

Co dalej ze szpitalami powiatowymi?



Fot. iStockphoto.com

Paraliż decyzyjny

Takie pytanie zadaje sobie teraz pewnie prawie sześciuset zarządzających szpitalami sieciami. Według danych z 2017 r. było ich 594. Kierujący tymi placówkami chcieliby wiedzieć, co zamierza osiągnąć Ministerstwo Zdrowia w zakresie leczenia szpitalnego.

Jak mają się zmieniać szpitale z poszczególnych poziomów zabezpieczenia medycznego? Jaką rolę mają odgrywać w systemie? Do jakiego celu dążyć?

Dlaczego to jest takie ważne? Bo trudno sterować statkiem, jakim jest szpital, gdy kapitan nie zna portu przeznaczenia. Tym bardziej że wiele z tych statków jest mocno przerdzewiałych i ledwie utrzymuje się na powierzchni wody. A teraz ich kapitanowie otrzymali informacje o tym, jakimi budżetami w ramach umowy ryczałtu będą dysponować do końca tego roku.

Ryczałt – paliwo dla statku

Z miesięcznym opóźnieniem (ryczałt powinien być podany na koniec marca 2019 r.) poszczególne oddziały NFZ poinformowały szpitale w formie oświadczenia o składowych ryczałtu na 2019 r. oraz o wartości samych ryczałtów. Udział ryczałtu w strukturze przychodów szpitali powiatowych wynosi zwykle pomiędzy 40 a 65 proc. lub więcej. Ryczałt ma więc duże znaczenie dla przychodów szpitala, zwłaszcza powiatowego. Minęła już 1/3 roku, a kapitanowie statków dopiero dowiedzieli się, jaki będzie ich ostateczny przychód z NFZ jako suma ryczałtu i przychodów z pozostałych umów. Kapitanowie wydają pieniądze od stycznia, a na koniec kwietnia dowiedzieli się, ile mogą wydać w tym roku.

Partyzantka i improwizacja

Jak to się ma do planu finansowo-rzeczowego, według którego powinny funkcjonować szpitale? Ano nijak. Trudne albo prawie niemożliwe jest dobre zarządzanie szpitalem (który ma praktycznie wszystkie znamiona przedsiębiorstwa) bez dobrze sporządzonego planu finansowo-rzeczowego. Konsekwentna realizacja tego planu powinna doprowadzić do przewidywanego celu – osiągnięcia zaplanowanego wyniku finansowego szpitala na koniec 2019 r.

Czy da się to wykonać? Na realizację zostały już tylko 2/3 roku. Dużo zależy od tego, jak zarządzający zaplanowali przychody na rok 2019, czy ogłoszone wartości ryczałtów odpowiadają zaplanowanym. Jeśli ryczałty są wyższe od zaplanowanych, to jeszcze pół biedy. Gorzej, gdy zaplanowany przychód z ryczałtu jest znacznie wyższy niż ryczałt ustalony przez NFZ (obliczony według wzoru byłego ministra Gryzy) i przekazany szpitalom. Jak zarządzający zaplanowali w 2018 r. lub na początku 2019 r. przychody z tytułu ryczałtu na ten rok, wiedzą tylko oni. Teraz dowiedzieli się, na jakie realne przychody mogą liczyć. Mogą oczywiście dokonać zmiany planu na 2019 r. i przeprowadzić procedurę jego zatwierdzenia. Mogą go też realizować, co nie będzie łatwe. Pozostało jeszcze trochę czasu w pierwszej połowie roku oraz całe drugie pół-

„W rzeczywistości podwyższona wycena świadczeń jest prawie niezauważalna w przychodach szpitali”

roczce. Maj jest „nienormalnym” miesiącem ze względu na długi weekend – dużo kosztownych dyżurów medycznych, mało pacjentów do planowego leczenia, bo oni też wypoczywają. Czerwiec jest w miarę normalny, choć już częściowo wakacyjny i ubywa pracowników. Drugie półrocze to dwa miesiące wakacji, okres największego nasilenia urlopów pracowników, co osłabia potencjał szpitali do świadczenia usług.

I jeszcze dwa „nienormalne” miesiące, jakimi są listopad i grudzień. W listopadzie zbitka świąt zmarłych i niepodległości może być powtórką weekendu majowego. Z kolei w grudniu pacjenci niechętnie się leczą, zwłaszcza w jego drugiej połowie. A pracownicy muszą pełnić wiele dyżurów medycznych, co generuje koszty. Ta sezonowość „kalendarzowa” oraz epidemiologiczna (zachorowalność zwłaszcza dzieci) była i jest.

Co z tego, skoro NFZ jej nie zauważa? Plan realizacji jest rozłożony równo na 12 miesięcy. Chociaż, jeżeli udział wynagrodzeń w kosztach szpitala ogółem sięga już, a nawet przekracza często 85 proc., to może i jest to racjonalne. Pozostaje tylko pytanie dla kapitanów, jak z pozostałych 15 proc. sfinansować paliwo i opłaty portowe, czyli zabezpieczyć szpital we wszystko to, co jest niezbędne do normalnego funkcjonowania, poza czynnikiem ludzkim.

W szpitalu powiatowym, którym zarządzam, w 2018 r. plan lecznictwa szpitalnego na I półrocze zrealizowaliśmy w ponad 104 proc., ale w drugim półroczu zaliczyliśmy dołek sezonowy (w listopadzie dołożono nam poza planem i kalendarzem dodatkowy dzień świąteczny) i realizacja tak się zmniejszyła, że ostatecznie nie osiągnęliśmy 98 proc. ryczału. Czyli minimum gwarantującego nam zachowanie ryczału z roku poprzedniego. Do realizacji planu rocznego zabrakło kilku dziesiątych procenta. Skutek jest taki, że mamy zmniejszony ryczałt na 2019 r.

Ustalanie ryczału

Nie mogę pojąć, dlaczego oddziały NFZ (nie tylko łódzki) jak największej tajemnicy strzegą sposobu wyliczenia ryczału dla poszczególnych szpitali. Dwukrotnie zwracałem się do mojego oddziału z wnioskiem o podanie nie tylko składowych ryczału i jego wartości, ale sposobu jego wyliczenia. W odpowiedzi otrzymałem cytaty przepisów o sposobie ustalenia ryczału i konkluzję, że podane składowe umożliwiają mi jego wyliczenie dla mojego szpitala. Pewnie tak, tylko najlepszym sposobem sprawdzenia poprawności

wyliczeń (dla obu stron) byłoby porównanie wyliczenia dokonanego przez oddział NFZ z wyliczeniem szpitala. Takiej możliwości oddział nam nie daje. Mój oddział „przekazał (w formie elektronicznej) składowe dotyczące ustalenia ryczału PSZ dokonanego na podstawie Rozporządzenia [...] na okres planowania od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r.”, wymieniając i podając wartości dla 17 składowych. Określił też „wartość ryczału na okres planowania wynikający z powyższych składowych”, podając kwotę w złotych. Fundusz zamieścił też informację, że „Przekazana świadczeniodawcom dokumentacja jest korespondencją bezzwrotną, co oznacza, że nie ma konieczności odsyłania podpisanych przez świadczeniodawców dokumentów do Oddziału”. Ja to odczytuję tak: my (oddział funduszu) ustaliliśmy (wyliczyliśmy) ci wartość ryczału na podstawie podanych składowych i nie masz tu nic do gadania, nawet nie oczekujemy od ciebie jakiegokolwiek odpowiedzi.

W ślad za tą korespondencją, bo przecież nie oczekiwali jakiegokolwiek reakcji ze strony świadczeniodawców, przesłano już w formie papierowej „Oświadczenie o wysokości ryczału w umowie... o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie państwowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, **zawarte...**”. Oświadczenie to raczej czynność jednostronna. Tu konkretnie oświadcza się oddział Funduszu. Z kim w takim razie ma być **zawarte** to oświadczenie? Nie podjęto nawet próby partnerskiego podejścia do tej tak ważnej – dla obu stron – sprawy. Oddział zakłada swoją nieomyślność, nie oczekując reakcji drugiej strony, czyli szpitala. Gdyby ryczałt wyliczał komputer, to może mógłbym się z tym zgodzić. Chociaż aby komputer dokonał obliczeń, ktoś (omylny bardziej od komputera człowiek) musi do niego wprowadzić określone dane. Ryzyko pomyłki istnieje i jest dość duże, co potwierdzają sytuacje z kraju, gdy ryczałt podlegał zmianie po interwencji szpitala. A to oznacza, że oddział, obliczając ryczałt, czegoś nie uwzględnił lub po prostu się pomylił. Pomyłka mogła być na korzyść szpitala (niekorzyść NFZ), ale możliwe są również sytuacje odwrotne – szpitalowi wyliczono ryczałt za duży. Fundusz, unikając weryfikacji ze strony szpitala, nigdy się o tym nie dowie. Dziwi takie podejście oddziałów i brak reakcji ze strony Centrali NFZ.

Propaganda sukcesu?

Szpitale powiatowe już jesienią 2018 r. sygnalizowały gwałtowny wzrost kosztów, spowodowany głównie ustaleniami ministra zdrowia z pielęgniarkami i położnymi oraz z rezydentami w zakresie wzrostu ich wynagrodzeń. Potem Ministerstwo Zdrowia zaproponowało lekarzom specjalistom zatrudnionym na umowy o pracę wzrost wynagrodzeń za podpisanie „lojalki” – zobowiązania do pracy w jednym szpitalu. Ministerstwo, tak hojne dla wymienionych grup zawodowych (i słusznie, gdyż ich wynagrodzenia były

bardzo niskie), nie było już tak wspaiałomyślne przy rekompensowaniu szpitalom wzrostu kosztów spowodowanych tymi zmianami przepisów. Twierdziło publicznie, że zwiększa strumień pieniędzy przekazywanych szpitalom (poprzez dodatkowe aneksy do umów z NFZ) na pokrycie wzrostu kosztów z tego tytułu. Jak się okazało, rekompensata nie była całkowita. Szpitale musiały z własnych środków dokładać do wynagrodzeń, co oczywiście pogorszyło ich, i tak nie najlepszą, kondycję finansową. To dogadanie się ministra zdrowia z trzema grupami zawodowymi w zakresie podwyżek wynagrodzeń spowodowało, moim zdaniem uzasadniony, wzrost oczekiwań pozostałych grup pracowników szpitali. Oni poczuli się pominięci, a też chcą zapewnienia wzrostu wynagrodzeń. Przecież to logiczne, że na normalne funkcjonowanie szpitala mają wpływ nie tylko lekarze, pielęgniarki i położne oraz rezydenci, ale także wiele innych grup: fizjoterapeuci, technicy RTG, diagnosta laboratoryjni, pracownicy aptek lub działów farmacji szpitalnej, pracownicy obsługi technicznej czy choćby administracja. Bez tych grup zawodowych szpital nie będzie funkcjonował. A pan minister, składając obietnice kolejnym grupom – fizjoterapeutom czy technikom RTG, jakby zatrzymał się na swojej drodze podwyższania wynagrodzeń poprzez osobiste ustalenia z grupami zawodowymi, co czynił poprzednio, na rzecz przerzucenia tego obowiązku na dyrektorów szpitali. A skąd dyrektorzy mają mieć pieniądze na podwyżki dla tych grup? I tu media donoszą o kolejnych środkach, którymi NFZ zasili szpitale. Podawano, że do szpitali trafi 680, 700, a nawet 717 mln zł. Od marca tego roku obiecywano zwiększenie wyceny świadczeń, głównie z zakresu interny i chirurgii, co miało wpłynąć na poprawę kondycji finansowej szpitali i umożliwić dyrektorom zwiększanie wynagrodzeń pozostałym grupom zawodowym.

Niezauważalne podwyżki

W rzeczywistości podwyższona wycena świadczeń jest prawie niezauważalna w przychodach szpitali, gdyż daje ok. 1 proc. wzrostu wartości przychodów. Teraz, po ogłoszeniu przez NFZ wartości ryczałtów na 2019 r., szpitale mają problemy z ustaleniem, na ile wzrost ryczałtu spowodowany jest wzrostem wyceny niektórych świadczeń, a na ile wynika ze zwiększenia samego ryczałtu. Media informowały, że ryczałty dla szpitali powiatowych będą wyższe o 3 proc. Gdyby dodać w prosty sposób 1 proc. podwyższenia przychodów z tytułu wzrostu wycen świadczeń do 3 proc. wzrostu wartości ryczałtu, to otrzymamy 4 proc. wzrostu przychodów. Niby dużo, ale i tak nie zrekompensuje to szpitalom zwiększenia kosztów wynagrodzeń podwyższonych już w 2018 r. A skutki tych podwyżek w 2019 r. jeszcze się nasilą. Przed nami (zarządzającymi szpitalami, bo minister jakby się z tego wycofuje) spełnienie oczekiwań wzrostu wynagrodzeń grup zawodowych

„ Nie mogę pojąć, dlaczego oddziały NFZ jak największej tajemnicy strzegą sposobu wyliczenia ryczałtu dla poszczególnych szpitali ”

wymienionych wyżej. W maju swój protest rozpoczęli fizjoterapeuci. Technicy RTG oczekują wzrostu wynagrodzeń o 1,6 tys. zł, czyli tyle, ile uzyskały pielęgniarki.

Zwykły zjadacz chleba, nieorientowany w funkcjonowaniu systemu, widzi, słyszy i czyta, jak wielkie pieniądze są przeznaczane dla szpitali. A odczuwalnej dla pacjenta poprawy nie widać. Kolejki oczekujących, może poza wszczepianiem endoprotez udowych i kolonowych oraz operacjami zaćmy, nie maleją. Pracownicy szpitali nie otrzymują też oczekiwanych podwyżek. Brak fachowego personelu medycznego powoduje nasilenie się zjawiska okresowego zawieszania działalności oddziałów szpitalnych oraz ich zamykania. Dotyczy to głównie oddziałów neonatologicznych, położniczych, wewnętrznych, a ostatnio również oddziału chirurgii. Sam przeszedłem proces zamknięcia oddziału chirurgii dziecięcej z powodu braku lekarzy chirurgów dziecięcych.

Zobowiązania szpitali

Najbardziej wymownym i trudnym do podważenia znakiem pogarszającej się kondycji finansowej szpitali, również szpitali powiatowych, jest największy od ponad 10 lat roczny przyrost zobowiązań ogółem szpitali publicznych. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia można wyczytać, że stan zobowiązań na koniec IV kwartału 2017 r. wynosił 11 757 mln zł. Stan zobowiązań na koniec IV kwartału 2018 r. wyniósł 12 843 mln zł. W skali roku nastąpił wzrost zobowiązań o prawie 1,1 mld zł. Pełne dane będą znane po tym, jak wszystkie szpitale przejdą proces zatwierdzania sprawozdań finansowych za 2018 r. Ale jest to bardzo poważny sygnał wskazujący na problem finansowy szpitali w ogóle, a szpitali powiatowych szczególnie. Nie mają one bogatych właścicieli (samorządy powiatów), którzy będą w stanie pokryć ujemny wynik swojego szpitala za 2018 r. Plan finansowy mojego szpitala na 2019 r. przewiduje stratę dwukrotnie wyższą niż w 2018 r. Tę samą tendencję obserwuje wśród szpitali powiatowych Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych. Czy jest szansa na uzyskanie wzrostu finansowania szpitali powiatowych choćby o 10 proc.? W przeciwnym wypadku ich liczba będzie jednak maleć. Ale może o to (po cichu) chodzi?

Janusz Atłachowicz

Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.