

Szpitala kliniczne także wymagają pomocy



Fot. 3x, istockphoto.com

W ostatnich miesiącach mówi się, że szczególnego wsparcia – w związku z dramatyczną sytuacją finansową – wymagają szpitale powiatowe. Pojawiają się w stosunku do nich głosy współczucia, ale także wymierna pomoc płatnika. Na początku września ogłoszono, że w nadzwyczajnym trybie uzyskają 344 mln zł. Okazuje się jednak, że szczególnej pomocy wymagają również szpitale kliniczne, zwłaszcza wielospecjalistyczne.

Czarno na białym

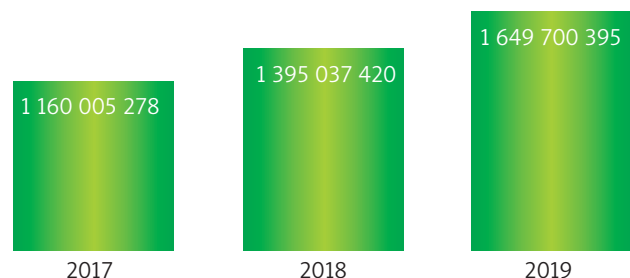
Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych (PUSK) zrzeszające 38 szpitali klinicznych z całej Polski przygotowało raport, który zawiera analizę istotnych pozycji rachunków wyników i bilansów szpitali członkowskich. Analizowane dane dotyczą pierwszych półroczy lat 2017–2019. Informacje z raportu są zatrważające. Z 29 szpitali klinicznych, które przekazały swoje dane finansowe, aż w 19 szpitalach w analizowanym okresie pogorszyła się sytuacja finansowa.

Dane wskazują na zwiększenie przychodów szpitali, jednak w żadnym stopniu nie przekłada się to na zwiększenie zysku. Nietrudno się domyślić, że zwiększone środki w głównej mierze są związane ze wzrostem wynagrodzeń niektórych grup zawodowych, a więc szpitale są tylko ich dystrybutorami – przeznaczają je na odgórnie ustalone cele.

W latach 2017–2019 wzrost wynagrodzeń w szpitalach członkowskich wyniósł ponad 30%, a udział wynagrodzeń w kosztach operacyjnych szpitali wzrósł z 32,9% do 34,7%. Największym ciosem kosztowym okazały się wynagrodzenia za dyżury, których skumulowany wzrost w latach 2017–2019 wyniósł ponad 60%.

Drugim czynnikiem, który w ostatnim okresie ma znaczący wpływ na zwiększenie przychodów szpitali, jest wzrost wartości realizowanych programów lekowych oraz wzrost cen leków. Z danych uzyskanych od członków PUSK wynika, że w latach 2017–2019 skumulowany wzrost wyniósł ponad 34%.

Bardzo dynamiczny wzrost zobowiązań, w tym zobowiązań krótkoterminowych i wzrost kosztów nieadekwatny do otrzymywanych przychodów, które na-



Rycina 1. Przychody netto ze sprzedaży w latach 2017–2019

Źródło: Dane z Raportu Analiza zmian w istotnych pozycjach rachunków wyników i bilansów szpitali klinicznych zrzeszonych w Polskiej Unii Szpitali Klinicznych (na podstawie danych za pierwsze półrocza lat 2017–2019)

stały w analizowanym okresie, to gotowa recepta na zapas szpitali klinicznych.

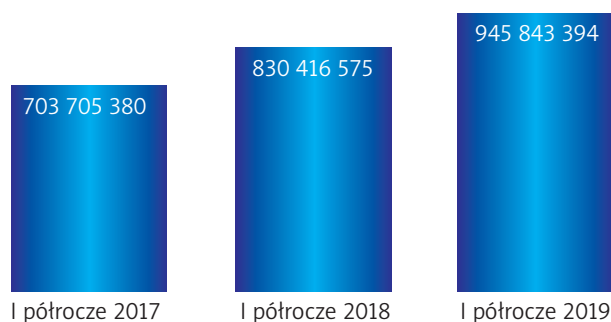
Z analizowanych danych wynika, że w ciągu ostatnich dwóch lat zobowiązania długoterminowe wzrosły o ok. 1 mld zł, a zobowiązania krótkoterminowe o ok. 0,4 mld zł.

Szpony ryczałtu

Regulacje związane z podstawowym szpitalnym zabezpieczeniem świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) obowiązują od czwartego kwartału 2017 r. Choć zostały wprowadzane z pieczołowicie opracowanym – jak się zdawało – „wzorem na sukces”, a także oparte na głębokiej analizie systemu, stały się elementem, który na dobre rozregulował system ochrony zdrowia. I nadal go destabilizuje.

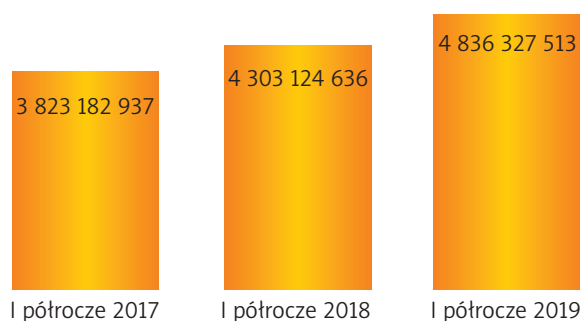
Wprowadzenie ryczałtu spowodowało przede wszystkim pozbycie się odpowiedzialności organizatorów systemu opieki zdrowotnej za ewentualnie wykonane świadczenia ponadlimitowe. Jest to zmiana o zasadniczym znaczeniu, gdyż w poprzednich latach wzrosty kontraktów szpitalnych wynikały przede wszystkim z elastycznie prowadzonej polityki nadwykonań. W swojej podstawowej działalności rozwijały się szczególnie te szpitale, które w wybranych dziedzinach akceptowały powstawanie tzw. inteligentnych nadwykonań – takich, które nie załamywały ich budżetów. W przypadku dobrej sytuacji gospodarczej kraju udawało się uzyskiwać całość lub znaczącą część wartości zwyżek, a jeśli się nie udawało, niektóre odważniejsze dyrekcje uzyskiwały rekompensaty za świadczenia ratujące życie w procesach sądowych. Jeśli nawet efekt procesów był znacząco oddalony w czasie, to kwoty uzyskane jako wynik postępowań sądowych z odsetkami stanowiły istotny zastrzyk dla bieżącego funkcjonowania szpitali.

Wprowadzenie ryczałtu ze stosunkowo sztywnymi regulacjami w kolejnych okresach sparaliżowało rozwój głównego nurtu działalności szpitalnej. Takie jest podstawowe przesłanie, które warto zauważyć i wyrazić. Pozbawiono szpitale możliwości rozwoju, wynikającego przede wszystkim z naporu społecznego na świadczenia w wielu kluczowych dziedzinach. Doszło więc do usztywnienia systemu i pewnego zatracenia wrażliwości płatnika na realnie wyrażane potrzeby realizowane często w ramach dopuszczanych uprzednio nadwykonań. W tym zakresie NFZ stał się instytucją charakteryzującą się istotnym brakiem wrażliwości. W tej chwili jest w stanie utracić niemalże każdą inicjatywę rozszerzenia działalności – piszę to z własnego doświadczenia zarządczego – nawet w obszarach, które wymagałyby pewnej plastyczności odpowiedzi na potrzeby społeczne oraz potencjał lecznictwa szpitalnego. Nadwykonania, trzeba to zrozumieć, były w przeszłości także elementem pomocy udzielanej przez szpitale płatnikowi – w gaszeniu pożarów w przypadku braku wydolności fragmentów systemu ochrony zdrowia. Do-



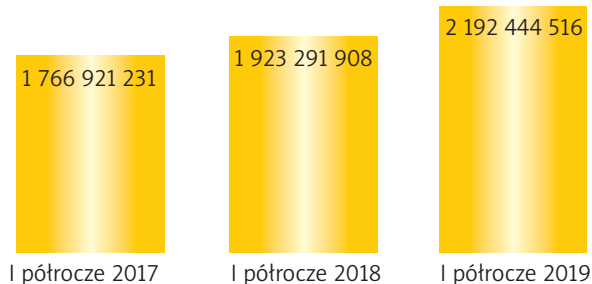
Rycina 2. Zużycie leków

Źródło: Dane z Raportu Analiza zmian w istotnych pozycjach rachunków wyników i bilansów szpitali klinicznych zrzeszonych w Polskiej Unii Szpitali Klinicznych (na podstawie danych za pierwsze półrocza lat 2017–2019)



