



# **SIEĆ SZPITALI – NOWE ROZWIĄZANIA I STARE PROBLEMY**

Zadłużenie szpitali publicznych  
jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu

Autor: Dariusz Wasilewski



FUNDACJA REPUBLIKAŃSKA

Warszawa, maj 2017 r.

# SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP</b> .....	<b>5</b>
<b>PODSUMOWANIE</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Stan finansów szpitali publicznych jako przykład nieefektywności systemu finansowania służby zdrowia.</b> ..12	
1.1. Poziom zadłużenia szpitali – statystyki. ....	12
1.2. Pozorna poprawa sytuacji finansowej szpitali .....	15
1.3. Trudności w uzyskaniu finansowania na pokrycie długów .....	16
1.3.1 Postawa samorządów .....	16
<b>2. Mechanizm powstawania zadłużenia</b> .....	<b>20</b>
2.1. Niebilansowanie się przychodów i kosztów działalności szpitala .....	20
2.2. Hierarchia regulowania zobowiązań .....	22
2.3. Narastanie długu .....	24
<b>3. Przyczyny zadłużania się szpitali</b> .....	<b>26</b>
3.1. Problemy systemowe .....	26
3.1.1 Zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce ..	26
3.1.1.1 Limity świadczeń .....	28
3.1.2 Nierentowność procedur medycznych. ....	29
3.1.3 Nierównomierność wyceny procedur i prywatyzacja najbardziej rentownych specjalności. ...	30
3.1.4 Niejasność przepisów i zasad finansowania świadczeń. .	34
3.1.4.1 Polityka NFZ w odniesieniu do nadwykonań. ....	34
3.1.4.2 Zmiana wysokości taryf świadczeń gwarantowanych ...	36
3.1.5 Odgórne narzucanie wymogów bez dedykowanego finansowania .....	37

3.1.6	Problemy z zapewnieniem kadry .....	40
3.1.6.1	Niedobór lekarzy i pielęgniarek .....	41
3.1.6.2	Emigracja personelu medycznego .....	44
3.1.6.3	Starzenie się populacji zawodowej.....	46
3.1.6.4	Zbyt mała liczba studentów kierunków medycznych i absolwentów .....	48
3.1.6.5	Presja płacowa związana z niedoborem kadry medycznej .....	48
3.1.7	Leczenie szpitalne zamiast ambulatoryjnego.....	49
3.1.8	Fragmentaryczność leczenia szpitalnego i dublowanie diagnostyki .....	50
3.1.9	Zbyt gęsta sieć szpitali .....	51
3.1.10	Brak możliwości uzyskania szerszego dostępu do środków niepublicznych.....	53
3.1.11	Doraźność, a nie systemowość rozwiązywania problemów zadłużenia szpitali .....	54
3.2.	Inne przyczyny .....	55
3.2.1	Rosnące koszty opieki medycznej .....	55
3.2.2.	Inflacja medyczna.....	56
3.2.3	Błędy zarządzających szpitalami .....	57
3.2.3.1	Niedostosowanie bazy i infrastruktury do potrzeb.....	58
3.2.3.2	Brak systemowej motywacji do restrukturyzacji zadłużenia.....	60
3.2.4	Brak efektów restrukturyzacji w wybranych szpitalach .....	60
<b>4.</b>	<b>Polityczna waga problemu zadłużenia szpitali.....</b>	<b>62</b>
4.1.	Kondycja polskiej służby zdrowia – perspektywa międzynarodowa .....	62
4.2.	Kondycja polskiej służby zdrowia – oceny pacjentów...	63
4.3.	Perspektywa pacjenta.....	64

4.3.1	Czas oczekiwania na leczenie .....	64
4.3.2	Czas poświęcony pacjentowi.....	67
4.3.3	Suboptymalne leczenie .....	68
4.3.4.	Wpływ zadłużenia szpitala na sytuację pacjenta .....	69
4.4.	Polityczna waga problemu zadłużenia szpitali.....	70
<b>5.</b>	<b>Rola finansowania zewnętrznego w służbie zdrowia.....</b>	<b>72</b>
5.1.	Finansowanie zewnętrzne – statystyki.....	72
5.2.	Jak szpital może sobie radzić z długiem? .....	74
5.2.1.	Porozumienie z dostawcami .....	74
5.2.2	Wykorzystanie finansowania zewnętrznego.....	75
5.2.3.	Zaniedbanie długu szpitala.....	76
5.3.	Niechętna postawa banków wobec finansowania szpitali. .	76
5.4.	Przerzucanie odpowiedzialności za błędy systemu na dostawców szpitali. ....	78
5.5.	Dotychczasowe ograniczenia zewnętrznego finansowania .....	80
5.6.	Konsekwencje ograniczania finansowania zewnętrznego .....	82
<b>6.</b>	<b>Prognozy .....</b>	<b>84</b>
6.1.	Wzrost kosztów leczenia związany ze starzeniem się społeczeństwa .....	84
6.2.	Wzrost kosztów wytworzenia procedury medycznej. . .	86
6.2.1	Wzrost kosztów leczenia związany ze wzrostem wynagrodzeń .....	86
6.2.2	Wzrost kosztów leczenia związany z rozwojem technologii medycznej .....	86
6.3.	Zmniejszenie liczby osób uiszczających daniny publiczne na sfinansowanie opieki zdrowotnej .....	87
6.4.	Niewiadome wynikające z przyjętych przepisów i nowych propozycji Prawa i Sprawiedliwości .....	88

6.4.1	System budżetowy .....	88
6.4.2	Sieć szpitali .....	90
6.4.3	Zwiększenie nakładów na służbę zdrowia.....	92
6.4.4	Zakaz pełnej prywatyzacji.....	93
6.4.5	Wzrost wynagrodzeń .....	93
6.5.	Dalsze pogorszenie sytuacji finansowej szpitali.....	94
7.	<b>Notatki .....</b>	<b>96</b>

## WSTĘP

Mamy przyjemność przedstawić Państwu raport Fundacji Republikańskiej dotyczący zadłużenia szpitali publicznych. Uważamy, że w kontekście zmian zachodzących obecnie w polskiej służbie zdrowia, zagadnieniu temu nie poświęca się wystarczającej uwagi. W praktyce natomiast okazuje się, że długi szpitali mają znaczący wpływ na funkcjonowanie placówek, a w konsekwencji – na jakość leczenia pacjentów.

W III kwartale 2016 r. zadłużenie SPZOZ (wśród których zdecydowaną większość stanowią szpitale publiczne) wyniosło 11,2 mld zł. Jest to najwyższy wynik w ciągu ostatniej dekady. Celem raportu jest pokazanie mechanizmu powstawania tego zadłużenia. Przedstawiamy też katalog przyczyn, które do niego prowadzą. Dokument został wzbogacony o wywiady z uczestnikami rynku – w tym z zarządzającymi szpitalami. Pokazują one sposób, w jaki placówki próbują sobie radzić w ułomnie działającym systemie.

Niniejszy raport powstał na zlecenie Stratera Med – Związku Pracodawców na rzecz równości stron w postępowaniach o zamówienia publiczne. Fundacja Republikańska dołożyła wszelkich starań, by był on bezstronny i obiektywny, a zleceniodawca nie miał wpływu ani na tezę, ani na wymowę opracowania.

## PODSUMOWANIE

- 23 marca 2017 r. Sejm uchwalił ustawę tworzącą tzw. sieć szpitali. Jest to jedna z kluczowych propozycji Prawa i Sprawiedliwości dotyczących zmian w systemie ochrony zdrowia. Wprowadzenie sieci szpitali nie odpowiada jednak na wszystkie pytania dotyczące funkcjonowania służby zdrowia – w szczególności te związane z zadłużeniem szpitali publicznych. Problem ogromnego długu, który powstał w „starym systemie” i którym są obarczone placówki stwarza poważne ryzyko dla funkcjonowania „nowego systemu”.
- System ochrony zdrowia w Polsce działa w sposób nieprzemyślany i nieracjonalny. Jest ułomny w wielu wymiarach, czego konsekwencją jest zadłużenie szpitali publicznych. Można stwierdzić, że państwo nie radzi sobie z tym problemem i w tej sferze działa tylko teoretycznie.
- Mimo kilku akcji oddłużania placówek ich zadłużenie od kilku lat utrzymuje się na poziomie ok. 10 mld zł. W ostatnich latach w tym zakresie widoczny jest nawet trend wzrostowy. W III kw. 2016 r. zadłużenie osiągnęło rekordowy poziom 11, 2 mld zł<sup>1</sup> – jest to najwyższy wynik w ciągu ostatniej dekady.
- Zadłużenie szpitali publicznych jest obecnie jednym z najważniejszych problemów polskiej służby zdrowia. Ma ono także wymiar społeczno-polityczny. Subiektywnie odczuwana poprawa działalności sektora ochrony zdrowia jest bowiem jednym z kryteriów oceny rządu Beaty Szydło.
- Polska służba zdrowia jest uważana za jedną z najgorszych w Europie. W Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia zajmujemy 34 miejsce na 35 badanych państw. Co więcej w porównaniu z poprzednią edycją badania spadliśmy o trzy pozycje. Zadłużenie szpitali publicznych i związane z nim problemy w funkcjonowaniu placówek mocno rzutują na ten wynik. W kategoriach odnoszących się do leczenia szpitalnego tj. poważnych planowanych zabiegów operacyjnych <90 dni, leczenia nowotworów <21 dni, tomografii komputerowej <7 dni oraz czasu oczekiwania w izbie przyjęć Polska uzyskała ocenę niedostateczną. Wynik 100 punktów był tu najniższym odnotowanym w całym rankingu.
- Zarządzający szpitalami bywają pozostawieni sami sobie z problemem długu. Tylko w nielicznych przypadkach mogą liczyć na wsparcie od podmiotu tworzącego (właściciela szpitala np. samorządu czy uczelni wyższej). Właściciele nie mogą lub nie chcą pomóc placówkom. Samorządy poza prowadzeniem i nadzorowaniem szpitali mają także wiele innych zadań i związanych z nimi wydatków, chociażby odpowiadają za prowadzenie szkół czy utrzymanie dróg.

---

<sup>1</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz/> (dostęp: 08.03.2017).

- Także banki niechętnie pożyczają pieniądze szpitalom. Z ich punktu widzenia takie finansowanie jest obarczone zbyt dużym ryzykiem. Dla szpitala znajdującego się w trudnej sytuacji finansowej kredyt w banku jest niedostępnym „dobrem luksusowym”. Ostatnią deską ratunku dla takich placówek są instytucje pozabankowe (często w debacie publicznej stygmatyzowane określeniem „parabanki”).
- Dysfunkcje systemu ochrony zdrowia powodują, że szpitale nie są w stanie zbilansować przychodów i kosztów. W konsekwencji dostępne środki się kurczą i wcześniej czy później następuje moment, gdy szpital traci płynność finansową. Mimo to placówka musi nadal pracować i przyjmować pacjentów. Najpierw jednostce brakuje środków na działalność bieżącą, a później szybko popadają w zadłużenie.
- W sytuacji utraty płynności finansowej szpital płaci tylko to, co bezwzględnie musi. Najważniejsze w hierarchii płatności są wynagrodzenia – placówki starają się wypłacać je pracownikom w terminie. Kolejne w hierarchii płatności są składki ZUS i podatek od wynagrodzeń oraz zobowiązania z tytułu kredytów. Inne koszty są spychane na dalszy plan. Z informacji uzyskanych od zarządzających szpitalami wynika, że podmioty zadłużają się tam, gdzie tylko jest to możliwe. Placówki finansują się zobowiązaniami tzn. zapożyczają się u dostawców towarów i usług dla szpitala. Są to dostawcy m.in. leków, materiałów opatrunkowych, cateringu, firmy sprzątające, ochroniarskie itp. Szpitale zwlekają też z zapłatą np. regionalnym stacjom krwiodawstwa i krwiolecznictwa za krew. Z 2 mld złotych długów przeterminowanych SPZOZ, aż 1,82 mld złotych to zobowiązania z tytułu dostaw i usług<sup>2</sup>. Konsekwencją długu są koszty finansowe np. odsetki naliczane przez dostawców za nieterminowe płatności. Aby spłacić dostawców szpitale zaciągają kredyty i pożyczki. Nadal jest to jednak dług, który trzeba obsługiwać. Sytuacja jest jeszcze trudniejsza, jeśli szpital wpadnie w spiralę pożyczek.
- Podstawową i najważniejszą przyczyną zadłużenia szpitali są zbyt niskie nakłady na służbę zdrowia. Przeznaczamy na ten sektor tylko 6,3 proc. PKB (z czego tylko 4,8 proc. to pieniądze publiczne), podczas gdy średnia unijna wynosi 8,9 proc<sup>3</sup>. Oznacza to, że na zdrowie wydajemy o ok. 30 proc. mniej niż przeciętny członek OECD. Pod względem nakładów na służbę zdrowia zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie.
- Jedną z przyczyn zadłużania się szpitali jest też zbyt niska wycena części procedur medycznych. Oznacza to, że szpital realizując procedurę zakontraktowaną z NFZ otrzymuje za nią mniej środków niż wynosił rzeczywisty koszt jej wykonania. W 2015 r. tylko 27 proc. szpitali było rentownych na poziomie procedur<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>3</sup> OECD, Health at glance 2016, 23.11.2016, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>4</sup> Magellan, Kondycja SPZOZ w 2015 r. Podsumowanie analizy, styczeń 2016.



- Dodatkowym problemem jest także nierównomierność wycen procedur. Przykładem może być niedoszacowana pediatria. Stąd wśród trzech najbardziej zadłużonych szpitali w Polsce znajdują się dwie placówki pediatryczne Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie i Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi<sup>5</sup>.
- Konsekwencją nierównomiernej wyceny jest też zdominowanie najlepiej wycenianych specjalności przez podmioty prywatne. Z analizy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wynika, że część placówek niepublicznych skupia się na nieskomplikowanych i najwyżej wycenianych procedurach w ramach danej specjalności. W konsekwencji sektor prywatny obsługuje najbardziej dochodowych pacjentów, a ci generujący koszty muszą być obsługiwani w sektorze publicznym. Szpitale publiczne tracą w ten sposób szansę na „podreperowanie” swoich budżetów i powiększają zadłużenie.
- Jedną z przyczyn zadłużenia szpitali są niejasne zasady dotyczące wypłat za nadwykonania, czyli świadczenia medyczne, które szpitale zrealizowały ponad wyznaczony limit. Część lokalnych oddziałów płaci za nie bardzo niechętnie lub odmawia wypłat. W 2015 r. toczyło się 589 spraw sądowych przeciwko NFZ dotyczących nadwykonań, przy czym łączna kwota roszczeń z tego tytułu wynosiła ponad 1,467 mld zł<sup>6</sup>. Szpitale zazwyczaj nie wiedzą, czy NFZ zapłaci im za dodatkowo wykonane usługi. Utrudnia to planowanie budżetów placówek.
- Problemem powodującym wzrost zadłużenia jest także odgórne narzucanie szpitalom wymogów bez wskazywania, skąd mają wziąć środki na ich realizację. Koszty działalności szpitala rosną, a nie idzie za nimi wzrost przychodów. Przykładem może być wprowadzona w styczniu 2017 r. podwyżka płacy minimalnej do 2 tys. oraz wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej w wysokości 13 zł. Z informacji uzyskanych od zarządzającego jednym ze szpitali wynika, że wprowadzenie tych podwyżek oznacza dla placówki 3 mln dodatkowych kosztów. Szpital, który po latach zadłużenia w końcu zbilansował budżet znowu znajdzie się pod kreską. Narzucenymi z góry wymogami są też np. podwyżki dla pielęgniarek, wprowadzenie minimalnego wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia czy konieczność dostosowania podmiotów medycznych do rozporządzenia Ministra Zdrowia (dotyczy norm, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą).
- Na niedoinwestowanie służby zdrowia nakładają się problemy z niedoborem kadry. Według danych OECD w Polsce na 1000 mieszkańców przypada jedynie 2,3 lekarza (tzn. 23 na 10

---

<sup>5</sup> Rynekzdrowia.pl, Najbardziej zadłużone polskie szpitale - czy wyjdą wreszcie na prostą?, 04.10.2016, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Najbardziej-zadluzone-polskie-szpitaly-czy-wyjda-wreszcie-na-prosta,166169,1.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>6</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Sprawozdanie z działalności narodowego funduszu zdrowia za 2015 rok, [http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_narodowego\\_funduszu\\_zdrowia\\_za\\_2015\\_rok.zip](http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_narodowego_funduszu_zdrowia_za_2015_rok.zip) (dostęp: 08.03.2017).

tys. mieszkańców). Jesteśmy na ostatnim miejscu w Europie pod względem proporcji lekarzy do ogółu populacji. Oprócz zbyt małej liczby lekarzy ogółem, problemem są też deficytowe specjalności, w których drastycznie brakuje lekarzy. Poważnym problemem jest też niedobór pielęgniarek. Na 1000 pacjentów przypada ich w Polsce jedynie 5,2 - jest to jeden z najniższych wskaźników w Europie<sup>7</sup>. Konsekwencją niedoboru personelu medycznego jest presja płacowa wywierana na szpitale. Rosnące wynagrodzenia z kolei przekładają się na wzrost kosztów działalności placówek.

- Do innych istotnych przyczyn powstawania zadłużenia należą zbyt gęsta sieć szpitali (i związane z tym rozdrobnienie kontraktów oraz konkurowanie placówek o pacjentów i lekarzy) oraz nadmierne wykorzystywanie leczenia szpitalnego. W Polsce jest ponad 6 łóżek szpitalnych na tysiąc mieszkańców, co stanowi jeden z najwyższych wskaźników w Europie. Trzeba zaznaczyć, że szpitale rekompensują niedomagania innych podmiotów leczniczych. Przyjmuje się do nich pacjentów, którym mógłby pomóc specjalista w poradni.
- Wśród pozostałych przyczyn zadłużania się szpitali warto wymienić: rosnące koszty opieki medycznej związane z rozwojem technologicznym, błędy zarządzających szpitalami, brak efektów restrukturyzacji, czy doraźność, a nie systemowość rozwiązywania problemu zadłużenia.
- Konsekwencją błędów systemowych w działaniu polskiej służby zdrowia jest uczynienie z dostawców szpitali przymusowych kredytodawców publicznej służby zdrowia. Jak wynika z danych firmy Nettle, średni czas oczekiwania na zapłatę przez szpitale wynosi 230 dni<sup>8</sup>. W praktyce dostawcy są obciążeni kosztami realizacji opieki zdrowotnej, za którą odpowiada państwo. Dodatkowo ograniczono im swobodę dysponowania swoją wierzytelnością. Na sprzedaż długu bankowi bądź firmie faktoringowej szpital musi mieć zgodę podmiotu tworzącego (właściciela, np. powiatu). Jak wskazuje praktyka rynkowa możliwość uzyskania takiej zgody jest zazwyczaj iluzoryczna. Podmioty tworzące nie tylko nie wyrażają zezwolenia na zmianę wierzyciela, ale najczęściej w ogóle nie udzielają odpowiedzi. Trzeba zwrócić uwagę, że pomimo braku płatności ze strony szpitala dostawca musi realizować warunki umowy oraz płacić pracownikom.
- W łataniu błędów systemowych polskiej służby zdrowia pomaga finansowanie zewnętrzne. Co roku do systemu wpływa dodatkowo 1,5 mld zł z banków i innych instytucji finansowych<sup>9</sup>. W ostatnich latach obserwowany jest wyraźny trend wzrostowy. Szpitale znajdujące się w trudnej sytuacji finansowej najczęściej wybierają jedną z trzech instytucji pozabankowych oferu-

---

<sup>7</sup> OECD, Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>8</sup> Klara Klinger, Michał Janczura, Szpitale nie muszą płacić części swoich należności. Zgodnie z prawem, forsal.pl, 21.10.2016, <http://forsal.pl/artykuly/977597,szpitale-nie-musza-placic-czesci-swoich-naleznosci-zgodnie-z-prawem.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>9</sup> Baza PressInfo na podstawie Biuletynu Zamówień Publicznych oraz Biuletynu Unijnych Zamówień Publicznych.

jących wsparcie dla sektora medycznego. Najwięcej zobowiązań szpitale zaciągnęły w firmie Magellan, nieco mniej w MW Trade i Siemens Finance. Finansowanie zewnętrzne (w szczególności pochodzące z pozabankowych instytucji finansowych) wspiera działanie systemu. Nikt inny nie chce pomagać szpitalom znajdującym się w trudnej sytuacji finansowej.

- Szpital może radzić sobie z zadłużeniem na trzy sposoby. Jeśli dysponuje pieniędzmi, podpisuje porozumienie z dostawcami i stara się je realizować. W innym przypadku może skorzystać z finansowania zewnętrznego (bank lub instytucja pozabankowa), spłacić wierzycieli i samemu regulować umowę pożyczki. Może również nie zrobić nic – w takiej sytuacji wierzyciele idą do sądu, a szpital po zakończeniu procesu czeka egzekucja komornicza.
- W momencie pojawienia się problemów finansowych szpitala, sięganie po finansowanie zewnętrzne należy traktować jako przejaw racjonalności i odpowiedzialności. Jest to rozwiązanie dużo tańsze niż procesy sądowe i działania komorników. Obecnie dzięki niskim stopom procentowym szpital może uzyskać pożyczki w tego typu instytucjach oprocentowane od 5,20 proc. w skali roku<sup>10</sup>. Natomiast dopuszczenie do procesu z dostawcami i egzekucji komorniczej kosztuje placówkę dodatkowo aż 20-30 proc. kwoty zadłużenia.
- Bez zasadniczych reform w systemie służby zdrowia zakazanie szpitalom korzystania z finansowania zewnętrznego wydaje się niebezpieczne. Oznaczałoby ono m.in. duży wzrost kosztów obsługi służby zdrowia związany z działalnością komorników. Mogłoby też doprowadzić do paraliżu działalności szpitali.
- Ministerstwo Zdrowia przedstawiło szereg propozycji zmian w polskiej ochronie zdrowia. Z punktu widzenia szpitali do najważniejszych należą: przejście na budżetowy system finansowania ochrony zdrowia, likwidacja NFZ, sieć szpitali, zwiększenie nakładów na służbę zdrowia czy zakaz pełnej prywatyzacji. W tej chwili trudno przewidzieć, jakie będą konsekwencje tych decyzji, tym bardziej że część z nich jest nadal w fazie projektów. Nie wiadomo też czy planowane zwiększenie nakładów na służbę zdrowia do 6 proc. PKB będzie wystarczające – może zostać skonsumowane przez podwyżki wynagrodzeń, inflację medyczną czy potrzeby inwestycyjne.
- Pewne jest, że koszty leczenia będą rosły. W krótkiej perspektywie przyczyni się do tego wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, wynikający z propozycji Prawa i Sprawiedliwości oraz z presji płacowej związanej z niedoborem kadry. Kluczowym czynnikiem, który wpłynie zasadniczo na kształt systemu polskiej ochrony zdrowia w najbliższych dziesięcioleciach jest starzenie się społeczeństwa. Społeczeństwo polskie należy do najszybciej starzejących się w całej Unii Europejskiej – w ciągu najbliższych 20 lat liczba osób w wieku 65+

---

<sup>10</sup> Wywiady przeprowadzone na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

wzrośnie w Polsce o około 3 mln, czyli do 8,5 mln osób. Według szacunków firmy badawczej EY w obecnej strukturze świadczeń finansowanych przez NFZ roczny przeciętny koszt leczenia obywatela w wieku od 0 do 65 lat to ok. 1,2 tys. zł rocznie. Natomiast koszt świadczeń dla osób w wieku powyżej 65 lat to 3,5 tys. zł<sup>11</sup>. Kwota ta może dodatkowo wzrosnąć w związku z rozwojem technologicznym i droższymi metodami leczenia.

- Już teraz banki i inne instytucje finansowe przyjęły rolę finansowania części polskiej ochrony zdrowia. Jeśli państwo nie rozwiąże systemowych problemów ochrony zdrowia (nie przeznaczy więcej pieniędzy na służbę zdrowia i nie poukłada ich bardziej racjonalnie) lub będą to zmiany pozorne, to finansowanie zewnętrzne będzie pełnić jeszcze ważniejszą rolę w systemie.

---

## *Jak finansowana jest służba zdrowia w Polsce?*

*Głównym źródłem finansowania systemu jest tzw. powszechne ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9 proc. dochodów osobistych (7,75 proc. odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25 proc. pokrywa ubezpieczony), która odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ). Są to tzw. pieniądze znaczone – nie mogą być przeznaczone na inny cel. W przypadku dekoniunktury i braków w budżecie środki te nadal muszą być przeznaczane na ochronę zdrowia m.in. funkcjonowanie szpitali.*

*Niektóre świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia, a nie ze środków NFZ. Przykładem jest przedszpitalne ratownictwo medyczne (pogotowie ratunkowe), które od 1 stycznia 2007 r. jest finansowane w całości z budżetu państwa.*

*Leczenie może być też finansowane z ubezpieczeń indywidualnych w komercyjnych instytucjach. Odpłatność za leczenie pokrywa wówczas ubezpieczyciel.*

---

---

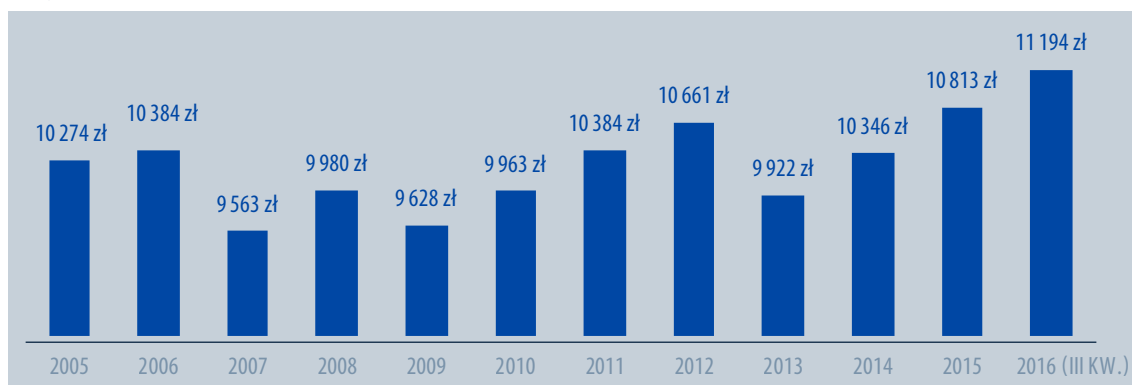
<sup>11</sup> newseria.pl, Ceny usług medycznych w Polsce będą rosnać. Jedną z przyczyn jest starzejące się społeczeństwo, 17.03.2016, [https://biznes.newseria.pl/news/ubezpieczenia/ceny\\_uslug\\_medycznych\\_w,p71607873](https://biznes.newseria.pl/news/ubezpieczenia/ceny_uslug_medycznych_w,p71607873) (dostęp: 08.03.2017).

# 1. STAN FINANSÓW SZPITALI PUBLICZNYCH JAKO PRZYKŁAD NIEEFEKTYWNOŚCI SYSTEMU FINANSOWANIA SŁUŻBY ZDROWIA

## 1.1. Poziom zadłużenia szpitali – statystyki

W ostatnich latach mieliśmy do czynienia z kilkoma tzw. „akcjami oddłużania szpitali” i przeznaczeniem na ten cel znacznych środków. Mimo to wyniki finansowe szpitali publicznych są złe i od kilku lat pozostają na podobnym poziomie. Łączne zadłużenie Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), wśród których największy udział mają szpitale, oscyluje w granicach 10 mld zł. W III kw. 2016 r. zadłużenie SPZOZ wyniosło 11,2 mld zł<sup>12</sup>. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że dane te nie obejmują wszystkich szpitali np. instytutów badawczych, czyli placówek nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia (np. Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi). W 2015 r. dodatni wynik netto osiągnęło 63 proc. szpitali<sup>13</sup>. Oznacza to, że nie przynosiły one dodatkowych strat.

Wykres 1. Kwota zadłużenia SPZOZ (w milionach zł)



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ

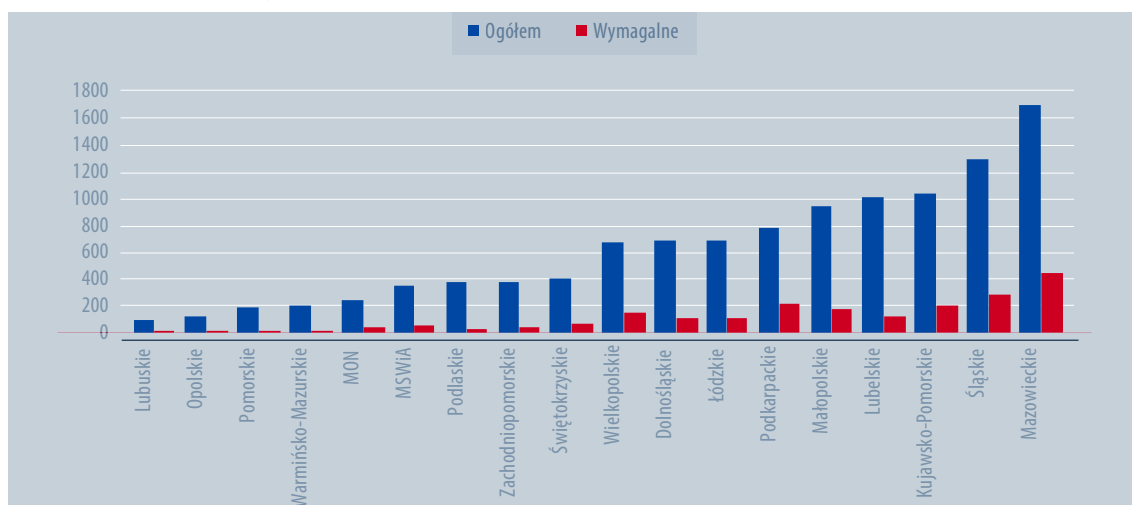
<sup>12</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>13</sup> Materiały prasowe, W najbliższych latach nie należy spodziewać się poprawy kondycji finansowej szpitali, 26.10.2016, <http://www.medexpress.pl/w-najblizszych-latach-nie-nalezzy-spodziewac-sie-poprawy-kondycji-finansowej-szpitali/65288> (dostęp: 08.03.2017).

Najbardziej zadłużone szpitale znajdują się w województwie mazowieckim (1,69 mld długu), śląskim (1,29 mld), kujawsko-pomorskim (1,03 mld) i lubelskim (1,01 mld). Z kolei najlepsza sytuacja jest w województwach lubuskim (94 mln długu) i pomorskim (188 mln)<sup>14</sup>.

Zdarza się, że zadłużenie szpitali przewyższa roczne dochody budżetu województwa. Ma to miejsce m.in. w województwach lubelskim (budżet: 919,9 mln zł<sup>15</sup>, zadłużenie: 1,01 mld zł<sup>16</sup>) czy kujawsko-pomorskim (budżet 850 mln zł, zadłużenie: 1,03 mld<sup>17</sup>). Nieco lepsza sytuacja jest w województwie śląskim (budżet 1,49<sup>18</sup> mld versus zadłużenie szpitali 1,29 mld<sup>19</sup>).

## Wykres 2. Zobowiązania SPZOZ w podziale na województwa (w mln zł) – III kw. 2016



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ

Aby lepiej zobrazować skalę problemu warto zwrócić uwagę na wskaźnik zadłużenia w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Gdyby w województwie lubelskim zadłużenie szpitali mieli spłacić mieszkańcy, to każdy musiałby wydać 472 zł<sup>20</sup>. W województwie kujawsko-pomorskim byłoby to 493 zł<sup>21</sup>.

<sup>14</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, tamże (dostęp: 08.03.2017).

<sup>15</sup> PAP, Lubelskie: Sejmik przyjął budżet województwa na 2017 r., 30.12.2016, <http://www.portalsamorządowy.pl/prawo-i-finance/lubelskie-sejmik-przyjal-budzet-województwa-na-2017-r,88446.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>16</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, tamże (dostęp: 08.03.2017).

<sup>17</sup> Kujawsko-pomorskie.pl, Budżet województwa, 20.12.2016, <http://www.kujawsko-pomorskie.pl/informacje-prasowe/30260-budzet-województwa-2017> (dostęp: 08.03.2017).

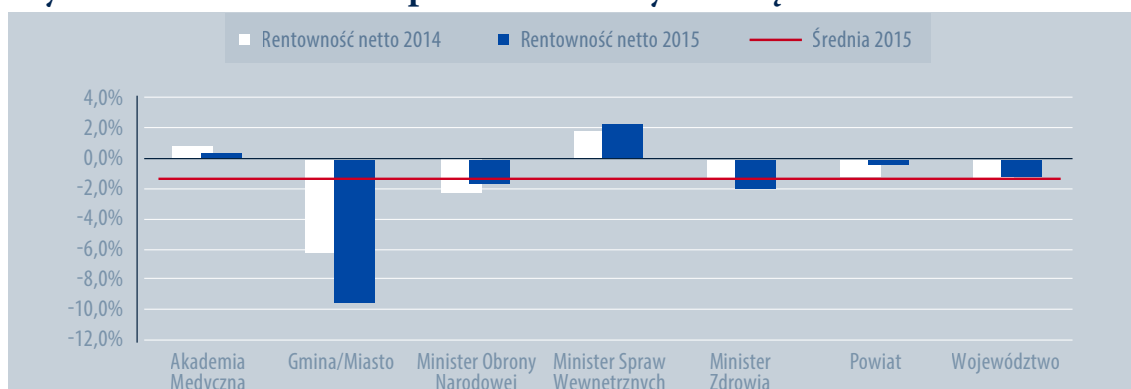
<sup>18</sup> Slaskie.pl, Mamy budżet na rok 2017, 19.12.2016, [http://www.slaskie.pl/strona\\_n.php?jezyk=pl&grupa=10&art=8676](http://www.slaskie.pl/strona_n.php?jezyk=pl&grupa=10&art=8676) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>19</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, tamże (dostęp: 08.03.2017).

<sup>20, 21</sup> obliczenia własne.

Biorąc pod uwagę organ tworzący (właściciel placówki np. samorząd albo Ministerstwo Zdrowia) najlepiej radzą sobie szpitale podległe Wyższym Uczelniom Medycznym oraz Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji. Jako jedyne osiągnęły one dodatni bilans finansowy w latach 2014-2015. Najwięcej problemów ze szpitalami mają natomiast miasta (szpitale gminne) – ich średnia rentowność jest najniższa.

### Wykres 3. Rentowność szpitali. Podmioty tworzące



Źródło: Magellan, Kondycja SPZOZ w 2015 r. Podsumowanie analizy, styczeń 2016

Najbardziej zadłużonymi szpitalami w Polsce są: Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie i Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. W sumie zadłużone są one na ponad 1 mld 100 mln zł<sup>22</sup>. Warto zwrócić uwagę, że na liście znajdują się dwa szpitale pediatryczne. Ekspertzy rynku oceniają, że procedury pediatryczne są zbyt nisko wyceniane w porównaniu z ich faktycznymi kosztami. Dlatego placówki specjalizujące się w leczeniu dzieci mają poważne problemy finansowe<sup>23</sup>.

Szpital w Grudziądzu jest zadłużony na ok. 500 mln zł<sup>24</sup>. Na potrzeby zbadania sytuacji finansowej placówki obliczono, że gdyby za długi miało zapłacić miasto, każdy mieszkaniec musiałby wydać 5,5 tys. zł<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> Rynekzdrowia.pl, Najbardziej zadłużone polskie szpitale - czy wyjdą wreszcie na prostą?, 4.10.2016, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Najbardziej-zadluzone-polskie-szpitaly-czy-wyjda-wreszcie-na-prosta,166169,1.html> (dostęp 08.03.2017).

