Plan NFZ na 2013. Katastrofa dotknie wielu

Kategoria: Felietony
Opublikowano: niedziela, 08, lipiec 2012 00:00
Odsłony: 2711

To, że nad szpitalami od dawna wiszą czarne chmury, wiadomo nie od dziś. Od roku ostrzegam, że nadchodzi szpitalne tsunami, a momentem krytycznym dla stabilizacji systemu ochrony zdrowia był rok 2011. Od tego czasu zobowiązania wymagalne szpitalnych spzoz–ów przyrastają regularnie co miesiąc o 1 proc. (czyli ponad 20 mln zł), a więcej niż 40 proc. wszystkich szpitali ma stratę za rok 2011. Dodatkowo, instrumenty wspierające przekształcenia formy organizacyjnej szpitali nie powalają (dlatego liczba chętnych do zamiany spzoz w spółkę jest niewielka, a podmioty tworzące i menadżerowie zarządzający szpitalami stają na głowie by przekształceń uniknąć). Minister finansów też, nie wiadomo dlaczego, nie zgadza się na wydłużenie terminu wsparcia przekształceń. Jeśli sądzi, że w ten sposób zmusi do szybszej zamiany spzoz–ów w spółki, to jest w głębokim błędzie. Wielu zarządzających szpitalami robi bowiem co może by tego uniknąć (a pomysły bywają innowacyjne).

Jeżeli jednak komuś jest jeszcze mało, to niestety lektura planu finansowego NFZ chłodzi największych optymistów. Niestety najgorsze dopiero przed nami!

Narodowy płatnik przedstawił założenia do planu finansowego na rok 2013. Teraz oddziały wojewódzkie NFZ przedkładają je na swoje plany i…włos staje dęba!

Można było się przewidywać, że będzie ciężko, ale chyba nikt spodziewał się, iż skala problemów będzie tak duża.

Łączna planowana kwota przeznaczona na finansowanie w 2013 roku świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynosi 62 781 977,00 tys. zł. (tj. więcej od planu finansowego NFZ na 2012 rok – obowiązującego na dzień 16.08.2011 roku - o 2 310 117,00 tys. zł**.** czyli o 3,82 proc.). Czyli to już nie to samo co wzrost sprzed roku - o 7,52 proc., a do tego dochodzą skutki działania algorytmu dzielącego środki na poszczególne województwa. Skutki, których Prezes NFZ nie będzie mógł ograniczyć, dokładając jak na rok 2012 z funduszu zapasowego (594 mln. zł, które podzielono następująco: Mazowsze - 538 mln zł, Pomorze - 41 mln zł oraz Śląsk – 15 mln zł.)

Oto w jakie będą nakłady na świadczenia zdrowotne w 2013 r. w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w relacji do pierwotnego planu roku 2012 (nie zawiera wspomnianych wyżej skutków uwolnienia funduszu zapasowego).

Trwa proces spłaszania nakładów na ubezpieczonego w poszczególnych województwach. Jeszcze cztery lata temu, różnica pomiędzy województwem o najwyższych i najniższych nakładach na ubezpieczonego wynosiła blisko 500 zł, to w 2013 roku będzie to już tylko 123 złote. Rzecz jasna nie wszystkich cieszy to spłaszczenie, a chyba najmniej zarządzających ochroną zdrowia na Mazowszu i Śląsku.

Porównanie planowanych na 2012 i 2013 rok wydatków na świadczenia zdrowotne w przeliczeniu na ubezpieczonego w danym oddziale wojewódzkim NFZ.

Tyle wynika z działania algorytmu podziału środków na województwa. Co jeszcze planuje NFZ?

Zwiększy się jakość świadczeń, ale niestety nie ich ilość (twierdzę, że dostępność do świadczeń wręcz zostanie ograniczona). Wzrastają bowiem koszty jednostkowe świadczeń, ale niestety zapowiada się, że cena za ich wykonanie zostanie na poziomie roku 2012.

Phoca PDF

Oznacza to szczególnie trudną sytuację dla lecznictwa szpitalnego, gdzie cena za punkt pozostanie na dotychczasowym poziomie. Przypominam, że w 2011r. wyniosła ona 51 złotych, a w 2012 podniesiono ją zalewie do 52 zł. To będzie bardzo zła informacja dla zarządzających szpitalami. Wzrost ceny za punkt, w okresie dwóch lat zaledwie o 1,9 proc. absolutnie nie rekompensuje wyższych kosztów funkcjonowania szpitali (niestety wynikających nie tylko z inflacji w latach 2011 i 2012 na poziomie minimum 6 proc., ale także będących konsekwencją zmian przepisów regulujących działanie systemu ochrony zdrowia).

Od dawna zresztą wiadomo, że wycena procedur medycznych ma niewiele wspólnego z rzeczywistymi kosztami ich wykonywania. W efekcie są takie świadczenia: do których chociażby nie wiem jak się wytężać, to i tak się wciąż dopłaca (takowych nikt nie chce wykonywać, a jeśli już to czynią to zazwyczaj placówki tworzone przez podmioty publiczne i z pobudek społecznych) oraz takie, na których zarabia się wiele, nawet jeśli jest się rozrzutnym (np. windując wynagrodzenia do niebotycznych rozmiarów).

Na nie zmienionym poziomie postaną także zapewne ceny za łóżko w zakładach opiekuńczo–leczniczych, ryczałt za szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć, wysokość ryczałtu za opiekę nocną i świąteczną, stawki kawitacyjne dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej itd.

Większość dodatkowych środków na poszczególne województwa pochłoną skutki realizacji nowych inwestycji w infrastrukturę. I to inwestycji niekontrolowanych, a skutkującym np. tym, że w Krakowie będziemy mieli zakontraktowane 3 PET-y (w ubiegłym roku nie było ich wcale) i to za marne pieniądze. Działać będą w podmiotach leczniczych, które nie będą korzystać z nich w celach komercyjnych, więc nie będą efektywnie wykorzystane.

Co się musi zatem jeszcze stać, aby wreszcie uruchomić wariant antykryzysowy, a nie czekać na agonię szpitali (bynajmniej nie najsłabszych)? Na razie takiego planu nie widać, a wręcz odwrotnie starszy się nas rozwiązaniami, które rozłożą na łopatki nawet najtwardszych menedżerów (np. wyższe standardy zatrudnienia i wyposażenia w OITM).

W konsekwencji, co nas czeka? Znów przez lata angażować będziemy miliardy na którąś tam z rzędu próbę stabilizowania systemu. Tylko po co, jeśli można byłoby temu zapobiec i to niekoniecznie poprzez proste zwiększenie nakładów na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce (np. w obecnych realiach makroekonomicznych nieprawdopodobną wydaje się być perspektywa wzrostu składki zdrowotnej).

O kilku pomysłach na ratowanie systemu mówi się od lat. Dlatego może warto je wdrożyć jak najszybciej, aby być mądrym przed szkodą.

Marek Wójcik

Phoca PDF