

**CHCEMY, ABY PIENIĄDZE  
BYŁY POŻYTKOWANE MĄDRZE**



Fot. PIOTR FURMAN

Rozmowa z prezesem Narodowego Funduszu  
Zdrowia **Filipem Nowakiem**

Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych wywołała wiele dyskusji i wzbudziła wiele emocji. Ile pieniędzy przeznaczono do tej pory na podwyżki? – Mamy do czynienia z sytuacją bezprecedensową w naszym systemie ochrony zdrowia. Tak dużych nakładów finansowych dotychczas nie było. W sumie, w ujęciu rocznym, jest to 18 mld zł. Przyjęta przez parlament ustawa była długo wyczekiwana przez pracowników systemu ochrony zdrowia. Myślę, że jest bardzo dobrym rozwiązaniem – i dla personelu, i dla dyrektorów szpitali, a w efekcie dla pacjentów.

Ustawodawca zaproponował wyodrębnienie pewnych grup zawodowych i określenie ich minimalnych wynagrodzeń. Po konsultacjach ze wszystkimi zainteresowanymi, również z pracodawcami, uznaliśmy, że nie będziemy przekazywać konkretnych kwot na wynagrodzenia personelu medycznego, ale podnieśliśmy wycenę świadczeń. To pozwoli pracodawcom na ustalenie pensji poszczególnych pracowników w wysokości nie mniejszej niż ustawowe minimalne wynagrodzenie danej grupy. Dlaczego przyjęto taką pragmatykę realizacji ustawy? Otóż gdybyśmy zdecydowali się na przekazywanie środków finansowych osobnym strumieniem na wynagrodzenia, to tym samym Narodowy Fundusz Zdrowia byłby chyba największym pracodawcą w Polsce. Bardziej adekwatną nazwą naszej instytucji byłaby nie Narodowy Fundusz Zdrowia, lecz Narodowy Fundusz Zatrudnienia. Już pomijam to, że odebralibyśmy zarządzającym placówkami medycznymi możliwość kształtowania polityk finansowej i zatrudnienia. Przecież nie o to chodzi. Z punktu widzenia zarządzania, z całą pewnością nie byłaby to pożądana sytuacja.

Podsumowując: dzięki ustawie osiągnęliśmy trzy cele.

Po pierwsze – zagwarantowaliśmy możliwość realizacji zapisanych w ustawie minimalnych wynagrodzeń. Przypomnę, że jeżeli dyrektor placówki nie zaproponowałby pracownikom takiego wynagrodzenia, złamałby ustawę, narażając się na odpowiedzialność wynikającą z Kodeksu pracy.

Po drugie – daliśmy menedżerom większą swobodę zarządzania placówkami.

Po trzecie – zminimalizowaliśmy, a w niektórych przypadkach nawet zlikwidowaliśmy, różnice cenowe między świadczeniodawcami i między województwami. Wynikają one z tego, że od wielu lat nie było konkursów i pewne ustalenia, ponieważ zmieniło się otoczenie, nie mają już podstaw.

Skoro jest tak dobrze, dlaczego jest tak źle? Wielu dyrektorów szpitali krytykuje nowe przepisy. Twierdzą, że brakuje im pieniędzy na podwyżki. – Zdecydowana większość menedżerów była zadowolona z przyjętych rozwiązań, czemu – to prawda – z re-

**MUSIMY DĄŻYĆ DO OPTIMALNEGO WYKORZYSTANIA**

**POTENCJAŁU, KTÓRYM DYSPONUJEMY, CZYLI**

**SPOWODOWAĆ, ŻEBY NIE BYŁO PUSTYCH ŁÓŻEK**

**W SZPITALU. KONIECZNIE TEŻ TRZEBA ZMIEŃĆ**

**PIRAMIDĘ ŚWIADCZEŃ**

guły nie dawali publicznie wyrazu. Być może w obawie przed zwiększeniem oczekiwań pracowniczych. Dlatego nie mam ani pretensji, ani żalu do dyrektorów. Protestują głównie zarządzający tymi placówkami, gdzie są zachwiane proporcje – zatrudnienie nie jest adekwatne do liczby pacjentów, a tym samym liczby udzielanych świadczeń.

Innymi słowy – w przypadku tej ustawy mówimy o ogromnych pieniądzach i, poprzez zmianę wycen świadczeń, o racjonalnej jej realizacji. Siłą rzeczy musiało być to nałożone na bardzo zróżnicowaną sytuację w placówkach medycznych. Spodziewaliśmy się, że dla jednych będzie to bardzo duży zastrzyk finansowy, a innym wystarczy wyłącznie na wynagrodzenia. Jest pewna grupa dyrektorów ponoszących tak duże koszty wynagrodzeń – rzekłbym, że ten poziom jest zdecydowanie zachwiany – że podwyżka mogła być niewystarczająca. Spodziewaliśmy się więc, że w pojedynczych przypadkach może zaistnieć potrzeba interwencji Ministerstwa Zdrowia czy NFZ. Stąd wspólnie z Ministerstwem Zdrowia przygotowaliśmy dla nich kolejne propozycje pomocowe.

