


Gryfino, dnia 04 listopada 2019 r.

BRZ.0003.55.2019

Pan
Wojciech Długoborski
Radny Rady Powiatu Gryfińskiego

Uprzejmie informuję, iż odpowiedź na interpelację nr 55/19, zostanie udzielona w terminie do dnia 12 listopada b.r.

Brak zachowania terminu określonego w art. 21 pkt 12 ustawy z dnia 05 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019, poz. 511 t.j.), wynika ze złożoności odpowiedzi.

NACZELNIK
Wydziału Gospodarki Nieruchomościami
i Nadzoru Właścicielskiego

mgr Lucyna Z...

Otrzymują:

1. Adresat
2. BRZ w miejscu
3. GN a/a

Gryfino, dnia 12 listopada 2019 r.

Pan
Wojciech Długoborski
Radny Rady Powiatu Gryfińskiego

Odpowiedź na interpelację nr 55/19.

1. Czy szpital ma zadłużenie, jeśli tak – to od kiedy, w jakiej wysokości i czy zagraża to utartą płynności finansowej, a co za tym idzie utratą możliwości świadczenia usług medycznych w zakresie lecznictwa zamkniętego na terenie powiatu? Jakie są tendencje – jeśli chodzi o kondycję finansową szpitala w przyszłości?

„Szpital Powiatowy w Gryfinie” Sp. z o.o., posiada zadłużenie, za wrzesień 2019 r. narastająco w wysokości 1 373 312,00 zł, na koniec roku 2018 strata z działalności wyniosła 2 249 887,00 zł. W związku z powyższym Szpital znajduje się w trudnej sytuacji finansowej, występują opóźnienia w regulowaniu zobowiązań do 200 dni (bez uwzględnienia zobowiązań wobec wspólników, którym Szpital w ogóle nie płaci wymagalnych zobowiązań).

Jak dla przeważającej większości szpitali lecznictwa stacjonarnego bez względu na formę organizacyjną oraz bez względu na organ prowadzący tendencja jest negatywna. Zmiany tendencji wymaga wzrost kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia wprost proporcjonalny do zmian wprowadzonych przez rząd oraz czynników gospodarczych zewnętrznych np. uwzględnienie inflacji, wzrostu opłat, zwiększenia najniższego wynagrodzenia, czy ustawowego wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego (w załączeniu artykuły) lub działania opisanego w ustawie z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 59 ust. 2 pkt. 1 i 2 lub podobnie.

2. Jeśli szpital posiada zadłużenie, jakie działania naprawcze/restrukturyzacyjne zostały podjęte przez:

a) Zarząd Spółki z o.o. Szpital Powiatowy w Gryfinie im. Jana Pawła II?

b) Radę Nadzorczą Spółki z o.o. Szpital Powiatowy w Gryfinie im. Jana Pawła II?

c) Władze Powiatu Gryfińskiego – jako podmiotu publicznego – posiadającego pakiet mniejszościowy udziałów w Spółce z o.o. Szpital Powiatowy w Gryfinie im. Jana Pawła II?

d) Zarząd Spółki Dom Lekarski w Szczecinie posiadającego pakiet większościowy udziałów w Spółce z o.o. Szpital Powiatowy w Gryfinie im. Jana Pawła II?

a) Zarząd Szpitala wystąpił do wspólników o wsparcie finansowe w postaci dokapitalizowania Szpitala w zakresie pokrycia straty za rok ubiegły oraz za I połowę 2019 r. dopiero w dniu 28 sierpnia b.r., po czym po prawie 2 miesiącach zaproponował wspólnikom likwidację 3 oddziałów tj. chirurgicznego, ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego bez przedstawienia szczegółowej analizy, podczas gdy Spółka ma zawartą umowę na świadczenia szpitalne do roku 2021. Jednocześnie w 2019 r. kontrakt z NFZ został dwukrotnie zmieniony i podwyższony o kwotę 968 830,00 zł

b) Rada Nadzorcza zaproponowała w ramach planu naprawczego znalezienie nowego współdziałowca i zmianę struktury właścicielskiej, polegającej na nawiązaniu współpracy z podmiotem o silnej i stabilnej pozycji na rynku usług w sektorze medycznym

c) Powiat Gryfiński wsparł kwotą 500 000,00 zł (konwersja na udziały), w roku bieżącym spółkę „Szpital Powiatowy w Gryfinie” Sp. z o.o. Ponadto powiat nie pobierał czynszu dzierżawnego, a powstałe zobowiązania są cyklicznie konwersowane na udziały dla powiatu.

