

Rezygnacja z politycznych czyli próba powrotu do nor



Fot. iStockphoto.com

JAROSŁAW KOZERA, MAGDALENA KOZERA

W ostatnich 14 latach, to jest od wprowadzenia zasad rozliczeń opartych na grupach JGP, nic pozytywnego się nie wydarzyło. Wręcz odwrotnie – politycy wszelkich maści zaczęli traktować Narodowy Fundusz Zdrowia jak narzędzie gry politycznej i bardzo chętnie wykorzystywali go do własnych lokalnych czy centralnych interesów. Rozpoczęli demontaż zasad rozliczeń, wydzielając ku uciesze związków zawodowych produkty podwyżkowe, tworząc hybrydę łączącą zasady rozliczeń, czyli płatność za usługi, produkt podwyżkowy, z rozdawnictwem według zasad budżetowych. Takie działania, jak się okazało, były odbierane pozytywnie przez pracowników i związki zawodowe, ponie-

waż zawsze wydzielony strumień finansowania musiał być przeznaczony na podwyżki wynagrodzeń, a równocześnie pozbawił dyrektorów szpitali niezależności w kształtowaniu polityki wynagrodzeń, a co za tym idzie – w pewnym stopniu decydowania o dalszym rozwoju lub też restrukturyzacji szpitala.

W takim modelu, to jest przy instrumentalnym traktowaniu NFZ, zaczęły się pojawiać propozycje, by fundusz zlikwidować i pieniądze, którymi dysponuje, włączyć do budżetu, a wydziałom zdrowia urzędów wojewódzkich przywrócić funkcję, jaką pełniły przed 1999 r. I tu pierwsze łubu-du – dzięki postawie Andrzeja Jacyny, ówczesnego prezesa NFZ, uratowano

produktów NFZ, malności

niezależność funduszu, co oznaczało niezależność środków przekazywanych dla sektora ochrony zdrowia. Drugie łubu-du, które zostało ogłoszone niedawno, to eliminacja politycznych produktów z oferty NFZ i powrót do istoty zasad rozliczeń, czyli finansowania wyłącznie produktów związanych z procesem diagnostyczno-terapeutycznym. Dzięki postawie obecnych przedstawicieli płatnika – prezesa Filipa Nowaka i wiceprezesa Bernarda Waśki – jesteśmy świadkami kroku milowego, który przywróci, miejmy nadzieję, niezależność NFZ, a także pozwoli dyrektorom szpitali w pełni gospodarować pieniędzmi z funduszu i jak się zaraz przekonamy, dla wielu z nich będzie potwierdzeniem zdolności menedżerskich w kierowaniu placówkami medycznymi.

W artykule spróbujemy zaprezentować skutki likwidacji produktów podwyżkowych i wpływ nowych stawek na poszczególne rodzaje podmiotów. Zastosowaliśmy podział na podmioty według organów tworzących i według poziomów PSZ, przeprowadzając analizę efektów regulacji w aspekcie rodzaju świadczeń (szczegółowy opis klasyfikacji rodzaju świadczeń umieściliśmy w artykule „Wrobieni w szpitalu”, „Menedżer Zdrowia” 7–8/2021).

Metody analizy

Do opracowania wykorzystano dane za 2019 r. Baza zawiera ponad 8 mln epizodów. Do analizy użyto narzędzia Pulpit Menedżera Zdrowia, które pozwala na mapowanie procesów diagnostyczno-terapeutycznych z wykorzystaniem wspomnianych danych oraz na symulację zmian wyceny świadczeń proponowanych w rekomendacji nr 65/2022 prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Dla przypomnienia – hospitalizacje podzielono na takie, które:

