



# Programy (nie)naprawcze szpitali

Ostatni raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący efektywności wprowadzenia sieci szpitali nie pozostawia złudzeń. Nie poprawiła się sytuacja placówek ochrony zdrowia ani dostępność świadczeń. Przeciwnie, np. czas oczekiwania na wizytę u lekarzy specjalistów się wydłużył, a zobowiązania ogółem szpitali osiągnęły kwotę 12,6 mld zł i były najwyższe od 15 lat. Pogorszyły się też inne parametry, szczególnie te charakteryzujące płynność finansową jednostek. Coraz więcej szpitali, szczególnie w mniejszych miejscowościach, sygnalizuje konieczność ograniczenia zakresu świadczeń, zmniejszając liczbę łóżek lub zamykając całe oddziały. Nawet te, które dotychczas sobie radziły, bilansując bieżącą działalność, przynoszą straty.

Organy założycielskie, najczęściej samorządy, zgodnie z przepisami, mają w tej sytuacji dwa wyjścia: pokryć stratę, dopłacając do placówki własne lub pożyczone pieniądze, bądź zlikwidować szpital. To drugie rozwiązanie miało dotąd charakter wyłącznie hipotetyczny. Wiele wskazuje jednak na to, że sytuacja ta może się zmieniać i samorządy z braku środków będą zmuszone do bardziej radykalnych działań. Tylko w 2018 r. wyłożyły one na pokrycie strat podległych sobie jednostek ok. 170 mln zł. Dopłaty do kapitałów nierentownych spółek szpitalnych wyniosły 120 mln zł. Warunkiem otrzymania wsparcia finansowego jest najczęściej, a w przypadku kredytu bankowego obligatoryjnie, przygotowanie programu naprawczego jednostki. Szpitale piszą je nie od dziś. Ich niską efektywność weryfikują zarówno cytowane wyżej dane statystyczne, jak i codzienne odczucia pacjentów zmuszonych do korzystania z usług placówek ochrony zdrowia. Wydaje się, że przynajmniej dwie grupy czynników mają wpływ na ten stan rzeczy.

## Deficyt kadr i środków, czyli szpitale nie stać na wydatki

Pierwsza, niejako wewnętrzna przyczyna, w dużej mierze leży po stronie samych szpitali i jest przede wszystkim następstwem ich deficytów – głównie braku wykwalifikowanych kadr, mających odpowiednią wiedzę i doświadczenie w konstruowaniu tego typu planów. Problem ten dotyczy szczególnie małych, powiatowych placówek, które mają ostatnio najwięcej kłopotów finansowych. W tej sytuacji obowiązek ten spada najczęściej na służby księgowe, których rola powinna polegać głównie na dostarczaniu odpowiednich danych i ich ewentualnej weryfikacji. Nie są one na ogół kompetencyjnie przygotowane do tego typu zadań, bo też nie taka jest ich rola. Dyrektorom placówek, głównie lekarzom, również często brakuje kompetencji do merytorycznej weryfikacji przygotowanych programów. Jednocześnie nie mają oni środków na zatrudnienie pracowników o właściwych kwalifikacjach do wykonania tego zadania ani na wynajęcie zewnętrznego

nych, profesjonalnych firm doradczych, które nie są tanie. Biednych po prostu nie stać na samodzielne wydobycie się z biedy. Bez ryzyka popełnienia dużego błędu można sformułować tezę, że zarówno szpitale, jak i liczne organy założycielskie, świadome tych realiów, uprawiają swoistą grę pozorów. Skoro programy naprawcze są niezbędne do dalszego funkcjonowania placówki, to szpitale je przygotowują. Ich wiarygodność i tak zweryfikuje zmieniająca się rzeczywistość, w której funkcjonują, a ewentualną odpowiedzialność za niepowodzenie poniesie w przyszłości dyrektor jednostki.

