

Oddziały wojewódzkie NFZ zaprezentowały plany finansowe na rok 2014 i potwierdza się teza, że nadchodzący rok będzie najtrudniejszy dla zarządzających szpitalami od początku zarządzania nimi przez samorządy. A w sposób szczególny dla szpitali powiatowych.

Otóż NFZ na rok 2014 planuje środki dokładnie takie same jak w roku bieżącym. Nie przewiduje się zmian cen jednostkowych punktu rozliczeniowego w stosunku do roku 2013. Wszystkie województwa otrzymać mają dokładne tyle samo środków w 2014 roku co w obecnym. Bez złotówki więcej.

To w praktyce oznacza oczywiście realnie spadek nakładów na publiczną ochronę zdrowia. Główną przyczyną takiej decyzji są smutne doświadczenia z planowania na lata 2012 i 2013, kiedy to okazało się, że wpływy ze składki zdrowotnej zostały znacząco przeszacowane. Sytuację ratuje spadek nakładów na refundację leków, ale w ograniczaniu tym dotarliśmy do niebezpiecznie niskiego poziomu, poniżej którego nie można już się posuwać.

Być mądrym przed szkodą

Kiedy kalecząc język polski od wielu, wielu miesięcy nawoływałem do tego aby... nauczyć się żyć jutro z tym co mamy dzisiaj, wielu traktowało to lekko.

Tymczasem bezsporne fakty są następujące.

W 2012 roku na leczenie szpitalne wydano 49,1 proc. wszystkich środków będących w dyspozycji NFZ. To absolutny rekord w historii Funduszu. Przykładowo: w 2004 roku wskaźnik ten wyniósł – 43,4 proc., by wzrosnąć aż do 48,2 proc w roku. Potem odnotowywano spadek nakładów na leczenie szpitalne: w 2010 – 47,5 proc. i w 2011 – 47,3 proc. Tak wysoki udział nakładów na leczenie szpitalne to absolutna rzadkość w Europie.

Nawet jeśli uda się utrzymać go w 2013 i kolejnych latach, to i tak nadchodzi czas istnego pogromu dla szpitali powiatowych.

Dlaczego? To, że pieniędzy nie będzie więcej już wiadomo. Ale wewnętrzna struktura wydatków na szpitale jest niezwykle niekorzystna dla szpitali powiatowych.

Priorytetem dla NFZ są bowiem:

- wysokospecjalistyczne świadczenia kardiologiczne i onkologiczne,
- świadczenia w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (z uwagi na ich charakter, jako ratujących życie), za które Fundusz zamierza płacić na poziomie rzeczywistego wykonania,
- podobnie jak za leczenie udarów,

a to nie jest domena szpitali powiatowych.

Do tego dojdzie ogromne, dodatkowe wsparcie dla szpitali klinicznych i wojewódzkich, które rozbudowują infrastrukturę, głównie za sprawą środków unijnych. Na takie nowe projekty znajdą się środki w planach NFZ. Rzecz jasna kosztem najmniejszych szpitali publicznych i prywatnych.

Rachunek jest więc prosty. Zarówno na okres najbliższy jak i dalszy. Środków nie przybędzie, za to

wzrosną nakłady na największe szpitale. W konsekwencji spadną nakłady na te najmniejsze, które i tak już ledwo wiążą koniec z końcem.

Co można zrobić by przetrwać trudny czas?

Rzecz jasna rezerwy proste, takie jak restrukturyzacja kadrowa (np. zejście z wysokością kosztów na płace z 70-80 procent do poziomu bliskiego połowy kosztów ogółem) czy też dofinansowanie przez samorząd działalności inwestycyjnej, zostały w większości szpitali wyczerpane.

Na przestrzeni kilku ostatnich lat malała grupa samorządowców, którzy bez względu na cenę, chcieli podtrzymać przy życiu szpitalne giganty, często na glinianych nogach. Rosła więc presja na działania restrukturyzacyjne, nawet politycznie niebezpieczne (takie, jak chociażby ograniczanie zatrudnienia czy też zmniejszanie liczby szpitalnych łóżek). Skutkowało to także częstszymi decyzjami o przekształcaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prowadzące szpitale.

Ale czas na czerpanie z rezerw prostych już minął. Teraz trzeba na poważnie potraktować restrukturyzację rynkową (produktową).

Konsolidacja przede wszystkim

Czy ktoś ma na to ochotę czy nie, musi sięgnąć po inne narzędzia zarządcze, pozwalające na ustabilizowanie sytuacji szpitala. Będzie on mógł dalej funkcjonować, nawet w trudnym otoczeniu finansowym, jeśli dostosuje swoją ofertę do potrzeb faktycznych, a nie wymarzonych.

Najbardziej obrazowym przykładem są oddziały ginekologiczne, położnicze, neonatologiczne w szpitalach w których rodzi się jedno dziecko dziennie! Nie dam się przekonać, że to ma sens z jakiegokolwiek powodu, a już na pewno nie z powodu dobra pacjentek i noworodków.

Nie zamierzam nikogo pouczać, ale czuję się w obowiązku podkreślić: nie przetrwają szpitale powiatowe mające kontrakt na poziomie 15–20 mln złotych rocznie i nie współpracujące silnie z innymi tego typu podmiotami (mającymi komplementarną, a nie konkurencyjną ofertę usług). Pokonają je koszty stałe (na poziomie ponad 90 proc. kosztów ogółem) oraz konkurencja większych i szybciej się rozwijających się szpitali.

Dlatego, nadszedł czas rozsądną konsolidację zasobów i uczenie się kompromisów.

Tyle, że kompromisów nie tak jak do tej pory markowanych, a realnych, które wiązać się będą najczęściej z daleko idącymi ustępstwami.

Oznaczać to może rezygnację z części świadczonych usług na rzecz sąsiada (i odwrotnie).

Na instytucjonalną kooperację dzięki której bardziej efektywnie wykorzystana zostanie coraz szczuplejsza kadra medyczna (zarówno lekarska jak i niestety pielęgniarstwa) oraz sprzęt i aparatura, które są coraz wyższej jakości, ale też nieprawdopodobnie drogie. Nawiasem, od przyszłego roku szykuje się podwyżka VAT na ten sprzęt z 8 do 23 proc. W styczniu br. Komisja Europejska skrytykowała, bowiem Polskę za niedostosowanie się do dyrektywy Rady 2006/112/WE w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej i domaga się podniesienia stawki VAT na wyroby medyczne.

Oczywiście możemy wykrzykiwać o potrzebie zachowania szpitala w każdym mieście powiatowym.

To jest do osiągnięcia. Tyle, że albo to będą szpitale mające dalece inną niż obecnie ofertę usług (co wynika z potrzeby ekonomicznej, ale przede wszystkim z wymogów cywilizacyjnych, charakteryzujących się ogromnymi zmianami demograficznymi), albo działające w sieci.

W tym drugim przypadku musi to być sieć zbudowana instytucjonalnie, a nie w oparciu o miękkie porozumienia (łatwe do rozwiązania). Wymarzony model, to współpraca powiatów, w ramach obszaru funkcjonalnego (jeśli trzeba wykraczającego nawet poza granice województwa).

W wyniku tej współpracy, jeden wspólny podmiot leczniczy skupi potencjał kilku dotychczasowych szpitali. Podmiot jest jeden ale ma swoje ośrodki w kilku miastach powiatowych, w których szpitale mają raczej kilkadziesiąt niż kilkaset łóżek (dodatkowo rozbudowane procedury jednodniowe i ambulatoryjna opiekę specjalistyczną). Do tego wyspecjalizowanych w 2- 3 kierunkach, za to w oparciu o populację całego obszaru funkcjonalnego. Dzięki temu mogą stać się konkurencyjnymi dla szpitali wojewódzkich.

Taki pożądaný model potrafiły zbudować podmioty prywatne (także w oparciu o byłe szpitale samorządowe, tak jak robią to m.in. Grupa Nowy Szpital i EMC), ale nigdzie dotąd nie udało się to osiągnąć władzom samorządowym!

Co się jeszcze musi wydarzyć, aby proces rozsądnej konsolidacji nareszcie ruszył?

Obawiam się że wymusi to wszechobecna ekonomizacja i warunki kontraktowania, o których pisałem na wstępie.

Tyle że o wiele lepiej byłoby to uczynić z przekonania niż z przymusu.

Do czego nieustająco namawiam.

Marek Wójcik