- mogłyby być wykonywane w formie alternatywnej do całodobowej stacjonarnej opieki medycznej, czyli szpitalnej, zwane dalej alternatywnymi:
 - podstawowe – świadczenia o charakterze zachowawczym, głównie obserwacyjno-diagnostyczne, które mogą być realizowane w formach alternatywnych,
 - średnie – świadczenia o charakterze zabiegowym o średnim poziomie złożoności, niewymagające wielospecjalistycznego zaplecza całodobowych, zamkniętych ostrych oddziałów szpitalnych,

- małe – świadczenia o charakterze zabiegowym o najniższym poziomie złożoności, niewymagające wielospecjalistycznego zaplecza całodobowych, zamkniętych ostrych oddziałów szpitalnych,
- diagnostyczne – świadczenia o charakterze zabiegowym, diagnostycznym, niewymagające wielospecjalistycznego zaplecza całodobowych, zamkniętych ostrych oddziałów szpitalnych;
- bezwzględnie wymagają opieki szpitalnej, zwane dalej szpitalnymi:
 - specjalistyczne – świadczenia o charakterze zachowawczym, w których realizowany jest proces diagnostyczno-terapeutyczny wymagający zaplecza całodobowych, zamkniętych, ostrych oddziałów szpitalnych,
 - kompleksowe – świadczenia o charakterze zabiegowym o najwyższym poziomie złożoności wymagające wielospecjalistycznego zaplecza całodobowych, zamkniętych, ostrych oddziałów szpitalnych,
 - duże – świadczenia o charakterze zabiegowym o dużym poziomie złożoności wymagające wielospecjalistycznego zaplecza całodobowych, zamkniętych, ostrych oddziałów szpitalnych.

Powyższe kryteria są dynamiczne, ponieważ niektóre świadczenia z grupy szpitalnej z uwagi na wdrażane nowe technologie mogą się przesuwać do części alternatywnych form opieki.

Ostatni parametr analizy dotyczy podmiotów, które zgłosiły, że nie mają wystarczających środków na podwyżki – ich listę, przygotowaną przez Związek Powiatów Polskich, opublikował 19 sierpnia na swojej stronie internetowej „Menedżer Zdrowia” w tekście „Lista niewypłacalnych szpitali – stan na 19 sierpnia”.

Aby zapoznać się z artykułem, zeskanuj kod QR:

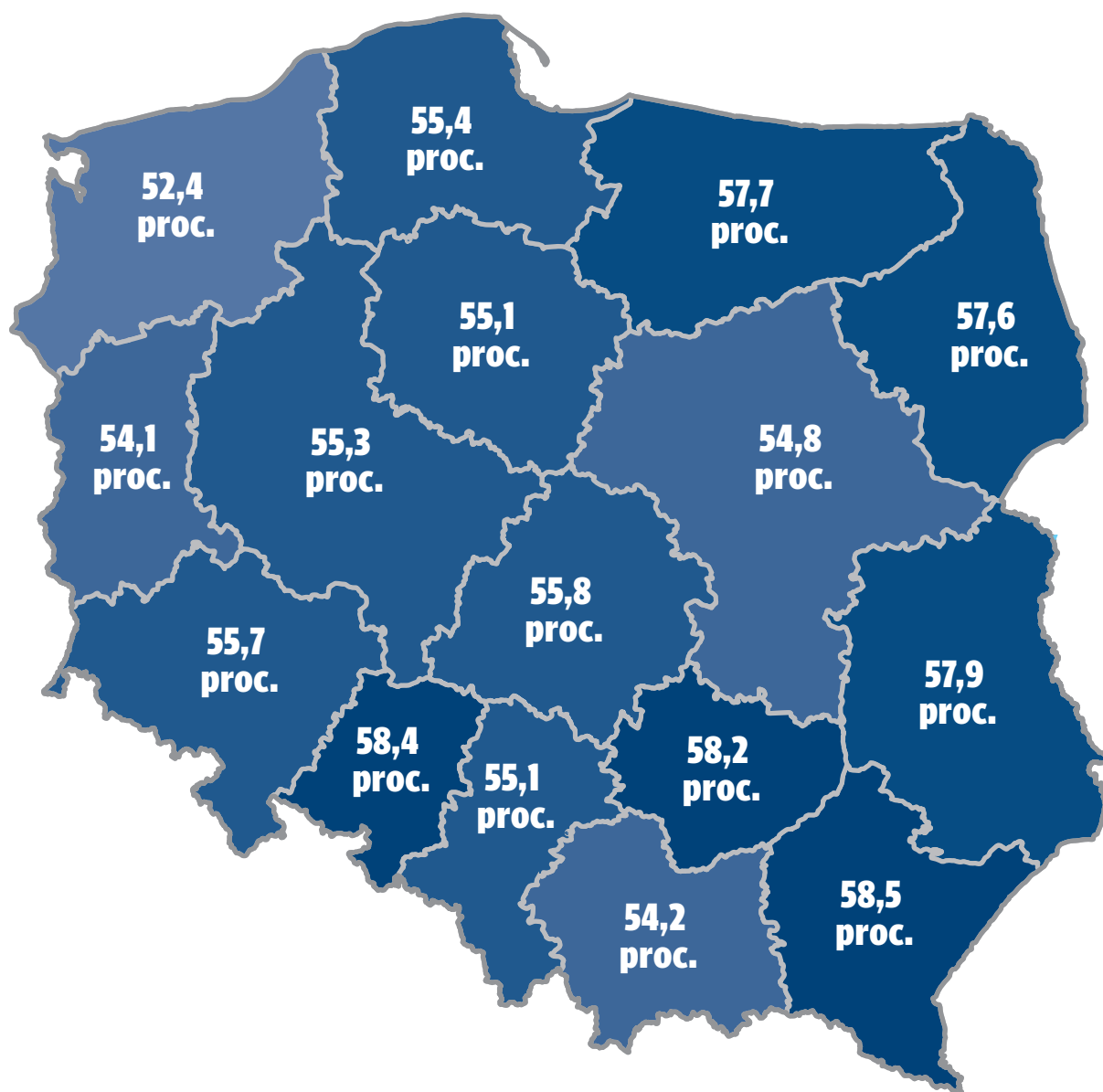


Poniżej przedstawiamy wyniki kilku analiz, w naszej ocenie sygnalizujących problemy i przyczyny niedoboru pieniędzy wskazywane przez niektóre podmioty. Każda poniżej przedstawiona teza powinna być według nas zbadaana i poddana pogłębionym analizom. Naszą intencją jest zainicjowanie dyskusji o przyczynach braku efektywnych zmian w sektorze ochrony zdrowia, które do tej pory nie były brane pod uwagę, tj. odpowiedniego doboru form realizacji świadczeń w zależności od stopnia ich kompleksowości. Tym razem próbujemy znaleźć odpowiedź na pytanie, czy struktura realizowanych świadczeń ma wpływ na wartość przychodu w najnowszej regulacji zgodnej z rekomendacją nr 65/2022 prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Świadczenia alternatywne

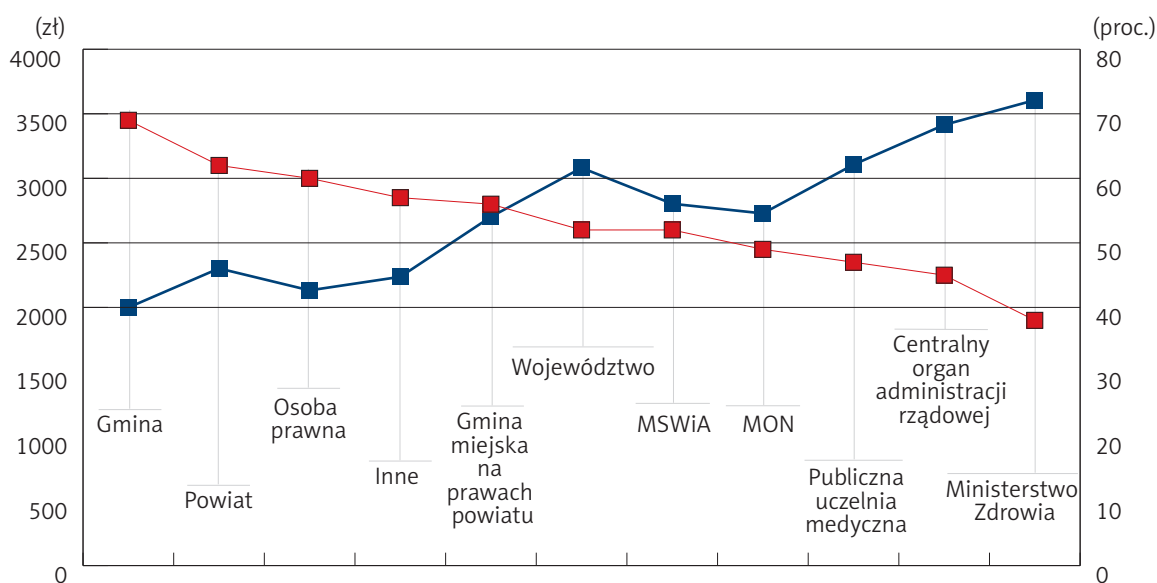
Analizując hospitalizacje w 2019 r. i stosując kryteria podziału świadczeń opisane we wstępie, otrzymujemy mapę udziału świadczeń alternatywnych w hospitalizacjach ogółem (ryc. 1).

Jak wynika z mapy przedstawionej na rycinie 1, udział świadczeń alternatywnych, tj. takich, które mogłyby być wykonywane w formach alternatywnych do całodobowego leczenia szpitalnego, przekracza 50 proc. we wszystkich województwach, jednak największy możemy zaobserwować w województwach: podkarpackim, opolskim, świętokrzyskim, lubelskim, warmińsko-mazurskim i podlaskim, a najmniejszy w województwie zachodniopomorskim.



Rycina 1. Udział świadczeń alternatywnych w hospitalizacjach ogółem zrealizowanych w 2019 r. z podziałem na województwa

Źródło: JS Konsulting, na bazie danych NFZ



Rycina 2. Relacja między udziałem świadczeń alternatywnych w świadczeniach ogółem a średnią różnicą wartości świadczeń zgodnych z rekomendacją 65/2022 i wartości świadczeń w 2019 r., z podziałem na organy tworzące

Źródło: JS Konsulting, na bazie danych NFZ

W przypadku podziału szpitali w zależności od organów tworzących (ryc. 2) najwyższy odsetek świadczeń alternatywnych (linia czerwona) odnotowano w szpitalach, których podmiotem tworzącym była gmina lub powiat, a najniższy – Ministerstwo Zdrowia. Równocześnie na wykresie widzimy średnią różnicę przyrostu środków (linia niebieska) zgodnie z ostatnią rekomendacją 65/2022 w stosunku do wartości w 2019 r. Co ciekawe, zachodzi tu bardzo ciekawa i istotna relacja. Im większy udział alternatywnych świadczeń, tym mniejszy przyrost wartości świadczeń.

Przyjrzyjmy się jednak wyłącznie podmiotom z listy Związku Powiatów Polskich, czyli tym, które zgłosiły, że nie mają wystarczających środków na podwyżki. Analizując hospitalizacje zrealizowane w 2019 r. i stosując kryteria podziału świadczeń opisane we wstępie, otrzymujemy mapę udziału świadczeń alternatywnych w hospitalizacjach ogółem dla podmiotów z tej listy (ryc. 3).

Podmioty lecznicze z listy mają większy udział świadczeń alternatywnych, prawie wszystkie ponad 60 proc. Może to być jedna z podstawowych przyczyn braku pieniędzy na podwyżki ustalone w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, dlatego że nowe rozliczenie związane z rekomendacją 65/2022 opiera się na wroście ceny za punkt. Jak wiadomo, świadczenia alternatywne z uwagi na niski stopień kompleksowości są wycenione niżej.

Marża pokrycia

Pójdźmy krok dalej – przedstawmy analizę wartości tzw. marży pokrycia, tj. różnicy przychodów ze świadczenia i kosztów zmiennych: badań laboratoryjnych, badań obrazowych, materiałów wszczepiennych i le-

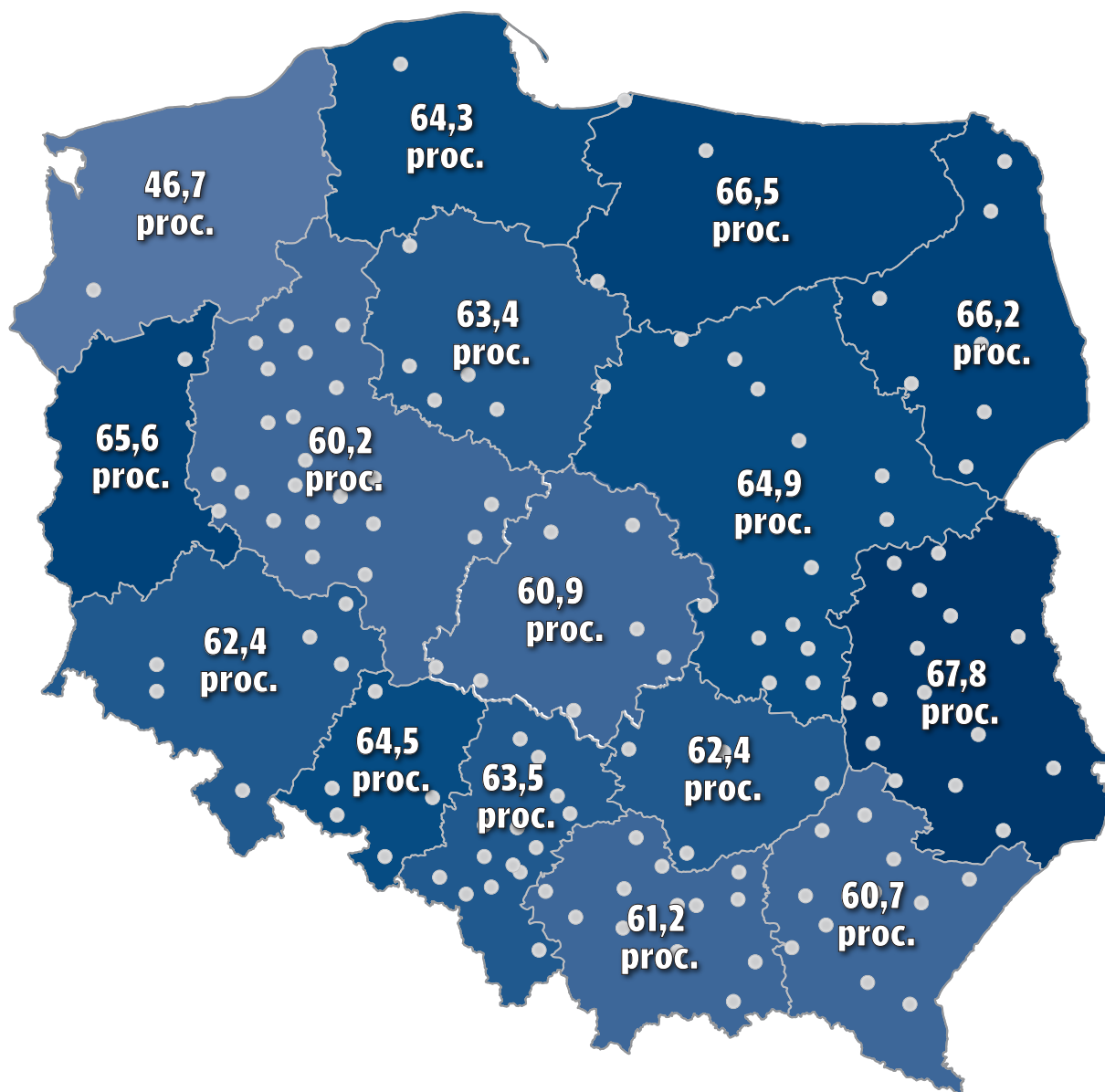
ków, w zestawieniu ze strukturą udzielanych świadczeń oraz formą ich udzielania. W naszej ocenie struktura świadczeń determinuje wartość marży pokrycia i decyduje o kondycji finansowej placówki. Marża pokrycia powinna pokrywać pozostałe koszty, tj. kapitału ludzkiego i w tym przypadku regulacji ustawowej, zasobów – kosztów hotelowych, zarządu itp.

Na rycinie 4 przedstawiliśmy informacje o średniej marży pokrycia wybranego podmiotu leczniczego z trzeciego poziomu PSZ z 2022 r. oraz średniej marży pokrycia według rekomendacji 65/2022 wraz ze średnimi czasami pobytów, z podziałem na rodzaje świadczeń (szpitalne i alternatywne), i rozwinęliśmy je o stopień kompleksowości. Dodaliśmy średni czas pobytu dla wyodrębnionych wymiarów kompleksowości.

Biorąc pod uwagę marżę pokrycia, możemy przyjąć, że w zależności od rodzaju świadczeń musi ona pokryć:

- dla świadczeń kompleksowych – ok. 4 dni, czyli do wartości ok. 2800 zł za osobodzień,
- dla świadczeń dużych – 3 dni, do wartości 1700 zł,
- dla świadczeń specjalistycznych – 5 dni, do wartości 1200 zł,
- dla świadczeń podstawowych – 5 dni, do wartości 600 zł,
- dla świadczeń średnich (w tym porody) – 3 dni, do wartości 1100 zł,
- dla świadczeń diagnostycznych – 2 dni, do wartości 1400 zł,
- dla świadczeń małych – 1 dzień, do wartości 1000 zł.

Innymi słowy, marża pokrycia w przypadku świadczeń szpitalnych dużych stanowi 1700 zł na osobodzień i jest to wartość, dzięki której pokrywane są wszystkie koszty związane z wynagrodzeniami pracowników szpitala oraz tzw. koszty hotelowe pacjenta. W przy-



Rycina 3. Udział świadczeń alternatywnych w hospitalizacjach ogółem w podmiotach z listy Biura Związku Powiatów Polskich z 19 sierpnia 2022 r., zrealizowanych w 2019 r., z podziałem na województwa. Punkty oznaczają lokalizacje podmiotów z listy

Źródło: JS Konsulting, na bazie danych NFZ oraz listy Związku Powiatów Polskich z 19 sierpnia 2022 r.

padku świadczeń alternatywnych podstawowych marża pokrycia stanowi jedynie 600 zł na osobodzień, co w przypadku dużej ich liczby nie wystarcza na pokrycie wszystkich wydatków.

Kompleksowość

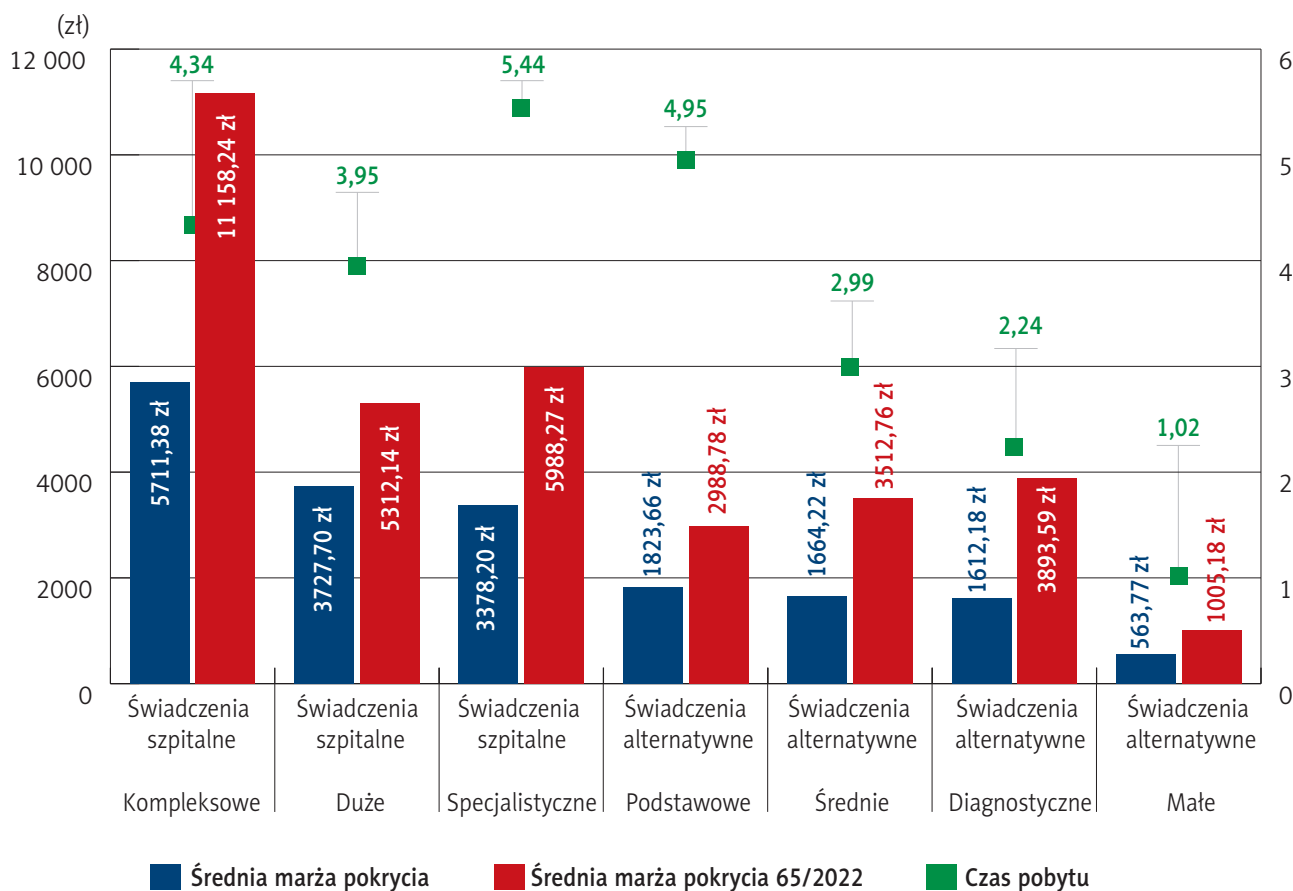
Na rycinie 5 przedstawiliśmy analizę struktury świadczeń w wymiarze kompleksowości dla podmiotów z listy Związku Powiatów Polskich. Jak wynika z wykresu, likwidacja produktów podwyżkowych i zastąpienie wyceny zgodnej z rekomendacją 65/2022 nie wystarczy na sfinansowanie obowiązkowych podwyżek, gdyż w przypadku tych podmiotów aż 40 proc. wykonywanych przez nie świadczeń to świadczenia podstawowe.

Struktura świadczeń i informacje o marżach pokrycia pokazują, że podmioty z listy mają niewielkie zdol-

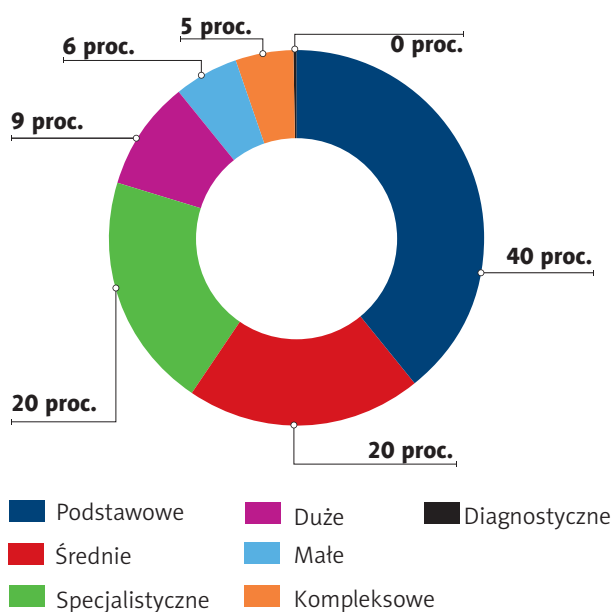
ności finansowania podwyżek związanych z regulacją i wzrostami innych rodzajów kosztów.

Wnioski

Naszym zdaniem rekomendacja 65/2022 to powrót do fundamentalnych zasad finansowania tylko świadczeń medycznych. Nie wszystkie jednak podmioty, jak wspomnieliśmy, osiągną taki sam poziom finansowania jak wcześniej. I tu pojawią się pewnie głosy, czy to słuszne, że niektórym „nie wystarczy”. Nasze dotychczasowe tezy są jednoznacznie odpowiedzią. O kondycji finansowej placówki decyduje struktura świadczeń, czas ich trwania i stopień powikłań. W tym przypadku włączenie strumienia podwyżkowego do ceny za punkt potwierdza tezę, że struktura świadczeń na oddziale ma istotny wpływ na ilość środków z NFZ. Tak jak wspomina-



Rycina 4. Średnia marża pokrycia wybranego podmiotu leczniczego z trzeciego poziomu PSZ z 2022 r. i według rekomendacji 65/2022 wraz ze średnimi czasami pobytów, z podziałem na rodzaje świadczeń i stopień kompleksowości
Źródło: JS Konsulting, na bazie danych PMZ-Konsultant-IT



Rycina 5. Struktura hospitalizacji w wymiarze kompleksowości usług podmiotów z listy

Źródło: JS Konsulting, na bazie danych NFZ

liśmy, nasze analizy (zapraszamy do lektury naszych wcześniejszych artykułów w „Menedżerze Zdrowia”) wskazywały, że zbyt dużo świadczeń prostych (alternatywnych) jest realizowanych w formie całodobowej stacjonarnej. To ewidentne marnotrawstwo kapitału ludzkiego i zasobów oraz ponoszenie zbędnych kosztów. Nowa regulacja według rekomendacji 65/2022 jest tego ewidentnym przykładem. Dyrektorzy podmiotów mających w swej strukturze zbyt wiele świadczeń, które mogłyby i powinny zostać zrealizowane w alternatywnej formie, niestety będą informować, że nie mają wystarczających funduszy na pokrycie kosztów wynagrodzeń.

Przed nimi trudne wyzwanie – odnalezienie się w realiach braku produktów podwyżkowych, które średnio stanowiły 11 proc. (od 2–3 proc. aż do 40 proc.) wartości budżetów jednostek.

To, co możemy rekomendować, to praca organiczna nad strukturą świadczeń i skracaniem hospitalizacji. Do czego gorąco zachęcamy.

Jarostaw Kozera, właściciel firmy JS Konsulting Jarostaw Kozera, były prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ Magdalena Kozera, analityk biznesowy z JS Konsulting