<sup>23</sup> rmf24.pl, Miliardowe zadłużenie polskich szpitali publicznych, 15.10.2015, <http://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-miliardowe-zadluzenie-polskich-szpitali-publicznych,nId,1904813> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>24</sup> Grudziadz.naszemiasto.pl, Czy jest szpital w Grudziądzu? Miasta czy wojewody? Rozprawa już w lipcu, 07.07.2016, <http://grudziadz.naszemiasto.pl/artukul/czy-jest-szpital-w-grudziadzu-miasta-czy-wojewody-rozprawa,3792778,art,t,id,tm.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>25</sup> Mariusz Janik, Grudziądz balansuje na krawędzi bankructwa, a wraz z nim kilka innych polskich miast, innpoland.pl, 30.05.2016, <http://innpoland.pl/127191,grudziadz-babansuje-na-krawedzi-bankrutwa-a-wraz-z-nim-kilka-innych-polskich-miast> (dostęp: 08.03.2017).

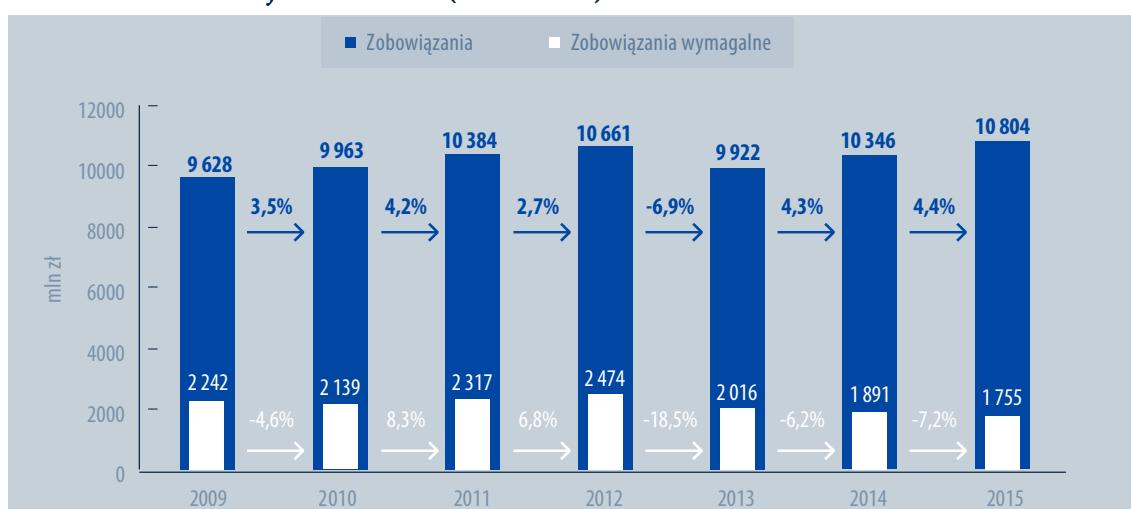


## 1.2. Pozorna poprawa sytuacji finansowej szpitali

W ostatnich latach spada wysokość zobowiązań wymagalnych szpitali, czyli takich które są już przeterminowane (może zgłosić się po nie komornik). W 2012 r. spadek ten wyniósł aż 18,5 proc<sup>26</sup>. Jest to jednak poprawa pozorna. Rośnie bowiem wysokość zobowiązań niewymagalnych (do spłaty w dłuższym terminie).

Szpitaly korzystają obecnie z „taniego pieniądza” na rynku finansowym, czyli z niżej oprocentowanych kredytów i dłuższych okresów spłaty. Stosują taktykę „ucieczki do przodu” zamieniając zobowiązania wymagalne na niewymagalne. Pozwala to poprawić płynność bieżącą szpitali, nie oznacza jednak, że w ten sposób sytuacja finansowa placówki poprawia się. Szpital nie zmniejsza zadłużenia, odsuwa je tylko w czasie.

### Wykres 4. Zobowiązania SPZOZ w podziale na województwa (w mln zł) - III kw. 2016



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ

Z raportu Najwyższej Izby Kontroli na temat restrukturyzacji szpitali korzystających ze środków publicznych wynika, że zaciągane przez szpitale kredyty i pożyczki długoterminowe tylko w nielicznych przypadkach zostały przeznaczone na cele rozwojowe i inwestycyjne. Znaczącą część tych zobowiązań związana była z utratą płynności finansowej przez szpitale i koniecznością pozyskania środków na bieżącą spłatę długu<sup>27</sup>. Ekspertki szacują, że w 2015 r. około 30 proc. nowo zaciągniętych pożyczek było przeznaczonych na refinansowanie starych długów.

Jeśli w placówce nie są podejmowane działania naprawcze, to sama wymiana zadłużenia wymagalnego na niewymagalne nie rozwiąże problemu. Konieczne jest uporanie się z jego przyczynami.

<sup>26</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>27</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Restrukturyzacja wybranych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych, sierpień 2016, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/092/> (dostęp: 08.03.2017).



---

*„Jak informuje Beata Aszkielaniec, rzecznik instytutu Matki Polki, zobowiązania wymagalne, których koszt obsługi jest bardzo wysoki zostały skonwertowane na zobowiązania długoterminowe, których koszt obsługi znacznie mniej obciąża bieżący budżet Instytutu. (...) Udało się zmniejszyć koszt obsługi długu, który był oprocentowany od 12 do 16 proc. Obecnie jest to ok. 6 proc. co sprawia, że w skali roku zamiast 19 mln zł placówka wydaje na obsługę długu ok. 6 mln zł.<sup>28</sup>”*

Źródło: rynekzdrowia.pl, Najbardziej zadłużone polskie szpitale - czy wyjdą wreszcie na prostą? 4.10.2016

---

### 1.3. Trudności w uzyskaniu finansowania na pokrycie długów

Szpital, który ma problemy finansowe musi zazwyczaj je rozwiązywać sam. Konstrukcja systemu finansowania szpitali powoduje, że zarządzający szpitalami są pozostawieni sami sobie. Tylko w wyjątkowych przypadkach mogą liczyć na wsparcie od podmiotu tworzącego (właściciela szpitala np. samorządu czy akademii medycznej). Twierdzenie, że w przypadku problemu zadłużania się szpitali publicznych państwo działa tylko teoretycznie, nie jest bezpodstawne.

Ze względu na trudną sytuację finansową szpitali, także banki bardzo niechętnie pożyczają im pieniądze. Z punktu widzenia banku takie finansowanie jest obciążone zbyt dużym ryzykiem. Szpital z długami, bez możliwości zabezpieczenia kredytu, nie otrzyma wsparcia z banku – jest to dla niego „dobro luksusowe”.

#### 1.3.1 Postawa samorządów

Ustawa o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 r., miała zmniejszyć zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej poprzez możliwość przekształcenia ich w spółki kapitałowe i tym samym zwiększenie odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za szpitale. Niestety, nie doprowadziło to do poprawy sytuacji finansowej szpitali. W wielu przypadkach samorządy nie respektowały obowiązku pokrycia strat szpitali za dany rok. Można odnieść wrażenie, że jako właściciele, nie chciały brać odpowiedzialności za to co się dzieje w szpitalach.

---

*„Do tej pory nawet jeśli zadłużenie szpitala trafiło pod obrady rady powiatu czy sejmiku województwa, to był to przepis realizowany w ten sposób, że była podejmowana uchwała o pokryciu, ale nie były przekazywane fizycznie pieniądze.*

---

<sup>28</sup> Rynekzdrowia.pl, Najbardziej zadłużone polskie szpitale - czy wyjdą wreszcie na prostą?, 04.10.2016, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Najbardziej-zadluzone-polskie-szpitaly-czy-wyjda-wreszcie-na-prosta,166169,1,3.html> (dostęp: 08.03.2017).

*Albo uchwała nie była podejmowana w ogóle. Są takie powiaty w Polsce, gdzie rada nie podjęła uchwały. No i co można radnym zrobić, jeśli oni tak uważają?"*

Zarządzający szpitalem pediatrycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców<sup>29</sup>

---

Samorządy poza zadłużeniem szpitali mają także wiele innych problemów i związanych z nimi wydatków. Szczególnie trudna sytuacja jest w powiatach, które same są zadłużone. Mają one tylko niewielkie przychody własne, a wiele wydatków. Powiaty odpowiadają bowiem także m.in. za prowadzenie szkół czy utrzymanie dróg. Dlatego ich możliwości wsparcia szpitali są niewielkie<sup>30</sup>. Zdarza się również, że zadłużenie szpitala przekracza budżet powiatu.

---

*W 2015 r. długi SPZOZ w Kostrzynie sięgały ok. 110 mln zł i każdego roku powiększały się o 8-10 mln zł<sup>31</sup>. Same zobowiązania wobec 380 byłych pracowników sięgały ponad 7 mln zł. Długi kostrzyńskiego szpitala stały się ogromnym problemem dla starostwa powiatowego w Gorzowie Wlkp. Przy dochodach budżetowych na poziomie ok. 49 mln zł<sup>32</sup> powiat nie był w stanie poradzić sobie z długiem szpitala wynoszącym ponad 100 mln zł. W 2015r. władze powiatu wystąpiły do resortu finansów z wnioskiem o pożyczkę z budżetu państwa w ramach postępowania ostrożnościowego. Ministerstwo Finansów wyraziło na nią zgodę. Pożyczka opiewała na 47 mln zł. W pierwszej kolejności powiat spłacił długi wobec pracowników, którzy po ośmiu latach otrzymują zaległe wynagrodzenia wraz z odsetkami. Pożyczka będzie spłacana do 2044 r. przy 3 proc. oprocentowaniu<sup>33</sup>.*

---

Sytuacja w województwach jest nieco lepsza. Marszałkowie dysponują większymi budżetami i niektórych stać na poręczenie kredytów podległym szpitalom. W 2015 r. samorządy przeznaczyły łącznie ponad 177 mln zł na pokrycie ujemnego wyniku finansowego zarządzanych szpi-

---

<sup>29</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>30</sup> Arkadiusz Babczuk, Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako źródło zagrożenia sytuacji finansowej samorządu powiatowego (cz. 2), 22.07.2010, <http://www.samorzad.lex.pl/czytaj/-artykul/samodzielne-publiczne-zaklady-opieki-zdrowotnej-jako-zrodlo-zagrozenia-sytuacji-finansowej-samorzadu-powiatowego-cz-2> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>31</sup> PAP, Gorzów Wlkp.: powiat spłaci byłych pracowników szpitala w Kostrzynie nad Odrą, 19.06.2015, <http://lubuskie.onet.pl/gorzow-wlkp-powiat-splaci-bylych-pracownikow-szpitala-w-kostrzynie-nad-odra/tplc45> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>32</sup> Program Postępowania Ostrożnościowego dla Powiatu Gorzowskiego na lata 2015-2044, Uchwała nr 40/VII/2015, <http://archiwumbip.powiatgorzowski.pl/?a=3624> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>33</sup> PAP, Kostrzyn nad Odrą: powiat spłaci szpitalne długi, 19.06.2015, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Kostrzyn-nad-Odra-powiat-splaci-szpitalne-dlugi,152648,1.html> (dostęp: 08.03.2017).

tali za 2014 r. Pomoc otrzymało 13,5 proc. szpitali samorządowych<sup>34</sup>. Decydująca wydaje się tu sytuacja finansowa samorządu. Ważnym aspektem jest jednak także wola polityczna decydentów oraz lokalne zależności polityczne.

---

*„To kolejny gwóźdź do trumny, jaką rząd przyszykował powiatom – uważa Józef Swaczyna, przewodniczący Konwentu Starostów Województwa Opolskiego i jednocześnie starosta strzelecki. Żeby spłacić szpitalne długi, szefowie powiatów będą musieli wydać ze swoich budżetów ostatnie złotówki, a wtedy zabraknie im pieniędzy na inwestycje. Nie kupią nowego sprzętu do szpitali, a drogi powiatowe będą jeszcze bardziej dziurawe.”*

Źródło: Nowa Trybuna Opolska, Powiaty muszą spłacić długi szpitali

---

*Przykładem może być województwo lubuskie, gdzie marszałek w 2015 r. poręczył kredyt w wysokości 14 mln zł Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu. Środki zostały przeznaczone na odzyskanie przez szpital płynności finansowej i spłacenie zobowiązań wymagalnych. Zostały też spłacone zobowiązania wobec pracowników. W 2015 r. marszałek poręczył kredyty także kilku innym podległym szpitalom na ponad 100 mln zł<sup>35</sup>.*

---

Duży wpływ ma także kalendarz wyborczy. Gdy zbliżają się wybory, ważniejsze stają się bardziej medialne cele. Z wyborczego punktu widzenia pieniądze wydane na pokrycie długu szpitala są nieefektywne. Pacjent nie zobaczy efektu. Nie będzie wiedział, że szpital spłacił dostawców czy uregulował inne należności. Wsparcie to nie będzie prawdopodobnie miało żadnego przełożenia na liczbę głosów w wyborach. Bardziej efektywne byłoby wsparcie szpitala skutkujące remontami sal szpitalnych czy nową elewacją budynku. Jednak bez porównania skuteczniejsze wydaje się chociażby budowanie nowych dróg.

W lipcu 2016 r. rząd Prawa i Sprawiedliwości wprowadził nowelizację ustawy o działalności leczniczej. W przypadku wystąpienia ujemnego wyniku finansowego w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej (SPZOZ) ma on pokryć stratę netto we własnym zakresie. Jeśli to nie wystarczy, wówczas podmiot tworzący będzie zobowiązany do pokrycia pozostałej części zadłużenia, jednak nie więcej niż do wysokości wynikającej z sumy straty netto i kosztów amortyzacji. Gdy szpital nie będzie w stanie pokryć straty netto, wówczas możliwa będzie jego

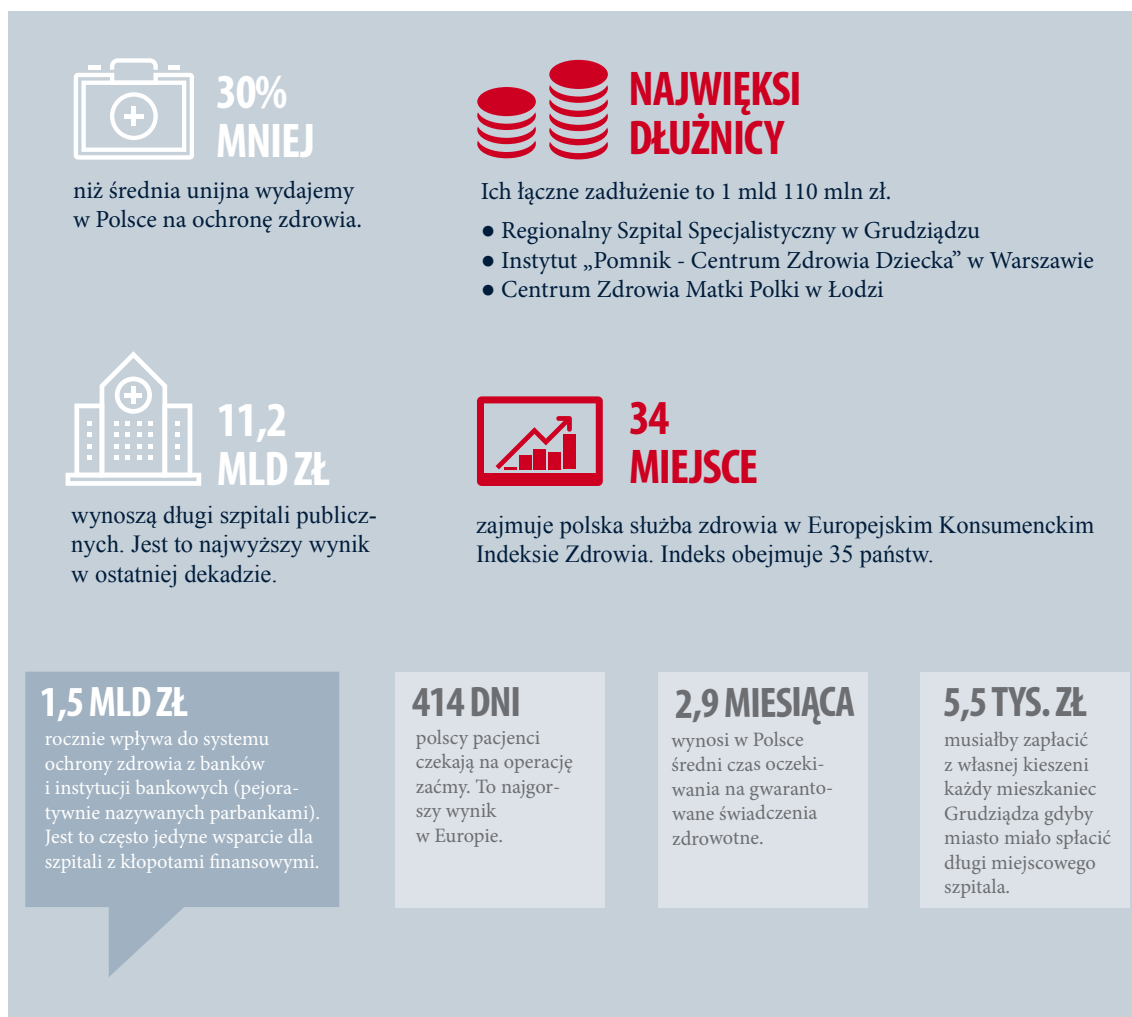
---

<sup>34</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Restrukturyzacja wybranych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych, sierpień 2016.

<sup>35</sup> Małgorzata Tramś-Zielińska, Szpital w Międzyrzeczu podnosi standardy, lubuskie.pl, 21.10.2016, <http://lubuskie.pl/news/17883/16/> (dostęp: 08.03.2017).

likwidacja<sup>36</sup>. W znowelizowanej ustawie obowiązki samorządów wobec podległych szpitali są więc sformułowane bardziej dobitnie. Nie wiadomo jednak czy będą respektowane i czy szpitale otrzymają wsparcie w walce z zadłużeniem.

## Infografika 1. Zadłużenie szpitali publicznych i jego wpływ na sytuację pacjentów



Źródło: opracowanie własne

<sup>36</sup> Politykazdrowotna.com, Wchodzi w życie ustawa cofająca komercjalizację szpitali, 15.07.2016, <http://www.politykazdrowotna.com/10987,wchodzi-w-zycie-ustawa-cofajaca-komercjalizacje-szpitali> (dostęp: 08.03.2017).

## 2. MECHANIZM POWSTAWANIA ZADŁUŻENIA

### 2.1. Niebilansowanie się przychodów i kosztów działalności szpitala

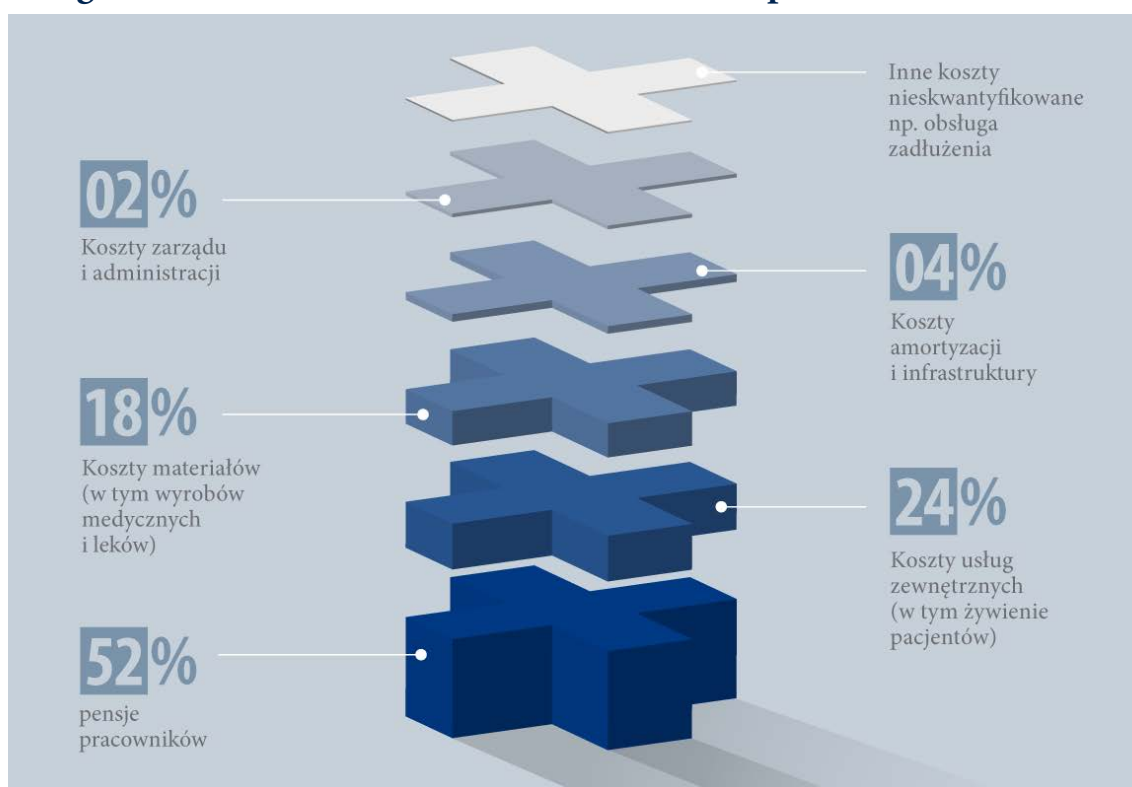
Podstawowym problemem szpitali publicznych w Polsce jest trudność w zbilansowaniu przychodów i kosztów. Oznacza to, że koszty szpitali są wyższe niż ich przychody (głównie środki otrzymywane z NFZ, ale też wynajem powierzchni, diagnostyka komercyjna itp.). W konsekwencji dostępne środki się kurczą i następuje moment, gdy szpitale tracą płynność finansową. Mimo to muszą nadal pracować i przyjmować pacjentów. Wówczas w szybkim tempie zaczyna rosnąć dług. Dalsze pogorszenie sytuacji finansowej szpitala następuje przez narastające zobowiązania.

**Tabela 1. Struktura kosztów funkcjonowania oddziału chirurgicznego – przykład**

Lp.	Rodzaj kosztu	Wartość
1	energia elektryczna	3003,68
2	gaz	489,36
3	usługi telefoniczne	752,24
4	odpady medyczne	597,20
5	woda	1 519,04
6	odpady komunalne	1 034,30
7	usługi pralnicze	2 479,76
8	amortyzacja jednorazowa	1 804,49
9	amortyzacja liniowa	10 716,44
10	naprawy i konserwacje	600,09
11	druki i materiały biurowe	1 306,12
12	środki utrzymania czystości	1 440,00
13	usługi transportowe	1 836,24
14	żywienie pacjentów	3 246,52
15	koszty ogrzewania	1 560,00
16	wynagrodzenia osobowe	71 844,34
17	ubezpieczenia społeczne pracowników	12 213,54
18	odpisy na fundusz socjalny	1 784,40
19	ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej	819,35
20	wynagrodzenia z tyt. umów cywilno-prawnych	59 520,60
<b>Razem</b>		<b>178 567,71</b>
Koszt średniodzienny oddziału (30 dni w miesiącu)		5 952,26
Koszt osobodnia oddziału (779 osobodni)		223,49

Źródło: Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wyzwania w zarządzaniu kosztami i dokonaniemi

## Infografika 2. Struktura kosztów działalności szpitala



Źródło: opracowanie własne

Narodowy Fundusz Zdrowia cyklicznie organizuje konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Świadczeniodawcy, którzy zaoferowali w konkursie najkorzystniejsze warunki, zawierają z NFZ umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Szpitale podpisują z NFZ umowy, które określają ile w danym zakresie (np. urologii) szpital ma do wykonania punktów JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów, jednostka rozliczeniowa w lecznictwie szpitalnym). Szpital musi je realizować sukcesywnie w odcinkach miesięcznych. Co miesiąc też NFZ przekazuje finansowanie – płaci za każdego pacjenta indywidualnie. Niedostateczna wycena procedur medycznych, limity narzucane przez NFZ czy trudności z wypłatą nadwykonań (świadczenia wykonane ponad limit) lub wysokie koszty funkcjonowania szpitala powodują, że szpitale nie są w stanie przychodami pokryć kosztów. Trzeba też dodać, że niezależnie od bieżącej sytuacji finansowej, szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia. Nie ma też możliwości negocjacji ceny z Narodowym Funduszem Zdrowia – jest ona ustalona z góry.

*Ideą JGP (Jednorodnych Grup Pacjentów) było stworzenie w miarę prostych i łatwych w stosowaniu metod kwalifikowania danego świadczenia już po jego wykonaniu. Praktyczna konstrukcja tego systemu wynika z obserwacji, że pewne grupy pacjentów, często znacznie różniących się, w zasadzie wymagają dość podobnego postępowania. Z drugiej strony, ta sama choroba*



*u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami wymaga często całkiem innego postępowania.*

*Za każdy kod JGP NFZ płaci każdemu szpitalowi taką samą sumę pieniędzy. Przykładem może być leczenie zapalenia płuc. Szpital powiatowy w małej miejscowości za leczenie pacjenta z zapaleniem płuc w przedziale wiekowym 40-65 lat otrzymuje tyle samo, co specjalistyczny szpital wojewódzki. Wartości te są ustandaryzowane. Każdy kod JGP ma przypisaną określoną liczbę punktów. Za każdy punkt NFZ płaci szpitalowi 52 zł. Przykładem może być poród fizjologiczny bez powikłań, za który szpital otrzymuje 55 pkt JGP (35 pkt. za sam poród i 20 pkt. za opiekę nad noworodkiem), czyli 2860 zł<sup>37</sup>. W przypadku patologii noworodka powyżej 30 dni szpital otrzymuje za pacjenta 1000 pkt JGP, czyli 52 tys. zł.*

## 2.2. Hierarchia regulowania zobowiązań

W sytuacji utraty płynności finansowej szpital płaci tylko to, co bezwzględnie musi. Najważniejsze w hierarchii płatności są wynagrodzenia pracowników - placówki starają się wypłacać je w terminie. W przeciwnym wypadku część kadry mogłaby zrezygnować z pracy, a biorąc pod uwagę niedobór personelu medycznego, powstała luka byłaby zapewne trudna do wypełnienia.

Działalność szpitala jest działalnością wysokospecjalistyczną, która wymaga wykwalifikowanego personelu. Dlatego koszty zatrudnienia personelu stanowią dominującą część wydatków szpitali – w 22 szpitalach zbadanych przez Najwyższą Izbę Kontroli wahały się one od ok. 47 proc. do ponad 85 proc.<sup>38</sup>. Ekspertzy rynku szacują, że średnio wynoszą one ok. 50-60 proc. i jest to światowy standard.

Kolejne w hierarchii płatności są składki ZUS i podatek od wynagrodzeń oraz zobowiązania z tytułu kredytów. Inne koszty zostają zepchnięte na dalszy plan – szpital odwleka regulowanie swoich należności. Placówki finansują się zobowiązaniami tzn. zapożyczają się u dostawców towarów i usług dla szpitala. Chodzi o dostawców m.in. leków, materiałów opatrunkowych, cateringu, mediów (np. energii elektrycznej) oraz firmy sprzątające, ochroniarskie. W ten sposób powstaje pewna struktura kosztów, która tworzy permanentną ujemność bilansu szpitala.

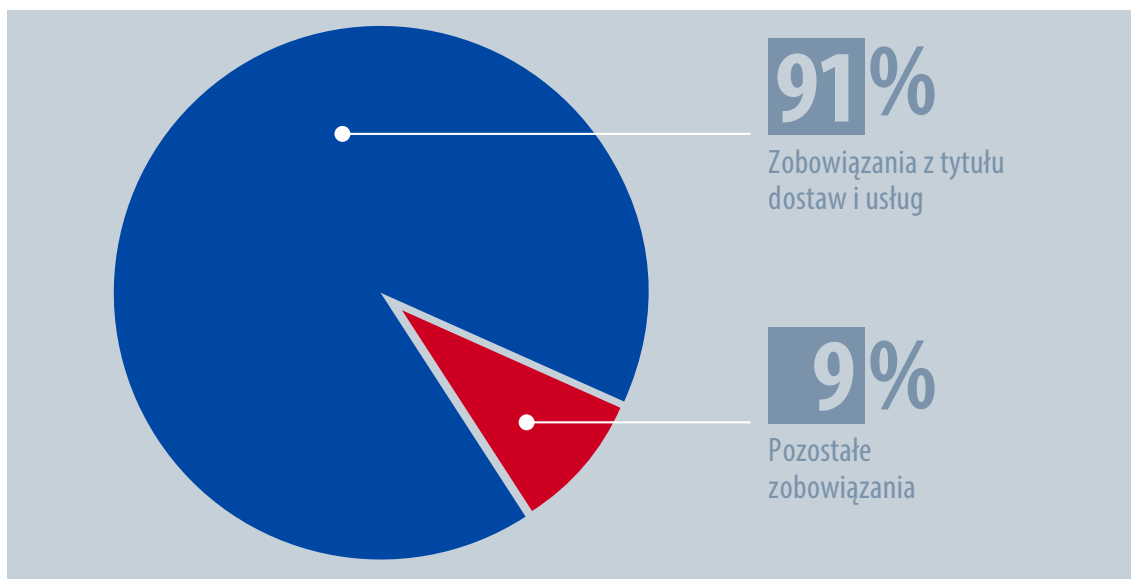
Z informacji uzyskanych od zarządzających szpitalami wynika, że podmioty zadłużają się tam, gdzie tylko jest to możliwe. Placówki nie płacą np. regionalnym stacjom krwiodawstwa i krwiolecznictwa za krew. Choć krew oddajemy honorowo, to jej obróbka kosztuje. Dostaw krwi wstrzymać nie wolno, jedynym sposobem, aby odzyskać pieniądze, są wezwania do zapłaty, monity, ponaglenia, w ostateczności sąd. Według informacji uzyskanych z rynku zakupy tego typu preparatów mogą wynosić nawet 2 proc. przychodów szpitala.

<sup>37</sup> Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Świadczenia gwarantowane związane z ciążą i porodem finansowane w ramach JGP: N01-N13, 06.12.2016, [http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/taryfikacja/2016/projekty\\_taryf/raporty/36/WT.521.9.2016\\_ciaza\\_porod\\_N01doN13\\_Raport\\_20161206.pdf](http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/taryfikacja/2016/projekty_taryf/raporty/36/WT.521.9.2016_ciaza_porod_N01doN13_Raport_20161206.pdf) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>38</sup> NIK, NIK o zatrudnieniu w służbie zdrowia, 21.09.2015, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zatrudnieniu-w-sluzbie-zdrowia.html> (dostęp: 08.03.2017).

Z 2 mld złotych długów przeterminowanych SPZOZ, aż 1,82 mld złotych to zobowiązania z tytułu dostaw i usług<sup>39</sup>. Trzeba jednak dodać, że dostawcy zazwyczaj dostarczają swoje produkty oraz świadczą usługi, nawet jeśli szpital spóźnia się z płatnościami lub nie płaci wcale. Zobowiązują ich do tego warunki podpisanych kontraktów.

**Wykres 5. Struktura zobowiązań wymagalnych SPZOZ w III kw. 2016 r.**



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ

Środki przeznaczane na inwestycje zazwyczaj nie powiększają zadłużenia szpitala. Placówki starają się korzystać z „darmowych pieniędzy” pochodzących z funduszy unijnych czy dotacji. Dopiero w ostateczności poszukują finansowania zewnętrznego.

**Tabela 2. Przykładowe koszty działania podmiotów leczniczych.**

zatrudnienie personelu	ok. 52 proc.
koszty usług zewnętrznych (w tym żywienia pacjentów)	ok. 24 proc.
koszty materiałów (w tym wyrobów medycznych i leków)	ok. 18 proc.
koszty amortyzacji infrastruktury	ok. 4 proc.
koszty zarządu i administracji	ok. 2 proc.
inne koszty np. koszt obsługi zadłużenia	koszty nieskwantyfikowane

Źródło: PwC, Trendy w polskiej ochronie zdrowia 2017

<sup>39</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz/> (dostęp: 08.03.2017).



### 2.3. Narastanie długu

Konsekwencją długu są koszty finansowe np. odsetki naliczane przez dostawców za nieterminowe płatności. Sytuacja jest tym trudniejsza, że w niektórych szpitalach taka sytuacja trwa od wielu lat. Nadchodzi jednak moment, gdy dostawcy (oraz inne podmioty, w których zadłużone są szpitale) domagają się spłaty zadłużenia. Wówczas zawierana jest ugoda lub wierzyciel decyduje się na drogę sądową, co wiąże się z interwencją komornika.

Aby spłacić długi wobec dostawców szpitale zaciągają kredyty i pożyczki. Nadal jest to jednak dług, który trzeba obsługiwać. Sytuacja jest trudniejsza, jeśli szpital wpadnie w spiralę pożyczek. Są placówki, w których koszt obsługi długu wynosi kilkanaście proc. przychodów placówki.

### Infografika 3. Dług szpitala. Mechanizm powstawania



Źródło: opracowanie własne

---

*„Każdy duży szpital ma ogromne możliwości generowania długu - po kilkadziesiąt milionów rocznie. I to jest równia pochyła. Przychodzi taki moment, gdzie to idzie już lawinowo. Nie po trochu, ale aż do dna. Po przekroczeniu tej granicy nie kontroluje się sytuacji, nie ma już rozwiązań. Nie ma dobrych decyzji. Albo trzeba ludzi zwolnić, albo się przebranżowić, albo zamknąć szpital. Albo trzeba zaciągnąć pożyczkę, ale na to nie ma woli radnych. Po przekroczeniu pewnej kwoty już siłą rozpędu w kolejnym roku jest coraz gorsza sytuacja, której trudno zaradzić jednym rozwiązaniem. Potrzeba wielu działań naprawczych i kilku lat na odwrócenie tego stanu.”*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys.<sup>40</sup>

---

---

<sup>40</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

## 3. PRZYCZYNY ZADŁUŻANIA SIĘ SZPITALI

Zadłużenie szpitali publicznych jest w głównej mierze efektem systemowych problemów ochrony zdrowia w Polsce. Wiele z tych problemów oddziałuje na kształt sektora od długiego czasu, część jest kwestią ostatnich kilku lat. Trzeba przypomnieć, że w III kwartale 2016 r. zadłużenie SPZOZ wyniosło 11,2 mld zł<sup>41</sup>. Jest to najwyższy wynik w ciągu ostatniej dekady.

Obecnie polska służba zdrowia znajduje się w momencie przełomowym w związku z propozycjami rządu Prawa i Sprawiedliwości. Część z wymienionych poniżej przyczyn zadłużania się szpitali może wkrótce przestać istnieć. Mogą jednak także pojawić się nowe, które trudno dziś przewidzieć.

Jedną z kluczowych propozycji Prawa i Sprawiedliwości, dotyczących zmian w funkcjonowaniu służby zdrowia jest sieć szpitali. Nowelizacja ta została uchwalona przez Sejm 23 marca 2017 r. i nowe rozwiązania mają wejść w życie 1 października 2017 r. Głównym założeniem reformy jest odstąpienie od finansowania pojedynczych procedur na rzecz ryczałtu dla szpitali obejmującego całość opieki. Ryczałtowe wynagrodzenie będzie oparte na poprzednich okresach rozliczeniowych. Dodatkowo powstanie sieć szpitali podzielona na sześć poziomów zabezpieczenia, do których będą przyporządkowane konkretne placówki.

Oznacza to, że część przedstawionych poniżej przyczyn zadłużania się szpitali publicznych (np. limity świadczeń, nierentowność procedur medycznych czy nierównomierność wyceny procedur) przynajmniej w teorii może mieć mniejsze znaczenie po październiku 2017 r. Będą one jednak miały wpływ na kształt systemu polskiej służby zdrowia przez kilka kolejnych miesięcy. Dodatkowo przyczyniły się one do powstania ponad 11,2 mld zł długu, który może być poważnym ryzykiem dla funkcjonowania nowego systemu. Aby w pełni zrozumieć problem powstawania zadłużenia szpitali publicznych należy poznać także te przyczyny.

