

Stanowisko Nr 1/2017
Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego
w Województwie Zachodniopomorskim
z dnia 12 maja 2017 roku

w sprawie kondycji jednostek ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim

Zespół problemowy ds. ochrony zdrowia Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Województwie Zachodniopomorskim wyraża poważne zaniepokojenie kondycją jednostek ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim, w związku z niedostatecznym poziomem finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz planowanymi zmianami w systemie ochrony zdrowia.

Poziom finansowania świadczeń przez NFZ

Wysokość obecnie obowiązujących umów kontraktowych z NFZ pozostaje od kilku lat na tym samym poziomie i jest niedoszacowana. Biorąc pod uwagę, że koszty udzielania świadczeń (leki, media) corocznie ulegają zwiększeniu, w drastyczny sposób powodują zmniejszanie przychodu jednostek. Wpływ na powyższe mają również wartość punktu oraz niska wycena świadczeń, które są nieadekwatne do faktycznie ponoszonych kosztów przez świadczeniodawców. Brak systematycznego, tj. dostosowanego do realiów i potrzeb wzrostu kontraktów i wynikające bezpośrednio z tego faktu niewykorzystanie potencjału jednostek ochrony zdrowia, powodują przede wszystkim wydłużanie się listy oczekujących na świadczenia planowe oraz zwiększenie okresu oczekiwania.

Nadwykonania

Jednostki ochrony zdrowia są ustawowo zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych i to często bez gwarancji uzyskania pełnej zapłaty z Funduszu. Coroczne, niepełne finansowanie przez płatnika nadwykonań, które są przecież odzwierciedleniem potrzeb mieszkańców oraz powszechnie znana praktyka niekorzystnego dla szpitali sposobu rozliczania nadwykonań stanowi poważny problem. Podmioty lecznicze, wykonując swoją misję niesienia pomocy chorym, starają się zabezpieczać w sposób ciągły świadczenia opieki zdrowotnej według obowiązujących standardów, stwarzając zagrożenie dla swojego bezpieczeństwa ekonomicznego. Realizowane przez jednostki ochrony zdrowia nadwykonania (z wyjątkiem ratujących życie) w stosunku do zawartego kontraktu nie są niestety w sposób bieżący regulowane, a wypłacane są tylko częściowe kwoty, na podstawie zawartych ugód z płatnikiem. Środki, które w ten sposób otrzymują mogą podlegać dalszym, uciążliwym kontrolom i weryfikacjom, których efektem może być utrata odzyskanych środków finansowych. Powoduje to pogorszenie się sytuacji ekonomicznej podmiotów, która może skutkować nawet utratą płynności finansowej. Istniejąca w wielu placówkach sytuacja nieotrzymywania należności za nadwykonania budzi realne niebezpieczeństwo, że z uwagi na wykorzystanie już przyznanych limitów, podmioty lecznicze w perspektywie zaprzestaną czasowo realizacji niektórych zabiegów planowych. Jednostki, które posiadają niewystarczające wartości kontraktów i realizują świadczenia zdrowotne ponad limit, pokrywają nadwykonania ze środków własnych, niejako w sposób pośredni prowadzą swego rodzaju nieoprocentowane kredytowanie płatnika i przejmując jego rolę. Obarczanie odpowiedzialnością podmiotów leczniczych za realizowanie świadczeń zdrowotnych, za które płatnik może, ale nie zawsze płaci, jest nieracjonalne i

niezasadne. W konsekwencji może prowadzić do utraty płynności finansowej placówek, ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych mieszkańców lub w ostateczności może skutkować nawet likwidacją poszczególnych placówek.