Rycina 3. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania

Źródło: Dane z Raportu Analiza zmian w istotnych pozycjach rachunków wyników i bilansów szpitali klinicznych zrzeszonych w Polskiej Unii Szpitali Klinicznych (na podstawie danych za pierwsze półrocza lat 2017–2019)



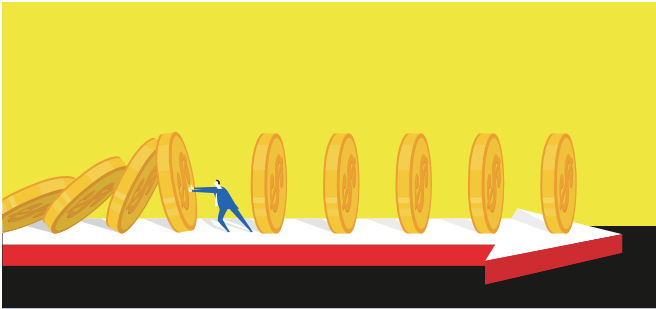
Rycina 4. Zobowiązania krótkoterminowe

Źródło: Dane z Raportu Analiza zmian w istotnych pozycjach rachunków wyników i bilansów szpitali klinicznych zrzeszonych w Polskiej Unii Szpitali Klinicznych (na podstawie danych za pierwsze półrocza lat 2017–2019)

szło więc do pewnej asymetrii w niezbędnej harmonii między płatnikiem a świadczeniodawcami.

(De)regulacje płacowe

Od czasów ministra Zembali trwa tragiczna w skutkach destrukcja systemu płacenia świadczeniodawcom polegająca na przekształcaniu płatnika za świadczenia w regulatora płac. Interwencjonizm państwa w zakresie regulacji płacowych pozbawił dyrektorów szpitali możliwości racjonalnego wpływania na zarządzanie kadrami, co w trudnej sytuacji placówek może powodować bezwład zarządczy. Trzeba zrozumieć, że



„Proces nienaturalnego regulowania płac przez Ministerstwo Zdrowia rozpoczął się przed co najmniej siedmioma laty, jednak teraz odczuwa się jego skutki jako efekt domina. Minister zdrowia znalazł się w potrzasku, z którego trudno się wydostać”

poszczególni ministrowie zostali postawieni pod ścianą z powodu wieloletnich zaniedbań w finansowaniu ochrony zdrowia, jednak sposób wyjścia z tej opresji wydaje się oplakany.

Zrealizowane manipulacje płacowe nakręcają spiralę frustracji i roszczeń – w znaczącej mierze słusznych – innych zawodów medycznych. Płace pracowników ochrony zdrowia w dużej części odstają od średnich innych gałęzi gospodarki. Doszło do swego rodzaju zdemolowania systemu płac w ochronie zdrowia, czego efekty mogą stać się materiałem zapalnym w najbliższych latach. Trudno wytłumaczyć obecną sytuację marnie zarabiającym diagnostom laboratoryjnym, farmaceutom (a przecież powinniśmy wzmacniać farmację szpitalną), fizjoterapeutom, psychologom, pracownikom socjalnym, informatykom (którzy powinni być wybitni, by zapewnić sprawność działania szpitali), opiekunom, pracownikom obsługi, sekretarkom i rejestratorkom czy wreszcie administracji. Administracja ochrony zdrowia zasługuje na dobrą zapłatę, gdyż także od niej w dużej mierze zależy jakość funkcjonowania szpitali.

Proces nienaturalnego regulowania płac przez Ministerstwo Zdrowia rozpoczął się przed co najmniej siedmioma laty, jednakże teraz odczuwa się jego skutki jako efekt domina. Minister zdrowia znalazł się w potrzasku, z którego tak trudno się wydostać. Oferując kwoty regulowane, nie ma pieniędzy na wypłacenie pochodnych, którymi obciążane są zadłużające się szpitale.

Procedury jak gąbki

Obserwowane w ostatnim czasie tłoczenie pieniędzy na bezlimitową realizację świadczeń z zakresu rezonansu magnetycznego czy tomografii komputerowej wydaje się działaniem słusznym wizerunkowo, jednak powodującym sztuczne wytwarzanie popytu na te usługi. Służy mu bezkrytyczne przekazywanie olbrzymich – wielomilionowych – kwot na badania obrazowe w celu zapewnienia ich sprawnego wykonywania. Jednak przeznaczanie dodatkowych pieniędzy bez żadnego mechanizmu kontrolującego (a takiego nie zastosowano) może jedynie zwiększać liczbę badań bez wyraźnego skrócenia kolejek. Preferowane jest zbyt drogie leczenie, które wypiera leczenie „podstawowe” w szpitalach klinicznych. Powoduje to ograniczanie na rzecz procedur kosztochłonnej tzw. działalności podstawowej, która dla zapewnienia bezpieczeństwa i tak powinna być realizowana.

Podsumowując – najdroższe świadczenia wypierają najtańsze. Ratunkiem dla szpitali, które podejmują programy naprawcze, staje się więc ograniczanie działalności podstawowej. Wiąże się to z ryzykiem marnotrawienia potencjału. Ponadto dodaje się do zsumowania liczne procedury, które poprawiają być może „jakość” świadczeń, wychodząc naprzeciw postulatam środowisk specjalistycznych, ale „tłocząc” tę poprawę do ryczałtu, uzyskuje się efekt zapętlenia – duszący działalność szpitali klinicznych w zakresie procedur niskokosztowych. Nie ma sensu, by świadczenia drogie wypierały w sposób niekontrolowany tańsze. Poza tym np. „trudne” żywienie pozajelitowe jest w ryczałcie (a to dotyczy segmentu publicznego), natomiast „łatwe” żywienie dojelitowe poza ryczałtem (a to dotyczy w dużej mierze segmentu prywatnego).

W tym samym czasie NFZ nie przestaje zaskakiwać elastycznością w płaceniu za wszystko, co „pozaryczaltowe”, a także za wybrane perełki typu operacje zaćmy czy endoprotezy, a ponadto za badania obrazowe. Takie zabiegi mają zapewne największy pozytywny oddźwięk społeczny, jednak nie są – gdyby spojrzeć na sprawę uczciwie – rozwiązywaniem najbardziej dokuczliwych problemów. Fundusz jest też niezwykle hojny w rozszerzaniu oferty programów lekowych, co oczywiście czyni pod naporem pacjentów, ale także części lekarzy i producentów leków. Trzeba przyznać, że priorytety w tym względzie powinny podlegać głębszej refleksji.

Ryczałt jako dogmat?

Wprowadzenie sieci szpitali oraz zapętlenie środków finansowych przeznaczonych dla szpitali w ryczałt dało organizatorom opieki zdrowotnej w Polsce pewien bufor bezpieczeństwa. Stabilizacja systemu była jednak krótkoterminowa, a nawet można by powiedzieć – pozorna. Długoterminowe skutki wprowadzenia ryczałtu już odczuwają zarządzający szpitalami, a zaczynają też

odczuwać podmioty tworzące. Naciągająca fala niekorzystnych reperkusji wprowadzenia rozwiązań sieciowych dla pacjentów zdaje się nieunikniona, dlatego konieczna jest pilna dyskusja nad strukturą umów ryczałtowych oraz refleksja nad składowymi uświęconego wzoru byłego wiceministra Piotra Gryzy. Być może brakuje jego obecności w systemie, może powinien się wytłumaczyć z zaistniałej sytuacji lub zaproponować jej zmodyfikowanie. Może jego głos okazałby się ważny.

Niezbędna jest odpowiedź na pytanie, co robić, by nie tylko nie przygaszać potencjału największych wielospecjalistycznych szpitali oraz zagwarantować ich racjonalny rozwój, ale także zapewnić ich funkcjonowanie zabezpieczające istotne potrzeby społeczne.

Na pół gwizdka

Wprowadzenie przez płatnika regulacji związanych z ryczałtem powoduje ograniczenie możliwości udzielania świadczeń ponad ryczałt. Z drugiej strony szpitale kliniczne dysponują odpowiednim sprzętem, często nabywanym przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia lub ze środków unijnych, który nie jest w pełni wykorzystywany. Szpitale kliniczne najczęściej są prekursorami najnowszych technologii, a także zatrudniają najwyższej klasy specjalistów. W opinii zarządzających potencjał szpitali klinicznych jest niewykorzystany. Wiele z nich pracuje na 60–70% swoich możliwości. Może powinny one przejąć część środków szpitali powiatowych z sugestią ich przekształcenia, a przynajmniej zakwestionowania ich organów tworzących?

