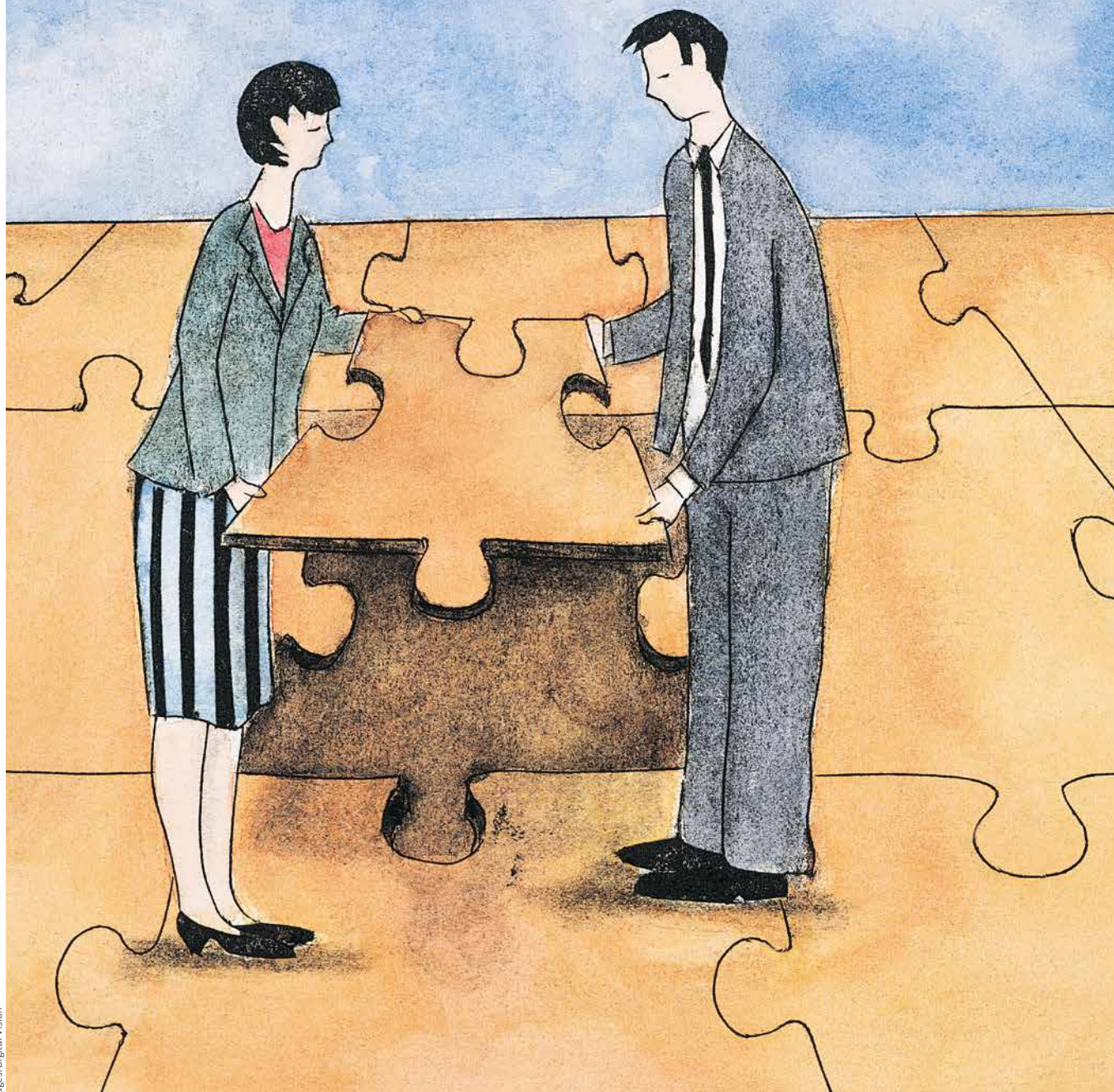


Sieć do poprawki



Fot. gettyimages/Digital Vision

Mogłoby się wydawać, że wprowadzenie sieci szpitali i finansowania ryczałtowego rozwiąże problemy organizatora systemu związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez szpitale poprzez likwidację niekończących się sporów o tzw. nadwykonania. Podwyższone ryczałty miały także zaspokoić potrzeby finansowe szpitali i powstrzymać spiralę zadłużania się większości z nich. Tymczasem już pierwszy okres rozliczeniowy ujawnił, że wcale nie jest tak różowo, jak twórcy reformy sieciowej zakładali.