Sieć szpitali

Projektowane zmiany w systemie opieki zdrowotnej, dotyczące utworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, mające w swym zamierzeniu spowodować poprawę warunków finansowania i zapewnienie stabilności finansowej jednostek wykonujących świadczenia szpitalne, wprowadzają jednak stan niepewności i zagrożenia wśród obecnie funkcjonujących i realizujących na wysokim poziomie świadczenia zdrowotne podmiotów leczniczych oraz ich organów tworzących.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakłada, że system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, (tzw. sieć szpitali) winien być główną formą dostępu pacjentów do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz, że obejmie również świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych. Regulacja nie precyzuje jednak sposobów kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresach wykraczających poza zakres standardowych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień, czy rehabilitacji, a realizowanych przez świadczeniodawców np. o profilu rehabilitacyjnym i kardiologicznym lub np. psychiatrycznym i neurologicznym. Zdaniem Zespołu, skutkiem powyższego będzie utrata stabilności funkcjonowania wielu istotnych dla systemu opieki zdrowotnej podmiotów leczniczych. Jednostki samorządu terytorialnego przeznaczyły w latach ubiegłych znaczne nakłady finansowe, również z funduszy Unii Europejskiej, na sfinansowanie inwestycji świadczeniodawców, którzy w myśl projektu znajdują się poza systemem. Powstała sytuacja wpłynie na brak możliwości wykorzystania zainwestowanych środków, a w przypadku funduszy Unii Europejskiej na konieczność zwrotu środków, powodowaną nieosiągnięciem zakładanych efektów poszczególnych projektów.

Ponadto szpitale monoprofilowe pozostają nieuwzględnione w żadnym z proponowanych poziomów systemu zabezpieczenia. Niewłączenie do systemu szpitali o unikalnym profilu działalności, często o wąskiej specjalności, oferujących kompleksowe wysokospecjalistyczne leczenie, np. w zakresie ciężkich i ekstremalnych oparzeń, chorób reumatologicznych, urazów i schorzeń narządów ruchu, chorób zakaźnych, stanowiących istotne ogniwo zabezpieczenia zdrowotnego obywateli, spowoduje skazanie tych podmiotów na niepewność, co do źródeł finansowania ich działalności.

Współfinansowanie świadczeń przez samorządy

Kolejnym problemem istotnie wpływającym na kondycję jednostek ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim jest nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, nakładająca na podmioty tworzące obowiązek współfinansowania świadczeń zdrowotnych. Przerzucenie na jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialności finansowej zarówno za wyniki finansowe podmiotów leczniczych, jak i za zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń zdrowotnych w razie niewystarczających środków przeznaczonych na ten cel przez NFZ, powoduje rozmydlenie odpowiedzialności względem pacjentów za należyta jakość i dostępność usług. Sytuacja ta doprowadzi do tego, że jednostki samorządu terytorialnego o słabszej kondycji finansowej będą likwidować placówki na swoim terenie. Perspektywa ta jest tym bardziej realna, że wobec braku jasnych kryteriów przyszłego kontraktowania świadczeń przez NFZ, można mieć uzasadnione obawy, iż będą one mniej korzystne dla samorządowych podmiotów leczniczych.

Deficyty kadrowe

W obecnych realiach systemu ochrony zdrowia jednym z najważniejszych zagrożeń dla jej właściwego funkcjonowania jest zwiększający się deficyt kadry medycznej, w tym lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, a także ratowników medycznych. Wynika to głównie ze starzenia się kadry medycznej, a zwłaszcza pielęgniarek oraz ich migracji poza granice kraju z powodu zbyt niskich zarobków, przy konieczności wykonywania pracy często w wymiarze do 400 godzin miesięcznie. Istotnym rozwiązaniem powinna być znacząca poprawa warunków zatrudnienia i wynagradzania kadry medycznej. Wynagrodzenie nieadekwatne do trudu włożonego w codzienne obowiązki może prowadzić do sytuacji, w której liczba pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych w systemie opieki zdrowotnej nie będzie wystarczająca do zaspokojenia rosnącego zapotrzebowania obywateli na świadczenia medyczne. Zmiany proponowane przez resort zdrowia w projekcie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu dla pracowników ochrony zdrowia nie wskazują źródła finansowania i nie spowodują takiego wzrostu wynagrodzeń, który poprawi deficyt zawodów.

Przedstawiane analizy poziomu zatrudnienia w jednostkach ochrony zdrowia przedstawiają rażący brak kadry medycznej głównie pielęgniarskiej, położniczej i lekarskiej (ok. 5 pielęgniarek na 1000 mieszkańców, ok. 2 lekarzy na 1000 mieszkańców). Optymizmem nie napawa również średni wiek kadry medycznej, gdzie dla pielęgniarek w Województwie Zachodniopomorskim kształtuje się na poziomie powyżej 50 lat (pielęgniarek w wieku do 30 lat jest ok 8 – 10 % z ogólnej liczby pielęgniarek zarejestrowanych). W wyniku wyliczenia stosunku liczby pielęgniarek wg etatów przeliczeniowych i liczby pielęgniarek czynnie wykonujących zawód, stwierdza się że na ok. 9700 zarejestrowanych pielęgniarek, etatów przeliczeniowych jest ok. 2000 więcej. Różnica wynika, z kontraktowania usług pielęgniarskich oraz możliwości dodatkowego zatrudniania pielęgniarek (tj. ok. 80%). W najbliższych 3 latach świadczenia emerytalne otrzyma ok. 30 % pielęgniarek. Próby wypełnienia braków pielęgniarek innymi zawodami nie rozwiązały i tak ogromnych potrzeb (ratowników szacuje się na ok. 5% ogólnej liczby pielęgniarek).

W związku z powyższym, Zespół apeluje o uregulowanie systemu wynagradzania wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Działania te winny być prowadzone w oparciu o konstruktywny dialog, między innymi strony rządowej oraz przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych, a także poparte rzetelną analizą problemu, uwzględniającą specyfikę pracy pracowników jednostek ochrony zdrowia. W powyższym aspekcie konieczne jest także sprecyzowanie źródeł finansowania proponowanego wzrostu wynagrodzeń.

Ratownictwo medyczne

Zmiany w systemie ratownictwa medycznego polegające na realizacji świadczeń tylko przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe oraz spółki kapitałowe z większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub publicznych uczelni medycznych spowodują wzrost obciążenia odpowiedzialnością publicznych jednostek. Zwiększenie liczby składu podstawowych zespołów ratownictwa medycznego oraz wymóg zatrudniania członków zespołów i dyspozytorów medycznych wyłącznie na podstawie stosunku pracy, wpłynie znacznie na wzrost kosztów jednostek i pogorszenie ich sytuacji finansowej. Dużym problemem systemu ratownictwa medycznego są też niskie wynagrodzenia ratowników medycznych oraz znaczny niedobór kadry medycznej.

Organizacja POZ i AOS

Zmiany nastąpią również w podstawowej opiece zdrowotnej, a głównym ich przejawem stanie się powstanie zespołów złożonych z lekarza, pielęgniarki, położnej, pielęgniarki szkolnej i dietetyka (przy utrzymaniu samodzielności zawodowej i finansowej). To one de facto mają leczyć pacjentów, ale również koordynować poruszanie się ich po systemie opieki zdrowotnej i zbierać informacje o historii leczenia w innych placówkach.

Celem nowej ustawy o POZ jest zapewnienie wszystkim obywatelom wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń. Istnieje jednak ryzyko, że zakładane rozwiązania nie będą możliwe do wykonania ze względu na niedobory kadry medycznej oraz brak sprawnego systemu przekazywania informacji między placówkami ochrony zdrowia.

Podstawowa opieka zdrowotna ma przejąć również koordynację ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Tym samym, niejasna jest rola w nowym systemie przychodni specjalistycznych, nie będących poradniami przyszpitalnymi.