### 3.1. Problemy systemowe

#### 3.1.1 Zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce

Zbyt niskie nakłady na służbę zdrowia w Polsce są podstawową i największą przyczyną jej problemów. Wciąż wydajemy zbyt mało, mimo że nasze wydatki w ujęciu kwotowym w ciągu dekady wzrosły niemal dwukrotnie. Przykładem może być tu budżet NFZ. W 2007 r. fundusz przeznaczony na świadczenia zdrowotne 41 mld zł<sup>42</sup>, a w budżecie na 2017 r. zapisano wydatki na

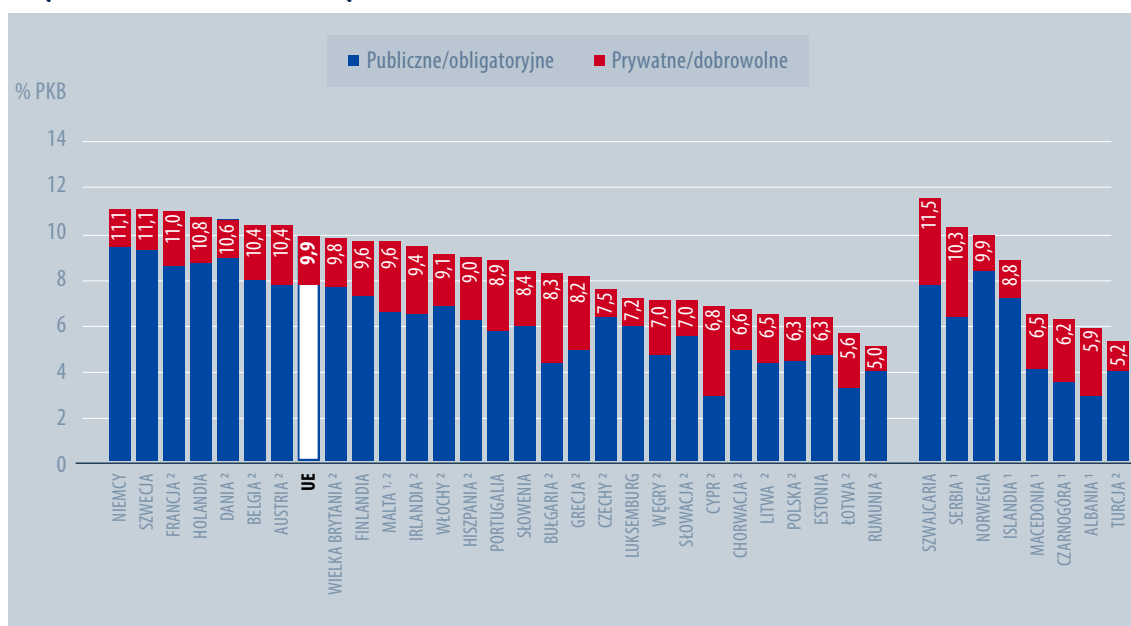
<sup>41</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>42</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Fundusze NFZ – plan finansowy 2007, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 08.03.2017).

poziomie 77 mld zł<sup>43</sup>. Wynik ten udało się osiągnąć przede wszystkim dzięki wzrostowi gospodarczemu i związanym z nim zwiększeniu wpływów ze składek zdrowotnych.

Mimo zwiększenia finansowania szpitale nadal się zadłużają. Przynajmniej w teorii pokazuje to, że pieniędzy w systemie powinno być jeszcze więcej. Mówiąc obrazowo „koldra cały czas jest za krótka”. Potwierdzeniem tej tezy może być porównanie z państwami Unii Europejskiej, ale także innymi z Europy Środkowo-Wschodniej. Przeznaczamy na ten sektor tylko 6,3 proc. PKB (z czego tylko 4,8 proc. to pieniądze publiczne), podczas gdy średnia unijna wynosi 8,9 proc<sup>44</sup>. Oznacza to, że na zdrowie wydajemy o ok. 30 proc. mniej niż przeciętny członek OECD. Pod względem nakładów na służbę zdrowia zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie.

## Wykres 6. Procentowy udział nakładów na zdrowie w PKB



Źródło: OECD, Health at glance 2016

Argument niskich nakładów na ochronę zdrowia, a co za tym idzie niedostatek usług medycznych dobrej jakości jest często poruszany w debacie publicznej. Większość ekspertów zgadza się także, że poprawa nie nastąpi dopóki nie będziemy wydawać więcej. Samo zwiększenie finansowania prawdopodobnie nie spowoduje jednak gwałtownej poprawy. Potrzebne są także zmiany systemowe, które rozwiążą najważniejsze problemy sektora. Bez tych zmian trudno będzie poprawić efektywność wydawania pieniędzy.

<sup>43</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Fundusze NFZ – plan finansowy 2017, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>44</sup> OECD, Health at glance 2016, 23.11.2016, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

---

*„Dzisiaj przyjmuje się, że 6 proc. PKB nakładów publicznych to minimalna kwota, przy której można mówić o względnym zbilansowaniu systemu i o w miarę bezpiecznym zaopatrzeniu pacjentów przy szerokich gwarancjach medycznych, jakie mamy w Polsce.”*

Jakub Szulc, ekspert firmy doradczej E&Y

Źródło: polskieradio.pl, Więcej pieniędzy na ochronę zdrowia

---

Wzrost publicznych wydatków na ochronę zdrowia wydaje się koniecznością. Trzeba jednak pamiętać, że może on nastąpić albo kosztem wzrostu składki zdrowotnej, albo większych obciążeń dla pracodawców. Może być też finansowany bezpośrednio z budżetu państwa kosztem innych wydatków budżetowych. Wydając 4-5 proc. PKB na służbę zdrowia ze środków publicznych nie jesteśmy w stanie pokrywać wydatków ani oczekiwać służby zdrowia dobrej jakości.

### 3.1.1.1 Limity świadczeń

Konsekwencją obowiązującego modelu systemu finansowania opieki zdrowotnej oraz przeznaczania zbyt małych środków na ochronę zdrowia w Polsce są limity wprowadzane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, które zmuszają szpitale do ograniczania przyjęć pacjentów. Limity są uznawane za główną przyczynę tworzenia się długich kolejek chorych oczekujących na świadczenia zdrowotne.

Trzeba zwrócić uwagę, że szpitale muszą spełnić bardzo wysokie, restrykcyjne wymogi, aby przystąpić do konkursu w Narodowym Funduszu Zdrowia na udzielanie świadczeń. Dotyczą one zarówno personelu jak i infrastruktury (m.in. wymogi powierzchniowe i dotyczące sprzętu medycznego).

---

*„Coś co jest dzisiaj przekleństwem pewnie wszystkich czyli wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia, co do pewnego wyposażenia. Przy kontraktowaniu zawsze był wymóg, że trzeba mieć np. densytometr (aparaturę do mierzenia stężenia kości) albo jakieś inne urządzenie które jest rzadko używane. Za dużo jest wymogów, a za mało takiej racjonalności, w tym co jest niezbędne, żeby wyleczyć pacjenta.*

*Przecież to jest przerażające, jak szpitale się wypowiadają, że mają sprzęt, z którego prawie w ogóle nie korzystają. Albo jak sala operacyjna pracuje do 12 w południe.”*

Zarządzający szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

Infrastruktura szpitala jest przygotowana na leczenie pacjentów na poziomie 100 proc. Jednak limity narzucone przez NFZ powodują, że liczba pacjentów jest ograniczana – baza bywa wykorzystywana na poziomie np. 50-60 proc. Przygotowanie szpitala i spełnienie wymogów NFZ generuje ogromne koszty. Są to w większości koszty stałe – niezależne od liczby przyjętych pacjentów.

Gdyby baza była wykorzystywana w 100 proc. szpital miałby większe przychody (NFZ rozlicza procedury za leczenie za rekord konkretnego pacjenta) i łatwiej byłoby mu zbilansować działalność. Wykorzystanie bazy na poziomie 50-60 proc. nadal powoduje ogromne koszty, ale oznacza znacznie mniejsze przychody. Takie szpitale nie są w stanie zbilansować swojego budżetu i popadają w zadłużenie.

---

*„My, jako szpital publiczny, nie wykorzystujemy swoich zasobów tak, jakbyśmy mogli wykorzystywać. Zasobów kadrowych, sprzętowych i w ogóle wszystkich. Wynika to przede wszystkim z tego, że jest za mało pieniędzy i NFZ ma za mało środków, żeby zapłacić za większą liczbę świadczeń. My jesteśmy w stanie robić dużo, dużo więcej. Nie możemy ograniczyć tego naszego przygotowania. W stałej gotowości do udzielania świadczeń musimy mieć blok operacyjny, intensywną terapię. Wszystkie te rzeczy właściwie „cytowe” musimy mieć. Natomiast nie możemy wykonywać, bo mamy ograniczenia przez limity. Bez limitów szybko rozładowalibyśmy kolejki.”*

Zarządzający szpitalem ortopedycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>46</sup>

---

### 3.1.2 Nierentowność procedur medycznych

Jednym ze strukturalnych problemów polskiej ochrony zdrowia jest zbyt niska wycena części procedur medycznych. Oznacza to, że szpital realizując procedurę zakontraktowaną z NFZ otrzymuje za nią mniej środków niż wynosił koszt jej wykonania. W uproszczeniu oznacza to, że szpital musi dokładać do leczenia pacjentów, bo środki z NFZ nie pokrywają kosztów. Nie wystarcza m.in. na środki opatrunkowe czy niezbędne leki. W konsekwencji szpitale nie są w stanie zbilansować przychodów oraz kosztów, nie wystarcza im na bieżące funkcjonowanie i popadają w zadłużenie.

W 2015 r. tylko 27 proc. szpitali było rentownych na poziomie procedur<sup>47</sup>. Oznacza to, że niemal ¾ szpitali na nich traci. Warto też zauważyć, że rentowności procedur od 3 lat pozostaje praktycznie niezmienna, a ich nieznaczne czasowe wahania tłumaczyć można m.in. zmianami przepisów.

---

<sup>46</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>47</sup> Magellan, Kondycja SPZOZ w 2015 r. Podsumowanie analizy, styczeń 2016.

*„Prof. Grzegorz Wallner, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej ocenił, że problem pojawił się w momencie wprowadzenia zasad refundacji kosztów poszczególnych procedur medycznych. Chirurgia była niedofinansowana od początku, bo w trakcie tworzenia zasad nowego systemu zabrakło głosu chirurgów.*

*- Jeżeli istnieją dochodowe oddziały chirurgii, to dochodowość ta związana jest z wyborem nieskomplikowanych procedur chirurgicznych, nieco lepiej wycenianych przez NFZ. Dowodem na to są prywatne placówki wykonujące proste procedury w bardzo wąskim zakresie, jedynie te, które pozwalają uzyskać dodatni wynik finansowy - tłumaczy konsultant krajowy.*

*- Natomiast oddziały, które świadczą pełny zakres procedur chirurgicznych, nigdy nie były na plusie i dopóki nie zmieni się ich wycena, nie będą. Przy obecnym poziomie refundacji kosztów usług w zakresie chirurgii nie jest to możliwe - dodaje prof. Wallner.”*

Źródło: Jacek Janik, Oddziały chirurgii ogólnej nie są rentowne. Jak to można zmienić?, Rynek Zdrowia, sierpień 2016

### 3.1.3 Nierównomierność wyceny procedur i prywatyzacja najbardziej rentownych specjalności

Część procedur medycznych jest wyceniana zbyt nisko. Dodatkowym problemem jest także nierównomierność wycen. Szpitale podpisując umowę z NFZ zobowiązują się do wykonania określonej liczby usług za określoną cenę. W przypadku nisko wycenianych specjalności oznacza to, że szpitale znajdują się z zasady w złej kondycji finansowej.

Przykładem może być pediatria. Leczenie dziecka nie jest tańsze, a często bywa droższe niż leczenie dorosłego. Stąd wśród trzech najbardziej zadłużonych szpitali w Polsce znajdują się dwie placówki pediatryczne Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie i Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi<sup>48</sup>. Ich świadczenia są często zbyt nisko wyceniane w porównaniu z faktycznymi kosztami. Trzeba tu jednak dodać, że w 2016 r. NFZ zdecydował się podnieść wycenę wybranych świadczeń dla dzieci – współczynnik wyceny zmieniono na 1,2<sup>49</sup>. Z informacji uzyskanych od przedstawicieli szpitali pediatrycznych wynika, że jest to krok w dobrą stronę. Podwyżka jest jednak zbyt mała, by rozwiązać problem nierentowności szpitali pediatrycznych. Różnica pomiędzy kosztem wykonania procedur, a wyceną świadczeń jest wciąż zbyt duża.

<sup>48</sup> Rynekdrowia.pl, Najbardziej zadłużone polskie szpitale - czy wyjdą wreszcie na prostą?, 04.10.2016, <http://www.rynekdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Najbardziej-zadluzone-polskie-szpitala-czy-wyjda-wreszcie-na-prosta,166169,1.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>49</sup> Gazetaprawna.pl, NFZ: Wzrosnie wycena wybranych świadczeń dla dzieci. Projekt w konsultacjach, 15.06.2016, <http://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/952169,wzrosnie-wycena-wybranych-swiadczen-dla-vfvfttdzieci.html> (dostęp: 08.03.2017).



---

*„Z racji tego, że pediatria jest specjalnością wąską i specjalistyczną, leczenie dzieci pociąga za sobą wysokie koszty. Szpitale pediatryczne są często unikalne – w wielu województwach jest tylko jeden specjalistyczny szpital pediatryczny. Musi on objąć swoim zakresem działania wszystkich pacjentów w możliwie najszerszym zakresie. W przeciwnym wypadku mali pacjenci wymagający specjalistycznej pomocy musieliby jeździć do innego województwa.*

*Struktury szpitali pediatrycznych są rozbudowane, a w konsekwencji koszt wykonania procedur wysoki. Powstają specjalistyczne oddziały, w których jest np. tylko 10 łóżek. Ze względu na liczne wymogi powierzchniowe i sprzętowe, jak i wymagany personel (lekarz i pielęgniarki) koszt ich funkcjonowania jest bardzo wysoki. Mimo, że infrastruktura jest przygotowana do leczenia na poziomie 100 proc., często się zdarza że jest wykorzystywana np. na poziomie 60 proc. Wysokie koszty funkcjonowania oddziału nie mogą wówczas zostać pokryte przychodami osiąganymi z leczenia niewielkiej liczby pacjentów.*

*Sprzęt pediatryczny jest też często droższy niż dla pacjentów dorosłych. Przykładem mogą tu być łóżka szpitalne. Dla pacjentów dorosłych sprzęt taki kosztuje ok. 2 tys. zł. Łóżko pediatryczne, mimo że jest mniejsze i potrzeba na nie mniej materiału, to koszt rzędu 3 tys. zł. Przyczyną jest skala produkcji, która w przypadku sprzętu pediatrycznego jest mniejsza.*

*Szpitale pediatryczne wymagają też unikalnej infrastruktury i sprzętu. Muszą być przygotowane do obsługi pacjentów ważących od 1,5 kg do 130 kg. Ma to znaczenie np. w farmakoterapii. Na polskim rynku nie ma dostosowania opakowań jednostkowych leków do wagi pacjenta. Zdarza się, że pacjent pediatryczny potrzebuje 2 ml leku, a najmniejsze opakowanie ma 5 ml. Jeśli preparat ma krótki termin przydatności do użycia (np. 24 godziny po otwarciu), a nie ma równocześnie dwóch pacjentów z tym samym procesem leczenia, to jest utylizowany.*

*Wyższe koszty wynikają też ze specyfiki leczenia pediatrycznego. Przykładem mogą być badania, które określają metabolizm. W przypadku osoby dorosłej wystarczy je zrobić raz w tygodniu, żeby postawić diagnozę i podjąć leczenie. W przypadku dziecka metabolizm jest inny i trzeba te badania wykonywać codziennie. Podnosi to łączny koszt leczenia.*

*Problemem jest też rozwój technologii medycznej (np. coraz nowsze i droższe leki, coraz droższy sprzęt i wysokie koszty jego eksploatacji) który powoduje, że koszty leczenia są coraz wyższe. NFZ nie nadąża z aktualizacją wycen. Dlatego szpitale pediatryczne mają problemy ze zbilansowaniem swojej działalności.”*

Zarządzający szpitalem pediatrycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.



Niska wycena wybranych specjalności powoduje, że nie jest nimi zainteresowany sektor prywatny. Nisko płatne procedury muszą więc być wykonywane w publicznych szpitalach pogarszając ich sytuację finansową. Z analizy przygotowanej w 2012 r. przez zespół prof. Janusza Morysia, rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wynika, że do obszarów leżących poza zainteresowaniem niepublicznych lecznic należą m.in.: choroby wewnętrzne, pneumonologia, neurologia, chirurgia ogólna, pediatria lub stacjonarne leczenie psychiatryczne<sup>51</sup>. Badaniem zostały objęte jedynie placówki w województwie pomorskim, jednak jak wskazują autorzy raportu, podobne mechanizmy mogą występować w całym kraju.

Z drugiej strony część specjalności jest wyceniana wysoko lub nawet przeszacowana. Eksperti rynku wskazują, że przez wiele lat były to m.in. kardiologia, ortopedia czy okulistyka. Te obszary zdominował sektor prywatny. Okazało się bowiem, że marże są na tyle wysokie, że można osiągać duże zyski – „zbierać śmietankę”. Rodzi to poważne konsekwencje także dla szpitali publicznych.

Sektor prywatny działa racjonalnie, skupiając się na dochodowych procedurach, wykorzystuje możliwości systemu. Powoduje to pretensje ze strony sektora publicznego. Ze wspomnianej już analizy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wynika, że część placówek niepublicznych skupia się na nieskomplikowanych i najwyżej wycenianych procedurach w ramach danej specjalności. Leczenie z dłuższą hospitalizacją wykonywane jest w publicznych szpitalach blisko cztery razy częściej, niż w placówkach niepublicznych. W ocenie zespołu prof. Morysia w ośrodku komercyjnym dochodzi do preselekcji chorych na etapie kwalifikacji do leczenia. Cięższy stan kliniczny pacjenta skutkuje dyskwalifikacją. W konsekwencji sektor prywatny obsługuje najbardziej dochodowych pacjentów, a ci generujący koszty muszą być obsługiwani w sektorze publicznym. Szpitale publiczne tracą w ten sposób szansę na „podreperowanie” swoich budżetów i powiększają zadłużenie.

---

*Z analizy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wynika, że większość oddziałów okulistycznych, w szczególności niepublicznych, wykonuje głównie zabiegi operacji zaćmy. Okazuje się przy tym, że w publicznych szpitalach średni zakres realizowanych świadczeń obejmuje 13 procedur, natomiast lecznice prywatne średnio wykonują ich tylko 5. Część niepublicznych placówek operuje jedynie „najłatwiejsze” zaćmy: jedna z prywatnych jednostek wykonała np. 933 zabiegi, z czego tylko 10 stanowiły zaćmy powikłane.*

*W placówkach niepublicznych nie wykonywano w ogóle operacji związanych ze złamaniami kości kończyn. Jak wskazują autorzy raportu, umiarkowana wycena tych procedur i relatywnie długi czas hospitalizacji oznacza, że realna marża szpitala jest niewielka. Co więcej, w przypadku powikłań takie leczenie bywa także deficytowe. Jednak już w przypadku wykonywania najbardziej dochodowych*

---

<sup>51</sup> Daniel Mieczkowski, Raport GUMed: niepubliczne szpitale leczą „opłacalnych” pacjentów, 04.06.2012, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Raport-GUMed-niepubliczne-szpitala-lecza-quot-oplaczalnych-quot-pacjentow,120326,14.html> (dostęp: 08.03.2017).

operacji (lepiej wycenianych przez NFZ, np. artroskopii w trybie jednodniowym w znieczuleniu miejscowym) placówka niepubliczna działająca w województwie pomorskim jest liderem. Wykonuje ponad 70 proc. wszystkich tego typu zabiegów w regionie.

Źródło: Raport GUNMed

„Rzeczywiście doszło do takiej sytuacji, że bardzo dobrze wyceniona była ortopedia, natomiast mocno niedoszacowana była traumatologia, która wymaga olbrzymiej infrastruktury. Po pierwsze oddziału intensywnej terapii, po drugie wymaga bloku operacyjnego i gotowości bloku operacyjnego całodobowego, bo te urazy mają to do siebie, że trzeba je operować. No i wielu jeszcze innych elementów, które wpływają bardzo mocno na koszt funkcjonowania traumatologii, ale nie mają przełożenia bezpośrednio na wycenę tych procedur. Tam jest duży koszt tzw. gotowości do udzielania świadczeń i tam niepubliczne nie wchodzi, bo to się im nie opłaca. Natomiast my mamy konkurencję, która robi tylko właśnie ortopedię, bo to nie jest problematyczne.”

Zarządzający szpitalem ortopedycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców<sup>52</sup>

## Wykres 7. Przepływ przychodów i kosztów pomiędzy SPZOZ i NZOZ



Źródło: opracowanie własne

W przypadku komplikacji pacjent bywa też przewożony do publicznego szpitala, bo tam jest specjalistyczny sprzęt, doświadczony personel i większe możliwości diagnostyczne. Ratowanie takiego pacjenta jest skomplikowane i niedochodowe – szpital publiczny ponosi głównie koszty. Sytuacja taka jest pokłosiem źle wycenionej procedury, mniejszej świadomości biznesowej pod-

<sup>52</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu „Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu”

miotów publicznych, a także słabszego reagowania na niekorzystne warunki kontraktowania. Zarządzający publicznymi szpitalami nie odczuwają presji ze strony właścicieli. W większości przypadków nie ponoszą też konsekwencji za doprowadzenie do wyniku ujemnego z działalności. Brakuje również solidarnego oddziaływania (np. przez samorządy powiatowe) na NFZ w celu urealniania kontaktów.

### 3.1.4 Niejasność przepisów i zasad finansowania świadczeń

#### 3.1.4.1 Polityka NFZ w odniesieniu do nadwykonań

Jednym z powodów popadania szpitali w długi są niejasne zasady dotyczące wypłat za nadwykonania, czyli świadczenia medyczne, które szpitale zrealizowały ponad wyznaczony limit. Kwestia ta nie jest we właściwy sposób uregulowana prawnie i znacznie utrudnia planowanie budżetu szpitala. Placówki zazwyczaj nie wiedzą czy NFZ zapłaci im za dodatkowo wykonane usługi. Warto zwrócić uwagę, że w skali kraju są to poważne środki – w ostatnich latach szpitale wypracowywały ok. 1,7 mld zł nadwykonań<sup>53</sup>.

Jeśli szpital wypracuje nadwykonania, „dogaduje się” indywidualnie z NFZ. Fundusze wojewódzkie są dość samodzielne w tych decyzjach stąd sytuacja różni się w konkretnych regionach kraju. Lokalny NFZ może zdecydować o wypłacie np. 80 proc. wypracowanej kwoty i opcja ta może być wciąż opłacalna dla szpitala. Tym bardziej, że dostanie pieniądze od razu, a nie po 2 latach – jak w przypadku procesów sądowych.

Może się jednak okazać, że w danym roku NFZ nie ma wystarczających środków i odmówi zapłaty za usługi wykonane ponad limit. Odmowa może dotyczyć nadwykonań wynikających z przyjęcia planowych pacjentów. Zdarzają się jednak przypadki odmów zapłaty za dodatkowe świadczenia w sytuacji nagłych przyjęć, gdy występuje bezpośrednie zagrożenie życia. Leczenie takich pacjentów generuje olbrzymie koszty. Warto raz jeszcze podkreślić, że regionalne oddziały NFZ są dosyć samodzielne w polityce płatności za nadwykonania. Dlatego sytuacja może znacznie różnić się w zależności od województwa.

---

*„My mamy 2 lata, gdzie NFZ nie płacił. Mamy kilka lat, gdzie zapłacił w 100 proc. Mamy też kilka lat, gdzie Fundusz zapłacił część. Generalnie nie ma reguły. To jest rzeczywiście spory problem.”*

Zarządzający szpitalem ortopedycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Beata Lisowska, NFZ postawił szpitale pod ścianą: Żądają od funduszu 1,7 mld złotych, gazetaprawna.pl, 19.02.2015; <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/854415,nadwykonania-szpitali-placowki-cfz-1-7-ml-d-zl.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>54</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

## Wykres 8. Liczba toczących się spraw o nadwykonania w latach 2008-2015



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

W przypadku odmowy wypłaty za nadwykonania szpitalowi pozostaje droga sądowa. W części przypadków dochodzi do ugody. Zdarza się jednak, że szpital i NFZ nie są w stanie się porozumieć i procesy trwają przez wiele lat. Konieczne jest powołanie zespołu ekspertów, którzy ocenią dokumentację medyczną. Tymczasem, koszty które podmiot musiał ponieść na leczenie pacjentów, do czasu rozstrzygnięcia sporu powiększają jego zadłużenie.

Postępowania dotyczące nadwykonań stanowią najliczniejszą grupę wśród spraw przeciwko NFZ. W 2015 r. toczyło się ich 589, przy czym łączna kwota roszczeń z tego tytułu wynosiła ponad 1,467 mld zł. W samym 2015 r. wniesiono przeciwko NFZ 237 spraw, a kwota roszczeń wynosiła ponad 591 mln zł<sup>55</sup>. Z analizy danych wynika, że apogeum sporów nastąpiło w latach 2012-2013. W ostatnich latach sytuacja uległa niewielkiej poprawie – liczba sporów pomiędzy NFZ, a szpitalami zmniejszyła się.

## Wykres 9. Kwota roszczeń (w miliardach zł)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia, \*2009 rok – brak danych

<sup>55</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Sprawozdanie z działalności narodowego funduszu zdrowia za 2015 rok, [http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_narodowego\\_funduszu\\_zdrowia\\_za\\_2015\\_rok.zip](http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_narodowego_funduszu_zdrowia_za_2015_rok.zip) (dostęp: 08.03.2017).

Trzeba zwrócić uwagę, że wypracowywanie nadwykonań jest jednym ze sposobów stosowanych przez szpitale, by wzmocnić budżet. Placówki oprócz tego, że pomagają pacjentom starają się w ten sposób zwiększyć swoje przychody, a w efekcie nie tworzyć dodatkowego zadłużenia. Nadwykonania są więc dla szpitali jednym z mechanizmów radzenia sobie ze zbyt niskimi wycenami procedur medycznych i innymi strukturalnymi problemami systemu ochrony zdrowia.

---

*„Wieloletnie niepłacenie przez NFZ za nadwykonania jest zdaniem władz samorządowych (podmiotu tworzącego) jedną z głównych przyczyn zadłużenia Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu, który znajduje się wśród trzech najbardziej zadłużonych szpitali w Polsce.*

*- To są nadwykonania niezapłacone od 2010 roku i to jest kilkadziesiąt milionów złotych, gdyby te pieniądze wpłynęły znacznie szybciej to nie byłoby takich odsetek i takich kosztów – dodaje Robert Malinowski, prezydent Grudziądza.*

*- Rozliczamy nadwykonania, płacimy ugody w tej kwestii, natomiast mimo tej sytuacji NFZ nie może wobec szpitala w Grudziądzu stosować innych zasad, jeśli chodzi o rozliczenie nadwykonań, niż inne placówki - odpowiada Rzecznik NFZ, Barbara Nawrocka.”*

Źródło: bydgoszcz.tvp.pl, Pół miliarda złotych. To dług grudziądzkiego szpitala

*Warto zwrócić uwagę, że w 2015 r. przeciwko kujawsko-pomorskiemu oddziałowi NFZ toczyło się 100 niezakończonych spraw, które dotyczyły nadwykonań. Było to najwięcej spośród wszystkich oddziałów NFZ. Łączne roszczenia podmiotów opiewały na 126 mln zł<sup>56</sup>.*

---

### 3.1.4.2 Zmiana wysokości taryf świadczeń gwarantowanych

Kwestia nadwykonań jest tylko jednym z elementów szerszego problemu: niestabilności otoczenia prawnego, w którym muszą funkcjonować szpitale. Przykładem mogą być tu zmiany wysokości taryf świadczeń gwarantowanych. W 2016 r. taka zmiana została przeprowadzona m.in. dla kardiologii.

10 czerwca 2016 r. NFZ opublikował informację o obniżeniu wycen procedur kardiologicznych. Proponowane obniżki wynosiły średnio 30 proc., choć były też procedury, w których cięcia dokonano znacznie ostrzej, np. wycena angioplastyki wieńcowej z implantem jednego stentu spadła z 12,7 tys. zł do 4,69 tys. zł. Zmiany weszły w życie już 1 lipca 2016 r., czyli zostały

---

<sup>56</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Sprawozdanie z działalności narodowego funduszu zdrowia za 2015 rok, [http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_narodowego\\_funduszu\\_zdrowia\\_za\\_2015\\_rok.zip](http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_narodowego_funduszu_zdrowia_za_2015_rok.zip) (dostęp: 08.03.2017).

przeprowadzone „z dnia na dzień”. W normalnym trybie nowe wyceny powinny obowiązywać od 1 stycznia 2017<sup>57</sup>.

Zmiany te uderzyły nie tylko w sektor prywatny, który specjalizował się w części dochodowych procedur kardiologicznych, ale także w szpitale publiczne. Polityka ich prowadzenia polega bowiem na tym, że bardziej dochodowe oddziały pozwalają na finansowanie tych mniej dochodowych lub wręcz deficytowych. Zaś kardiologia jest zazwyczaj jednym z najbardziej efektywnych źródeł dochodów szpitali. Obniżenie wyceny świadczeń mogło oznaczać dla nich milionowe straty. Dodatkowo wprowadzenie zmian z dnia na dzień znacznie utrudniło zarządzanie budżetem placówek. Taka nieprzewidywalność otoczenia prawnego pośrednio wpływa także na wzrost zadłużenia szpitali.

Zarządzający szpitalami zgłaszają też uwagi, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w pierwszej kolejności zabrała się za obniżanie wycen świadczeń, które były przeszacowane. Pełniły one dla szpitali funkcję tzw. dojnych krów – pozwalały łątać niedostatki. Agencja w mniejszym stopniu podnosi jednak wyceny świadczeń niedoszacowanych. Ponieważ zmiana wszystkich taryf i osiągnięcie poziomu równowagi może trwać kilka lat, przez ten czas przychody szpitali będą zmniejszone – konsekwencją jest potencjalny wzrost zadłużenia.

---

*„W większości przypadków zmiany były tylko w dół. Tam gdzie mocno były przeszacowane procedury, tam je obniżano. Załóżmy, że w szpitalu jest 30 klinik. 12 do tej pory dawało sobie dobrze radę finansowo, kolejne 12 wychodziło na zero. Z tych pieniędzy utrzymywano działanie 8 klinik, które były mocno pod kreską. Leczyć tych ludzi i tak trzeba. Od lat interna jest niedochodowa. Ona jest na minusie nie w jednym szpitalu, ale w całej Polsce. Nikt do tej pory nie zajął się wycenieniem jej właściwie.”*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>58</sup>

---

### **3.1.5 Odgórne narzucanie wymogów bez dedykowanego finansowania**

Wzrost kosztów działalności placówek ochrony zdrowia wynika także z kosztów niezależnych, narzuconych odgórnie przepisami prawa. Ustawodawca zazwyczaj nie wskazuje jednak źródeł finansowania na pokrycie nowopowstałych kosztów. Zarządzający szpitalami zostają postawieni „pod ścianą”. Koszty działalności szpitala rosną, a nie idzie za nimi wzrost przychodów. Prowadzi to do dalszego zadłużania się szpitali.

---

<sup>57</sup> Alicja Dusza, Od 1 lipca zacznie obowiązywać nowa wycena w kardiologii, Medexpress.pl, 20.06.2016, <http://www.medexpress.pl/od-1-lipca-zacznie-obowiazывать-nowa-wycena-w-kardiologii/64276> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>58</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.



Przykładem może być wprowadzona w styczniu 2017 r. podwyżka płacy minimalnej do 2 tys. oraz wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej. Od 1 stycznia 2017 r. minimalna stawka za godzinę pracy dla pracujących na umowach zlecenia oraz umowach o świadczenie usług wynosi 13 złotych brutto<sup>59</sup>. Szpitale oprócz lekarzy i pielęgniarek zatrudniają licznych pracowników niewykwalifikowanych. Nowa ustawa oznacza konieczność wprowadzenia dla nich znaczącej podwyżki, nawet o 50 proc<sup>60</sup>. Szpitale nie otrzymały z budżetu państwa dodatkowych środków na ten cel. Dodatkowo stawką 13 zł za godzinę objęci są także pracownicy firm zewnętrznych świadczących usługi na rzecz placówek medycznych, np. sprzątanía, prania, wyżywienia, dostawy czy ochrony. Podwykonawcy mogą w związku z podwyżkami domagać się renegotjacji umów.

Z informacji uzyskanych od zarządzającego jednym ze szpitali wynika, że wprowadzenie tych podwyżek w firmach zewnętrznych, oznacza 3 mln dodatkowych kosztów dla jego placówki. Szpitalowi temu po wielu latach dużego zadłużenia udało się zbilansować budżet. Przez wprowadzoną zmianę szpital znowu znajdzie się pod kreską<sup>61</sup>.

---

*„To nie będzie zwykła podwyżka. Bo gdyby chodziło o normalną waloryzację płacy minimalnej, nie byłoby problemu. Tym razem jednak w mechanizmach wdrażanych w życie rząd umieścił coś podobnego do bomby zegarowej. Chodzi o wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej i wyliczenie jej na kwotę ok. 13 zł. To novum. I jeżeli w tym roku pracowano za stawkę godzinową za 8 zł., w przyszłym podwyżka będzie znacząca. I dotyczyć to będzie w pierwszej kolejności ludzi pracujących „na godziny” w ochronie, firmach sprzątających czy jako pomoce w kuchniach – czyli akurat tych specjalnościach, które najbardziej przydają się w szpitalach. Nie ma znaczenia czy pracują bezpośrednio dla lecznicy, czy za pośrednictwem firm outsourcingowych: rachunek ostatecznie i tak będą musiały pokryć szpitale. I wiele z nich nie będzie miało z czego.”*

Ewa Książek-Bator, ekspert ochrony zdrowia<sup>62</sup>

---

*„W moim szpitalu sześć firm outsourcingowych, wszystkie naraz i z dnia na dzień zażądały renegotjacji wieloletnich umów. Nasz szpital nie miał i nie*

---

<sup>59</sup> Katarzyna Mnich-Żołyniak, Minimalna stawka za godzinę to 13 zł. Rzeczpospolita, 15.10.2017, <http://www.rp.pl/Place/301159997-Minimalna-stawka-za-godzine-to-13-zl.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>60</sup> [www.termedia.pl/mz/Placa-minimalna-czyli-w-szpitalach-nadciaga-totalna-katastrofa,24361.html](http://www.termedia.pl/mz/Placa-minimalna-czyli-w-szpitalach-nadciaga-totalna-katastrofa,24361.html) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>61</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>62</sup> [www.termedia.pl/mz/Placa-minimalna-czyli-w-szpitalach-nadciaga-totalna-katastrofa,24361.html](http://www.termedia.pl/mz/Placa-minimalna-czyli-w-szpitalach-nadciaga-totalna-katastrofa,24361.html) (dostęp: 08.03.2017).