Narodowy Fundusz Zdrowia właśnie przelicza wykonanie świadczeń zdrowotnych w czwartym kwartale 2017 r., będącym pierwszym okresem rozliczeniowym dla szpitali sieciowych. Na koniec marca będą znane wartości nowych ryczałtów na pierwsze półrocze 2018 r. i zostanie dokonana odpowiednia korekta już wypłaconych – w wysokości z czwartego kwartału 2017 r. Jeszcze przed przedstawieniem nowych ryczałtów rozległy się głośnie protesty. Szczególnie przestraszone są szpitale, które nie wykonały 98% wartości kontraktu, a są ponoć i takie, które nie zrealizowały nawet 90%. Zgodnie z algorytmem ich ryczałt na pierwsze półrocze 2018 r. zostanie obniżony. Szpitale, które ryczałt znacznie przekroczyły, także mają obawy. Po pierwsze – nikt im nie zapłaci za świadczenia ratujące życie wykonane powyżej wartości wynikającej z ryczałtu, po drugie – przy obecnym planie finansowym NFZ wartości ich ryczałtów zmieniają się co najwyżej kosmetycznie. A koszty rosną, chociażby z powodu podwyższenia od 1 stycznia 2018 r. wynagrodzenia minimalnego.

Odowiedzialność państwa

Wprowadzając sieć szpitali, rząd wpadł w pewną pułapkę, z której trudno będzie mu się wyzwolić. Ustalając grupę szpitali z konkretnymi zakresami świadczeń, zdecydowano o niezbędności ich funkcjonowania w celu realizacji zadania publicznego, jakim jest sprawowanie opieki zdrowotnej nad obywatelami. W konsekwencji konieczne jest zapewnienie im takiego finansowania, aby mogły to zadanie realizować. O tym, że system działa w warunkach drastycznego braku zasobów finansowych i ludzkich, nie trzeba przypominać. Ale skoro taką decyzję podjęto, to teraz należałoby się z tego wywiązać. Jakie więc środki i w jaki sposób powinny być kierowane do szpitali, aby mogły one funkcjonować w sposób właściwy, zapewniając odpowiednią kadre z należytymi wynagrodzeniami, kupując niezbędne leki, materiały i media, posiadając środki na potrzebne remonty, odtwarzanie sprzętu i inwestycje?

Ryczałt – błąd przy narodzinach

Podstawowym źródłem finansowania szpitali w obecnym systemie jest ryczałt powiększony o odrębne finansowanie niektórych świadczeń i ewentualne środki z innych umów, jeżeli są one przez dany szpital realizowane. W 2017 r. zdecydowano, że pierwszy ryczałt, na czwarty kwartał 2017 r., który ma być korygowany według odpowiedniego algorytmu w okresach późniejszych, będzie oparty na pełnym wykonaniu w 2015 r., zmodyfikowanym o zmiany taryf.

Należało przyjąć jakąś zasadę, ale wydaje się, że ta wybrana nie była optymalna. Jak wszystkie metody oparte na rozwiązaniach historycznych, powoduje ona, że zdarzenia z lat poprzednich – czy to korzystne dla szpitali, czy niekorzystne – przenoszą się na czas obecny

„Wprowadzając sieć szpitali, rząd wpadł w pułapkę, z której trudno będzie mu się wyzwolić”

i na przyszłość. Nie muszę wyjaśniać, że różne oddziały wojewódzkie NFZ prowadziły różne polityki względem swoich szpitali. Jedne preferowały szpitale specjalistyczne, inne mniejsze placówki. Jedne płaciły za nadwykonania, stymulując szpitale do ich wykonywania, inne nie, co często powodowało drastyczne ograniczenia przyjmowania pacjentów. Nieszczęsny algorytm podziału pieniędzy NFZ pomiędzy województwa także powodował różnice w finansowaniu szpitali. Do tego dochodziła nierównomierna liczba szpitali na populację w różnych województwach i wynikająca z tego różnica w wysokości kontraktów. Te wszystkie czynniki i pewnie wiele innych powodują, że obecne ryczałty są bardzo zróżnicowane i nie odpowiadają wielkości szpitala sieciowego i zadaniu publicznemu, które ma on do zrealizowania.

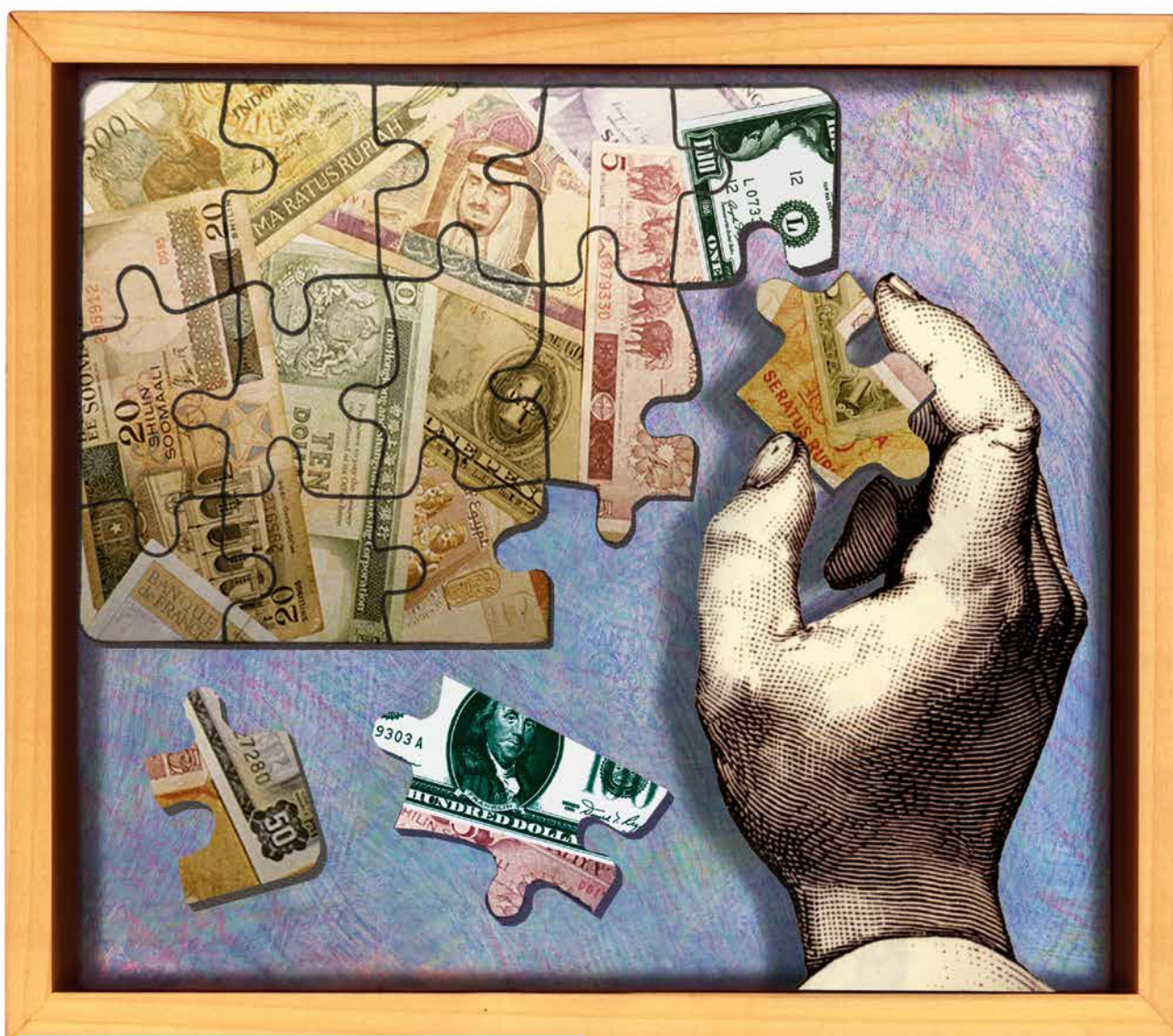
Z tego powodu w województwach, w których finansowanie wcześniej było niskie, wiele szpitali dysponuje ryczałtami niepokrywającymi kosztów działalności i wykonuje świadczenia powyżej ich wartości. W innych województwach niektóre szpitale nie były w stanie wykonać ryczałtu pomimo „natężonej produkcji świadczeń”, zwłaszcza że czwarty kwartał nie sprzyjał maksymalnemu wykorzystaniu posiadanego potencjału.

