

Pieniądze prywatne to warunek rozwoju szpitali



Fot. gettyimages/Elly Walton

Chociaż większość z ponad 11-miliardowego zadłużenia publicznej służby zdrowia tworzą szpitale publiczne, ich dyrektorzy mają ograniczony wpływ na proces powstawania długu i jego przyczyny. To decyzje systemowe Ministerstwa Zdrowia są rozstrzygające. Czy rzeczywiście system poradzi sobie bez pieniędzy prywatnych? Prezentujemy analizę Dariusza Wasilewskiego.

Brakuje kompleksowej i integralnej zmiany, która radykalnie wpłynęłaby na funkcjonowanie publicznej ochrony zdrowia. Dyrektorom szpitali pozostaje jedynie jak najlepiej dostosować placówkę do narzucanych im nowych reguł. Przystępują oni do gry w momencie, gdy karty zostały już rozdane. Starają się zatem jak najlepiej zagrać tym, co mają do dyspozycji.

Od przypadku do przypadku

Funkcjonowanie tego skrótowo nakreślonego mechanizmu widać w kolejnych działaniach podejmowanych w ostatnich miesiącach przez resort zdrowia. Ministerstwo wprowadza nowe regulacje, które w założeniu mają się przyczynić do poprawy sytuacji pacjentów i ogólnie służby zdrowia, ale nie troszczy się już o to, w jaki sposób nowe rozwiązania zostaną zaimplementowane. Co gorsze, proponowane rozwiązania nie układają się w przemyślany plan, realizowany krok po kroku, lecz sprawiają wrażenie działań doraźnych i trochę przypadkowych – takich, na które pozwala aktualna sytuacja polityczna (układ sił w rządzie) i ekonomiczna (wzrost PKB).

Przykłady? Na temat sieci szpitali powiedziano i napisano już wiele. W przeciwieństwie do ministra zdrowia większość ekspertów nie spodziewa się, aby szumnie zapowiadana reforma uzdrowiła system ochrony zdrowia. Raczej ma to być „miękką poduszką”, by dać stabilizację na bieżący rok. Sieć dopiero niedawno zaczęła obowiązywać, więc na dogłębne analizy jej skutków przyjdzie jeszcze czas, lecz już teraz, po ogłoszeniu algorytmu wy-

liczania ryczałtu, okazało się, że dyrektor szpitala może przeprowadzać tylko mniej lub bardziej dokładne symulacje budżetu, ponieważ algorytm zawiera zmienne określone przez NFZ. Dyrektor nie jest więc w stanie z całą odpowiedzialnością przygotować placówki do działania, gdyż nie zna jej budżetu! Stanie się jedynie administratorem powierzonego budżetu, który nie jest ryczałtem, ale będzie zależny od efektów ilościowo-statystycznych.

Tylko nieco inaczej wygląda sytuacja z jakże potrzebnymi podwyżkami wynagrodzeń minimalnych dla pracowników medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia nie przyznaje na nie specjalnych środków. Na poziomie szpitala trzeba je wygospodarować z ogólnej puli pieniędzy. Owszem, dzięki korektom planu finansowego NFZ na 2018 r. tych środków będzie więcej. Jeżeli jednak te dodatkowe 5 mld zł zostanie w części pochłonięte przez podwyżki (powtarzam – niewątpliwie konieczne!) i nieuchronny wzrost kosztów procedur medycznych, niewiele zostanie na poprawę standardów medycznych, inwestycje czy spłacanie zadłużenia, od którego odsetki wciąż rosną.

Wstydliwie niski wskaźnik

Tymczasem argument wysokości wynagrodzenia dla białego personelu z czasem będzie odgrywał coraz większą rolę. Polska ma wstydliwie niski wskaźnik liczby lekarzy i pielęgniarek w stosunku do liczebności całej populacji. A będzie jeszcze gorzej, ponieważ znaczna część pracowników niebawem przejdzie na emeryturę. Już dziś średni wiek pielęgniarki wynosi w Polsce 51 lat, a średni wiek lekarza specjalisty wykonującego

zawód to 54 lata. Niektóre specjalności lekarskie, które wymienia sam minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, takie jak chirurgia ogólna, interna, pediatria, psychiatria, medycyna ratunkowa i medycyna rodzinna, są szczególnie deficytowe. Z uwagi na niż demograficzny oraz lepsze warunki pracy na zachodzie Europy coraz trudniej przychodzi nam zastępować starszych lekarzy i pielęgniarki młodymi adeptami tych zawodów. Pomysł w rodzaju obowiązku odpracowania kosztów kształcenia przez lekarzy to próba odwrócenia uwagi od sedna problemu i załatwienia go metodą *dziel i rządź*, niestety często stosowaną przez władze.

Rentowność na minusie

Wobec licznych niedomagań systemu ochrony zdrowia w Polsce, a zwłaszcza błędów i zaniechań systemowych ze strony polityków, tym większy podziw należy się nielicznym dyrektorom szpitali, którzy świetnie odnajdują się w gąszczu niejasnych przepisów i potrafią stworzyć placówki bilansujące się finansowo i zapewniające świadczenia medyczne na wysokim poziomie oraz komfort dla pacjentów. Jak wskazuje raport Fundacji Republikańskiej „Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy”, wciąż prawie 40% szpitali nie osiąga dodatniego wyniku netto. Większość jednostek publicznych jest nierentowna. Dotyczy to zwłaszcza szpitali zarządzanych przez samorządy gminne (rentowność netto w 2015 r. wyniosła minus 10%). Czy państwo ma dla nich jakieś rozwiązanie – poza nieskutecznymi akcjami umarzania długów? Nie ma. Jak w sytuacjach opisywanych powyżej, dyrektor znów zostaje pozostawiony samemu sobie. Bardzo często jedynym dostępnym, ale też wskazanym sposobem radzenia sobie z zadłużeniem szpitala są niepubliczne źródła finansowania – kredyt czy pożyczka. Zastrzyk finansowy uzyskany od banków bądź instytucji finansowych jest w przypadku wielu jednostek niezbędny do dalszego funkcjonowania. Istnieje jednak wyczuwalna presja ze strony rządzących na zaniechanie tego typu decyzji.

W poszukiwaniu pieniędzy

Dyrektor szpitala, szukając dodatkowego źródła finansowania, może się zwrócić o pomoc do banku, jednak banki rzadko chcą rozmawiać, ponieważ procedury nie pozwalają im kredytować zadłużonych szpitali. Instytucje finansowe są wyspecjalizowane właśnie w tym kierunku, ale tym razem to dyrektorzy zbyt często zwlekają z działaniem. Dlaczego? Obawiają się negatywnej reakcji lokalnej opinii publicznej. Pokutuje stereotyp tzw. parabanków. To pejoratywne określenie nie ma jednak wiele wspólnego z obecnymi propozycjami instytucji finansowych. Ich oferta pożyczkowa jest konkurencyjna wobec oferty banków. Przed dyrektorem stoi więc trudne wyzwanie: ulec presji nieuzasadnionych uprzedzeń czy kierować się racjonalną kalkulacją zysków i kosztów.

WIĘKSZOŚĆ JEDNOSTEK PUBLICZNYCH

JEST NIERENTOWNA. DOTYCZY TO ZWŁASZCZA

SZPITALI ZARZĄDZANYCH PRZEZ SAMORZĄDY

GMINNE – RENTOWNOŚĆ NETTO W 2015 R.

WYNIOSŁA MINUS 10%

Ostatnio wiele się mówi o tzw. zwiększaniu suwerenności ekonomicznej kraju. Jednak gdy za hasłami nie idą realne działania mające na celu poprawę otoczenia prawnego i społecznego instytucji publicznych i firm prywatnych, prowadzi to do degeneracji nawet najszczytniejszych haseł. Do pewnego stopnia dzieje się tak w przypadku finansowania szpitali. Na rynku ochrony zdrowia odmawia się racji bytu podmiotom prywatnym w sytuacji, gdy stanowią one istotne – a wobec zadłużenia jedyne – źródło środków na inwestycje. W praktyce traktuje się więc prywatne podmioty funkcjonujące na rynku jako obce i osłabiające działanie całego systemu. Wyraźnie widać to w kontekście sporów między szpitalami a dostawcami usług. Tymczasem w innych krajach jest, a w Polsce powinno być, dokładnie odwrotnie. Uregulowane odpowiednimi przepisami współdziałanie jednostek sektora publicznego i prywatnego w ochronie zdrowia przynosi korzyści wszystkim podmiotom, a w szczególności podnosi poziom świadczeń medycznych dla pacjentów.

Finansowanie prywatne

Przykładów nie trzeba szukać daleko. W Czechach z budżetu państwa na służbę zdrowia przeznaczają się o wiele więcej pieniędzy niż w Polsce. Jednocześnie działa tam dobrze rozwinięty system finansowania prywatnego. Dzięki temu sytuacja ekonomiczna szpitali jest na tyle dobra, że szukając dodatkowych pieniędzy np. na inwestycje, dyrektorzy szpitali mogą wybierać wśród ofert zarówno instytucji finansowych, jak i banków.

Zaklinanie rzeczywistości może przynieść jedynie doraźne korzyści polityczne, ale nie przyniesie niczego dobrego dla szpitali, pacjentów i lekarzy. Służba zdrowia nie wyjdzie na finansową prostą ani nie wejdzie na wyższy poziom świadczeń medycznych jedynie dzięki finansowaniu budżetowemu. Współfinansowanie ze środków prywatnych jest nieuniknione i pożądane. Należy je tylko odpowiednio uregulować. W obecnym stanie zbyt wiele tracimy: pacjenci – czasu i zdrowia, a podatnicy – pieniędzy. Niestety z pewnością łatwiej będzie przeprowadzić zmiany legislacyjne, a nawet te w świadomości społecznej, niż dokonać transformacji systemowej, która polegałaby na dialogu i włączeniu w proces decyzyjny także dyrektorów szpitali.

Dariusz Wasilewski
Autor jest ekspertem Fundacji Republikańskiej.