

Efektywnie wspieramy Twoją działalność medyczną.



W numerze

Artykuł numeru

Podsumowanie roku pandemii SARS CoV-2

Wiadomości branżowe

- + Czy szpitalom grozi zarząd komisaryczny?
- + Zasady wyceny procedur medycznych
- + Narodowy program szczepień przeciw koronawirusowi SARS-CoV-2

Newsletter 02/2021

Słowo Redaktora naczelnego

Szanowni Państwo,

Oddajemy do Waszych rąk drugi numer internetowej gazetki „Newsletter FORMEDIS” krótko po tzw. Majówce – w tym roku wyjątkowo krótkiej, z zamkniętymi hotelami, pensjonatami, restauracjami, kawiarniami, salami kinowymi, basenami i siłowniami. Może dobrze się stało, że pierwszy majowy weekend był krótki i nie spowodował wielkiej wędrówki rodaków spragnionych wypoczynku i rozrywki, gdyż w przeciwnym przypadku stanowiłby czystą prowokację, zwłaszcza że media pokazują każdego dnia obrazki z krajów, gdzie życie stopniowo wraca do przedkovidowej normalności, a liczby nowych zakażeń i zgonów z powodu COVID-19 spadają tam szybko. Izrael, Portugalia, Dania, Szwajcaria, Wielka Brytania, a nawet Węgry, otworzyły hotele i siłownie (dla zaszczepionych). A u nas w połowie kwietnia – w szczycie trzeciej fali pandemii – codziennie umierało od 500 do niemal 1 000 chorych, co powodowało, że wśród krajów Unii Europejskiej Polska zajmowała pierwsze miejsce pod względem zgonów spowodowanych przez COVID-19. Przykładowo, w dniu 14 kwietnia br. najwięcej zgonów na 100 tys. mieszkańców wśród chorych na COVID-19 w Europie zanotowano właśnie w Polsce.

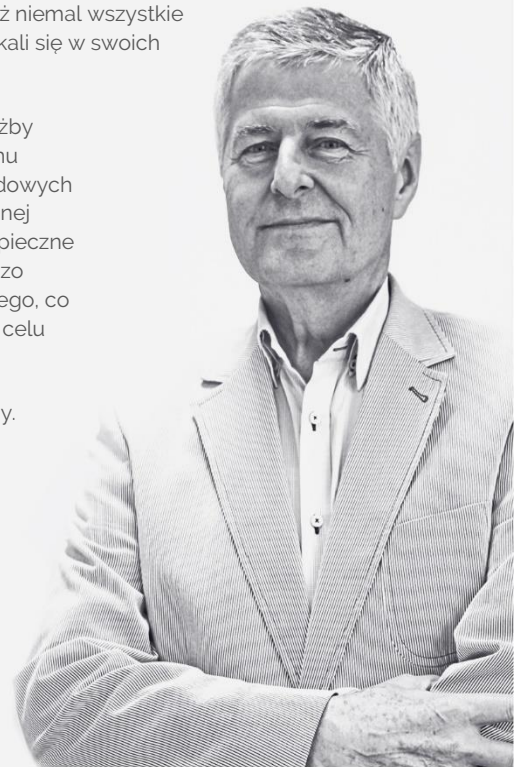
Zapewne większość okotokowidowych śmierci była nie do uniknięcia. Ale czym wytłumaczyć wiodącą pozycję Polski w niechlubnym europejskim rankingu zgonów związanych z COVID-19 oraz – co gorsze – ponadnormatywnej umieralności Polaków w okresie ostatniego roku (według najnowszych danych o ponad 100 tys. zgonów) w porównaniu do lat sprzed pandemii?

Odpowiedź jest prosta: system ochrony zdrowia w Polsce nie działa. System padł, kiedy przestał świadczyć usługi na takim poziomie, na jakim opieka powinna być dostępna. Mamy dzisiaj znaczące obniżenie – a w niektórych dziedzinach całkowity brak – standardów leczenia, czas oczekiwania na świadczenia medyczne wydłużył się dramatycznie a ich wycena jest zanizona w stosunku do kosztów rzeczywistych, co pogarsza i tak kiepską sytuację ekonomiczną szpitali. Bezkowidowi pacjenci chorujący na choroby przewlekłe lub tzw. choroby cywilizacyjne utracili z dnia na dzień dostęp do diagnostyki i leczenia, ponieważ niemal wszystkie zasoby ludzkie i materialne zostały rzucone do walki z COVID-19. Lekarze POZ pozamykali się w swoich gabinetach i próbują leczyć swoich pacjentów zdalnie przez telefon.

Po ponad roku pandemii nie doczekaliśmy się jakiegokolwiek spójnej strategii, czy chociażby doraźnej taktyki rządu w walce z koronawirusem, nie doczekaliśmy się prostego systemu komputerowego, w którym moglibyśmy monitorować wolne łóżka dla pacjentów kowidowych oraz cierpiących na inne choroby lub dostęp do wolnych respiratorów. Nie widzimy żadnej strategii władz na czasy po pandemii. Mamy za to jakieś mgliste, a jednocześnie niebezpieczne pomysły na nacjonalizację i przejęcie podmiotów leczniczych przez państwo – nie bardzo wiadomo po co i dlaczego. Zamiast faktycznych działań mających na celu uratowanie tego, co jeszcze pozostało do dyspozycji, obserwujemy polityczne działania pozorne mające na celu przejęcie majątku organów tworzących podmioty lecznicze.

O tych sprawach piszemy w tym wydaniu „Newsletter’a”, do lektury którego zapraszamy.

Krzysztof Czerkas



O wydawcy

FORMEDIS Sp. z o. o. Sp. k.

Poznański Park Technologiczny –
Przemysłowy
ul. 28 czerwca 1956 roku nr 406
61-441, Poznań

tel. +48 61 673 53 59,
mobile: +48 609 329 997

Redaktor naczelny

Krzysztof Czerkas
biuro@formedis.pl

Partnerzy wydania

FORMEDIS Design sp. z o.o.

Opracowanie graficzne

RTY Agency

O FORMEDIS

Kierując się wizją efektywniejszej ochrony zdrowia w Polsce, powstał zespół ekspertów FORMEDIS, którego celem jest udoskonalanie systemu ochrony zdrowia i podniesienie jakości świadczonych usług medycznych.

Opierając się na wiedzy i ponad 25-letnim doświadczeniu na rynku usług medycznych zajmujemy się kompleksową obsługą podmiotów medycznych



Podsumowanie roku pandemii SARS CoV-2

04 marca br. minął rok od oficjalnego potwierdzenia pierwszego w Polsce przypadku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Od tamtego dnia minęło niemal 14 miesięcy. W okresie tym z powodu COVID-19 – według oficjalnych danych – zachorowało u nas ponad 2,8 miliona osób, przy czym biorąc pod uwagę, że bezobjawowi chorzy w ogóle nie zgłaszają się do lekarza oraz mając na względzie fakt, że w Polsce wykonuje się w porównaniu z innymi krajami bardzo mało testów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, dane te należy uznać za zaniżone. W tym samym czasie zmarło ok. 68 tys. chorych, przy czym połowa łącznej liczby zgonów miała miejsce w pierwszych trzech miesiącach 2021 roku.

Po 14 miesiącach walki z koronawirusem sytuacja Polski jest bardzo niekorzystna. Pod względem łącznej bezwzględnej liczby zdiagnozowanych przypadków COVID-19 zajmujemy 11. pozycję na świecie (dane WHO), zaś pod względem liczby dziennych potwierdzonych nowych zakażeń Polska plasuje się od tygodni w pierwszej dziesiątce państw świata. W połowie kwietnia w szpitalach przebywało ponad 35 tys. chorych na COVID-19 (co stanowi niemal 0,1 proc. ogółu mieszkańców), wśród których ponad 3,3 tys. (niemal 10 proc.) było w stanie ciężkim i wymagało podłączenia do respiratora. Nasz kraj (38 mln mieszkańców) znalazł się w ściślej czwórce pod względem liczby dziennych zgonów związanych z COVID-19, oscylującej między 1. a 3. miejscem wśród 219 krajów raportujących codziennie swoje dane dotyczące pandemii i konkurując w tej kategorii z dużo większymi krajami, takimi jak Indie (1,4 mld mieszkańców) i Meksyk (130 mln mieszkańców). Przykładowo, 8 kwietnia br. potwierdzono 954 zgony z powodu COVID-19, 14 kwietnia – 589 zgonów, 21 kwietnia – 740 zgonów. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 15. tygodniu 2021 r. (12-18 kwietnia br.) odnotowano w Polsce 3 611 zgonów (9,5 na 100 000 mieszkańców) z powodu COVID-19, co uplasowało Polskę na 1. miejscu wśród wszystkich krajów Unii Europejskiej i w czołówce państw świata.

Tych zgonów mogłoby nie być, gdyby zamiast karmić społeczeństwo propagandowymi frazesami, ministrowie odpowiedzialni za walkę z pandemią wzięli się faktycznie do roboty. System ochrony zdrowia, za który także oni odpowiadają, rozpada się na naszych oczach na kawałki. Jesteśmy świadkami największej katastrofy od zakończenia wojny. W kraju, który chwali się ogromnym budżetem, codziennie na COVID umierają setki Polek i Polaków. A ile osób umiera na inne choroby?

Od wielu miesięcy setki tysięcy zdiagnozowanych ciężko chorych nie ma gdzie się leczyć. Jedyne pomysły, jaki ma dla nich władza, to ograniczenie wizyt i zabiegów,

zamykanie oddziałów szpitalnych, kierowanie opiekujących się nimi specjalistów do zespołów zajmujących się wyłącznie COVID-em, diagnozowanie i leczenie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na odległość przez telefon. W porównaniu z 2019 r., w 2020 roku udzielono polskim pacjentom 12 milionów porad mniej! Ciężko chorych ludzi, których można byłoby wyleczyć, pozostawiono samym sobie z ich problemami. Podobny los czeka tych, którzy mimo widocznych kłopotów ze zdrowiem nie mają szansy na badania i postawienie diagnozy.

Polska stała się umiarkowaną. W ubiegłym roku, w którym do Polski dotarła epidemia koronawirusa, w naszym kraju zmarło ponad 485 tys. osób, tj. o 81 tys. więcej niż wyniosła średnia liczba zgonów w latach 2016-2019, jak wynika z danych zebranych w Rejestrze Stanu Cywilnego.

