

Analizujemy długi, przychody netto ze sprzedaży i koszty działalności operacyjnej instytucji medycznych

Fot. iStockphoto.com

KOLOSY

NA GLINIANYCH NOGACH

Zaledwie pięć z szesnastu instytucji medycznych nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2015 r. przyniosło zysk, jednaście stratę w łącznej kwocie 98 584 851 zł. Jeszcze gorzej było w 2016 r. – tylko trzy jednostki były na plusie, a trzynaście na minusie. Straciły łącznie 126 854 021 zł. Jest źle. Tylko w 2016 r. zobowiązania krótko- i długoterminowe wynosiły łącznie 1 203 286 467 zł. Dlaczego instytucje resortowe są w tak złej kondycji? Jak komentują to przedstawiciele instytucji i eksperci? Co można zrobić, aby było lepiej?



Przedstawione dane finansowe potwierdzają panującą od lat przekonanie, że podmioty lecznicze, szczególnie te duże, mają kolosalne problemy finansowe i są nieodpowiednio zarządzane, a Ministerstwo Zdrowia robi niewiele, żeby im pomóc. Jak bowiem inaczej ocenić brak równowagi między przychodami placówek a ich kosztami operacyjnymi? Deficyt finansowy jest nieunikniony, kiedy wydaje się więcej pieniędzy, niż się ich ma. I nie pomoże – chociaż należy to zapisać na plus menedżerom – poszukiwanie dodatkowych źródeł dochodu. W analizowanym zbiorze od 1% do nawet 12% przychodów netto pochodziło ze sprzedaży usług

DANE PRZEDSTAWIONE W RANKINGU

SĄ SZOKUJĄCE, A PROPOZYCJE ZATRWAŻAJĄCE.

FAKT, ŻE W 2016 R. AŻ TRZYNAŚCIE PLACÓWEK

MIAŁO STRATY W WYSOKOŚCI 126 MLN ZŁ,

POWINIEN MARTWIĆ

medycznych poza kontraktami z NFZ, które stanowią główne źródło przychodu tych jednostek. Skoro tylko trzy z szesnastu instytutów odnotowało na zakończenie 2016 r. dodatni wynik finansowy, to sytuacja nie jest dobra.

Zastanawiająca jest wielkość zobowiązań większości instytutów i ich proporcja do przychodów. Przykładowo, przychody netto ze sprzedaży i pozostałe przychody operacyjne (306,4 mln zł) Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” nie pokrywają nawet sumy jego zobowiązań krótko- i długoterminowych (ok. 328,9 mln zł). A skąd brać środki na bieżącą działalność operacyjną (ok. 313,8 mln zł), która kosztuje instytut więcej, niż wynoszą jego przychody?

W przeciętnym polskim szpitalu koszty osobowe (wynagrodzenia i inne świadczenia na rzecz pracowników) stanowią ponad 65% kosztów ogólnych i jest to wartość zawyżona w stosunku do analogicznych kosztów w innych sektorach gospodarki. W przypadku analizowanych instytutów koszty wynagrodzeń wahają się od 22% do 55% kosztów operacyjnych. Ten parametr analityczny wydaje się poprawny, chociaż nie mamy pewności, czy obejmuje on wszystkie koszty osobowe, czy tylko koszty wynagrodzeń.

Pozytywnym akcentem jest to, że trzy (18,75%) z analizowanych instytutów utrzymały dodatni wynik finansowy w latach 2015–2016, a nawet go poprawiły. Oznacza to, że można zarządzać podmiotem leczniczym w sposób racjonalny i efektywny ekonomicznie. W pozostałych trzynastu (81,25%) ocenianych placówkach nie potrafią tego dokonać, a wyniki w 2016 r. były gorsze niż w 2015 r. Sugerowalibyśmy zatem podmiotowi tworzącemu te instytuty jak najszybsze zlecenie niezależnego audytu operacyjnego celem identyfikacji przyczyn tak bardzo niekorzystnej sytuacji. Uderza ona bowiem również bezpośrednio w organ tworzący, który – jak się wydaje – nie potrafi skutecznie nadzorować działalności podległych sobie instytutów.

Krzysztof Czerkas i Krystian Lurka

ZADŁUŻENIE INSTYTUTÓW W 2016 R.*		Zobowiązania krótko- i długoterminowe	Zobowiązania krótkoterminowe	Zobowiązania długoterminowe
1	Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	328 923 637	114 309 435	214 614 202
2	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	322 419 723	79 644 107	242 775 616
3	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	208 295 035	174 616 923	33 678 112
4	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	72 446 604	16 305 539	56 141 065
5	Instytut Matki i Dziecka	67 224 974	21 997 686	45 227 288
6	Instytut Psychiatrii i Neurologii	62 482 567	30 177 228	32 305 339
7	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	41 890 423	41 890 423	0
8	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	28 581 996	17 282 408	11 299 588
9	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	25 766 507	25 757 282	9 225
10	Instytut Hematologii i Transfuzjologii	18 714 599	18 714 599	0
11	Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera	9 481 480	4 737 265	4 744 215
12	Instytut Żywności i Żywnienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła	6 282 723	6 282 723	0
13	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	3 791 093	3 747 378	43 715
14	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	3 323 755	3 323 755	0
15	Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	2 493 649	1 791 669	701 980
16	Narodowy Instytut Leków	1 167 702	1 167 702	0

* w zł

Czym są instytuty?

Definicja ministerialna

Instytuty badawcze są państwowymi jednostkami organizacyjnymi wyodrębnionymi pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym, funkcjonującymi przede wszystkim na podstawie ustawy z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1158 z późn. zm.). Z przepisów ustawy wynika, że podstawowa działalność instytutów badawczych polega na prowadzeniu badań naukowych i prac rozwojowych, przystosowywaniu wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki oraz wdrażaniu tych wyników i prac. Instytuty badawcze mogą zajmować się upowszechnianiem wyników badań naukowych i prac rozwojowych, wykonywaniem badań, analiz oraz opracowywaniem opinii i ekspertyz, opracowywaniem ocen dotyczących stanu i rozwoju poszczególnych dziedzin nauki i techniki, prowadzeniem działalności normalizacyjnej, certyfikacyjnej i aprobowanej, prowadzeniem działalności w zakresie informacji naukowej, technicznej i ekonomicznej, wynalazczości oraz ochrony własności przemysłowej i intelektualnej, wytwarzaniem w związku z prowadzonymi badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi aparatury, urządzeń, materiałów i innych

wyrobów oraz działalnością wydawniczą, a także organizowaniem studiów podyplomowych i doktoranckich związanych z wykonywanymi przez instytut badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi oraz prowadzeniem innych form kształcenia. Instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, stosownie do art. 3 omawianej ustawy, uczestniczą w systemie ochrony zdrowia. Powyższy przepis ma zastosowanie do instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, których jest szesnaście. Instytuty te oprócz prowadzenia działalności naukowo-badawczej udzielają świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie, a ponadto uczestniczą w szkoleniu podyplomowym kadr medycznych. Dwa spośród instytutów, to jest Narodowy Instytut Leków oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, nie udzielają świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy przedmiot i zakres działania każdego z instytutów badawczych określa statut danego instytutu, który uchwała rada naukowa instytutu, a zatwierdza minister nadzorujący. Statuty te publikowane są na stronach internetowych instytutów.

„Menedżer Zdrowia” wysłał prośby o komentarz do przedstawicieli wszystkich instytutów. Każda z placówek miała co najmniej dwa tygodnie na odpowiedź i ustosunkowanie się do zaprezentowanych danych.

Tomasz Berdyga

zastępca dyrektora ds. ekonomicznych w Instytucie Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego



Fot. Wojciech Okrusnik/Agencja Gazeta

Czy należałoby oddłużyć instytuty? Jestem przeciwnikiem. Dlaczego? Bo to niesprawiedliwe – nie premiuję pozytywnych, skutecznych działań, a dodatkowo niczego na dłuższą metę nie załatwia. Proponowałbym zapewnienie jednostkom bilansującym działalność operacyjną taniego, długoterminowego finansowania zwrotnego w celu zachowania płynności w okresie wychodzenia z zadłużenia (np. niskooprocentowane pożyczki). Dla jednostek, które się nie bilansują, powinno się opracować programy głębszej restrukturyzacji, włącznie z likwidacją części lub całości działalności. Tak jak wiele jednostek, od lat staramy się, żeby nasza placówka była w jak najlepszej sytuacji finansowej. Robimy to poprzez zmiany w organizacji i niestety kosztem naszych pracowników. Mamy mały wpływ na inne koszty, np. cenę sprzętu medycznego oferowanego przez dostawców, cenę leków czy media. W równie niewielkim stopniu zależą od nas przychody, o których decyduje NFZ. W latach 2015–2017 zmniejszyliśmy istotnie liczbę etatów, restrukturyzujemy organizację, optymalizujemy wykonanie świadczeń, zaciągnęliśmy kredyt, żeby nie stracić płynności. Dzięki temu nasza sytuacja finansowa, która w latach 2015–2016 się pogarszała, jest dziś względnie stabilna.

Główną przyczyną złej sytuacji w latach 2015–2016 była zaniżona wycena realizowanych przez nas świad-

czeń. W połowie 2016 r., z dnia na dzień, dowiedzieliśmy się, że wycena się zmieniła – szacowany wówczas efekt tej zmiany to zmniejszenie finansowania o ok. 12 mln zł rocznie. Kolejna istotna obniżka wycen dotknęła nas na początku 2017 r. Sprowadziło to rentowność większości naszych usług poniżej zera. W żadnym normalnym biznesie nikt nie traktuje „graczy” w ten sposób. Do sensownego zarządzania, zwłaszcza w medycynie, konieczna jest stabilność, przewidywalność i przynajmniej minimalna rentowność wykonywanej działalności, żeby normalnie funkcjonować, odtwarzać majątek i inwestować. Podkreślę jeszcze raz: wyceny ciągle nie są dostosowane do rzeczywistości. Różnica między wyceną koszykową a kosztem leczenia pacjenta jest u nas duża, co potwierdzają bardzo dokładne kalkulacje kosztów pacjentów. Nadzieję dają kolejne próby NFZ mierzące do urealniania wycen. Jednak bez jednoczesnego zwiększenia wartości kontraktów także te działania nie poprawią istotnie sytuacji pacjentów, bo prowadzą do zmniejszenia liczby świadczeń. Sytuację finansową dodatkowo destabilizowały zwiększające się w wyniku zapisów ustawowych koszty pracy, wpływające na wzrost kosztów usług zewnętrznych, a także zmiany cen specjalistycznego sprzętu wynikające ze wzrostu kursów walut. Ustawodawca dokładał nam obowiązków i kosztów bez zapewnienia źródła ich finansowania. Niestety na regulowanym rynku medycznym nie możemy samodzielnie podnieść cen usług, co mogły zrobić normalnie działające przedsiębiorstwa. Uważam, że urealnione wyceny pozwolą ustabilizować sytuację finansową instytutów oraz dadzą szansę na zwiększenie wynagrodzeń pracowników, dzięki którym system działa mimo jednego z najniższych na świecie poziomów finansowania.

Tabela 1. Najszybciej zadłużające się instytuty*

	Zysk lub strata w 2015 r.	Zysk lub strata w 2016 r.	Tendencja zysku lub straty
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	-39 149 530	-60 511 359	-21 361 829
Instytut Matki i Dziecka	139 953	-3 296 319	-3 436 272
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	-5 010 553	-8 345 027	-3 334 474
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	-979 849	-3 546 546	-2 566 697
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera	-1 978 929	-3 635 802	-1 656 873
Narodowy Instytut Leków	-2 387 209	-4 022 975	-1 635 766
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	-9 090 028	-10 473 013	-1 382 985
Instytut Hematologii i Transfuzjologii	159 750	-1 479 457	-1 319 707
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny	-1 737 495	-1 414 007	-323 488
Instytut Psychiatrii i Neurologii	-1 730 046	-1 892 815	-162 769
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	-537 164	-621 859	-84 695
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	9 102 586	9 193 691	91 105
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	-4 354 614	-4 190 975	163 639
Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła	28 273	290 418	262 145
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	209 545	646 001	436 456
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	-31 629 434	-23 423 867	8 205 567

* w zł

Jarosław J. Fedorowski

prezes Polskiej Federacji Szpitali



Działalność instytutów przynosi straty ze względu na zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia. Najlepszym rozwiązaniem jest oczywiście znaczny i szybki wzrost nakładów. I w tym kontekście należy rozpatrywać tzw. oddłużenie.

Pokrycie straty instytutów medycznych przez ich właściciela, czyli Ministerstwo Zdrowia, można bowiem uznać za formę zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, formę wprawdzie niedoskonałą, ale jednak dającą szansę na sprostanie rosnącym oczekiwaniom wobec tych placówek.

Niemniej celowa byłaby reorganizacja tych instytutów, w których działalność skoncentrowana jest na uzyskiwaniu stopni naukowych przez pracowników zamiast na R&D (*research and development*).

Adrian Pękacz

p.o. dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji



Fot. Archiwum prywatne

Sytuację Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher oceniamy jako stabilną, zwłaszcza na tle innych instytutów badawczych, które nie zawsze są w stanie obsłużyć swoje zobowiązania. Mogłaby ona oczywiście

się poprawić, gdyby udało się uzyskać korzystniejsze warunki spłaty zadłużenia. Płynność finansowa jest zachowana. Długo- i krótkoterminowe zobowiązania

spłacamy w terminie, nie budzą one zatem niepokoju. W miarę możliwości staramy się też zmniejszać nasze zadłużenie. Zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania Instytutu leży nie tylko w interesie pacjentów, lecz także środowiska medycznego, które zasilają kształceni u nas specjaliści.

Oddłużanie instytutów badawczych ma sens, ale pomoc nie może być bezwarunkowa. Placówki, których dykcja zdecyduje się na program naprawczy, powinny w odpowiedzialny sposób optymalizować koszty i podlegać stałej kontroli. Ministerstwo Zdrowia powinno więc uruchomić proces restrukturyzacji instytutów badawczych, powołując jednocześnie instytucję, która będzie nadzorowała udzielanie pożyczek i pomagała w sprawniejszym zarządzaniu jednostkami.

Anna Kowalczuk

dyrektor Narodowego Instytutu Leków



Fot. Źródło: Twitter

Sytuacja finansowa Narodowego Instytutu Leków na koniec 2017 r. wygląda zdecydowanie lepiej niż na koniec 2016 r. Naszemu zespołowi udało się odrobić ponad 2 mln zł. Chciałabym podkreślić, że jest to dopiero początek naszego planu restrukturyzacji. Funkcję dyrektora

NIL pełnię bowiem dopiero od 10 kwietnia 2017 r. Naszym celem jest, aby kolejny rok bilansowy zakończył się bez straty, a placówka w następnych latach stała się jednostką dochodową.

Zobowiązania krótko- i długoterminowe stanowią naturalny element działalności gospodarczej. Zarządzanie

instytutem opieramy na wykonaniu budżetu. Realizację planu finansowego analizujemy na bieżąco, wobec czego sprawowany jest nadzór nad wielkością zaciąganych zobowiązań. Zobowiązania nie wzbudzają w nas niepokoju, gdyż stale zachowujemy płynność finansową.

Mimo sprawnego i świadomego nadzoru nad finansami NIL wciąż nierozwiązana pozostaje kwestia naszej siedziby, co mocno odbija się na kosztach instytucji. Narodowy Instytut Leków nie jest właścicielem budynku. Roczny koszt najmu powierzchni, którą zajmujemy, wynosi ok. 3 mln zł. Wiadomo, że pozyskanie siedziby na własność spowodowałoby likwidację straty finansowej, a NIL stałby się jednostką dochodową.

Czy warto byłoby oddłużyć polskie instytuty? Nie odpowiem na to pytanie. Sytuacja każdej jednostki jest inna. Aby odpowiedzieć, potrzebna jest dogłębna analiza każdego przypadku.

Stefan Wesołowski

dyrektor medyczny Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc



Fot. Archiwum prywatne

Odnosząc się do sytuacji finansowej naszego Instytutu – głównym problemem są niewystarczające przychody. Instytut ma dwa podstawowe źródła finansowania działalności: kontrakty z NFZ (dominujące źródło), w których wycena wielu świadczeń nie jest odpowiednia do ponoszonych kosztów, oraz dotacje z Ministerstwa

Nauki i Szkolnictwa Wyższego na działalność naukową, które maleją z każdym rokiem i niestety nie pokrywają kosztów działalności naukowej. Instytut jest tradycyjnie widziany jako wysokospecjalistyczna jednostka referencyjna, do której są kierowane przypadki bardziej skomplikowane i wymagające droższych procedur medycznych. Wycena świadczeń jest ujednolicona i nie uwzględnia wyższych kosztów leczenia trudnych chorych, którzy trafiają do Instytutu. Koszty Instytutu od wielu lat utrzymują się na podobnym poziomie (wyjątkiem są wynagrodzenia i składki ZUS, których wzrost wynika z podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek finansowanych przez NFZ).

Jan Walewski

dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie



Fot. PAP/Łeszek Szymański

Centrum Onkologii w Warszawie (z oddziałami w Gliwicach oraz w Krakowie) jest największym szpitalem onkologicznym w Polsce, największym instytutem nadzorowanym przez Ministerstwo Zdrowia i drugim największym szpitalem w Polsce. Odgrywa rolę głównego ośrodka onkologicznego w Polsce, zajmuje się działalnością naukową i ma zadania krajowe (Krajowy Rejestr Nowotworów prowadzony na zlecenie resortu, programy profilaktyczne przesiewowe i opracowywanie standardów postępowania) oraz prowadzi współpracę międzynarodową. W 2017 r. Instytut został przyjęty przez Komisję Europejską do *European Reference Network* w chorobach rzadkich.

Jeżeli chodzi o finansowanie, to głównym źródłem są umowy z NFZ, w których Instytut jest takim samym beneficjentem jak 2648 innych podmiotów (przeważnie niepublicznych i kadłubowych), które zawarły w 2017 r. umowy z NFZ na pakiet onkologiczny. Finansowanie jest z zasady poniżej kosztów.

Wprowadzenie „reformy” pakietowej przez rząd PO-PSL spowodowało w 2015 r. dramatyczne pogorszenie wyniku finansowego z powodu wad pakietu oraz obniżenia wyceny osobodnia i wielu procedur zabiegowych.

Główne problemy są następujące: wycena procedur (osobodzień do radioterapii i chemioterapii, zabiegi chirurgiczne, zwłaszcza z rekonstrukcją, programy lekowe, diagnostyka w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, brak refundacji badań patomorfologicznych) nie pokrywa nawet kosztów medycznych procedury, nie wspominając o kosztach funkcjonowania czy o wymaganych inwestycjach (nawet odtworzeniowych), nieuwzględnienie

w wycenie procedur jakości leczenia, kompleksowości udzielania świadczeń, a także skali trudności przypadków trafiających do instytutów medycznych (np. nieuwzględnienie kosztownego leczenia powikłań), limity w onkologii i brak zapłaty za tzw. nadwykonania, nieuwzględnienie w wycenie procedur kosztów związanych z podniesieniem minimalnego wynagrodzenia w Polsce (duży wzrost kosztów *outsourcingu*), a także podniesieniem minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych (wielomilionowy wzrost funduszu wynagrodzeń), niewystarczające finansowanie działalności naukowej, w szczególności zapewniającej nowoczesne inwestycje; w lipcu 2017 r. nastąpiły zmiany zasad finansowania idące w dobrym kierunku, np. wzrost wyceny hospitalizacji do radioterapii (współczynnik korygujący 1,2) w 2017 r., wzrost wyceny JGP w 2017 r., zmiana pakietu onkologicznego w 2017 r., ustawa o sieci szpitali, która daje instytutom medycznym najwyższy stopień referencyjności (ale już wprowadzenie ryczałtu w instytutach to niestety pomyłka).

Mamy nadzieję, że nastąpią dalsze zmiany systemowe pozwalające na racjonalne finansowanie świadczeń w onkologii, ale na razie Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ nie ma środków na pełne sfinansowanie naszej działalności w 2018 r.

Obecne rozwiązania prawno-finansowe nie uwzględniają takiej jednostki, jak instytut onkologii czy kompleksowe centrum onkologii, czyli szpital o najwyższym stopniu referencyjności. Kompleksowa opieka onkologiczna jest właściwie finansowana ze środków własnych instytutu, czyli kredytujemy NFZ. Świadczenia onkologiczne dla płatnika publicznego są ograniczone tylko do zakresów: radioterapia, chemioterapia, onkologia kliniczna i chirurgia onkologiczna. Wielodyscyplinarne postępowanie onkologiczne nie jest wycenione ani finansowane. Ośrodek o najwyższym stopniu referencyjności nie otrzymuje rekompensaty za kompleksowość i kompletność świadczeń (od rozpoznania do zakończenia całego planu leczenia).

Tabela 2. Koszty działalności operacyjnej w 2016 r.

