

O systemie budżetowym, rachunku kosztów i.. translatorze



Fot. Termedia

Rozmowa z właścicielem kancelarii doradczej Rafałem Janiszewskim i ekspertką do spraw finansów Emilią Sujkowską.

Podczas kongresu „Wizja Zdrowia” postulował pan jak najszybsze przejście na system budżetowy oparty na rachunku kosztów. Dlaczego?

RAFAŁ JANISZEWSKI: Dlatego że jedna z najczęściej prowadzonych dyskusji pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem dotyczy wyceny świadczeń, wyceny procedur. Świadczeniodawcy twierdzą, że są one wycenione zbyt nisko. Płatnik odpowiada, że ustalił cenę według swoich danych z zastosowaniem własnych algorytmów. Jednym z działań zmierzających do zamknięcia tej dyskusji było włączenie do systemu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – AOTMiT. Celem jej działania jest zbieranie informacji kosztowych od świadczeniodawców i określanie tych wartości, które mogłyby stanowić podstawę do rozliczeń między świadczeniodawcą a płatnikiem. Dane zebrane przez AOTMiT dały pewien zasób wiedzy, ale

sporu to nie zakończyło. Największy problem, jaki się pojawił, to właśnie trudność w ujednoczeniu rachunku i rodzajów informacji, jakie agencja dostawała od szpitali. Jedni mieli taki układ rachunków, drudzy inny, jedni identyfikowali dane, których inni nie identyfikowali. To wszystko było dla AOTMiT oczywistym problemem. Wydaje się zatem, że najistotniejsze teraz jest ujednoczenie sposobu zbierania i przetwarzania danych kosztowych w placówce medycznej oraz ich udostępnienie do wspólnej bazy. Po pierwsze, żeby można było się oprzeć na uzyskanych w ten sposób danych przy wycenie świadczeń i procedur. A po drugie, skoro system zmierza w kierunku budżetowym, to trzeba by mieć jakiś instrument do nadzoru, do kontrolowania racjonalności i gospodarności wydawania tego budżetu. Prawda? A dystrybucja budżetu musiałaby mieć również pewne elementy oceny pośredniej, czyli na

przykład jakości świadczonych usług mierzonej poprawą zdrowotności, szybszym powrotem pacjentów do pracy. Wydaje się, że projekt rozporządzenia w sprawie rachunku kosztów realizowałby oba te zadania.

Dyrektorzy szpitali oczekują, że standaryzacja i dobra analiza danych pozwolą na takie określenie kosztów i wyceny świadczeń, które nie będą kwestionowane.

R.J.: Kwestionowane będą zawsze, bo świadczeniodawca będzie zmierzał do podnoszenia poziomu usług, będzie gonił za najnowszymi technologiami – to jest osobny, duży temat, na który zwracamy uwagę – i będzie rozbudowywał swoje standardy leczenia, natomiast płatnik musi w pewnym momencie zaznaczyć linię odcięcia i powiedzieć: „Ten koszt nie jest według mnie uzasadniony, nie jest optymalny”. To jest bardzo trudna rola płatnika i po części będzie ją zawsze zrzucił na świadczeniodawcę, który musi ważyć budżet i potrzeby zdrowotne pacjentów. Mimo to musi istnieć wspólny słownik do tej dyskusji i tym słownikiem ma być rozporządzenie w sprawie rachunku kosztów.

EMILIA SUJKOWSKA: Zasadniczo rozporządzenie ma trzy cele: ujednoczyć koszty, polepszyć proces taryfikacji, jeśli chodzi o świadczenia, oraz dać zarządzającym placówkami medycznymi dobre narzędzie do podejmowania decyzji. Sytuacja sprzed kilku dni – dzwoni do nas dyrektor szpitala i mówi: „Nic nie zmienilem, a coś przestało działać, gdzie mi giną pieniądze”. To nie jest odosobniona sytuacja. A dlaczego tak się dzieje? Dlatego że w tych szpitalach nie jest odpowiednio prowadzony rachunek kosztów. Gdyby był, to czarno na białym byłoby widać, co nie działa.