*ma problemu z dostosowaniem siatki płac do przepisów dotyczących wynagrodzenia minimalnego. Ale z outsourcingiem – problem będzie. Zwłaszcza, że przepisy w tej sprawie przewidują szybką ścieżkę renegotjacji. Trochę stawia nas to pod ścianą, bo brakuje czasu na dokładne wyliczenie, czy w nowych warunkach bardziej opłaca się nam zrezygnować z outsourcingu, czy kontynuować współpracę, brak czasu na wyliczenie, czy te podwyżki opierają się na rzetelnych analizach. Jedno jest pewne – założony na przyszły rok plan finansowy szpitala trzeba będzie zmienić. Ze szkodą dla pacjentów.”*

Irena Kierzkowska,  
dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie<sup>63</sup>

*„Średniej wielkości szpital w Warszawie. Osoba z zarządu placówki: – Środki na realizację świadczeń mamy dokładnie takie same jak w 2016 r. Koszty mocno wzrosły. Podwyżki dla salowych, których godzina pracy do tej pory kosztowała 10 zł, od stycznia wyniosły 3 zł. Nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć przetargu na ochronę, bo oferty, jakie otrzymujemy z rynku, są wyższe o 40 proc. od stawek, które obecnie płacimy. Nasz rozmówca przyznaje, że szpital jest już tak wyżyłowany, że nie ma pola do szukania oszczędności. – Mogę ograniczyć ochronę, ale wtedy musiałbym zamknąć główne wejście do szpitala, a zostawić tylko to przez oddział ratunkowy, ewentualnie rozważyć podawanie pacjentom połowy dawki leków – ironizuje.”*

Źródło: wprost.pl, „Stawka większa niż budżet”, Artur Grabek, 29.01.2017

Wymogiem odgórnie narzuconym szpitalom były także podwyżki dla pielęgniarek wywalczone przez środowisko we wrześniu 2015 r. po ogólnopolskich strajkach pielęgniarek. Ówczesny minister zdrowia Marian Zembala podpisał rozporządzenie, zgodnie z którym zwiększone zostały kwoty wynagrodzeń pielęgniarek i położnych o 400 zł. Stopniowy wzrost pensji został zagwarantowany do 2019 roku. Wówczas wynagrodzenie po podwyżkach będzie o 1600 zł wyższe<sup>64</sup>. Jest to jednak kwota brutto, która nie uwzględnia ani składek, ani kosztów pracodawcy – oznacza to, że „do ręki” pielęgniarki dostaną mniej. Do 2019 r. podwyżki mają być finansowane ze środków gwarantowanych przez Ministerstwo Zdrowia<sup>65</sup>. Przepisy nie definiują, z jakich środków mają być wypłacane później.

<sup>63</sup> termedia.pl, Płaca minimalna, czyli w szpitalach nadciąga totalna katastrofa, oprac. Bartłomiej Leśniewski, 06.12.2016, <http://www.termedia.pl/mz/Placa-minimalna-czyli-w-szpitalach-nadciaga-totalna-katastrofa,24361.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>64</sup> Katarzyna Nowosielska, Podwyżki dla pielęgniarek i położnych w latach 2016-2018, Rzeczpospolita, 01.10.2015, [http://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/310019996-Podwyzki-dla-pielegniarek-i-polozonych-w-latach-2016-2018.html](http://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegnarki/310019996-Podwyzki-dla-pielegniarek-i-polozonych-w-latach-2016-2018.html) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>65</sup> Tamże.



Obecnie przygotowwany jest też projekt ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia. Miałby on wejść w życie 1 lipca 2017 r. Dotychczas ustawodawca wyróżniał jedynie minimalne wynagrodzenie za pracę, które obejmowało wszystkie zawody. Projekt zakłada wprowadzenie osobnego wynagrodzenia minimalnego dla osób wykonujących zawody medyczne i jednocześnie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w podmiotach leczniczych. Dochodzenie do docelowej wysokości wynagrodzenia byłoby rozłożone na etapy do 2021 r.

Koszty zagwarantowania minimalnych płac pracownikom medycznym służby zdrowia szacowane są na 6,7 mld zł<sup>66</sup>. Przedstawiciele szpitali wskazują, że dotychczas nie przedstawiono źródeł dodatkowych środków, które przeznaczone zostałyby na podwyżki. Biorąc pod uwagę złą sytuację finansową wielu podmiotów leczniczych znalezienie pieniędzy na podwyżki będzie bardzo trudne, o ile w ogóle możliwe.

Na sytuację finansową szpitali w ostatnich latach wpływała również konieczność spełnienia wymogów technicznych i organizacyjnych dotyczących dostosowania podmiotów medycznych do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Termin przeprowadzania niezbędnych zmian został wydłużony do końca 2017 roku. Przykładem może być dostosowanie budynków szpitalnych, co dla wielu placówek jest dużym wyzwaniem. Średni wiek budynku szpitala samorządowego to 42 lata, szpitali klinicznych i instytutów - 48 lat<sup>67</sup>.

Innym przykładem podnoszenia standardów bez zapewnienia dodatkowego finansowania jest też wymóg prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Jest to przedsięwzięcie na ogromną skalę, które zmieni oblicze wielu placówek medycznych. System Elektronicznej Dokumentacji Medycznej wymaga bowiem wprowadzenia wielu zmian organizacyjnych, procesowych oraz mentalnych. W niektórych przypadkach wystarczy jedynie dostosować istniejące rozwiązania IT do szczegółowych wymagań ustawy. W skrajnych sytuacjach trzeba będzie zbudować całą infrastrukturę informatyczną od podstaw: wymienić sieci komputerowe, serwery czy stacje robocze. Termin wprowadzenia wymogu był przekładany z 1 sierpnia 2014 r. na 1 sierpnia 2017 r. Dokonano ponownej korekty i obecnie obowiązujący termin to 1 stycznia 2018 r.<sup>68</sup> Przyczyną opóźnień są przede wszystkim problemy z finansowaniem. Większość podmiotów usiłowała sięgać po środki unijne jednak np. szpitale kliniczne nie miały do nich dostępu.

### 3.1.6 Problemy z zapewnieniem kadry

Na niedoinwestowanie służby zdrowia nakładają się problemy z niedoborem kadry. Komplikują one i tak trudne zarządzanie podmiotami leczniczymi. Prowadzą też do presji płacowej, a nawet wojen płacowych pomiędzy placówkami. Konsekwencją jest wzrost kosztów działań

<sup>66</sup> Ministerstwo Zdrowia, Minister Radziwiłł przedstawił propozycje systemowych rozwiązań gwarantujących minimalne wynagrodzenie pracownikom medycznym służby zdrowia, 22.06.2016,

<sup>67</sup> <http://portalemedyczne.pl/4966/4551/rok-2015-pogorszy-sytuacje-finansowa-szpitali/>.

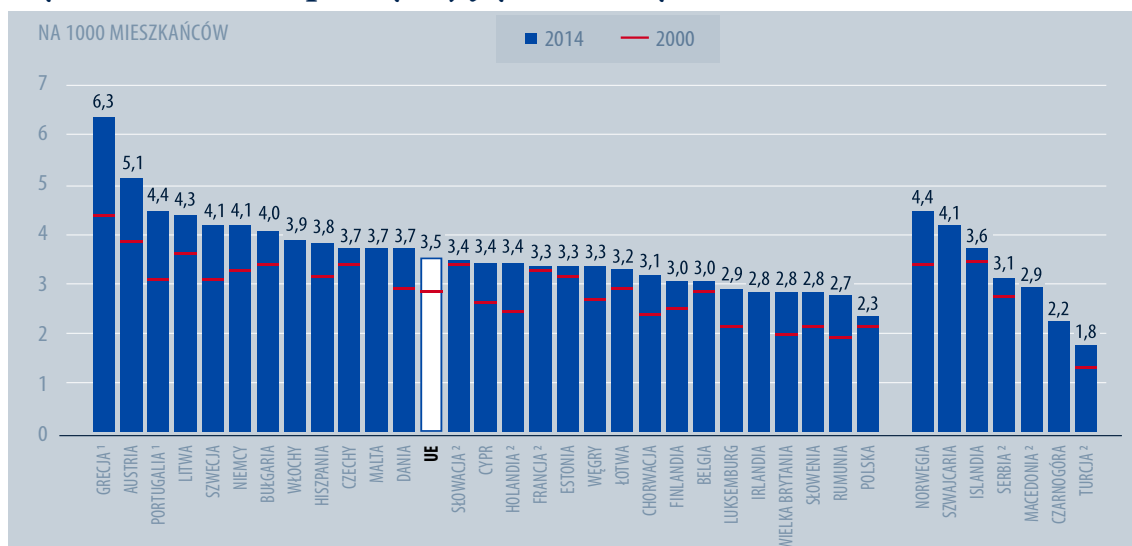
<sup>68</sup> Rynekzdrowia.pl, Elektroniczna dokumentacja medyczna: godzina zero znowu się oddala?, 06.06.2016, <http://www.rynekzdrowia.pl/Technologie-informacyjne/Elektroniczna-dokumentacja-medyczna-godzina-zero-znowu-sie-oddala,162539,7,2.html> (dostęp: 08.03.2017).

ności szpitali. Przyczynami niedoboru kadry są przede wszystkim emigracja zarobkowa oraz starzenie się lekarzy i pielęgniarek. Sytuację pogarsza zbyt mała liczba studentów medycyny.

### 3.1.6.1 Niedobór lekarzy i pielęgniarek

Dobry dostęp do służby zdrowia wymaga odpowiedniej liczby lekarzy. W Polsce ich brakuje. Według danych OECD na 1000 mieszkańców przypada jedynie 2,3 lekarza (tzn. 23 na 10 tys. mieszkańców). Jesteśmy na ostatnim miejscu w Europie pod względem proporcji lekarzy do ogółu populacji. Na Słowacji liczba ta wynosi 3,4, w Czechach 3,7, w Niemczech 4,1<sup>69</sup>. Nawet jeśli brak personelu medycznego nie jest zauważalny na co dzień, to zdaniem polskich ekspertów dlatego, że większość lekarzy pracuje na kilka zmian, obsadzając w ten sposób więcej niż jeden etat.

Wykres 10. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców



Źródło: OECD, Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle

Uwaga! Eksperti OECD przy wyliczaniu swojego wskaźnika wzięli pod uwagę tylko lekarzy pracujących na etatach – ponad 85 tys. W Polsce część medyków pracuje również na umowę o dzieło, na zlecenie, na zasadzie samozatrudnienia lub w innej formie. Jeśli się ich uwzględnimy, to mamy w sumie około 125 tys. lekarzy aktywnych zawodowo, czyli na 1000 ludności przypada ich 3,2<sup>70</sup>.

Zapotrzebowanie na lekarzy zwiększa dodatkowo starzenie się społeczeństwa. Inne państwa w porę zauważyły ten trend, tymczasem w Polsce pomimo nieznacznych ruchów, wskaźnik

<sup>69</sup> OECD, Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>70</sup> Janusz K. Kowalski, Klara Klinger, *Pediatra po sześćdziesiątce. Czy w Polsce wkrótce zabraknie lekarzy?* Dziennika Gazeta Prawna, 17.02.2014, <http://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/778217,pediatra-po-szescdziesiatce-czy-w-polsce-wkrotce-zabraknie-lekarzy.html> (dostęp: 08.03.2017).

liczby lekarzy od 25 lat pozostaje na podobnym poziomie. Wpływa to negatywnie na cały system opieki zdrowotnej i wydłuża kolejki. Dlatego wzrost liczby dostępnych placówek służby zdrowia nie musi przełożyć się na skrócenie kolejek. Podstawową przyczyną jest właśnie brak personelu medycznego.

---

*„Znaczna część ludności w Polsce zgłasza pewne niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej związane z badaniami lekarskimi oraz długim czasem oczekiwania na planowane zabiegi. Przyczyna tego stanu rzeczy leży po części w stosunkowo niewielkiej liczbie pracowników służby zdrowia.”*

OECD, „Health at a Glance: EUROPE 2014 Jak wypada Polska?”<sup>71</sup>

---

Oprócz zbyt małej liczby lekarzy ogółem, problemem są też deficytowe specjalności, w których drastycznie brakuje lekarzy. Nie ma ich po prostu na rynku i szpital nie ma możliwości zatrudnienia ich, nawet jeśli bardzo ich potrzebuje. Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że brak lekarzy niektórych specjalności już teraz staje się jedną z najistotniejszych systemowych przyczyn wydłużania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne<sup>72</sup>.

---

*„Jeśli już mamy tę garstkę mniejszą, to oni bardzo ciężko pracują. Pracują na pewno więcej niż przewidują to przepisy dotyczące czasu pracy. Trudno się dziwić, że ich trzeba nagradzać albo znaleźć jakiś inny mechanizm finansowy. Żeby się przeorganizowali, żeby chcieli pracować tak ciężko. Hematolog przyjmuje dziennie w szpitalu 50 pacjentów. Nie ma pieniędzy, w konsekwencji nie ma specjalności, nie ma lekarzy, nie ma oddziałów i nie ma zainteresowania. Kółko się zamyka, a ludzie chorują.”*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców<sup>73</sup>

---

Zatrudnienie lekarza deficytowej specjalności jest problematyczne szczególnie w małych ośrodkach, które nie są atrakcyjnym miejscem pracy. Dodatkowo lekarze deficytowych specjalności mogą żądać bardzo wysokiego wynagrodzenia, ponieważ często konkuruje o nich wiele placówek. Zarządzający szpitalami nie mają tu wyboru – zapewnienie odpowiedniej obsady lekarskiej jest warunkiem podpisania kontraktu z NFZ.

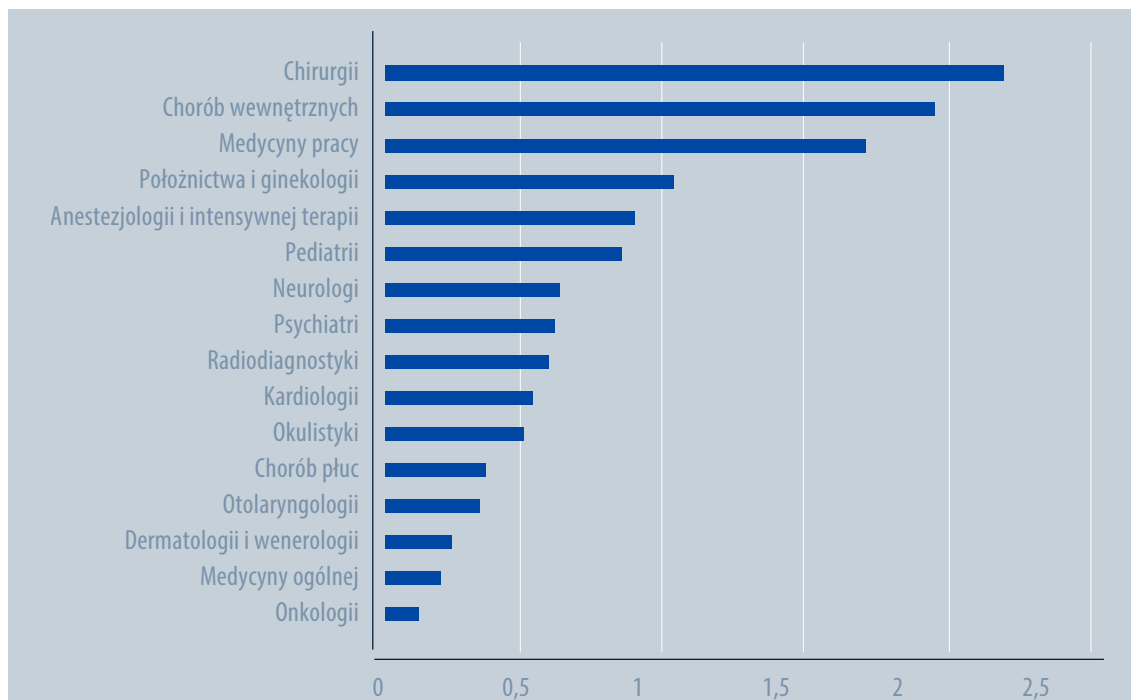
---

<sup>71</sup> OECD, Health at a Glance: EUROPE 2014 Jak wypada Polska?, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-EUROPE-2014-Briefing-Note-POLAND-In-Polish.pdf> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>72</sup> NIK, NIK o kształceniu kadr medycznych, 31.03.2016, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-kształceniu-kadr-medycznych.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>73</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

**Wykres 11. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty na 10 tysięcy ludności wg. specjalizacji)**



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

*„Dziś w Polsce mamy ponad 2700 kardiologów, 300 hematologów i 600 onkologów. Schorzenia onkologii hematologicznej to tylko 5 proc. wszystkich nowotworów, a hematologowie stanowią połowę onkologów. To wskazuje na dramatyczne dysproporcje. Nie oznacza to jednak, że mamy nadmiar hematologów – przede wszystkim mamy głęboki niedobór onkologów. Dlatego podałem dla porównania liczbę kardiologów. Tylu docelowo, do prawidłowego funkcjonowania systemu opieki onkologicznej, powinniśmy mieć specjalistów w tej dziedzinie.”*

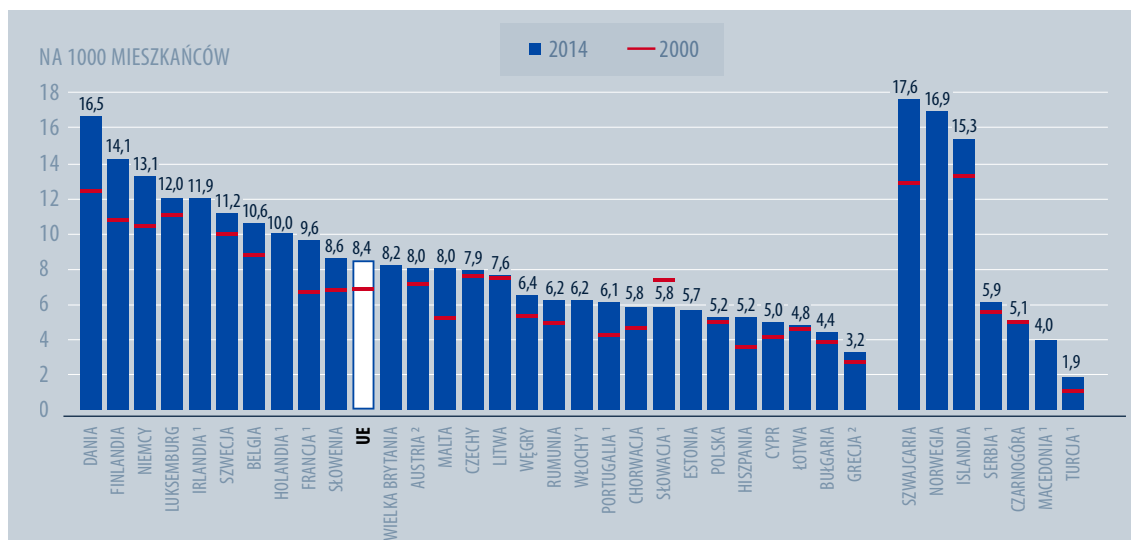
prof. Cezary Szczylik (kierownik Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie)<sup>74</sup>

Poważnym problemem jest też niedobór pielęgniarek. Na 1000 pacjentów przypada ich w Polsce jedynie 5,2 – jest to jeden z najniższych wskaźników w Europie. Średnia OECD wynosi 9,1. W Danii (lider rankingu). przypada ponad 16 pielęgniarek na 1000 pacjentów<sup>75</sup>.

<sup>74</sup> Milena Kindziuk, Religa polskiej onkologii, Niedziela, 03.02.2015, <http://niedziela.pl/artukul/116692/nd/Religa-polskiej-onkologii> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>75</sup> OECD, Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

Wykres 12. Liczba pielęgniarek przypadająca na 1000 mieszkańców



Źródło: OECD, Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle

Na tak fatalną sytuację pracujemy od lat. Pielęgniarki w porównaniu z lekarzami mają słabszą pozycję przetargową. Kiedy szpital ubiega się o kontrakt z NFZ, musi podać, ilu zatrudnia lekarzy specjalistów na jednego pacjenta. Pielęgniarek to nie obejmuje. Gdy trzeba ciąć koszty, zaczyna się właśnie od nich. W efekcie wiele pielęgniarek decyduje się na emigrację, a coraz mniej młodych ludzi decyduje się na ten zawód. Z informacji uzyskanych od uczestników rynku wynika, że obecnie w Warszawie szpitale toczą między sobą wojnę o pielęgniarki.

### 3.1.6.2 Emigracja personelu medycznego

Sytuację dodatkowo pogarsza duża emigracja lekarzy i pielęgniarek. Polska jest „dawcą” lekarzy na rynki pracy zamożniejszych krajów UE. W latach 2000-2010 liczba lekarzy na mieszkańca zwiększyła się we wszystkich krajach europejskich z wyjątkiem Polski i Estonii – oba kraje zanotowały spadek liczby lekarzy na 1000 mieszkańców o 0,1 proc. We Francji wskaźnik ten pozostał bez zmian<sup>76</sup>.

Według szacunków Naczelnej Rady Lekarskiej, za granicą może pracować nawet 30 tys. polskich lekarzy<sup>77</sup>. Podstawową przyczyną wyjazdów (zarówno w przypadku lekarzy jak i pielęgniarek) są kwestie finansowe. Polscy medycy zarabiają znacznie mniej niż ich koledzy z Zachodu. Społeczne wyobrażenie, dotyczące bardzo wysokich zarobków lekarzy odnosi się do określonej grupy medyków. Są to osoby zatrudnione w prywatnej służbie zdrowia, pracujące w wielu miejscach pracy równocześnie, eksperci w swojej dziedzinie (szczególnie w przypadku

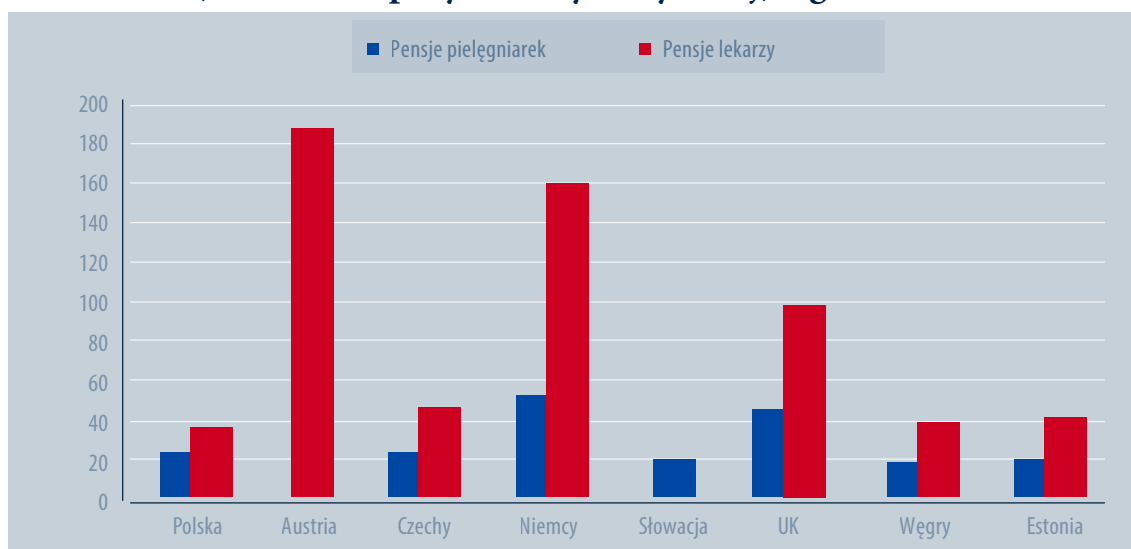
<sup>76</sup> Forsal.pl, OECD: Polska ma najmniej lekarzy w UE w przeliczeniu na mieszkańca, 17.11.2012, <http://forsal.pl/artykuly/662621,oeed-polska-ma-najmniej-lekarzy-w-ue-w-przeliczeniu-na-mieszkanca.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>77</sup> Halina Pilonis, Emigracja kusi lekarzy. Dlaczego chcą pracować za granicą?, medexpress.pl, 02.06.2015, <http://www.medexpress.pl/start/emigracja-kusi-lekarzy-dlaczego-chca-pracowac-za-granica/60100/> (dostęp: 08.03.2017).

deficytowych specjalności) czy lekarze mający w szpitalu procent od przychodów/kontraktu z NFZ. Zarobki szeregowych lekarzy w szpitalach publicznych nie są porównywalne, a konsekwencją jest chęć wyjazdu za granicę.

Lekarze emigrują do krajów, w których zarobić mogą wielokrotnie więcej oraz pracować krócej, a w lepszych warunkach np. do Szwecji, Norwegii czy Niemiec. Z danych Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że na wyjazd decydują się głównie anestezjolodzy, patomorfologodzy, chirurdzy (ogólni, plastyczni i klatki piersiowej), radiolodzy oraz specjaliści medycyny ratunkowej.

### Wykres 13. Zarobki lekarzy i pielęgniarek (w dolarach parytetu siły nabywczej) wg. OECD w 2013 r.



Źródło: Klub Jagielloński, Dlaczego wyjeżdżają?

Do podjęcia pracy poza krajem lekarzy motywują też warunki wykonywania zawodu. Polskich lekarzy zachęca do wyjazdów uregulowany i przestrzegany czas pracy oraz dostęp do specjalistycznego sprzętu i niestety, ciągle znacznie większe możliwości rozwoju zawodowego – w tym możliwości specjalizowania się w wybranej dziedzinie medycyny. Szczególne znaczenie ma w tym kontekście sytuacja rezydentów tzn. lekarzy w trakcie specjalizacji. Skarżą się oni na niskie zarobki (pensje wypłaca Ministerstwo Zdrowia) i trudne warunki pracy. Od pracy w Polsce odstrasza także biurokratyczne wymogi sprawozdawcze NFZ.

*„Szokują nie tylko zarobki, ale i wygląd oraz organizacja szpitala. Student V roku z Poznania po praktyce w Szwecji opowiada, że ogromne wrażenie zrobił na nim sam szpital, który wyglądał jak luksusowy hotel, tyle tylko, że opustoszały. W polskiej lecznicy każdego ranka rzesze pacjentów wędrują korytarzem z ręcznikami do łazienek, w szwedzkiej każdy ma jednoosobowy pokój z prysznicem i ubikacją, więc jeśli wychodzi, to tylko do bufetu. Polskiego adepta medycyny zaskakuje też, że w każdym pokoju wiszą pojemniki z rękawiczkami jednorazowymi w trzech*

*rozmiarach. Po przyjeździe do szpitala lekarz dostaje zawsze czyste służbowe ubranie, które po pracy trafia do pralni. Po odprawie cały biały personel idzie na darmową kawę, którą jest elementem grafiku dnia. Pija się ją w bufecie lub na tarasie. Poza przerwą kawową jest jeszcze lunchowa. Większość doktorów kończy pracę o 16.00 i – co ważne – nie biegnie do kolejnej. Dzięki przerwom, nikt nie jest tak zmęczony, jak nieraz o czternastej na polskim oddziale. Polskiego studenta dziwi też, że w Szwecji między lekarzami z różnym stażem panują stosunki partnerskie. Wyznaczony doświadczony doktor pomaga i udziela rad młodszym. W nocy starszy dyżurny jest w domu pod telefonem, młodszy na oddziale. W przychodni szpitalnej pacjenci umawiani są na godziny. W poczekalni jest pusto i cicho. Przed wejściem chorego do gabinetu lekarz zapoznaje się z jego dokumentacją. Podczas wizyty nie zajmuje się pisaniem, nie patrzy w monitor i cały czas utrzymuje kontakt wzrokowy z chorym. Nie wypisuje też skierowań, ani recept, bo to robi pielęgniarka. On natomiast, gdy chory wyjdzie relacjonuje wizytę do mikrofonu. Nagranie zostaje spisane przez sekretarkę medyczną i włączone do dokumentacji.”*

Halina Pilonis, Dlaczego wyjeżdżają?<sup>78</sup>

Równie poważnym problemem jest emigracja pielęgniarek. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podaje, że po wejściu Polski do UE wydano prawie 17,5 tys. zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych potrzebnych do podjęcia pracy za granicą<sup>79</sup>. Z danych OECD wynika, że co dziesiąta pielęgniarka we Włoszech wyszkolona poza krajem to Polka. W Wielkiej Brytanii co dwudziesta<sup>80</sup>.

### 3.1.6.3 Starzenie się populacji zawodowej

Dostępność kadr zmniejsza dodatkowo starzenie się populacji zawodowej. Średni wiek lekarza posiadającego specjalizację i wykonującego zawód wynosił w Polsce w 2015 r. 54 lata<sup>81</sup>. Oznacza to, że w jednym momencie spora część lekarzy może przejść na emeryturę. Powstanie wówczas luka, która nie zostanie zapełniona młodymi medykami.

Problem ten jest już widoczny w niektórych specjalizacjach. Najstarsi są specjaliści medycyny lotniczej (średnia wieku 67 lat) oraz diagności laboratoryjnej (63 lata). Statystyczny polski reumatolog, otolaryngolog i gastroenterolog dziecięcy ma 57 lat. W pediatrii średnia wieku lekarza wynosi 58 lat.

<sup>78</sup> Halina Pilonis, Tamże.

<sup>79</sup> Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, maj 2015.

<sup>80</sup> OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>81</sup> Naczelna Izba Lekarska, Lekarze specjaliści lekarze dentyści specjaliści. Jest nas za mało, a będzie jeszcze mniej, 21.05.2015.

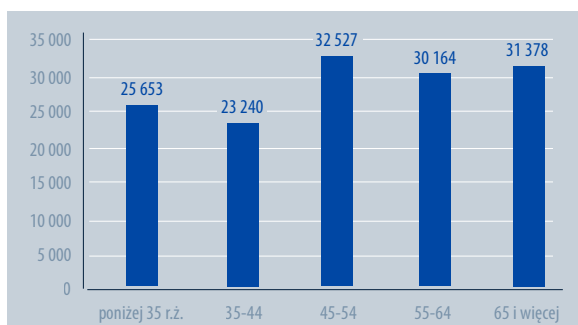


*„To efekt zaniedbań w kształceniu lekarzy. Wydatki publiczne na ten cel przez lata były zmniejszane, a rząd nie robił nic, aby zmniejszyć deficyt kadr medycznych. Jedyny pomysł rządu, czyli likwidacja stażu, obniżył jakość kształcenia, ale nie rozwiązał problemu”*

prof. Stanisława Golinowska z Instytutu Zdrowia Publicznego  
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie<sup>82</sup>

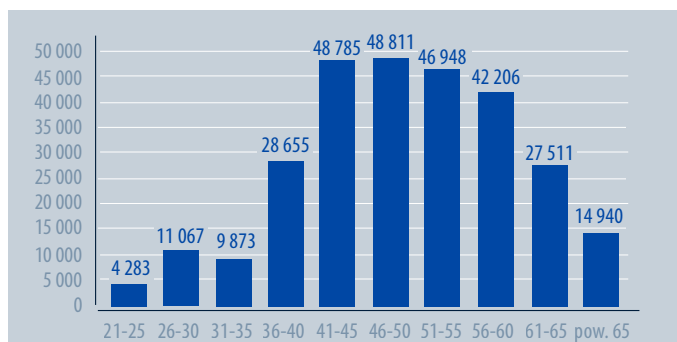
Źle sytuacja wygląda także w przypadku pielęgniarek. W 2014 r. średnia wieku pielęgniarek w Polsce wynosiła 48 lat<sup>83</sup>, a młodzież nie widzi siebie w tym zawodzie. Nie następuje wymiana pokoleniowa i grozi nam, że wkrótce nie będzie komu opiekować się chorymi.

### Wykres 14. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu. Stan na 31 XII 2015, według wieku



Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony  
Zdrowia, Biuletyn Statystyczny 2016

### Wykres 15. Struktura wiekowa pielęgniarek zarejestrowanych w CRPiP<sup>84</sup>



Źródło: Centralny Rejestr  
Pielęgniarek i Położnych

<sup>82</sup> Beata Lisowska, Emigracja i luka pokoleniowa. Za kilka lat nie będzie nas miał kto leczyć, forsal.pl, 13.05.2015, <http://forsal.pl/artykuly/870844,emigracja-i-luka-pokoleniowa-za-kilka-lat-nie-bedzie-nas-mial-kto-leczyc.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>83</sup> Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, maj 2015.

<sup>84</sup> Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych.

### 3.1.6.4 Zbyt mała liczba studentów kierunków medycznych i absolwentów

W przyszłości na liczbę lekarzy i pielęgniarek (a pośrednio na sytuację finansową szpitali publicznych) będzie wpływać liczba kończących studia medyczne oraz szkoły pielęgniarstwa. Według Najwyższej Izby Kontroli, sposób kształcenia kadr medycznych w Polsce nie zapewnia przygotowania wystarczającej liczby specjalistów, dostosowanej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa<sup>85</sup>. Na 100 tys. pacjentów przypada w Polsce jedynie 9 studentów kierunków medycznych – to jest jeden z najniższych wskaźników w Unii, przy średniej dla państw OECD wynoszącej 11,5<sup>86</sup>. Mamy też dramatycznie mało absolwentów studiów pielęgniarstwa – przy średniej OECD wynoszącej 47 na 1000 mieszkańców w Polsce jest ich 36<sup>87</sup>.

### 3.1.6.5 Presja płacowa związana z niedoborem kadry medycznej

Konsekwencją niedoboru personelu medycznego jest presja płacowa wywierana na szpitalach. Rosnące wynagrodzenia z kolei przekładają się na wzrost kosztów działalności placówek. Presja płacowa dotyczy nie tylko lekarzy i pielęgniarek, ale także innych zawodów medycznych m.in. diagnostów laboratoryjnych, pracowników sterylizacji czy rehabilitantów. Zawody te przez wiele lat były niedowartościowane i dziś maleje liczba osób chcących je uprawiać. Konsekwencją jest konieczność stopniowego podnoszenia wynagrodzeń. Mimo presji płacowej eksperci rynku oceniają, że koszty personelu w szpitalach nadal są niskie – biorąc pod uwagę duże potrzeby związane z ochroną zdrowia.

Przedstawiciele szpitali zwracają także uwagę, że w ostatnich latach duże środki zostały przeznaczone na podstawową opiekę zdrowotną (POZ). Poradnie mogą oferować lekarzom wyższe stawki i zdarza się, że „wyciągają” lekarzy ze szpitali. Tym bardziej, że w szpitalu leczone są trudniejsze przypadki i w konsekwencji praca jest cięższa.

Najwyższa Izba Kontroli w 2015 r. skontrolowała 22 szpitale pod kątem zatrudnienia. W latach 2011–2014 koszty wynagrodzeń wynikające z umów o pracę zwiększyły się o 3,4 proc., podczas gdy koszty umów cywilnoprawnych (czyli kontraktów; w znakomitej większości lekarskich), wzrosły o blisko 14 proc<sup>88</sup>. Średni wzrost wynagrodzeń był prawie dwukrotnie wyższy od średniego wzrostu przychodów uzyskiwanych z kontraktów zawartych z NFZ. Oznaczało to, że wzrost kosztów zatrudnienia personelu pochłaniał niemal cały ewentualny zysk ze zwiększających się kontraktów z NFZ<sup>89</sup>.

<sup>85</sup> NIK, NIK o kształceniu kadr medycznych, 31.03.2016, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-kształceniu-kadr-medycznych.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>86</sup> OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>87</sup> Tamże.

<sup>88</sup> NIK, NIK o zatrudnieniu w służbie zdrowia, 21.09.2015, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zatrudnieniu-w-sluzbie-zdrowia.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>89</sup> Tamże.

**Tabela 3. Zarobki lekarzy zatrudnionych na etatach w szpitalach – dane ze stycznia 2015**

Ordynator i zastępca ordynatora
– wynagrodzenie zasadnicze brutto 5.103 zł plus dodatki – łącznie brutto 11.267 zł.
Lekarz z II stopniem specjalizacji
– wynagrodzenie zasadnicze brutto 4.342 zł, plus dodatki – łącznie brutto 7.919 zł.
Lekarz z I stopniem specjalizacji
– wynagrodzenie zasadnicze brutto 3.648 zł – plus dodatki – łącznie brutto - 6.710 zł.
Lekarz bez specjalizacji odpowiednio
– wynagrodzenie zasadnicze brutto 3.247 zł -plus dodatki – łącznie brutto - 5.457 zł.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

### 3.1.7 Leczenie szpitalne zamiast ambulatoryjnego

W Polsce nadmiernie wykorzystywane jest leczenie szpitalne. W latach 2003-2014 liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wzrosła o ponad 25 proc. (dane OECD)<sup>90</sup>. Ekspertzy rynku szacują, że obecnie nawet co piąta hospitalizacja jest nieuzasadniona.

Przejęcie z leczenia szpitalnego na leczenie ambulatoryjne to trend obecny w wielu krajach Europy. Dynamika pobytów szpitalnych w największych krajach europejskich spada w tempie ok. 11-12 proc. rocznie<sup>91</sup>, a wzrost wykazują procedury ambulatoryjne i szpitale jednego dnia. Pozwala to na znaczne obniżenie kosztów, a nie musi powodować obniżenia jakości opieki.

---

*„Mamy przestarzałą strukturę. Świat idzie w takim kierunku, by system ochrony zdrowia organizować w stronę opieki ambulatoryjnej, a nie szpitalnej. Powinniśmy wcielić w życie hasło, że pacjent, który może chodzić, nie powinien leżeć. Szpitalnictwo jest najdroższą formą leczenia, a nie w każdym przypadku jest uzasadnione, by pacjent trafił do szpitala.”*

dr Mariusz Gujski, redaktor naczelny „Służby Zdrowia”,  
adiunkt w Zakładzie Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii,  
Wydziału Nauki o Zdrowiu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego<sup>92</sup>

---

---

*W Polsce tylko 31 proc. zabiegów usuwania zaćmy odbywa się w ramach chirurgii jednego dnia, podczas gdy średnia dla państw OECD wynosi 86 proc.*

---

<sup>90</sup> OECD, Hospital discharge rates, (dostęp: 08.03.2017).

<sup>91</sup> PWC, 10 trendów w polskiej ochronie zdrowia na rok 2016, [http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html#centerPar\\_image](http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html#centerPar_image) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>92</sup> Szczyt Zdrowie 2016: Nie ma zdrowej gospodarki bez zdrowych obywateli, medexpress.pl, 07.06.2016, <http://www.medexpress.pl/szczyt-zdrowie-2016-nie-ma-zdrowej-gospodarki-bez-zdrowych-obywateli/64174> (dostęp: 08.03.2017).

W Estonii, Holandii czy Finlandii czy Wielkiej Brytanii wykonuje się w tym trybie leczenia 99 proc. zabiegów.

Źródło: OECD, „Tackling Wasteful Spending on Health”, styczeń 2017

### 3.1.8 Fragmentaryczność leczenia szpitalnego i dublowanie diagnostyki

Trzeba zwrócić uwagę, że szpitale ratują „niedomagania” innych podmiotów leczniczych np. podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) czy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W konsekwencji leczy się w nich pacjentów, którym mógłby pomóc specjalista w poradni. Zbyt mała liczba lekarzy w poradniach powoduje że są oni przemęczeni, przyjmują zbyt wielu pacjentów, w efekcie łatwiej im dać skierowanie do szpitala.

*„Jak trwoga to jedźmy do szpitala. Łamiemy zasady pójścia do lekarza rodzinnego, bo tam trzeba stać w kolejce. Nie pójdziemy do specjalisty, bo tam też trzeba stać w kolejce i czekać ileś tygodni, żeby się dostać. Więc obciążenie tych szpitali jest nieproporcjonalnie duże, w stosunku do pieniędzy którymi dysponuje. Stawka dzienna SOR (szpitalnego oddziału ratunkowego) wynosi 11 tys., które muszą wystarczyć m.in. na utrzymanie personelu, sprzętu i powierzchni oraz leki i badania. Średnio jest 150 pacjentów na dobę. To się nie da. Pacjent jest niezadowolony, bo czeka godzinami i nie ma skąd wziąć pieniędzy, żeby robić to co jest potrzebne. Szpitale to takie śmietniki, wszystko co tam wrzucimy musi się przetrawić i muszą sobie szpitale poradzić. Nikt się nie pyta skąd wziąć te pieniądze.”*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>93</sup>

Przedstawiciele szpitali wskazują też na problem dublowania diagnostyki. Pacjenci zgłaszają się do szpitali z niepełnymi badaniami, bo nie zlecono ich w poradni. Zdarza się też, że wcale ich nie przynoszą. Pociąga to za sobą dodatkowe opłaty, które powodują wzrost kosztów leczenia.

*„Dziś pacjent nie jest leczony w procesie ciągłym: podstawowa opieka zdrowotna (POZ, poradnia), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, specjalista), szpital. Tylko jest leczony tak, jakby się od nowa urodził. Jeżeli przychodzi do szpitala po jednej wizycie u lekarza specjalisty, który dał mu tylko skierowanie do szpitala, a nie wykonał kompletu niezbędnych badań, to jest to błąd systemu. Pacjent w szpitalu i od razu dostaje pełną listę badań do zrobienia. Czasem robił*

<sup>93</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

*część badań wcześniej, bo jednak ktoś go do tego szpitala skierował. Ale szpital odmawia uznawania badań robionych w prywatnym laboratorium i chce je potwierdzić. Nie jest uwzględniane to, co było robione w przeszłości. To są wydane pieniądze, tych pieniędzy będzie brakowało.”*

Zarządzający szpitalem pediatrycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>94</sup>

### 3.1.9 Zbyt gęsta sieć szpitali

W Polsce są 934 szpitale<sup>95</sup> (choć sama definicja i statystyka jest do tej pory niejednoznaczna) oraz ok. 220 tysięcy łóżek szpitalnych, co daje ponad 6 łóżek szpitalnych na tysiąc mieszkańców<sup>96</sup>. Jest to jeden z najwyższych wskaźników w Europie. Mimo tak dużej bazy pacjenci długo czekają na wizyty czy przyjęcie na zabieg. Ekspertzy rynku oceniają, że szpitali w Polsce jest zbyt dużo, a ich sieć jest za gęsta. Placówki często mają profil niedostosowany do realnych potrzeb i dublują swoje kompetencje. W konsekwencji szpitale konkurują pomiędzy sobą. Zbyt dużo jest też właścicieli szpitali. Trudno wówczas o rozsądną dystrybucję środków, bo każdy ze swojego punktu widzenia stara się walczyć o ograniczone zasoby. Taka sytuacja jest jednak wpisana w istotę systemu. Trudno się dziwić, że konkurencja przedstawia się jak zagrożenie.

W pierwszej kolejności szpitale walczą między sobą o kontrakty w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dodatkowo konkurują też o pacjentów i idące za nimi środki z NFZ. Walka toczy się także o wykwalifikowany personel. W praktyce sprowadza się do „podbierania” sobie nawzajem lekarzy i pielęgniarek. W szczególnie trudnej sytuacji są mniejsze szpitale na szczeblu powiatów, które są mniej atrakcyjnymi miejscami pracy i przez to często stoją na przegranej pozycji.

*„Brak rozwiązań systemowych sprawia, że zysk jednego szpitala oznacza stratę drugiego. Ewenementem w skali europejskiej jest brak kontroli państwa nad planowaniem zasobów w służbie zdrowia. Nikt tego nie nadzoruje, więc szpitale prowadzą wyścig zbrojeń, który prowadzi z kolei do nadmiaru zasobów w jednych regionach, a niedoboru w innych. Publiczne szpitale zachowują się dziś jak prywatne, myśląc nie kategoriami potrzeb lokalnej społeczności, ale kierując się taryfikatorem narzuconym przez NFZ.”*

Marek Balicki, były minister zdrowia <sup>97</sup>

<sup>94</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>95</sup> Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Biuletyn Statystyczny 2016, [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/biuletyn\\_statystyczny\\_2016\\_57ee354e48145.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2016_57ee354e48145.pdf) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>96</sup> OECD, Health at glance 2016, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>97</sup> NIK, Niebezpieczne długi szpitali samorządowych, 29.08.2016, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/niebezpieczne-dlugi-szpitali-samorzadowych-panel-ekspertow.html> (dostęp: 08.03.2017).

**Wykres 16. Liczba łóżek szpitalnych przypadających na 1000 mieszkańców**



Źródło: OECD, Health at glance 2016

Wydaje się, że ważną przyczyną funkcjonowania części szpitali powiatowych są ambicje lokalnych polityków. Chcą oni mieć szpital na swoim terenie, by zapewnić leczenie mieszkańcom bez konieczności dalekich dojazdów. Nawet jeśli małe szpitale powiatowe konkurując ze sobą nie są w stanie udźwignąć kosztów inwestycji i utrzymania, a w konsekwencji wpadają w spiralę zadłużenia. Część środków jest w ten sposób marnowana. Nawet jeśli szpitale są zadłużone, a ich utrzymanie zadłuża powiat, to lokalni politycy nie będą chcieli podejmować decyzji o zamknięciu placówki lub połączeniu jej z inną placówką. Zdają sobie bowiem sprawę, że mogłoby to uniemożliwić im wygranie kolejnych wyborów.

*„Zdarzają się województwa, gdzie są 4 szpitale podległe pod marszałka. W każdym z tych szpitali jest dyrekcja, dział zamówień publicznych, zaopatrzenia, kadr, płac i komórka prawna. Prosty wskaźnik, ile osób zatrudnionych przypada na jedną osobę w dziale kadrowym i płacowym. W dużych korporacjach jest to zrobione tak, że nastąpiła centralizacja i jedna osoba w dziale kadrowym i płacowym przerabia 500-700 pracowników. Średnia w szpitalach nie przekracza 200. To jest kwestia wyobraźni.”*

Zarządzający szpitalem pediatrycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>98</sup>

*„Jaskrawym przykładem braku zrównoważenia lokalnych potrzeb zdrowotnych (wynikających m.in. z braku współdziałania władz lokalnych), jak i znaczącej*

<sup>98</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

*skali negatywnych skutków dublowania usług udzielanych przez szpitale, jest opisywany w mediach odpływ pacjentów z oddziału ginekologiczno-położniowego Szpitala w Brzegu do m.in. analogicznego oddziału szpitala w Oławie (oddalonego od Brzegu o niecałe 20 km). Spowodowało to w 2013 r. konieczność zawarcia aneksów do umów z NFZ zmniejszających wartość kontraktu w tym zakresie o ponad 12 proc. Podobnie utworzenie w szpitalu w Oławie ortopedii jako pododdziału Oddziału Chirurgii, skutkowało odpływem pacjentów z brzeskiego szpitala.”*

Źródło: Najwyższa Izba Kontroli

Warto zwrócić uwagę, że w większości krajów Europy liczba łóżek szpitalnych systematycznie spada. Główny powód to postęp medycyny, czego ilustracją może być stale zwiększający się udział tzw. zabiegów jednego dnia, skracanie przeciętnej długości pobytu pacjentów w szpitalu, a także zmniejszanie się liczby hospitalizacji.

*Mimo ciągle rosnących potrzeb zdrowotnych, liczba szpitali w Niemczech od lat maleje. W roku 2000 istniały tam 2242 szpitale, natomiast w 2015 r. – 1999.*

Źródło: Statistisches Bundesamt (Destatis)

### **3.1.10 Brak możliwości uzyskania szerszego dostępu do środków niepublicznych**

Mimo że Polska wydaje ok. 30 proc. mniej na ochronę zdrowia niż wynosi średnia dla państw OECD<sup>99</sup>, szpitale nie mają możliwości uzyskania szerszego dostępu do środków niepublicznych. Przykładem są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, dopłata do świadczeń gwarantowanych czy dopłata za lepszy standard opieki, które mogłyby być dodatkowym źródłem finansowania dla szpitali – zwiększyłyby szanse na zbilansowanie przychodów i kosztów placówek.

Wydaje się, że zasada równości zapisana w konstytucji RP powoduje, że kolejne rządy obawiają się niekonstytucyjności takich rozwiązań. Politycy nie podejmują tego temat, bo wywoła to trudną społecznie i niewygodną dyskusję. W konsekwencji szerszy dostęp szpitali do środków niepublicznych jest od wielu lat przerywany niczym „gorący kartofel”.

*„W medycynie koszty rosną same. One nie są zjawiskiem dobrobytu, czy szczególnego uwarunkowania. Wraz z nową technologią i nowymi możliwościami, które przychodzą systematycznie do Polski, koszty będą rosły z roku na rok.*

<sup>99</sup> OECD, Health at glance 2016, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).



*Większość państw określiła na co je stać. Powiedziały, że koszyk usług gwarantowanych dla każdego obywatela to są określone procedury. Natomiast reszta albo za dopłatą, albo trzeba mieć dodatkowe ubezpieczenie, żeby z tego skorzystać. Polska nigdy na to nie poszła. Mimo to część dziedzin została już praktycznie sprywatyzowana jak np. stomatologia czy ginekologia. Powiedziano radźcie sobie sami.”*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>100</sup>

### **3.1.11 Doręczność, a nie systemowość rozwiązywania problemów zadłużenia szpitali**

Naprawianie służby zdrowia nie polega na tym, że od czasu do czasu oddłuża się szpitale – jednorazowo zasila je z publicznych środków. Powinno ono polegać na systemowym oddłużaniu placówek, tak aby samodzielnie mogły funkcjonować bez zadłużania się. Zadłużenie jest pochodną błędów systemowych. Okresowe oddłużenia pomagają stabilizować system, ale tych błędów nie naprawiają.

Podejmowanie nerwowych decyzji i fragmentarycznych działań nie pomoże poprawić wyników finansowych szpitali. Przykładem może tu być zmiana wskaźnika wyceny wybranych świadczeń pediatrycznych na 1,2<sup>101</sup>. Była ona konsekwencją protestów pielęgniarek w Centrum Zdrowia Dziecka w maju 2016 r. Z informacji uzyskanych od przedstawicieli szpitali pediatrycznych wynika, że jest to krok w dobrą stronę. Podwyżka jest jednak zbyt mała, by rozwiązać problem złych wyników finansowych szpitali pediatrycznych. Co więcej decyzja ta nie została oparta na kryteriach merytorycznych (właściwej wycenie świadczeń), ale politycznych.

*„Największym problemem w zarządzaniu szpitalami jest brak wizji i strategii państwa dla całego systemu oraz brak mapowania potrzeb w skali kraju. Czy można w takiej sytuacji skutecznie zarządzać pojedynczym podmiotem?”*

Dr Małgorzata Sobotka - Gałązka, ekspert ochrony zdrowia,  
Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego <sup>102</sup>

*„Tym samym dochodzimy do sedna problemu zadłużenia służby zdrowia. Jest nim swoisty oportunizm kolejnych ekip rządzących i liczenie, że problem restruk-*

<sup>100</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>101</sup> Gazetaprawna.pl, NFZ: Wzrosnie wycena wybranych świadczeń dla dzieci. Projekt w konsultacjach, 15.06.2016, <http://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/952169,wzrosnie-wycena-wybranych-swiadczen-dla-wfvfttdzieci.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>102</sup> NIK, Niebezpieczne długi szpitali samorządowych, 29.08.2016, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/niebezpieczne-dlugi-szpitali-samorzadowych-panel-ekspertow.html> (dostęp: 08.03.2017).

*turyzacji służby zdrowia rozwiąże się sam, poprzez działanie >>niewidzialnej ręki rynku<<. Jak się okazuje bez wizji kształtu sfery zdrowotnej, popartej aktywną polityką państwa problemów służby zdrowia jak dotąd nie udaje się, i jak należy sądzić nie uda się rozwiązać.”*

dr Paweł Białynicki-Birula, Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej  
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie <sup>103</sup>

Na doraźność wpływa też brak rozwiązań systemowych dotyczących określenia rzeczywistych potrzeb zdrowotnych – w szczególności liczby i rozmieszczenia oddziałów szpitalnych w Polsce. Polska ze wskaźnikiem liczby łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców wynoszącym 6,6<sup>104</sup> jak też poziomem ich wykorzystania (67 proc. w 2014 r. w Polsce<sup>105</sup>, 77,3 proc. w 2013 r. w krajach OECD<sup>106</sup>) znacznie odbiega od średniej europejskiej.

## 3.2. Inne przyczyny

### 3.2.1 Rosnące koszty opieki medycznej

Wydatki na zdrowie w ciągu ostatnich 10 lat wzrosły niemal dwukrotnie. Przykładem może być tu budżet NFZ – w 2007 r. fundusz przeznaczył na świadczenia zdrowotne 41 mld zł<sup>107</sup>, a w budżecie na 2017 r. zapisano wydatki na poziomie 77 mld zł<sup>108</sup>. W konsekwencji znacznie wzrosły też budżety szpitali. Mimo to placówki nadal się zadłużają. Jedną z istotnych przyczyn są stale rosnące koszty opieki medycznej.

Postęp w dziedzinie medycyny wprowadził perspektywę realizacji tego, co dotychczas było niewykonalne z medycznego punktu widzenia, generując jednak przy tym bardzo wysokie koszty. Na rynku pojawiają się też leki nowych generacji – skuteczniejsze, obciążone mniejszą ilością działań niepożądanych, a więc bezpieczniejsze dla pacjenta, ale równocześnie nieporównywalnie droższe. Wchodzą też całkowicie nowe terapie obejmujące pacjentów, dla których wcześniej leków nie było.

Zmienia się także medycyna na bardzo podstawowym poziomie. Dzięki opatrunkom ze srebrem rany goją się w kilka dni. Kosztują one jednak 200 zł, a cena standardowego opatrunku

---

<sup>103</sup> dr Paweł Białynicki-Birula, Zadłużenie szpitali – nierozwiązywalny problem?, Biuletyn Ekonomiczny Katedry Gospodarki i Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, nr 2/2007.

<sup>104</sup> OECD, Health at glance 2016, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>105</sup> Ministerstwo Zdrowia, Biuletyn statystyczny 2015, <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>106</sup> OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>107, 108</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Fundusze NFZ – plan finansowy 2007, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 08.03.2017).

to 15 zł. Zwykły gips stosowany przy złamaniach jest ciężki, twardy, odparzający i jeśli zeszywnieje, może ranić. Jest też lekki, syntetyczny gips, który jest znacznie wygodniejszy od tradycyjnego – można się w nim kąpać, przepuszcza powietrze, nie kruszy się. Jest jednak sześć razy droższy<sup>109</sup>.

---

*Charles I. Jones oszacował, że w Stanach Zjednoczonych rozwój technologii medycznych był odpowiedzialny za ponad 50 proc. wzrostu kosztów w opiece zdrowotnej w latach 1960–1997 i aż o 75 proc. wzrostu w kolejnych latach.*

Charles I. Jones, Why have health expenditures as share of GDP risen so much?, National Bureau of Economic Research working papers, no. 9325, podano za: H. Maarse, Europejska reforma służby zdrowia – doświadczenia zachodnioeuropejskie i wnioski dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej, Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i możliwości rozwoju, Warszawa 2004 r., materiały konferencyjne

---



---

*W Stanach Zjednoczonych koszt miesięcznej terapii onkologicznej w ramach programu Medicare wzrósł z 5 tys. dolarów w latach 2000-2005 do 10 tys. dolarów w latach 2010-2015. Wchodzące na rynek terapie lekowe kosztują kilkadziesiąt procent więcej niż te, które już są stosowane.*

Źródło: OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator

---

Dramatycznie zwiększa się też konsumpcja leków. W latach 2000–2013 w państwach OECD podwoił się zestaw leków zażywanych na nadciśnienie, cukrzycę i depresję. W przypadku leków obniżających cholesterol mamy do czynienia z potrojeniem<sup>110</sup>.

Rosnące koszty opieki zdrowotnej są też konsekwencją starzenia się społeczeństwa. Oznacza to coraz częstsze występowanie chorób wieku podeszłego, wielochorobowość oraz zwiększone zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę medyczną. Szczegóły dotyczące wzrostów kosztów leczenia związanego ze starzeniem się społeczeństwa zostały przedstawione w rozdziale VI pkt 1.

## 2.2. Inflacja medyczna

Analizując przyczyny zadłużania się szpitali publicznych, trzeba też pamiętać o zjawisku inflacji medycznej, czyli rosnącym koszcie uzyskania efektu terapeutycznego. W sektorze usług medycznych wzrost cen postępuje znacznie szybciej niż w innych gałęziach gospodarki. Koszty w służbie zdrowia rosną z różnych powodów – są to m.in. finansowanie nowych

---

<sup>109</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>110</sup> Tamże.

i drogich technologii, wysokie oczekiwania pacjentów, rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną spowodowane starzeniem się populacji itp. W praktyce oznacza to, że jeśli kontrakt dla szpitala jest tak samo płatny jak w roku poprzedzającym, to realnie jest niższy o wartość inflacji medycznej.

### 3.2.3 Błędy zarządzających szpitalami

Kompetencje kadry zarządzającej są bardzo istotne dla prawidłowego zarządzania szpitalem, w tym dla przeprowadzenia procesu restrukturyzacji. Biorąc pod uwagę ogrom systemowych problemów polskiej służby zdrowia, zarządzający szpitalami powinni mieć w tej materii wiedzę na poziomie eksperckim. Niestety, ich błędy są wymieniane wśród przyczyn zadłużania się placówek. Wskazuje się tu przede wszystkim na niepilnowanie kosztów (szczególnie związanych z przerostem zatrudnienia) i nieradzenie sobie z późniejszym zadłużeniem<sup>111</sup>. Brak podejmowania działań restrukturyzacyjnych może także wynikać z niekompetencji, ukrywanej pod pozorem dbałości o dostępność świadczeń zdrowotnych.

Z drugiej strony jednak eksperci rynku zdrowia wskazują, że w ciągu ostatniej dekady zarządzanie w polskich szpitalach publicznymi mocno się sprofesjonalizowało. Zarządzających zmusiły do tego trudne warunki, w których muszą funkcjonować placówki.

---

*„Kryzys był dotkliwy dla wszystkich uczestników rynku ochrony zdrowia. Być może to właśnie niekorzystne czynniki zewnętrzne były szczególnym impulsem dla niektórych dyrektorów i zarządów do wprowadzania zmian. Mamy wiele przykładów udanych restrukturyzacji, wyjścia naprzeciw potrzebom rynku oraz możliwości lepszego wykorzystania swojego majątku i zasobów. Proaktywni menedżerowie renegocjowali wartość umów i zakresy, tak by bardziej efektywnie wykorzystać posiadany kontrakt”.*

Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania  
w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego <sup>112</sup>

---

Wydaje się, że przyczyną części błędów zarządczych może być sposób doboru tej kadry. Podmioty tworzące (właściciele szpitali) mają bezpośredni wpływ na obsadę stanowisk kierowniczych w podległych szpitalach. W konsekwencji, przy wyborze zarządzających nie zawsze zwyciężają względy merytoryczne. Problem upolitycznienia zarządów szpitali jest szczególnie widoczny w placówkach samorządowych. Zdarza się nawet, że dyrektorami szpitali zostają lokalni politycy. Problemem jest też duża zmienność kadry zarządzającej. Najwyższa Izba

---

<sup>111</sup> NIK, Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych, 2016, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11697,vp,14057.pdf> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>112</sup> Dziennik Gazeta Prawna, Szpitale na zakręcie: zarządzanie w trudnych czasach, 11-13.03.2016.

Kontroli wskazuje, że w przypadku niektórych placówek bez płynności finansowej dyrektorzy zmieniali się nawet czterokrotnie w ciągu roku<sup>113</sup>.

---

*„Spora część osób, które przychodzą z zewnątrz do tych spółek medycznych, po prostu nie rozumie mechanizmu ich działania. To też generuje koszty. Tak naprawdę w takich powiatowych szpitalach to nie rządzą dyrektorzy, tylko ordynatorzy. Oni sobie zamawiają, co chcą – to jest zawsze taka walka pomiędzy chęcią a tym, na co nas stać. Ordynator powie, że dane wyposażenie jest niezbędne i zarządzający je kupi, bo nie wie, nie zna mechanizmów. Tak, to wyposażenie jest nowoczesne, jest przyjemniej na tym pracować, ale jest też droższe. Jeżeli przychodzi polityk, a nawet taka osoba z zewnątrz, to przegra z lekarzem. Naczelne pielęgniarki czy oddziałowe też przychodzą z różnymi potrzebami”.*

Zarządzający szpitalem ortopedycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>114</sup>

---

Trzeba tu zwrócić uwagę, że na zarządzających szpitalami spoczywa duża odpowiedzialność – znajdują się między młotem a kowadłem. Z jednej strony muszą zmierzyć się z systemowymi problemami polskiej służby zdrowia, które znacznie utrudniają funkcjonowanie placówek. Z drugiej strony lokalny szpital często pełni rolę nie tylko medyczną, ale również ekonomiczno-społeczną. Bywa największym pracodawcą w regionie, co nakłada na dyrektorów dodatkowe zobowiązania. W tej sytuacji potrzeba profesjonalnego i efektywnego zarządzania.

### 3.2.3.1 Niedostosowanie bazy i infrastruktury do potrzeb

Szpital nie dostosowują swojej bazy i infrastruktury do realnych potrzeb, czego konsekwencją może być niepełne jej wykorzystanie. Może to wpływać na wzrost zadłużenia – nawet jeśli szpital nie wykonuje świadczeń, to cały czas musi ponosić wysokie koszty stałe.

Niedopasowanie bazy i infrastruktury do potrzeb wynika z jednej strony z polityki NFZ. Fundusz kontraktuje świadczenia nie na podstawie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, ale na podstawie danych o wartości kontraktów, które były udzielone w poprzednich latach. Takie planowanie jest nierówne – nie wiadomo, czy zakontraktowane świadczenia dokładnie pokrywają się z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi.

---

<sup>113</sup> NIK, Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych, 2016, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11697,vp,14057.pdf> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>114</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

---

*„Dobrym przykładem braku kreatora zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym, jest Warszawa. Podjęto decyzję o budowie Szpitala Południowego pomimo braku mapy potrzeb i racjonalnej oceny już istniejącego potencjału świadczeniodawców. Mieszkańcy potrzebują opieki ambulatoryjnej, poradni specjalistycznych, które nie są zabezpieczone przez rażąco niski poziom finansowania AOS. Szpitale są w pobliżu i nie wykorzystują swoich mocy przerobowych. Czy to jest racjonalne?”*

Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania  
w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego <sup>115</sup>

---

Zdarza się także, że zarządzający szpitalami i podmioty tworzące (właściciele szpitali) prowadzą inwestycje w sposób nieprzemyślany. Nie potrzebują tak dużej skali działalności, ale chcą wydać pieniądze pochodzące z funduszy europejskich. Zarządzający placówkami i podmioty tworzące podejmują wówczas decyzję o inwestycjach, których utrzymanie będzie w przyszłości bardzo drogie, nie patrząc na to, jakie uda się osiągnąć przychody.

---

*„Gwoździem do trumny dla wielu szpitali jest jednak nieracjonalna polityka inwestycyjna. Proces, który jest domeną działalności szpitala, musi przebiegać z zachowaniem racjonalności i efektywności ekonomicznej, dostosowania potencjału do realnych potrzeb. Nadmierny rozrost zasobów względem dynamiki rynku i możliwości finansowych płatnika zwykle kończy się katastrofą. Nie jest bowiem sztuką w tych okolicznościach kupić lub wybudować, lecz utrzymać i wykorzystywać w dłuższej perspektywie. Rozsądek będzie zatem w najbliższych pięciu latach na wagę złota”*

Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania  
w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego <sup>116</sup>

---

---

*„Dużo przykładów przeinwestowania jest związanych z informatyzacją. Duże pieniądze poszły na informatyzację – pokupowano serwery, sprzęty, oprogramowanie. Teraz trzeba to utrzymywać i odnawiać, w efekcie dodatkowo płacić”*

Zarządzający szpitalem ortopedycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>117</sup>

---

---

<sup>115</sup> Dziennik Gazeta Prawna, Szpitale na zakręcie: zarządzanie w trudnych czasach, 11-13.03.2016.

<sup>116</sup> Tamże.

<sup>117</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.



Planując inwestycje, trzeba się zastanowić, jaki będzie ona miała wpływ na koszty w przyszłości. Jeśli wydatki na utrzymanie budynków, infrastruktury czy zatrudnienie personelu do obsługi sprzętu będą wysokie, a osiągnięte przychody z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia niewielkie, to szpital nie będzie miał możliwości zbilansowania działalności. W tym kontekście nieracjonalne inwestycje są jedną z przyczyn zadłużania się szpitali publicznych w Polsce.

### 3.2.3.2 Brak systemowej motywacji do restrukturyzacji zadłużenia

Przedstawiciele szpitali wskazują, że system nie promuje placówek, które radzą sobie dobrze i poprawiły wyniki finansowe. Dlatego wielu zarządzających nie ma motywacji do przeprowadzania skomplikowanych, a często trudnych społecznie działań, np. redukcji zatrudnienia. Stwierdzenie, że system pochwała niezaradność, wydaje się zasadne.

Wsparcie w ramach akcji oddłużania szpitali otrzymywały tylko placówki w trudnej sytuacji finansowej. Przykładem mogą być spłaty zadłużenia szpitali w roku 1999 i latach 2004-2005, na których skorzystały szpitale, które miały stratę. Placówki, które były dobrze zarządzane, nie dostały dodatkowych środków, bo (biorąc pod uwagę cel akcji) nie miały na co.

---

*„Znam przykład szpitala w Polsce, który w sytuacji przeprowadzenia pełnego procesu restrukturyzacji stał się najlepszym szpitalem w województwie. Po informacji, że po raz pierwszy od wielu lat ma kilkaset tysięcy zysku, cofnięto mu umowę o dotację na budowę bloku operacyjnego. Marszałek (właściciel szpitala) stwierdził, że ten szpital sobie poradzi sam. Pieniądze z planowanej dotacji przeznaczył na pomoc placówkom, które mają stratę. Z punktu widzenia zarządzających szpitalem, wyprowadzenie go z kłopotów okazało się nieopłacalne”.*

---

Zarządzający szpitalem pediatrycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>118</sup>

---

### 3.2.4 Brak efektów restrukturyzacji w wybranych szpitalach

Jak wskazuje raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący restrukturyzacji szpitali publicznych<sup>119</sup>, brak jest w Polsce skutecznych mechanizmów zachęcających zadłużone podmioty do podjęcia działań restrukturyzacyjnych. Z drugiej strony jednak, pomoc finansowa przekazywana w latach 2005-2014 z budżetu państwa w celu ograniczenia zadłużenia, nie wymuszała podjęcia re-

---

<sup>118</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>119</sup> NIK, Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych, 2016, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11697,vp,14057.pdf> (dostęp: 08.03.2017).



alnych działań naprawczych – dlatego nie były one wdrażane. Poziom zadłużenia wielu szpitali, mimo otrzymanego wsparcia, nie uległ zmniejszeniu.

Tymczasem Najwyższa Izba Kontroli oceniła, że decydujący wpływ na skuteczność restrukturyzacji w skontrolowanych szpitalach miała nie skala uzyskanego wsparcia publicznego, lecz racjonalizacja kosztów działalności. W szczególności kluczowe było ograniczenie zatrudnienia i wynagrodzeń, co zostało przeprowadzone w niewielu przypadkach.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła też uwagę, że jednostki samorządu terytorialnego i wojewodowie nie monitorowali efektów restrukturyzacji szpitali, które otrzymały wsparcie – pomimo że często to oni przekazywali środki na spłatę długów szpitali. Ograniczano się jedynie do weryfikacji zgodności wydatkowania środków z ich przeznaczeniem<sup>120</sup>.

---

*Są jednak w Polsce szpitale, które wyszły z kłopotów. Przykładem może być Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, który przez kilka lat był najbardziej zadłużoną placówką w Polsce. W szczytowym momencie zadłużenie wynosiło 319 mln zł, a szpital miał ponad 700 wierzycieli<sup>121</sup>. W 2013 r. komornik zajął w szpitalu nawet nowy tomograf kupiony ze środków Ministerstwa Zdrowia<sup>122</sup>.*

*Szpital został przekształcony w spółkę prawa handlowego w 2013 r. Oddłużenie szpitala było możliwe dzięki pozyskaniu z budżetu państwa dotacji celowych w łącznej wysokości 104,8 mln zł. Wynegocjowano także z wierzycielami umorzenia części przejętych zobowiązań. Obecnie szpital wypracowuje dodatni wynik finansowy<sup>123</sup>.*

---

---

<sup>120</sup> NIK, Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych, 2016, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11697,vp,14057.pdf> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>121</sup> Gorzow.wyborcza.pl, 300 mln zadłużenia i widmo bankructwa. Dziś szpital w Gorzowie to..., Dariusz Barański, 25.02.2015: [http://gorzow.wyborcza.pl/gorzow/1,35211,17473301,300\\_mln\\_zadluzenia\\_i\\_widmo\\_bankructwa\\_\\_Dzis\\_szpital.html](http://gorzow.wyborcza.pl/gorzow/1,35211,17473301,300_mln_zadluzenia_i_widmo_bankructwa__Dzis_szpital.html) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>122</sup> Rynekzdrowia.pl, Gorzów Wielkopolski: komornik zajął tomograf komputerowy zadłużonego szpitala, gorzow.gazeta.pl/Rynek Zdrowia, 30.01.2013: <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Gorzow-Wielkopolski-komornik-zajal-tomograf-komputerowy-zadluzonego-szpitala,127579,1.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>123</sup> Gorzowianin.com, Szpital chwali się dobrymi wynikami, 04.04.2016, <http://gorzowianin.com/wiadomosc/8747-szpital-chwali-sie-dobrymi-wynikami.html> (dostęp: 08.03.2017).

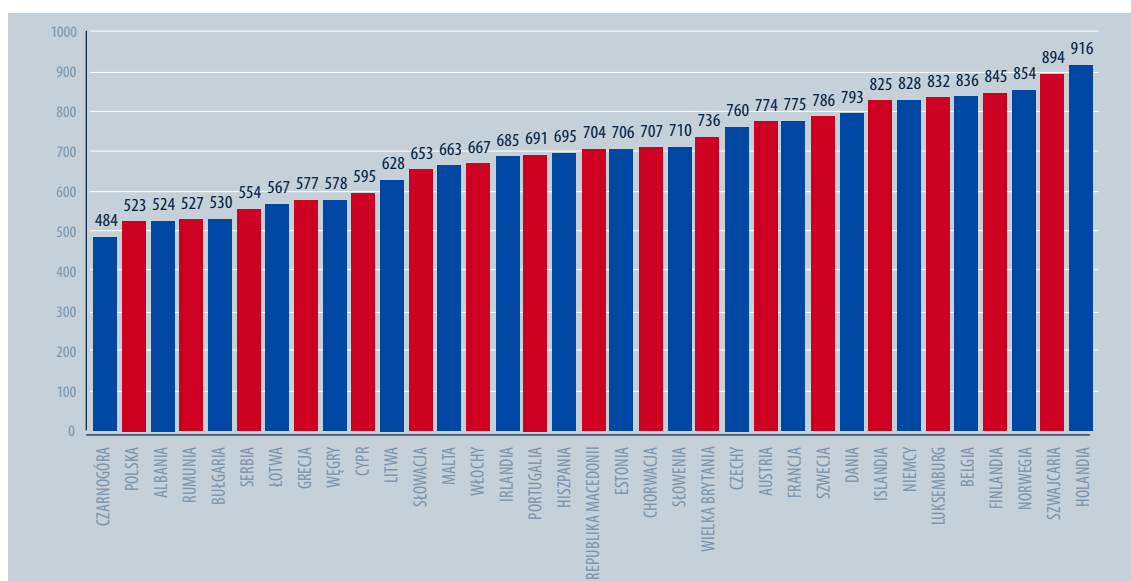
## 4. POLITYCZNA WAGA PROBLEMU ZADŁUŻENIA SZPITALI

Zadłużenie szpitali publicznych i związane z nim trudności w funkcjonowaniu placówek silnie rzutują na kondycję polskiej służby zdrowia. Problem ten, oprócz utrudniania leczenia pacjentów (długi czas oczekiwania, suboptymalne leczenie), ma też wymiar polityczny. Kondycja służby zdrowia jest jednym z najważniejszych kryteriów oceny sprawczości rządu Beaty Szydło.

### 4.1. Kondycja polskiej służby zdrowia – perspektywa międzynarodowa

Polska służba zdrowia jest uważana za jedną z najgorszych w Europie. W Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia 2015 zajmujemy 34. miejsce na 35 badanych państw. Wyprzedzają nas m.in. Albania, Rumunia i Bułgaria. Co więcej, w porównaniu z badaniem z 2014 r. spadliśmy o trzy pozycje.

Wykres 17. Badanie EHCI 2015 – wyniki końcowe



„34. miejsce (spadek z 32. miejsca w 2013 r.), 523 punkty. Wzrost wyników zauważalny w przypadku prawie wszystkich mniej zamożnych krajów nie jest widoczny w przypadku Polski. W efekcie widzimy spadek w rankingu, mimo iż wynik na poziomie 523 punktów jest nieco wyższy niż w poprzednich edycjach badania”.

Źródło: Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia – 2015

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI) to ranking, w którym zgłoszone do niego państwa oceniane są w sześciu kategoriach. Kryteria to: profilaktyka, prawa pacjenta, czas oczekiwania na leczenie, skuteczność leczenia, zakres i dostępność oferowanych usług oraz dostęp do środków farmaceutycznych. Na podstawie oceny tych kate-

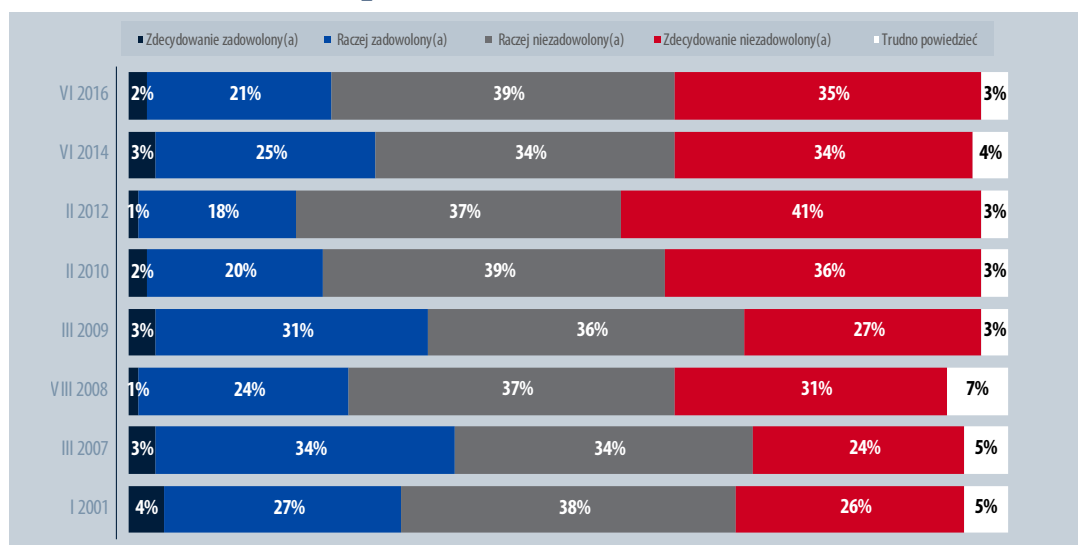
gorii przyznawane są punkty, a ich maksymalna liczba to 1000. Nasz kraj został oceniony na 523 punkty. Jedynym krajem z gorszym wynikiem jest Czarnogóra z 484 punktami.

Warto zwrócić uwagę, że Polska otrzymała bardzo niskie oceny szczególnie w kategorii „Dostępność” (czas oczekiwania na leczenie). Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia wizyty oraz bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty uzyskał ocenę dostateczną. Z kolei w kategoriach odnoszących się do leczenia szpitalnego – takich jak: poważne planowane zabiegi operacyjne <90 dni, leczenie nowotworów <21 dni, tomografia komputerowa <7 dni oraz czas oczekiwania na izbę przyjęć – Polska uzyskała ocenę niedostateczną. Wynik 100 punktów był tu najniższym odnotowanym w całym rankingu, ex aequo ze Szwecją, Wielką Brytanią i Irlandią. Twórcy badania mocno skrytykowali Polskę także za m.in. liczbę operacji usunięcia żołądka, jakość opieki geriatrycznej oraz walkę z nałogami. Zwrócono także uwagę na duży problem, jakim są „nieformalne opłaty dla lekarzy”<sup>124</sup>.

## 4.2. Kondycja polskiej służby zdrowia – oceny pacjentów

Na złą kondycję polskiej służby zdrowia wskazują też wypowiedzi samych pacjentów. W badaniach CBOS, osoby zadowolone z opieki zdrowotnej pozostają w mniejszości niezmiennie od 2001 roku. Z badania przeprowadzonego w sierpniu 2016 r. wynika, że 74 proc. respondentów nie jest zadowolonych z opieki zdrowotnej. Jest to o 6 pkt. proc. więcej niż w badaniu przeprowadzonym dwa lata wcześniej<sup>125</sup>. Biorąc pod uwagę historyczne wyniki, można dostrzec wyraźny trend negatywny.

**Wykres 18. Zadowolenie Polaków z funkcjonowania opieki zdrowotnej (badanie opinii)**



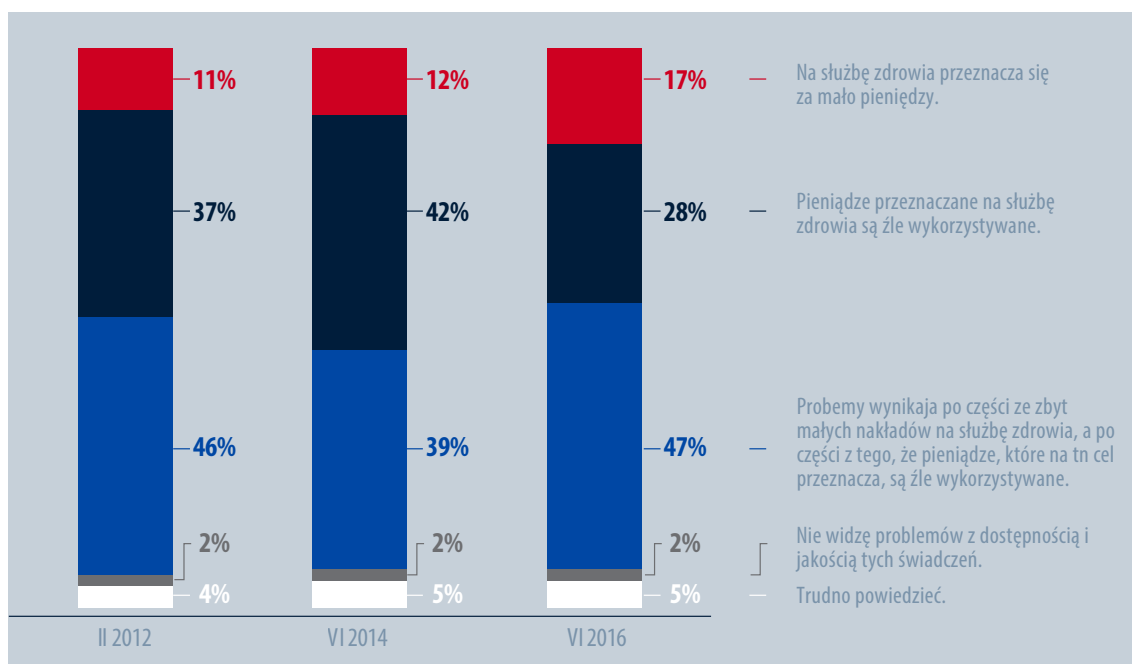
Źródło: CBOS, Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej – komunikat z badań, sierpień 2016

<sup>124</sup> Health Consumer Powerhouse Ltd, Europejski Indeks Zdrowia – 2015 .

<sup>125</sup> CBOS, Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej – komunikat z badań, sierpień 2016.

Warto też zwrócić uwagę, że badani zdają sobie sprawę, iż na ochronę zdrowia są przeznaczane zbyt małe środki. Mniej popularny staje się z kolei pogląd, że przyczyną problemów jest błędne zarządzanie. W ciągu ostatnich czterech lat dość wyraźnie zmalał odsetek badanych uważających, że problemy z dostępnością i jakością świadczeń uzyskiwanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wynikają głównie z niewłaściwej dystrybucji środków przeznaczanych na ochronę zdrowia (z 37 proc. do 28 proc.), wzrósł natomiast tych, którzy sądzą, że trudności te wynikają wyłącznie ze zbyt małych nakładów na służbę zdrowia (z 11 proc. do 17 proc.)<sup>126</sup>.

**Wykres 19. Powody złego funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce (badanie opinii)**



Źródło: CBOS, Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej – komunikat z badań, sierpień 2016

### 4.3. Perspektywa pacjenta

#### 4.3.1 Czas oczekiwania na leczenie

Z punktu widzenia pacjentów jednym z najważniejszych problemów polskiej służby zdrowia jest długi czas oczekiwania. Z obserwacji fundacji Watch Health Care wynika, że średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce wynosi 2,9 miesiąca. Ograniczony jest dostęp do lekarzy specjalistów, zbyt długi jest także czas oczekiwania na świadczenia

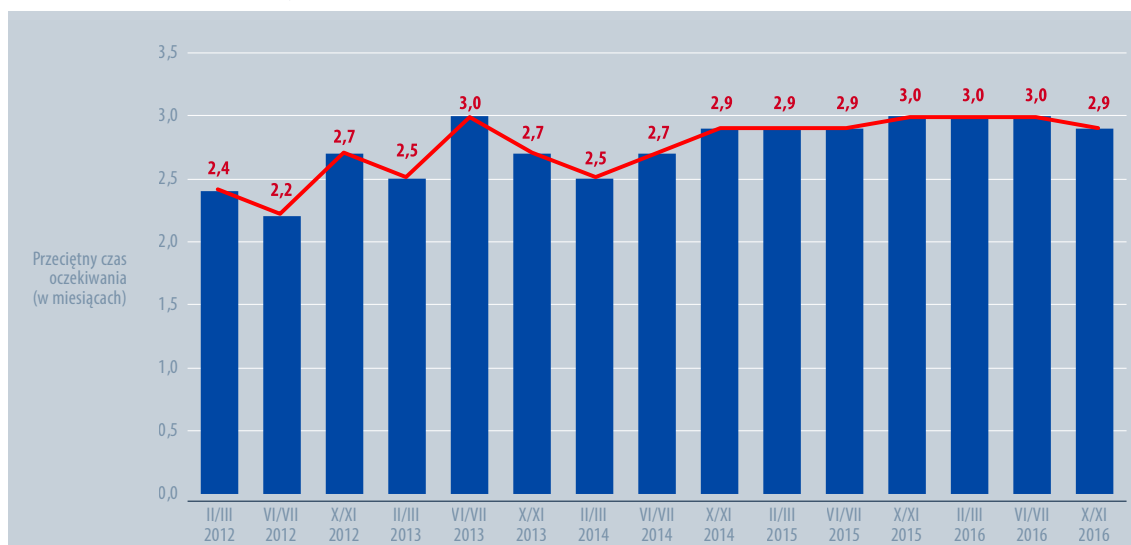
<sup>126</sup> CBOS, Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej – komunikat z badań, sierpień 2016

diagnostyczne. Dotyczy to zarówno kosztownych świadczeń specjalistycznych, jak i znacznie tańszych podstawowych badań. Skrócenie kolejek zostało uznane za najbardziej oczekiwaną zmianę w polskiej służbie zdrowia (badanie kampanii Głosuję na zdrowie, Millward Brown)<sup>127</sup>.

*„Dużo mniej jest zabiegów inwazyjnych, coraz więcej jest zabiegów łagodnych. Gdyby była po nich kompleksowość działania, czyli od razu rehabilitacja, od razu pilnowanie, żeby ten pacjent dostał wszystko na czas jak potrzeba, to moim zdaniem korzyść byłaby największa. Wracaliby z powrotem do systemu i płacił składki. Pracowałby i był szczęśliwy z rodziną. Teraz czasami czeka miesiącami w sanatorium na zasiłku rehabilitacyjnym żeby się dostać na rehabilitację. Jeśli ma inne badania do zrobienia, to czeka w kolejce. Przecież to bez sensu zupełnie. To są koszty, tylko płaci kto inny. Bo ze składki chorobowej, a nie ze składki zdrowotnej”.*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>128</sup>

## Wykres 20. Zmiana średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (wartości w mies.) w horyzoncie wieloletnim

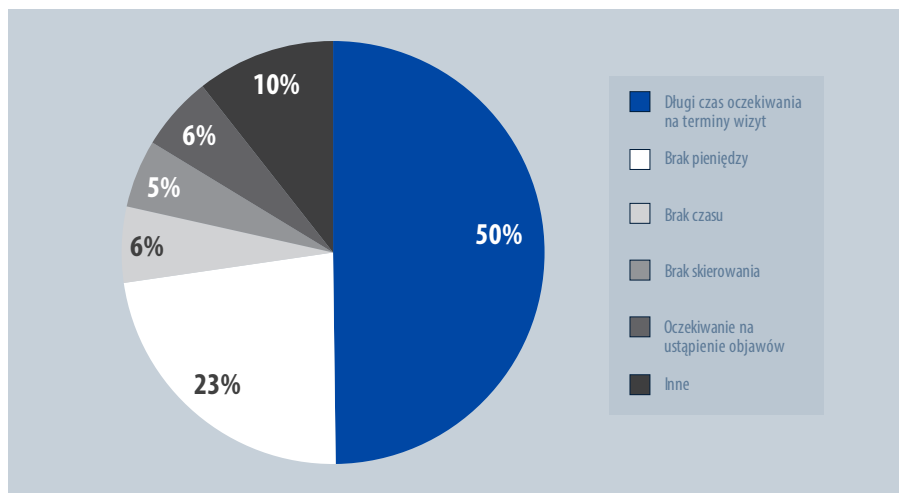


Źródło: Fundacja Watch Health Care

<sup>127</sup> Glosujnazdrowie.pl, Chcemy rozmawiać, 10.09.2015, <http://www.glosujnazdrowie.pl/chcemy-rozmawiac/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>128</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

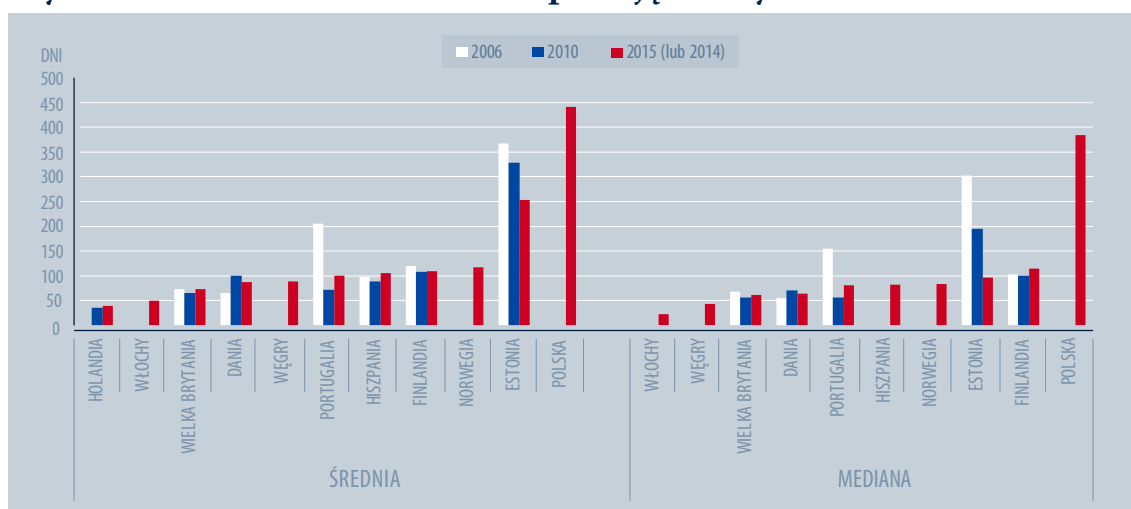
**Wykres 21. Przyczyny niekorzystania z porad lekarza specjalisty w 2015 roku**



Źródło: GUS, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.

Według danych OECD, Polacy szczególnie długo czekają na operacje nieratujące życia, ale poprawiające jego jakość. W przypadku operacji usunięcia zaćmy czas oczekiwania wynosi 414 dni i jest najdłuższy w Europie. W przypadku operacji stawu biodrowego (364 dni) i wymiany stawu kolanowego (469 dni) dłużej niż w Polsce oczekuje się tylko w Estonii<sup>129</sup>.

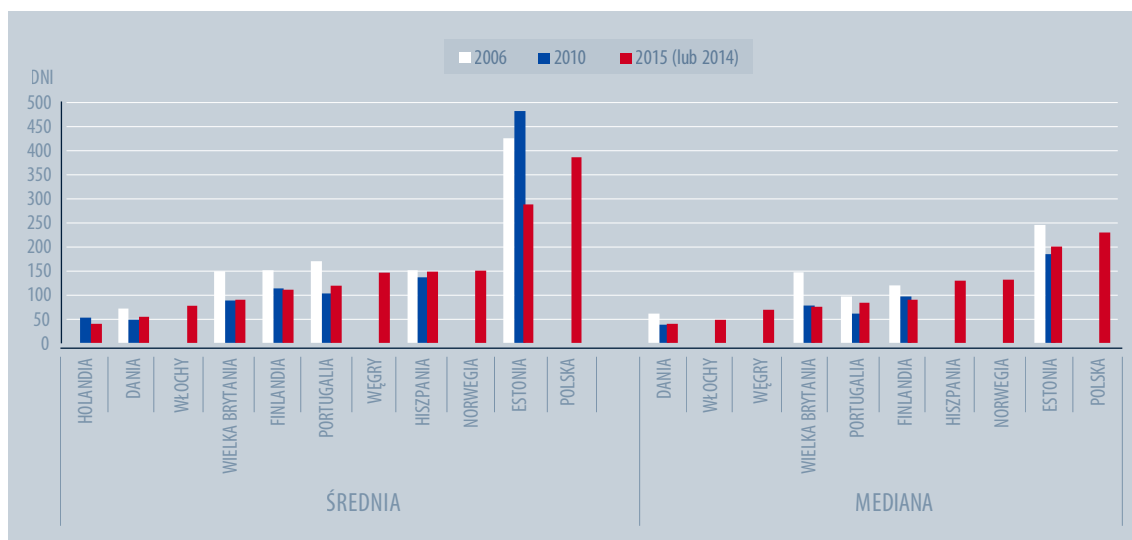
**Wykres 22. Czas oczekiwania na operację zaćmy**



Źródło: OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator

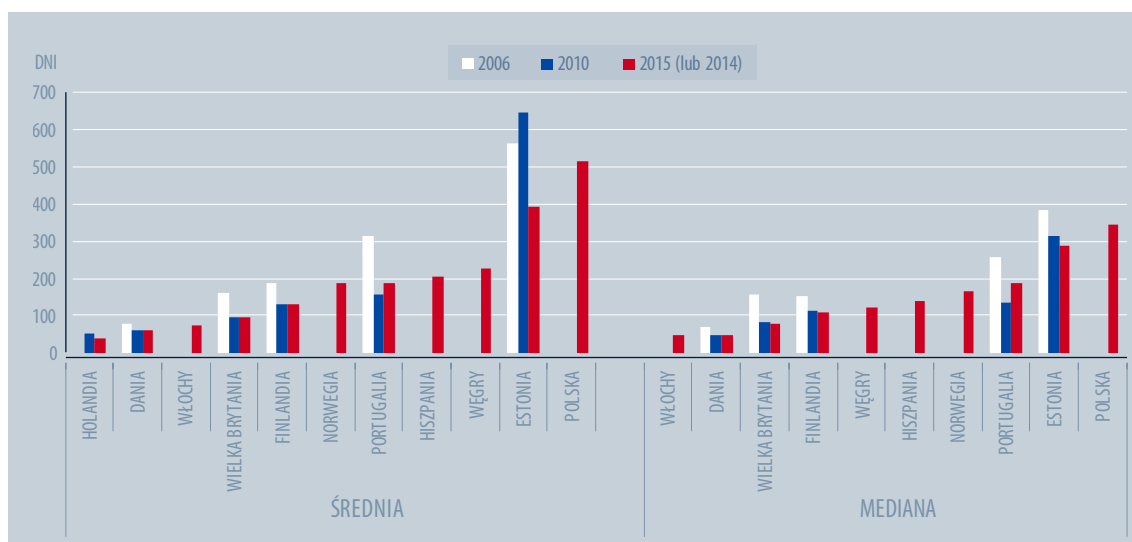
<sup>129</sup> OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (dostęp: 08.03.2017).

**Wykres 23. Czas oczekiwania na operację stawu biodrowego**



Źródło: OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator

**Wykres 24. Czas oczekiwania na operację stawu kolanowego**



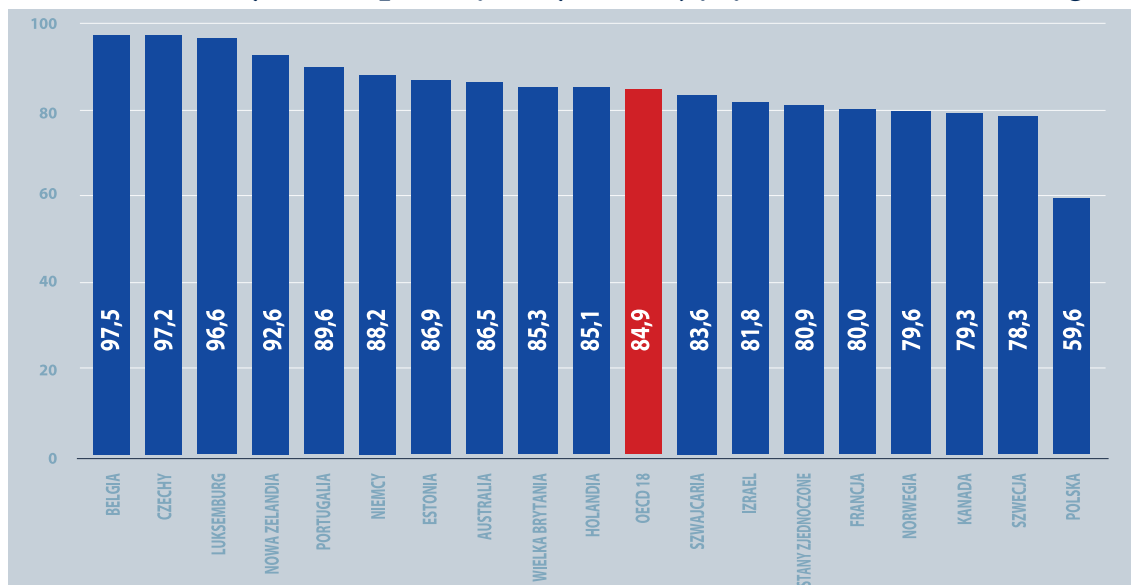
Źródło: OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator

### 4.3.2 Czas poświęcony pacjentowi

Polski system ochrony zdrowia słabo wypada również w tych obszarach, które zależą nie tylko od pieniędzy, ale przede wszystkim od dostępności personelu medycznego. Według danych OECD, na pytanie, czy lekarz poświęca wystarczającą ilość czasu dla chorego, w Polsce blisko 60 proc. pacjentów odpowiada twierdząco. Jest to najgorszy wynik wśród badanych państw. Średnio ok. 85 proc. pacjentów jest usatysfakcjonowanych z kontaktu z lekarzem, a w wielu państwach europejskich wskaźnik zadowolenia przekracza 90 proc.



**Wykres 25. Udział odpowiedzi twierdzących na pytanie:  
„Czy lekarz poświęca wystarczającą ilość czasu dla chorego?”**



Źródło: OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator

### 4.3.3 Suboptymalne leczenie

Problemem wynikającym bezpośrednio z niedofinansowania ochrony zdrowia jest też suboptymalne leczenie, czyli nie będące najlepszą z możliwych opcji. W praktyce oznacza ono przede wszystkim brak dostępu do innowacyjnych leków i technologii.

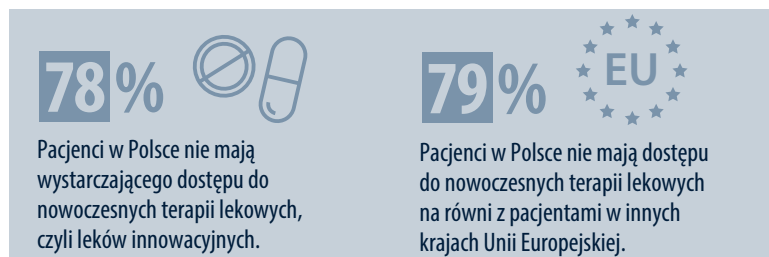
*„Parę lat temu jeden ze szpitali na południu Polski pokusił się o zakup robota da Vinci. To jest takie fantastyczne urządzenie, które znaczenie ułatwia lekarzom wykonywanie operacji. Robot da Vinci umożliwia precyzyjne wykonanie skomplikowanych zabiegów chirurgicznych, zwłaszcza w trudno dostępnych miejscach organizmu. Wykorzystywany jest w chirurgii onkologicznej czy ginekologii. Małe Czechy mają kilka takich urządzeń, a Polska jedno i to dodatkowo niefinansowane przez NFZ. Do dzisiaj nie weszły te procedury do katalogu. Nie ma takiej racjonalności w ocenie, które technologie powinny się od razu wdrażać, stosować i korzystać z nich. Nie oceniać tylko samego kosztu kupienia urządzenia, tylko oceniać skutki leczenia i efekty, które się osiąga przy zastosowaniu tego sprzętu”.*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców<sup>130</sup>

<sup>130</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

Do wielu nowoczesnych leków i terapii polscy pacjenci wciąż nie mają dostępu. Z danych fundacji Watch Health Care wynika, że dotyczy to co najmniej 256 leków i 1000 tzw. technologii nielekowych dopuszczonych do obrotu w Unii Europejskiej<sup>131</sup>.

## Wykres 26. Ocena dostępu do nowoczesnych terapii lekowych



Źródło: Millward Brown, badania kampanii „Głosuję na zdrowie, wrzesień 2015

*„Jako lekarz mogę powiedzieć, że chciałbym leczyć moich pacjentów z rakiem trzustki najnowocześniejszymi lekami, które są dostępne w Unii Europejskiej. Ubolewam, że w naszym kraju nie mogę skorzystać z takich możliwości u wielu chorych. Dla mnie to bardzo przykre, gdy siedzę naprzeciwko pacjenta i wiem, że dana terapia potencjalnie mogłaby przynieść u niego skutek, a nie mogę mu jej zaoferować i muszę stosować leczenie suboptymalne. Myślę, że dla pacjenta to jeszcze większy dramat, zwłaszcza jeśli on zdaje sobie sprawę, że w innych krajach UE mógłby być leczony inaczej.”*

dr Wojciech Rogowski, centrum leczenia nowotworów Magodent w Warszawie<sup>132</sup>

### 4.3.4. Wpływ zadłużenia szpitala na sytuację pacjenta

Trzeba zwrócić uwagę, że zadłużenie szpitala ma realne przełożenie na sytuację pacjentów. Szpitale znajdujące się w złej sytuacji finansowej starają się szukać oszczędności wszędzie tam, gdzie jest to możliwe. Nie omija to także pacjentów. Przykładem jest wymóg przynoszenia do szpitala własnych środków higienicznych, np. pampersów, a w skrajnych przypadkach nawet leków<sup>133</sup>.

<sup>131</sup> Millward Brown, kampania Głosuję na zdrowie, wrzesień 2015, [http://www.glosujenazdrowie.pl/wp-content/uploads/2016/03/Polacy\\_chca\\_zwiekszenia\\_nakladow\\_na\\_zdrowie\\_infografika\\_3.pdf](http://www.glosujenazdrowie.pl/wp-content/uploads/2016/03/Polacy_chca_zwiekszenia_nakladow_na_zdrowie_infografika_3.pdf) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>132</sup> PAP, Onkolodzy: możliwości leczenia raka trzustki w Polsce gorsze niż w UE, rynekzdrowia.pl, 17.10.2016 <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Onkolodzy-mozliwosci-leczenia-raka-trzustki-w-Polsce-gorsze-niz-w-UE,166596,1013.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>133</sup> Rp.pl, Prawa pacjenta: do szpitala z własnymi lekami, 30.08.2014, Katarzyna Nowosielska <http://www.rp.pl/artykul/1137079-Prawa-pacjenta--do-szpitala-z-wlasnymi-lekami.html#ap-5> (dostęp: 08.03.2017).

Z informacji uzyskanych od zarządzających szpitalami wynika, że zadłużona placówka stara się także negocjować mniejsze umowy z dostawcami usług. Przekłada się to jednak zawsze na spadek jakości. Przykładem może być zmniejszenie liczby pracowników firmy sprzątajacej, a w związku z tym rzadsze sprzątanie. Obniża się też jakość wyposażenia, które szpital kupuje. Polskie zadłużone placówki były zalewane przez tańsze chińskie produkty, których jakość również jest jednak niższa. Decydowano się na takie produkty nawet wtedy, gdy personel nie był zadowolony z ich użytkowania. Zarządzający placówką znajdującą się w trudnej sytuacji finansowej szuka też prostych oszczędności, takich jak gaszenie światła czy wykręcanie co drugiej żarówki na korytarzu.

---

*„Szpital zadłużony to szpital stopniowo obniżający jakość swoich usług. Jego dyrektor mniej myśli o pacjentach, a więcej o tym, jak znaleźć pieniądze na spłatę zobowiązań”.*

Renata Jazdź-Zaleska, prezes Zarząd Specjalistycznego Centrum Medycznego SA w Polanicy-Zdroju<sup>134</sup>

---

W skrajnych przypadkach zaplanowane zabiegi operacyjne są przekładane na późniejsze terminy, bo nie ma pieniędzy na zakup np. protezy, elektrody czy danych leków. Dostawcy z kolei mogą nie chcieć dostarczać kolejnych produktów, jeśli nie dostali płatności za poprzednie.

#### **4.4. Polityczna waga problemu zadłużenia szpitali**

Zadłużenie szpitali publicznych jest obecnie jednym z najważniejszych problemów polskiej służby zdrowia. Ma ono także wymiar społeczno-polityczny. Subiektywnie odczuwana poprawa działalności sektora ochrony zdrowia jest bowiem jednym z kryteriów sprawczości rządu Beaty Szydło.

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło już szereg propozycji zmian w polskiej ochronie zdrowia. Z punktu widzenia szpitali, do najważniejszych należą: przejście na budżetowy system finansowania ochrony zdrowia, likwidacja NFZ, sieć szpitali, zwiększenie nakładów na służbę zdrowia i zakaz pełnej prywatyzacji. W tej chwili trudno przewidzieć, jakie będą konsekwencje tych decyzji, tym bardziej, że część z nich jest nadal w fazie projektów.

---

*Tuż przed wyborami parlamentarnymi w 2015 r. Polacy oczekiwali, że ochrona zdrowia będzie istotnym tematem toczącej się kampanii wyborczej oraz priorytetem dla przyszłego rządu. Badani domagali się także lepszego dostępu do*

---

<sup>134</sup> Nik.gov.pl, Niebezpieczne długi szpitali samorządowych, 29.08.2016, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/niebezpieczne-dlugi-szpitali-samorzadowych-panel-ekspertow.html>.

nowoczesnej medycyny i zmniejszenia różnic w zdrowotności między Polską a innymi krajami Unii Europejskiej.

Zdaniem 87 proc. badanych temat powinien być traktowany jako priorytetowy – zarówno przez polityków, jak i media. 86 proc. badanych oczekiwało, że zdrowie stanie się kluczowym obszarem działań nowego rządu.

## Wykres 27. Do najbardziej oczekiwanych zmian w ochronie zdrowia należą:



Źródło: Millward Brown, badania kampanii „Głosuję na zdrowie, wrzesień 2015

W marcu 2016 r. 52 proc. badanych uważało, że poprawa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia nie jest priorytetem państwa (badanie kampanii Głosuję na zdrowie, Millward Brown). Badani oczekiwali też zwiększenia nakładów na leczenie. Zdrowie znalazło się na czele listy priorytetów wymagających większych nakładów – na drugim miejscu respondenci wskazywali edukację, a na trzecim pomoc socjalną. 66 proc. badanych uważało, że rząd powinien zwiększyć wydatki na zdrowie – nawet kosztem innych obszarów finansowanych z budżetu państwa<sup>135</sup>.

Zadłużenia szpitali publicznych jest w tej chwili jednym z najważniejszych problemów polskiej służby zdrowia. Zarówno samo zadłużenie, jak i przyczyny jego powstawania (m.in. niewystarczające finansowanie, odgórne narzucanie wymogów czy niedobór personelu medycznego), są dla pacjentów dokuczliwe. Wydaje się, że bez rozwiązania tych problemów subiektywny odbiór polskiej służby zdrowia nie będzie się poprawiał. Utrzymanie stanu obecnego jest poważnym ryzykiem politycznym, mogącym pogarszać notowania obecnego rządu.

<sup>135</sup> Millward Brown, Głosuj na zdrowie, wrzesień 2015, [http://www.glosujenazdrowie.pl/wp-content/uploads/2016/03/Polacy\\_chca\\_zwiekszenia\\_nakladow\\_na\\_zdrowie\\_infografika\\_3.pdf](http://www.glosujenazdrowie.pl/wp-content/uploads/2016/03/Polacy_chca_zwiekszenia_nakladow_na_zdrowie_infografika_3.pdf) (dostęp: 08.03.2017)

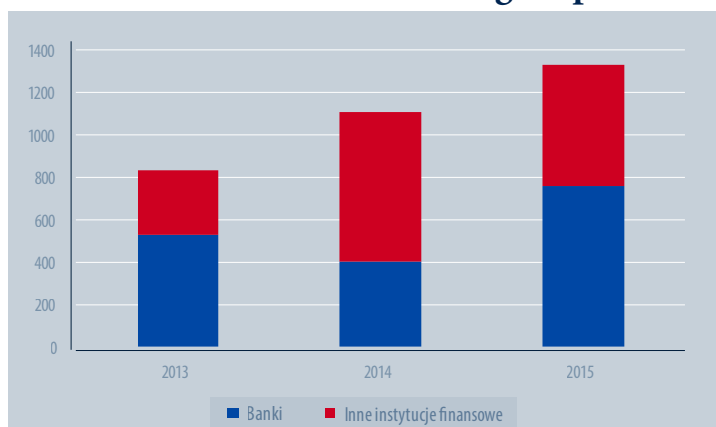
## 5. ROLA FINANSOWANIA ZEWNĘTRZNEGO W SŁUŻBIE ZDROWIA

### 5.1. Finansowanie zewnętrzne – statystyki

Na podstawie Biuletynu Zamówień Publicznych oraz Unijnych Zamówień Publicznych można ocenić, że do systemu ochrony zdrowia wpływa ok. 1,5 mld zł finansowania z zewnątrz<sup>136</sup>. W ostatnich latach obserwowany jest wyraźny trend wzrostowy.

W 2015 r. finansowanie pochodzące z banków wyniosło 759 mln zł. Z innych instytucji finansowych (nazywanych często w domenie publicznej parabankami) wpłynęło 570 mln. Wydaje się, że po finansowanie w instytucjach pozabankowych zgłaszały się przede wszystkim szpitale, które nie miały szansy na uzyskanie kredytu w banku.

**Wykres 28. Wartość finansowania udzielonego szpitalom w ramach PZP**



Źródło danych: obliczenia własne, baza PressInfo

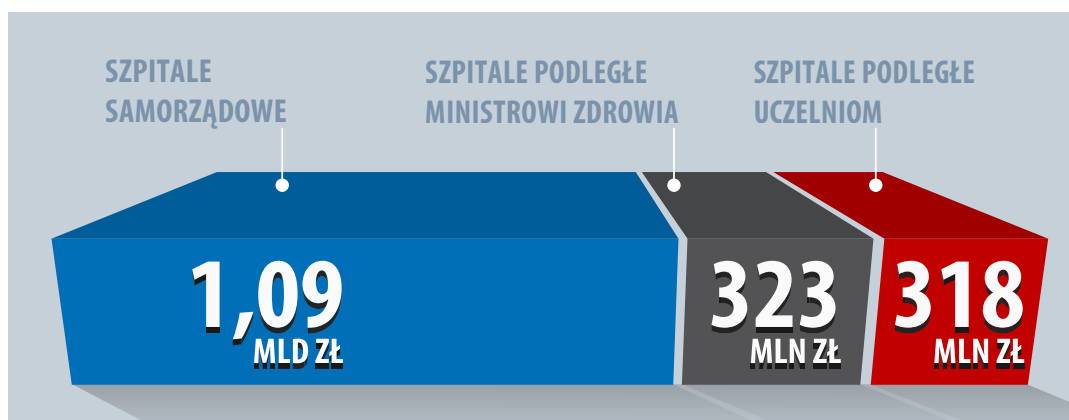
Produkty oferowane przez instytucje pozabankowe nie różnią się znacznie od tych, które znajdują się w ofercie banków. Do najpopularniejszych należą pożyczki krótko- i długoterminowe. Szpitale wykorzystują je np. w przypadku blokady w wypłacie nadwykonań czy dotacji. Instytucje pozabankowe oferują też pożyczki odnawialne (działają jak kredyt w rachunku, kredyt rewolwingowy). Jest to krótkoterminowe finansowanie uruchamiane na każdorazowy wniosek szpitala aż do wyczerpania przyznanego limitu. Pożyczki odnawialne są przeznaczone m.in. na wypłatę wynagrodzeń czy płatność składek ZUS. Na rynku dostępna jest także subrogacja, czyli płatność za szpital. Placówka negocjuje indywidualnie kwoty i terminy zapłaty, a firma pozaban-

<sup>136</sup> Baza PressInfo na podstawie Biuletynu Zamówień Publicznych oraz Biuletynu Unijnych Zamówień Publicznych.

kowa realizuje płatności zgodnie z tym harmonogramem bezpośrednio na rachunki wierzycieli. Produktem dedykowanym typowo dla szpitali jest też finansowanie nadwykonań. Jeśli placówka wypracuje nadwykonania, to instytucja pozabankowa podstawia pod to pieniądze. Szpital oddaje je, gdy porozumie się z Narodowym Funduszem Zdrowia w sprawie wypłaty nadwykonań.

Na największą kwotę zadłużone w instytucjach pozabankowych są szpitale samorządowe – łącznie na 1,09 mld zł. W przypadku szpitali podległych Ministrowi Zdrowia i uczelniom zadłużenie wynosi po ok. 300 mln zł.

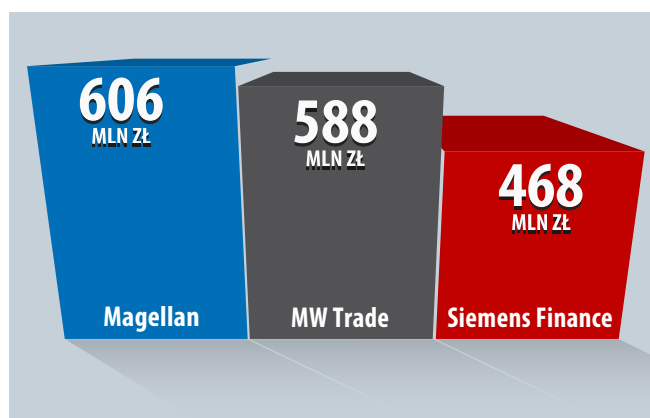
### Wykres 29. Długi w instytucjach pozabankowych w podziale na typ szpitala



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Szpitale znajdujące się w trudnej sytuacji finansowej najczęściej wybierają jedną z trzech instytucji pozabankowych, oferujących wsparcie dla szpitali, którym nikt nie chce już pomagać. Najwięcej zobowiązań szpitale zaciągnęły w firmie Magellan, nieco mniej w MW Trade i Siemens Finance.

### Wykres 30. Zadłużenie szpitali w instytucjach pozabankowych



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

## 5.2. Jak szpital może sobie radzić z długiem?

Szpital ma trzy możliwości na radzenie sobie z zadłużeniem. Jeśli ma pieniądze, może podpisać porozumienie z dostawcami i starać się je realizować. Jeśli nie ma pieniędzy, może skorzystać z finansowania zewnętrznego (bank lub instytucja pozabankowa) i spłacić wierzycieli, a sam regulować umowę pożyczki. Może również nie zrobić nic – w takiej sytuacji wierzyciele idą do sądu, a szpital po zakończeniu procesu czeka egzekucja komornicza.

Im dłużej dostawcy są w stanie kredytować i cierpliwie czekać na płatność, tym (z punktu widzenia szpitala) lepiej. Z tytułu opóźnienia płatności placówce naliczane są odsetki, które wynoszą, w zależności od interpretacji przepisów prawnych 8 lub 9,5 proc. w skali roku. Szpitale liczą jednak na to, że przy spłacie zadłużenia uda się je przynajmniej częściowo umorzyć.

W pewnym momencie jednak dostawcy tracą cierpliwość i zaczynają się domagać płatności. Warto tu przypomnieć, że z danych firmy Nettle wynika, że średni czas oczekiwania na zapłatę przez polskie szpitale publiczne wynosi 230 dni. Zaś ustawowy termin to 60 dni<sup>137</sup>. Z informacji uzyskanych z rynku wynika także, że dostawcy są obecnie mniej cierpliwi niż jeszcze 2-3 lata temu.

### 5.2.1. Porozumienie z dostawcami

Jeśli placówka ma dodatkowe pieniądze (pochodzące np. z pożyczki od podmiotu tworzącego lub z wypłaty nadwykonań), może próbować podpisać porozumienie z dostawcami. Szpital może negocjować jego warunki – przygotowuje się wówczas tzw. plan spłaty zadłużenia. Z informacji uzyskanych od zarządzających szpitalami wynika, że jeśli placówka znajduje się w bardzo trudnej sytuacji finansowej, to dostawcy godzą się na umorzenie połowy lub nawet całości odsetek, które powstały w wyniku nieterminowej płatności. Szpitale znajdujące się w nieco lepszej sytuacji finansowej nie mogą jednak liczyć na takie względy. Zarządzający szpitalami wskazują też, że dużym problemem jest uzyskanie dłuższego okresu spłaty np. przekraczającego 6 miesięcy. Krótszy czas zadłużonemu szpitalowi często niewiele daje, a ważne jest, żeby plan spłaty zadłużenia był realny. Zarówno kwestia umarzania odsetek, jak i długość okresu spłaty, są przede wszystkim zależne od polityki danego dostawcy oraz wielkości szpitala – większe placówki mogą liczyć na lepsze warunki.

Porozumienie z dostawcami jest najbardziej opłacalnym sposobem radzenia sobie z zadłużeniem. Trzeba jednak mieć na to środki, które w przypadku szpitali znajdujących się w naprawdę trudnej sytuacji finansowej są największym problemem. Standardem rynkowym jest umarzanie w takiej sytuacji ok. połowy odsetek za nieterminowe płatności (w zależności od interpretacji przepisów prawnych wynoszą one 8 lub 9,5 proc. rocznie). Koszt obsługi zadłużenia wynosi wówczas ok. 5 proc. rocznie.

---

<sup>137</sup> Klara Klinger, Michał Janczura, Szpitale nie muszą płacić części swoich należności. Zgodnie z prawem, forsal.pl, 21.10.2016, <http://forsal.pl/artykuly/977597,szpitala-nie-musza-placic-czesci-swoich-naleznosci-zgodnie-z-prawem.html> (dostęp: 08.03.2017).



## 5.2.2 Wykorzystanie finansowania zewnętrznego

Część szpitali decyduje się na sięgnięcie po finansowanie zewnętrzne, jeśli nie ma środków na spłacenie wierzycieli domagających się zapłaty. Szpital sam wykazuje wówczas inicjatywę i decyduje na co przeznaczyć pieniądze z pożyczki. Sam negocjuje z dostawcami warunki spłat lub pokrywa stare zobowiązania. W takiej sytuacji zazwyczaj także udaje mu się umorzyć część odsetek. Ich obniżka (lub całkowite umorzenie) zmniejsza koszt obsługi długu.

Ponieważ placówki będące w trudnej sytuacji finansowej rzadko uzyskują wsparcie z banku, zaczynają szukać go gdzie indziej. Najczęściej wybierają wówczas instytucję pozabankową. Trzy największe podmioty na rynku to: Magellan, MW Trade i Siemens Finance. Obecnie szpitale mogą otrzymać pożyczki w tego typu instytucjach oprocentowane od 5,20 proc. w skali roku<sup>138</sup>. Spłacają wówczas zadłużenia u dostawcy, a sami regulują umowę pożyczki. W uproszczeniu można przyjąć, że koszt obsługi długu to oprocentowanie pożyczki (5,20 proc.) i wysokość odsetek za opóźnienie płatności po wynegocjowanej obniżce (ok. 5 proc. w przypadku umorzenia połowy).

Trzeba tu dodać, że w ostatnich latach menedżerowie w szpitalach przeszli istotną profesjonalizację (m.in. nauczyli się zarządzania długiem) i nie czekają, aż dostawcy stracą cierpliwość. Skorzystanie z finansowania zewnętrznego daje im możliwość „złapania oddechu” na jakiś czas. Dzięki niemu wierzyciele „nie rzucą się szpitalowi do gardła” i unika on kosztownej egzekucji komorniczej. Uzyskanie finansowania z zewnątrz pozwala również negocjować z dostawcami umorzenie części kosztu opóźniania płatności – tak jak ma to miejsce w przypadku podpisania porozumienia (gdy szpital ma pieniądze na jego realizację). Instytucje pozabankowe są bardziej elastyczne w rozkładaniu spłaty pożyczki na dłuższy okres niż dostawcy. Możliwe jest także wynegocjowanie kilkuletniego okresu spłaty.

Wydaje się, że skorzystanie z finansowania zewnętrznego – jeśli placówka nie ma pieniędzy – jest rozwiązaniem bardziej racjonalnym i tańszym niż dopuszczenie do procesu z dostawcami i związanej z tym egzekucji komorniczej. Jest to narzędzie do racjonalnego zarządzania swoimi należnościami, stojące w kontrze do nieodpowiedzialnego grzechu zaniechania (prowadzącego ostatecznie do egzekucji komorniczej). Warte zauważenia jest również to, że w ostatnich latach finansowanie zewnętrzne znacznie staniało, co wiąże się z niskimi stopami procentowymi w gospodarce.

---

*„Nadal będę podkreślał, że wolę spłacać 6-procentową pożyczkę w Magellanie niż płacić ogromne koszty egzekucji, które pozostawiła nam poprzednia dyrekcja. Jestem zadowolony z osiągnięć obecnej dyrekcji: z tego, że ZUS jest płacony za pracowników na bieżąco, że nie wyskoczy nam na przykład konieczność radzenia sobie z zablokowanymi kontami, z czym przecież mieliśmy w 2015 r. do czynienia”.*

Wojciech Kociński, Starosta Oleśnicki <sup>139</sup>

---

<sup>138</sup> Wywiady przeprowadzone na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>139</sup> Żart: Teraz budowane będą mosty dla pana starosty, Polska Gazeta Wrocławska, 11.01.2017.

### 5.2.3. Zaniedbanie długu szpitala

Sam dług nie jest zjawiskiem nagannym, jednak nieobsługiwanie go pociąga za sobą negatywne konsekwencje. Jeśli szpital nie ma pieniędzy, a nie chce korzystać z finansowania zewnętrznego, odmawia zapłaty za dostarczone produkty i usługi. Gdy dostawcy nie chcą lub nie mogą dłużej czekać na płatność, idą do sądu. Z wyrokiem związana jest egzekucja komornicza z majątku szpitala. Jest to rozwiązanie najbardziej kosztowne.

W przypadku przegranego procesu i egzekucji komorniczej szpital musi zapłacić dostawcy odsetki za nieterminową płatność (8 lub 9,5 proc. w zależności od interpretacji przepisów), które często są kapitalizowane. Musi też zapłacić koszty wpisu sądowego (zależny od wartości przedmiotu sporu) i zastępstwa procesowego (maksymalnie 7200 zł). W zależności od sposobu egzekucji, kolejne 8 lub 15 proc. opłaty egzekucyjnej pobiera komornik. W konsekwencji szpital musi zapłacić dodatkowo ok. 20-30 proc. kwoty zadłużenia. Zwiększa to koszty funkcjonowania placówki, a w efekcie – całego systemu ochrony zdrowia.

W przypadku egzekucji komornik wysłała do NFZ pismo, że zajmuje kontrakt z tytułu wiarygodności. Kontrakty są informacją jawną, wydaje się więc, że wynagrodzenie komornika jest niewspółmierne do wkładu pracy. Szpitale mogą domagać się obniżenia opłaty egzekucyjnej. Z informacji uzyskanych z rynku wynika jednak, że nie wszystkie wiedzą o takiej możliwości.

Dopuszczenie do egzekucji komorniczej to efekt zaniechania i zaniedbania długu szpitala. Po pierwsze, pociąga ono za sobą bardzo duże koszty. Po drugie, znacznie utrudnia zarządzanie własnym przychodem. W przypadku zajęcia części kontraktu przez komornika trudniej ocenić, ile pieniędzy szpital ma do dyspozycji. Utrudnia to planowanie działalności placówki, a może nawet doprowadzić do jej paraliżu.

Z punktu widzenia prawa dyrektorowi szpitala nie wolno płacić odsetek. Jako osobie odpowiedzialnej można mu wówczas postawić zarzut niegospodarności (art. 16 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych). Dlatego w skrajnych przypadkach zarządzający placówkami wolą doprowadzić do procesu w sądzie i egzekucji komorniczej niż skorzystać z finansowania zewnętrznego (które jest oprocentowane). Wówczas nie zostaną posądzeni o niegospodarność, nawet jeśli z egzekucją komorniczą będą wiązały się większe koszty. Placówkę kosztuje to bowiem dodatkowo aż 20-30 proc. kwoty zadłużenia. W przypadku skorzystania z pożyczki na rynku finansowym koszt wyniosłby ok. 6 proc. powiększone o wysokość odsetek za opóźnienie płatności po wynegocjowanej obniżce u dostawcy.

### 5.3. Niechętna postawa banków wobec finansowania szpitali

Szpitaly znajdujące się w trudnej sytuacji finansowej mają duże trudności z otrzymaniem wsparcia z banku. Z punktu widzenia banku, finansowanie szpitala jest obciążone zbyt dużym ryzykiem. Dodatkowo prawo bankowe jest tak skonstruowane, że pożyczanie pieniędzy szpitalowi wymaga utworzenia rezerw. Banki uznają też, że kontrakty z NFZ to za małe zabezpieczenie pod kredyt. Żądają dodatkowych zabezpieczeń i poręczeń, na które jednak ani podmioty tworzące, ani szpitale nie mają środków. Z informacji uzyskanych od zarządzających szpitalami wynika, że uważają oni banki za mało elastyczne.

### Tabela 3. Symulacja zadłużenia szpitala – wysokość długu: 1 000 000 zł Sposoby radzenia sobie z zadłużeniem szpitala

**Wariant 1:** Szpital ma dodatkowe pieniądze na spłatę zadłużenia:

- porozumienie z dostawcami: 1 000 000 – 1 050 000 zł

**Wariant 2:** Szpital nie ma dodatkowych pieniędzy na spłatę zadłużenia:

- finansowanie zewnętrzne: 1 052 000 – 1 102 000 zł
- proces sądowy i związana z nim egzekucja komornicza 1 200 000 – 1 300 000 zł

Źródło: obliczenia własne

---

*„Nic nie możemy – odpowiada dyrektor szpitala miejskiego z Grudziądza Marek Nowak i dodaje, że gros placówek jest ubezwłasnowolnionych. (...) Banki, zgodnie z przepisami prawa bankowego, nie udzielają kredytów jednostce posiadającej ujemne kapitały własne”.<sup>140</sup>*

---

Istnieją przypadki, gdy banki kredytują szpitale, jednak są to zazwyczaj placówki znajdujące się w dobrej kondycji – przynoszące zyski i mające niewielkie zadłużenie. Szpital z długami, bez możliwości poręczenia kredytu przez podmiot tworzący, nie otrzyma wsparcia z banku.

Szpital, które otrzymają propozycję umowy z bankiem, prawie zawsze się na nią zgodzą, ponieważ w większości wypadków będzie ona nieco tańsza niż oferta z pozabankowej instytucji finansowej. Dodatkowo będzie bezpieczniejsza dla dyrekcji szpitala z punktu widzenia wizerunkowego. Jednak kredyt z banku jest dla wielu szpitali trudno dostępnym „dobrem luksusowym”. Instytucje pozabankowe są jedynym miejscem, gdzie mogą one uzyskać wsparcie. Trzeba tu także zwrócić uwagę, że w przeciwieństwie do lat ubiegłych, dzisiaj koszt takiego finansowania nie odbiega znacznie od oferty bankowej dla szpitali.

---

*„Banki dziś nie chcą i nie będą pożyczały im pieniędzy, bo nie mają odpowiedniego zabezpieczenia. Poza tym nie udzielą pożyczki na spłatę zadłużenia, a takie de facto biorą szpitale. I koło się zamyka”.*

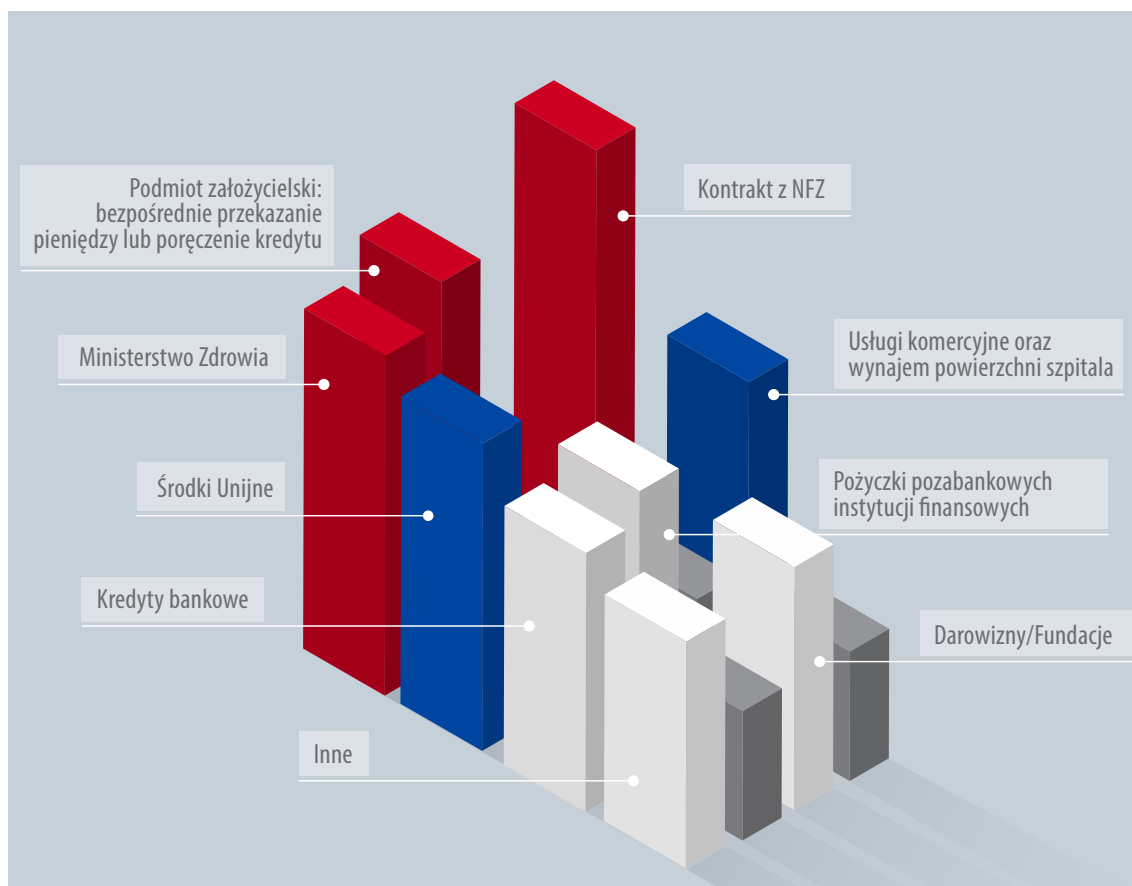
Tomasz Kwiatkowski, ekspert finansów w ochronie zdrowia,  
prezes spółki Uzdrowisko Nałęczów<sup>141</sup>

---

<sup>140</sup> Klara Klinger Michał Janczura, Szpitale wpadły w spiralę parabankowego długu, gazetaprawna.pl, 19.10.2016, <http://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/985632,szpital-dlugi-w-firmach-pozyczkowych.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>141</sup> Piotr Kozłowski, Szpitale pożyczają pieniądze w parabankach. Nie mają innego wyjścia?, Lublin.wyborcza.pl, 07.07.2015, <http://lublin.wyborcza.pl/lublin/1,48724,18315875,szpital-pozyczaja-pieniadze-w-parabankach-nie-maja-innego.html> (dostęp: 08.03.2017)

## Infografika 4. Źródła finansowania szpitali



Źródło: opracowanie własne

### 5.4. Przerzucanie odpowiedzialności za błędy systemu na dostawców szpitali

Systemowe problemy powodujące zadłużenie szpitali publicznych przekładają się nie tylko na ich kondycję finansową, ale też na sytuację firm współpracujących ze szpitalami. Są to w szczególności dostawcy leków, sprzętu medycznego, materiałów opatrunkowych czy odczynników, a także firmy cateringowe, sprzątające czy świadczące usługi pralnicze.

*W styczniu 2016 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, która wyznacza ustawowe terminy pokrywania zobowiązań przez podmioty publiczne na 60 dni. W większości przypadków termin ten nie jest dotrzymywany przez szpitale, co zmusza dostawców do pozyskiwania finansowania w celu utrzymania płynności.*

Źródło danych: Związek Pracodawców Stratera MED (reprezentuje dostawców towarów i usług dla szpitali)

Szpital w trudnej sytuacji finansowej w pierwszej kolejności dba o to, by wypłacić wynagrodzenia, zapłacić składki na ubezpieczenia społeczne i podatek od wynagrodzeń czy spłacić odsetki od kredytów. Zapłata dostawcom – nawet wynikająca z zawartej umowy – znajduje się na ostatnim miejscu listy priorytetów. W celu dopięcia budżetu, szpitale finansują koszty zobowiązaniami, tzn. zapożyczają się u dostawców. W rzeczywistości więc dostawcy szpitali stają się przymusowymi kredytodawcami publicznej służby zdrowia. Jak wynika z danych firmy Nettle (współpracującej z dostawcami), średni czas oczekiwania na zapłatę przez szpitale wynosi 230 dni. Ustawowy termin to 60 dni<sup>142</sup>. Można podejrzewać, że szpitale podają w specyfikacji przetargowej termin płatności faktury wyznaczony przez ustawę, mimo że wiedzą, iż w aktualnej sytuacji finansowej nie będą w stanie go dotrzymać.

Warto też zwrócić uwagę, że mechanizm współpracy z dostawcami jest oparty na nierównomiernych zasadach. Umowy przetargowe są tak sformułowane, że dostawca musi dostarczać produkt/usługę nawet pomimo tego, że szpital nie wywiązał się z dotychczasowych płatności. Jeśli umowa została podpisana na rok i szpital co miesiąc składa zamówienie na bandaż, to dostawca musi je dostarczać przez okres trwania umowy – nawet jeśli szpital nie opłacił wcześniejszych faktur. Takie sformułowanie umowy przetargowej jest z punktu widzenia dostawcy bardzo niekorzystne.

Szpital często zwlekają z płatnościami, bo po prostu nie mają na to środków. Dodatkowo wiedzą, że dostawca zarabia na dostawie, a nie na odsetkach. Jeśli ostatecznie regulują swoje płatności, to często wymuszają na dostawcy umorzenie odsetek. Tłumaczą, że nie chcą ponosić dodatkowych kosztów. W ten sposób, poprzez zrzekanie się części zapłaty, dostawcy są obciążeni kosztami realizacji opieki zdrowotnej, za którą odpowiada państwo.

Jeśli nie uda się dojść do porozumienia, dostawcy kierują sprawę do sądu. Jednak w rzeczywistości nie przynosi to oczekiwanych efektów, ponieważ proces rozpatrywania i orzekania jest w takich sprawach bardzo wydłużony: średnio wynosi 1,5-2 lat. Przez ten czas wierzyciel musi sam zabezpieczać środki na swoje funkcjonowanie (np. płacić pracownikom). Może to skutkować nawet bankructwem.

Wydaje się, że problem zadłużenia szpitali może uderzyć w szczególności w małe, rodzinne polskie firmy. Przedsiębiorstwo, które wygrywa przetarg, inwestuje w swoją infrastrukturę i w zespół, aby wywiązać się z umów przetargowych. Z powodu trudnej sytuacji finansowej szpitali często okazuje się, że płatność jest mocno wydłużona albo dostawca wręcz musi walczyć o nią na drodze sądowej. Sytuacja jest tym trudniejsza, że w związku z wysoką specjalizacją części produktów i usług związanych z rynkiem medycznym, przedsiębiorcy ci mają znacząco ograniczony zakres odbiorców. Jeśli kierują swoją ofertę głównie do szpitali, opóźnienia w płatnościach mogą pojawiać się na wielu kontraktach jednocześnie. Mniejsze firmy bez dużego zabezpieczenia finansowego nie mogą pozwolić sobie na czekanie. Dla nich płynność finansowa

---

<sup>142</sup> forsal.pl, Klara Klinger, Michał Janczura, Szpitale nie muszą płacić części swoich należności. Zgodnie z prawem, forsal.pl, 21.10.2016, <http://forsal.pl/artykuly/977597,szpitala-nie-musza-placic-czesci-swoich-naleznosci-zgodnie-z-prawem.html> (dostęp: 08.03.2017)

jest szczególnie ważna. Dlatego mogą zacząć unikać startowania w przetargach dla szpitali – wycofać się z rynku lub podjąć inną działalność. Mogą też unikać najbardziej zadłużonych szpitali.

Premiowałyby to dużych dostawców (często o zagranicznym kapitale), którzy mogą pozwolić sobie na wydłużenie terminów płatności. Oznaczałoby to też obniżenie konkurencyjności usług medycznych i opiekuńczych dla szpitali, a w dłuższej perspektywie nawet monopolizację tego rynku przez międzynarodowe korporacje. Jeśli na rynku zostanie tylko kilku dużych graczy, będą mogli oni dowolnie dyktować warunki, w tym podnosić ceny. Dla szpitali oznaczałoby to kolejny wzrost kosztów prowadzenia działalności, a dla systemu opieki zdrowotnej dalszy wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych.

Z informacji uzyskanych z rynku wynika także, że istnieje grupa firm, które startują głównie w przetargach szpitali znajdujących się w gorszej sytuacji finansowej. Obniżają one ceny oferowane w przetargu, bo wiedzą, że zarobią na odsetkach za przeterminowane płatności. Jeśli dojdzie do procesu sądowego wykorzystują kruczki prawne (np. maksymalizują koszty zastępstwa procesowego), by jak najwięcej zarobić. Zadłużenie szpitali i opóźnienia w płatnościach generują tu więc dodatkowe koszty.

### 5.5. Dotychczasowe ograniczenia zewnętrznego finansowania

Jeśli znajdujący się w trudnej sytuacji finansowej szpital nie może uzyskać wsparcia w sektorze publicznym (Ministerstwo Zdrowia, NFZ, podmiot tworzący), zaczyna go szukać w sektorze prywatnym. W związku z ograniczeniem możliwości korzystania przez zadłużone szpitale publiczne z kredytów bankowych, konieczne staje się poszukiwanie innych źródeł. Aby zapewnić placówkom płynność finansową, zarządzający szpitalami zwracają się o pomoc do instytucji pozabankowych. Wydaje się to rozwiązaniem bardziej racjonalnym niż utrata płynności finansowej, której konsekwencją będzie dalsze zadłużanie się u dostawców, odsetki ustawowe, a w dalszej perspektywie – egzekucja komornicza.

Szpitale mają możliwość swobodnego wyboru kredytu i pożyczki. Część podmiotów ma jednak zapisane w statucie, że w celu zaciągnięcia długu musi poprosić o zgodę organu tworzącego. Przyjęte jest zwyczajowo, że zarządzający szpitalem o taką zgodę pyta, nawet jeśli nie ma wymogu formalnego. Niektóre samorządy jednak nie udzielają takich zgód, np. marszałek województwa lubuskiego od 2011 r. nie wyraził ani jednej<sup>143</sup>. Jeśli samorząd odmawiając udzielenia zgody, równocześnie nie poręczy szpitalowi kredytu, to zarządzający nim są pozostawieni sami sobie z problemem zadłużenia.

Istnieją jednak ograniczenia zewnętrznego finansowania szpitali publicznych, które są konsekwencją wyroków Sądu Najwyższego. Dostawca nie może swobodnie dysponować swoją wierzytelnością. Na sprzedaż długu bankowi bądź firmie faktoringowej musi mieć zgodę podmiotu tworzącego.

W art. 54 ustawy o działalności leczniczej zapisane jest, że aby dokonać czynności, która przenosi wierzytelność szpitala na inny podmiot, wymagana jest zgoda podmiotu tworzącego. W przypadku niezyskania zgody, czynność taka jest nieważna<sup>144</sup>. Art. 54 odnosi się np. do cesji

<sup>143</sup> Klara Klinger, Michał Janczura, Państwowa konkurencja dla parabanków, Dziennik Gazeta Prawna, 30.01.2017.

<sup>144</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.



wierzytelności na inny podmiot. Polega ona w dużym uproszczeniu na tym, że dostawca zawiera z bankiem lub firmą faktoringową umowę i otrzymuje pieniądze, a ze szpitalem rozlicza się już instytucja finansowa.

Natomiast wykładnia zawarta w orzeczeniach Sądu Najwyższego wskazuje na szerszą interpretację art. 54 ustawy o działalności leczniczej i odnosi się również do innych czynności, których dalszym, ale nie bezpośrednim skutkiem może być zmiana wierzyciela. Obejmują one wówczas m.in. poręczenie, przekaz, umowę gwarancyjną czy umowę konsorcjum.

Jak wskazuje praktyka rynkowa, możliwość uzyskania takiej zgody jest zazwyczaj iluzoryczna. Podmioty tworzące nie tylko nie wyrażają zezwolenia na zmianę wierzyciela, ale najczęściej w ogóle nie udzielają odpowiedzi – przepisy z kolei tego nie wymagają. Ani szpital, ani jego dostawcy, ani zainteresowani nabyciem długów nie mają żadnych prawnych środków, by taką odpowiedź uzyskać. Można odnieść wrażenie, że samorządy chcą się dystansować od tego, co dzieje się w szpitalach, których są właścicielami – nie chcą brać za to odpowiedzialności. Pod decyzją musiałby też złożyć podpis konkretny urzędnik, który mógłby później za to zostać pociągnięty do odpowiedzialności politycznej.

Jeśli podmioty tworzące wydawały decyzję, była ona zazwyczaj odmowna. Wydaje się, że często rzeczywistym motywem odmowy był strach przed posądzeniem o groźnie brzmiący „handel długami szpitali”, a nie analiza potencjalnych zysków i strat szpitala.

**Tabela 4. Szpitale, dla których udzielono zgody na cesję**

Podmiot tworzący	Liczba szpitali ze zgodą na cesję	% szpitali z danej grupy
Gmina / miasto	5	16,1%
Powiat	17	15,5%
Województwo	26	33,8%
Akademia Medyczna	5	26,3%
Ministerstwa	6	19,4%

Źródło: Związek Pracodawców Stratera MED

Wydaje się, że podmioty tworzące wolą mieć za wierzyciela dostawcę niż bank lub inną instytucję finansową. Po pierwsze, przedsiębiorca dostarczający towar lub usługi nie jest na ogół agresywnym wierzycielem, bo zależy mu na zawarciu kolejnych umów ze szpitalem. Po drugie zaś, instytucje finansowe są znacznie skuteczniejsze w windykacji niż podmioty w tym niewyspecjalizowane.

Ograniczenie możliwości zmiany wierzyciela uniemożliwia dostawcom podmiotu leczniczego zmniejszenie ryzyka związanego z opóźnieniami w płatnościach przez przeniesienie ich na podmiot trzeci (np. firmę faktoringową). Taka konstrukcja niwelowania ryzyka jest standardową praktyką w innych branżach. W sytuacji, w której przeterminowane długi podmiotów leczniczych wynoszą przeszło 2 mld złotych, obawy dostawców mogą być uzasadnione. Odmawianie im możliwości wsparcia się zewnętrznym finansowaniem w rzeczywistości oznacza skazywanie ich na ponoszenie konsekwencji problemów systemowych polskiej służby zdrowia.

Przeniesienie wierzytelności jest często dla dostawców jedyną drogą umożliwiającą odzyskanie zamrożonych należności. Jest to jedyna szansa na kontynuację produkcji czy też wypłatę pensji pracownikom, a co za tym idzie – zachowanie ciągłości świadczenia dostaw lub usług na rzecz szpitali.



## 5.6. Konsekwencje ograniczania finansowania zewnętrznego

Należy zauważyć, że korzystanie przez szpitale z finansowania zewnętrznego wynika z braku innych możliwości utrzymania płynności. Problemy systemowe finansowania ochrony zdrowia w Polsce (min. niedofinansowanie, brak wypłat środków za nadwykonania czy niedobór personelu medycznego) wykreowały popyt na usługi sektora finansowego. Instytucje pozabankowe są często ostatnią deską ratunku dla szpitala, któremu już nikt nie chce pożyczać pieniędzy na bieżącą działalność. W pewnym sensie wspomagają więc one utrzymanie systemu i dostępu Polaków do leczenia. Trzeba bowiem pamiętać, że w dłuższej perspektywie za utratą płynności finansowej szpitala idzie przerwanie ciągłości wykonywania świadczeń zdrowotnych.

---

*„Problem nie leży w parabankach, tylko w tym, dlaczego szpitale od nich pożyczają. Najważniejsze, żeby zatrzymać proces zadłużania się szpitali”.*

Dariusz Szymański, główny księgowy warszawskiego Centralnego Szpitala Klinicznego na Banacha<sup>145</sup>

---

Wydaje się, że ograniczenie możliwości korzystania z finansowania zewnętrznego bez wcześniejszego rozwiązania systemowych problemów finansowania ochrony zdrowia byłoby ryzykowne. W pierwszej kolejności trzeba zlikwidować przyczyny zadłużania się szpitali publicznych. W przeciwnym wypadku zadłużenie będzie dalej narastać, a wiele szpitali znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej straci ostatnią szansę na pozyskanie środków na leczenie pacjentów.

---

*„Nie można przeoczyć bardzo istotnego faktu: wychodzenie z długów też kosztuje. W gdańskim szpitalu klinicznym, którym kierowałam, niemożliwa byłaby jakakolwiek restrukturyzacja bez pomocy Agencji Rozwoju Przemysłu. Wychodzenie z długów to także inwestycje w poprawę bezpieczeństwa i jakości, załatwienie spraw pracowniczych, restrukturyzacja oddziałów wymaga nakładów – na to wszystko potrzebne są środki. Pieniądze, których zadłużony po uszy szpital najzwyczajniej nie ma. I jeżeli nie pojawi się instytucja, do której taki szpital będzie się mógł zwrócić – będziemy musieli pogodzić się z tym, że szpitale zwracać się będą po pożyczki do parabanków. Bo w wielu wypadkach to jedyne instytucje, które chcą ze szpitalami rozmawiać”.*

Ewa Książek-Bator, członek zarządu Polskiej Federacji Szpitali<sup>146</sup>

---

Ograniczenie możliwości zdobywania finansowania na rynku prywatnym nie doprowadzi do rzeczywistej poprawy sytuacji finansowej szpitali publicznych. Jego konsekwencją może być

---

<sup>145</sup> Tamże.