Nadwykonania – problem ciągle nierozwiązany

Twórcy sieci szpitali i zasad jej funkcjonowania zakładali, że wprowadzone rozwiązania zakończą spory dotyczące nadwykonań. Dodatkowo miały na to wpłynąć umowy ze szpitalami dotyczące finansowania nadwykonań z lat wcześniejszych, na które przeznaczono miliard złotych z budżetu państwa. Jednak już obecnie widać, że wcale tego problemu nie rozwiązano. Fundusz nadal ma sztywny plan finansowy, na podstawie którego płaci za wykonywane świadczenia. W przypadku świadczeń finansowanych odrębnie nic się przecież nie zmieniło i roszczenia za świadczenia wykonane powyżej kontraktu nadal istnieją i są wysuwane. W przypadku świadczeń wykonanych ponad limit ryczałtu coraz więcej szpitali domaga się zapłaty, a odpowiednie kancelarie prawne już udowadniają, że jej uzyskanie jest możliwe. Należy się więc spodziewać roszczeń także z tego tytułu, a przyszłe orzeczenia sądów są obecnie zagadką dla wszystkich zainteresowanych.

Ryczałty a koszty utrzymania szpitala

Wysokość przyznanego szpitalom finansowania, obejmującego zarówno ryczałty, jak i środki za świad-



Fot. gettyimages/Russell Thurston

„Nieszczęsny algorytm podziału środków NFZ pomiędzy województwa powodował znaczne różnice w finansowaniu szpitali”

czenia finansowane odrębnie w ramach umowy podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) oraz pozostałych umów, wynika z wykonania z lat ubiegłych, a nie z zadania publicznego, które szpital ma wykonać, ani kosztów jego działalności. Moim skromnym zdaniem jest to sprzeczne z ideą sieci, która wyodrębniła szpitale niezbędne, zdaniem państwa, do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W obecnej sytuacji, kiedy wiele szpitali otrzymuje finansowanie niewystarczające na pokrycie kosztów działalności, sama sieć staje się tyl-

ko deklaratorywna, żeby nie powiedzieć – fikcyjna. Aby słowa pokrywały się z czynami, należałoby do problemu finansowania podejść w zupełnie inny sposób i zakończyć wreszcie bezpośrednie wiązanie płatności za wykonywane usługi z wysokością przyznanego finansowania. Pozwoliłoby to przy okazji ograniczyć liczbę hospitalizacji i przesunąć część pacjentów do leczenia ambulatoryjnego, co obecnie jest zupełnie nieopłacalne.

JGP – jednostki sprawozdawcze, a nie rozliczeniowe

Podstawowym błędem metodologicznym jest moim zdaniem traktowanie jednorodnych grup pacjentów (JGP) jako jednostek rozliczeniowych, na podstawie których szacuje się wartość kontraktu dla szpitali. W większości krajów Unii Europejskiej, gdzie wykorzystywane są JGP i ich ekwiwalenty, służą one do oceny pracy szpitali poprzez sukcesywne sprawozdawanie ich realizacji. Na tej podstawie można określać jakość i złożoność pracy w szpitalach oraz podejmować decy-

zje o potrzebie istnienia całych szpitali oraz poszczególnych oddziałów. Traktowanie JGP jako jednostek rozliczeniowych nieuchronnie powoduje podchodzenie do nich jak do swoistych czeków za pacjenta, co prowadzi do zjawiska optymalizacji kodowania, zawyżania kodów (*upcoding*), a często wręcz hazardu moralnego. Z drugiej strony są oddziały, które wykonują wiele świadczeń o niskiej wartości, by wykonać przyznany szpitalowi kontrakt. Grupy oczywiście powinny mieć swoją wartość, co pozwoli w przyszłości premiiować szpitale wykonujące więcej tych JGP, na których zależy organizatorowi systemu. Jeżeli ze szpitalem „umówiono się” na wykonanie określonej liczby JGP, np. związanych z endoprotezowaniem, to oczywiste jest, że za ich większą liczbę szpital powinien otrzymać dodatkowe środki finansowe, przy rozsądnie określonej wstępnie regresji.