Wydaje się jednak, że zdecydowanie poważniejsze zagrożenia stojące na drodze do opracowania rzetelnego programu restrukturyzacyjnego czają się w otoczeniu placówek.

### Jedyną pewną rzeczą jest brak pewności

Każdy, kto choć raz przygotowywał program funkcjonowania jakiegokolwiek podmiotu gospodarczego w przynajmniej kilkuletniej perspektywie czasowej, wie, że nie da się tego zrobić bez przyjęcia przynajmniej podstawowych założeń co do warunków otoczenia, w których trzeba będzie ten program realizować. Dla krótkich horyzontów czasowych zakłada się na ogół warunki *ceteris paribus*, choć w przypadku systemu ochrony zdrowia i to byłoby bardzo ryzykowne. Z dużą pewnością można powiedzieć, że podmioty ochrony zdrowia funkcjonują w wyjątkowo niestabilnym, nieprzewidywalnym, a często wręcz nieracjonalnym otoczeniu prawno-finansowym i politycznym. Stanowi ono oczywistą przeszkodę w prawidłowym planowaniu przyszłości. Na kilka szczególnych cech tego otoczenia, determinujących działania podmiotów w omawianym zakresie, warto zwrócić uwagę.

W postrzeganiu i ocenie funkcjonowania publicznych placówek ochrony zdrowia panuje swoiste rozdwojenie jaźni. Z jednej strony oczekuje się, że będą one realizować ważną misję społeczną i zaspokajać potrzeby zdrowotne mieszkańców, nawet bez względu na ponoszone koszty. Z drugiej zaś poddawane są ocenie jak każdy podmiot gospodarczy działający na rynku. Mimo że ich pozycja rynkowa, co trzeba podkreślić, jest wyjątkowo niekorzystna. Szpitale zaopatrują się w usługi, sprzęt czy leki w warunkach normalnych reguł rynkowych, natomiast swoje usługi mogą sprzedać wyłącznie jednemu odbiorcy – NFZ – wg ustalonych przez niego limitów i po z góry narzuconych cenach. Zarządzający praktycznie nie mają wpływu na stronę „przychodową” rachunku wyników placówki. Przy obecnym systemie kształtowania wynagrodzeń pracowników medycznych, które odbywa się w Ministerstwie Zdrowia, nie mają także wpływu na największą pozycję wśród kosztów, czyli płace. Analogiczny skutek mają w istocie wprowadzone obligatoryjnie normy zatrudnienia pielęgniarek. Dyrektorzy szpitali są stawiani przed faktami dokonanymi – nie mają wpływu na po-

” Zarządzający praktycznie nie mają wpływu na stronę przychodową rachunku wyników placówki. Przy obecnym systemie kształtowania wynagrodzeń pracowników medycznych, które odbywa się w Ministerstwie Zdrowia, nie mają także wpływu na największą pozycję wśród kosztów, czyli płace ”

dejmowanie decyzji i nie mają dość pieniędzy na ich realizację. Odpowiadają jednak za wykonanie podjętych nie przez siebie zobowiązań. Możliwość skutecznej reakcji na zmiany warunków otoczenia, takie jak wzrost płacy minimalnej, ceny kupowanych usług zewnętrznych czy nośników energii, wpływających na wzrost kosztów funkcjonowania, jest niewielka. Dostawcy usług stosują się do reguł rynkowych. Szpitale, co oczywiste, nie mają takiej możliwości. Jak wspomniano wyżej, nie mogą samodzielnie np. podnieść cen świadczonych usług. W obecnych realiach mają również coraz mniejszy wpływ na stronę „kosztową” rachunku wyników. W tej sytuacji osiągnięcie podstawowego celu wszystkich programów restrukturyzacyjnych, jakim jest trwała poprawa wyniku finansowego jednostki, wydaje się niezwykle trudne.

Problem z kosztami wynagrodzeń w jednostkach ochrony zdrowia polega również na tym, że źródłem ich finansowania są głównie środki pochodzące z NFZ. Oznacza to, że automatycznie zmniejszają one pulę pieniędzy przeznaczonych na świadczenia na rzecz pacjentów. W połączeniu z absolutnie niedostatecznymi wycenami świadczeń, przeszacowywanych w granicach od 2% do 4%, czyli poniżej lub blisko realnego poziomu inflacji, sytuacja ta powoduje pogarszanie się finansów szpitali i brak większej dostępności świadczeń dla chorych. Warto przypomnieć, że szpitale powiatowe szacują niezbędny wzrost wyceny udzielanych świadczeń na minimum 15%, jednak dyrektorzy nie mają praktycznie żadnego wpływu na realną wycenę usług medycznych udzielanych przez ich placówki.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden, często pomijany aspekt sprawy: konsekwencje dla placówek wynikające ze zwolnienia usług medycznych z podatku VAT, na podstawie przepisów unijnych.



„Warunkiem opracowania, a przede wszystkim wdrożenia i realizacji dobrego programu restrukturyzacji jest m.in. możliwość dostosowania podmiotu do zmieniających się wymogów rynku”

Założeniem miała być większa dostępność świadczeń medycznych, które bez podatku są tańsze. W naszych warunkach jednak, permanentnego deficytu środków, w których podmioty medyczne kupują towary opodatkowane i nie mają możliwości odliczenia VAT-u, jest to kolejny czynnik pogarszający ich kondycję finansową. Nieodliczony VAT to dla szpitala podwójny kłopot, gdyż stanowi zarówno niemożliwy do zrekompensowania koszt, jak i wydatek. Pogarsza zatem nie tylko wynik finansowy, ale też płynność placówki.

Warunkiem opracowania, a przede wszystkim wdrożenia i realizacji dobrego programu restrukturyzacji jest m.in. możliwość dostosowania podmiotu do zmieniających się wymogów rynku. Takie procesy zachodzą także w popycie na usługi zdrowotne, które w dużej mierze wynikają z niezależnych procesów społecznych, choćby z demografii. Starzenie się społeczeństwa z jednej strony, z drugiej zaś malejąca dzietność kobiet to tendencje niejako obiektywne. Ich występowanie powoduje również zmiany epidemiologiczne. Zaczynają dominować choroby wieku starszego, coraz więcej pacjentów ma wiele chorób współistniejących, nowotwory, choroby narządu ruchu, wymaga opieki paliatywnej – to zjawiska, na które system opieki zdrowotnej powinien znajdować skuteczne odpowiedzi. Niestety znajduje je z dużym trudem. Pierwszą barierą są pieniądze, a właściwie ich brak. Każda zmiana zakresu świadczonych usług medycznych wymaga na ogół ponownego sprofilowania oddziału szpitalnego,

a więc jego odpowiedniego wyposażenia, a przede wszystkim znalezienia kompetentnego personelu medycznego. Ale to nie wszystko. Konieczne jest pokonanie również trudnych, jeśli nie trudniejszych barier biurokratycznych, uzyskanie zgody własnego organu założycielskiego, a przede wszystkim akceptacji i finansowania z NFZ. Na drodze do adaptacji do potrzeb rynku stoi tzw. kryterium ciągłości świadczeń. Dla wielu podmiotów to swoista kwadratura koła. Na przeszkodzie wprowadzeniu nowego zakresu usług medycznych stoi fakt, że wcześniej podmiot ich nie udzielał, mimo że teraz jest do tego w pełni gotowy. Płatnik preferuje świadczeniodawców, może nawet gorzej przygotowanych do udzielania świadczeń, ale mogących udokumentować historię ich wykonywania. Innymi słowy – jeśli wcześniej czegoś nie robiłeś, to szansa na możliwość robienia tego w przyszłości nie jest duża. Właśnie to uniemożliwiło szpitalowi im. K. Jonschera w Łodzi uruchomienie potrzebnego w regionie i mieście nowego oddziału ZOL, którego wcześniej nie prowadził. Przykładów takich absurdów jest oczywiście znacznie więcej w całym kraju. Zasada ciągłości udzielania świadczeń pozwala w najlepszym wypadku poszerzyć zakres usług, które podmiot ma już wpisane do rejestru wojewody. Tymczasem właśnie możliwość w miarę elastycznego dostosowania się do zmieniających się potrzeb społecznych powinna być kluczem do powodzenia przygotowywanych programów. Ta oczywistość jest u nas ignorowana.

Rozliczenia z NFZ to kolejna sfera niepewności dla dyrektorów podmiotów medycznych. Nowy, ryczałtowy system kontraktowania świadczeń z zasady wyklucza nie tyle występowanie tzw. nadwykonań, co płacenie za nie. Ponieważ samo „zadekretowanie” nie likwiduje jednak realnie zjawiska przekraczania przyznanych limitów, stworzono furtkę pozwalającą płacić przynajmniej za część świadczeń wykonanych ponad przyznany ryczałt. Problem polega jednak na tym, że trudno te potencjalne wpływy zaplanować. Ich wielkość zależy bowiem od stopnia niewykonania kontraktów przez wszystkie pozostałe jednostki podległe danej regionalnej dyrekcji NFZ. Żaden dyrektor ani planista na etapie formułowania założeń do programu ich nie zna, zatem nie może ich uwzględnić. Praktycznie wygląda to tak, że np. niewykonanie kontraktu o 10% skutkuje natychmiastowym obciążeniem kolejnego ryczałtu o 10%, natomiast przekroczenie wykonania o 10% może skutkować wzrostem ryczałtu np. o 1–2%, ale nie musi. W rozliczeniach z płatnikiem obowiązuje reguła „rób teraz, ile możesz, zapłacimy później, nie wiadomo ile”. Odnosi się ona zresztą także do innych ważnych aspektów funkcjonowania placówek, choćby finansowania przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia zwiększonych wynagrodzeń dla części pracowników medycznych szpitali. Pieniądze na ich realizację, niepokrywające – jak wiadomo – całkowi-

tych kosztów, szpitale otrzymywały często ze sporym opóźnieniem.

Ta praktyka pogarsza oczywiście płynność jednostek, czyli zdolność do terminowej realizacji zobowiązań. Dane cytowane na wstępie to potwierdzają. Remedium na ten stan rzeczy ma być m.in. przygotowany przez Ministerstwo Przedsiębiorczości i Technologii projekt ustawy o przeciwdziałaniu zatorom płatniczym, który ma wejść w życie od stycznia 2020 r. Placówki medyczne zostały w nim potraktowane wyjątkowo w stosunku do wszystkich pozostałych podmiotów działających na rynku – obowiązkowy czas regulowania zobowiązań wydłużono dla nich z 30 do 60 dni, a karne odsetki za opóźnienia zmniejszono z 11,5% do 9,5%. Nowe zasady mają zmusić dłużników do większej dyscypliny finansowej w regulowaniu zobowiązań. Problem w tym, że dyrektorzy placówek medycznych nie płacą terminowo zobowiązań nie dlatego, że nie chcą, lecz dlatego, że jak wskazywano wyżej – nie mogą. Dotychczas mieli przynajmniej szansę na negocjacje z wierzycielami warunków spłaty zadłużenia. Teraz ustawodawca odbierze im i tę możliwość. W przygotowanej regulacji szpitale zostały potraktowane jak każdy inny podmiot gospodarczy działający na rynku. Skutki nie są trudne do przewidzenia: ich kondycja finansowa, w najlepszym razie, się nie poprawi, a z dużym prawdopodobieństwem się pogorszy.

Wspomniana regulacja stanowi kolejny przykład braku jednoznacznej wizji, czym w istocie ma być publiczna placówka ochrony zdrowia i jaką funkcję ma pełnić w systemie ochrony zdrowia, a w konsekwencji również systemie obrotu gospodarczego. Ta okoliczność, obok wyżej już wymienionych, stanowi jeden z najważniejszych czynników niepewności i ryzyka przy formułowaniu założeń działań restrukturyzacyjnych. Tym bardziej, jak podkreślają wszyscy eksperci, że nie wiadomo, do czego zmierza system jako całość. Trudno w takich okolicznościach nakreślić sensowny program funkcjonowania jego poszczególnych elementów.

Projekt regulacji dotyczącej zatorów płatniczych zdaje się dowodzić jeszcze jednej rzeczy – że działania w odniesieniu do jednostek ochrony zdrowia są często mało związane z codziennością funkcjonowania podmiotów, których dotyczą, tym samym nie są adekwatne, jeśli chodzi o dobrane instrumenty oddziaływania, a więc niosą ze sobą duże ryzyko braku skuteczności.

Ostatnią kwestią (aczkolwiek wymienione wcześniej czynniki nie wyczerpują całej listy możliwych uwag) są wpływy i warunki polityczne. Ochrona zdrowia jest od nich bardzo uzależniona. Praktycznie wszystko co ważne w tym obszarze, od pieniędzy poprzez zarządzanie po kadry, zależy od tego czynnika. W naszych realiach oznacza to zmianę po każdych wyborach koncepcji, celów i ludzi, którzy mają je zrealizować. To truizm w naszej rzeczywistości. Zarządzający szpitalami, przygotowując swoje plany, starają się

„System opieki zdrowotnej to domena państwa – władzy publicznej. Ta władza niestety w dużej mierze odpowiada za stworzenie opresyjnego otoczenia dla podejmujących próby naprawy placówek medycznych”

przewidzieć i antycypować przyszłe oczekiwania. Nie byłoby to może takie złe, gdyby te oczekiwania były jasno sprecyzowane i miały horyzont dłuższy niż jedna kadencja wyborcza. Są kraje, w których poradzono sobie z tym problemem. U nas niestety ciągle nie.

#### Podsumowanie

Na koniec trzeba podkreślić dwie kwestie. Pierwsza to okoliczność, że sam fakt konieczności przygotowywania programów restrukturyzacyjnych dla podmiotów ochrony zdrowia jest dowodem na porażkę polityki państwa w tym obszarze. System opieki zdrowotnej to domena państwa – władzy publicznej. Ta władza niestety w dużej mierze odpowiada za stworzenie opresyjnego otoczenia dla podejmujących próby naprawy placówek medycznych. W tych warunkach, czego dowodzi rzeczywistość, szanse na sukces programów naprawczych nie są duże. Drugi problem to odpowiedź na fundamentalne pytanie, czy pisanie takich programów przez poszczególne jednostki, zwłaszcza w odniesieniu do dłuższego horyzontu czasowego, ma w ogóle sens. Ich efektywność (o czym mowa na wstępie) i lista przeszkód do pokonania w trakcie przygotowywania budzą poważne wątpliwości w tym zakresie. Być może lepszym rozwiązaniem byłoby powierzenie takich zadań jakimś nowym, lepiej kompetencyjnie przygotowanym instytucjom, agendum rządowym, które ponadto miałyby moc sprawczą w zakresie kształtowania rzeczywistości, w której funkcjonują podmioty medyczne. Inną możliwością do ewentualnego rozważenia w obecnych realiach instytucjonalnych jest przypisanie takiej funkcji np. NFZ – instytucji posiadającej imponujący zasób wiedzy zarówno o systemie, który współtworzy, jak i poszczególnych jego podmiotach. Stan obecny jest raczej trudny do racjonalnej obrony. Co więcej, daje podstawy do obaw, że będzie raczej sprzyjał utrwalaniu się trudności, niż faktycznie stwarzał przesłanki do ich skutecznego przezwyciężania.

Mariusz Jędrzejczak,  
były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu