

Sieć: wiemy, skąd przychodzimy, nie wiemy, dokąd zmierzamy

Pułapki ryczałtu



Fot. iStockphoto.com

Od 1 października 2017 r. polski system ochrony zdrowia, zarzucając się na szpitale, pokonuje kolejny zakręt. Może wjechać na nową drogę? Trudno to rozstrzygnąć, gdy zarządzający szpitalami (sam zarządzam szpitalem powiatowym) nie wiedzą, dokąd prowadzi ta droga. Jakie cele w ramach tej, kolejnej już, reformy mamy osiągnąć? Oprócz konieczności zapewnienia się pacjentem, kompleksowego podejścia do procesu leczenia oraz zmiany sposobu finansowania nadal trudno dociec, dokąd zmierzamy.

W hierarchii zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitalnictwa jesteśmy na samym dole tej drabiny. Jednocześnie jednak jesteśmy najbliżej pacjenta, zaraz po podstawowej opiece zdrowotnej. Jak więc zachować się w tej sieci?

Pierwsza próba

Sieć na szpitale zarzucono już parokrotnie. Pierwszy raz jeszcze w budżetowym systemie ochrony zdrowia, czyli przed 1999 r. Otóż w 1997 r. w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Zakładzie Szpitalnictwa powstało obszerne, liczące 540 stron

opracowanie „Krajowy plan rozmieszczenia zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej (krajowa sieć szpitali): projekt” pod redakcją Macieja Murkowskiego i Andrzeja Koronkiewicza. Projekt opisywał założenia i rezultaty pierwszego etapu trwającej już restrukturyzacji szpitali.

Restrukturyzacja miała na celu optymalizację rozmieszczenia szpitali oraz dostosowanie rodzaju i liczby łóżek do istniejącego, a zwłaszcza do projektowanego w przyszłości zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Już wtedy wskazywano na niskie wykorzystanie łóżek tzw. ostrych oraz zbyt małą liczbę łóżek opieki

długoterminowej, a także na problem dowolności budownictwa szpitalnego i niekontrolowanego rozwoju szpitalnictwa – najdroższego elementu systemu ochrony zdrowia. Na taką dowolność nie pozwalały sobie choćby takie kraje, jak Belgia, Francja czy Holandia, które już od lat 60. (Belgia – 1966 r.) i 70. (Holandia – 1971 r.) miały krajowe plany szpitalnictwa.

Przykład z Arnhem

W Holandii, w której funkcjonuje system ubezpieczeniowy i wielość kas chorych, ustanowiono plan optymalnego rozmieszczenia szpitali zawierający program przekształceń lub likwidacji niektórych zakładów. Miałem okazję być w Holandii dwukrotnie, w odstępie 10 lat, i wiem, że plan ten jest konsekwentnie realizowany. Szpital w znanym pewnie każdemu Polakowi Arnhem przed 10 laty działał jako samodzielna jednostka. Został wybudowany z takim założeniem organizacyjnym, że po jego otwarciu kolejka pacjentów oczekujących na hospitalizację miała się zmniejszyć o określoną w planach liczbę dni. Podczas kolejnej mojej wizyty ten sam szpital wchłonął już w swoją strukturę organizacyjną trzy inne okoliczne placówki. Nie zostały one wprawdzie zlikwidowane, ale zmieniła się ich rola. Wraz ze szpitalem w Arnhem w sposób kompleksowy i koordynowany, czyli chyba taki, o jaki chodzi twórcom naszej reformy, zabezpieczają one potrzeby zdrowotne znacznej części społeczeństwa. Bez sporów, białych miasteczek i protestów lekarzy czy pielęgniarek, za to przy międzypartyjnej zgodzie polityków. Czy coś takiego jest możliwe w Polsce? Myślę, że czytelnicy sami sobie odpowiedzą na to pytanie.

Druga próba

Drugą próbę podjął minister zdrowia Zbigniew Religa. Za jego kadencji (2005–2007) wprowadzono bardzo logiczne rozwiązanie polegające na tym, że towarzystwa ubezpieczeniowe musiały przekazywać część składek na ubezpieczenia komunikacyjne (OC) do funkcjonującego od 2003 r. NFZ na pokrycie kosztów leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych. Dość szybko wycofano się jednak z tego rozwiązania, które obecnie jest powtórnie rozważane. Minister Religa w swoich wystąpieniach wspominał, że zlikwiduje od 5% do 10% szpitali. Uważał, że ze względu na niewykorzystany potencjał ich likwidacja nie pogorszy ani bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, ani dostępności usług. Niestety nie udało mu się tego zrealizować.

Obecna sieć

Mój powiatowy szpital znalazł się w sieci. Jesteśmy na pierwszym poziomie zabezpieczenia, którego proszę nie mylić z dawnym pierwszym poziomem referencyjnym, ten bowiem odnosił się do programu medycznego szpitala. Sieć szpitali nie zlikwidowała żadnej placówki.

Tym, którzy się w niej nie znaleźli, umożliwiła uczestnictwo w konkursach na udzielanie świadczeń, które ogłasza NFZ. W przypadku mojego szpitala poza siecią i poza ryczałtem, jako systemem płacenia za wykonane świadczenia, znalazły się tylko dwa zakresy – poradnia laryngologiczna i chemioterapia.

Sam fakt zakwalifikowania szpitala do sieci trudno na razie jednoznacznie ocenić. W sieci znalazła się zdecydowana większość szpitali publicznych i chyba wszystkie posiadające funkcjonującą całodobowo izbę przyjęć lub SOR. Na pewno zaletą włączenia do sieci jest to, że nie trzeba będzie przygotowywać stosu dokumentów i uczestniczyć w postępowaniach konkursowych w ciągu najbliższych czterech lat. Oczywiście pod warunkiem, że nie zostaniemy z niej wyeliminowani. Ale to zmartwienie dopiero za cztery lata.

„W Holandii, gdzie funkcjonuje wiele kas chorych, ustalono plan optymalnego rozmieszczenia szpitali, który jest konsekwentnie realizowany”

Ryczałt

Każdy sposób płacenia, również ryczałtowe wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne, ma swoje zalety i wady. Zależy to również od tego, czy dotyczy to płatnika, czy zakładu leczniczego. Start jest jednakowy dla obu stron. Ani płatnik, ani zakłady lecznicze nie miały do tej pory do czynienia z tym sposobem wzajemnego rozliczania się. Dla obu stron jest to *novum*.

Jednak już na etapie wyliczenia ryczałtu dla konkretnego szpitala płatnik zyskał i ma przewagę. Wynika to z faktu, że ryczałt wyliczał jednostronnie płatnik, bez udziału szpitala. Tak przynajmniej było w województwie łódzkim. Wprawdzie wyliczeń dokonano tam na podstawie znanego obu stronom wzoru, jednak szpitalom nie zaproponowano ani udziału w tym procesie, ani możliwości sprawdzenia poprawności wyliczeń. Już samo ustalenie podstawy do wyliczeń, a była nią liczba świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez szpital w 2015 r., stanowiło problem. Wprowadzenie na początku 2015 r. pakietu onkologicznego spowodowało bowiem spore zakłócenie. Z dotychczasowych zakresów świadczeń realizowanych przez szpitale na oddziałach wydzielono część świadczeń, które miały być wykonywane w ramach pakietu onkologicznego. Jednak z tą realizacją pakietu było różnie. Większość szpitali, ze względu na bardzo zbiurokratyzowany sposób rozliczenia

„Na pewno zaletą bycia w sieci jest to, że nie trzeba będzie przygotowywać stosu dokumentów i uczestniczyć w postępowaniach konkursowych w ciągu najbliższych czterech lat”

tych świadczeń, po prostu nie realizowała pakietu. W najgorszym razie brak realizacji pakietu onkologicznego na danym oddziale szpitale rekompensowały nadlimitami w ramach podstawowego kontraktu dla tego oddziału. Zachwiało to jednak wartościami świadczeń zrealizowanych i sprawozdanych do NFZ za 2015 r.

Wzór wyliczenia ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy, czyli na IV kwartał 2017 r., zawierał współczynniki korygujące, których wartości szpital nie znalazł. W tym przypadku nawet nieświadoma pomyłka w naliczeniu ryczałtu ze strony płatnika, a przecież robili to tylko ludzie, mogła w dużym stopniu zaważyć na jego wartości. Tak wyliczona wartość ryczałtu na pierwszy okres powoduje ustalenie nowej struktury podziału budżetu funduszu między poszczególne szpitale. Struktura ta będzie podlegała minimalnym zmianom, jeżeli szpitale będą się starały mieścić w zaproponowanym im ryczałcie.

Ciasno w sieci

Ryczałtowe płacenie za udzielone świadczenia wprowadza swego rodzaju odpowiedzialność zbiorową szpitali w ramach jednego województwa. Jeśli szpital zrealizuje co najmniej 98% wartości ryczałtu w IV kwartale 2017 r., to na następny okres rozliczeniowy otrzyma 100% ryczałtu wyliczonego na pierwszy okres. Niby super. Wykonam 98% i mam o 2% niższe koszty, a mogę dostać 100%. Ale co będzie, jeśli w minimalnym stopniu przekroczę te 98%, a NFZ podczas kontroli zakwestionuje część świadczeń i stwierdzi, że szpital wykonał jednak mniej niż 98% ryczałtu? Sytuacja szpitala skomplikuje się jeszcze bardziej, jeżeli to stwierdzenie braku realizacji prognozy minimum nastąpi po zakończeniu realizacji kolejnego – drugiego, trzeciego i dalszych okresów rozliczeniowych. Czy Fundusz będzie korygował po kolei wyliczenia kolejnych ryczałtów? Tego nie wie nikt – ani szpitale, ani pewnie płatnik.

Nie wychylać się

Na następny okres rozliczeniowy szpital nie może otrzymać ryczałtu wyższego niż 105% ryczałtu obliczonego na pierwszy okres rozliczeniowy. Czy wobec

tego szpitalowi opłaci się przekroczenie tego ryczałtu? A jeżeli tak, to o ile? Jeżeli suma przekroczeń ryczałtów przez wszystkie szpitale w województwie będzie wyższa od sumy niewykonanych ryczałtów, to płatnikowi zostaną środki, które będzie mógł rozdysponować między szpitale, zwiększając im ryczałt na kolejny okres rozliczeniowy. Zwiększy go tym szpitalom, które ryczałt przekroczyły, a obniży tym, które wykonały mniej niż 98%. Może zdarzyć się taka sytuacja, że większość szpitali przekroczy ryczałt, ale nie otrzyma jego zwiększenia na następny okres, gdyż NFZ nie będzie dysponował nadwyżką środków – będzie przecież musiał zapłacić szpitalom, które ten ryczałt przekroczyły. Fundusz pewnie będzie tworzył rezerwy na takie sytuacje. Jego przewaga nad szpitalami polega na tym, że szpitale w danym województwie nie będą miały informacji, na jakim poziomie zrealizowały ryczałt za dany miesiąc, chyba że zaczną się dogadywać i wymieniać informacje pomiędzy sobą. W przeciwnym wypadku za zwiększony wysiłek i koszty nie otrzymają nagrody w postaci wyższego ryczałtu na następny okres rozliczeniowy.

Sieć w szpitalu

Wydaje się, że ryczałtowe wynagrodzenie za udzielone świadczenia zdrowotne powinno być dla szpitala korzystne. Pozwala bowiem elastycznie reagować na zapotrzebowanie na świadczenia oraz bardziej racjonalnie wykorzystać posiadany potencjał, zwłaszcza osobowy. Nie mogę wykonać ryczałtu na jednym oddziale lub w poradni, ale mam przekroczenia na innych oddziałach i w poradniach, więc w sumie zrealizowałem ryczałt. Niby wszystko jest w porządku. Płatnik nie powinien ingerować w takie sytuacje.

Ale czy tak będzie? Zarządzający szpitalami wiedzą, jaka jest rentowność poszczególnych świadczeń. Z punktu widzenia szpitala, zwłaszcza będącego w trudnej sytuacji finansowej, logiczne jest zmniejszanie liczby świadczeń bardziej kosztochłonnych, a zwiększanie liczby świadczeń o wysokiej rentowności. Tylko czy takie postępowanie będzie się pokrywało z rzeczywistymi potrzebami pacjentów? Ryczałtowe płacenie za świadczenia zdrowotne miało być sposobem na to, by szpital nie wybierał sobie pacjentów i nie odsyłał tych trudnych, czytaj „kosztochłonnych”. Czy to się sprawdzi?

Co będzie, jeśli w podobny sposób będą reagować sąsiadujące ze sobą szpitale? Przecież w większości z nich wiadomo, które oddziały są bardziej, a które mniej rentowne. Czy takie zachowanie szpitali nie wywoła skutków odwrotnych do zamierzonych? Czy nie wydłuży kolejek zamiast zwiększyć dostępność i skrócić czas oczekiwania?

Janusz Atłachowicz
Autor jest dyrektorem Szpitala Powiatowego w Wieluniu.