



Fot. © iStockphoto.com 3x

Puszka Pandory

Pandora dostała w posagu szczelnie zamkniętą glinianą beczkę (w literaturze europejskiej na ogół zwaną puszką Pandory), którą wraz ze swoim mężem Epimeteuszem z ciekawości otworzyła. Okazało się, że wewnątrz znajdowały się wszelkie nieszczęścia, które rozprzeczły się na cały świat. Zgodnie z wolą Zeusa na dnie beczki była jednak nadzieja. Taką puszkę Pandory otworzył minister Szumowski, umawiając się z rezydentami.

Jaka piękna katastrofa nas czeka – początkowo taki tytuł miał mieć ten artykuł. Ale zmieniłem go, ponieważ nadal jestem niepoprawnym optymistą. Liczę na to, że zawiadujący systemem zaczną jednak zachowywać się racjonalnie i proponować przemyślane rozwiązania. Po prostu nie będzie już innego wyjścia.

Sieć

System ochrony zdrowia, a głównie szpitalnictwo, cały czas jest poddawany zmianom. Zarządzający w tym systemie, zwłaszcza tacy z kilkunastoletnim doświadczeniem, już się do tego przyzwyczaili. Może dlatego tak gładko przeszliśmy z systemu płacenia szpitalom za realizację kontraktu na ryczałt? A może to jeszcze efekt działania siły bezwładności, która spowodowała, że rozpędzony moloch polskich szpitali nie przestawił się na nowy model finansowania świadczeń?

Patrząc z perspektywy czasu na zmiany, które weszły w życie 1 października 2017 r., widzę jedną bardzo

ważną różnicę. Tamta zmiana została wsparta dodatkowymi środkami z NFZ w wysokości ok. 1,5 mld zł. W związku z zamknięciem okresu rozliczeniowego z końcem września 2017 r. NFZ zapłacił szpitalom praktycznie za wszystkie zrealizowane świadczenia. Nie wiem, jak było w innych oddziałach wojewódzkich NFZ. Nasz – łódzki – zapłacił za wszystko, chociaż nie za wszystko 100% ceny. Szpital, którym zarządzam, na IV kwartał 2017 r., czyli na pierwszy okres rozliczeniowy, otrzymał ryczałt wyższy o prawie 4% w stosunku do wartości umowy kontraktowej. Trudno zweryfikować, w jakim stopniu przyczyniła się do tego realizacja kontraktu za 2015 r. (podstawa obliczenia ryczałtu), a w jakim stopniu wzrost ceny za punkt. Te zwiększone przychody oraz realizacja programu naprawczego i obniżka kosztów spowodowały, że 2017 r. zamknęliśmy prawie na zero. Samorząd powiatu się ucieszył, gdyż nie musiał pokrywać ujemnego wyniku finansowego szpitala. Na pokrycie ujemnego wyniku za 2016 r.

samorząd musiał wyasygnować w czerwcu 2017 r. ze swojego budżetu ok. 1,2 mln zł.

Obserwując dane na temat wyników ekonomicznych szpitali, w tym zobowiązań wymagalnych i niewymagalnych, można było zauważyć poprawę kondycji i spadek poziomu zobowiązań. Obecnie Ministerstwo Zdrowia też się chwali, że ponad 70% szpitali uzyskuje dodatnie wyniki finansowe, a wzrost zobowiązań szpitali do prawie 12 mld zł (wg stanu na koniec czerwca 2018 r.) tłumaczy faktem udzielania większej ilości świadczeń. I wszystko byłoby w porządku, gdybyśmy wiedzieli, z jakich środków zostanie sfinansowany ten wzrost ilości udzielonych świadczeń.

Ryczałt

Wspomniałem wcześniej, co pomogło szpitalom dość dobrze finansowo zakończyć funkcjonowanie i wejść w ryczałt. Mamy za sobą dwa okresy rozliczeniowe ryczałtu: IV kwartał 2017 r. oraz I półrocze 2018 r. Jesteśmy (20 września) w połowie trzeciego okresu rozliczeniowego (II półrocze 2018 r.) i zapewne lada moment dowiemy się od NFZ, jakie wyliczył nam ryczałty do realizacji do końca tego roku. Czyli nareszcie będziemy znali stronę przychodową naszego rachunku, a tym samym będziemy mogli „zaplanować” wynik na koniec 2018 r. Na jego realizację będą aż trzy miesiące.

Dwa długie weekendy w listopadzie oraz okres przedświąteczny i same święta w grudniu nie ułatwią nam sprawy. Może martwię się na zapas, bo teraz problemem jest tak zarządzać szpitalem, żeby zrealizować nie mniej niż 98% wartości ryczałtu za okres poprzedni. Przekraczanie ryczałtu zwyczajnie się nie opłaca – nie otrzymamy zapłaty za świadczenia udzielone ponad ryczałt. Ponosimy koszty w obecnym okresie rozliczeniowym, co ma negatywny wpływ na wynik, a ewentualny wyższy ryczałt otrzymamy na następny okres rozliczeniowy, czyli na rok 2019. Pod warunkiem, że czwartym okresem rozliczeniowym ryczałtu będzie już cały rok kalendarzowy. Model płacenia ryczałtowego jest korzystny dla NFZ, który pozbył się problemu „nadlimitów”. Dla szpitali to swoisty szklany sufit, który uniemożliwia zwiększanie przychodów. Zarządzający oczywiście mają duże pole manewru, bo pozostaje druga wartość, na którą mają wpływ – koszty.

I tu otworzyła się puszka z nieszczęściami – wspólnie nam panujący minister zdrowia zafundował szpitalom dynamiczny wzrost kosztów. Raczej nie celowo, ale tak się złożyło, że zostały one wszystkie skumulowane w drugim półroczu tego roku i będą miały olbrzymi negatywny wpływ na wyniki ekonomiczne szpitali za rok 2018.

Nieszczęście 1 6750 zł dla lekarza specjalisty od lipca 2018 r.

Wynagrodzenie zasadnicze lekarzy specjalistów zatrudnionych na umowę o pracę wzrosło do 6750 zł, pod

„System ochrony zdrowia cały czas jest poddawany zmianom. Zarządzający w tym systemie, zwłaszcza tacy z kilkunastoletnim doświadczeniem, już się do tego przyzwyczaili”

warunkiem podpisania tzw. lojalki. Fundusz ma zrefundować szpitalom różnicę pomiędzy 6750 zł a obecnym wynagrodzeniem zasadniczym lekarza specjalisty wraz z kosztami wynikającymi z jego dodatku stażowego. Pozostałe koszty: wzrost dodatku funkcyjnego (jeżeli w zakładowym regulaminie wynagradzania jest zapisany jako procent od wynagrodzenia zasadniczego), wzrost kosztów dyżurów wraz pochodnymi – to już sprawa szpitala.

Nieszczęście 2 Wzrost minimalnego wynagrodzenia zasadniczego pracowników ochrony zdrowia, również od lipca 2018 r.

Zgodnie z przepisami szpital był zobowiązany podwyższyć wynagrodzenie zasadnicze o 20% różnicy pomiędzy wynagrodzeniem wyliczonym wg przepisów a obecnym wynagrodzeniem zasadniczym pracownika. Tu ministerstwo nie przewidziało już rekompensaty ani samego wzrostu wynagrodzenia zasadniczego, ani tym bardziej jego pochodnych. Podobno ma zapłacić NFZ. Nie wiadomo, czy poprzez zwiększenie wartości ryczałtów, ceny, czy jednego i drugiego.

Nieszczęście 3 Włączenie do wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych 1100 zł z dodatku Zembali od 1 września 2018 r.

Tak duży wzrost wynagrodzenia zasadniczego powoduje, że rosną wszystkie jego pochodne. Jeżeli pielęgniarka ma wynagrodzenie zasadnicze tylko 1700 zł (w moim szpitalu jest to duża część pielęgniarek), po włączeniu dodatku zwiększy się ono o prawie 40%. Wynagrodzenie za dyżury pielęgniarek to ok. 35% wynagrodzenia zasadniczego. Wraz z pochodnymi koszt pracy pielęgniarki szybuje ostro w górę. Według obliczeń szpitali z tytułu włączenia tego dodatku do wynagrodzenia zasadniczego szpital będzie musiał dołożyć z własnego budżetu minimum 300 zł (niektórzy szacują, że nawet do 500 zł) do każdego etatu pielęgniarki i położnej na miesiąc. Nie wskazano, kto ma sfinansować ten gwałtowny wzrost kosztów wynagrodzeń. Bo tylko część będzie nadal finansowana z dodatku Zembali. Tu też „wszystkie oczy na NFZ”, który jest głównym finansującym szpitale.



„Minister zdrowia zafundował szpitalom dynamiczny wzrost kosztów. Raczej nie celowo, ale tak się złożyło, że skumulowały się one w drugim półroczu tego roku”

Z powodu tych trzech nieszczęść koszty szpitala powiatowego zatrudniającego ok. 450 osób, z rocznym budżetem na poziomie ok. 50 mln zł, wzrosną tylko w drugim półroczu o prawie 1,5 mln zł. Licząc w skali roku, to wzrost kosztów prawie o 7%.

Po wypłacie już zwiększonych wynagrodzeń za sierpień, ale jeszcze przed ich znacznym podniesieniem z tytułu włączenia dodatku Zembali, ok. 85% przychodów muszą przeznaczyć na wynagrodzenia dla osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę i umów cywilnych. Znam szpitale, w których już teraz ten udział jest wyższy, nawet ponad 90%. Jak długo jestem w stanie prowadzić normalną działalność, czyli bezpieczną dla pacjentów i samego szpitala, jeśli na tzw. rzeczówkę będę mógł przeznaczać 15% przychodów zamiast 40–45%?

Nieszczęście 4 Pominięci

Minister, dogadując się w sprawach wynagrodzeń najpierw z rezydentami, a potem z pielęgniarkami i ratownikami, zdemolował resztki chwiejnej równowagi, jaka panowała w szpitalach pomiędzy grupami zawodowymi. Mimo podpisanych porozumień nie zaspokoił oczekiwań tych, z którymi rozmawiał, a wzbudził niepokój wynikający z pominięcia we wzroście wynagrodzeń innych pracowników współtworzących szpital. Stąd oczekiwania kolejnych grup zawodowych,

które stoją w kolejce do rozmów z ministrem na temat podniesienia płac, a za chwilę mogą stać na ulicach. Niektóre już ustaliły i ogłosiły kalendarz ulicznych manifestacji.

Nieszczęście 5 Wyścig po kasę

Zachwiane proporcje wysokości wynagrodzeń pomiędzy rezydentami a specjalistami i podwyższenie wynagrodzenia lekarzom specjalistom za „lojalkę” już wzbudziły oczekiwania wzrostu wynagrodzeń lekarzy specjalistów zatrudnianych na podstawie umów cywilnych, a zapewne będą powodować ich eskalację. Skoro specjalista zatrudniony na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem zasadniczym 6750 zł, pełniąc 3–4 dyżury w miesiącu, uzyska stawkę 80–90 zł na godzinę, to specjalista zatrudniony na podstawie umowy cywilnej będzie oczekiwał stawki co najmniej o 25% wyższej. Jego umowa obejmuje bowiem znacznie więcej ryzyk i kosztów, które musi ponieść.

Nieszczęście 6 „Lojalka”

Nikt nie wie, jakie będą efekty podpisywania „lojalki”. Już wiadomo, że zdecydowało się na to znacznie więcej lekarzy specjalistów, niż szacowano. W przypadku mojego szpitala to ponad 60% lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę. Nie mam żadnej wiedzy – oprócz efektu wzrostu kosztów, jakie będzie zachowanie lekarzy „nie moich”, którzy do tej pory dyżurowali w naszym szpitalu. Mogę mieć problem z obsadą dyżurów już w październiku. Najgorsze jest to, że niczego nie jestem w stanie zaplanować. Czyli znowu zarządzanie kryzysem, a nie normalne zarządzanie.

Nieszczęście 7 Urlop szkoleniowy dla pielęgniarek od 2019 r.

W „dołku” wynikającym z braku lekarzy już jesteśmy. Choć nie wiem, czy na jego dnie. „Dołek” wynikający z braku pielęgniarek chyba dopiero przed nami. Dodatkowy urlop to nie tylko wzrost kosztów, ale także problem z zapewnieniem odpowiedniej obsady pielęgniarek. Na oddziałach niezabiegowych może jakoś sobie z tym poradzimy, ale na takich oddziałach, jak anestezjologia, neonatologia czy wśród instrumentariuszek z bloku operacyjnego, będzie to znacznie trudniejsze. A to oznacza np. zmniejszenie liczby wykonywanych operacji. Odpowiedź na pytanie, czy zmniejszy się kolejka pacjentów oczekujących na wszczęcie endoprotezy, wydaje się oczywista.

Nieszczęście 8 Aktuarialna rezerwa na świadczenia pracownicze

Gwałtowny wzrost wynagrodzeń zasadniczych pracowników zatrudnionych na umowę o pracę w tym roku spowoduje, że znacznie zwiększą się aktuarialne rezerwy na świadczenia pracownicze. Są one obliczane na podstawie wynagrodzenia zasadniczego i obejmują

przyszłe koszty wynikające z prawa pracowników do odpraw emerytalnych i nagród jubileuszowych.

