

Bromber: Nie oszczędzam na szpitalu

Wciąż pokutuje takie myślenie: szpital się zbilansuje, gdy zwiększy się przychody. A wiadomo, jak to w przedsiębiorstwie, są przychody i koszty. A ja nie mam wpływu na stronę kosztów w szpitalu – mówi Piotr Bromber, szef lubuskiego NFZ.

ROZMOWA Z
PIOTREM BROMBEREM*



ARTUR LUKASIEWICZ: Już nie jest pan pełniącym obowiązki dyrektora lubuskiego NFZ?

PIOTR BROMBER: Potwierdzam. Od kiedy?

Od 12 lipca.

Więc już jako pełnoprawny dyrektor musi pan odpowiedzieć na poważne zarzuty marszałki i dyrektorów szpitali. Jak wyliczył Związek Miast Polskich, w woj. lubuskim w pierwszym półroczu zakontraktowano 45 proc. środków na usługi z NFZ, czyli najmniej w kraju. Czy pan oszczędza na lubuskich szpitalach?

Nikt nie oszczędza na lubuskich szpitalach, a przede wszystkim nikt nie oszczędza na leczeniu lubuszan. To skąd 45 proc?

Pamiętajmy o jednym, najważniejsze są szacunki roczne. Nie dwu-, trzymiesięczne okresy, czy nawet półroczne. To tak jakby zdanie wyrywać z kontekstu i na swój sposób je interpretować. Budzi to niepotrzebne emocje, które mogą negatywnie wpływać na poczucie bezpieczeństwa lubuskich pacjentów. Z drugiej strony te emocje mogą, choć mam nadzieję że nie, niepotrzebnie ustawiać dyrektorów i prezesów szpitali w kontrze do płatnika, jakim jest NFZ. A tego chciałbym uniknąć. Wolalibyśmy rozmawiać z prezesami i dyrektorami szpitali. A także z zarządami powiatów, województwa, czy prywatnymi podmiotami. Możemy się różnić, ale konieczna jest rozmowa. Czyli te 45 proc. nic nie znaczą?

Najważniejszy w ostatecznym rozrachunku jest plan roczny. Plan finansowy lubuskiego NFZ obejmuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej, obejmuje również środki przeznaczone na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek, ratowników, lekarzy specjalistów. Druga rzecz. Mamy podpisane umowy ze szpitalami. Kwoty w umowach w zakresie ryczałtów zostały wyliczone i zaakceptowane przez szefów tych szpitali. Wcześniej, punkt po punkcie, tłumaczyliśmy działania tego algorytmu. I na jego podstawie zaproponowaliśmy warunki finansowe na IV kwartał 2017, a potem na pierwsze półrocze 2018. I wywiązujemy się z tych płatności. To nie jest tak, że szpital ma z nami umowę np. na 100 tys. zł miesięcznie, a my płacimy 90 tysięcy. To tak nie działa. Realizujemy płatności według zawartych umów. Mało tego, oprócz świadczeń wynikających z ryczałtu, są jeszcze tzw.

świadczenia wyodrębnione. To m.in. pieniądze na izbę przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. To także pakiet onkologiczny, endoprotezy, badania tomografu i rezonansu, kolonoskopia, gastroscopia, porody, leczenie zawałów oraz operacje usunięcia żołądka. Dla przykładu na endoprotezy, żołądki, tomograf i rezonans już w tym roku zwiększyliśmy nakłady o 11 mln zł. To głos ze szpitala w Świebodzinie. Pieniądze na endoprotezy są, ale z innymi zabiegami i operacjami jest dużo gorzej. Wprowadzony system ryczałtowy spowodował, że kolejka z 7 tys. pacjentów urosła do 9,5 tys. osób. System zawiodł?

W przypadku Lubuskiego Centrum Ortopedii w Świebodzinie ryczałt stanowi 37 proc. umowy z NFZ. Reszta kontraktu to wspomniane świadczenia wyodrębnione. Ale jest jeszcze coś, o czym warto przypomnieć. W tym systemie pacjent wybiera szpital. Ma do tego prawo. I faktycznie ceni sobie szpital w Świebodzinie. Tymczasem są też miejsca, gdzie kolejki są krótsze.