	Koszty w zł
Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła	11 515 268
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	11 775 298
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	17 357 987
Narodowy Instytut Leków	24 449 473
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny	30 247 231
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera	36 210 348
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	72 064 935
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	121 408 314
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	124 980 449
Instytut Matki i Dziecka	127 604 504
Instytut Psychiatrii i Neurologii	128 571 888
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	224 260 054
Instytut Hematologii i Transfuzjologii	227 482 441
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	227 716 309
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	313 757 977
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	1 112 796 291



For: gettyimages.com/ Fanatic Studio

Jerzy Mazur

zastępca dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



Fot. Archiwum prywatne

Nasz Instytut osiąga dodatnie wyniki finansowe, dzięki czemu możemy na bieżąco pokrywać wszystkie zobowiązania. Nasza sytuacja nie jest „tak dobra”, tylko normalna, a wynika z przyjętych zasad i planów gospodarowania posiadanymi środkami finansowy-

mi. Czy może być lepiej? Teoretycznie zawsze może być lepiej, ale to jest uwarunkowane wieloma czynnikami, na które Instytut ma wpływ (te się wyczerpują) i na które nie mamy wpływu (te dominują). Zobowiązania krótkoterminowe nie powinny niepokoić, gdy jest na nie pokrycie w posiadanych środkach finansowych. Tak jest w naszym przypadku. Zobowiązania, na które nie ma pokrycia, na pewno muszą niepokoić, gdyż ma to ujemny wpływ na bieżące funkcjonowanie podmiotów.

Dobrze jest kierować się prostą zasadą, podobnie jak w życiu prywatnym – wydajemy tyle, na ile pozwalają posiadane środki, a jeśli można, to trochę odkładamy na trudne czasy.

Tabela 3. Koszty wynagrodzenia w 2016 r.

	Koszty wynagrodzenia w zł	Procent kosztów działalności operacyjnej, jaki stanowią koszty wynagrodzenia
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	6 170 436	52
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	9 627 145	55
Narodowy Instytut Leków	13 013 878	53
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny	15 529 284	51
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera	16 324 090	45
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	21 556 450	30
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	28 094 558	22
Instytut Psychiatrii i Neurologii	51 431 717	40
Instytut Matki i Dziecka	51 614 488	40
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	60 529 170	50
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	85 771 780	38
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	108 734 697	48
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	130 916 947	42
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	339 381 989	30
Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła	brak danych	brak danych
Instytut Hematologii i Transfuzjologii	brak danych	brak danych

Małgorzata Kołtuniak

zastępca dyrektora ds. finansowych
i główna księgowa w Instytucie Centrum Zdrowia
Matki Polki w Łodzi



Realizacja planu restrukturyzacji w naszym Instytucie powoduje, że rok do roku sytuacja finansowa znacząco się poprawia. Jednym z obszarów objętych restrukturyzacją jest działalność lecznicza, w której prace koncentrują się głównie na rozpoczęciu wykonywania nowych, dotąd nierealizowanych procedur medycznych,

co zapewni w dłuższej perspektywie czasowej osiągnięcie dodatkowych przychodów. Podejmowane działania mają również na celu poprawę pozycji Instytutu na rynku świadczeń medycznych. Wszelkie prace służą zwiększeniu bezpieczeństwa pacjentek, skróceniu czasu hospitalizacji, a co za tym idzie – osiągnięciu wyższego poziomu realizacji świadczeń medycznych. Poprawa sytuacji finansowej miała także związek z zastosowaniem bardzo restrykcyjnej dyscypliny budżetowej na każdym poziomie kosztów, co przyniosło spodziewany efekt w postaci zmniejszenia kosztów działalności leczniczej. Podejmowane działania przekładają się także na zobowiązania długo- i krótkoterminowe. Zastosowana polityka w zakresie ich realizacji pozwoliła wyeliminować koszty komornicze – obecnie nie jest prowadzone żadne postępowanie komornicze. Zmniejszyła się liczba postępowań sądowych prowadzonych przeciwko Instytutowi wskutek pozwu kontrahentów. Implementacja procesów optymalizacji kosztów obsługi długu przynosi corocznie zmniejszenie kosztów finansowych. Należy również zaznaczyć, że pożyczka uzyskana z Ministerstwa Skarbu Państwa w znacznej mierze przyczyniła się do poprawy sytuacji finansowej. Dyrekcja Instytutu w dalszym ciągu poszukuje źródeł finansowania w celu zmniejszenia kosztów obsługi zadłużenia. W naszej ocenie rokrocznie sytuacja finansowa Instytutu ulega poprawie, co pozwala twierdzić, że w najbliższych okresach sprawozdawczych również ten trend zostanie zachowany.

Instytut w ostatnim okresie realizuje bardzo dużo prac inwestycyjnych ze środków pozyskanych z projektów unijnych. Pieniądze te zostały przeznaczone na inwestycje, remonty oraz zakup specjalistycznego sprzętu medycznego. Działania te mają na celu zmniejszenie bieżących kosztów funkcjonowania (termomodernizacja) oraz poprawę warunków leczenia pacjentów i standardów pracy zespołu naszej placówki. Przez najbliższe dwa lata Instytut będzie przechodził kolejną modernizację. Pozyskane środki w wysokości 20 mln zł

zostaną przeznaczone na utworzenie Pediatrycznego Centrum Urazowego oraz rozbudowę i remont Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z lądowiskiem dla śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Oprócz prac budowlanych uruchomiono już procedury zakupu wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego. Będzie to jedyne takie specjalistyczne centrum urazowe w regionie. Równolegle Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło 23 793 600 zł na gruntowny remont, przebudowę oraz modernizację izby przyjęć, bloków porodowych i sal operacyjnych w pawilonie ginekologiczno-położniczym. Wpłyne to na poprawę dostępności nowoczesnej diagnostyki i możliwości hospitalizacji pacjentek. W ramach prowadzonych prac powstanie nowoczesny blok porodowy z 9 salami porodowymi, 2 poporodowymi, salą wybudzeń oraz blokiem operacyjnym z 5 salami. Przebudowane zostanie ponad 3,5 tys. metrów kwadratowych powierzchni. Wszystkie działania związane z remontem i przebudową będą zorganizowane i prowadzone w taki sposób, żeby nie zakłócić pracy lekarzy położników i pobytu pacjentek. Nowym kierunkiem działalności leczniczej ICZMP jest onkologia, na którą pozyskaliśmy dofinansowanie w wysokości 14 476 552 zł. Środki te pozwoliły na zaplanowanie i rozpoczęcie remontu oraz zakupu sprzętu i aparatury medycznej do dwóch klinik ginekologii operacyjnej i ginekologii onkologicznej, w których lekarze specjaliści zajmują się najtrudniejszymi przypadkami nowotworów u kobiet. Dzięki kolejnej dotacji na kwotę 15 387 683,99 zł zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną m.in. dla: Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodności oraz Diagnostyki i Leczenia Niepłodności, Kliniki Neonatologii, Kliniki Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii, Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Kliniki Pediatrii, Immunologii i Nefrologii, Kliniki Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych, Kliniki Otolaryngologii. Zakupiony sprzęt to m.in.: laparoscopy, stół operacyjny ginekologiczny, ultrasonografy, nóż ultradźwiękowy, respiratory, kardiomonitor, łóżka szpitalne, nowoczesne inkubatory, pompy infuzyjne, echokardiografy.

Wszystkie te działania pozwolą na zapewnienie pacjentom świadczeń w najwyższym standardzie. Prognozujemy przyciągnięcie większej liczby pacjentów, co przełoży się na większe przychody. Podtrzymanie pozytywnego trendu finansowego będzie możliwe w wyniku podjęcia przez organ założycielski następujących działań: 1) umorzenie pożyczki pozyskanej z MSP, która wpłynie na dalszą optymalizację zobowiązań i poprawi kondycję finansową Instytutu; 2) pomoc w uzyskaniu niskooprocentowanej i długoterminowej pożyczki z BKG na spłatę zobowiązań wobec instytucji parabankowych oraz zobowiązań wymagalnych wobec kontrahentów.

Milena Kruszevska

rzeczniczka Ministerstwa Zdrowia



Fot. PAP/Lezeł, Szymański

Według wstępnych danych na 31 grudnia 2017 r. zobowiązania ogółem szesnastu instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra zdrowia zmniejszyły się o 15,8 mln zł w porównaniu ze stanem na 30 września 2017 r., a zobowiązania wymagalne zmniejszyły się w tym samym

czasie o 32,6 mln zł. Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1158 z późn. zm.) instytuty występują w obrocie we własnym imieniu i na własny rachunek, pokrywają koszty bieżącej działalności z uzyskiwanych przychodów i same odpowiadają za swoje długi – Skarb Państwa nie odpowiada za zobowiązania instytutów. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace mające na celu oddłużenie instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra zdrowia.

Tabela 4. Przychody netto ze sprzedaży w 2016 r.

	Przychody ze sprzedaży w zł
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	10 772 388
Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła	11 662 064
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	17 751 352
Narodowy Instytut Leków	21 243 207
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera	24 862 532
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny	28 136 397
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	62 753 776
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	104 146 609
Instytut Matki i Dziecka	121 691 819
Instytut Psychiatrii i Neurologii	121 834 842
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	124 867 090
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	204 115 634
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	215 378 530
Instytut Hematologii i Transfuzjologii	228 944 491
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	278 349 421
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	1 017 219 254

Tabela 5. Pozostałe przychody operacyjne (w tym dotacje) w 2016 r.

	Przychody operacyjne (w tym dotacje) w zł
Narodowy Instytut Leków	221 567
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	367 384
Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła	575 018
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	672 557
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny	725 101
Instytut Matki i Dziecka	7 298 749
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	7 364 892
Instytut Psychiatrii i Neurologii	8 097 453
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	8 331 166
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera	8 384 558
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	9 867 832
Instytut Hematologii i Transfuzjologii	11 418 599
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	13 920 693
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	21 537 444
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	28 093 538
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	36 468 774

Paweł Mierzejewski

zastępca dyrektora ds. ekonomicznych, strategii i rozwoju Instytutu Psychiatrii i Neurologii



Jak oceniam naszą sytuację finansową obecnie i w 2016 r.? W 2017 r. zwiększyły się koszty pracy, na co złożyły się regulacje pensji pracowników medycznych, porozumienia z ratownikami, podwyższenie pensji minimalnej i wzrost oczekiwań płacowych.

Wzrost kosztów nie został całkowicie zrównoważony po stronie przychodów, bo wzrost wyceny świadczeń zdrowotnych najpierw o 2% od 1 lipca 2017 r. i potem o kolejne 2% od 1 października 2017 r. nie wiązał się ze zwiększeniem całkowitej wartości kontraktów, a NFZ nadal nie płaci za dużą część nadwykonań. Rośnie kosztochłonność materiałów i energii, dlatego prawdopodobnie może nastąpić pogorszenie wyników instytutów w 2017 r. (szacuję, że średnio o 10%). W ciągu ostatnich 6 lat doszło do drastycznej redukcji nakładów na naukę przez MNiSW. W 2017 r. dotacja na utrzymanie potencjału bazowego była na poziomie roku 2016. Brak jakichkolwiek środków na zwiększenie wynagrodzeń pracowników naukowych i wzrost kosztów utrzymania potencjału bazowego nauki powoduje rosnący deficyt w tym obszarze działalności, który jest najważniejszym celem ustawowym instytutów. Z drugiej strony w 2017 r. były niskie stopy procentowe, co pozwalało na pozyskiwanie brakujących pieniędzy z kredytów i pożyczek, których koszty były stosunkowo niewielkie. Była też dobra atmosfera dla inwestycji ze względu na duże środki unijne przeznaczone na te cele (programy operacyjne).

Czy zobowiązania krótko- i długoterminowe powinny niepokoić? To zależy od tego, czy dany instytut jest w stanie te zobowiązania spłacać w określonym terminie. Sama wysokość zobowiązań o niczym nie świadczy, prowadzenie działalności za cudze pieniądze jest normalną formą finansowania, często bardziej opłaca się mieć zobowiązania niż ich nie mieć. Nie można oceniać instytutów, stosując jako kryterium wielkość zobowiązań, które zależą od rodzaju i skali prowadzonej działalności oraz od polityki finansowej. Istotne jest natomiast to, ile wynoszą zobowiązania wymagalne, których wysokość pośrednio wskazuje na płynność finansową i zdolność do regulacji zobowiązań. Oceniając zobowiązania wymagalne, należy też uwzględnić ich koszt, rzeczywiście naliczone przez kontrahentów odsetki, koszty postępowań egzekucyjnych itp.

Co musiałoby się stać, żeby było lepiej? Kondycja finansowa instytutów jest wyraźnie gorsza niż ogólna kondycja szpitali, co wskazuje, że ich działalność jest niedoszacowana. Po pierwsze, konieczne jest zwiększenie nakładów na działalność naukową, która stanowi podstawowy cel ustawy instytutów. Bez znaczącego

wzrostu nakładów na utrzymanie potencjału bazowego i skierowania dodatkowych środków na projekty o charakterze badań stosowanych (takie projekty praktycznie nie mają żadnych źródeł finansowania w obecnym systemie finansowania nauki) trudno będzie właściwie wykorzystać ogromny i unikatowy potencjał naukowy instytutów, który powinien przekładać się przede wszystkim na wdrożenia, patenty, z których w przyszłości instytuty mogłyby czerpać korzyści finansowe.

Po drugie, konieczny jest wzrost wyceny świadczeń zdrowotnych realizowanych przez instytuty i przez inne placówki zaliczane do szpitali ogólnopolskich, których usługi są często ponadstandardowe. Często w tych jednostkach dokonuje się pionierskich zabiegów i terapii, tutaj opracowuje się standardy leczenia, za co nikt dodatkowo nie płaci. Instytut Psychiatrii i Neurologii jest na przykład pionierem w rozwoju i wdrażaniu w Polsce trombektomii – interwencyjnej techniki leczenia udarów niedokrwiennych, zwiększającej w sposób wręcz niestychany szanse na powrót do zdrowia (80% pacjentów opuszcza szpital na własnych nogach, podczas gdy bez zastosowania tej procedury ok. 50% pacjentów umiera, a pozostała część jest ciężko sparaliżowana). Ta procedura nadal nie jest finansowana przez NFZ, a mimo to jest realizowana przez nasz Instytut. Innym przykładem jest rehabilitacja neurologiczna pacjentów po udarach, gdzie stosujemy nowatorskie metody i osiągamy bardzo dobre wyniki. Kolejka oczekujących pacjentów jest długa, tymczasem procedury rehabilitacyjne – świadczone na najwyższym światowym poziomie – są bardzo nisko wycenione i należą do najbardziej deficytowych działalności Instytutu.

Kolejny problem to nadwykonania. Często są to procedury ratujące życie, np. leczenie udarów, za które nie otrzymujemy pieniędzy lub otrzymujemy tylko częściową rekompensatę.

Usługi medyczne realizowane przez instytuty i inne szpitale o charakterze ogólnopolskim z oczywistych względów nie powinny być wyceniane tak samo jak w przypadku innych szpitali. Analizy wskazują na konieczność wzrostu wyceny usług wykonywanych przez instytuty o ok. 20–30%, co pozwoliłoby na zbilansowanie ich działalności i przeprowadzenie koniecznych podwyżek wynagrodzeń. Paradoksem jest, że lekarze w instytutach zarabiają gorzej niż w innych szpitalach, pomimo że są najwyższej klasy specjalistami w swoich dziedzinach.

Jakie kroki powinno podjąć Ministerstwo Zdrowia, żeby poprawić sytuację? Zasadne jest podjęcie działań na rzecz zwiększenia wyceny procedur medycznych realizowanych przez instytuty. Konieczne są też rozwiązania w zakresie finansowania ich działalności naukowej, zwiększenie dotacji na utrzymanie potencjału bazowego, opracowanie nowych zasad finansowania badań naukowych w medycynie, które to badania są bardziej kosztochłonne niż w innych dyscyplinach i często

mają charakter badań stosowanych. Tu konieczna jest współpraca Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Ministerstwo musi wspierać działalność inwestycyjną instytutów, gdyż mają one mniejsze możliwości zabiegania o środki niż uniwersytety medyczne, które są po prostu większe i „silniejsze”, co nie wydaje się uzasadnione z punktu widzenia wskaźników efektywności naukowej i leczniczej instytutów i uniwersytetów. Konieczne jest również wsparcie procesu informatyzacji instytutów, które ze względu na znacznie bardziej złożoną strukturę działalności w porównaniu ze zwykłymi szpitalami wymagają bardziej złożonych rozwiązań informatycznych. Często niestety firmy oferujące takie rozwiązania nie są tego świadome.

Na koniec, co nie oznacza, że jest to najmniej istotne, wręcz przeciwnie – konieczne są działania mające na celu uproszczenie procedur administracyjnych, za-

mówień publicznych, rozliczania inwestycji, rozliczania świadczeń, krótko mówiąc: odbiurokratyzowanie działalności naukowej i leczniczej, co obecnie pochłania coraz większe zasoby kadrowe i czasowe i jest coraz bardziej kosztowne, a żadne wyceny tego nie uwzględniają.

Czy warto byłoby oddłużyć instytuty? Najpierw należy zmienić zasady finansowania ich działalności, opracować realne plany naprawcze, a następnie wspomóc oddłużanie. Odkładanie problemu w czasie niestety będzie skutkowało rosnącym długiem i coraz bardziej dysfunkcyjnym systemem. Instytuty, w większości generujące rok do roku stratę, pozostawione same sobie nie będą w stanie spłacić swojego zadłużenia. Koszty finansowe w wielu jednostkach są istotną składową w strukturze kosztów i w dużym stopniu przyczyniają się do powiększenia straty, jest to mechanizm błędnego koła, które trzeba przerwać, ale należy to zrobić umiejętnie.

Krzysztof Opolski

kierownik Katedry Bankowości, Finansów i Rachunkowości Uniwersytetu Warszawskiego

Fot. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta



Dane przedstawione w rankingu są szokujące, a propozycje zatrważające. Fakt, że zaledwie pięć instytutów w 2015 r. wytwarzało zyski, a w 2016 r. aż trzynaście placówek miało straty w wysokości 126 mln zł, powinien martwić. Bez szczegółowej analizy sprawozdań poszczególnych placówek mogą powiedzieć, że są trzy sposoby wyjścia z tej sytuacji.

Zarządzający muszą szukać oszczędności w kosztach, które często są kosztami niewykorzystanego potencjału produkcyjnego, połączyć się z innymi placówkami, co pozwoli na zmniejszenie kosztów rzeczowych i osobowych oraz wytworzy zdolności synergiczne placówek, albo mądrze wykorzystać *outsourcing*. Konkludując – nie wszystkie instytuty muszą podlegać presji rentowności, zwłaszcza te, które prowadzą działalność w sferze badań podstawowych. Chociaż również w ich przypadku u podstaw musi leżeć zasada gospodarności, która powinna być przesłanką i zacznem mądrej, systemowej i długofalowej strategii rewitalizacji funkcjonowania wszystkich instytutów.

Anna Janczewska-Radwan

minister ds. systemu ochrony zdrowia w Gospodarczym Gabinetcie Cieni BCC

Fot. Archiwum



Problem zadłużenia ochrony zdrowia od dawna pozostaje niezatwierdzony i pogłębia się w niepokojący sposób w ostatnich latach. Wymaga on jak najszybszych rozwiązań systemowych regulujących ten aspekt finansowania ochrony zdrowia, zapobiegających na przyszłość takiemu zadłużaniu się placówek. Problem ten dotyczy, jak wiadomo, również instytutów nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Cześć z nich podjęła skuteczne próby stopniowego zmniejszenia zadłużenia, jednak całkowite uporanie się z długami nie jest możliwe bez pomocy państwa. Rozważając problem zadłużenia

instytutów, należy wziąć pod uwagę specyfikę ich funkcjonowania i dodatkowe zadania, jakie wykonują w stosunku do pozostałych placówek ochrony zdrowia. To powinno być uwzględnione w strategii działania i finansowania systemu, a tej, jak wiadomo, Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło niestety do tej pory. Bezsporna jest moim zdaniem konieczność oddłużenia wszystkich instytutów, tak jak pozostałych jednostek ochrony zdrowia, by mogły realizować swoje specyficzne zadania. Warunkiem koniecznym jest jednak stworzenie mechanizmów, które zapobiegałyby na przyszłość podobnym sytuacjom, oraz przedstawienie przez te instytuty planów restrukturyzacji. Optymizmem napawa fakt prowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia rozmów z Bankiem Światowym na temat restrukturyzacji i pomysł powołania agencji ds. restrukturyzacji. Minister Łukasz Szumowski powinien nadać odpowiednio wysoką rangę tym rozmowom i jak najszybciej doprowadzić do utworzenia tej agencji.

Przeczytaj także pozostałe teksty o finansach w ochronie zdrowia: „Sytuacja finansowa polskich szpitali” Tomasza Szyszki na str. 24, „Historia pewnego oddłużania” Agnieszki Białej na str. 26 i artykuł Tadeusza Jędrzejczyka o innowacjach i finansach na str. 30.