**Jakie?**

– Po analizach i konsultacjach z przedstawicielami placówek medycznych uznaliśmy, że jedną z nich będzie podniesienie wyceny punktu – przede wszystkim w szpitalach podstawowego zabezpieczenia, czyli najbliższej pacjenta – z 1,59 do 1,62 zł. To była pierwsza decyzja.

Kolejna dotyczyła również głównie szpitali powiatowych – czyli szpitali pierwszego i drugiego poziomu zabezpieczenia. Zaproponowaliśmy w odniesieniu do nich dwuprocentowy wskaźnik do części ryczałtowej. Myślę, że to było oczekiwane działanie, które także przyczyniło się do poprawy kondycji tych placówek.

Podjęliśmy ponadto decyzję, aby do czasu zakończenia prac Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nad wyceną świadczeń wzmocnić finansowo świadczenia w internie, na izbach przyjęć, SOR-ach oraz w nocnej i świątecznej opiece przez wprowadzenie specjalnego współczynnika. W internie dotyczyło to mniej więcej 25 grup najpopularniejszych chorób, w których przypadku pacjenci są



najczęściej hospitalizowani. Przeznaczyliśmy na ten cel 550 mln zł. I to był kolejny zastrzyk finansowy.

Na podstawie decyzji ministra zdrowia przygotowaliśmy jeszcze inny mechanizm finansowy w odniesieniu do grupy szpitali mających nadal problemy z wprowadzeniem minimalnego wynagrodzenia. Konkretnie dotyczyło to tych podmiotów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, których

wzrost wartości kontraktów netto po ostatnim zasileniu podwyżkowym nie przekroczył 16 proc. Dzięki temu rozwiązaniu placówki otrzymają dodatkowe pieniądze pozwalające na osiągnięcie tego progu wzrostu wartości umów z funduszem na drugie półrocze 2022 r. Łącznie chodzi o ok. 130 mln zł jeszcze w tym roku.

Dyrektorzy będą mogli korzystać z tego wsparcia przez dziesięć miesięcy – do końca czerwca 2023 r. Dodatkowe pieniądze po raz pierwszy pojawiły się w rozliczeniu za wrzesień. Był jednak pewien warunek. Zarządzający w ciągu trzech miesięcy od zmiany warunków finansowania powinni przygotować plan, w którym zostaną określone główne kierunki działań mające wpłynąć na zrównoważenie kosztów i przychodów. Plan ma być opracowany w porozumieniu z organami założycielskimi oraz wojewódzkimi oddziałami NFZ z uwzględnieniem analizy ekonomicznej, organizacyjnej oraz kadrowej. Warto bowiem zastanowić się, co jest przyczyną kłopotów finansowych. Może być ich wiele. Może to być problem z zarządzaniem, niewłaściwa konstrukcja produktowa, a może zmniejszyło się zapotrzebowanie na pewne usługi, bo w konkretnej miejscowości otwarto inny szpital albo w pobliskiej placówce rozpoczęto nową działalność.

W przygotowanie planu, jak wspomniałem, włączają się przedstawiciele oddziałów wojewódzkich NFZ, bo zazwyczaj jesteśmy głównym źródłem finansowania szpitali. Wspólnie zastanawiamy się, jak dostosować zakres usług i na miarę możliwości danej placówki z odniesieniem do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w danym regionie. Fundusz będzie pomagać, ale nie będzie przygotowywać planów naprawczych. Jesteśmy stroną umowy i możemy próbować kształtować jej zakres, oceniać racjonalność pomysłów. Jeśli na przykład dyrektor szpitala w Górach Sowich będzie chciał otworzyć oddział kardiochirurgiczny, to od razu, bez większego ryzyka, można powiedzieć, że jest to decyzja niezasadna.

**A jeśli dyrektor szpitala powiatowego – niech będzie w Górach Sowich – chciałby mieć porodówkę?**

– Jeśli udowodni, że ma odpowiedni potencjał i będzie odbierana w tej placówce odpowiednia liczba porodów, to nie wykluczam zakontraktowania takiego oddziału. Ale jeżeli tygodniowo ma zamiar odbierać trzy czy cztery porody, to pytanie, jaki ma to sens.



Fot. PIOTR FURMAN

Gdy płatnik uzna, że jakiś oddział lub szpital powiatowy nie powinien istnieć, to swoimi decyzjami – brakiem umów z podmiotem – doprowadzi do jego zlikwidowania?

– Nie chcemy likwidować żadnych szpitali i żadnych łóżek szpitalnych. Jestem przekonany, że lepiej szukać dla takich placówek nowych funkcji medycznych. Często lepiej zaproponować pacjentowi w jakimś zakresie prętnie działającą jednodniówkę, planowe zabiegi, niż utrzymywać na siłę personel na oddziale szpitala, który jest deficytowy.

Zapytam wprost – czy zgadza się pan ze stwierdzeniem, że w Polsce jest za dużo szpitali, oddziałów i łóżek?

– Musimy dążyć do optymalnego wykorzystania potencjału, którym dysponujemy, czyli spowodować, żeby nie było pustych łóżek w szpitalu. Konieczne też trzeba zmienić piramidę świadczeń, bo będące jej podstawą procedury szpitalne mogłyby być realizowane w innych formach organizacyjnych. Powinniśmy dążyć do tego, aby więcej chorych było leczonych w jednodniowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Jeszcze raz podkreślę, że w żadnym wypadku nie chcemy likwidować szpitali, ale na pewno będziemy szukać nowych możliwości funkcjonowania niektórych placówek. I tak na przykład uważam, że jeśli są dwa szpitale obok siebie i oba prowadzą działalność zarówno zabiegową, jak i zachowawczą, mając problemy z zapewnieniem personelu na dyżury, to może warto podzielić się zakresem usług. Takie sytuacje już się zdarzały w naszym systemie opieki zdrowotnej, przy zaangażowaniu organów właścicielskich, wojewódzkiego oddziału NFZ i samych zarządzających placówkami.

**W lipcu 2021 r. Jarosław Kozera powiedział „Menedżerowi Zdrowia”, że 70 proc. usług można by realizować poza szpitalami. Jak pan to skomentuje?** Uważni obserwatorzy działań Narodowego Funduszu Zdrowia mogli zauważyć trwałą tendencję do takiego właśnie odwrócenia piramidy udzielania świadczeń medycznych, o czym mówiłem wcześniej. System opieki zdrowotnej nie lubi rewolucji. Jak dobrze wiemy, potrafi się przed nią bronić. Dlatego są to zmiany krok po kroku, ewolucyjne, ale prowadzące do podjęcia działań organizacyjnych w kierunku bardziej racjonalnych i bezpieczniejszych dla pacjenta form leczenia.

**Co zatem się wydarzy po dziesięciu miesiącach, czyli w lipcu 2023 r.?**

– Myślę, że wnioski z dziesięciomiesięcznego by passu finansowego i planów działań naprawczych, a także decyzje funduszu, przyczynią się, po ustaniu pomocy finansowej, do odważniejszych, a pożądanych zmian w szpitalnictwie, dotyczących także profilowania szpitali pod względem potrzeb i możliwości.

**KŁOPOTY NIEKTÓRYCH SZPITALI Z REALIZACJĄ**

**USTAWY O MINIMALNYM WYNAGRODZENIU**

**PROWADZĄ DO PODJĘCIA DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH.**

**BO KOLEJNE TRANSZE NIEMAŁYCH PIENIĘDZY,**

**JAK WIDZIMY, NIE ZAŁATWIĄ WSZYSTKIEGO**

Czy pana słowa można uznać za zapowiedź zmian, czyli systemowego, większego zaangażowania się płatnika w tworzenie i stanowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce? Jeśli tak, jak pana zdaniem powinny współpracować szpitalnictwo, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna?

Podczas wprowadzania systemu ubezpieczeniowego dokonano wielu zmian organizacyjnych. Zarządzanie szpitalami powierzono samorządom terytorialnym, ze szpitali wyodrębniono do samodzielnego bytu i finansowania ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej wprowadzono instytucję lekarza rodzinnego jako *gate keeper* systemu. Praktyka wykazała, że niezbędna jest ścisła współpraca tych trzech fundamentów opieki zdrowotnej. Ostatnie lata są naznaczone powiązaniem ich działalności poprzez różnorodne sposoby organizacji i finansowania świadczeń. Na przykład nie musimy już po każdą receptę ustawiać się w kolejce do specjalisty. Wystarczy dobra współpraca lekarza specjalisty z lekarzem rodzinnym. Albo choćby wprowadzona od 1 października tego roku opieka koordynowana na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. To kolejny przykład współpracy u podstaw między POZ a AOS.

**Mówił pan o wielomiliardowej pomocy finansowej dla szpitali. A może system nie działa optymalnie właśnie dlatego, że pieniędzy jest dużo?**

– Paradoksalnie kryzysy mają to do siebie, że niejako wymuszają pożądane zmiany organizacyjne. Tak jest w tym przypadku. Kłopoty niektórych szpitali z realizacją ustawy o minimalnym wynagrodzeniu prowadzą do podjęcia działań naprawczych. Bo kolejne transze niemałych pieniędzy, jak widzimy, nie załatwią wszystkiego.

Skrupulatnie analizujemy, jaki jest efekt naszych działań i czy pomoc przynosi oczekiwane rezultaty. Sprawdzamy, czy podmioty korzystają z niej w sposób przemyślany, prowadzący do trwałej poprawy sytuacji finansowej. Chcemy, aby te fundusze i ten dziesięciomiesięczny okres były spożytkowane mądrze.

Rozmawiał Krystian Lurka