AOTMiT – narzędzie nie tylko do wyceny pojedynczych taryf

Mamy instytucję, która zajmuje się wycenami świadczeń zdrowotnych, jednak metoda przez nią przyjęta, polegająca na wycenie kosztowej pojedynczych procedur, nie wydaje się najtrafniejsza. Taryfy wyliczane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) są oparte na danych raportowanych przez szpitale, przez co po raz kolejny są danymi historycznymi. Nawet uwzględniane przez AOTMiT wskaźniki wzrostu kosztów nie pozwalają na precyzyjne wyceny, a zwłaszcza ich szybkie zmiany wobec nieuchronnego zwiększenia kosztów plac. Można zaryzykować twierdzenie, że nowo wprowadzane taryfy są przestarzałe w momencie ich ogłoszenia. Poza tym taryfy nie uwzględniają co do zasady największego kosztu szpitali, jakim jest koszt pozostawiania w gotowości bez wykonywania świadczeń. W trakcie swojej rocznej współpracy z AOTMiT sugerowałem zmianę metodologii polegającą na wydzieleniu kosztów utrzymania szpitala w gotowości, tzn. kosztów pracy personelu, mediów, ubezpieczeń itd., i wycenie procedur wyłącznie po koszcie technicznym ich wykonywania. Propozycja ta, choć wysłuchana, nie została niestety zaakceptowana. Niemniej to właśnie agencja mogłaby dokonać takiej symulacji kosztów, która pozwoliłaby na określenie wartości kontraktów dla szpitali i ich poszczególnych oddziałów w wysokości odzwierciedlającej koszty ich działalności. Wartości samych JGP pozostałyby miernikiem działalności szpitali i byłyby podstawą do korygowania ich miejsca i zakresu działalności w sieci.

Model nowy, ale nie unikalny

Jak zatem finansować szpitale, aby rozsądnie dysponować pieniędzmi państwa, a jednocześnie przekazywać im środki pozwalające na właściwe wykonywanie działalności? Pierwszym elementem byłoby odejście od

„Nowo wprowadzane taryfy AOTMiT są przestarzałe już w momencie ich ogłoszenia”

algorytmu podziału pieniędzy NFZ pomiędzy poszczególne województwa, przynajmniej w części dotyczącej finansowania szpitali. Skoro szpitale zostały włączone do sieci stworzonej przez państwo, to nie powinno mieć znaczenia, czy znajdują się na Mazowszu czy Podkarpaciu.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinna ustalić koszt działalności standardowego oddziału o danej specjalności, zróżnicowany w zależności od poziomu referencyjnego, który warunkuje np. poziom zatrudnienia. Ustalono by także koszt działalności pozostałych komórek medycznych i niemedycznych, a także wysokość środków na niezbędne inwestycje odtworzeniowe. Z takich puzzli można złożyć dla każdego szpitala wartość niezbędną do jego funkcjonowania. To benedyktyńska praca, ale obecny sposób wyliczania taryf także nie należy do prostych. W podpisanym ze szpitalem kontrakcie zawarto by coś w rodzaju zamówienia publicznego, określającego oczekiwaną liczbę świadczeń do wykonania w danym roku, a w niektórych wypadkach oczekiwaną liczbę wykonanych JGP. W przypadku niezrealizowania tej liczby wprowadzano by sankcje: obniżenie kontraktu czy wręcz likwidację oddziału, którego potrzeba istnienia wydaje się wątpliwa. W przypadku przekroczenia zamówienia w zakresie JGP szczególnie oczekiwanych przez organizatora szpital otrzymywałby premię finansową.

Taki model dyscyplinowałby szpitale co do liczby wykonanych świadczeń na zasadzie nagród i kar, ale wreszcie przekazałby im środki potrzebne do prowadzenia działalności. Standaryzacja wymusiłaby rozsądną politykę kadrową, a umiejętności dyrektorów w negocjacjach z pracownikami i dostawcami pozwalałyby na uzyskiwanie nadwyżki finansowej z działalności. Zresztą tego rodzaju finansowanie szpitali jest dość powszechne w Europie i może warto z tych doświadczeń skorzystać.

Pytanie jest tylko jedno – czy NFZ dysponuje obecnie odpowiednimi środkami, aby tak wyliczone kontrakty zaoferować szpitalom bez konieczności zamykania bądź ograniczenia działalności części z nich? Bo prawdopodobnie to jest sedno problemu, tylko organizator systemu niekoniecznie chce się do tego przyznać.

Maciej Biardzi

Autor jest ekspertem ochrony zdrowia, dyrektorem szpitala w Miliczu.