Według oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia łączna liczba zgonów w 2020 roku wyniosła 485 259. W porównaniu z 2019 rokiem, w którym łączna liczba zgonów wynosiła 418 147, nadwyżka zgonów względem 2019 roku wyniosła 67 112, przy czym 43 proc. tej liczby stanowiły zgony z powodu COVID-19. Pozostałe 57 proc. ponadnormatywnych zgonów nie miało związku z pandemią.

Kolejnym obszarem, z którym polskie władze nie umieją sobie poradzić jest testowanie potencjalnych nosicieli wirusa SARS-CoV-2. Przez pierwszych 10 tygodni 2021 roku Polska wykonywała najmniej testów na COVID-19 ze wszystkich 27 krajów Unii Europejskiej, co wynika z analizy opartej o dane Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Jednocześnie w tym okresie odsetek pozytywnych testów na SARS-CoV-2 wyniósł u nas 32 proc., co oznaczało, że co trzeci test dał wynik pozytywny – wielkość niespotykana w Europie, bliska Brazylii czy Meksyku.

Niewiele lepiej wypadamy w rankingach dotyczących liczby wykonywanych szczepień przeciwko COVID-19. Po hucznym propagandowym starcie akcji szczepień u schyłku 2020 roku, w dniu 21 kwietnia 2021 r. Polska znajdowała się na 22. miejscu (piątym od końca) wśród 27 krajów Unii Europejskiej pod względem liczby podanych dawek. W ciągu 15 tygodni szczepień tylko dwa tygodnie były takie, gdy tempo szczepień w Polsce było równe tempu dostaw, co pokazało nieefektywność systemu opartego na wielu małych punktach szczepień zaopatrywanych centralnie w szczepionki według ściśle określonego schematu. Według wyliczeń prof. Jacka Jaworskiego (WSB Gdańsk), do końca marca 2021 r. podano 6 mln szczepionek i wydaje się, że z jakichś niezrozumiałych powodów rząd polski magazynował na zapas nadmierne ilości dostarczanych do kraju

szczepionek i reglamentował je do punktów szczepień. Według zapewnień min. Dworczyka, w drugim kwartale w Polsce ma być wykonanych 14 mln szczepień. Tymczasem planowane dostawy w tym okresie mają wynosić 28 mln szczepionek. Oznacza to, że rząd zamierza wykorzystać tylko połowę z nich. Możliwe więc, że pod koniec czerwca będziemy mieli w magazynach 15 mln niewykorzystanych szczepionek.

Zapasy szczepionek rosną, ponieważ system logistyczny ich dystrybucji jest niesprawny. Na przykład, w Irlandii założono, że szczepionki, od kiedy wylądują na lotnisku w Dublinie, mają 24 godziny na to, żeby się znaleźć w punkcie szczepień. W ciągu następnych 24 godzin powinny być już podane pacjentom. A zatem wszystko trwa dwie doby. U nas to samo zabiera 2 tygodnie!

Kraje europejskie szczepią swoich obywateli non-stop 7 dni w tygodniu. Biorąc za przykład Francję, Niemcy i Włochy, a więc kraje, które otrzymują szczepionki według tych samych co Polska wspólnych zasad ustalonych przez UE, powinniśmy szczepić po 190 tys. osób dziennie. We Włoszech szczepi się ponad 500 tys. osób dziennie. Brytyjczycy potrafili zaszczepić ok. 700 tys. ludzi tylko w jedną niedzielę. U nas w niedzielę niemal nie ma szczepień – w Polsce w niedzielę 04 kwietnia br. wykonano tylko 3 100 zastrzyków.

Niepożądanym efektem ubocznym tego chaosu organizacyjno-decyzyjnego jest coraz większa liczba lekarzy chcących wyjechać z kraju. Około 200 wniosków o wydanie zaświadczenia potrzebnego do pracy za granicą zostało wydanych w I. kwartale 2021 r. przez Okręgowe Izby Lekarskie. To m.in. efekt pogarszających się warunków pracy, które uniemożliwiają skuteczną pomoc pacjentom, fizycznego i psychicznego wyczerpania kadry medycznej pracującej ponad miarę, a także nierówności płacowych. To rekordowa liczba wniosków, nienotowana od wielu lat. Zaświadczenia pozwalają osobom, które ukończyły studia lekarskie w Polsce, starać się o pracę na terenie Unii Europejskiej. Od wstąpienia Polski do UE ponad 15 lat temu z kraju wyjechało już ok. 20 tys. lekarzy. Jeżeli wszyscy pozostali chętni wyjadą, Polaków nie będzie miał kto leczyć.

Pandemia COVID-19 w Polsce nabrała cech choroby chronicznej. Przechodzimy właśnie przez trzecią jej falę, której skutków nie potrafimy przewidzieć, a jako państwo nie potrafimy sobie z nią poradzić. Rząd sprawia wrażenie, że od ponad roku działa po omacku, bez strategii i z wielką niepewnością, bez wiarygodnych informacji i bez jakichkolwiek prognoz na przyszłość.

Bardzo późno, bo dopiero po 10 miesiącach (!) od pojawienia się pandemii w Polsce powstała Rada Medyczna składająca się z ośmiu specjalistów chorób zakaźnych i jednego wirusologa, której zadaniem jest doradzanie rządowi w kwestiach walki z pandemią. Zabrakło w składzie tej Rady m.in. internistów, pulmonologów, immunologów, kardiologów czy specjalistów od chorób zakrzepowych, tj. lekarzy, którzy od roku na co dzień mają do czynienia z ciężkimi skutkami zdrowotnymi powikłań związanych z infekcją COVID-19. Najgorsze jednak jest to, że rządowi decydenci nie słuchają zaleceń ekspertów i kierują się często wyłącznie przesłankami politycznymi, propagandowymi lub wizerunkowymi – a nie merytorycznymi – podczas podejmowania decyzji kluczowych dla zdrowia i bytu obywateli kraju.

Dzieją się w naszym kraju rzeczy niedobre, o których nie mówimy. Brakuje wszystkiego: strategii, finansowania, planowania, ludzi do pracy, a przede wszystkim ponadpartyjnego porozumienia w sprawie modelu funkcjonowania służby zdrowia. Według aktualizowanego co miesiąc rankingu Bloomberg'a, największej na świecie agencji prasowej specjalizującej się w dostarczaniu informacji na temat rynków finansowych, Polska jest w gronie państw, które najgorzej na świecie radzą sobie z pandemią COVID-19. W zestawieniu 53 krajów zajęliśmy 50. miejsce. Według Bloomberg'a gorzej niż Polska z pandemią radzą sobie tylko Brazylia, Czechy i Meksyk.

Krzysztof Czerkas
Partner FORMEDIS



Czy szpitalom grozi zarząd komisaryczny?

Od początku br. zespół rządowy do spraw restrukturyzacji podmiotów leczniczych, powołany na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie utworzenia zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, intensywnie pracuje nad strategią restrukturyzacji polskiego szpitalnictwa połączonej z centralizacją sektora i przekształceniami właścicielskimi.

Zgodnie z § 3 Zarządzenia zadaniem Zespołu jest opracowanie i przedstawienie do akceptacji ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założeń rozwiązań dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, a następnie opracowanie i przedstawienie do akceptacji Ministrowi Zdrowia projektu ustawy na podstawie zaakceptowanych założeń, obejmującej swym zakresem między innymi przekształcenia właścicielskie.

Zgodnie z § 6. Zarządzenia, o którym była mowa na wstępie, Przewodniczący Zespołu miał przedstawić ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do akceptacji: założenia rozwiązań dotyczących restrukturyzacji szpitali nie później niż do dnia 28 lutego 2021 r., projekt ustawy, o którym mowa w § 3, nie później niż do dnia 31 maja 2021 r. Następnie termin przedstawienia założeń został przesunięty na koniec marca 2021 r. i... do dnia dzisiejszego przedmiotowe założenia nie zostały opublikowane.

Jakie są tego powody?

Prawdopodobnie dwa – pierwszy to chwilowy brak większości koalicji rządzącej w Sejmie, drugi to problemy natury prawnej – własnościowe (samorządy są właścicielami infrastruktury budowlanej większości szpitali) oraz związane z ciągłością projektów unijnych, z których samorządy/szpitalne skorzystały w ostatnich latach, realizując inwestycje w szpitalach – utrudniające lub wręcz uniemożliwiające przejście własności szpitali samorządowych przez rząd.

W takim razie jakie są możliwe inne scenariusze, jeżeli centralizacja obszaru szpitalnictwa poprzez przejście szpitali samorządowych nie będzie możliwa?

Jednym z wariantów zmian, który jest rozważany, jest przekształcenie wszystkich szpitali w spółki medyczne z udziałem Skarbu Państwa. Mówi się o spółkach, w

których szpitale byłyby w części własnością Skarbu Państwa (w 51 proc.), w części samorządu (49 proc.).

Ministerstwo prowadzi analizy dotyczące m.in. możliwości tworzenia dedykowanego, wyodrębnionego rodzaju spółki medycznej dla tego rodzaju przedsięwzięć, zamiast opierania się na funkcjonujących dziś w polskim prawie typach spółek...

Zakłada się, że infrastruktura zostałaby po stronie samorządów - co oznacza, że samorządy by odpowiadały za jej stan techniczny, nie mając wpływu na zarządzanie szpitalem, bo to byłoby po stronie rządu.

Dlaczego rząd jest tak zdeterminowany w dążeniach do przejęcia funkcji zarządczych w szpitalach?

Oficjalnie: „Wielowładztwo, konkurowanie o zasoby kadrowe, finansowe oraz o pacjentów, brak koordynacji opieki nad chorymi - to główne powody, dla których zastanawiamy nad zmianami w funkcjonowaniu szpitali w Polsce, ich rosnące zadłużenie” – jak powiedział 10 marca b.r. wiceminister resortu zdrowia Sławomir Gadomski podczas wspólnego posiedzenia senackich komisji zdrowia i samorządu terytorialnego dnia 10 marca 2021 r.

Nieoficjalnie: jednym z głównych determinantów jest wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K 4/17), w którym TK wskazał, że jednostek samorządu terytorialnego nie można obciążać odpowiedzialnością za stratę netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Trybunał w wyroku tym podkreślił, że „zobowiązanie jednostki samorządu terytorialnego, będącej organem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto, która jest ekonomicznym skutkiem stosowania przepisów powszechnie obowiązujących wywołujących obligatoryjne skutki finansowe w zakresie kosztu świadczeń opieki zdrowotnej – bez zapewnienia adekwatnego finansowania – jest niezgodne z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji”. Innymi słowy za złą kondycję finansową szpitali i ochrony zdrowia odpowiada władza centralna – rząd, który nie potrafi zbudować adekwatnego systemu finansowania ochrony zdrowia a dotychczasowe obciążanie samorządów do pokrycia kwoty stanowiącej sumę straty netto i kosztów amortyzacji pod rygorem podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej było niezgodne z Konstytucją.

W konsekwencji powyższe oznacza, że w aktualnym stanie prawnym rząd – z budżetu państwa - musiałby pokrywać ewentualne straty wygenerowane przez szpitale, nie mając wpływu na ich zarządzanie.

Powyższą tezę potwierdza fakt, że Zespół pracuje też nad trzecim wariantem, opartym na ocenie szpitali.

Upraszczając byłby ich podział na trzy kategorie - m.in. według wskaźników finansowych - najlepsze, średnie i najgorsze. Szpitale najlepsze byłyby nagradzane, np. nielimitowanymi świadczeniami, średnie zostałyby objęte centralnie nadzorowaną restrukturyzacją przez agencję rządową (mówi się o Agencji Rozwoju Szpitali), najgorsze byłyby czasowo przejęte przez Agencję Rozwoju Szpitali na okres np. od czterech do siedmiu lat. Byłby to rodzaj zarządu komisarycznego.

I na ten wariant należy zwrócić szczególną uwagę, ponieważ w tym trybie może być przejęte zarządzanie nad wieloma szpitalami.

Jak tego uniknąć?

Skrupulatnie wypełniać wszelkie obowiązki nałożone na podmioty lecznicze, i to nie tylko te związane z udzielaniem świadczeń leczniczych, ale również te organizacyjne, takie np. jak: wdrożenie w terminie elektronicznej dokumentacji medycznej, wdrożenie zaleceń dotyczących nowego standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, itd.

Przed wszystkim jednak zarówno dyrekcja jak i podmiot tworzący szpitala, który generuje straty, powinny się wykazać pełną kontrolę nad jego sytuacją finansową, tzn. posiadać profesjonalny program naprawczy, identyfikujący zarówno obszary, jak i przyczyny nieefektywności występujące w szpitalu oraz szczegółowy harmonogram wdrażania działań naprawczych. Takie działania powinny być zainicjowane niezwłocznie, aby z końcem 2021 r. (prawdopodobny termin oceny szpitali) były widoczne pierwsze ich efekty i żeby nikt nie mógł użyć argumentu braku nadzoru nad szpitalem.

Piotr Magdziarz
Partner Zarządzający FORMEDIS

Zasady wyceny procedur medycznych

Jednym z najważniejszych, a równocześnie najbardziej pracochońnym, elementem wdrożenia nowego standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych jest prawidłowa wycena procedur medycznych. Stanowi ona podstawową informację kosztową dotyczącą rentowności, nie tylko pojedynczych świadczeń realizowanych przez proceduralne ośrodki powstawania kosztów (OPK proceduralne), ale również rentowności zadaniowych ośrodków powstawania kosztów (OPK zadaniowe), na rzecz których OPK proceduralne realizują procedury medyczne.

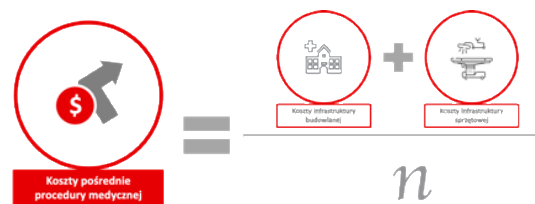
Na koszty wytworzenia procedury medycznej składa się suma kosztów bezpośrednich procedury medycznej i kosztów pośrednich procedury medycznej.



Koszt bezpośredni procedury medycznej stanowi łączny koszt zasobów materiałowych i osobowych, zużywanych podczas wykonywania procedury medycznej (grafika nr 2), zgodnie z przyjętym przez podmiot leczniczy sposobem wyceny procedur medycznych, o czym będzie szczegółowa mowa w dalszej części artykułu.



Koszt pośredni procedury medycznej stanowią pozostałe koszty OPK proceduralnego, niebędące kosztem bezpośrednim procedury medycznej, w tym przede wszystkim koszty infrastruktury budowlanej i sprzętowej OPK proceduralnego, przypadające na jedną procedurę medyczną (grafika nr 3).



gdzie n = liczba procedur zrealizowanych w ramach OPK proceduralnego

Przed przystąpieniem do wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych podmiot leczniczy jest zobowiązany do prawidłowego wyodrębnienia funkcjonujących w jego strukturze organizacyjnej OPK proceduralnych

Następnie – zgodnie z zapisami ust. 5 § 7 Rozporządzenia – podmiot leczniczy dla każdego wyodrębnionego OPK proceduralnego sporządza wykaz procedur w nim wykonywanych, przy wykorzystaniu aktualnego Słownika Procedur Medycznych (ICD-9 PL). W przypadku, jeśli w ramach jakiegokolwiek OPK proceduralnego, wykonywane są procedury, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9 PL, ustawodawca dopuszcza użycie przez kodu własnego. Kod własny może być również użyty, jeżeli zdaniem podmiotu leczniczego doprecyzowuje informację o wykonywanej procedurze. W przypadku wykazania kodów własnych podmiot leczniczy – w ramach udostępniania danych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – przekazuje słownik kodów własnych z przyporządkowaniem kodu ze słownika ICD-9 PL.

Po sporządzeniu wykazu wykonywanych procedur medycznych, dla każdej procedury umieszczonej w wykazie OPK proceduralnego podmiot leczniczy sporządza ilościowe zestawienie zasobów materiałowych zużywanych podczas jej wykonywania oraz zestawienie personelu medycznego zaangażowanego w wykonanie procedury medycznej wraz z kosztami osobowymi tego personelu, zgodnie z przyjętym przez podmiot leczniczy sposobem wyceny procedur medycznych, o czym będzie mowa w dalszej części niniejszego artykułu.

W kolejnym kroku dla wszystkich procedur medycznych realizowanych w poszczególnych OPK proceduralnych podmiot leczniczy sporządza i prowadzi ilościową ewidencję ich wykonania. Po wykonaniu powyższych prac, podmiot leczniczy może przystąpić do wyceny procedur medycznych, a ściślej - według nomenklatury przyjętej w Rozporządzeniu - do „wyceny kosztów wytworzenia procedury medycznej”.

Rozporządzenie - w Załączniku nr 9 - przedstawia trzy metody wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych - (1) według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów, (2) na podstawie kosztów typowo zużywanych zasobów materiałowych i osobowych przy sposobie naliczania kosztów pośrednich proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych, (2) na podstawie kosztów typowo zużywanych zasobów materiałowych i osobowych przy sposobie naliczania kosztów pośrednich na podstawie jednostki kalkulacyjnej - dając podmiotom leczniczym, w oparciu o posiadane zasoby informatyczne, możliwość wyboru jednej z trzech powyższych metod.

W metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów wartość zasobów zużywanych bezpośrednio do wykonania procedury medycznej ustala się na bazie zewidencjonowanego zużycia, czyli wartość kosztów materiałowych zużytych do realizacji procedury ustala się w oparciu o rzeczywiste ich zużycie i bieżące ceny materiałów, a wartość kosztów osobowych ustala się w oparciu o rzeczywisty czas pracy personelu medycznego należącego do poszczególnych grup zawodowych personelu, wykonujących daną procedurę medyczną i stawek ich wynagrodzeń obliczonych zgodnie z poniższymi zasadami.

Koszty osobowe poszczególnych grup zawodowych personelu medycznego wykonującego daną procedurę (lekarze, pielęgniarki, technicy oraz pozostały personel medyczny) są kalkulowane odrębnie dla każdego OPK proceduralnego i obejmują koszty wynagrodzeń niezależnie od form zatrudnienia. W przypadku umów o pracę, są to koszty wynagrodzeń (z wyłączeniem kosztów nagród jubileuszowych oraz odpraw emerytalnych lub rentowych) wraz pochodnymi - składki ZUS emerytalne, rentowe, wypadkowe, Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Emerytur Pomostowych, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Pracowniczy Plan Kapitałowy. W przypadku pozostałych form zatrudnienia, są to ponoszone przez świadczeniodawcę koszty podwykonawstwa medycznego lub umów cywilnoprawnych (kontraktów lub umów: zlecenie, o dzieło, innych). Koszty wynagrodzeń przypadające na jedną godzinę pracy oblicza się na podstawie całościowego zatrudnienia pracownika w podmiocie w przyjętym okresie, np. jednego roku. Liczba etatów przeliczeniowych personelu zatrudnionego w poszczególnych OPK proceduralnych, dokonywana jest przy założeniu, że jeden etat obejmuje przeciętnie 160 godzin pracy miesięcznie.

Wartość kosztów pośrednich procedur medycznych zrealizowanych w OPK proceduralnym oblicza się w tej metodzie jako różnicę między całkowitym kosztem tego OPK proceduralnego a całkowitymi kosztami bezpośrednimi procedur medycznych wykonanych w tym OPK.

Koszty pośrednie przypisuje się do procedury medycznej na podstawie rzeczywistego czasu wykonywania tej procedury medycznej i stawki kosztów pośrednich przypadających na jednostkę czasu. Stawkę kosztów pośrednich procedury medycznej przypadających na jednostkę czasu w OPK proceduralnym ustala się w okresie rozliczeniowym, dzieląc koszty pośrednie OPK proceduralnego przez całkowity, rzeczywisty czas realizacji wszystkich procedur medycznych w tym OPK.

W metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów jednostkowe koszty normatywne procedury medycznej są ustalane na podstawie jej typowego wykonania, w oparciu o typowo stosowane materiały, przeciętne ilościowe ich zużycie i bieżące ceny materiałów, oraz koszty osobowe ustalone na podstawie przeciętnego nakładu czasu pracy osób wykonujących procedurę medyczną i stawek ich wynagrodzeń obliczonych zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej. Tak jak już wcześniej wspomniano w metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów koszty pośrednie procedur medycznych mogą być kalkulowane na dwa sposoby:

- 1) proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych,
- 2) w oparciu o jednostkę kalkulacyjną.

W metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych - wartość kosztów pośrednich procedur

medycznych oblicza się jako różnicę między całkowitym kosztem OPK proceduralnego a całkowitymi kosztami normatywnymi procedur medycznych (suma iloczynów: liczby wykonanych procedur medycznych i ich jednostkowych kosztów normatywnych) wykonanych w tym OPK.

Koszty pośrednie przypisuje się do procedury medycznej na podstawie typowego czasu wykonywania tej procedury medycznej i stawki kosztów pośrednich przypadających na jednostkę czasu.

Stawkę kosztów pośrednich procedury medycznej przypadających na jednostkę czasu w OPK proceduralnym ustala się cyklicznie, dzieląc koszty pośrednie OPK proceduralnego przez całkowity, typowy czas realizacji wszystkich procedur medycznych, w tym OPK.

W metodzie opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów – w oparciu o jednostkę kalkulacyjną koszt

pośredni procedury medycznej wycenionej według tej metody stanowi różnicę między kosztem wytworzenia a kosztem normatywnym danej procedury medycznej.

Do wyliczenia kosztów wytworzenia procedury medycznej stosuje się narzut jednostki kalkulacyjnej na jednostkowy koszt normatywny danej procedury medycznej, który jest iloczynem kosztu wytworzenia jednostki kalkulacyjnej i jednostkowego kosztu normatywnego procedury medycznej. Koszt wytworzenia jednostki kalkulacyjnej dla OPK proceduralnego wylicza się przez podzielenie całkowitych kosztów OPK poniesionych w okresie sprawozdawczym przez sumę kosztów normatywnych poniesionych w tym OPK w tym okresie.

Należy pamiętać, że zastosowanie metody opartej na kosztach typowo zużywanych zasobów wymaga co najmniej corocznej aktualizacji wyceny procedur medycznych lub każdorazowo, gdy zmieniła się technologia wykonywania danej procedury medycznej

Piotr Magdziarz
Partner Zarządzający FORMEDIS

Narodowy program szczepień przeciw koronawirusowi SARS-CoV-2

Pod koniec grudnia 2020 roku ruszył w Polsce program szczepień przeciw koronawirusowi SARS-CoV-2, co dawało nadzieję na powrót do normalności. Aby wygaszenie epidemii stało się realne, według różnych źródeł próg odporności zbiorowej powinien osiągnąć wartość 50 - 70 proc. Oznacza to, że w przypadku Polski odporność na koronawirusa powinno mieć od 19,2 mln do 26,8 mln osób. Jak wygląda to aktualnie?

Pod koniec grudnia 2020 roku ruszył w Polsce program szczepień przeciw koronawirusowi SARS-CoV-2, co dawało nadzieję na powrót do normalności. Aby wygaszenie epidemii stało się realne, według różnych źródeł próg odporności zbiorowej powinien osiągnąć wartość 50 - 70 proc. Oznacza to, że w przypadku Polski odporność na koronawirusa powinno mieć od 19,2 mln do 26,8 mln osób. Jak wygląda to aktualnie?

Początkowo Polska zdecydowała się zakupić ponad 62 mln dawek, co pozwoliłoby na zaszczepienie ponad 30 mln obywateli, czyli ok. 80 proc. populacji. Niedawno podjęto decyzję o zakontraktowaniu 85 mln dawek szczepionek przeciw COVID-19, w tym blisko 50 mln szczepionek Pfizera i Moderny, co powinno zabezpieczyć z zapasem szczepienia dla całej populacji.

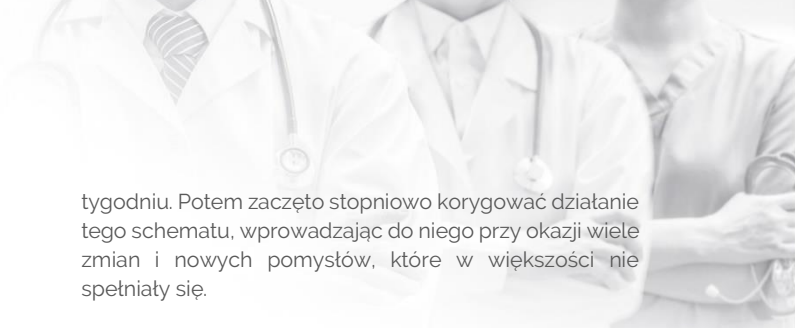
Według oficjalnych danych, do dziś zaszczepiono co najmniej jedną dawką ok. 23 proc. populacji. Rządowy serwis SzczepimySię podał, że do poniedziałku, 03 maja

br., w Polsce wykonano łącznie 11 944 959 szczepień przeciw COVID-19. Zaszczepiono ponad 8 mln 973 tys. osób, z których w pełni zaszczepionych (zaszczepieni preparatem Johnson & Johnson oraz drugą dawką innych preparatów) jest ponad 2 mln 971 tys. osób (7,7 proc. populacji). Ogółem do Polski dostarczono 12 901 190 dawek szczepionki, z czego w magazynie rezerw zabezpieczono 20 850 dawek, a w trakcie realizacji dostaw jest 251 920 dawek.

Od początku akcji szczepień do punktów szczepień dostarczono 12 628 420 dawek, a zutilizowano (zniszczono lub nie wykorzystano) 11 313 dawek (0,1 proc.). Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych wyniosła do tej pory 6 996 (0,06 proc.).

Tyle oficjalnych danych i ich statystyki. A jak to wyglądało w praktyce?

W dniu 22 grudnia 2020 r., minister M. Dworczyk zapewniał, że będziemy w stanie szczepić przeciw koronawirusowi 3,5 mln mieszkańców Polski miesięcznie. Zakładając, że szczepionki stosowane w Polsce będą dwu-dawkowe, oznaczało to, że wszyscy dorośli mieszkańcy Polski zostaliby zaszczepieni w ciągu 17 miesięcy. Aby tak się stało, trzeba by było wykonywać około 175 tys. szczepień dziennie, biorąc pod uwagę tylko dni robocze. Niestety, w okresie minionych czterech miesięcy akcji szczepień przeciwko COVID-19 taki



poziom dziennych szczepień osiągnęliśmy po raz pierwszy dopiero w dniu 25 marca 2021 r. Kolejne przekroczenia liczby dziennych szczepień na poziomie ok. 175 tys. miało miejsce dosłownie 18 razy, a konkretnie w dniach: 26.03., 01. - 02.04., 08. - 10.04., 14. - 17.04., 21. - 25.04., 28.04. - 01.05.br. Największą dzienną liczbę szczepień odnotowano dotychczas w dniu 30.04.2021 r., kiedy łącznie podano 389 431 dawek.

Na świecie jak dotąd podano ponad 1,15 mld dawek, najwięcej w Chinach i w Stanach Zjednoczonych. Liderem w liczbie dawek per capita jest Gibraltar, choć jeszcze niedawno w zestawieniu prowadził Izrael.

Liderem szczepień spośród krajów europejskich w przeliczeniu liczby podanych dawek na 100 mieszkańców jest Wielka Brytania (72,60). W krajach Unii Europejskiej najwięcej szczepień wykonuje Malta (76,94), a najmniej Bułgaria (11,82). W dniu 01 maja br. Polska znajdowała się na 16. pozycji wśród 27 krajów UE z wynikiem 31,38 dawek na 100 mieszkańców.

Ten mały imponujący – wręcz przeciętny – rezultat, plasujący Polskę w drugiej części rankingu, spowodowany jest głównie brakiem konsekwencji strategii szczepionkowej rządu. Należy pamiętać, że wszystkie kraje Unii Europejskiej biorą udział w realizacji wspólnej unijnej strategii dotyczącej zakupów i dystrybucji szczepionek przeciwko COVID-19. Jednocześnie poszczególne kraje członkowskie mają prawo do realizacji własnej, krajowej strategii w tym zakresie. A w tej materii konsekwencji w postępowaniu rządu polskiego nie widać.

Pierwsza fala szczepień, zapoczątkowana tuż po Bożym Narodzeniu 2020 r., nie przypominała ściśle zaplanowanej operacji. Nic nie było na swoim miejscu i nic nie szło, jak powinno. Populację podzielono na cztery grupy zawodowo-społeczne, które według pewnego schematu miały być szczepione jedna po drugiej. Schemat ten okazał się szybko niesprawny i nieskuteczny i zaczął podlegać różnym metamorfozom. Zastosowano ściśle reglamentowaną, centralną dystrybucję szczepionek do wytypowanych punktów szczepień, co powodowało, że niewielkie ilości dawek były podawane w nich chętnym przez 2 - 3 dni w

tygodniu. Potem zaczęto stopniowo korygować działanie tego schematu, wprowadzając do niego przy okazji wiele zmian i nowych pomysłów, które w większości nie spełniły się.

Przykładowo, kilka tygodni temu rząd gorąco zachęcał samorządy do tworzenia punktów szczepień powszechnych (PSP). Samorządy zadeklarowały gotowość stworzenia prawie 700 takich punktów, ostatecznie rząd zgodził się na 471. PSP miały zacząć szczepienia 20 kwietnia br., jednak tego dnia otworzono ich tylko 16 (po jednym w każdym województwie). Okazało się bowiem, że nie ma dla nich szczepionek, bo Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych nie przystąpiła im ofert. Pod koniec kwietnia przedstawiciele PSP dowiedzieli się, że w maju oferty dostaw otrzymają wyłącznie punkty w powiatach, w których nie ma już wolnych terminów. Natomiast podczas pierwszego weekendu maja br. w wielu miastach kraju pojawiły się rządowe mobilne punkty szczepień dostępne praktycznie dla wszystkich chętnych zarejestrowanych w centralnym systemie oczekujących na szczepienie – niezależnie od rocznika urodzin i miejsca w systemowej kolejce.

Najnowszy pomysł rządu to organizowanie szczepień w wybranych dużych zakładach pracy zatrudniających ponad 500 pracowników. Pomysł jak na razie mało konkretny, nie opublikowany i uwarunkowany wieloma niewiadomymi.

Masowe szczepienia przeciwko COVID-19 to punkt zwrotny w walce z pandemią. Wiele krajów odnotowało już znaczące sukcesy w walce z koronawirusem. Znoszą one wprowadzone wcześniej restrykcje i otwierają się na świat. Polska wciąż jest w uścisku lockdown'u, który z małymi przerwami trwa już niemal rok. Na polu walki z koronawirusem nasz kraj wciąż dąpcze w miejscu. Jak długo jeszcze będzie to trwało?

Krzysztof Czerkas
Partner FORMEDIS