Organizacja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej będą docelowo prowadzone tylko przez szpitale z sieci i zakwalifikowane do poziomów systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. Tylko w przypadku braku zabezpieczenia NiSOZ w tym trybie będzie możliwość ich prowadzenia przez podmioty ambulatoryjne. Dla obecnych świadczeniodawców POZ mających dodatkowe umowy na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną oznacza to zamknięcie możliwości kontynuowania tych umów.

Problemy szpitali-spółek

Szpitale prowadzone w formie spółek zostały wyłączone z podstawowego systemu zabezpieczenia, czyli sieci szpitali. To spowoduje zmniejszenie dostępności do leczenia stacjonarnego poprzez obniżenie liczby placówek szpitalnych, w których pacjenci będą mogli się leczyć. Niepewność finansowania szpitali-spółek ze środków publicznych spowoduje masowe upadłości tych podmiotów. Już dzisiaj problemy finansowe szpitali-spółek oraz braki kadrowe powodują, że szpitale te odsyłają pacjentów do publicznych jednostek, obciążając tym samym publiczny system ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Wobec wyżej przedstawionych kwestii, Zespół problemowy ds. ochrony zdrowia Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Województwie Zachodniopomorskim apeluje, aby wywołać ogólnopolską debatę nad poprawą systemu ochrony zdrowia na wszystkich szczeblach decyzyjnych i opiniotwórczych od poziomu krajowego do lokalnego.

Przewodnicząca
Zespołu ds. ochrony zdrowia
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego
W Województwie Zachodniopomorskim
Bogusława Reszko-Szydłowska

Debata dotycząca zagrożeń i niebezpieczeństw w realizacji zmian systemu ochrony zdrowia w Polsce

- Narodowa Służba Zdrowia

W odniesieniu do nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wynikających z jej zapisów potencjalnych zagrożeń dla całego systemu :

I W zakresie organizacji ratownictwa medycznego polegających na :

- mało precyzyjnym określeniu źródeł finansowania proponowanych zmian
- wskazaniu nowych zadań dla systemu bez transparentnych kryteriów (przejęcia przez ministra zdrowia zadania utrzymania Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego od ministra właściwego do spraw administracji)
- wdrożeniu tzw. małej nowelizacji ustawy o PRM dotyczącej dyspozytorni medycznych oraz dyspozytorów medycznych

II W zakresie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej polegających na :

- potencjalnym wykluczeniu niektórych grup specjalistów z obszaru jej działania
- wzroście kosztów funkcjonowania w związku z wdrożeniem tzw. budżetu powierzonego
- braku istotnych usprawnień tzw. pakietu onkologicznego

III W zakresie organizacji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej polegających na :

- ograniczeniu dostępności do AOS w związku z wdrożeniem tzw. opieki koordynowanej
- częściowej eliminacji poradni AOS

IV W zakresie organizacji sieci szpitali polegających na :

- braku analiz i pilotażu zmian w ocenie skutków regulacji (OSR)
- braku narzędzi do skoordynowanego zarządzania siecią
- mało czytelnym sposobie publicznego nadzoru nad jej funkcjonowaniem
- potencjalnym wykluczeniu elementu konkurencji jako regulatora poziomu i zakresu usług
- braku zdefiniowanych kryteriów jakościowych

V. W zakresie deficytów kadrowych polegających na:

- starzeniu się kadry medycznej, a zwłaszcza lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz migracji kadr medycznych poza granice kraju,
- niskich płacach, zwłaszcza wśród pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych, przy konieczności wykonywania pracy często w wymiarze do 400 godzin miesięcznie

Kierując się wspólną troską o powodzenie wdrażanej reformy, Zespół uznaje za zasadne i konieczne przeprowadzenie „pełno-profilowej” debaty na poziomie Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w zakresie wdrażanych zmian na obszarze Naszego województwa oraz konieczność zainicjowania przez WRDS podobnego dialogu na poziomie krajowym.

Przewodnicząca
Zespołu ds. ochrony zdrowia
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego
W Województwie Zachodniopomorskim
Bogusława Reszko-Szydłowska