d) „Dom Lekarski” S.A. wniósł w ramach umowy przeniesienia własności sprzętu medycznego, sprzęt i urządzenia medyczne, w kwocie 1 407 400,00 zł. Podniesienie kapitału

przez Powiat Gryfiński i „Dom Lekarski” S.A. polepszyło wynik finansowy Spółki, ale w sposób niewystarczający. Ponadto „Dom Lekarski” S.A. zainicjował nawiązanie współpracy z SPZOZ MSWiA w Szczecinie lub SPSK PUM nr 1 w Szczecinie, co miałyby wpłynąć na poprawę sytuacji finansowej jak również polepszenie warunku udzielania świadczeń szpitalnych.

3. W jaki sposób Zarząd Powiatu monitorował i monitoruje sytuację prawno-finansową szpitala powiatowego, jako podmiotu świadczącego usługi medyczne- będąc tak zaangażowanym w rozbudowę jego struktury na koszt powiatu?

Zarząd Powiatu Gryfińskiego na bieżąco monitorował i monitoruje sytuację prawno – finansową Szpitala, poprzez wykonywanie kontroli właścicielskich, zgodnie z § 26 pkt 4 umowy spółki z dnia 15.03.2012 r., przyjmowanie dokumentów na Walne Zgromadzenia Wspólników, bieżące zapytania i spotkania z Zarządem Spółki, zapoznawanie się z pracami Rady Nadzorczej. Ponadto należy wskazać, iż organem bezpośrednio nadzorującym jest Rada Nadzorcza w kompetencji, której znajdują się instrumenty do monitorowania bieżącej działalności podmiotu świadczącego usługi medyczne.

Co do dalszej części pytania, proszę uszczegółowić o jaką rozbudowę struktury spółki „Szpital Powiatowy w Gryfinie” Sp. z o.o. im. Jana Pawła II chodzi, tak aby udzielić odpowiedzi, dotyczącej tej części pytania.

4. Czy realizowana ze środków powiatu rozbudowa szpitala nie jest zagrożona w związku z sytuacją prawno-finansową szpitala?

Zmiana finansowania szpitali na finansowanie ryczałtowe od października 2017 r. oraz wprowadzenie tzw. „sieci szpitali”, poniekąd zmieniło sytuację finansową placówek świadczących stacjonarne usługi medyczne, jednak otoczenie prawno-finansowe tych zdarzeń nie zagraża rozbudowie Szpitala. Ponadto toczące się rozmowy czy negocjacje o zmianach właścicielskich również nie mają wpływu na zagrożenia w zakresie rozbudowy.

(Patrz ad. 1)

5. Czy kontrakt szpitala z NFZ nie jest zagrożony, gdyby miała nastąpić np. ew. zmiana udziałowców(ca) Spółki z o.o. Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Gryfinie?

Nie ma podstaw do wyrażania obaw w zakresie zagrożenia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w przypadku zmiany udziałowca w spółce „Szpital Powiatowy w Gryfinie” Sp. z o.o., gdyż każdy z potencjalnych właścicieli, czy współwłaścicieli będzie prowadzić działalność Szpitala w obecnym zakresie, lub innym zmniejszonym zakresie na rzecz mieszkańców powiatu. Ponadto należy zaznaczyć, iż rozmowy prowadzone z potencjalnymi nabywcami czy współudziałowcami mieszczą się w grupie instytucji publicznych świadczących usługi szpitalne, co daje gwarancje ciągłości istniejącego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

6. Czy Spółka z o.o. Szpital Powiatowy w Gryfinie w związku z rozbudową szpitala – ma jakkolwiek promesę z NFZ na zwiększenie wysokości kontraktu w przyszłości?

Rozbudowa szpitala powiatowego jest związana z koniecznością osiągnięcia standardów zgodnych z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w tym Postanowienia Inspekcji Sanitarnej nr PS-N-EP/602-3/2018 z dnia 16.04.2018 r., czego nie można osiągnąć w istniejącym budynku. W związku z powyższym, w oczywisty sposób nie jest to związane z ewentualnym zwiększeniem kontraktu.

Jednocześnie przytaczając wspomniane powyżej informacje, kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia od października 2017 r. jest kontaktem ryczałtowym, co powoduje, iż

w obecnej polityce finansowania szpitali brak jest miejsca na negocjacje dotyczące zwiększenia kontraktu.

7. Jeśli miałyby dojść do ew. zmiany udziałowców(ca) - czy w przyszłość szpitala nie będzie zagrożona upadłością, likwidacją oddziałów lub likwidacją tego podmiotu?

Biorąc pod uwagę bieżącą sytuację w ochronie zdrowia nie ma gwarancji, iż w przyszłości nie dojdzie do likwidacji oddziałów, czy podmiotu leczniczego, jednakże nie wynika to ze ewentualnych zmian w zakresie struktury właścicielskiej.

Na przestrzeni lat na majątku powiatu (jakim jest obecny i rozbudowywany szpital), świadczenia zabezpieczenia zdrowotnego były prowadzone w różnych formach, podlegały likwidacjom i przekształceniom, ale zawsze była zachowana ciągłość świadczeń medycznych.

z up. STAROSTY
mgr Lucyna Zawierucha
NACZELNIK
Wydziału Gospodarki i Chorościami
i Nadzoru Właściwości

Otrzymują:

1. Adresat
2. BRZ w miejscu
3. GN a/a

OPINIA EKONOMICZNA

Służba zdrowia, czyli jak zreformować kota w worku

W rozumieniu największej organizacji pracodawców „mądra zmiana” to taka, która przed skonstruowaniem przepisów ma określony cel, następnie dobrane są optymalne rozwiązania z zaangażowaniem interesariuszy, a później w określonych cyklach przygotowywane są sprawozdania i ewaluacja.

Ważne jest także, aby zmiana była przeprowadzana transparentnie i zrozumiale dla podmiotów, których dotyczy. W przeciwnym razie powstaje zmiana z założenia oparta na konflikcie. Nawet jeśli od razu nie jest on głośno artykułowany, to z biegiem czasu na pewno pojawia się w publicznej domenie.



ANDRZEJ MĄDRAŁA

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej wspierali i będą wspierać mądre zmiany w systemie ochrony zdrowia. Ale co oznacza słowo „mądry” w tym kontekście?

Prawda obnażona

W polskim systemie ochrony zdrowia trudno zidentyfikować zmianę zgodną z powyższą definicją. Wiosną tego roku mieliśmy wątpliwą przyjemność obnażyć prawdę dotyczącą wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Ustawa o 6 proc. w toku prac rządowych uległa zmianie, w wyniku czego wydatki na zdrowie w danym roku odnoszone są do wielkości PKB sprzed dwóch lat, co przy wzroście gospodarczym skutkuje możliwością realizacji zapisów ustawy przy znacznie mniejszych wydatkach budżetu państwa.

Według szacunków co roku dzięki temu sposobowi liczenia budżet państwa „oszczędza” 6-8 mld zł. Jednak informacja o sposobie liczenia wzrostu PKB została wyjaśniona dopiero kilka miesięcy po jej wprowadzeniu. I wzbudziła zdumienie także wśródzydentów, którzy przez długie tygodnie prowadzili protesty głodowy, aby zainteresować polityków ogromnymi problemami ochrony zdrowia.

Kluczem do wprowadzenia dobrych i racjonalnych zmian jest analiza danych i wyciągnięcie z nich wniosków. Niestety, mimo publicznych deklaracji Narodowego Funduszu Zdrowia o chęci dzielenia się danymi, mimo twardego zapisu w tym zakresie w strategii Funduszu, dzisiaj jest z tym problem. Portal z danymi utwo-

rzony przez NFZ zawiera zbiór danych nieistotny z punktu widzenia poważnych reform systemowych.

Z drugiej strony doświadczenie pokazuje, że pytania kierowane do NFZ (w trybie dostępu do informacji publicznej) o przekazanie danych niezbędnych do analiz kończą się odmowami. Pracodawcy RP jakiś czas temu wnioskowali o udzielenie informacji, ile zaległości finansowych ma NFZ wobec szpitali, które wykonują świadczenie nielimitowe (np. w zakresie onkologii czy programów leko-

tości i oczywiście może rodzić słuszne pytania o to, dlaczego Fundusz odmawia: czy pytania są niewygodne, czy odpowiedzi mogłyby szokować analityków i opinię publiczną? To powoduje, że w Polsce rządzi polityka tzw. kota w worku. Zmiany przeprowadza się bez odpowiednich analiz i symulacji ewentualnych skutków.

