

DZIEŃ ŚWISTAKA



Fot. iStockphoto.com

Wielu czytelników może pamiętać film „Dzień świstaka”, którego główny bohater wpadł w coś w rodzaju pętli czasu. Codziennie budził się w tej samej rzeczywistości, mimo że usilnie starał się ją zmieniać. Od pewnego czasu mam wrażenie, oczywiście zachowując wszelkie proporcje, że to samo obserwujemy w naszym systemie opieki zdrowotnej.

MACIEJ BIARDZKI

Zmieniają się ministrowie zdrowia, ugrupowania polityczne, budżet przeznaczony na zdrowie, liczba pracowników, ba... zmieniają się priorytety polityki zdrowotnej, a zarówno pomysły na poprawę systemu, jak i proponowane mechanizmy jakby ciągle wychodziły z tego samego biurka. Nawet jeśli pojawia się jakaś nowa idea, to planowane sposoby wprowadzenia jej w życie także sprawiają wrażenie, że przeszły przez ręce tego samego, pachnącego naftaliną cenzora przycinającego ją do obowiązującego od lat wzorca.

Narodowy Fundusz Zdrowia (Bank Wspierania Budżetu) a sytuacja podmiotów leczniczych

Od ponad dwudziestu lat w sytuacji napięć dotyczących budżetu państwa właśnie to państwo bez większych skrupułów albo obcinało przychody funduszu, jeżeli konsumowały one dochody budżetu, albo przerzucało na fundusz koszty udzielania świadczeń opieki zdrowotnej do tej pory ponoszone bezpośrednio przez budżet.

Zaczął się, jak wspominałem w wielu poprzednich artykułach, przed ponad 20 laty od potrzeby załatwienia dziury budżetowej pozostawionej przez rząd AWS, tak zwanej dziury Bauca. Ówczesny minister finansów, późniejszy premier, a obecny europoseł – Marek Belka, mając za zadanie zmniejszenie deficytu budżetowego, podjął między innymi decyzje zmniejszające dochody NFZ, a jednocześnie zwiększające przychody podatkowe państwa. Wśród nich było np. odstąpienie od płacenia przez państwo składki za osoby nieubezpieczone (w tym np. mające – wynikające wprost z konstytucji – prawo do opieki zdrowotnej dzieci do lat 18 i kobiety ciężarne) poprzez objęcie ich ubezpieczeniem ze składki innej osoby pracującej w rodzinie. Jeżeli zaś ktoś nie załapywał się na powyższy mechanizm, to składka zdrowotna płacona przez państwo na jego leczenie zostawała obniżona do 40 proc. zasiłku pielęgnacyjnego, co wynosiło wtedy kilkadziesiąt złotych miesięcznie. Skutki były oczywiste – przychody NFZ spadły nominalnie, natomiast zadłużenie podmiotów leczniczych, obciążonych dodatkowo obowiązkiem realizowania tzw. ustawy 203, gwałtownie wzrosło.

Wiem, że opowiadam o wydarzeniach z lat 2002–2003, ale to wtedy rozpoczęło się strukturalne zadłużanie się zakładów opieki zdrowotnej po wprowadzeniu instytucji publicznego płatnika, co było rozwiązywane kolejnymi programami oddłużeniowymi. I tak, w następnych latach zwalczano zadłużenie podmiotów leczniczych – zupełnie jak w powiedzeniu Stefana Kisielewskiego, że socjalizm to system bohaterko zwalczający problemy, które uprzednio stworzył. Wszystkie programy miały tę samą cechę – pokrywały zadłużenie tylko w części, nie likwidując strukturalnego problemu niedofinansowania systemu, zaniżonych taryf nieodpowiadają-

