Image not found or type unknown

HCC 2021: Finansowanie szpitali w Polsce

14 czerwca 2021 r. członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Jerzy Friediger wziął udział w panelu szóstej edycji Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC, 14-16 czerwca 2021 r.) pt. „Szpitale w Polsce cz. II – finansowanie”.

Odpowiadając na pytanie w jakiej sytuacji finansowej znajdują się szpitale po roku pandemii, dr Friediger oparł się o informacje zebrane w tej kwestii przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych. Do tej pory odpowiedziało 50 szpitali, z czego praktycznie wszystkie miały wzrost zobowiązań. Tylko dwie jednostki nie odnotowały tego wzrostu i były to szpitale jednoimienne. Co więcej, większość szpitali miała niewykonany ryczałt sieciowy i niewykonane świadczenia pozaryczałtowe. Przedstawiciel PNRL wyjaśnił, że oznacza to, że szpitale w sposób ewidentny poniosły koszty pandemii, a jeśli ktoś mógł korzystnie wyjść finansowo w jej obliczu to były to wyłącznie szpitale jednoimienne. Powodem był ryczałt płacony za wszystkie łózka, nawet jeśli nie wszystkie z nich były wykorzystywane – opłacana była ich gotowość.

„Pandemia obnażyła wyraźnie to, że zarówno koszty świadczeń covidowych, jak i koszty pozostałych świadczeń szpitalnych są niedoszacowane. Co do tego nie ma, wydaje się, najmniejszych wątpliwości.” – komentował dr Friediger, podkreślając, że nawet najlepszy zarządzający nie jest w stanie nic poradzić, jeśli finansowanie nie pokrywa rosnących z roku na rok kosztów.

Poproszony o ocenę czy ryczałtowanie sprawdziło się w okresie pandemii, członek PNRL odparł, że jest to trudne z perspektywy dyrektora szpitala, gdzie mniejsza część miejsc była przeznaczona dla pacjentów covidowych. Tym bardziej, że pozostałe oddziały, funkcjonujące w dość ścisłym reżimie covidowym i z wstrzymanym wykonywaniu części świadczeń, miały zdecydowanie mniejsze przychody niż można było oczekiwać.

Dr Fiediger podkreślił również, że za utrzymywanie w gotowości szpitala, czyli utrzymywanie w gotowości wszystkich zespołów operacyjnych, wszystkich sal operacyjnych, całego personelu, nikt nie płaci, a świadczenia są wyceniane tak samo w szpitalu, który utrzymuje gotowość 24h, jak i w szpitalu będącym szpitalem jednoprofilowym czy też funkcjonującym poza systemem „ostrodyżurowym”.

Ponadto, obawy budzi perspektywa powrotu do normalności – „Boimy się tego, że choćby oddziały, które były covidowe trzeba, że tak powiem brzydko, *zdecovidować*. Trzeba je przygotować do funkcjonowania." Członek PNRL nie wyraził także optymizmu względem odrobienia pieniędzy otrzymywanych w postaci 1/12 kontraktu, zwracając uwagę, że personel medyczny nie będzie w stanie pracować dłużej, a sale i oddziały mają ograniczoną pojemność.

W jego opinii należy zmienić podejście do sieci i finansowania szpitali. „Założeniem było, że sieć szpitali stanowi system podstawowego zabezpieczenia, czyli tam nie powinno zabraknąć pieniędzy. Tymczasem co się dzieje? To szpitale sieciowe w większości są tymi szpitalami, które sąnajbardziej obciążone. Zgadzam się ze wszystkimi moimi przedmówcami, że to wszystko zależy od umiejscowienia szpitala, od jego zadań itd., ale jakbyśmy spróbowali to przeanalizować toobawiam się, że w najgorszej sytuacji finansowej byłyby te szpitale, które pozostają w całodobowej gotowości, czyli generalnie szpitale sieciowe." – omawiał dr Friediger, oceniając, że w zupełnieinnej sytuacji są szpitale „monoprofilowe" lub szpitale, które nie przyjmują „pacjentów ostrych", ponieważ nie ponoszą kosztów gotowości.

Jego zdaniem koszty gotowości powinny zostać wycenione – „Dowód? Proszę bardzo. Cofnijmy się do początków pandemii, gdzie się okazało, że nie ma oddziałów zakaźnych, nie ma lekarzy chorób zakaźnych. Dlaczego nie ma? Dlatego, że na szczęście chorób zakaźnych nie ma tak wiele, w związku z czym oddziały zakaźne były przeważnie puste. Natomiast nikt nie wymyślił tego, że właśnie te oddziały powinny być finansowane za gotowość."

Przedstawiciel PNRL ocenił również, że założenie, że w ryczałcie nie ma nadwykonań jest błędne. Zgodził się ze stwierdzeniem, że ryczałt powinien być kwotą gwarantowaną, ale powinien on ulegać zmniejszeniu luz zwiększeniu w zależności od liczby wykonanych świadczeń.

Pełny zapis panelu:

Relacja Gazety Lekarskiej