

## Algorytm liczenia wartości kontraktów pod lupą



Fox, gettyimages.com

Sieć szpitali staje się faktem. I wcale nie chodzi o kolejny cud gospodarczy, ale o taką przebudowę struktury szpitali, aby koncentrować pieniądze w wybranych placówkach, podzielonych co do wielkości zasobów. Najważniejszy staje się klucz podziału środków, jeśli bowiem nadrzędnym założeniem jest odejście od systemu płacenia za usługi, to pozostaje jedynie przyznawanie określonych budżetów. Zatem to nie cud, ale po prostu dzielenie pieniędzy z jednoczesnym monitorowaniem swoiście pojętej gospodarności.

Kto obsłuży więcej pacjentów, ten ma szansę na większy budżet. Pozostaje tylko pytanie, czy ten większy budżet sam w sobie ma być celem dla szpitali i czy jego osiągnięcie będzie dla nich powodem do radości.

### $R_i$ i $L_i$ , czyli kto tu się myli?

Dotychczasowe analizy wzoru na obliczanie wartości ryczałtu budziły szereg wątpliwości, a kolejne jego interpretacje (w tym te powstałe po wyjaśnieniach Ministerstwa Zdrowia) nie wywołały entuzjazmu. Kluczową kwestią stał się brak jasnego mechanizmu zapewniającego relatywny wzrost wartości kontraktu w powiązaniu ze wzrostem liczby wykonanych świadczeń. Na stronie „Menedżera Zdrowia” opublikowałem wyliczenia wartości kontraktu z zastosowaniem wzoru na obliczanie ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy. Ich wyniki były zatrważające, jednak Ministerstwo Zdrowia – odnosząc się do moich wniosków – wytłumaczyło, że to ja źle czytam wyjaśnienie znajdujące się w rozporządzeniu. Bo mimo iż opis zmiennych odnosi się do konkretnego świadczeniodawcy, to autorzy wzoru mieli na myśli

sumę wartości wszystkich świadczeniodawców. Nie do końca mnie to przekonuje – zgodnie z objaśnieniami do wzoru zapisanego w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz do wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania przyjęto, że występujące we wzorze na obliczenie wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia oznaczenia  $R_i$  oraz  $L_i$  symbolizują odpowiednio:  $R_i$  – ryczałt danego świadczeniodawcy w okresie obliczeniowym, to jest w okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia,

$L_i$  – liczbę jednostek świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez danego świadczeniodawcę w okresie obliczeniowym, to jest w okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia.

Zdefiniowano zatem znaczenie symboli występujących we wzorze służącym do obliczenia wartości  $C_i$

i przypisano je do poziomu poszczególnych świadczeniodawców. Dla rozstrzygnięcia, w jaki sposób należy obliczać współczynnik  $C_i$ , największe znaczenie ma występujący zarówno w liczniku, jak i w mianowniku symbol  $\Sigma$ .

$$C_{i+1} = W \frac{\sum_{i=1}^o R_i}{\sum_{i=1}^o L_i}$$

Jeżeli mowa jest o danych dotyczących danego świadczeniodawcy,  $\Sigma$  wskazuje na konieczność dokonania obliczeń na podstawie sumy danych liczbowych dotyczących wyłącznie jednego podmiotu. Świadczeniodawca ten udziela bowiem świadczeń w różnych profilach stanowiących podstawę kwalifikacji do systemu zabezpieczenia oraz w profilach dodatkowych. Nie bez znaczenia jest ten fakt wobec różnic pomiędzy taryfikacją poszczególnych profili, a nawet pomiędzy świadczeniami w poszczególnych profilach jednego świadczeniodawcy. Nie można zatem mówić o nieprawidłowym skróceniu  $\Sigma$  w toku dokonywanych obliczeń, a o jej przełożeniu na sumowanie świadczeń w poszczególnych profilach. W przypadku braku wskazania dotyczącego sumowania wartości poszczególnych profili mogłaby powstawać wątpliwość co do prawidłowości podstawienia zsumowanych zakresów do wzoru dla danego świadczeniodawcy.

Co ważne, symbol  $\Sigma$  pojawia się we wzorze także w odniesieniu do współczynników  $Q_j$ , czyli współczynników korygujących, związanych z jakością procesu udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę w danym okresie obliczeniowym.

Gdyby przez analogię ze wskazanym przez Ministerstwo (w odpowiedzi rzecznika prasowego) sposobem obliczenia współczynnika  $C_i$  przyjąć interpretację dotyczącą sumowania danych liczbowych wszystkich uczestników systemu zabezpieczenia, można by dojść do wniosku, że jakość także należałoby oceniać w ujęciu całościowym. W tabeli dotyczącej współczynników jakości

zastrzeżono natomiast przykładowo posiadanie ważnej akredytacji, co trudno oceniać w kontekście świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia jako ogółu.

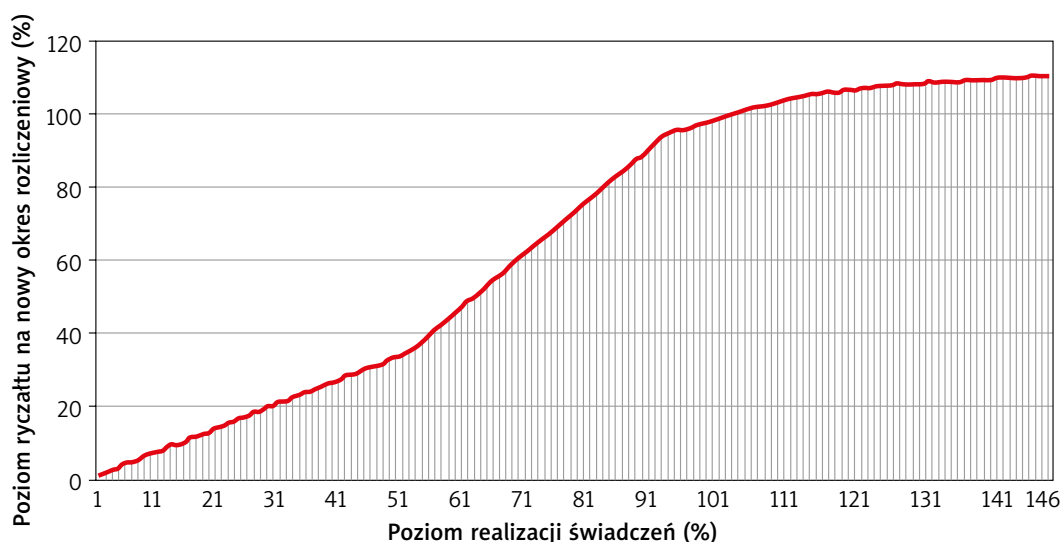
### Wartość punktu rozliczeniowego

Sporo wątpliwości budzi również sposób wyliczania wartości jednostki rozliczeniowej. Z wydanego przez Ministerstwo Zdrowia komunikatu wynika, że przy realizacji 140% świadczeń szpital otrzyma budżet w wysokości ok. 115%. Poniżej przedstawiam wykres umieszczony w piśmie rzecznika prasowego ministra zdrowia do „Menedżera Zdrowia”.

Czyżby według obliczeń ministra wycena świadczeń była na tyle wysoka, że „zysk” wynikający z różnicy pomiędzy faktycznym kosztem udzielenia świadczenia a tym, co płaci NFZ, był aż tak duży? Skąd zatem zapowiedzi Ministerstwa o podwyższaniu wycen świadczeń? Oczywiście, jeśli przez wycenę będziemy rozumieli liczbę punktów przyznawanych za określoną procedurę, to z całą pewnością można tego dokonać. Jednak kluczowa jest tu wartość samego punktu rozliczeniowego. Umieszczony w projekcie rozporządzenia wzór zdaje się wskazywać, że zwiększona realizacja świadczeń będzie skutkowała obniżeniem tej wartości. Może się okazać, że będzie to kolejny mechanizm pozwalający na dopięcie założonego budżetu, a bieżące monitorowanie wykonań i ustalenie kwartalnej weryfikacji umożliwi dokonywanie ciągłych korekt. Nie ma co się czarować, że 91% budżetu wystarczy na wykonanie 140% potrzebnych świadczeń, przy jednoczesnym uzyskiwaniu dodatnich wyników finansowych placówek. Gdzie zatem jest pomysł? Gdzie oszczędność, a w zasadzie optymalizacja dotychczas ponoszonych kosztów?

### Kogo odsieje sito reformy?

Z całą pewnością znajdą się w Polsce placówki, które nie są niezbędne dla zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności. Zdarza się, że istniejące jed-



nostki prowadzą oddziały, które próbują rywalizować z innymi, często większymi szpitalami. Wielokrotnie odsiew nie jest co prawda narzędziem bezwzględny, ale stanowi wielopoziomowe narzędzie do modelowania struktury szpitali. Pierwszym poziomem jest sama ustawa o sieci szpitali. Sito reformy odsieje placówki oraz całe szpitale. Bardziej zapobiegliwi kończą lub już przeprowadzili procesy łączenia, by zwiększyć szansę wejścia do sieci na możliwie wysoki poziom zabezpieczenia. Kolejnym etapem będzie rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert, gdzie wymagania zasobowe mogą stanowić utrudnienie w zdobyciu kontraktu. Problematyczne może też okazać się uzupełnianie brakujących elementów, bowiem często na drodze stoi konieczność uzyskania pozytywnej opinii inwestycji, regulowanej ustawą wprowadzającą IOWISZ. Na wypadek, gdyby te instrumenty nie ograniczyły w oczekiwany sposób zasobów szpitali, minister zdrowia ma jeszcze w szufladzie ustawę o jakości. Tu, stosując sobie tylko znane kryteria, które mogą być na bieżąco modyfikowane, podda obligatoryjnej ocenie placówki realizujące umowy o udzielaniu świadczeń. Jednym z elementów ocenianych w ramach certyfikacji (zgodnie z dokumentem założeń do ustawy) jest ocena satysfakcji pacjentów i pracowników podmiotu. Już sobie wyobrażam ogromną kolejkę oczekujących na świadczenia (wszak inaczej być nie może, skoro ze zlikwidowanej placówki pacjenci przyjdą do tej, która weszła do sieci) i audytora, który pyta o ich zadowolenie... Mogę sobie wyobrazić również pozytywne opinie personelu medycznego. Warto pamiętać, że jeśli placówka nie uzyska odpowiedniej oceny, to nie może być finansowana ze środków publicznych. Ostatnim narzędziem modelującym system będzie sam algorytm wyliczania wartości kontraktu. Tu, dzięki zastosowaniu kilku składowych, można na bieżąco sterować rodzajem wykonywanych świadczeń. Wystarczy tylko odpowiednio określać wartości punktów za poszczególne wykonania, czyniąc rentowniejszym to, na czym ministrowi będzie bardziej zależało.

### Czy to ma sens?

Z pewnością ma to pewien sens, bowiem o optymalizacji wydatków na leczenie szpitalne mówi się już od lat. Na pewno jest sporo obszarów, w których udzielanie świadczeń w warunkach szpitalnych nie jest konieczne, a także takich, w których odczuwalne jest niedofinansowanie. Podstawową kwestią powinno jednak być to, jakie ma się stać docelowo leczenie szpitalne. Czy ma zapewnić tylko podstawowe świadczenia na wypadek zagrożenia życia albo utraty zdrowia? Jak szeroko będziemy rozumieć utratę zdrowia i czy części odpowiedzialności za jego utrzymanie (w tym współudziału finansowego) nie powinni ponieść sami pacjenci? W mojej ocenie odpowiedź na to pytanie powinna paść przed ustaleniem nowych zasad finansowania leczenia szpitalnego. Jeśli celem ministra zdrowia jest

stworzenie stabilnego, ale podstawowego i socjalnego systemu, to ma to sens. Trzeba tylko równolegle podjąć trudną decyzję o wskazaniu pacjentom miejsca i możliwości realizacji tych świadczeń czy tych technologii medycznych, które nie zmieszczą się w ramach finansowania budżetowego. A takie z pewnością będą – i będzie ich sporo. Jednak minister zdrowia nie musi ich określać, tak jak nie musi precyzyjnie określać koszyka pozytywnego. Wszak ustali go sam szpital, poszukując kompromisu pomiędzy bezwzględnymi potrzebami zdrowotnymi pacjenta a posiadanym budżetem. Dlatego właśnie kluczowymi elementami reformy stały się szpitale spełniające określone kryteria w sieci oraz algorytmy wyliczania wartości budżetów i jednostek rozliczeniowych. Zasztyt we wzorach mechanizm ma trzymać w sztywnych ramach założony budżet, a wybrane zasoby mają stanowić stabilną strukturę generującą przewidywalne – albo chociaż dające się na bieżąco monitorować – koszty.

### Czy wzory są złe?

Przywykliśmy do myślenia, że w kwestii zdrowia nie liczą się pieniądze. Jednak postępująca dehumanizacja systemu sprawia, że robimy kolejny krok w stronę opisania ludzkiego cierpienia liczbami, procedurami i wzorami. Z punktu widzenia płatnika stały algorytm dzielenia pieniędzy jest niezbędnym narzędziem do gospodarowania środkami, a z punktu widzenia świadczeniodawcy stanowi ograniczenie, a często nawet utrudnienie. Nasuwa mi się pytanie, kto będzie winny, a kto będzie czuł się winny, gdy wzór nie da możliwości ratowania ludzkiego zdrowia czy życia. Jak ocenimy sytuację, w której algorytm będzie przeciw konieczności zastosowania technologii niemieszczącej się w jego ramach? Czy winien będzie system, czy może pacjent, który oczekuje zbyt wiele za niewielką składkę? W mojej ocenie winien będzie świadczeniodawca, ponieważ w całym tym projekcie odczytuję swoistą ideologię opartą na misyjności, społecznym charakterze i służbie pacjentom. Szczytne, wspaniałe hasła, zwłaszcza jeśli mocniej podkreślimy słowo „służba”, które nie zawiera w sobie takich elementów, jak bilans czy opłacalność. To się nie ma opłacać, to ma działać. Algorytm liczenia wartości kontraktów nie powstaje po to, aby utożsamiać go z wartością, o jakiej dotychczas mówiliśmy. Nie jest formą płacenia za leczenie. Leczenie staje się służbą, a wzór... cóż, dzisiaj jest taki, a jutro będzie inny. Dzisiaj go nie rozumiemy, ale jutro nam wytłumaczą, że wcale nie musimy. Musimy tylko skupić się na tym, aby „pacjent był zaopiekowany”.

Jak bowiem tłumaczył Konstanty Radziwiłł: *W ramach sieci szpitali chcemy, żeby pacjent mógł się czuć zaopiekowany w całości, a nie miał oferowane pojedyncze procedury medyczne, które są od siebie oderwane.*

Rafał Janiszewski  
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej  
działającej w branży ochrony zdrowia.