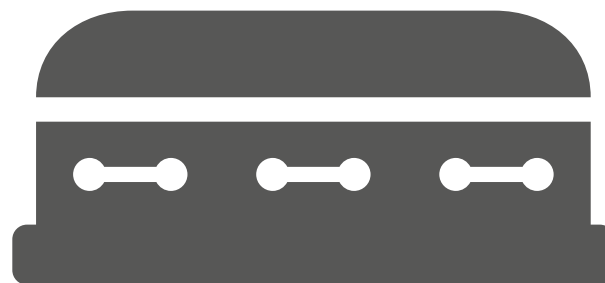
Znakowane pieniądze

Dalsza wycena świadczeń, tak szumnie ogłaszana, została przeprowadzona w kolejnych zakresach od 1 lipca br. Co jest jednak zaskakujące, zarządzający szpitalami po raz kolejny znaleźli się pod ścianą, a płatnik w osobie byłego już prezesa NFZ wskazał, na co mają być przeznaczone te pieniądze: „są do dyspozycji dyrektorów, by zmienić płace w innych grupach zawodowych, które nie mają wydzielonych środków na podwyżki”.

Tak przekazane pieniądze oraz wskazanie ich wydatkowania może się stać kłopotliwym balastem w przypadku zawierania kontraktów z lekarzami zależnych od wartości punktowej, co w niektórych szpitalach jest czynione, a także po raz kolejny stawia dyrektorów w trudnej, opresyjnej sytuacji.

Systematyczne podduszanie czy nagła zapaść?

Szpitale kliniczne – jako trzon systemu ochrony zdrowia – w ostatnich miesiącach wydają się zapomniane. Dźwigają na swoich barkach zadania dydaktyczne, które – jeśli spojrzeć na to trzeźwo – w znacznym stopniu wydają się niefinansowane przez uczelnie medyczne. Muszą borykać się z trudnościami w zbilansowaniu codziennej działalności przy jednoczesnej odpowiedzialności za zapewnienie zaplecza dydaktycznego dla



„Gwoździem do szpitalnej trumny jest brak pokrycia kosztów podwyżek, które zostały zainspirowane przez Ministerstwo Zdrowia, a nie przez zarządzających szpitalami”

kształcenia kolejnych pokoleń kadry medycznej. Wydaje się zatem, że pomoc dla szpitali klinicznych jest niezbędna w kontekście utrzymania bezpieczeństwa całego systemu, a także stabilności kształcenia medycznego.

Reasumując – dramatyczne pogorszenie się sytuacji finansowej szpitali spowodowane jest opresją ryczałtu, co do którego konieczna wydaje się pogłębiona refleksja. Dogmat ryczałtu powinien zostać poddany dyskusji i ewentualnej kontestacji. Jest on wygodny dla organizujących opiekę zdrowotną, ale w krótkiej perspektywie. W dłuższym okresie może się stać podstawowym narzędziem dekompozycji struktury szpitali klinicznych. Sztywność ryczałtu dusi potencjał szpitali, wpływając niekorzystnie na wyniki finansowe.

Gwoździem do szpitalnej trumny jest brak pokrycia kosztów podwyżek, które zostały zainspirowane przez Ministerstwo Zdrowia, a nie przez zarządzających szpitalami. Ponadto dyrektorzy szpitali nie są stroną w negocjacjach podwyżek, mimo że odpowiadają za ich realizację i są najbardziej zainteresowani tą kwestią. A decyzja o wysokości podwyżek jest odgórnie komunikowana kolejnymi aktami prawnymi.

Konieczna jest ponadto pilna rewizja podejścia wspierającego bezmyślną tendencję do wypierania przez procedury kosztochłonne procedur „rutynowych”, wynikających z faktycznych, najbardziej palących potrzeb zdrowotnych.

*Szczepan Cofta, przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych i dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
Agata Michalak, asystentka dyrektora Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu*