

Dlaczego polskie szpitale nadal beznadziejnie się zadłużają



Foto: iStockphoto.com

Przekształcenia: zmarnowana szansa

Upowszechnia się świadomość, że leczymy się w podmiotach prowadzących działalność leczniczą. Ten swoisty rodzaj działalności niewiele ma wspólnego z działalnością gospodarczą, oprócz oczekiwania, że zarządzający nią zbilansuje się finansowo.

Osiągnięcie tego celu utrudniają różne ograniczenia wynikające z formy własności, choć podmioty prowadzone wyłącznie przez prywatny kapitał też często mają pod górkę.

Fikcja

Główną siłą napędową przekształceń nierzadko jest zaniedbanie restrukturyzacyjne organu właścicielskiego i poszukiwanie sposobu na upłynnienie zadłużenia lub możliwości przeniesienia go na inny podmiot. Często przekształcenie ogranicza się do połączenia kilku podmiotów, co sporadycznie dyktowane jest restrukturyzacją i dostosowaniem do nowych warunków rynkowych. Najczęściej poszukuje się możliwości połączenia placówki

o złym wyniku finansowym z mającą dobry lub lepszy. Niestety najnowsze dane dotyczące zadłużenia publicznej służby zdrowia nie napawają optymizmem. Może się bowiem za chwilę okazać, że będziemy łączyć bardziej zadłużonych z mniej zadłużonymi, bowiem tych, którzy nie mają zaległych zobowiązań, już nie będzie. Jednak klasyczną formą restrukturyzacji jest zmiana formy prawnej.

Fabryki długów

Ze sprawozdań kwartalnych wynika, że zobowiązania wymagalne w II kwartale 2015 r. wyniosły 2 102 200 zł, czyli o 11,2 proc. więcej niż w II kwartale roku poprzedniego. Jednocześnie jest to 8-procentowy wzrost w porównaniu z I kwartałem tego roku. Od

kilku lat maleje zadłużenie placówek prowadzonych przez MSW, a dość mocno wzrasta w lecznicach MON. Dynamikę zobowiązań od 2013 r. prezentuje tabela 1.

Wykręty

Najczęściej podawaną przyczyną pogarszającej się sytuacji finansowej podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niedostateczna wycena świadczeń przez NFZ. To najprostsze wytłumaczenie, bowiem najłatwiej by było brak działań strukturalnych w obszarze organizacji dostępności świadczeń przykryć kołderką pieniędzy. Trzeba jednocześnie zwrócić uwagę, że rynek świadczeń jest szczególnie wrażliwy na zmiany sposobu finansowania. Pojawienie się kilka lat temu priorytetu finansowania onkologii sprawiło, że wiele lecznic rozbudowało swoje zasoby o ten zakres. Rentowność procedur związanych z ortopedią spowodowała, że szpitale zabiegały o kontrakty na realizację endoprotez. Można tak wymieniać reakcje świadczeniodawców oraz płatnika, który doprowadza do rozproszenia pieniędzy, a tym samym przyczynia się do powstawania zadłużenia. Stawiam zatem tezę, że niedostateczne finansowanie przez NFZ nie jest najważniejszym powodem pogarszającej się kondycji lecznic. Choć wcale nie twierdzą, że ilość pieniędzy jest wystarczająca.

Restrukturyzacja na niby

Zły wynik finansowy placówki przede wszystkim skłania organ założycielski do podjęcia działań restruk-

turyzacyjnych. Warto przy tym przypomnieć, że podstawowymi instrumentami powinny być:

- optymalizacja kosztów poprzedzona rzetelną weryfikacją rachunku kosztów,
- analiza i optymalizacja zasobów w aspekcie faktycznych potrzeb zdrowotnych regionu, aglomeracji, z uwzględnieniem właściwej organizacji dostępności,
- organizacja kooperacji pomiędzy świadczeniodawcami w zakresie udzielania świadczeń, a tam gdzie to możliwe – zmierzanie do kompleksowości w ramach jednego świadczeniodawcy.

To oczywiście narzędzia wymagające uczciwych analiz, podejmowania trudnych decyzji, szukania kompromisu oraz czasu. Ten ostatni biegnie nieubłaganie i niejednokrotnie beztrąsko, podczas gdy czujność organu założycielskiego jest uśpiona kreatywną księgowością podmiotu wykazującego „poprawny” wynik finansowy. Do czasu. Do czasu, aż pojawiają się żądania płacowe pracowników lub co gorsza – trudności z płynnością finansową. Wówczas kołem ratunkowym staje się jednorazowe dofinansowanie przez właściciela, czemu często nie towarzyszy podjęcie działań naprawczych. Czas biegnie nieubłaganie, czasem przyspieszany przez związki zawodowe podmiotu skłania do zmiany dyrektora placówki albo podjęcia decyzji o przekształceniu. Miejmy ten problem z głowy, oddajmy go komuś innemu. Tak kwituję kierunek działań niektórych organów założycielskich. Przekształcenie – a tym samym danie samodzielności podmiotowi – powinno wpłynąć

Tabela 1. Dynamika zobowiązań szpitali

Województwa	2013	2013/2012 (%)	2014	2014/2013 (%)	I kw. 2015	II kw. 2015	II kw. 2015/2014 (%)	II kw. 2015/I kw. 2015 (%)
dolnośląskie	134,1	86,5	132,9	99,1	139,8	131,5	99,0	94,1
kujawsko-pomorskie	126,3	90	175,4	138,9	186,2	192,5	109,8	103,4
lubelskie	136,9	83,9	110,4	80,7	117,6	125,1	113,3	106,4
lubuskie	3,1	3,6	1,0	32,3	1,8	1,2	125,0	70,1
łódzkie	101,1	77,1	102,0	101,0	99,2	112,0	109,8	112,9
małopolskie	167,3	99,4	186,5	111,5	167,6	195,5	104,8	116,6
mazowieckie	533,9	84,6	422,9	79,2	445,4	486,7	115,1	109,3
opolskie	11,7	101,0	7,8	66,7	8,3	7,7	98,4	92,6
podkarpackie	116,9	124,2	154,6	132,3	151,3	177,9	115,1	117,6
podlaskie	29,6	55,0	28,6	96,5	32,1	31,1	108,9	97,0
pomorskie	23,6	21,1	7,3	30,8	14,3	17,8	245,7	124,9
śląskie	275,3	75,8	240,3	87,3	231,8	247,6	103,1	106,8
świętokrzyskie	57,1	74,0	32,2	75,6	52,3	52,6	121,8	100,5
warmińsko-mazurskie	13,4	47,4	14,9	111,1	20,6	21,2	142,5	103,0
wielkopolskie	147,2	92,4	139,1	94,5	152,0	168,8	121,4	111,0
zachodniopomorskie	30,3	99,7	35,5	117,1	31,8	41,0	115,6	129,1
MON	28,4	165,6	21,6	76,0	23,0	29,3	135,8	127,8
MSW	79,4	149,4	66,7	84,0	68,6	62,5	93,6	91,1
	2015,5	81,5	1890,7	93,8	1943,6	2102,2	111,2	108,2

” Z kwartalnych sprawozdań wynika, że zobowiązania wymagalne w II kwartale 2015 r. wyniosły 2 102 200 zł, co stanowi wzrost o 11,2 proc. w porównaniu z II kwartałem roku poprzedniego ”

na zwiększenie możliwości zarządzania placówką. Dysponowanie własnym majątkiem (bez zgody organu założycielskiego), możliwość uzyskiwania dodatkowych dochodów z działalności medycznej na wolnym rynku oraz możliwość stosowania większej liczby narzędzi restrukturyzacyjnych to tylko niektóre korzyści, jakie powinno przynieść przekształcenie. Trzeba również pamiętać, że nowelizacja przepisów regulujących działalność leczniczą oraz skutki tej nowelizacji w zakresie innych ustaw sprawiły, że nie można w tym wypadku mówić o pełnej swobodzie działalności gospodarczej. Są to jednak ograniczenia marginalne w porównaniu z zasadniczym problemem.

Losy przekształconych

Do połowy 2014 r. przekształceniami objęto ponad 170 szpitali w Polsce, w tym ponad 120 na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i około 50 na podstawie ustawy o działalności leczniczej. To dość pokaźny materiał do obserwacji nie tylko doświadczeń w zakresie przeprowadzania samego procesu, lecz także skutków przekształceń. Temu ostatniemu poświęcono raport NIK, który został opublikowany w kwietniu.

Wynika z niego dość prosty wniosek: o ile po przekształceniu sytuacja placówek się polepszyła, o tyle w dłuższej perspektywie wiele z nich ponownie zaczęło generować straty.

Ciekawostką jest, że tylko 4 placówki z 9 kontrolowanych przez NIK przeprowadziły przed przekształceniem szczegółową analizę potrzeb zdrowotnych ludności swojej aglomeracji. Tego błędu nie naprawiono również po zakończeniu procesu. Główną przyczyną podjęcia decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej była konieczność dokonania restrukturyzacji finansowej, co oznacza konieczność redukcji zadłużenia. W dodatku nie mam przekonania, że przyczyną tego zadłużenia była znana. Ten wniosek opieram na fakcie, że zaledwie jeden z 20 kontrolowanych podmiotów prowadził rachunek kosztów procedur medycznych. Jednak czy to właśnie powinno leżeć u podstaw decyzji o przekształceniu?

W mojej ocenie główną rolę w systemowym spojrzeniu na dostępność świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie – na strukturę organizacyjną świadczeniodawców publicznych, odgrywa samorząd. Jeżeli jest organem założycielskim, ma tym większe możliwości globalnego oglądu i restrukturyzacji zasobów. Mam na myśli restrukturyzację w regionie, a nie restrukturyzację podmiotu. Do całościowego podejścia do organizacji udzielania świadczeń konieczne jest dokonanie analizy epidemiologii, którą należy mierzyć faktyczną liczbą udzielanych świadczeń w określonych problemach zdrowotnych. Niestety nadal jednostką miary zasobów jest łóżko szpitalne, co nijak się ma do faktycznych możliwości wytworzenia świadczenia, a tym bardziej obłożenie dobowe nijak się ma do epidemiologii.

Niezrozumienie

Zrozumienie struktury potrzeb zdrowotnych okazało się na tyle trudne, że tworzenie map potrzeb zdrowotnych jest dzisiaj bardzo kontrowersyjne. Nie oznacza to oczywiście, że jest to wiedza skomplikowana. Oznacza tylko, że za priorytet trzeba przyjąć zaspokojenie potrzeb przy optymalnych zasobach i optymalnie zorganizowanych. Przekształcamy jednostki w spółki, którym pozostawiamy niezmiennie zakresy świadczeń, zasoby lokalowe i sprzętowe, osadzając je w realiach niezmiennionej organizacji rynku, który dodatkowo ma jeszcze wiele uwarunkowań politycznych.

Jeżeli organ założycielski prowadzi więcej niż jeden podmiot, restrukturyzacja powinna dotyczyć wszystkich jednostek i nie musi oznaczać dla wszystkich lecznic redukcji, cięć czy likwidacji. Każdy rynek się rozwija, również rynek świadczeń zdrowotnych. Faktyczne nakłady na opiekę zdrowotną rosną, a dzięki rozwojowi technologii i postępowi nauki jesteśmy w stanie wykonać więcej i efektywniej. Co zatem sprawia, że podmioty prowadzące działalność leczniczą nie potrafią wykorzystać tych aktywów i pojawiają się tylko pasywa – długi? W mojej ocenie brak rynkowego spojrzenia. Możemy mówić nadal o służbie zdrowia, o misji, która powinna się przejawiać w sposobie, w jaki realizujemy zadania, w podejściu do pacjenta, poświęceniu skierowanym na troskę o optymalne wykorzystanie wiedzy, zasobów, potencjałów. Rynkowe spojrzenie powinno być właśnie przejawem takiej troski o organizację, finansowaniem opieki zdrowotnej przez pryzmat całego regionu. Gaszenie pożarów finansowych, które co chwila wybuchają ponownie w tym samym miejscu, kosztuje wszystkich i powinno skłaniać do zadania pytania, dlaczego one wybuchają. Uzyskanie powszechnej zgody na podjęcie trudnych decyzji jest o tyle łatwiejsze, o ile odpowiedź na to pytanie dotyczy wszystkich.

Rafał Janiszewski
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia,
właścicielem kancelarii doradczej.