

Jak wprowadzano standard w puckim szpitalu – analiza

Rozmowa
z Piotrem Magdziarzem,
partnerem zarządzającym
Formedis Medical
Management & Consulting.



rachunku kosztów przypadku

Termin wprowadzenia nowego standardu rachunku kosztów minął 1 stycznia 2021 r., jednak wiele jednostek nie wykonało jeszcze tego obowiązku. Jedną z tych, które podjęły się tego zadania i pierwszy etap wdrożenia mają już za sobą, jest Szpital Pucki Sp. z o.o. Pomagał pan w tym procesie. Proszę powiedzieć – na przykładzie puckiej placówki – jak szpitale powinny się przygotować do tego procesu.

Należy zacząć od zapoznania się z aktami prawnymi, co jest trudne, ponieważ większość zapisów jest niezrozumiała. Każdy szpital ma wdrożony rachunek kosztów, ale inny niż wymagany przedmiotowym rozporządzeniem, więc kolejnym krokiem powinno być sprawdzenie, które ze stosowanych już rozwiązań można wykorzystać zgodnie z nowymi przepisami. Następnie powinno się zweryfikować możliwości posiadanych systemów informatycznych i dostosowania ich do procesu wdrażania nowego standardu rachunku kosztów. Większość szpitali nie ma jednego dostawcy oprogramowania, co jest dość dużym minusem, bo programy nie zawsze są ze sobą kompatybilne.

Czy wprowadzenie nowego standardu rachunku kosztów jest większym wyzwaniem dla pracowników szpitala czy dla operatorów programów IT?
Dla jednych i drugich. W przypadku puckiego szpitala operatorzy programów informatycznych nie byli nam w stanie pomóc – oczekiwali, że dostarczymy im wykaz wyodrębnionych OPK, rozdzielniki i klucze podziału kosztów oraz wykaz i wyceny procedur medycznych. Wdrożenie nowego standardu rachunku kosztów to dodatkowe duże obciążenie nowymi, często dotąd niewykonywanymi obowiązkami. Muszą się oderwać od codziennych zadań, a ponieważ w małych jednostkach przeważają stanowiska jednoosobowe, de facto wiąże się to z nałożeniem dodatkowych obowiązków na pracowników. To pracownik musiał wybrać, co w danej chwili jest ważniejsze – codzienne, standardowe obowiązki czy dodatkowo zlecone prace. To duży trud i duży wysiłek. Trudno powiedzieć, czy większym problemem jest czynnik ludzki czy czynnik techniczny. Te sprawy są ze sobą

powiązane. Jeśli programy informatyczne nie są integralne, to *upgrade* wykonany w jednym systemie, musi być zaimportowany do pozostałych. Jest to dodatkowy obowiązek, a u ludzi występuje opór przed zmianą, nawet jeśli jest to dobra zmiana. Pracownicy szpitala, w którym nadzorowaliśmy wdrożenie nowego standardu rachunku kosztów, mimo pierwszych oporów naprawdę mocno zaangażowali się w ten proces. W tym miejscu muszę im wyrazić pełen szacunek. Zauważyli, że wprowadzone zmiany mogą usprawnić ich pracę.

W Pucku zaangażowanie pracowników było na bardzo wysokim poziomie. Tym bardziej że wprowadzenie nowego standardu rachunku kosztów, co trzeba podkreślić, wymaga zaangażowania nie tylko pracowników administracyjnych, lecz także medycznych. Bez zaangażowania części medycznej wprowadzenie nowego standardu jest praktycznie niemożliwe. I tutaj pojawia się problem, jak zmotywować pracowników medycznych do wypełniania tabelki w Excelu...

Z medykami jest dużo trudniej, dlatego że zakres ich obowiązków jest zdecydowanie inny. Biurokracja, którą od lat zajmują się medycy, miała być ograniczana, a niestety wszyscy odczuwamy, że jest jej coraz więcej. Mamy jednak nadzieję, że akurat to wdrożenie wiele usprawni. Ale żeby było prościej, najpierw musi być trudniej.

Jak długo trwa przygotowywanie procesu wdrożenia?
Przypomnę: minister zdrowia 26 października 2020 r. podpisał rozporządzenie w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców opublikowane w „Dzienniku Ustaw” 19 listopada 2020 r. (poz. 2045). Przepisy zaczęły obowiązywać 1 stycznia 2021 r.

W omawianym przypadku przedstawiciele szpitala rozpoczęli prace od listopada 2020 r., kiedy tylko rozporządzenie weszło w życie. Wiem, że pojawił się problem – placówka do końca maja 2021 r. była szpitalem typowo covidowym, leczyla wyłącznie pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Zapytano Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), jak traktować oddziały covidowe, jak ujmować i dzielić ge-

” Bez zaangażowania części medycznej wprowadzenie nowego standardu jest praktycznie niemożliwe ”

nerowane przez nie koszty. Odpowiedzi dla dyrekcji były niejasne. Wtedy zarządzający zgłosili się do nas.

Jaki zakres pracy szpital wykonał sam, a w jakim zakresie skorzystał z usług Formedis?

Dla szpitala największym problemem było wyodrębnienie ośrodków powstawania kosztów (OPK), w tym tzw. OPK proceduralnych. W tym zakresie zespół analityków Formedis służył największą pomocą. Jak wiadomo, każdy szpital ma inną specyfikę i inny zakres działania. Do tego doszła wyjątkowa sytuacja związana z COVID-19, w wyniku której dyrekcja musiała zawiesić działalność części oddziałów z powodu braku kadry. Trzeba więc było wyodrębnić ośrodki powstawania kosztów funkcjonujące w obszarze walki z COVID-19 i standardowe, bez wsparcia osób, które nimi wcześniej zarządzały. Podsumowując – prace w pierwszym etapie wdrażania nowego standardu kosztów dotyczyły przede wszystkim wyodrębnienia ośrodków powstawania kosztów, ale również korekty działań wcześniej wykonanych samodzielnie przez pracowników szpitala, w szczególności wyodrębnienia kont kosztowych zespołu „4”.

Podkreślę, że delegowanie zadań administracyjnych na grupę medyków, jak wcześniej wspomniałem, jest bardzo trudne, a dużą część materiałów związanych z wyceną procedur może opracować tylko personel medyczny.

Czyli presja zewnętrzna – firmy – zrobiła swoje?

Pracownicy wiedzieli, że rozmawiają z profesjonalistami, że to nie jest tylko własna interpretacja przepisów i proces będzie do końca prawidłowo przeprowadzony – nie będzie poprawek, bo coś zostało źle zinterpretowane. Możliwość skorzystania z naszej wiedzy dała komfort psychiczny zarówno pracownikom medycznym, jak i niemedycznym, głównie z działu księgowości. Księgowość była przekonana, że będzie musiała wszystko robić sama, a do wyceny procedur w ośrodkach proceduralnych niezbędna jest wiedza i zaangażowanie personelu medycznego. Była obawa, jak pracownicy do tego podejść i czy sobie poradzą, ale wytłumaczyliśmy cały proces.

W każdej dziedzinie wiedza pracowników o celu i finalnym efekcie ich pracy powoduje większą chęć do działania. Tak było i w tym przypadku?

Ta współpraca musiała być obustronna. Bez chęci współpracy ze strony pracowników szpitala nie jesteśmy w stanie w pełni zrealizować zadania. Istotne jest również przekonanie pracowników, że przekazywane przez nich

dane muszą być dokładne i rzetelne. Przy wdrażaniu takiego projektu konieczna jest prawidłowa interakcja z obu stron. Przy braku współpracy w jakiś sposób poradzilibyśmy sobie z postawionym przed nami zadaniem, ale wielce prawdopodobne, że efekt naszej pracy nie do końca odpowiadałby stanowi faktycznemu. Przykładowo w obszarze wyceny procedur zaproponowalibyśmy standardową specyfikację zużywanych materiałów, ale mogłoby się okazać, że szpital stosuje w takim przypadku zupełnie inne leki i materiały medyczne.

Jakie korzyści przynosi wdrożenie nowego standardu rachunku kosztów?

Korzyści jest dużo. Wprowadzenie nowego standardu rachunku kosztów daje szpitalom informację nie tylko o kosztach generowanych przez nie na poziomie działalności pomocniczej medycznej i niemedycznej, lecz także o kosztach generowanych przez poszczególne OPK proceduralne i OPK zarząd, a dalej po alokacji kosztów na OPK podstawowe – o rzeczywistych kosztach generowanych przez podstawowe komórki medyczne szpitala (oddziały, poradnie itd.). Dodatkowo wycena procedur

realizowanych przez OPK proceduralne pozwala na optymalizowanie ich kosztów. Wdrożenie nowego standardu rachunku kosztów pozwala również na wskazanie personelowi, który korzysta z zasobów szpitalnych, jak korzystać z nich nie tylko zgodnie z wiedzą medyczną, lecz także z rachunkiem ekonomicznym. Powinniśmy tak pracować, by opieka nad pacjentem była jak najlepsza, by pacjent był zadowolony, ale też żebyśmy byli

w stanie pokryć koszty jego pobytu w szpitalu i procedur, które wykonywaliśmy.

Wielkim plusem jest to, że szpital będzie w stanie wykazać, np. w ramach kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia, że koszt procedury, którą NFZ wycenił np. na 1 zł za punkt, według kalkulacji szpitala wynosi 1,50 zł. Raportowanie również stanie się łatwiejsze i bardziej efektywne. Jak wiemy, wiele szpitali wysłało do AOTMiT niepełne dane. W związku z wprowadzeniem nowego standardu instytucja ta dostanie narzędzie do rzeczywistego szacowania kosztów i wyceny procedur. Zapewne w przyszłości przełoży się to pozytywnie na cały system opieki zdrowotnej. Dodatkowo zwiększy się świadomość personelu i poczucie, że przykłada się do budowania ekonomiki szpitala, a tym samym będzie się on bardziej utożsamiał z jednostką. Pracownicy wiedzą, jak wykonać daną procedurę, aby pacjent był zadowolony i aby zoptymalizować koszt jego pobytu. Będą po-

„Szpital będzie w stanie wykazać, że koszt procedury, którą NFZ wycenił np. na 1 zł za punkt, według kalkulacji szpitala wynosi 1,50 zł”

trafili wskazać miejsca, w których daną procedurę lub cały proces leczenia można usprawnić i zoptymalizować finansowo. Poza tym szpitalom, które działają w formie spółki kapitałowej i mogą pobierać opłaty za realizowane świadczenia komercyjne, nowy standard rachunku kosztów pozwoli na skalkulowanie właściwej ceny. Wdrożenie nowego standardu rachunku kosztów może mieć również znaczenie w kontekście zmian, które szykują się w ochronie zdrowia, w tym kategoryzacji i akredytacji szpitali. Może być warunkiem podpisania umów z NFZ na kolejne okresy. Dlatego tak nam zależało na jego wdrożeniu.

Inny przykład, dotyczący monitorowania kosztów realizacji procedur. Na oddziale chirurgicznym jednego ze szpitali, w którym wdrażaliśmy nowy standard rachunku kosztów, dwaj różni lekarze specjaliści chirurgii ogólnej stosowali różne rodzaje nici chirurgicznych przy wykonywaniu tych samych procedur. Jeden używał nici, których komplet potrzebny do realizacji procedury kosztował 6 zł, a drugi – 60 zł. Koszt tej samej procedury był inny w zależności od wykonującego ją lekarza.

Z czego wynikają te różnice?

Każdy lekarz lubi pracować na materiałach, które zna, które go nigdy nie zawiodły. Wynika to głównie z przyzwyczajenia, a często nie wpływa na efekt. Mamy więc – jako osoby zarządzające szpitalami – nowe wyzwanie: zmianę mentalności pracowników i wyważenie kwestii jakości w odniesieniu do optymalizacji kosztowej.

Dodam, że niejednokrotnie zarządzający są postrzegani jako osoby, którym zależy tylko na obniżeniu kosztów. Wdrożenie nowego standardu rachunku kosztów daje narzędzie do odpowiedniego wyważenia kwestii jakości i kosztów. Zastosowanie tańszych materiałów o niższej jakości stwarza ryzyko powikłań, których chcemy unikać ze względu na dobro pacjenta, ale również ze względu na ryzyko wypłaty odszkodowania. To też trzeba wziąć pod uwagę, chociaż nie uwzględniamy tego bezpośrednio w wycenie procedur i przy wyborze materiałów medycznych. Wiedza zdobyta w trakcie wyceny procedur pozwoli podjąć dialog z lekarzami i wspólnie przeprowadzić analizę, jakie materiały zapewniają najlepszy balans pomiędzy jakością a kosztami, przy czym większą wagę należy przykładac do jakości. Używanie najtańszych materiałów może narazić szpital na koszty odszkodowawcze i wtedy to, co najtańsze, w ostatecznym rachunku okaże się najdroższe.

Czy jest nadzieja na urealnienie wyceny świadczeń?
Wydaje nam się, że celem rozporządzenia jest dostarczenie AOTMiT rzetelnych i ustandaryzowanych danych, dzięki którym opracuje ona realne taryfy NFZ. Ostatnio na konferencji zorganizowanej przez AOTMiT wskazywano np. na znaczne różnice w kosztach jednej procedury przedstawianych przez dwa różne szpitale.

Po weryfikacji okazało się, że w jednej jednostce po prostu coś było niedoszacowane. Jeśli wszystkie podmioty wprowadzą jeden standard rachunku kosztów, to przełoży się to w przyszłości na rzetelniejszą – lepszą – wycenę procedur.

Nasuwa się jednak pewna wątpliwość dotycząca kosztów pośrednich. Koszty normatywne realizacji tych samych procedur w różnych jednostkach powinny być zbliżone (zbliżone koszty materiałowe oraz koszty osobowe), jednak koszty pośrednie – uwzględniające wszystkie pozostałe koszty OPK proceduralnych mogą się już znacznie różnić. Pojawiają się pytania, jaki będzie miało to wpływ na ostateczną wycenę procedur i jak do tej kwestii podejździe AOTMiT. Z korzyścią dla świadczeniodawców czy płatnika? Nie mam żadnej wątpliwości, że AOTMiT będzie stała po stronie płatnika. Uczestniczyliśmy ostatnio w kontrwycenie osobodnia realizacji wybranych procedur z zakresu wentylacji mechanicznej pacjentów w warunkach domowych. Agencja w swoim raporcie rekomendowała obniżenie stawek za osobodzień o 16–62 proc. (w zależności od procedury). Według naszej kalkulacji rzeczywiste koszty realizacji dwóch z nich są powyżej aktualnych stawek NFZ, a tylko jednej poniżej. Okazało się, że największe rozbieżności pomiędzy naszą wyceną a wyceną AOTMiT dotyczą stawek godzinowych wynagrodzenia personelu medycznego i właśnie kosztów pośrednich. Agencja na podstawie danych przesłanych przez świadczeniodawców wyliczyła, że rzeczywiste koszty pośrednie kształtują się na poziomie 37,77 zł za osobodzień, a następnie arbitralnie przyjęła je do kalkulacji w kwocie... 8,90 zł za osobodzień.

Dlaczego są takie problemy z oszacowaniem kosztów wytworzenia procedur?

To skomplikowana i żmudna praca, wymagająca zaangażowania i współdziałania obszaru administracyjnego z obszarem medycznym. Do stworzenia listy wszystkich procedur ICD-9 realizowanych przez poszczególne ośrodki powstawania kosztów potrzebna jest specyfikacja wszystkich używanych do nich materiałów i leków. Oczywiście, jeżeli mówimy o metodzie typowo używanych zasobów materiałowych i osobowych, musimy ustalić średnie zużycie materiałów. Czyli najpierw trzeba wyspecyfikować wszystkie materiały co do strzykawki, gazika, igły, które są używane przy danej procedurze, podać wielkość ich zużycia, ustalić ceny jednostkowe, a potem do tak skalkulowanych kosztów materiałowych dodać koszty osobowe zaangażowanego personelu. Aby skalkulować koszty osobowe, oprócz wyliczenia stawek godzinowych, musimy dla każdej procedury ustalić średni czas jej realizacji oraz średnie zaangażowanie personelu medycznego. To naprawdę bardzo żmudna praca, wymagająca dużego nakładu czasu.

Rozmawiał Krystian Lurka