

Agencja – pilna pomoc dla nieuleczalnie chorych szpitali

# Jak wyjść ze spirali długów

Polskie zakłady opieki zdrowotnej pobiły kolejny rekord – szkoda, że w niechlubnej dziedzinie... Otóż ich zadłużenie osiągnęło najwyższy od 1999 r. poziom niemal 11 mld zł. Jednym z najnowszych pomysłów na odciążenie ZOZ-ów jest utworzenie Agencji Rozwoju Szpitalnictwa – podmiotu, który miałby wesprzeć niektóre najbardziej zadłużone szpitale, mając w zamian wpływ na odbywające się tam procesy restrukturyzacyjne.



„Utworzenie Agencji Rozwoju Szpitalnictwa ma głęboki sens, pod warunkiem że podejmie ona czynną działalność, a nie będzie jedynie biurokratyczną strukturą przelewającą pieniądze i sprawującą formalny nadzór”

Nie jest to pomysł nowy. Pojawia się zatem pytanie, czy zostanie zrealizowany w taki sposób, że rzeczywiście uzdrowi leczonych, a nie będzie tylko miejscem kolejnych synekur i utopionych milionów, a może miliardów złotych.

### Jedenaście miliardów długu

Według danych prezentowanych przez Ministerstwo Zdrowia, zadłużenie wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na koniec I półrocza 2016 r. wyniosło ponad 10,97 mld zł. Jest to najwyższa kwota od startu reformy systemu w 1999 r. Warto pamiętać, że w tym czasie w zakłady opieki zdrowotnej (czy – jak kto woli – podmioty lecznicze) wpompowano miliardy złotych w ramach programów zarówno rządowych: pożyczki restrukturyzacyjnej z 2005 r., programu „B” i programu „Ratujmy Polskie Szpitale”, jak i samorządowych: dobrowolnych wsparć własnych szpitali i obowiązkowego pokrywania ich strat zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Wartości łącznej kwoty tych wsparć nigdy chyba nie oszacowano, ale wysoce prawdopodobne, że może ona wynosić kolejne 10 mld zł.

Jeżeli dodamy, że w tym czasie przekształcono w spółki kapitałowe bądź po prostu sprzedano prywatnym inwestorom blisko 100 polskich szpitali, wcześniej ujmowanych w ministerialnych zestawieniach, to skala pogłębienia się zadłużenia staje się jeszcze większa. Co prawda skonwertowano wiele długów w zobowiązania długoterminowe, co powoduje z kolei, że skala zobowiązań wymagalnych jest znacznie mniejsza niż w 2005 r., lecz zobowiązania te są często bardziej toksyczne od „zwyczajnych” wymagalnych, o czym za chwilę. Warto także pamiętać, że od 2005 r. blisko dwukrotnie wzrósł budżet NFZ, co wpływa na przychody polskich szpitali i możliwość regulowania przez nie zobowiązań. Ich skala jest jednak na tyle duża, że wymaga to szybkiej, ale rozsądnej interwencji państwa, aby pieniądze przeznaczone na świadczenie usług zdro-

wotnych służyły właśnie temu, a nie spłaceniu starych zobowiązań i czasami horrendalnych odsetek od nich, kosztów sądowych czy komorniczych.

### Kto tak naprawdę jest zadłużony i dlaczego?

To jest bardzo ważne pytanie, bo zadłużenie nie dotyczy wszystkich szpitali i nie w takim samym stopniu. Nawet niezbyt głęboka analiza danych Ministerstwa Zdrowia wskazuje, jak bardzo w ciągu ostatnich 10 lat zmieniło się zadłużenie szpitali zorganizowanych w formie SPZOZ-ów nie tylko ogółem, lecz także w zależności od ich organów założycielskich i województw, w jakich one działają. Analiza zobowiązań wymagalnych, grupowanych w jednej tabeli sprawozdania MZ, pokazuje, że jeżeli spadły zobowiązania wymagalne, to niestety nie w grupie zakładów utworzonych przez jednostki centralne, gdzie one wręcz wzrosły – z 532 mln zł na koniec 2005 r. do ponad 580 mln zł na 30 czerwca 2016 r. W tym czasie zobowiązania wymagalne zakładów utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego spadły z 2717 mln zł do 1267 mln zł, czyli o blisko 60 proc. Analiza drugiej prezentowanej tabeli, pokazującej rozkład zadłużenia ogółem i wymagalnego wg województw oraz zakładów podlegających MON i MSW (a gdzie się podziały zakłady podlegające MZ?) prowadzi do kolejnych ciekawych wniosków.