R.J.: Niewiele szpitali prowadzi rachunek kosztów tak szczegółowy, jak to jest opisane w rozporządzeniu, a jeśli już, to rzadko jest on prowadzony faktycznie do celów zarządczych tak, że odpowiada filozofii tego projektu.

E.S.: A część szpitali nie robi tego wcale!

R.J.: To prawda. Nawet jeśli jakieś doświadczenie już w tym kierunku mają, to na podstawie tych projektowanych zapisów jest jeszcze bardzo wiele rzeczy wymagających zdefiniowania i interpretacji. Trudność w rachunku kosztów w szpitalu polega na tym, że zajmują się nim służby finansowe, natomiast informacje kosztowe, które są w placówce zbierane, pochodzą z części białej – z oddziałów, poradni, miejsc udzielania świadczeń. Specyfika materiałów, używanych środków, czyli wszystkich kosztów składowych, nie jest łatwa do uchwycenia językiem finansistów! Dlatego właśnie powiedzieliśmy o słowniku, bo musi powstać jakiś translator nazywający te rzeczy. Słownik, który pozwoli je przyporządkować do określonych zdarzeń. Bo jeżeli oddział kupuje jakieś leki, a my zmierzamy do tego, żeby rozliczać leki i materiały na pacjenta – bo nas interesuje, ile kosztuje konkretny pacjent leczony

„Trudność w rachunku kosztów w szpitalu polega na tym, że zajmują się nim służby finansowe, natomiast informacje kosztowe, które są zbierane w placówce, pochodzą z części białej – z oddziałów, poradni, miejsc udzielania świadczeń”

z powodu konkretnej choroby, to musimy potrafić do niego przypisać konkretne koszty. A przecież niektórych kosztów nie da się przypisać bezpośrednio. Często musimy stosować odpowiednie klucze, wskaźniki. I to rozporządzenie wiele takich rzeczy definiuje. Do tej pory było tak, że każdy definiował to po swojemu lub po prostu – uogólniał, używając ogólnych przeliczników, które oczywiście nie były dokładne, więc nie dawały dokładnej informacji.

Zacznijmy może od podstaw, czyli od zapisów projektu rozporządzenia dotyczących ewidencji kosztów według kryterium rodzajowego – konta zespołu 4. oraz OPK – w zakresie zasad ich tworzenia.

E.S.: To jest kluczowa sprawa dla zarządzających placówkami medycznymi. Bo oczywiście w każdym szpitalu działa księgowość – to jest konieczne, tyle że sama księgowość niekoniecznie daje dyrektorom szpitali obraz całego rachunku kosztów. Wróć do pytania naszego dyrektora o to, gdzie mu giną pieniądze – księgowość nie odpowiada na pytanie, dlaczego w finansach placówki medycznej dzieje się źle. To jest tylko suche wyliczenie, a rachunek kosztów pozwala zobaczyć cały system. Pokazuje, gdzie są przychody, gdzie koszty, co jest odpłacalne, czyli w przypadku szpitala – które świadczenia się odpłacają. O co warto rozszerzać ofertę albo co zrobić, żeby wykonywanie danych procedur zaczęło się odpłacać. Dziś dyrektor szpitala może mieć na ten temat absolutnie błędne wyobrażenie. Przejdźmy teraz do konkretnych: działalność lecznicza jest ewidencjonowana na kosztach rodzajowych, tzw. czwórkach, i to są zazwyczaj koszty według rodzajów – wrzucamy tam amortyzację, czynsze itd. Ale żeby sobie odpowiedzieć na pytanie, gdzie powstaje koszt i kto jest odpowiedzialny za ponoszenie tego kosztu, potrzebujemy układu kosztów w rodzaju podmiotowo-funkcyjnym, i to są tzw. piątki, OPK, czyli ośrodki powstawania kosztów. Ich tworzenie gwarantuje nam właśnie to, że wreszcie zacniemy przypisywać koszty do miejsc ich powstania. Idea jest oczywiście taka – w każdym przedsiębiorstwie tak jest, żeby przychody

„Dziś dialog między pracownikami medycznymi a finansistami jest utrudniony zwyczajnie z braku czasu, który jest niezbędny, żeby sobie różne kwestie tłumaczyć”

były współmierne z kosztami. Szpital to jest jednak wyjątkowe przedsiębiorstwo, niepodobne do żadnego innego, zatem i rachunek kosztów jest tu specyficzny i bardzo rozbudowany. A tymczasem dziś bardzo często księgowo w szpitalach usiłują robić to ręcznie... Wdrożenie rozporządzenia będzie wielkim wyzwaniem dla wielu szpitali. To jest też kwestia zasobów ludzkich i nie mam wątpliwości, że często trzeba będzie zatrudnić dodatkowe osoby chociażby po to, by zbierały wszystkie wymagane dane!

R.J.: Oczywiście dziś to wygląda bardzo różnie w zależności od placówki. Są szpitale, w których służby finansowe mają rozbudowane struktury i są tam wyodrębnione sekcje zbierające, identyfikujące i analizujące koszty. Trzeba powiedzieć, że naprawdę sporą, konkretną pomocą w tym zadaniu są systemy informatyczne. W wielu placówkach na jakimś poziomie – nie twierdzą, że idealnym – są one wdrożone i większość danych już w nich jest. A jeśli dane tam są, to można je przetwarzać i odpowiednio porządkować. Jednak diabeł tkwi w szczegółach i w sytuacji, w której jesteśmy, czyli w sytuacji covidowej, dużego niepokoju, niedoboru kadr itd. – pojawia się znowu kwestia słownika, dialogu. Dziś ten dialog między pracownikami medycznymi a finansistami jest utrudniony zwyczajnie z braku czasu, który jest niezbędny, żeby sobie różne kwestie tłumaczyć. A oprócz czasu potrzeba też systemów, bo bez nich nie da się tego zrobić. Emilia zdecydowanie ma rację: ręcznie rachunku kosztów nie rozpiszemy.

Dla porządku wspomnijmy, że od 1 stycznia 2021 r. dokumentacja medyczna ma być prowadzona już wyłącznie w formie elektronicznej. Zakładając, że nie będziemy mieli prolongaty i ten termin znowu się nie przesunie, byłoby to rozwiązaniem z pewnością pomocne.

R.J.: Oczywiście, bo gdyby medyk prowadził w całości dokumentację w postaci elektronicznej – czyli wszystko, co wpisuje, jest daną, to zostaje tylko kwestia systemu, który byłby w stanie te dane odpowiednio przetwarzać, przyporządkowywać. Mówimy teraz o danych medycznych, ale oczywiście koszty szpitala do nich się nie ograniczają. Jest jeszcze prąd, woda itp. Wszystkie te dane powinniśmy mieć w systemach w częściach szarej i białej. Powinny trafiać do odpowiednich pozycji w systemie i tam zostać przetworzone. Warto podkre-

lić ważną rzecz. Często słyszę stwierdzenie, że koszty w szpitalu generuje lekarz. To on przecież zleca leki, podejmuje decyzję o zaangażowaniu określonych zasobów. Nic bardziej mylnego. Koszty generuje pacjent, bo to on wymaga poniesienia określonych nakładów. Dlatego dane z indywidualnej dokumentacji medycznej są tu niezbędne. Dziś jest czas, by to implementować. Jest to niewątpliwie potężne wyzwanie dla placówek medycznych. Wyzwanie, które zajmuje dużo czasu i wymaga zaangażowania wszystkich pracowników podmiotu leczniczego.

Wszystkich?

R.J.: Owszem! Spodziewam się, że gdy szpitale będą wdrażały rachunek kosztów, to największym problemem będą szczegóły dotyczące jego formatu, właśnie słownika, o którym mówiliśmy. Słownika pomiędzy częścią białą a częścią finansową. Słyszałem, że AOTMiT zamierza nawet prowadzić szkolenia z tego rozporządzenia, tylko że one będą dotyczyć części technicznej obsługi tego formatu, natomiast nikt nie nauczy księgowych medycyny, bo się nie da. Można oczywiście tłumaczyć, czym się różni na przykład laparoscopia od biopsji, ale to i tak nie załatwi sprawy, bo księgowo czy zespół finansowy musieliby mieć pełną wiedzę nie tylko medyczną, lecz także techniczną. Przecież dział techniczny kupuje sprzęt, dokonuje jego napraw... Tego nie da się tak zrobić. W każdej placówce translator będzie konieczny. Słownik musi być. E.S.: Dlatego właśnie rozporządzenie zawiera załącznik nr 5, superzałącznik, jak go nazwałam. To jest bardzo obszerny dokument, w którym są podane konkretne przykłady. Ściąga kont zespołu 4. według rodzajów, które mogłyby zastosować szpitale w celu udoskonalenia ewidencji rachunku kosztów. Szpitale dostają gotowiec. Podano szczegółową analitykę do kont syntetycznych. Widzimy na przykład, że pracownicy są podzieleni na grupy – nie ma po prostu kategorii „pracownicy”, jest personel medyczny i niemedyczny, a personel medyczny to osobno lekarze, pielęgniarki itd. Dodatkowo jeszcze wszyscy zostają rozgraniczeni w zależności od tego, jakie zawarto z nimi umowy. Twórcy projektu rozporządzenia argumentują, że tak rozbudowana analityka daje później możliwość jak najdokładniejszej wyceny świadczeń. Teraz będzie wiadomo, ile pielęgniarek i ile godzin przy czym pracowało, jakie jest ich wynagrodzenie zasadnicze wraz z pochodnymi. Będzie zatem można wycenić procedurę według kosztów rzeczywistych.

Zostaniemy przy wynagrodzeniach personelu. Szacuje się, że ok. 75 proc. kosztów w szpitalu to pensje. Czy to prawda?

R.J.: Tak, to jest średnia. W niektórych placówkach dochodzi do sytuacji, że pensje stanowią 90 proc. budżetu! I takie koszty trzeba by analizować *versus* wykonanie, prawda? Mamy koszty, mamy realizację świadczeń

i możemy sobie zadać pytanie, czy gospodarowanie potencjałem ludzkim jest optymalne. A jeśli koszty pracy okażą się adekwatne do tego, co wytworzono, czyli do świadczeń, to by oznaczało, że niedofinansowane mamy pozostałe koszty, prawda? Ale to są tylko spekulacje. Na to trzeba dowodów! A dowody możemy zdobyć tylko wtedy, gdy zbierzemy i przeanalizujemy dane.

E.S.: Powróć do załącznika nr 5. Skupiliśmy się na kosztach osobowych, a projekt wyraźnie wskazuje, że analitycznie należy podchodzić do wszystkich kosztów. Z lekami jest identycznie jak z pensjami. Ich zakup nie może być dłużej klasyfikowany jako ogólna pozycja „leki”. Mamy wyraźny podział: programy lekowe, chemioterapia itd. To jest kolejny krok do tego, by zobaczyć, jaki jest rzeczywisty koszt świadczenia konkretnych usług.

R.J.: Właśnie! Rozmawiamy o maksymalnie szczegółowym rachunku kosztów, który się sprowadza do liczenia kosztów na pacjenta, a pacjent pacjentowi nierówny. Będziemy mieli stu chorych z zapaleniem płuc leczonych różnymi lekami i wśród nich znajdzie się taki, który zachorował tuż po operacji albo u którego wystąpią później jeszcze powikłania. Koszty ich terapii będą oczywiście różne, jednak szczegółowe sprowadzanie kosztów do pacjenta pozwoli na agregowanie danych i ich uśrednianie, żebyśmy zobaczyli, ile tak naprawdę średnio szpital kosztuje pacjent z zapaleniem płuc. Projekt rozporządzenia kładzie na tę kwestię szczególnie nacisk i daje szpitalom dość dokładną instrukcję, jak dojść do sytuacji, w której zidentyfikujemy koszty na pacjenta. W naszym przypadku na pacjenta z zapaleniem płuc, na którego leczenie wydamy inną kwotę, jeśli będzie hospitalizowany na oddziale internistycznym, a inną, gdy będzie przebywał na geriatricznej i chirurgii. Te wszystkie elementy muszą być brane pod uwagę przy rachunku kosztów. Emilia patrzy na sprawę jak świetny finansista, a w szpitalu zawsze będą musieli na to spojrzeć finansiści z medykami, bo dopiero wtedy będzie można odpowiedzieć na pytanie, dlaczego dwóch pacjentów się od siebie różni.

E.S.: Jako finansista dopowiem, że projekt zawiera też inny bardzo istotny załącznik – nr 1, który mówi o wspomnianych już OPK, czyli ośrodkach powstawania kosztów. Cała działalność szpitala jest podzielona na podstawową, pomocniczą i działalność zarządu. Mamy wykaz wszystkich kont syntetycznych i kody funkcji oraz kody resortowe. Dostajemy jasną informację, jak według trzech wspomnianych rodzajów działalności można podzielić koszty. Jak się wyodrębnić OPK, co się w nich powinno znaleźć. A jeśli świadczeniodawca ma umowę na SOR czy izbę przyjęć, to znajdzie bardzo dobry wzór, jak to rozliczać – tak naprawdę powinno się to wyodrębnić w ramach ryczałtu dobowego. Mamy też przecież części wspólne. Są korytarze, prosektoria, pralnie, kuchnie, które w jakiś sposób muszą być podzielone na poszczególne OPK.

Dotychczas każdy szpital sam sobie zakładał w polityce rachunkowości, jak to będzie przyporządkowywał, a teraz będzie standard. Klucze podziałowe są bardzo ważne i bardzo trudne. Naprawdę to spędzało sen z powiek zarządzającym placówkami medycznymi, żeby wszystko dopiąć. Identycznie jest z pracownikami RTG, z aptekami. Rozporządzenie wprowadza gotowe standardowe klucze, za pomocą których będzie można rozliczać działalności pomocnicze. Wszystko to są bardzo duże ułatwienia, jeśli chodzi o prowadzenie rachunku kosztów. Ten projekt rozporządzenia naprawdę ułatwi prace dyrektorom placówek medycznych.

„Szpital to jest wyjątkowe przedsiębiorstwo, niepodobne do żadnego innego, zatem i rachunek kosztów jest tu specyficzny i bardzo rozbudowany”

Są państwo wielkimi entuzjastami tego projektu, ale zasadnicze pytanie brzmi, czy te rozwiązania faktycznie wejdą w życie w styczniu przyszłego roku. Do rachunku kosztów przymierzano się latami.

R.J.: To prawda, ale nigdy wcześniej nie udało się wypracować tak szczegółowej i tak przystającej do rzeczywistości formuły, jaką mamy w tej chwili. I niezależnie od tego, czy projekt wejdzie w życie w styczniu czy w kwietniu, z pewnością pojawia się nowe, bardzo ważne, dość szczegółowe narzędzie do zbudowania rachunku kosztów do celów zarządczych w szpitalu. Są co najmniej dwa powody, dla których należy się z tym zmierzyć: po pierwsze jest to dobre narzędzie do obserwacji zjawisk w podmiocie leczniczym, a po drugie możemy się spodziewać, że wyniki rachunku kosztów będą miały wpływ na wycenę świadczeń, czyli bezpośrednio na przychody placówek medycznych.

I jaki będzie wynik tego rachunku kosztów? Czy jest tak, jak twierdzą dyrektorzy szpitali, że wyceny świadczeń są zbyt niskie, czy jak często sugeruje płanik, że pieniądze w szpitalach są źle wydawane?

E.S.: Dziś trudno powiedzieć, kto ma rację, bo nie ma twardych danych. Poruszamy się po omacku.

R.J.: Zgadza się. Każdy, kto stawia jedną czy drugą tezę, wróży z fusów. Rozmowa o finansach, o ekonomii powinna się opierać na konkretnych liczbach, faktach. A dziś ich nie mamy.

Rozmawiał Krystian Lurka