Nieszczęście 9 Konieczność pokrycia ujemnego wyniku finansowego szpitala przez organy tworzące, czyli samorządy – powiatowy i wojewódzki

Nawet jeżeli w I półroczu tego roku szpital osiągał wyniki zgodne z planem finansowym, to utrzymanie się w ryzach w II półroczu jest raczej niemożliwe. Bo który dyrektor lub prezes albo jacy księgowi, nawet z długoletnim stażem w szpitalu, byli w stanie przewidzieć i uwzględnić w planach taki wzrost kosztów, jaki zafundował nam pan minister? Wzrost kosztów aktuarialnej rezerwy na świadczenia pracownicze ma wpływ na wynik finansowy szpitala – spowoduje powiększenie straty, którą samorząd będzie zobowiązany pokryć. Samorządowcy są obecnie zaabsorbowani kampanią wyborczą i nie wiedzą, jaka czeka ich niespodzianka w 2019 r. Dotyczy to oczywiście tych osób, które zasiądą w nowych samorządach – wybrane powtórnie lub po raz pierwszy. Będą musiały podjąć decyzję o pokryciu straty szpitala lub jego likwidacji. Z tej drugiej możliwości pewnie nikt nie skorzysta, nawet jeżeli byłaby zasadna i nie powodowała znacznego pogorszenia dostępu mieszkańców do świadczeń zdrowotnych. Pozostanie więc zapłata, czyli uszczuplenie środków, którymi dysponuje samorząd na zadania własne.

Nadzieja 1 Pozytywne efekty wprowadzanych zmian

Wymieniając nieszczęścia, skupiłem się głównie na negatywnym wpływie wprowadzanych zmian na finanse i organizację szpitala oraz na system ochrony zdrowia. Ale to wcale nie musi oznaczać, że nie wyniknie z nich nic pozytywnego. O podniesienie żenująco niskich wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia wołano już od dłuższego czasu. W końcu się to stało. Może dzięki temu młodzi ludzie częściej niż dotychczas będą się decydować na kształcenie w zawodzie lekarza, pielęgniarki, położnej czy w innym zawodzie medycznym. W pielęgniarstwie daje się już zauważyć zwiększone zainteresowanie zawodem opiekuna medycznego. Część pielęgniarek, które odeszły z zawodu, wyraża zainteresowanie powrotem do jego wykonywania. Może w tym również pomóc 6 dni urlopu szkoleniowego oraz zapowiedź wprowadzenia funkcji asystentki pielęgniarki.

Nadzieja 2 Wzrost poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia

Pisząc o wzroście poziomu finansowania, nie mam na myśli tzw. ustawy 6%. Z jej efektów będziemy mogli skorzystać pewnie dopiero w 2020 r. W latach 2018 i 2019 nie spowoduje ona wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Zapisane w niej wskaźniki



„Prowadzące szpitale samorządy, zaabsorbowane kampanią wyborczą, nie wiedzą, jaka niespodzianka czeka je w 2019 r.”

procentowe na te lata zostaną zapewne osiągnięte bez przekazania środków z budżetu państwa. Z uwagi na malejące bezrobocie, wzrost wynagrodzeń oraz dobrą koniunkturę w gospodarce (nie wiem, na ile jest ona wynikiem propagandowych działań rządzących, a na ile jest to stan rzeczywisty) i szczególny okres, jakim są zbliżające się wybory samorządowe, może możemy liczyć na „dosypanie pieniędzy”. Nie pochwalam takich doraźnych zastrzyków, ale dla szpitali (lub ich oddziałów) może to być kroplówka, bez której część z nich po prostu nie przetrwa. Szpitale powiatowe liczą skutki wprowadzanych zmian i mam nadzieję, że te liczby się obronią – przekonają do korekty i złagodzenia negatywnych efektów już zrealizowanych, a także planowanych działań.

Bo jedno jest pewne – zmiany. Zmian, jak widać, się nie boimy. Chcemy tylko mieć możliwość ich planowania i wprowadzania w sposób racjonalny. Bez takiego zamętu, jaki zgotował nam minister zdrowia, kiedy czynił ustalenia i podejmował decyzje, zapewne nie zdając sobie sprawy z ich skutków. Niestety takie eksperymenty zwykle kończą się na ulicach, a nie na rzeczowych rozmowach. Minister nie odżegnuje się od rozmów, więc jest nadzieja w tej puszczy Pandory.

Janusz Attachowicz
Autor jest dyrektorem SPZOZ w Wieluniu.