Okres wyborów skłania do pewnych podsumowań pracy administracji publicznej w kończącej się kadencji. Ramy niniejszej publikacji nie pozwalają na wyciszenie wszystkiego, co się udało zrobić re-

doprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego.

W kampanii wyborczej słyszeliśmy chwalenie się częściowym rozwiązaniem problemów w trzech jednostkach chorobowych z listy blisko 68 tys. rozpoznanych zdefiniowanych według metodologii WHO (ICD 10). Rozkład liczby pacjentów chorujących na te jednostki chorobowe może podnosić ich znaczenie, jednak mimo wszystko wydaje się, że to niewiele.

Obecnie nie ma żadnych wiarygodnych informacji, że zniesienie limitu finansowania na diagnostykę PET i MRI w II kwartale br. istotnie i zauważalnie dla pacjentów skróciło kolejki. Są natomiast pierwsze analizy dotyczące tego, że zniesienie limitu finansowania wytworzyło wyższy popyt, co spowodowało skrócenie kolejek znacznie mniejsze, niż to wynika z pieniędzy zainwestowanych w ten obszar. Jednak należy odnotować, że są także drobne zmiany pozytywne m.in. w zakresie e-zdrowia, wprowadzenia e-zwolnień (tutaj odpowiadał za to ZUS), czy powolny rozwój e-recept czy internetowego konta pacjenta.

Jedyną zmianą organizacyjną wprowadzoną od 2015 r. jest sieć szpitali. Co się zmieniło? Czy zmiana osiągnęła jakikolwiek cel? Pracodawcy RP jako reprezentanci świadczących usług wielokrotnie zadawali to pytanie ministrowi zdrowia. Mimo wielu prób w ramach trójstronnego zespołu ds. ochrony zdrowia nigdy nie zaprezentowano całościowego

sprawozdania z realizacji tej ustawy.

Podjęliśmy się samodzielnej oceny i okazało się, że największą zmianą jest powolne, ale sukcesywne wygaszanie prywatnego sektora - czyli ograniczanie tym podmiotom wysokości kontraktów.

Z pomocą przyszedł raport Naczelnej Izby Kontroli opublikowany 19 sierpnia br. Okazało się, że żaden cel określony w uzasadnieniu do projektu ustawy nie został zrealizowany. Co to oznacza? Zmarnowano olbrzymie środki po to, aby osiągnąć nic. Nie widać też nadziei na poprawę!

Mimo zapowiedzi nie przeprowadzono ewaluacji i nie wprowadzono niezbędnych zmian. Przypominamy także, że podczas uchwalania ustawy o sieci szpitali podkreślaliśmy, że jej nieodłącznym elementem powinna być ustawa o jakości w ochronie zdrowia. Ówczesni ministrowie zdrowia w pełni przyznali nam rację i deklarowali, że w ciągu roku ustawa zostanie przyjęta, niestety zaraz po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali zapomnieli o tych zapewnieniach.

Destrukcyjne zmiany

Wiele zmian było destrukcyjnych dla ochrony zdrowia. Przykładem są wszystkie te dotyczące wzrostu wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych. Nie chodzi o to, że Pracodawcy RP uważają, iż pracownicy ci nie powinni zarabiać więcej - wręcz przeciwnie. Ale zmiany w wynagro-

dzeniach wprowadzane pod wpływem strajków, bez jednoczesnego dialogu ze wszystkimi grupami zawodowymi, bez podejścia systemowego.

To spowodowało rozwarstwienie płacowe wśród grup zawodowych podmiotów leczniczych - niektórym wynagrodzenie wzrosło bardzo istotnie, innym praktycznie się nie zmieniło. Każdy menedżer wie, jak taka przepaść płacowa destrukcyjnie wpływa na atmosferę w pracy i motywację pracowników. Przecież wzrost wynagrodzeń jest realizowany ze środków na leczenie (ze składek osób ubezpieczonych), bez odpowiedniego zabezpieczenia ich refinansowania, co skutkuje wzrostem zadłużenia szpitali.

Quo vadis, systemie ochrony zdrowia? To pytanie zapewne zadaje sobie kilkaset tysięcy osób pracujących w podmiotach leczniczych lub współpracujących z nimi oraz 38 mln Polaków. Jak na razie żadna partia nie przedstawiła kompleksowej strategii na uzdrowienie systemu ochrony zdrowia. Pojawiają się wyrzykowe pomysły bez wskazania sposobu, jak je zrealizować, oraz zasobów, jakimi mają one być osiągnięte.

Na razie na horyzoncie nie widzę „mądrych zmian”. Należy tylko liczyć, że całościowe programy jeszcze poznamy i będą one oparte na analizach, a nie wymuszone przez pogarszającą się sytuację poszczególnych podmiotów.

Autor jest wiceprezydentem Pracodawców RP

Do tej pory żadna partia nie przedstawiła kompleksowej strategii uzdrowienia polskiego systemu ochrony zdrowia

Jednak nie otrzymaliśmy informacji zwrotnej.

Pracodawcy nie dostali też odpowiedzi na pytanie o koszty wprowadzonych współczynników korygujących (finalnie NFZ odpowiedział, ale tylko dlatego, że dane te były prezentowane w ramach Rady Dialogu Społecznego). Prezes NFZ trzyma także w tajemnicy dane finansowe, o ile więcej szpitale zapłacą za wynagrodzenia pracowników medycznych w 2020 r.

Ze zdziwieniem przyjmujemy odmowę NFZ. To przeczy deklarowanej polityce otwar-

sortowi zdrowia i Funduszowi przez te minione 1383 dni. Niestety, kończąca się kadencja dowiodła, że w ochronie zdrowia rządzą emocje; strajki (nawet jeśli słuszne) oraz brak długookresowego myślenia.

Niestety, analitycy i eksperci nie zdołali się przebić ze zbyt dużą liczbą propozycji zmian. Dominowały drobne i punktowe zmiany, pozwalające na pokazywanie sukcesów rządu, a brakowało reform, które radykalnie mogłyby zmienić funkcjonowanie systemu. Tak było m.in. z często wymienianymi operacjami zaćmy i en-

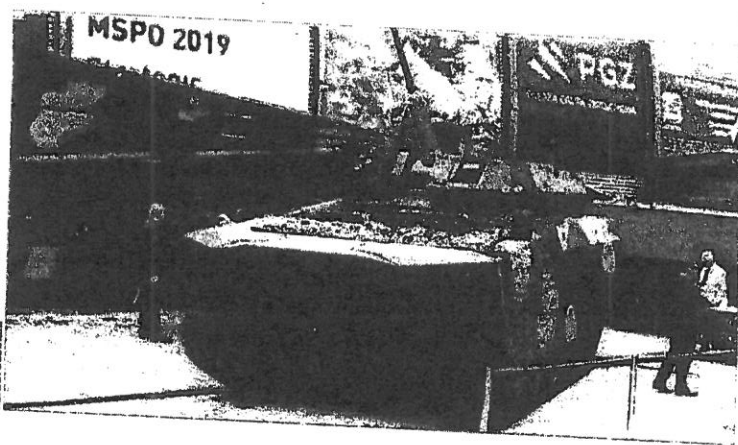
XXVII MSPO

Bojowy Borsuk musi jeszcze naostrzyć pazury

Kielecki Międzynarodowy Salon Przemysłu Obronnego nie pobił rekordowych wyników poprzedniej wystawy z jubileuszowego roku 100-lecia odzyskania przez Polskę niepodległości, ale pod wieloma względami był wyjątkowy.

ZBIGNIEW LENTOWICZ

Wśród 620 wystawców z 31 krajów dominowali na Targach Kielce Amerykanie, poproszeni w tym roku o zorganizowanie prezentacji narodowej. Furorę wśród publiczności zrobiła nie tylko powietrzna parada bojowych samolotów US Air Force nad terenem MSPO, ściągnięte na wystawę wprost z bojowych jednostek śmigłowce czy pokazany w hali naturalnej wielkości model supermyśliwca 5. generacji F-35, przypominający o pol-



Borsuk, pływający bojowy wóz piechoty nowej generacji z bezzalogową wieżą, wejdzie do służby dopiero po surowych testach

kampanii promocyjnej zbrojeniowego przemysłu USA, ambasador Stanów Zjednoczonych w Polsce Georgette Mosbacher.

Oprócz amerykańskiej konkurencji zarówno giganci globalnego przemysłu zbrojeniowego, tacy jak BAE Systems, Leonardo, MBDA czy Kongsberg, jak i odyskujące biznesową równowagę spółki Polskiej Grupy Zbrojeniowej, prezentowali swoje najlepsze produkty: sprzęt pancerny i raketowy, drony, elementy żołnierskiego wyposażenia. Nie zabrakło kompleksowej propozycji dla służb porządku publicznego: policji, Straży Granicznej i jednostek ratowniczych. Priorytetem ostatnich lat jest cyberbezpieczeństwo, więc podczas MSPO 2019 ważną częścią oferty firm były nowoczesne techniki łączności i wyrafinowany sprzęt IT.

Na finał tegorocznej wystawy tradycyjnie najlepsze i najbardziej przydatne w ocenie wojska produkty wyróżniono. Nagrodę prezydenta RP za całą rodzinę sterowane uderzeniowe „samobójcze” pociski zdolne do prowadzenia rozpoznania i lokalizowania celów - odebrała prywatna ożarówka Grupa WB. Jedno z głównych wyróżnień szefa MON otrzymał zaprojektowany w PGZ pływający bojowy wóz pchoty Borsuk ze zdalnie sterowaną wieżą uzbrojoną w działło i wyrzutnie rakiet. Dowódca Wojsk Obrony Terytorialnej chwalił Fabrykę Broni Radom, przyznając laury za karabin wyborowy, czyli snajperską odmianę modułowego automatu MSBS Grot, robiącego obecnie karierę w WOT.

skich staraniach o zamówienie 32 takich maszyn dla wojskowego lotnictwa.

Na wystawie i w kuluarach o już zawartych kontraktach i kolejnych ofertach dla Sił Zbrojnych RP mówili przed-

stawiciele Raytheona (producent raketowych zestawów Patriot), Lockheed Martin (system HIMARS, pociski precyzyjne dla systemu Wisła), Boeinga (śmigłowce uderzeniowe Apache czy potężne

transportowe chinooki). Oprócz amerykańskiego sprzętu prezydent RP, szef MON, wojskowi decydenci i prezesi firm mogli podziwiać w kieleckim salonie w spektakularnym działaniu mistrza

Szpitalne zaplątane w sieć

Sieć szpitali miała ułatwić pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych, a dyrektorom – zarządzanie placówkami. Choć większości placówek skontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli udało się początkowo poprawić sytuację finansową, ostatecznie ich straty okazały się jeszcze większe, niż to było wcześniej. Nie poprawił się też dostęp do specjalistów, a w części szpitali wykorzystywano jedynie 60 proc. dostępnych łóżek.

Autor: Dominik Krzysztofowicz

Nieco ponad rok temu w życie weszły przepisy nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która stworzyła tzw. sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ). Ustawa przede wszystkim wprowadziła nowy sposób rozliczania umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej – nowy system miał umożliwić elastyczniejsze gospodarowanie pieniędzmi, a w efekcie stopniowe wychodzenie placówek z długów. Poprawić miała się też organizacja udzielania świadczeń i dostęp pacjentów do specjalistów w szpitalach, a same szpitale miały mieć gwarancję, że Narodowy Fundusz Zdrowia zawrze z nimi umowę.

Najwyższa Izba Kontroli sprawdziła, czy system zadziałał. Niestety, okazuje się, że sytuacja finansowa większości badanych placówek nie poprawiła się – przeciwnie, proces zadłużania się tych placówek, które już wcześniej miały problemy, w większości przyspieszył. Pogorszyła się też sytuacja tych szpitali, którym w przeszłości wiodło się lepiej. Powodem nie jest



◀ Marek Wójcik
pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich ds. legislacji

Raport NIK nie odkrywa Ameryki

Nie trzeba było być jasnowidzem, żeby przewidzieć efekty eksperymentu skazanego już na wstępie na porażkę. Ustalenie wysokości finansowego ryczałtu dla szpitali na poziomie sprzed dwóch lat gwarantowało finansową katastrofę, do tego doszedł brak konsekwencji w kwalifikowaniu szpitali do sieci i nietrafne określenie zakresu usług medycznych objętych ryczałtem.

Analizując treść raportu NIK, przychodzi na myśl porównanie dotyczące połowu ryb, bo w końcu mówimy o sieci, a ta wszak do łowienia ryb służy. Raport odsłania to, co zafundowali autorzy sieci szpitalom, które przyrównam do kutrów rybackich. Kutry wysłano na wzburzone morze, wyposażając w zbyt mało paliwa do silników, aby z tego rejsu mogły wrócić. Rybakom dostarczono racje jedzenia i słodkiej wody za małe, aby mogli przeżyć, więc ich los był przesądzony. Załogi kutrów, które jakimś cudem przetrwały, długo jeszcze będą odczuwać skutki tego sieciowego eksperymentu. Nie twierdzę, że eksperymentu w ogóle niepotrzebnego, ale warunki, w jakim się go prowadzi, z góry przesądają, że będzie on nieudany. Dlatego nie czekając dłużej, należy je pilnie zmienić, aby powstrzymać pogłębiający się kryzys szpitali.

Głównymi celami utworzenia sieci szpitali było:

- wywołanie restrukturyzacji rynkowej podmiotów leczniczych (poprzez dostosowanie świadczonych usług do faktycznych potrzeb

pacjentów oraz, nie ukrywajmy tego, znaczące ograniczenie liczby szpitali, które w sieci się nie znalazły, a mają kontrakt z NFZ),
– poprawienie sytuacji finansowej szpitali (nowy system miał umożliwić elastyczniejsze gospodarowanie pieniędzmi, w efekcie ograniczenie zadłużenia).

Tymczasem szpitale zakwalifikowane do sieci dostosowują zakres swoich usług do lokalnego czy regionalnego zapotrzebowania bardzo powoli, a jeśli szpitale ubywa – to niewiele i to głównie ze względu na brak personelu medycznego, a nie utworzenie sieci. Równocześnie proces zadłużania się podmiotów leczniczych, które już wcześniej miały problemy, w większości przypadków jeszcze przyspieszył, pogorszyła się także sytuacja tych szpitali, którym w przeszłości wiodło się lepiej. Słusznie zauważają kontrolerzy NIK, że powodem było to, że choć rosta wartość zawartych przez szpitale umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to znacznie szybciej przybywało niezależnych od tych placówek kosztów, na które złożyły się przede wszystkim ustawowe wzrosty wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek.

Często w rozmowach na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia używa się słusznego argumentu, że najważniejszy jest pacjent.

W tym kontekście utworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie pomogło pacjentom ani w poprawie dostępności do usług, ani w ich kompleksowości. Jak

jednak samo wprowadzenie sieci (wartość zawartych przez szpitale umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej wzrosła i rosły ich przychody z działalności leczniczej), ale w ostatnim czasie znacznie wzrosły niezależne koszty, na które złożyły się m.in. ustawowe podwyżki wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek.

Z raportu wynika, że w pierwszych trzech kwartałach 2018 r. przychody kontrolowanych szpitali były wyższe niż w analogicznym okresie 2017 r. o prawie 13 proc., a koszty o ponad 17 proc. Tymczasem NFZ kompleksowo podniósł wysokość świadczeń w całym badanym okresie tylko raz, w 2017 roku – o 4 proc.

W pierwszych trzech kwartałach 2016 roku przychody z działalności leczniczej 29 badanych podmiotów wyniosły w sumie 1,4 mld zł, koszty zatrudnienia – 894 mln zł, a pozostałe koszty działalności leczniczej – 657 mln zł. Dwa lata później było to odpowiednio już 1,69 mld zł, 1,1 mld zł i 795 mln zł. NIK zauważa w raporcie, że rosnąca różnica w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów skutkowałą wzrostem zobowiązań szpitali i niekorzystnymi

wynikami finansowymi. W sumie spośród 29 badanych placówek, na koniec września 2018 roku 23 (79,3 proc.) odnotowały ujemny wynik finansowy, a w porównaniu z wrześniem 2017 r. pogorszyła się sytuacja ekonomiczna 22 szpitali. Największe straty miały dwie placówki z II poziomu zabezpieczenia: Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Sp. z o.o. (ok. 18,5 mln zł strat) i Szpital Czerniakowski Sp. z o.o. w Warszawie (ok. 17 mln zł strat), a także placówka zakwalifikowana do pierwszego poziomu – szpital w Piekarskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. (ok. 13,5 mln zł strat).

Oprócz kwestii finansowych utworzenie sieci szpitali było podyktowane także poprawą dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych. Chory miał być leczony kompleksowo i w sposób skoordynowany. Placówka, do której został skierowany, miała mu zapewnić nie tylko świadczenia szpitalne, ale także po zabiegach czy badaniach – leczenie ambulatoryjne i rehabilitacyjne. Problem już na samym początku polegał na tym, że do sieci weszły także placówki, które choć miały wymagane oddziały, to niektórym pacjentom nie były w stanie za-

pewnić leczenia ambulatoryjnego. Tak było w przypadku 6 z 29 kontrolowanych szpitali, a jednym z powodów mógł być brak zapisu w ustawie, który wskazywałby na konieczność uruchomienia przez nie nowych poradni. Do szczegółowych badań kontrolerzy wytypowali 80 pacjentów każdej z 29 kontrolowanych placówek (z dwóch oddziałów), wypisanych w listopadzie 2017 r. i w kwietniu 2018 r. Z zebranych danych wynika, że zalecane im świadczenia pohospitalizacyjne otrzymało prawie 70 proc. chorych, ale mniej niż połowa uzyskała porady ambulatoryjne lub miała wyznaczony ich termin.

W swoich wnioskach pokontrolnych NIK zwróciła się do ministra zdrowia między innymi o zapewnienie finansowania działalności szpitali w sposób adekwatny do tempa wzrostu kosztów leczenia z przyczyn od nich niezależnych, umożliwiającego bilansowanie działalności. Poproszono również o podjęcie działań mających na celu uregulowanie w ustawie o świadczeniach możliwości zawarcia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń w poszczegół-

potwierdza NIK, w tym zakresie od czwartego kwartału 2017 roku nie odnotowano postępu.

Uczciwie oceniając, w jednym elemencie związanym z obsługą pacjentów trzeba pochwalić pomysłodawców szpitalnej sieci. Udało się uruchomić pewne mechanizmy dbałości o jakość świadczeń. Choć nie jest to zjawisko bardzo dynamiczne, szpitale zakwalifikowane do sieci wdrażają rozwiązania ukierunkowane na poprawę jakości obsługi pacjenta. Dostają za to niewielką premię finansową (warto by ją podnieść), ale w czasach, kiedy każdy grosz się liczy, jest to motywacja skuteczna. Raport NIK tę kwestię opisuje bardzo lakonicznie, ale warto ten fakt odnotować ze względu na pozytywny trend, jaki wywołuje w tym zakresie utworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Z założenia działania NIK mają wywoływać pozytywne zmiany w kontrolowanym obszarze. Dlatego tak ważne są formułowane przez NIK wnioski pokontrolne. Tym razem ta część raportu NIK nieco zawodzi. W przypadku szpitalnej sieci można z niej zrezygnować w ogóle; pozostawić jej funkcjonowanie bez zmian; czy też korygować ją w oparciu o zdiagnozowane błędy mechanizmów jej działania. NIK słusznie proponuje to trzecie rozwiązanie, ale przedstawione w raporcie wnioski do resortu zdrowia, podmiotów tworzących szpitale i dyrektorów tych placówek, są moim zdaniem niewystarczające.

Konieczne są bardziej zdecydowane działania, takie jak:

- naprawienie kluczowego błędu, jakim było niedoszacowanie ryczałtu dla szpitali kwalifikowanych do sieci, poprzez zweryfikowanie go do wysokości adekwatnej do faktycznie ponoszonych kosztów usług;

- gruntowna zmiana zakresu świadczeń objętych ryczałtem i uelastycznienie warunków dysponowania nim przez dyrektorów szpitali (ostatnio wprowadzono rozwiązania w przeciwnym kierunku, co jest niezrozumiałe i wymaga natychmiastowej korekty);
- wdrożenie rozwiązań weryfikujących listę szpitali działających w sieci oraz pozwalających na płynne wchodzenie do niej nowych placówek spełniających standardy świadczeń kompleksowych i o wysokiej jakości;
- uruchomienie mechanizmów finansowych zachęcających podmioty tworzące i zarządzające szpitalami do szybszej restrukturyzacji rynkowej bazy łóżek (na przykład zachęcających finansowo do likwidowania oddziałów ginekologiczno-położniczych na rzecz oddziałów opieki długoterminowej);
- wyegzekwowanie od podstawowej opieki zdrowotnej działania, które nie będzie zachęcać pacjentów do masowego korzystania ze szpitalnych oddziałów ratunkowych i prowadzonej przez szpitale działające w sieci nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. To nie musi nic kosztować, bowiem mamy do czynienia z ewidentnym problemem natury zarządczej, który jednak skutkuje znaczącym marnotrawstwem naszych składek zdrowotnych;
- znaczące podniesienie „premi” za jakość świadczeń udzielanych przez szpitale.

To oczywiście tylko kilka przykładowych propozycji, które łączy jedno: potrzeba radykalnych zmian systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, a nie tylko łagodnych korekt.