarska (NPL) powinna być obsługiwana przez lekarzy POZ, a nie jak w tej chwili być dodatkowym obowiązkiem lekarzy pracujących w szpitalu. Nie ma przy tym znaczenia, czy znajduje się przy szpitalu czy nie, chociaż w dobie COVID-19 lepiej, aby była oddalona od szpitala, gdyż każda wizyta kolejnej grupy pacjentów, nad którymi nie ma możliwości sprawowania pieczy szpitalnej, stanowi dodatkowe zagrożenie dla personelu szpitala. Dodatkowo powinna być przeprowadzana szczegółowa kontrola przypadków kierowanych przez POZ i NPL do szpitala, w szczególności tzw. skierowań na SOR oraz tych, które zakończyły się odpisem z SOR lub izby przyjęć. Są to przypadki niezasadnie skierowane do szpitala, w tym niezdiagnozowane – takie postępowanie jest podstawową przyczyną niewydolności systemu w zakresie SOR, który od lat jest jedną wielką przychodnią POZ.

Możliwość elastycznego dysponowania posiadanym ryczałtem, gdy np. ryczałt jest niewykonany, a w zakresie pozaryczałtowym realizowane są nadwykonania. Szpital powinien móc wnioskować o przesunięcie środków. Dotyczy to np. wydzielonych z ryczałtu poradni kardiologicznej, ortopedycznej czy neurologicznej. Wydzielając je, NFZ przyznał poradniom jakieś środki i obecnie jest problem z zapłatą nadwykonań w tych zakresach – gdyby były w ryczałcie, tego problemu by nie było.

Do systemu ryczałtowego powinny wchodzić wszystkie poradnie i oddziały, bez względu na termin ich utworzenia. Posiadanie poza ryczałtem obejmującym większość oddziałów i poradni jest co najmniej uciążliwe i zupełnie nieelastyczne, a to stało u podstaw koncepcji ryczałtu.

Poziom finansowania szpitalnictwa w 2021 r. powinien

80 odpowiedzi

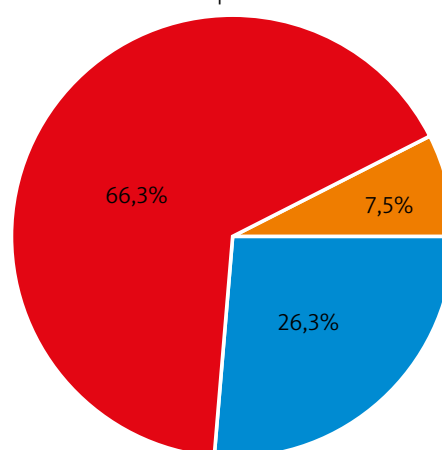


- wzrosnąć o 1–5 proc.
- wzrosnąć o 6–10 proc.
- wzrosnąć o ponad 10 proc.
- pozostać bez zmian

Rycina 7.

Sytuacja finansowa w zarządzanym przez Państwo szpitalu w 2020 r.

80 odpowiedzi



- bez zmian w stosunku do lat ubiegłych
- pogorszyła się
- poprawiła się

Rycina 8.

Konieczne jest zwiększenie wyceny procedur medycznych, podjęcie decyzji o dalszym utrzymaniu funkcjonowania niektórych oddziałów w zależności od liczby wykonywanych procedur i liczby pacjentów w roku kalendarzowym oraz posiadania odpowiedniej infrastruktury technicznej i zasobów kadrowych – potrzebna jest konsolidacja niektórych oddziałów szpitalnych na obszarze powiatowym lub ponadpowiatowym, szczególnie w sytuacji braku personelu oraz niskiego obłożenia łóżek szpitalnych.

Należałoby rozważyć utworzenie w każdym województwie lub regionie konsorcjum obejmującego od kilku do kilkunastu szpitali.

Jarosław J. Fedorowski, Urszula Szybowicz