



XIV HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

W debacie uczestniczyli:

- Mariusz Błoch, prezes zarządu BFF MEDFinance
 - dr n. med. Jerzy Friediger, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej
 - dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego
 - Rafał Janiszewski z Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski
 - Jakub Kraszewski, dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku
- Dyskusję moderował Jakub Gołąb z Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Finansowanie i organizacja sektora medycznego



Fot. Marek Misłurewicz

Eksperti zaproszeni do panelu „Finansowanie i organizacja sektora medycznego. Doradztwo i inwestycje” IV Kongresu Wizja Zdrowia w Warszawie zastanawiali się, w jaki sposób pandemia wpłynęła na sytuację finansową placówek ochrony zdrowia oraz co czeka szpitale w przyszłości.

Podczas pandemii sektor ochrony zdrowia stanął przed nowymi obowiązkami i wyzwaniem – chociażby zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego, co wiąże się z dodatkowymi wydatkami. Zmian, które pociągnęła za sobą epidemia, jest znacznie więcej. Część placówek została przekształcona w jednoimienne. Szpitale, które nie są przeznaczone do leczenia pacjentów z COVID-19, mają problem z wywiązaniem się z ryczałtu oraz wykonaniem zaplanowanych procedur pozaryczaltowych.

– *Pandemia ujawniła wszystkie słabości systemu ochrony zdrowia i zmusza nas do rewizji zarówno modeli jego*

finansowania, jak i organizacji – stwierdziła dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego.

Świadczenia pozaryczaltowe

Do szpitali w czasie *lockdownu* zgłaszało się dużo mniej pacjentów, a w niektórych wciąż ich liczba jest mniejsza niż przed pandemią. Z jednej strony powodem jest lęk pacjentów przed zakażeniem koronawirusem w ośrodkach ochrony zdrowia i zaniechanie leczenia, a z drugiej nie wszystkie placówki są w stanie zapewnić reżim sanitarny i realizować usługi na pozio-



IV KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ



Fot. Marek Misłurewicz

nie zbliżonym do tego sprzed *lockdownu*. Nie oznacza to jednak, że w budżetach zostały pieniądze.

– Bez względu na to, ilu chorych przyjęliśmy, nie zmieniły się koszty stałe, które stanowią 70–80 proc. wydatków na działalność szpitala przy skromniejszych wpływach. Dlatego mniejsza liczba pacjentów nie powoduje oszczędności – zauważył dr n. med. Jerzy Friediger, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie.

Stabilizacji finansowej nie mają nawet placówki, które mogą się pochwalić większą liczbą wykonanych procedur. Wcześniej świadczenia pozaryczaltowe były wypłacane co kwartał, a obecnie rozliczenie jest zamrożone do końca roku, co przyczynia się do kłopotów z płynnością finansową.

„Konieczność zapewnienia reżimu sanitarnego generuje dodatkowe koszty, które obciążają budżety szpitali, a pieniądze na walkę z COVID-19 przekazane przez resort zdrowia zostały odliczone od kwoty ryczałtu podstawowego zabezpieczenia”

– Wiele placówek ochrony zdrowia na Pomorzu przybierało działalność, pacjenci trafili do nas i wykonaliśmy dużo więcej procedur, chociażby onkologicznych. Wartość nadwykonań w naszym szpitalu po 9 miesiącach przekroczyła 30 mln zł. Jeśli te procedury nie zostaną rozliczone, to będziemy musieli kredytować się kosztem dostawców albo otwierać linie kredytowe – mówił Jakub Kraszewski, dy-

rektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, które wróciło do pełnej działalności po *lockdownie*.

Ryczałt trudny do wykonania

Z założenia w lepszej sytuacji miały być placówki, które wykonują więcej świadczeń rozliczanych w ramach ryczałtu. Problemem jest to, że część z nich nie będzie w stanie wywiązać się z zakontraktowanych procedur. Ministerstwo Zdrowia najpierw przedłużyło termin nadrobienia zaległości do czerwca przyszłego roku.

– To jest o tyle nierealne, że i tak obciążona pracą kadra nie jest w stanie pracować przez całą dobę. Nie będziemy też kłaść chorych piętowo. Przepustowość sal operacyjnych i oddziałów szpitalnych również jest ograniczona. Poza tym nie wiemy, jak będzie wyglądała sytuacja epidemiologiczna w przyszłości. Dlatego te założenia to mrzonki. Mamy niewykonany ryczałt na poziomie 20 proc. i nie widzę perspektyw nadrobienia tych zaległości nawet w wydłużonym okresie rozliczeniowym – mówił dr Jerzy Friediger.

Po apelach dyrektorów szpitali resort podjął decyzję, że jednostki, które ze względu na pandemię koronawirusa ograniczyły lub zaprzestały udzielania świadczeń, będą do końca roku otrzymywać zaliczkę ryczałtu mimo braku realizacji umowy. Takie rozwiązanie zostało wprowadzone, żeby utrzymać płynność finansową placówek.

Rafał Janiszewski, ekspert ochrony zdrowia, zwracał uwagę, że sytuacja finansowa szpitali nie była najlepsza przed pandemią. Panaceum na tę sytuację miało stanowić wprowadzenie ryczałtowego sposobu finansowania, który miał być niezmienny bez względu na poziom wykonanych świadczeń i gwarantować szpitalom pewną stabilizację. – Po czym okazało się, że wcale nie jest tak, że ryczałtu nie można zmienić. Co więcej, sytuacja szpitali nadal będzie się pogarszała. Dlatego należy szybko pochylić się nad zmianą zasad finansowania. Przede wszystkim widzę potrzebę wycofania się z rozliczenia punktów przez świadczeniodawców. Epidemia była doskonałym egzaminem tego sposobu dystrybucji pieniędzy i zaryzykuję twierdzenie, że go nie zdaliśmy. Dlatego powinniśmy zrobić szybki krok w stronę finansowania budżetowego opartego na rachunku rzeczywistych kosztów – postulował Rafał Janiszewski.

Jednym z nielicznych szpitali w Polsce, którym prawdopodobnie uda się wypracować ryczałt, jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Codziennie hospitalizowanych jest w nim 1100–1500 chorych, szpital przyjmuje średnio 250–300 nowych pacjentów. Poza tym ośrodek udziela 25 tys. porad miesięcznie w ramach AOS.

– Pandemia zastała nas w pełnym biegu. Musieliśmy szybko określić, które dziedziny nie mogą czekać na poprawę sytuacji epidemiologicznej. Lockdown w naszym szpitalu trwał weekend. Onkologii, hematologii i transplantologii w zasadzie nie wyhamowaliśmy. Potem otwieraliśmy stopniowo kolejne



XIV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

oddziały. Już w kwietniu szpital funkcjonował w pełnym zakresie, a w ostatnim czasie nadganiamy stracony czas, co jest koszmarnie trudne. Aby nadrobić zaległości na oddziałach zabiegowych, wydłużyliśmy czas pracy o sobotę. Dzięki temu zwiększyliśmy liczbę przyjęć o 20 proc., co pozwoliło zappełnić lukę, ale za dodatkowe godziny pracy płacimy więcej, a to pociąga za sobą koszty – przyznał Jakub Kraszewski.

Koszty zabezpieczenia epidemiologicznego

Szpital kliniczny w Gdańsku miał szansę wrócić do pełnej działalności, ponieważ szybko udało się wprowadzić reżim sanitarny. Ośrodek ma własne laboratorium wirusologiczne. Przed epidemią wykonywało ono 70 badań na dobę, dzisiaj jego możliwości wynoszą 1,2 tys. badań. Testy na SARS-CoV-2 przechodzą wszyscy pacjenci przyjmowani do szpitala. Codziennie wykrywanych jest średnio 20 zakażeń. W szpitalu powstały oddziały buforowe. W ramach prewencji podzielono pracowników na kohorty, żeby w razie zakażenia kwarantanna nie obejmowała całego zespołu danego oddziału. – W szpitalu bez barier musieliśmy je wybudować ze względu na pandemię. Poza testami prowadzimy triaż, ankiety dla pacjentów i mierzenie temperatury przy wejściu. W ten sposób udaje nam się działać w miarę bez zakłóceń, nie dopuszczając do większych ognisk zakażeń – relacjonował Jakub Kraszewski.

Eksperti podkreślali, że konieczność zapewnienia reżimu sanitarnego generuje dodatkowe koszty, które obciążają budżety szpitali, a pieniądze na walkę z COVID-19 przekazane przez resort zdrowia zostały odliczone od kwoty ryczałtu podstawowego zabezpieczenia. – W efekcie szpitale zostały bez żadnych dodatkowych środków, natomiast z dodatkowymi kosztami. Oczywiście zastosowaliśmy wszelkie możliwe elementy zabezpieczenia pracowników i pacjentów przed zakażeniem, a także wypłaciliśmy personelowi zatrudnionemu przy pacjentach z COVID-19 dodatki z funduszy szpitala. Na razie nie wiem, z czego to pokryjemy. Finansowanie w czasie pandemii jest dla mnie wielkim rozczarowaniem. Część personelu mojego szpitala nie dostała wynagrodzeń z tytułu narażenia na zakażenie – przyznał dr Jerzy Friediger.

Wyhamowane inwestycje

Wyższe koszty funkcjonowania placówek ochrony zdrowia w czasie pandemii oraz niepewna sytuacja finansowa spowodowały wyhamowanie inwestycji. – Ten rok zamknie się większymi potrzebami w zakresie finansowania obrotowego. Jednocześnie szpitale zamroziły planowane inwestycje, a skupiły się na dokończeniu już realizowanych. To pokazuje, że sytuacja sektora zdrowia jest trudniejsza i na pewno nie będzie łatwiejsza w kolejnych miesiącach, a może i latach – mówił Mariusz Błoch, prezes zarządu BFF MEDFinance.

Ekspert radził też, na co zwrócić uwagę, decydując się na realizację przedsięwzięć w tych trudnych cza-



Fot. Marek Wisiulewicz

sach. Przede wszystkim sposób finansowania należy dopasować do rodzaju inwestycji. Ale też patrzeć długofalowo i tworzyć plany pozwalające określić, w którym momencie wykorzystać daną formę finansowania. Taki plan pomoże uniknąć sytuacji, kiedy w pewnym momencie zabraknie środków np. na dokończenie rozpoczętej inwestycji.

„Rafał Janiszewski postulował ustalenie standardów świadczeń. Jego zdaniem system ochrony zdrowia ma zabezpieczyć bazowe, podstawowe potrzeby zdrowotne. Dzisiaj placówkom ochrony zdrowia, szczególnie szpitalom, brakuje określenia standardu świadczeń”

– Dzisiaj należy szczególnie efektywnie zarządzać produktami finansowymi. Z pożyczek korzystajmy przy inwestycjach budowlanych, natomiast jeśli chodzi o wyposażenie, warto zastanowić się nad leasingiem czy chociażby finansowaniem ratalnym, ponieważ są to rozwiązania wymagające od szpitala jedynie zabezpieczenia na finansowanym sprzęcie w formie zastawu rejestrowego, bez angażowania właściciela. Wtedy limit kredytowy, który mamy w banku, możemy wykorzystać do innych celów – radził Mariusz Błoch.

Korzystną zmianą dla placówek ochrony zdrowia jest to, że w ostatnim czasie dosyć istotnie wydłużył



IV KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ

„Korzystną zmianą dla placówek ochrony zdrowia jest to, że w ostatnim czasie dosyć istotnie wydłużył się okres spłaty kredytów zaciąganych przez szpitale. Wcześniej zamykał się maksymalnie w 12 latach, dzisiaj jest oferowany nawet na 15 lat”

się okres spłaty kredytów zaciąganych przez szpitale. Wcześniej zamykał się maksymalnie w 12 latach, dzisiaj jest oferowany nawet na 15 lat. Innym rozwiązaniem jest karencja, 2–3-letnia, żeby w okresie przejściowym związanym z pandemią szpital mógł spokojnie funkcjonować. Plusem są też niskie stopy procentowe i dość duża dostępność produktów finansowych.

– *Kierunek, w którym zmierzają nasze rozwiązania i propozycje, to zastanowienie się, w jaki sposób odtworzyć bazę sprzętową, aby efektywność zakupu procentowała w kolejnych latach. W jednym ze szpitali w ramach wymiany tomografu komputerowego zaproponowaliśmy 10-letni okres spłaty, ale też 10-letnią gwarancję. Tym samym przez 10 lat mamy kontrolę nad kosztami, w tym dotyczącymi naprawy sprzętu* – mówił Mariusz Błoch.

Perspektywy na przyszłość

Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłady na ochronę zdrowia do 2025 r. mają osiągnąć 6 proc. PKB. Ekspertki zastanawiali się, czy taki poziom jest wystarczający oraz jakie inne elementy, poza budżetem, wpływają na rozwój sektora medycznego.

– *W mojej ocenie najmocniejszą stroną systemu ochrony zdrowia są świadczeniodawcy. Przez lata przechodzili najróżniejsze reformy, szybko implementując zmiany i wytrzymując różne ekstremalne sytuacje – od braku płynności przez niedobór kadr po epidemię. Oczywiście, że te 6 proc. PKB to konieczna zmiana, ale pieniądze to nie wszystko* – zauważył Rafał Janiszewski.

Ekspert ochrony zdrowia postulował także ustalenie standardów świadczeń. Jego zdaniem system ochrony zdrowia ma zabezpieczyć bazowe, podstawowe potrzeby zdrowotne. Dzisiaj placówkom ochrony zdrowia, szczególnie szpitalom, brakuje określenia standardu świadczeń. – *Nie możemy mówić o jakości w ogólnym rozumieniu, bo dla każdego uczestnika systemu to pojęcie znaczy coś innego. Dla płatnika ważne jest to, że świadczeniodawca zrobi jak najwięcej za jak najmniejsze pieniądze, dla pa-*

cjenta komfort, wyzdrowienie i zadowolenie z usług. Jeśli mówimy o rachunku kosztów, to musimy jasno powiedzieć, co pacjentowi się należy w ramach jego składki, co jest standardem publicznego płatnika i sieci podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego. Na razie to dyrektorzy szpitali ustalają koszyki świadczeń gwarantowanych. Na jednej szali kładą budżet, a na drugiej potrzeby pacjenta – mówił Rafał Janiszewski.

Kluczem do sprawnego funkcjonowania zdaniem Jerzego Friedigera jest organizacja systemu. Szpitale sieciowe z założenia są placówkami podstawowego zabezpieczenia. Dyrektor krakowskiego szpitala apelował, żeby wrócić do zamysłu twórcy tego systemu, prof. Zbigniewa Religi. Placówki w sieci szpitali powinny otrzymywać ryczałt, który jest gwarantem funkcjonowania, z możliwością zwiększenia tych pieniędzy w zależności od potrzeb i wykonanych procedur. – *Dzisiaj mamy odwrotny układ, ponieważ nie ma możliwości zwiększenia funduszy, ale zawsze znajdzie się wiele powodów, żeby jakąś część pieniędzy z ryczałtu zabrać. Znalezienie się w sieci szpitali jest raczej karą niż docenieniem. Taką placówkę można obciążyć każdym obowiązkiem, nie dodając pieniędzy. Doskonałym przykładem jest dolożenie prowadzenia świątecznej pomocy lekarskiej, chociaż nie wiadomo nawet, co to ma wspólnego z działalnością szpitala. Musimy dopracować założenia sieci* – przekonywał dr Jerzy Friediger.

W Polsce wdrażany jest projekt Hospital-Based HTA (HB-HTA). Celem jest zastosowanie metodologii szpitalnej oceny technologii medycznych, co ma służyć zwiększeniu efektywności zarządzania systemem opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym przez dyrektorów szpitali oraz na poziomie ogólnopolskim.

– *Wszystkie systemy na świecie poszukują rozwiązań zwiększających efektywność alokacji środków w systemach ochrony zdrowia poprzez racjonalizację inwestycji, w szczególności w innowacje. Nie możemy nie wiązać budżetu i kosztów funkcjonowania szpitala z jakością i efektywnością kliniczną. Nie w każdym miejscu i nie każdy powinien rozwijać pewne zakresy działalności medycznej ze względu na brak odpowiednich kompetencji lub zapotrzebowania. Wdrażanie nowoczesnych technologii diagnostycznych, terapeutycznych i organizacyjnych powinno prowadzić do lepszego zaspokojenia rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, ale także efektywnego wykorzystania zasobów ludzkich, rzeczowych, finansowych. Wielokrotnie mówiliśmy o potrzebie ambulatoryzacji świadczeń, skracania czasu hospitalizacji, zwiększania liczby procedur jednodniowych oraz położenia większego nacisku na leczenie otwarte, organizowane blisko pacjenta. Wielu chorobom cywilizacyjnym można zapobiec poprzez profilaktykę i dostęp do diagnostyki na czas, aby wykryć nieprawidłowości na wczesnym etapie. Potrzebujemy nie tylko zmiany modelu finansowania, lecz także zmiany modelu organizacji ochrony zdrowia* – wyliczała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Monika Stelmach