Na koniec 2005 r. „czerwoną latarnią” było niewątpliwie województwo dolnośląskie, które miało 1488,7 mln zł zobowiązań ogółem, w tym 1031,8 mln zł zobowiązań wymagalnych, co dawało odpowiednio 15 proc. i 20 proc. sumy zobowiązań w skali całego kraju. Jednak na 30 czerwca 2016 r. zobowiązania ogółem w tym województwie wynosiły 688 mln zł przy zobowiązaniach wymagalnych w wysokości 99,3 mln zł, czyli po raz kolejny odpowiednio 6,3 proc. i 5,1 proc. w skali całego kraju. Pokazuje to, że w tym województwie spadły zobowiązania, a sytuacja szpitali w porównaniu z całym krajem znacznie się poprawiła. Podobna sytuacja jest w województwie pomorskim, gdzie zobowiązania ogółem spadły z 836,7 mln zł do 188,2 mln zł, a zobowiązania wymagalne z 563,8 mln zł do 3,2 mln zł. Po przeciwnej stronie znajdują się województwa: mazowieckie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, podkarpackie czy wielkopolskie, w których zobowiązania znacznie wzrosły. Wypada także wskazać województwo opolskie, gdzie zobowiązania szpitali były stosunkowo niskie przez cały ten okres.

### Znaczenie odpowiedniego nadzoru

Nie będzie więc chyba zbyt pochopny wniosek, że zła sytuacja finansowa szpitali nie jest zjawiskiem powszechnym, ale zależy od polityki zdrowotnej i nadzoru prowadzonego przez właścicieli w poszczególnych regionach. Na Dolnym Śląsku i Pomorzu zwłaszcza urzędy marszałkowskie prowadziły aktywną politykę w stosunku do podległych sobie szpitali, dokonując



„Według danych Ministerstwa Zdrowia zadłużenie wszystkich SPZOZ-ów na koniec pierwszego półrocza 2016 r. wyniosło ponad 10,9 mld zł. Jest to najwyższa kwota od startu reformy systemu w 1999 r.„

Fot. Gettyimages/Famatic Studio

wielu, często głośno oprotestowywanych konsolidacji, a także wspierając je finansowo znacznymi kwotami.

Także w tych województwach wiele szpitali przekształcono w spółki prawa handlowego, co miało skutki uboczne w postaci ich zniknięcia z prezentowanych przez Ministerstwo Zdrowia zestawień zbiorczych. Pojawia się w tym miejscu pytanie o kondycję nowo utworzonych spółek, choć wymiana informacji między szpitalami powiatowymi w ramach Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych wskazuje, że przekształcone szpitale radzą sobie całkiem nieźle. Nie zmienia to oczywiście faktu, że odbywa się to kosztem drastycznych oszczędności. Przedstawiony wcześniej poziom zobowiązań wymagalnych zakładów utworzonych przez jednostki centralne dość marnie świadczy o umiejętnościach nadzorczych tej grupy właścicieli, czyli przede wszystkim Ministerstwa Zdrowia.

Z nadzorem właścicielskim związana jest też jakość zarządzania poszczególnymi jednostkami. Wielokrotnie twierdziłem, że zarządcy polskich szpitali stanowią bardzo wysoko wykwalifikowaną grupę, ponieważ zarządzanie organizmami działającymi w tak trudnych warunkach – braku zasobów finansowych i ludzkich – to „wyższa szkoła jazdy”. Jednak i tutaj znajdują się osoby, które nie dbają o dyscyplinę finansową powierzonych im szpitali czy dokonują nadmiernych inwestycji, niedających nadziei na zwrot włożonego kapitału. Wiąże się z tym dodatkowo strumień pieniędzy ze środków unijnych, które w niektórych miejscach były

wykorzystywane bardzo niefrasobliwie. Uruchamiano oddziały, kupowano sprzęt medyczny czy inwestowano w infrastrukturę, nie mając odpowiednich środków na wkład własny bądź na utrzymanie trwałości projektów. Ten problem, mam nadzieję, zostanie rozwiązany poprzez nowo wprowadzony IOWISZ.

Inną obserwacją wymagającą pogłębionej analizy jest to, że w najgorszej sytuacji są szpitale, w których często dochodzi do protestów pracowniczych – czy to wszystkich pracowników, czy tylko określonych ich grup. Obserwujemy to na Dolnym Śląsku, a prawdopodobnie ten mechanizm jest powszechny w całym kraju, co oznacza, że na sytuację finansową szpitali wpływa postawa funkcjonujących w nich grup zawodowych.

