

Ryczałt to zamknięte pudełko bez dopływu tlenu

Sieć szpitali, wprowadzona w 2017 roku miała ułatwić funkcjonowanie publicznym placówkom ochrony zdrowia: zapewnić bezpieczeństwo i stabilność finansową. Tymczasem po ponad dwóch latach coraz częściej słyszymy, że z mapy Polski ma zniknąć 150 szpitali, a pozostali popadli w finansowe tarapaty. O co chodzi i z czego wynikają problemy?

Problemy szpitali powiatowych widoczne są na wielu płaszczyznach. Pierwszą jest zmiana finansowania z kontraktowej, na ryczałtową i płynące z tego konsekwencje braku możliwości rozliczenia tzw. nadwykonań. Mówiąc żargonem dyrektorów szpitali powiatowych ostatnia „żywa gotówka”, czyli zapłata za nadwykonania trafiła do kas szpitali w trzecim kwartale 2017 roku. W kolejnych okresach do dyspozycji otrzymywaliśmy tylko ryczałt. W poprzednim systemie dyrektor szpitala własną pracą, pracą zespołu i wykonaniem większej ilości świadczeń, z pewnym ryzykiem mógł liczyć na dodatkowe środki pokrywające koszty wynikające z funkcjonowania szpitala. Oczywiście tamten system, co było wielokrotnie podkreślane, narażał placówki na utratę kontraktów, co było głównym powodem wprowadzenia sieci. Wówczas jednak nie wszyscy zdawali sobie sprawę, co tak naprawdę dla szpitali oznacza ryczałt. Ryczałt jest bowiem zamkniętym pudełkiem, do którego nie dopływa żywa gotówka. Jakiegolwiek zmiany odbywają się w systemie wewnętrznego kanibalizmu w ramach lokalnego budżetu Oddziału Województwa. Jeżeli jakiś szpital nie wykonał magicznych 98 proc. ryczałtu, a inny szpital wykonał 10 proc. więcej, to pierwszy traci 100% niewykonania, a drugi uzyskuje zwiększenie na kolejny okres, ale średnio nie więcej niż 2-3% co powoduje dalsze generowanie straty. Ważnym niuansiem jest również fakt, że szpital nie otrzyma zapłaty za już nadwykonane świadczenia - one stają się kosztem i obciążają budżet szpitala. Większe środki otrzymuje się w ryczałcie jedynie na kolejny okres, co musi mieć odzwierciedlenie w liczbie wykonanych świadczeń.

Czy dyrektor może zarządzać środkami w ramach ryczałtu?

W ramach zamkniętej skrzyneczki zwanej ryczałtem, dyrektor musi „czarować”, bo trudno nazwać to zarządzaniem. Obecnie dyrektorzy w ramach sieci bardziej administrują, niż zarządzają. Dodatkowo dostają znakowane środki na wynagrodzenia, które nie zawsze pokrywają wszystkie koszty. Wzrost wynagrodzeń, choć niezwykle ważny dla pracowników, jest zabójczy dla szpitali funkcjonujących w sieci. Płaca minimalna zaczęła

dynamicznie gonić najniższe wynagrodzenia w szpitalach co z punktu widzenia zamkniętego finansowania, sprawia, że koszty rosną, nie mając pokrycia w budżetowaniu. Zapowiadane wzrosty płacy minimalnej będą miały ogromne konsekwencje, głównie dla szpitali. O ile liczba pracowników z płacą minimalną w 2013 roku stanowiła około 10-20 proc. załogi szpitala, to w 2019 roku już 30-40 proc. A praca w szpitalu i w medycynie nie jest łatwa, do tego wybór alternatywnych miejsc pracy, z wyższym wynagrodzeniem i mniejszym czynnikiem stresu, coraz większy. Wielokrotnie miałem w szpitalu sytuację, kiedy osoby, które przyszły do pracy na stanowisko rejestratorki czy sekretarki medycznej, rezygnowały po dwóch dniach ze względu na trudności i stres.

W zamkniętym budżecie szpitala nie ma miejsca na znaczącą poprawę, aktywne działanie może dać szansę przesunięć, ale efektywnie dotyczyło to pierwszego roku działania sieci. Kolejne okresy to już przelewanie z jednego zakresu świadczeń w drugi bez pokrycia. W poprzednim systemie dyrektor szpitala ponosił większą odpowiedzialność, ale i również miał wachlarz działań, bodźców i motywacji, aby wraz z zespołem mógł rozwinąć nową usługę, zrealizować więcej zabiegów i z mniejszym lub większym ryzykiem liczyć na zapłatę nadwykonań. To jest według mnie zarządzanie. Dzisiaj dyrektorzy administrują otrzymanym ryczałtem i środkami na wynagrodzenia. Takie usztywnienie budżetu odbija się bardzo negatywnie na płynności finansowej szpitali powiatowych i miejskich oraz naraża na wzrost zobowiązań.

Dla pełnego obrazu należy dodać, iż dokupowanych przez NFZ świadczeń z zakresów okulistyki, endoprotez i diagnostyki jest dużo. Nie mniej grupa szpitali powiatowych z tych dodatkowych pieniędzy najmniej korzysta.

Coraz większa liczba placówek raportuje straty i zadłużenie. Czy placówki będą się znów zadłużały w nieskończoność?

Ustawodawca łagodnie potraktował terminy płatności ustalając dla szpitali 60 dniowe terminy płatności. Wracamy obecnie do czasów, kiedy szpitale nie płać dłużej niż 120 dni, a nawet zaczynają się rozliczać przez komorników. Dyrektorzy mają jeszcze możliwość dokontraktowania świadczeń które nie weszły do sieci. Ten proces uzależniony jest jednak od struktury danego szpitala i zdolności zarządzających. Dokontraktowanie świadczeń polepsza sytuację placówki, ale jej nie uzdrowia, bo trzonem finansowania jest zamknięty system sieci w budżecie, który w żaden sposób nie uwzględnia nawet inflacji.

Szpitale powiatowe cierpią również na permanentny brak kadry medycznej. Do tego często muszą płacić więcej, żeby ściągnąć lekarzy i pielęgniarki, przez co koszty takiej placówki rosną.

Stawki dla lekarzy i kadry medycznej w szpitalach powiatowych często są wyższe i muszą

być wyższe, ponieważ podejmując pracę w szpitalu oddalonym o kilkadziesiąt kilometrów od aglomeracji dochodzi jeszcze czynnik czasu. Obecnie lekarze, technicy i pielęgniarki są tak mocno zaangażowani zawodowo, że coraz trudniej znaleźć chętnych do pracy w oddalonych od dużych miast jednostkach. Kadra medyczna się starzeje i nie chce codziennie pracować po 12 godzin. Z tego względu szpitale powiatowe oprócz pensji oferują lekarzom np. służbowe mieszkania. Przy brakach kadrowych i wysokich kosztach wynagrodzeń, bardzo ważnym czynnikiem jest optymalne wykorzystanie czasu pracy. Jeżeli kadra medyczna nie ma odpowiedniego wsparcia administracyjnego, to więcej czasu musi poświęcić na zadania biurokratyczne i edukacyjne np. tłumaczenie pacjentom jak mają dojechać następnym razem, bo pacjent w stresie chorobowym nie pamięta nic. Powstaje wówczas frustracja po obu stronach, ponieważ nie mamy do czynienia ani z leczeniem ani z pomocą. Ten element jest niemierzalny, ale moim zdaniem w szpitalach powiatowych występuje bardzo często. W ośrodkach wojewódzkich i klinicznych mamy szerszy dostęp do kadry i studentów

Na ponad 950 istniejących w Polsce szpitali w sieci znalazło się prawie 600. Po dwóch latach mówi się, że z mapy zdrowotnej Polski może zniknąć aż 150 z nich. Czy to możliwe i co oznacza dla pacjentów?

Tak mówi się od kilkunastu, a właściwie od kilkadziesiątu lat. Niestety rzeczywistość pokazała, że nikt nie chce wziąć na siebie odpowiedzialności zamknięcia szpitala, choć z ekonomicznego punktu widzenia byłoby to wielokrotnie uzasadnione. Różnica między sytuacją w mieście np. w Łodzi, a szpitalami w województwie jest kolosalna. W Łodzi, gdzie funkcjonuje kilkanaście placówek, ryzyka się rozkładają. W regionie szpital często jest jedynym miejscem, gdzie pacjenci mogą uzyskać pomoc. Jest gwarantem bezpieczeństwa. Choć w mediach od lat funkcjonuje przekaz, że szpitale powiatowych jest za dużo i można by podjąć decyzję o zamknięciu kilku z nich, to do takich decyzji ostatecznie nie dochodzi. W grę wchodzi bowiem czynniki polityczne i społeczne. W powiecie brak szpitala, jest brakiem poczucia bezpieczeństwa.

W Łódzkiem najgłośniej mówi się o problemach powiatowego szpitala w Piotrkowie Trybunalskim. Szpital zdecydował się na wyjście z sieci. Czy za nim pójdą kolejne?

Szpital w Piotrkowie Trybunalskim znalazł się w bardzo trudnej sytuacji już na samym początku wprowadzenia sieci. Podobna historia spotkała później kilka innych placówek w Polsce. W czwartym kwartale 2017 roku szpital w Piotrkowie miał bowiem zamknięty oddział chorób wewnętrznych, a przyjął finansowanie. W poprzednim systemie w takich sytuacjach następował zwrot niewykorzystanych środków, ale bez konsekwencji dla kolejnego kwartału. W sieci szpitale, którym nie udało się wykonać ryczałtu w ostatnim

kwartale roku, dość specyficznym, ze względu na okres świąteczny, popadły w duże tarapaty. Nie wszyscy dyrektorzy byli tego świadomi od razu, ponieważ szpitale otrzymały wówczas również zapłatę nadwykonań za trzy kwartały 2017 roku. To była jednak ostatnia gotówka, jaka trafiła na konta szpitali. Niewykonanie ryczału, a korzystanie ze środków, skutkowało koniecznością zwrotu. To również przełożyło się na zmniejszenie ryczału w kolejnych latach. Straty nie dało się już odrobić, ponieważ w obecnym systemie nie ma narzędzia prawnego, które pozwoliłoby indywidualnie przywrócić czy przeliczyć ryczałt. Część niewykorzystanego ryczału z Piotrkowa Trybunalskiego została bezpowrotnie przekierowana do szpitali, które wykonały więcej procedur. W kolejnym półroczu 2018 roku większość placówek w naszym województwie zaraportowała nadwykonania, ale nikt nie otrzymał większego ryczału na kolejny okres, ponieważ Fundusz nie miał komu zabrać. Ryczałt w tym rozumieniu jest pudełkiem, w którym brakuje tlenu.

Czy szpitale powiatowe mogą liczyć na wzrost finansowania?

W przypadku finansowania szpitala mamy dwa rodzaje wzrostów. Te, które generują dodatkowe koszty – czyli pieniądze na wynagrodzenia. I te, które stanowią rzeczywisty dodatek do budżetu. W pierwszym przypadku dyrektor jest tylko pośrednikiem i martwi się, czy wzrost wynagrodzeń nie wygeneruje dodatkowych kosztów. Drugi przypadek zaistniał pierwszy raz 1 lipca 2019 roku. Wówczas wzrosła wycena świadczeń. Szpitale powiatowe dostały dodatkowe, choć niewielkie środki. W skali kraju skorzystały najmniej, ponieważ dodatkowy budżet w pierwszej kolejności został skierowany do wysokospecjalistycznych placówek, które w świadomości społecznej są najważniejsze. Szpital powiatowy z kolei, wraz z "nocną pomocą" stanowi przyczółek dla 60 proc. polskich pacjentów.

Jaka jest specyfika województwa łódzkiego?

To najstarsze województwo w Polsce. Ze względu na demografię w Łódzkiem konsumuje się znacznie więcej usług medycznych. Ilość szpitali w danym regionie nie jest zatem jedynym wyznacznikiem. Populacja Łodzi to 600 tys. pacjentów, a populacja obsługiwana przez szpitale powiatowe to 1,7 mln.

Jednym z najczęściej wymienianych i kosztownych problemów naszego systemu jest brak odpowiedzialności pacjenta za usługi medyczne, przez co system staje się droższy. Jak więc zwiększyć odpowiedzialność pacjenta za usługi medyczne?

Jednym ze sposobów jest współpłacenie, innym poniesienie jakiejkolwiek formy kary za nieodwołanie wizyty. Biorąc pod uwagę poziom informatyzacji, istniejące platformy, nie stanowiłoby to problemu z technologicznego punktu widzenia. Pacjent, który nie zgłosi się na umówioną wizytę, albo badania profilaktyczne, powinien ponieść konsekwencje. To są

elementy dyscyplinujące drugą stronę, które funkcjonują w wielu systemach na całym świecie.

Gdzie widzimy Pan możliwości poprawy sytuacji szpitali powiatowych?

Ogromnym mitem jest dla mnie brak zgody na odpłatne leczenie w szpitalu publicznym. Szpital powinien móc swobodnie wprowadzać usługi płatne i w taki sposób przynieść dodatkowe środki do budżetu szpitala. Pacjenci i tak płaca dziś za usługi medyczne. Powinni mieć taką możliwość zarówno w prywatnych, jak i publicznych jednostkach.

Czy część szpitali powiatowych, tych najbardziej nierentownych powinna zostać zamknięta?

To trudne decyzje, często ze względu na czynniki społeczne i polityczne, niemożliwe do podjęcia. Dobrym pomysłem byłoby jednak łączenie szpitali powiatowych w grupy. Konsolidacja. Patrząc na czynniki historyczne i społeczne, jest równie trudny, ale bardziej możliwy w realizacji niż sama likwidacja. Chodzi o połączenie sił i zapewnienie opieki pacjentom na danym terenie. NFZ dysponuje dokładnymi danymi na temat tego, gdzie leczą się mieszkańcy poszczególnych powiatów. Na tej podstawie należałoby dokonać dopasowania struktur. To alternatywa do likwidacji.

A konkurencyjność? Czy dzisiejszy system jest konkurencyjny i motywuje szpitale do rozwoju?

Wręcz przeciwnie. W sieci nie ma konkurencyjności. Szpitale nie mają już motywacji do odnawiania sprzętu i pozyskiwania kadry. Ta konkurencyjność istniała przy konkursach organizowanych przez NFZ, kiedy szpitale dosprzętowały się, pozyskiwały dodatkową kadrę, żeby wygrać dany konkurs. Umowy trzyletnie podpisywane po konkursie były oczywiście za krótkie, ale sam fakt że istniała presja, powodował, że w latach 2003 i 2012 jakość usług medycznych w Polsce mocno wzrosła. Teraz szpital w sieci musi spełnić jedynie minimalne warunki rozporządzenia koszykowego. Szpital poza siecią, nadal musi spełniać te wymogi które podał w konkursie. W sieci brakuje motywacji do dalszego rozwoju, a tylko ona jest motorem do poprawy warunków leczenia.