Gdzie?

Zabiegi endoprotezoplastyki wykonuje się m.in. w Ślubicach, Międzyrzeczu, w zarskim szpitalu 105 i Nowej Soli. O Zielonej Górze i Gorzowie nie wspomnę. Nie chcemy strumienia pieniędzy ograniczać do jednego ośrodka. Nie byłoby to w porządku wobec innych. W efekcie ograniczałoby to dostępność terytorialną. Trzeba uwzględnić różne podmioty.

Nic nie dzieje się nagle. Od kilku lat zwiększamy dostępność pacjentów do zabiegów endoprotez, żołądki i tomografy. To jest dłuższy proces niż roczny plan.

Czy dzisiejsza polityka zdrowotna państwa nie faworyzuje szpitali powiatowych kosztem wojewódzkich, czyli marszałkowskich?

Nie. Dla Funduszu nie jest istotne, kto jest podmiotem tworzącym i właścicielem placówki. Dla mnie stroną do rozmowy jest dyrektor lub prezes szpitala. Oczywiście nie wyklucza to kontaktów ze starostami. Zapraszam ich i staram się tłumaczyć zawile kwestie.

Partnerem jest jednak przede wszystkim prezes, dyrektor podmiotu leczniczego. I nie zmienia się jedno. Tzw. rdzeń szpitali w regionie tworzą lecznice w Zielonej Górze i Gorzowie. Dochodzą Nowa Sól i Żary ze szpitalem 105. Te szpitale wystają ponad. Szpitale powiatowe natomiast uzupełniają dostępność do świadczeń. Jeśli jest jakiś problem między tymi szpitalami, to dotyczy to przepływu kadry.

Dlaczego pan nie przyszedł na sejmik i nie wytłumaczył radnym, jak działają ryczałty, co się zmieniło i dlaczego woj. lubuskie odstaje od reszty kraju?

Nie przyszedłem nie dlatego, że nie chciałem. Na przeszkodzie stał kalendarz. Osobiście wytłuma-



Otwarcie nowej sali hybrydowej w szpitalu w Zielonej Górze



Byli świadczeniodawcy, którzy wykonali plan poniżej 100 proc. I działa zasada: wszystko, co poniżej, dostali ci, co zrobili powyżej

czyłem przewodniczącemu sejmiku, dlaczego w zaproponowanym terminie nie mogę być na sejmiku. Napisałem też pismo do przewodniczącego sejmiku i marszałka województwa, prosząc o inny termin. Nigdy nie unikałem konfrontacji. Nie boję się krytyki. To nie jest dla mnie problem. Nie ukrywam się. Jestem w stanie rozmawiać z każdym i w każdym miejscu. Tylko kwestia zwykłych ludzkich relacji.

Wróćmy do ryczałtów, bo tym żyją szpitale. Dyrektorzy tych największych mówią jednym głosem. Że ten system jest dla nich niekorzystny. Prezes z Gorzowa twierdzi, że generuje straty. Jest już 6 mln zł, na koniec roku może być 15 mln. Szpitale dotąd się bilansowały, a teraz zaczynają liczyć dług. Mówią też o niedoszycowaniu, bo Fundusz miał brać pod uwagę stawki z 2015 r.

Ten pierwszy ryczałt określaliśmy na podstawie wykonania świadczeń z 2015 roku, przy uwzględnieniu wyceny według stanu na 2017 rok. Następnie, określając ryczałt na I półro-

cze 2018, dodatkowo uwzględniono certyfikaty jakości, akredytacje, co przełożyło się na wzrost ryczałtu. W algorytmie jest współczynnik, który kompensuje ryczałt w skali województwa. Np. byli świadczeniodawcy, którzy wykonali plan poniżej 100 proc. I działa zasada: wszystko, co poniżej, dostali ci, co zrobili powyżej. Skąd więc straty i dług?

Wytłumaczmy, jak działa ryczałt. Wcale nie jest sztywny. Daje pewną swobodę w zarządzaniu. Przykładowo, dyrektor ma nadwykonania na chirurgii i chciałby je przesunąć np. na internę. Nie ma przeszkód, może sam to zrobić. A kiedyś dyrektor musiał pisać do NFZ, spisywano aneksy, ustalano przesunięcia. Teraz dyrektor ma większą swobodę, bo ustala też wysokość ryczałtu na poszczególne oddziały. Tyle że to oznacza wbrew pozorom dużą zmianę w zarządzaniu. Jest to wręcz wyzwanie dla menedżera. Odnoszę też wrażenie, że wciąż pokutuje takie myślenie: szpital się zbilansuje, gdy zwiększy się przychody. A wiadomo, jak to w przedsiębiorstwie dużym i małym, a nawet w gospodarstwie domowym – są przychody i koszty, bez których ciężko mówić o bilansie. A ja nie mam wpływu na stronę kosztów w szpitalu.

Czyli wniosek jest taki, że dyrektorzy marszałkowskich szpitali nie radzą sobie z kosztami działalności szpitali?

Jestem bardzo daleki od takich ocen. To nie jest moja rola. To wiedzieć w stronę personalnych rozliczeń, zupełnie zbytecznych. Oczywiście nie znaczący, że nie interesuje się, jak funkcjonują szpitale, jaka jest do nich dostępność. Na dostępność skarży się prezes zielonogórskiego szpitala uniwersyteckiego. Przytacza dane. W półroczu 2017 szpital obsłużył ponad 33 tys. pacjentów, w tym półroczu 30 tys. Albo mniej chorujemy, albo dostępność jest gorsza. Prezes twierdzi, że sam musi ograniczać dostępność, bo mu pieniądze się nie zgadzają.

- Analizujemy te dane. Często świadczeniodawcy podają pierwszy wolny termin, a nie rzeczywisty czas oczekiwania. Byłbym też bardzo ostrożny w porównywaniu fragmen-

tów roku. Bo co innego wyjdzie, gdy zestawimy dwa inne półrocza, gdy plan się zmienił i znamy szczegółowe rozliczenia. W czerwcu br. nasz plan zmienił się o 40 mln zł na plus. To się przełożyło na alokację środków. Po prostu czymś naturalnym jest przesuwanie pieniędzy w okresach rozliczeniowych. Wtedy dowiadujemy się, za jakie nadwykonania zapłacimy. By to zrobić, trzeba dany okres rozliczyć. Czyli NFZ płaci nadal za nadwykonania w szpitalach?

Oczywiście. Dotyczy to tego, o czym mówiliśmy: m.in. żołądki, rezonansu, endoprotez, pakietu onkologicznego, porodów czy od niedawna też rehabilitacji dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. W tych przypadkach płacimy i będziemy płacić. Tylko nie ma mowy o nadwykonaniach w ryczałcie. Regulacja jest taka: szpital ma ryczałt i ma się w nim zmieścić.

I dlatego w szpitalach stało się ostatnio znów modne, przerobione powiedzenie: czy się stoi, czy się leży, ryczałt się należy.

- Wprowadzając ryczałt, nie zrezygnowaliśmy ze szczegółowych sprawozdań. Z nich widać, co dany szpital robi, jakie świadczenia realizuje. Ryczałt to konkretna kwota pieniędzy i nie jest dana raz na zawsze.

ROZMOWAŁ ARTUR LUKASIEWICZ

* Piotr Bromber – od 12 lipca dyrektor lubuskiego NFZ, wcześniej przez 2,5 roku był p.o. dyrektora.

Skwierzyna Miasto ołtarza

BURMISTRZ SKWIERZINY

działając na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997r. o gospodarce nieruchomościami (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 121 ze zm.)

informacje

ze Zarządzeniem Nr 0050.100.2018 z dnia 24 lipca 2018r.

podany został do publicznej wiadomości wykaz nieruchomości stanowiącej lokal niemieskalny przeznaczony do zbycia wraz z oddaniem w użytkowanie wszystkie ułamkowej części gruntu w drodze zamiany z osobą fizyczną.

Wykaz wywieszony jest w siedzibie Urzędu Miejskiego w Skwierzynie na tablicy ogłoszeń (parter) oraz opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Skwierzynie.

REKLAMA

3391470