### Przelewanie z pustego w próżne

Obiektywnym czynnikiem wpływającym na dramatyczną sytuację finansową polskich szpitali jest brak zasobów finansowych pozwalających na ich działalność. Jedne sobie z tym radzą kosztem drastycznych oszczędności, inne stopniowo toną. Dla niektórych dyrektorów i ich organów właścicielskich jedynym argumentem na obronę jest niski kontrakt szpitala lub zbyt niska wycena punktu rozliczeniowego.

Dotychczas stosowane sposoby rozwiązywania tych problemów przez organizatorów opieki zdrowotnej to majstrowanie przy algorytmie podziału środków z NFZ na województwa, naciskanie na zwiększenie

kontraktów dla najbardziej zadłużonych szpitali czy wpływanie na takie zmiany tariff bądź wprowadzanie takich wskaźników, które byłyby dla nich korzystne. Było to jednak tylko przesypanie z kieszeni do kieszeni. Innym pomysłem było oddłużanie – gremialne lub dotyczące konkretnych jednostek. Nigdy lub prawie nigdy nie przynosiło to oczekiwanych skutków, gdyż większość dokapitalizowanych szpitali ponownie wpadała w spiralę długów. Najprawdopodobniej wprowadzenie systemu budżetowego także w tych szpitalach nie pomoże, bo nie zlikwiduje przyczyn ich ciągłego zadłużania się. Zresztą każdy zna przynajmniej kilka przykładów, kiedy wsparcie konkretnego szpitala wystarczało na kilka lat, a czasami tylko na kilka miesięcy.

### Wspieranie nieporadności?

Kiedy teraz rozprawia się nad kolejnym programem oddłużeniowym, dają się słyszeć głosy wskazujące na wręcz niemoralność takiego działania. Wicemarszałek województwa opolskiego Roman Kolek nazwał tego typu działanie wręcz deprawującym. I trudno się z nim nie zgodzić, bo po raz kolejny wsparcie dostaną ci, którzy dotąd sobie nie radzili, bez wglądu w przyczyny ich problemów. Akurat wypowiedź Romana Kolka jest miarodajna, bo jak wskazałem wcześniej, województwo opolskie ma najmniejszy problem z zadłużeniem swoich jednostek. Słychać w niej potencjalną frustrację wszystkich tych, którzy radzili sobie w trudnych warunkach, za co zostaną na swój sposób ukarani – nie dostaną pieniędzy, które mogłyby zostać wykorzystane na inwestycje czy poprawę wynagrodzeń pracowników. Takie uczucia będą towarzyszyć organom założycielskim, dyrektorom, ale także pracownikom tych szpitali.

### Kosztowne zadłużenie zadłużonych

Pozostawiając jednak na boku kwestię przyczyn długów – długi po prostu są. Blisko 2 mld zobowiązań wymagalnych, po które coraz częściej sięgają komornicy, oraz zobowiązania długoterminowe, które w znacznym procencie są własnością tzw. parabanków. Obsługa tych zobowiązań wiąże się z koniecznością płacenia znacznych odsetek i innych opłat umownych, które obciążają i tak ubogie budżety wielu szpitali. Są to pieniądze, które woła ustawodawcy zostały przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych, zaś płyną w zupełnie innym kierunku. Dziwne, że do tej pory Ministerstwo Zdrowia się nie zainteresowało, ile wynosi ogólna kwota zobowiązań publicznych szpitali w parabankach. Według doniesień medialnych (forsal.pl – październik 2016 r.) w samych szpitalach podległych Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Lubelskiego kwota ta wynosi 66 mln zł, a na Pomorzu ponad 70 mln zł. To samo źródło podaje, że podległe Ministerstwu Zdrowia Centrum Zdrowia Dziecka

tylko w ubiegłym roku pożyczyło tam 40 mln zł. Jest to sytuacja, która powinna być jak najszybciej opanowana, gdyż koszty obsługi tych zobowiązań są bardzo wysokie i poprzez spiralę długów wcześniej czy później doprowadzą do kolejnego krachu.