cych kosztom udzielania świadczeń, braku powiązania tychże taryf z rosnącymi wynagrodzeniami. Taki sam problem był z programem dofinansowującym szpitale za Marka Balickiego w latach 2004–2005, taki sam z programem „Ratujmy polskie szpitale” firmowanym przez Ewę Kopacz w latach 2009–2012, podobnie jest z obecnymi wygibasami dotyczącymi wsparcia szpitali, których wartość kontraktu wzrosła o mniej niż 16 proc. w trakcie włączania środków na zwiększenie wynagrodzeń minimalnych pracowników medycznych (oraz wcześniejszych dodatków) do wyceny taryf. W każdym z tychże przypadków oddłużenie/dofinansowanie było związane z przyjęciem przez podmiot leczniczy „programu sanacyjnego”, jak w programie Marka Balickiego czy obecnie proponowanym przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego. Pewną strukturalną odmianą był wymóg przekształcenia w spółkę prawa handlowego w programie Ewy Kopacz. Zarówno poprzednio, jak i obecnie bez urealnienia przychodów podmiotów leczniczych, zwłaszcza dotyczących kosztów niezbędnego zatrudnienia pracowników medycznych (opierając się na wymogach zgodnych z rozporządzeniami ministra zdrowia i zarządzeniami prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia), kończyły się one i będą się kończyć rzeczywistym fiaskiem, mimo stworzenia tysięcy arkuszy optymistycznych dokumentów.

Jak się zarabiano i jak się będzie zarabiać na długach

Na długi jednostek ochrony zdrowia należy popatrzeć pod pewnym kątem, który w ostatnim czasie znowu nabral znaczenia jak przed 15, 20 laty. Tym podobieństwem jest inflacja i wynikający z niej z jednej strony wzrost kosztów działalności, a z drugiej – wzrost kosztów obsługi długów. O tym pierwszym problemie napiszę w dalszej części, ale na ten moment zgódźmy się z jednym: inflacja przy niewzrastających przychodach, a dodatkowo przy stałych cenach sprzedaży (taryfach) – prowadzi do pogorszenia wyniku finansowego i pogłębiania się zadłużenia. Myślę, że nie podlega to dyskusji i jest obserwowane praktycznie wszędzie. Coraz wyższe ceny energii czy usług obcych, nie licząc podwyżek kosztów pracy, o czym także napiszę później, prowadzą do narastania długów – i tyle. Ale to przecież tylko początek – zwiększająca się inflacja to wzrost stóp procentowych i kosztów obsługi istniejącego zadłużenia. Trwała nierentowność to brak dostępu do kredytów bankowych. Narastanie zadłużenia preterminowanego to karne odsetki. Spirala się rozkręca, natura próżni nie znosi i pojawiają się instytucje finansujące zadłużenie szpitalne, ale na znacznie gorszych warunkach niż w systemie bankowym.

Opisane powyżej to nie *political fiction* ani czarnowidztwo. To prosty powrót do czasu niedofinansowania jednostek ochrony zdrowia przy wysokich stopach procentowych w pierwszej dekadzie XXI w. Wystar-

czy o tym poczytać lub sobie przypomnieć. Prawdopodobnie wiele osób pamięta firmę Magellan, innym dla ciekawości podpowiem, że Marek Falenta, znany z afery taśmowej w Sowie i Przyjaciołach, wcześniej w firmie Electus także zarabiał na finansowaniu szpitalnego zadłużenia. A zarobki tych firm były, hmm... wieloprocentowe.

Jednak przecież zarabiali nie tylko dostawcy drogiego kapitału. Z jednej strony same odsetki bankowe w miarę wzrostów podnosiły koszt kredytu potrzebnego do utrzymania działalności. Z drugiej strony dochodziły do tego koszty karnych odsetek zadłużenia przeterminowanego, postępowañ sądowych i komornicze. Te ostatnie zostały na szczęście mocno ograniczone, bo przed 15, 20 laty bywało, że komornik za wysłanie pisma z zajęciem należności do NFZ, czyli w zasadzie za cenę znaczka pocztowego, zgarniał należne mu koszty komornicze sięgające 25 proc. całej należności.

Tak czy owak jest duże zagrożenie, że taka sytuacja powróci i znowu, jak w tytułowym „Dniu świstaka”, codziennie będziemy się powszechnie zastanawiać, jak utrzymać płynność finansową, zapewnić pieniądze na wynagrodzenia, zawrzeć układ z ZUS, dogadać się z komornikiem. Zły czas nadchodzi także dla samorządów, które będą musiały szukać pieniędzy nie na formalne pokrycie strat podległych jednostek, lecz na wsparcie ich na taką skalę, aby mogły po prostu udzielać świadczeń zdrowotnych.

Jak kontraktuje NFZ, czyli dlaczego będzie gorzej

Spore poruszenie wywołała ostatnia informacja o przeniesieniu do bezpośredniego finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia zadań ratownictwa medycznego, leków dla seniorów i pozostałych świadczeń wysokospecjalistycznych dotychczas finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Początkowo myślałem, że to fejk, zwłaszcza że zmiana ta miała być przemyczona w trakcie zmiany ustawy o zawodzie lekarza. Uwierzyłem dopiero wtedy, gdy minister zdrowia Adam Niedzielski zaatakował wszystkich protestujących przeciw temu rozwiązaniu, nazywając ich „politycznymi ekspertami” i zachwalając racjonalność tego rozwiązania jako porządkującego system, w którym za świadczenia zdrowotne płaci NFZ. Argumentem koronnym miała być nadwyżka finansowa NFZ za poprzedni rok powodująca powiększenie funduszu zapasowego, dzięki czemu manewr ten nie miał być w żaden sposób odczuwalny przy

finansowaniu systemu opieki zdrowotnej. Nie powiem, że uśmiełem się, słuchając tej argumentacji – wręcz przeciwnie, niemal zapłakałem. Ale zacznijmy od początku.

Przenoszenie świadczeń wysokospecjalistycznych z finansowania przez Ministerstwo Zdrowia na Narodowy Fundusz Zdrowia ma już „starą, świecką tradycję”. W pierwotnych założeniach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r. świadczenia wysokospecjalistyczne miały być finansowane z budżetu państwa. Ze względu na problemy budżetowe kolejni ministrowie od 2003 r. przenosili niektóre z nich do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. A rozmawiamy o poważnych zakresach świadczeń – chociażby o kardiologii interwencyjnej czy znaczącej części transplantologii. Teraz dyspozycją ministra Adama Niedzielskiego czyścimy „dla dobra sprawy” wszystko do końca. Nie mogąc się uwolnić od polityki – poprzednio za tym stali ministrowie SLD i PO, obecnie minister Niedzielski rozszerza paletę szefów tego resortu także na PiS.

Finansowanie ratownictwa medycznego z budżetu państwa było jednym z osiągnięć prof. Zbigniewa Religi. W 2007 r., kiedy wprowadzał ustawę o PRM w życie, obok opisanie jej zadań zapewnił kwotę na jej finansowanie z budżetu państwa. Wielu sarkano, że dotyczy to wyłącznie ratownictwa pozaszpitalnego, a nie SOR-ów – prawdopodobnie był to kompromis, na który musiał pójść profesor. Niemniej leczenie ludzi, których potrzeba zdrowotna wynikała w dużej mierze z przyczyn zewnętrznych, przejął na siebie budżet państwa. Drugim strumieniem finansowania leczenia urazów zewnętrznych była ustawa zobowiązująca towarzystwa ubezpieczeniowe do odprowadzania części składki OC do budżetu NFZ, w celu pokrycia kosztów leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych. Obie ustawy, w początkach swojego istnienia, wprowadzały do systemu opieki zdrowotnej \pm 8–10 proc. dodatkowych pieniędzy, co obecnie wynosiłoby, przy zachowaniu podobnych proporcji, ponad 10 mld. zł. Niestety już w 2008 r. Ewa Kopacz zlikwidowała pieniądze z OC, a Adam Niedzielski zamierza przenieść na NFZ finansowanie ZRM. Może dobrze, że profesor Religa nie musi oglądać, jak obie strony sporu politycznego wspólnie zniwelowały to, co on wywalczył.

Ciekaw też jestem uczuć obecnego wojewody mazowieckiego, a byłego ministra zdrowia, Konstantego Radziwiłła, który realizował program wyborczy PiS z roku 2015, dotyczący finansowania leków dla seniorów



Fot. Adobe Stock

ORGANIZACJA NASZEGO SYSTEMU

TO PRZED WSZYSTKIM

GONIEŃ KRÓLICZKA

rów. W programie było wyraźnie napisane, że leki dla seniorów będą opłacane z budżetu państwa. Nie przeczę, że w programie planowano też zamienić cały system na budżetowy, ale ostatecznie zakończyło się tym, że system pozostał ubezpieczeniowy, a leki były zgodnie z obietnicą finansowane z budżetu. Teraz obietnica programowa okazała się archiwalną i finansowanie przeniesiono na płacących składkę zdrowotną. Pewnie liczone na to, że programów nikt nie czyta, a już na pewno nikt ich nie pamięta, zwłaszcza tych sprzed kilku lat.

Dlaczego jednak przenoszenie świadczeń jest takie toksyczne? Przecież nakłady publiczne na ochronę zdrowia, obiecane w mapie drogowej, odnoszą się zarówno do wydatków budżetowych, jak i z NFZ. Jeżeli więc finansów w NFZ zabraknie, a budżet do nich dopłaci, aby utrzymać zaplanowane nakłady, to czy jest o co się strzępić? Owszem, tak.

Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje świadczenia zdrowotne według planu finansowego na kolejny rok. Argument, że opłaci je z funduszu zapasowego, jest dość wątpliwy, bo najpierw pieniądze na te zadania trzeba by przenieść z funduszu zapasowego do planu finansowego na 2023 r., a na razie o tym nie słyszałem. Zresztą są to świadczenia Nielimitowane, więc nie mam pojęcia, jak miałyby wyglądać to przeniesienie, chyba że byłoby ono aktualizowane podczas kolejnych zmian planu finansowego w trakcie 2023 r. Przyjmijmy jednak, że księgowi NFZ i MZ sobie z tym poradzą.

Większym problemem są ogólne zasady kontraktowania świadczeń przez NFZ, ich powiązanie z zasadami tworzenia budżetu państwa, zakupu świadczeń dodatkowych, nowelizacją planów NFZ i... wynikającą z tego sytuacją jednostek systemu ochrony zdrowia.

Fundusz kontraktuje świadczenia na podstawie planu finansowego na rok następny opracowanego na bazie założeń do budżetu państwa na ten właśnie rok. Plan NFZ na rok 2023 został przyjęty już 26 lipca 2022 r. Zakłada on ok. 134,5 mld zł przychodów przy pełnym zbilansowaniu przychodów i kosztów. Co ciekawe, oszacowano w nim, że ciągle środki na realizację zadań finansowanych do tej pory przez budżet państwa (opisane wyżej) będą o ok. 8 mld zł wyższe. Należy wnioskować, że plan zostanie wkrótce znowelizowany w tej pozycji. Na same świadczenia opieki zdrowotnej zaplanowano ok. 136,5 mld zł. Jak się to ma do planu finansowego na rok 2022? I tu się pojawiają kruczki.

Ulubionym manewrem jest porównywanie tzw. planów pierwotnych, tzn. z 1 stycznia konkretnego roku. I rzeczywiście, gdyby przyjmować porównanie tych planów 2023 r. z 2022 r., to uzyskujemy wzrost wydatków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wynoszący 136,5 mld zł/107,5 mld zł, czyli 127 proc. Imponujące, nieprawdaz?

Tyle że plan zmienia się w trakcie roku. Aktualny plan na 2022 r. liczony ponownie w środkach na fi-

ansowanie świadczeń opieki zdrowotnej (z 14 lipca 2022 r.) to 121,9 mld zł, zatem wzrost 2023/2022 to 12,5 proc., a nie 27 proc. A to przecież nie ostatnia zmiana. W 2021 r. ostatnią wprowadzono 13 grudnia, chociaż później powstał już niedatowany ostateczny plan finansowy, wyższy od tego o ponad 3 mld zł w zakresie: koszty świadczeń opieki zdrowotnej. Różnica między planem ostatecznym a „pierwotnym” na rok 2021 wyniosła ok. 21,4 mld zł (120,15 mld zł – czyli prawie to samo, co planowane na 2022 r. – vs 98,75 mld zł), a zatem ponad 21,5 proc. więcej.

O co w tych wszystkich liczbach i procentach chodzi? Od lat o... prawie wszystko, czyli o pieniądze. Od lat bowiem fundusz kontraktuje (zresztą zgodnie z prawem) świadczenia z jednostkami ochrony zdrowia na podstawie planu finansowego. Cała różnica wynikająca ze zmian w planie w trakcie roku jest „dokontraktowywana”, nazwijmy to, awaryjnie, w zależności teoretycznie od potrzeb, a praktycznie... no właśnie, nikt do tego nie opracował transparentnych zasad. W 2021 r. wydano w pocie czoła 112,6 mld zł na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowiło średni wzrost w porównaniu z umowami pierwotnymi na rok 2021 o 14 proc., i zarazem wykorzystanie dostępnych według planu funduszy w wysokości niecałych 94 proc.

Pytanie pierwsze – ilu tzw. świadczeniodawców odnotowało w ciągu roku wzrost o 14 proc.? Pytanie drugie – dlaczego nie wydano aż 6 proc. pieniędzy przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w tak trudnej sytuacji, jaką obserwujemy.

Pytania wydają się proste, ale prostej odpowiedzi nie ma. Przy pytaniu pierwszym – problem jest z zasadami transparentnego „dokontraktowywania”, których w zasadzie po prostu nie ma. Przy pytaniu drugim trzeba spojrzeć raz jeszcze na zasady tworzenia planu finansowego NFZ. Wynika on, jak wspomniano, z przyjmowania założeń do budżetu państwa na rok następny, a w głównej mierze zależy od wzrostu płac i świadczeń socjalnych jako wskazań do potencjalnego wzrostu ściągłości składki zdrowotnej w roku przyszłym. Jeżeli te wskaźniki są niedoszacowane, to prognozowany przychód NFZ także.

Pewnym dramatem jest to, że tego typu wskaźniki przyjmuje się „ostrożnościowo”, tzn. w niższym stopniu niż realnie występujące, aby chronić się przed gorszym wynikiem działalności niż planowany. Dotyczy to wszystkich organizmów gospodarczych – zarówno publicznych, jak i prywatnych. W przypadku budżetu państwa ukuła się jednak od lat praktyka pokazywania wyjściowo wyników gorszych, aby w miarę realizacji budżetu wypinać piersi do orderów. Wpływa to w znacznym stopniu na planowanie i decyzje NFZ, którego przedstawiciele nie mają odwagi i zgody politycznej na kontraktowanie na poziomie wyższym niż pierwotnie posiadane pieniądze, czyli po prostu finansowanie funduszu poprzez deficyt. Stąd kontraktowanie na niskich

poziomach, później nietransparentne przekazywanie dodatkowo ściąganych pieniędzy, na koniec prezentacja nadwyżki finansowej otrzymanej przez NFZ w grudniu bądź nawet w kolejnych miesiącach, jako pieniędzy niewydatkowanych z uwagi na brak możliwości ich zakontraktowania, a już na pewno wykonania świadczeń opieki zdrowotnej za taką kasę. Absurd? Oczywiście, ale w ramach przekonanej o swojej nieomyślności państwowej biurokracji. I tak od lat jak w „Dniu świstaka”. Bardziej widoczne i bolesne dla nas w czasie, kiedy ponadnormatywnie rosną wynagrodzenia, np. jako efekt inflacji. Na marginesie, na 2023 r. w projekcie ustawy budżetowej przyjęto – uwaga – wzrost wynagrodzeń w wysokości 10,1 proc., inflację 9,8 proc. i nakłady na zdrowie 165 mld zł. W pierwszym i drugim przypadku te wskaźniki dziś wydają się szalenie optymistyczne, w trzecim pojawia się luka w wysokości 30 mld zł pomiędzy nakładami a prognozowanymi przychodami NFZ ze składki zdrowotnej. Czy to pokryje wzrost ściągальności, związany z konserwatywnymi założeniami, częściowo złupiony fundusz zapasowy NFZ, czy rzeczywiście państwo dołoży z budżetu – zobaczymy. W każdym razie wydaje się, że ponownie pieniądze na system będą istotnie wyższe niż te, do których wydatkowania jak co roku zobowiąże się fundusz w trakcie kontraktowania na 2023 r., i ponownie zobaczymy ten sam teatrzyk. Dobry NFZ zwiększający w trakcie roku kontrakty tym, którzy zasłużyli; kontraktujący nowe usługi lub finansujący jakiś nowy rządowy pomysł (albo działalność jakiejś nowej agencji) i na koniec NFZ pozostający z niewydatkowanymi pieniędzmi, na które trzeba będzie znów znaleźć jakiś pomysł.

Koszty pracy – temat nie do ogarnięcia przez organizatora systemu

I tak dotarliśmy do tematu wynagrodzeń jako podstawowego problemu wpływającego na sytuację finansową jednostek ochrony zdrowia, a przez to na możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Przez lata dla organizatora systemu opieki zdrowotnej wynagrodzenia pracownicze miały dwa aspekty sprowadzające się do prostego iloczynu – liczba pracowników razy ich wynagrodzenie równa się koszt. Ponieważ przez lata brakowało pieniędzy na finansowanie systemu opieki zdrowotnej, rozwiązaniem najbardziej sensownym wydawała się optymalizacja (czytaj: redukcja) liczby zatrudnionych, co mogłoby doprowadzić do ograniczenia kosztów działalności systemu bądź chociażby do zahamowania wzrostu przyrastania tych kosztów. W warunkach ciężkiego niedofinansowania początkowo szpitale i przychodnie same redukowały zatrudnienie – znów przypomnę, ile pielęgniarek utraciło pracę po reformie z 1999 r. Jednocześnie ograniczano kształcenie przyszłych kadr, czy to poprzez utrzymywanie niskich limitów przyjęć na studia medyczne, czy dokonując „reformatorskich” posunięć – takich jak likwidacja liceów pielęgniarskich.

Stopniowe zmniejszanie liczby pracujących w systemie nie rozwiązało problemów znalezienia pieniędzy na koszty ich pracy, zaś wygenerowało problem niedoborów pracowników, o czym za chwilę. Do rozwiązywania problemów niskich wynagrodzeń pracowników i towarzyszących temu protestów brali się więc cyklicznie politycy. I po raz kolejny, jak w tytułowym „Dniu świstaka”, a metodą Stefana Kisielewskiego, wprowadzano jakies rozwiązanie, które miało zawsze tę samą cechę – likwidowało problem tylko w części, tworząc w zamian problemy o jeszcze większym kalibrze.

Przypomnijmy zatem niektóre. Pierwszym była ustawa 203/110 z roku 2001, uchwalona ze względu na masowe protesty pracowników systemu. Zobowiązano w niej pracodawców do podniesienia wynagrodzeń o 203 zł brutto, a w następnym roku o kolejne 110 zł brutto. Jako źródło finansowania wskazano podwyższenie składki zdrowotnej o 0,25 proc. (ostatnie odliczane od podatku), zaś pozyskane pieniądze miały wystarczyć na taką właśnie podwyżkę, jak wyliczyli sobie radośnie ustawodawcy. Oczywiście ze względu na brak finansowania budżetowego nie można było przekazać tych funduszy bezpośrednio na wynagrodzenia, zatem bywało, że podwyżka nie była w ogóle realizowana, często drastycznie pogłębiała ujemny wynik finansowy i zadłużenie zakładów. Dodatkowo była należna w tej samej wysokości od ordynatora do salowej, co psuło strukturę wynagrodzeń. Z uwagi na opisane wcześniej współistniejące obniżenie nakładów na system opieki zdrowotnej poprzez decyzje inspirowane przez Marka Belkę podwyżki często nie było w ogóle lub była egzekwowana przez pracowników sądownie, zadłużenie zakładów gwałtownie wzrosło, zaś ustawodawca wprowadził pierwszy program oddłużeniowy po 1999 r. firmowany przez Marka Balickiego.

W 2006 r. ponownie postanowiono ustawowo podwyższyć wynagrodzenia i aby zapewnić, że przekazane pieniądze zostaną rzeczywiście przeznaczone na wynagrodzenia, utworzono tzw. produkt podwyżkowy. W tamtym czasie z uwagi na wzrost gospodarczy po wejściu do Unii Europejskiej nie miało to tak silnego bezpośredniego wpływu na sytuację finansową szpitali i przychodni, choć mocno utrudniało zarządzanie. Wystarczyło jednak, że przyszedł rok 2008 i kryzys bankowy i trzeba było gorączkowo tworzyć kolejne plany naprawcze, np. dofinansowujące szpitale w zamian za przekształcenie się ich w spółki.

I tak od decyzji do decyzji, które destabilizowały systemy wynagrodzeń, uderzały w finanse szpitali, a następnie zmuszały do ich dofinansowywania, aby mogły realizować ustawowe zadania. Można wyliczać dalej. Ustawa podwyżkowa dla pielęgniarek firmowana przez prof. Zembalę, która w okresie, kiedy osiągnęła maksymalną wysokość 1600 zł/etat, powodowała konieczność podnoszenia wynagrodzeń innym pracownikom (w tym pielęgniarkom zatrudnionym w innych

formach niż umowa o pracę). Regulacja wynagrodzeń rezydentów prowadząca do tego, że bywało, iż zarabiali więcej niż lekarze prowadzący ich szkolenie lub bardzo podobnie. Ustawa podwyżkowa Konstantego Radziwiłła, zwłaszcza z jej ostatnią sanacją, która wszelkie pieniądze przeznaczone na wynagrodzenia włączyła do taryf, co spowodowało, że szpitale o znacznie większych kontraktach w stosunku do zatrudnienia „skorzystały”, a te z kontraktami mniejszymi, przy konieczności utrzymywania zatrudnienia opisanego w zarządzeniach NFZ i rozporządzeniach koszykowych, wpadły w kolejny głęboki deficyt i po raz kolejny są ratunkowo wspomagane pod rygorem „tworzenia planów naprawczych”. Oczywiście te plany po raz kolejny będą fikcją, bo przy obecnym sposobie finansowania świadczeń finansowanie poszczególnych JGP musiałoby być zróżnicowane nie z preferencją dla dużych ośrodków, lecz odwrotnie – dla małych. Te ostatnie nie mają możliwości wykonania takiej liczby procedur jak większe, więc z uwagi na wydatki placowe ich koszty wytworzenia są paradoksalnie wyższe. Oczywiście można zamykać i przekształcać małe jednostki, ale od dwudziestu lat nikt na poważnie nie podszedł do tego systemowo. Zatem prawdopodobnie skutki relacji wzrost wynagrodzeń pracowniczych – pogorszenie kondycji finansowej – dofinansowanie będą nam towarzyszyć dalej, jak w „Dniu świstaka”.

Ręce do pracy – kolejny węzeł gordyjski

Od kilku lat zaczął narastać nowy problem, z którym, obawiam się, będziemy walczyć jak z wcześniej opisywanymi. Jest nim brak rąk do pracy, zwłaszcza profesjonalnych. O ile przed kilkunastu laty robiliśmy wiele, aby zatrudnienie zmniejszyć, o tyle obecnie brak specjalistów medycznych niemal w każdej dziedzinie jest głównym problemem, zwłaszcza w mniejszych szpitalach.

Z uwagi na objętość tekstu, nie będę tego tematu rozwijał, choć zasygnalizuję kilka spraw, które – mam wrażenie – wskazują, że i ten problem będzie nierozwiązywalny dla organizatora opieki zdrowotnej.

Od 2016 r. sukcesywnie zwiększamy przyjęcia na studia medyczne, choć już pojawiają się głosy, że być może kolejne zwiększenie tej puli będzie się odbywać kosztem jakości kształcenia. Tymczasem właśnie w tym roku kończy studia pierwszy rocznik zwiększonego naboru. Jeszcze przez rok absolwenci będą odbywać staż podyplomowy. Czy jednak mamy dla nich przygotowane możliwości kształcenia podyplomowego, czy ten potencjał zostanie wykorzystany na kształcenie w zakresach systemowo najbardziej potrzebnych? Czy też będzie jak do tej pory: specjalizacje do swobodnego wyboru, miejsca kształcenia tylko w największych,

już przepelnionych szpitalach, a potem płacz, że nie ma internistów, pediatrów, chirurgów, lekarzy rodzinnych. W tej chwili decyduje się właśnie, co zrobimy z szansą na zwiększenie nie liczby lekarzy ogółem, ale czy będą to specjaliści o najbardziej potrzebnych kompetencjach.

Innym problemem jest brak pielęgniarek. Patrząc na wskaźniki wieku pracujących pielęgniarek, czeka nas armagedon, gdyż dla tej grupy zawodowej stworzyliśmy system kształcenia, który nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Albo coś z tym zrobimy, albo przeddefiniujemy zakres obowiązków pielęgniarki, włączając do pracy inne grupy zawodowe (opiekunowie medyczni), albo znajdziemy szybko inne sensowne rozwiązanie. Inaczej będziemy mieć problem, oby nie rozwiązywany jak opisywane wcześniej.

Podsumowując – organizacja naszego systemu to przede wszystkim gonienie króliczka. Niewiele fundamentalnych rzeczy w systemie przez ostatnie ćwierćwiecze udało się dobrze zorganizować, w dużej mierze z powodu zbyt małych nakładów, lecz także braku politycznej zgody na radykalne rozwiązania. Ciągłe łatanie dziur nie doprowadziło do żadnej trwałej poprawy, dokładając problemy nowe, jak te z niedoborem specjalistów medycznych. Obawiam się, że za rok, dwa, trzy czy dziesięć, znów któregoś dnia staniemy wobec problemu, który nam będzie przypominał sytuację sprzed kilku lat, i ponownie się jakąś łatą wymyśli.



FOT: Adobe Stock

**NIEWIELE FUNDAMENTALNYCH RZECZY
W SYSTEMIE PRZEZ OSTATNIE ĆWIERĆWIECZE
UDAŁO SIĘ DOBRZE ZORGANIZOWAĆ
– W DUŻEJ MIERZE Z POWODU
ZBYT MAŁYCH NAKŁADÓW, LECZ TAKŻE
BRAKU POLITYCZNEJ ZGODY
NA RADYKALNE ROZWIĄZANIA**