### Pomysły drugiej świeżości, lecz pierwszej pilności

Pomysły utworzenia specjalnej organizacji, która zajęłaby się oddłużeniem szpitali i jednoczesnym uzdrowieniem ich działalności, mają kilkanaście lat. Nawet ostatnie próby zaangażowania do tego Agencji Rozwoju Przemysłu, która kredytowała zadłużone szpitale, wywodzą się z tego samego nurtu myślowego. Blisko 12 lat temu sam opracowałem projekt utworzenia spółki specjalnego przeznaczenia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, która miała dysponować środkami pozwalającymi na oddłużenie wybranych szpitali, tworząc dla nich jednocześnie programy naprawcze i nadzorując ich realizację. Wydaje się, że utworzenie proponowanej Agencji Rozwoju Szpitalnictwa ma głęboki sens, pod warunkiem że podejmie ona czynną działalność, a nie będzie jedynie biurokratyczną strukturą przelewającą pieniądze i sprawującą formalny nadzór. Niezależnie od potrzeby dofinansowania całego systemu trzeba uzdrowić wreszcie grupę kilkunastu, może kilkudziesięciu szpitali, których wyniki finansowe ciągną na dno wszystkich. Pozwoli to także znacznie efektywniej wykorzystywać pieniądze przeznaczone na finansowanie usług zdrowotnych. Ponownie cytując forsals.pl – tylko trzy szpitale: Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Centrum Zdrowia Matki Polki i Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu są zadłużone łącznie na 1,11 mld zł, co stanowi blisko 10 proc. zobowiązań wszystkich szpitali.

### Jak powinna działać Agencja?

Proponując zasady działania Agencji, pozwolę sobie wykorzystać niektóre pomysły sprzed 12 lat, które sugerowałem na Dolnym Śląsku. W pierwszym rządzie należałoby przeprowadzić inwentaryzację wszystkich zobowiązań posiadanych przez szpitale publiczne i wybrać w sposób transparentny te, którym pomoc jest po prostu niezbędna. Po uszeregowaniu tych szpitali w kolejności pilności pomocy Agencja rozpoczęłaby konkretne działania. Przeprowadziłaby rzetelny audyt pierwszego szpitala, wskazujący na przyczyny jego zadłużania się, a następnie w porozumieniu z dyrekcją i organem właścicielskim stworzyłaby rzetelny program naprawczy. Jeżeli wymagałoby to urealnienia kontraktu z płatnikiem publicznym, to trzeba by to zrobić, ale niewykluczone, że wystarczyłyby sensowne zmiany organizacyjne. W kolejnym etapie Agencja skupiłaby zobowiązania wymagalne i zobowiązania w instytucjach finansowych, ale też bankach, stając się kolejnym wierzycielem szpitala. Jeżeli szpital będzie realizował program naprawczy i utrzymywał dyscypli-



Fot. Gettyimages/ Fanaic Studio

nę finansową, z każdym rokiem część jego zobowiązań wobec Agencji (np. 15 proc.) będzie umarzana. Jak łatwo policzyć, całkowite umorzenie nastąpiłoby po ok. 7 latach. Taki okres utrzymywania dyscypliny finansowej stanowiłby znaczne zabezpieczenie, że kultura organizacyjna szpitala ulegnie takiej sanacji, że bez zmiany warunków zewnętrznych nie będzie się on zadłużał tak jak do tej pory. Ten mechanizm dotyczyłby wszystkich szpitali objętych programem. Że to niesprawiedliwe wobec innych – trudno, ale wydaje się to jedynym wyjściem. Jeżeli szpitale nie realizowałyby programów, byłyby likwidowane, a na ich miejsce powstawałyby nowe jednostki działające w niezbędnym zakresie.

Trudno *ad hoc* oszacować koszty takiego programu. Może byłyby to 2 mld zł, a może 5 mld – najpierw trzeba przeprowadzić inwentaryzację zobowiązań i wybrać potencjalnych beneficjentów. Program może być zresztą rozłożony na kilka lat. Ale niezależnie od dofinansowania systemu w całości trzeba w końcu sensownie reanimować tych najgorszych. Zwłaszcza że są wśród nich najwięksi. Zupełnie na marginesie – rzetelny audyt w tych szpitalach może wskazać także na niedoszacowanie wielu taryf, co będzie doskonałym materiałem dla prac Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Na koniec jedno zastrzeżenie. Jak wskazałem wcześniej, Ministerstwo Zdrowia nie popisywało się przez lata

„Wiele długów polskich szpitali skonwertowano w zobowiązania długoterminowe, co powoduje, że skala zobowiązań wymagalnych jest znacznie mniejsza niż w 2005 r., lecz zobowiązania te są często bardziej toksyczne”

jako organ nadzorujący swoje jednostki, które w największym stopniu są „flagowymi dłużnikami”. Jeżeli powstanie Agencja Rozwoju Szpitalnictwa, to mam nadzieję, że jej pracownikami nie będą ci sami specjaliści, którzy poprzednio te szpitale nadzorowali. Pracowników Agencji, która powinna być zespołem wysoko wykwalifikowanych osób, trzeba będzie poszukać w firmach prywatnych, a nie będą to ludzie tani. Ten wydatek chyba jednak też warto ponieść.

Maciej Biardzki