<sup>146</sup> Termedia.pl, Kto zmusza szpitale do korzystania z parabanków, oprac. Bartłomiej Leśniewski, 06.02.2017: <http://www.termedia.pl/mz/Kto-zmusza-szpitala-do-korzystania-z-parabankow,25013.html> (dostęp: 08.03.2017).

zwiększenie liczby egzekucji komorniczych w szpitalach, związanych m.in. z zadłużeniem u dostawców. To z kolei przyczyni się do zwiększenia kosztów działania polskiej służby zdrowia – która już dziś jest niedofinansowana – i dezorganizacji działania szpitali.

Skutki będą odczuwalne przede wszystkim dla pacjentów, których dostęp do terapii może zostać ograniczony. Przy uwzględnieniu wzrostu kosztów działalności i braku dodatkowych środków, szpitale będą zmuszone zmniejszyć liczbę udzielanych świadczeń.

---

*„Nie można wszystkiego zrzucić na parabanki. One po prostu dobrze czują rynek. Bez dwóch największych parabanków, które pożyczają pieniądze, duże szpitale z dnia na dzień przestają istnieć. Jeśli będą chciały, skierują sprawy do komorników i cała służba zdrowia leży – mówi nam dyrektor dużego szpitala”<sup>149</sup>.*

---

---

<sup>149</sup> Klara Klinger, Michał Janczura, Szpitale wpadły w spiralę parabankowego długu, Dziennik Gazeta Prawna, 19.10.2016, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/985632,szpital-e-dlugi-w-firmach-pozyczkowych.html> (dostęp: 08.03.2017).

## 6. PROGNOZY

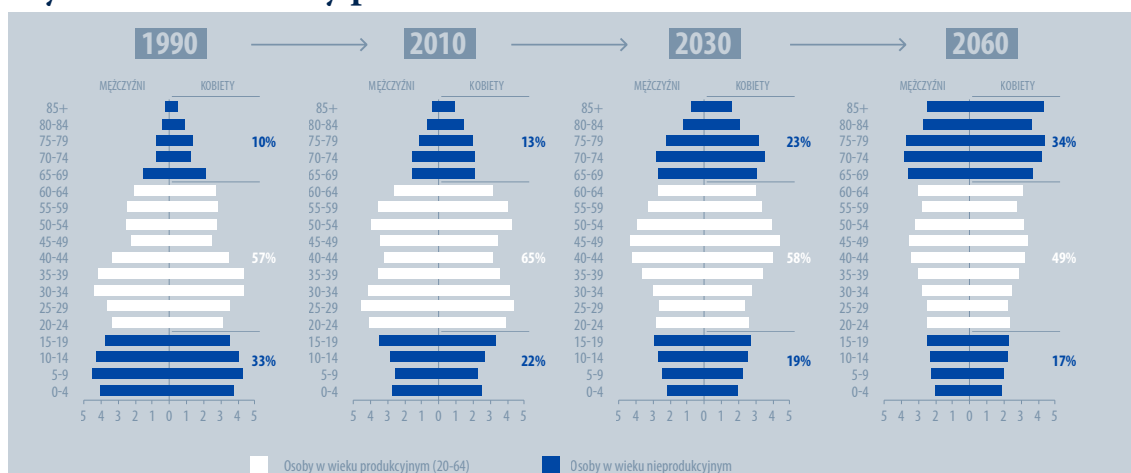
Szpital jako element systemu muszą mierzyć się z tymi samymi wyzwaniami, co pozostała część opieki zdrowotnej, tzn. ograniczonymi zasobami kadrowymi czy finansowymi, starzeniem się społeczeństwa i kosztownymi nowymi technologiami medycznymi. Na ich sytuację oraz wysokość zadłużenia wpłyną też zmiany wprowadzane przez rząd Prawa i Sprawiedliwości.

### 6.1. Wzrost kosztów leczenia związany ze starzeniem się społeczeństwa

Starzenie się społeczeństwa, wydaje się być kluczowym czynnikiem, który zdominuje kształt polskiej ochrony zdrowia w najbliższych dziesięcioleciach. Społeczeństwo polskie należy do najszybciej starzejącego się w całej Unii Europejskiej – w ciągu najbliższych 20 lat liczba osób 65+ w Polsce wzrośnie o około 3 mln, czyli do 8,5 mln osób. Konsekwencje tych zmian dla systemów ochrony zdrowia mogą być bardzo duże, nawet jeżeli w chwili obecnej trudno je dokładnie ocenić.

Do roku 2060 udział osób w wieku 65-79 lat w populacji ma się zwiększyć dwukrotnie, a udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie. Dodatkowo niski wskaźnik urodzeń spowoduje, że procentowo większa grupa osób starszych (w stosunku do całego społeczeństwa) będzie wymagała bardziej kosztownych zabiegów.

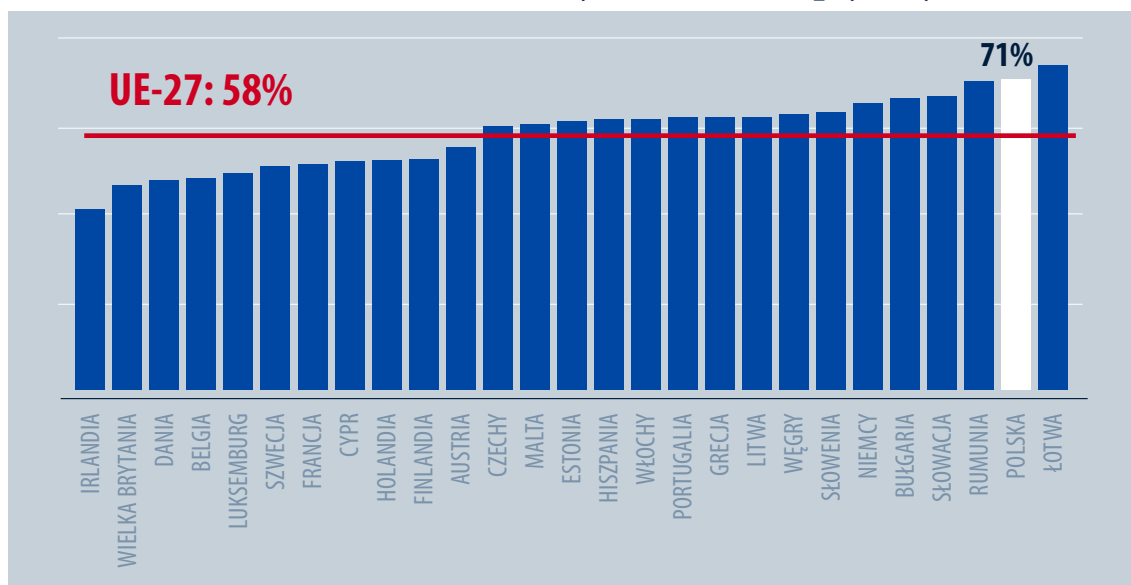
Wykres 31. Piramidy płci i wieku dla Polski w latach 1990-2060



Źródło: prognoza demograficzna Eurostat

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa polskiego pociągnie za sobą poważne konsekwencje dla systemu finansowania oraz podaży usług i produktów medycznych. Ma to związek ze zwiększoną zachorowalnością ludzi w podeszłym wieku, tendencją do współistnienia wielu chorób, cięższym przebiegiem chorób, chorobami przewlekłymi związanymi z wiekiem, co nie raz prowadzi do zniedołężnienia i konieczności stałej pomocy osób trzecich. Dodatkowo u osób starszych zmienia się struktura chorób (dominują schorzenia przewlekłe, np. choroby układu sercowo-naczyniowego czy choroby metaboliczne). Powoduje to rosnące koszty ochrony zdrowia.

**Wykres 32. Relacja liczby osób w wieku 65+ do liczby osób w wieku 20-64 lata w krajach Unii Europejskiej**



Źródło: prognoza demograficzna Eurostat

*W ciągu najbliższych 20 lat o 2-8 proc. będzie rosła zachorowalność na choroby przewlekłe (demencja, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, cukrzyca, osteoporoza).*

Źródło: PwC, Wzrasta wartość rynku opieki długoterminowej w Polsce, 04.11.2015.

*Całkowite koszty chorób sercowo-naczyniowych (hospitalizacje, leki, produktywność utracona z powodu wcześniejszych rent i emerytur, przedwczesna umieralność, zwolnienia chorobowe itd.) wyniosły w 2011 r. 42 mld zł. Szacuje się, że całkowite koszty związane z tą grupą chorób wzrosną do 93 mld zł w 2030 roku, z czego koszty bezpośrednie (świadczenia zdrowotne i leki) wyniosą 39,6 mld zł (obecnie 15,3 mld zł), zaś pośrednie – 53,3 mld zł (obecnie 26,7 mld zł)<sup>148</sup>.*

Według szacunków EY z 2016 r. w obecnej strukturze świadczeń finansowanych przez NFZ roczny przeciętny koszt na jednego obywatela w wieku od 0 do 65 lat to ok. 1,2 tys. zł rocznie. Natomiast koszt świadczeń dla osób w wieku powyżej 65 lat to 3,5 tys. zł<sup>149</sup>. Koszt ten może dodatkowo rosnąć w związku z rozwojem technologicznym i droższymi metodami leczenia.

<sup>148</sup> Na podstawie danych departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia

<sup>149</sup> Newseria.pl, Ceny usług medycznych w Polsce będą rosnąć. Jedną z przyczyn jest starzejące się społeczeństwo, 17.03.2016, [https://biznes.newseria.pl/news/ubezpieczenia/ceny\\_uslug\\_medycznych\\_w,p71607873](https://biznes.newseria.pl/news/ubezpieczenia/ceny_uslug_medycznych_w,p71607873) (dostęp: 08.03.2017).

W związku ze starzeniem się społeczeństwa polem do inwestycji będzie też opieka długoterminowa. Rosnący popyt na te usługi to trend naturalnie pojawiający się w starzejącym się społeczeństwie, jednakże w Polsce należy się spodziewać szczególnie dynamicznego wzrostu (ok. 6 proc. rocznie)<sup>150</sup>. Wpływ mają na to czynniki takie jak: większa zachorowalność na choroby przewlekłe, zmiana modelu rodziny, mobilność młodych oraz rosnąca liczba gospodarstw jednoosobowych. Dodatkowo jedynie 5-6 proc. polskich seniorów jest objętych taką opieką, podczas gdy średnia dla wszystkich państw z grupy OECD wynosi 14 proc. Według szacunków PwC do 2020 r. wydatki na ten cel wzrosną w Polsce do 8 mld zł w porównaniu z 5,4 mld w 2015 r. (z czego 3,2 mld zł to środki publiczne)<sup>151</sup>.

## 6.2. Wzrost kosztów wytworzenia procedury medycznej

### 6.2.1 Wzrost kosztów leczenia związany ze wzrostem wynagrodzeń

Na potrzebę zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia wpłynie także zwiększenie kosztów wytworzenia procedury medycznej – leczenie będzie droższe. Odpowiadać za nie będzie przede wszystkim wzrost wynagrodzeń w służbie zdrowia. Z jednej strony będzie to odpowiedź na presję płacową ze strony personelu medycznego i niemedycznego. Lekarze, a zwłaszcza pielęgniarki, zarabiają mało na tle zachodnich sąsiadów i wzrost płac wydaje się być w kolejnych latach nieunikniony (z niewielkimi wyjątkami wśród wybranych specjalistów).

Z drugiej strony na wzrost wytworzenia procedury medycznej wpłyną inne wprowadzone lub planowane podwyżki wynagrodzeń. W szczególności ustalenie minimalnej stawki godzinowej w wysokości 13 zł dla pracujących na umowach zlecenia oraz umowach o świadczenie usług, które obejmie niewykwalifikowanych pracowników szpitali oraz pracowników firm zewnętrznych świadczących usługi na rzecz placówek medycznych, np. sprzątania, prania, wyżywienia, dostawy. Dodatkowo będą to podwyżki dla pielęgniarek wynegocjowane po strajkach w 2015 r. oraz wprowadzenie zapowiadanego minimalnego wynagrodzenia za pracę w ochronie zdrowia. Wydarzenia te będą miały wpływ na cenę wytworzenia procedury medycznej zarówno w krótkiej, jak i długiej perspektywie – podwyżki są rozłożone w czasie do 2019 r. (pielęgniarki) i 2021 r. (minimalne wynagrodzeniem za pracę w ochronie zdrowia).

### 6.2.2 Wzrost kosztów leczenia związany z rozwojem technologii medycznej

Rosnące koszty wytworzenia procedury medycznej wynikają także z wprowadzania coraz bardziej specjalistycznego, innowacyjnego leczenia. Nowe technologie medyczne – niezależnie

<sup>150</sup> PwC, 10 kluczowych trendów w polskiej opiece zdrowotnej, [http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html#centerPar\\_image](http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html#centerPar_image) (dostęp: 08.03.2017).

<sup>151</sup> PwC, Wzrasta wartość rynku opieki długoterminowej w Polsce, <http://www.pwc.pl/pl/media/2015/2015-11-04-wzrasta-wartosc-ryнку-opieki-długoterminowej-w-polsce.html> (dostęp: 08.03.2017).

od tego, czy chodzi o zastosowanie miniaturowych robotów w chirurgii, terapie związane z rozwojem genetyki, hodowle tkanek, czy też stale pojawiające się nowe leki – stanowią kolejne wyzwanie, przed jakim stają systemy ochrony zdrowia. Z drugiej strony, dzięki nakładom na badania, nowe leki i sprzęt, leczy się (lub zalecza) to, co jeszcze niedawno było nieuleczalne.

Rozwój technologiczny powoduje także przedłużanie życia chorych o lata. Z punktu widzenia pacjentów są to oczywiście bardzo dobre informacje. Jednak z perspektywy systemu jest to problem: tacy chorzy kosztują bardzo dużo. To zaś zmniejsza budżet przeznaczony na całą ochronę zdrowia.

---

*W 1995 r. koszt życia chorego na raka wynosił w Stanach Zjednoczonych 51,4 tys. dol. (koszty ponosili pacjent i ubezpieczyciel). W 2005 r. koszt ten wzrósł do 139,1 tys. dol. W 2013 r. Amerykanie płacili 207 tys. dol. za rok życia jednego pacjenta.*

Źródło: American Economic Association

---

---

*„Kiedyś zdarzało się, że pacjent umierał podczas pierwszego pobytu w szpitalu. Obecnie z tą samą chorobą żyje trzy lata, ale wymaga 10 pobytów w szpitalu. Czyli jest dla budżetu 10 razy droższy”.*

prof. Wiesław Jędrzejczak, hematolog, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego<sup>152</sup>

---

W tym kontekście ważna jest też coraz większa świadomość pacjentów, którzy częściej korzystają zarówno z opieki medycznej, jak i z profilaktyki. Oczekują też zastosowania do diagnostyki i terapii najnowocześniejszych technologii. Presja wywierana przez pacjentów na lekarzy także może mieć wpływ na wzrost kosztów leczenia.

Rozwój technologii medycznej wymaga znacznego zwiększenia środków na ochronę zdrowia. W przeciwnym wypadku innowacyjne leki i coraz bardziej specjalistyczne leczenie nie staną się masowe. Będzie to oznaczać, że stać na nie tylko wybranych, a lekarze będą musieli wybierać, kogo leczyć.

### **6.3. Zmniejszenie liczby osób uiszczających daniny publiczne na sfinansowanie opieki zdrowotnej**

Starzenie się polskiego społeczeństwa to proces nieuchronny i nieodwracalny. Wydłużanie się ludzkiego życia to efekt rozwoju gospodarczego i rosnącego dobrobytu, za które wszyscy (jednostki, rodziny, społeczeństwo, instytucje państwa, biznes) mają do spłacenia dług. „Trans-

---

<sup>152</sup> Klara Klinger, Diagnoza uporczywy brak funduszy, Dziennik Gazeta Prawna, wydanie specjalne 29.04-03.05.2015.

formacja demograficzna” będzie poważnym wyzwaniem dla Polski, w szczególności dla gospodarki i systemu opieki społecznej. Według prognozy demograficznej Eurostatu w 2050 r., na każdego emeryta lub rencistę przypadać będą zaledwie dwie osoby w wieku produkcyjnym (obecnie przypadają cztery).

W najbliższych dziesięcioleciach odsetek osób starszych będzie szybko rósł, podczas gdy odsetek ludności w wieku produkcyjnym znacznie się zmniejszy. Przyczynami są m.in. niski wskaźnik urodzeń i emigracja młodych. Zgodnie z prognozami Eurostatu do 2040 r. w Polsce ubędzie ok. 6 mln osób w wieku produkcyjnym (15-64 lata). Oznacza to, że znacznemu zmniejszeniu ulegnie liczba osób, które będą wpłacały środki na finansowanie ochrony zdrowia. Będzie to miało decydujący wpływ na wysokość rozporządzanych środków. Zmniejszenie liczby osób „wpłacających do systemu” pogorszy i tak trudną sytuację związaną z rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej dla rosnącej grupy polskich seniorów.

**Tabela 5. Prognoza struktury wiekowej społeczeństwa polskiego**

Podmiot tworzący	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Populacja ogółem	38 157	37 900	37 230	35 693	33 342	30 057
w wieku przedprodukcyjnym	7 864	6 811	6 070	5 325	4 115	3 498
w wieku produkcyjnym	24 405	24 658	22 620	20 771	18 664	15 117
w wieku poprodukcyjnym	5 888	6 431	8 540	9 597	10 653	11 442
Populacja ogółem (%)	100	100	100	100	100	100
w wieku przedprodukcyjnym	21	18	16	15	12	12
w wieku produkcyjnym	64	65	61	58	56	50
w wieku poprodukcyjnym	15	17	23	27	32	38

Źródło: prognoza demograficzna Eurostatu

#### **6.4. Niewiadome wynikające z przyjętych przepisów i nowych propozycji Prawa i Sprawiedliwości**

26 lipca 2016 r. Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia w rządzie Beaty Szydło, przedstawił projekt zmian w systemie ochrony zdrowia. Głównym założeniem projektowanej reformy jest przejście na finansowanie świadczeń z budżetu państwa oraz likwidacja NFZ i obowiązkowej składki na ubezpieczenia zdrowotne. Zmiany mają też objąć m.in. organizację szpitali i podstawowej opieki zdrowotnej. W tej chwili trudno ocenić jak planowana reforma wpłynie na sytuację systemu ochrony zdrowia, a w szczególności problem zadłużenia szpitali publicznych. Zmiany mogą być dla ochrony zdrowia zarówno szansą jak i bardzo dużym zagrożeniem. Nie wiadomo też, czy część proponowanych rozwiązań wejdzie w życie i jaki dokładnie będzie ich kształt.

##### **6.4.1 System budżetowy**

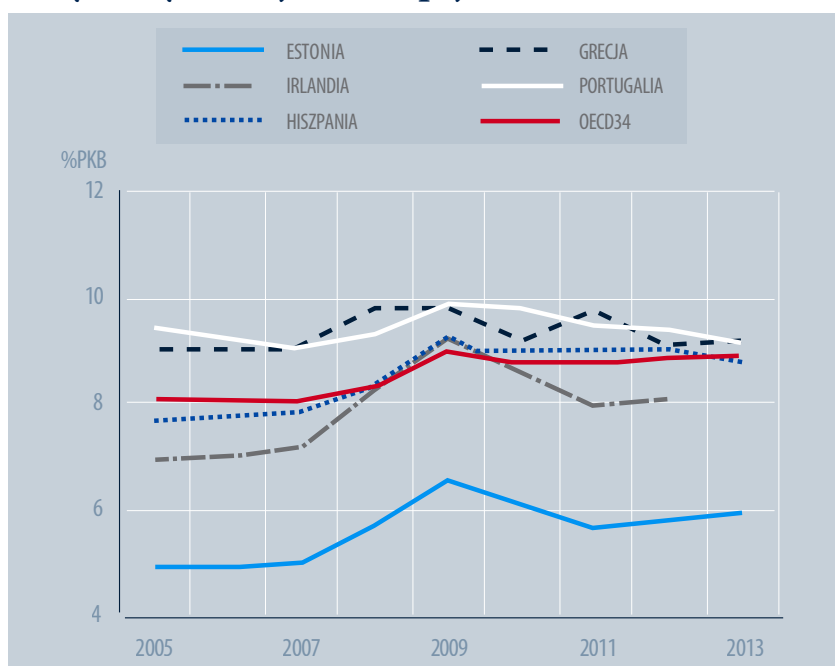
Głównym założeniem reformy systemu ochrony zdrowia jest przejście na budżetowy system finansowania ochrony zdrowia, który ma zastąpić dotychczasowy model ubezpieczeniowy.



W związku z tym zlikwidowany ma zostać NFZ i obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne, a świadczenia mają być dostępne dla wszystkich. Warto przypomnieć, że system budżetowy funkcjonował w Polsce do 1999 r.<sup>153</sup>

Finansowanie świadczeń w nowym systemie ma następować z budżetu państwa, poprzez państwowy fundusz celowy<sup>154</sup>. Środki Funduszu mają pochodzić z wpływów z podatku dochodowego oraz z dotacji z budżetu, która od momentu wprowadzenia reformy ma co roku wzrastać. Likwidacja NFZ i wprowadzenie finansowania budżetowego miałyby nastąpić 1 stycznia 2018 r.<sup>155</sup>

### Wykres 33. Wydatki na opiekę zdrowotną jako udział w PKB wybranych krajów europejskich, lata 2005-2013



Źródło: OECD, Health at Glance 2015 OECD indicator

Jeśli środki na ochronę zdrowia będą pochodzić z budżetu państwa, to kondycja służby zdrowia (w tym leczenia szpitalnego) będzie pochodną stanu finansów państwa – a szerzej sytuacji gospodarczej kraju. Jeśli koniunktura będzie dobra, to rząd będzie dysponował dużą

<sup>153</sup> Ministerstwo Zdrowia, System Ochrony Zdrowia – historia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/historia/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>154</sup> Ministerstwo Zdrowia, Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania, 19.01.2017, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosc/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>155</sup> Ministerstwo Zdrowia, Data likwidacji NFZ jest bezpieczna, 02.11.2016, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosc/data-likwidacja-nfz-jest-bezpieczna/> (dostęp: 08.03.2017).

ilością pieniędzy, które będzie mógł przeznaczyć na ochronę zdrowia. W przypadku dekonunktury rząd będzie ciął wydatki i strumień finansowania może być nawet węższy niż obecnie. W razie złej sytuacji gospodarczej i dużego zadłużenia państwa problemy te będą się także bezpośrednio przekładały na funkcjonowanie służby zdrowia. W systemie budżetowym na wysokość środków mogą mieć także wpływ okresowe priorytety polityczne.

Warto zwrócić uwagę, że w czasach kryzysu finansowego 2008-2012 w krajach, gdzie istniał budżetowy system finansowania (m.in. Hiszpania, Grecja, Portugalia), wydatki na ochronę zdrowia zostały obniżone nawet o kilka procent.

### 6.4.2 Sieć szpitali

Ustawa o sieci szpitali została uchwalona przez Sejm 23 marca 2017 r. i proponowane w niej rozwiązania mają wejść w życie 1 października 2017 r.<sup>156</sup> Ich głównym założeniem jest odstępnie od finansowania pojedynczych procedur na rzecz ryczałtu dla szpitali obejmującego całość opieki. Nowelizacja przepisów zakłada utworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ, czyli właśnie sieci szpitali). Do sieci dostaną się tylko te placówki, które spełnią ściśle określone kryteria – zostaną przyporządkowane do poziomów zabezpieczenia świadczeń.

---

*W PSZ ma zostać wyodrębnionych sześć poziomów. Do poziomu I mają należeć przede wszystkim szpitale powiatowe, do II – szpitale realizujące bardziej skomplikowane świadczenia, a do III – wieloprofilowe szpitale specjalistyczne. Następne dwa poziomy to szpitale onkologiczne i pulmonologiczne oraz pediatriczne. Ostatni poziom – szpitali ogólnopolskich – obejmie instytuty oraz szpitale kliniczne utworzone przez ministra i uczelnie medyczne.*

*W ramach sieci szpitali będzie finansowane leczenie szpitalne, świadczenia wysokospecjalistyczne, nocna i świąteczna opieka zdrowotna, programy lekowe, rehabilitacja lecznicza, a także część świadczeń specjalistycznych realizowanych w przychodniach przyszpitalnych.*

---

Szpitale, które będą w sieci, otrzymają ryczałtowe wynagrodzenie. Będzie ono oparte na poprzednich okresach rozliczeniowych. Na finansowanie nowego systemu Ministerstwo Zdrowia przeznaczy prawie 30 miliardów złotych. 91 procent z tej kwoty otrzymają szpitale, które znajdą się w sieci. Pozostałe środki będą dzielone w ramach konkursów.

Projekt sieci szpitali budzi duże kontrowersje. Wśród zarządzających placówkami są zarówno jego zwolennicy i przeciwnicy. Z jednej strony doceniana jest próba zapewnienia stabilności dzia-

---

<sup>156</sup> Mz.gov.pl, Sejm uchwalił ustawę tworzącą tzw. sieć szpitali, 24.03.2017, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/sejm-uchwalil-ustawe-tworzaca-tzw-siec-szpitali/> (dostęp: 24.08.2017).

łania placówek. Z drugiej strony jednak pojawiają się pytania o wpływ ryczałtu na jakość leczenia. Trudno dziś ocenić, jaki wpływ sieć szpitali będzie miała na poziom zadłużenia placówek. Wydaje się, że kluczowe jest pytanie, co się stanie, gdy szpitalowi skończą się środki przyznane w ramach ryczałtu. Teoretycznie ryczałt będzie musiał bowiem wystarczyć na wszystko, m.in. na potencjalne podwyżki dla wybranych grup pracowników medycznych czy utrzymanie infrastruktury. Jeśli ryczałt się skończy, to szpital będzie się zadłużał lub ograniczy przyjmowanie pacjentów.

---

*„Sieć szpitali to jest pierwszy ruch, który cywilizuje zasady finansowania szpitali w Polsce. Do tej pory była republika bananowa – konkursy ofert, które tak naprawdę były mitem i wszystko zależało od relacji z dyrektorem oddziału NFZ-u i układów tam panujących. Ustawa o sieci wprowadza zasady i tworzy system szpitali, gwarantując finansowanie tym, bez których system ratownictwa i lecznictwa w Polsce nie może funkcjonować. Do sieci wejdą szpitale, które będą spełniać określone kryteria jakościowe. Tym samym najważniejsze szpitale w Polsce nie będą musiały startować w konkursach i starać się o środki na funkcjonowanie.*

*Jednocześnie system ukróci finansowanie w placówkach niepublicznych, które często zgarniały dużą część kwoty, wybierając sobie jedynie wysokopłatne zabiegi i operacje, a te skomplikowane i mniej opłacalne przechodziły do słabiej opłacanych placówek publicznych. Mitem jednak jest to, że ten pomysł jest wymierzony przeciwko szpitalom niepublicznym. Bo jeśli jakiś szpital niepubliczny spełni określone wymogi jakościowe (izba przyjęć, oddział intensywnej terapii itp.), to wtedy będzie mógł funkcjonować w ramach sieci. Kluczem przydziału będzie nie struktura właścicielska, ale to, czy szpital pełni ważną rolę w systemie ratownictwa i czy jest w pełni dostępny dla pacjenta.*

*Ryczałt roczny w ramach sieci szpitali pozwoli dyrektorowi szpitala odpowiednio gospodarować środkami i daje jednocześnie gwarancję, że środki będą. Aczkolwiek trzeba pamiętać, że jeżeli szpital nie będzie wykonywał określonej ilości usług, to w kolejnym okresie będzie otrzymywał zmniejszony ryczałt. Działa to więc w obie strony – szpital ma gwarancję finansowania, a płatnik zabezpieczenie, że szpital będzie wykonywał świadczenia”.*

Zarządzający szpitalem ortopedycznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>157</sup>

---

*„Idea sieci jest to, aby szpitale miały zagwarantowane finansowanie oraz ciągłość leczenia i dzięki temu nie musiały startować w konkursach, których przegranie oznacza brak finansowania – nawet na działalność, w której specjalizuje*

---

<sup>157</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

*się dany szpital. Niepokojące są jednak głosy Ministerstwa, że wszystkie szpitale mają wejść do sieci. Logiczne wydaje się wtedy, że taka sieć jest zupełnie niepotrzebna. W sieci powinny być jedynie te szpitale, które mają najwyższy poziom specjalizacji oraz najlepsze zaplecze badawcze i laboratoryjne. Wtedy takie jednostki mogłyby wspomagać w najtrudniejszych przypadkach mniejsze szpitale powiatowe czy gminne.*

*Dodatkowo ryczałt, który jest przypisany do sieci, może paradoksalnie pogorszyć jakości leczenia dla pacjentów – zmniejszyć liczbę wykonywanych procedur i zabiegów. Medycyna cały czas się rozwija, pojawiają się nowoczesne technologie, które są często bardzo drogie – co wtedy z wysokością ryczałtu?*

*Sieć szpitali może też wpłynąć negatywnie na poziom zadłużenia szpitali. Jeśli dyrektorzy nie będą mieli dyscypliny finansowej i będą przekraczać ryczałt, to wtedy muszą szukać dodatkowego finansowania. Jeśli tego nie zrobią, to stracą na tym pacjenci, którzy nie zmieszczą się w ryczałcie”.*

Zarządzająca szpitalem klinicznym, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców <sup>158</sup>

### 6.4.3 Zwiększenie nakładów na służbę zdrowia

Propozycje Ministerstwa Zdrowia zakładają także systematyczny wzrost wydatków na opiekę zdrowotną. Obecnie Polska przeznaczą na służbę zdrowia z publicznych środków 4,8 proc. PKB<sup>159</sup>. Jest to wynik poniżej średniej, biorąc pod uwagę wydatki krajów zrzeszonych w Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Rozwiązanie zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia zakłada stopniowe (poczynając od 2018 roku) zwiększanie przeznaczanych na ten cel środków. Do 2025 roku polska służba zdrowia ma otrzymywać ze środków publicznych równowartość 6 proc. PKB<sup>160</sup>.

Wydaje się, że zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia, tak by zmniejszać lukę pomiędzy Polską a średnią OECD, jest dobrym rozwiązaniem. Gdybyśmy dzisiaj wydawali z publicznych środków 6 proc. PKB, byłibyśmy na 23. miejscu<sup>161</sup>. Prawdopodobne jest jednak także, że do 2025 r. inne państwa będą zwiększać swoje wydatki. Pojawia się pytanie, czy wzrost do 6 proc. PKB wystarczy, by pacjenci odczuli realną poprawę, a zadłużenie szpitali zmniejszyło się. Może się okazać, że presja płacowa pracowników medycznych i niemedycznych, potrzeby inwestycyjne, inflacja medyczna skonsumują większość dodatkowych nakładów na służbę zdrowia.

<sup>158</sup> Wywiad przeprowadzony na potrzeby dokumentu Sieć szpitali - nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu.

<sup>159</sup> OECD, Health at glance 2016, 23.11.2016, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>160</sup> Ministerstwo Zdrowia, Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania, 19.01.2017, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania/> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>161</sup> OECD, tamże.

#### 6.4.4 Zakaz pełnej prywatyzacji

Reformę systemową służby zdrowia rządu Prawa i Sprawiedliwości zapoczątkowała nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie 15 lipca 2016 r. Zatrzymała ona komercjalizację i prywatyzację szpitali publicznych. Głównym założeniem projektu ustawy jest odejście od konieczności przekształcania szpitali w spółki kapitałowe w przypadku wystąpienia straty, a jeśli szpital jest już prowadzony w formie spółki – zakazanie zbywania jego akcji i udziałów podmiotom prywatnym, aby nie stawały się one właścicielem większościowym<sup>162</sup>.

Zgodnie z nowelizacją, w przypadku wystąpienia ujemnego wyniku finansowego w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej (SPZOZ) ma on pokryć stratę netto we własnym zakresie, tj. przez zmniejszenie funduszu zakładu. Jeśli to nie wystarczy, wówczas podmiot tworzący będzie zobowiązany do pokrycia pozostałej części, jednak nie więcej niż do wysokości wynikającej z sumy straty netto i kosztów amortyzacji. Gdy szpital nie będzie w stanie pokryć straty netto, wówczas możliwa będzie jego likwidacja.

Trudno przewidzieć, jaki wpływ będzie miała zmiana na funkcjonowanie szpitali i poziom zadłużenia. Z jednej strony nowe zapisy mogą zmotywować zarządzających do poprawy wyników. Gdy straty finansowe placówek zdrowotnych będą musiały być każdego roku spłacane przez samorządy czy resorty, właściciele będą uważniej patrzeć na ręce dyrektorom szpitali. Mogłoby to przynajmniej częściowo rozwiązać problem rosnącego zadłużenia. Przyczyny systemowe powstawania zadłużenia jednak nie znikną. W konsekwencji konieczność utrzymania funkcjonowania szpitala może kosztować samorządy bardzo dużo i w ten sposób uniemożliwić im realizację innych zadań. Pojawia się też problem, gdy organ tworzący, np. powiat, sam jest zadłużony i nie będzie miał funduszy na pokrycie długu swojej placówki. Pacjenci w małych miastach mogą zostać pozbawieni możliwości leczenia, bo ich zadłużone szpitale zostaną zlikwidowane.

#### 6.4.5 Wzrost wynagrodzeń

Na sytuację finansową szpitali w najbliższych latach wpłyną także planowane podwyżki wynagrodzeń. Obecnie przygotowywany jest też projekt ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia. Miałby on wejść w życie 1 lipca 2017 r. Projekt zakłada wprowadzenie osobnego wynagrodzenia minimalnego dla osób wykonujących zawody medyczne i jednocześnie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w podmiotach leczniczych. Dochodzenie do docelowej wysokości wynagrodzenia byłoby rozłożone na etapy do 2021 r. Skutki finansowe zagwarantowania minimalnych płac pracownikom medycznym służby zdrowia szacowane są na 6,7 mld zł.

---

*Zgodnie z projektem ustawy, docelowe minimalne wynagrodzenia zasadnicze brutto miałyby wynosić: dla lekarzy ze specjalizacją 4,8 tys. zł, dla lekarzy bez*

---

<sup>162</sup> Politykaszrodowotna.pl, Wchodzi w życie ustawa cofająca komercjalizację szpitali, 15.07.2016, <http://www.politykaszrodowotna.com/10987,wchodzi-w-zycie-ustawa-cofajaca-komercjalizacje-szpitali> (dostęp: 08.03.2017).

*specjalizacji 3,98 tys., dla pielęgniarek i położnych z tytułem magistra ze specjalizacją 3,21 tys. zł; dla pielęgniarek i położnych bez specjalizacji: 2,4 tys. zł a dla techników medycznych i pokrewnych 2,4 tys. zł.*

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Osobnym zagadnieniem, nie wynikającym z propozycji Prawa i Sprawiedliwości, są także podwyżki dla pielęgniarek wywalczone przez środowisko we wrześniu 2015 r. Pielęgniarki mają zagwarantowany wzrost pensji do 2019 roku. Wówczas wynagrodzenie po podwyżkach będzie o 1600 zł wyższe. Z kolei już teraz na finanse szpitali zaczynają oddziaływać podwyżka płacy minimalnej do 2 tys. oraz wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej w wysokości 13 zł brutto<sup>163</sup>, która objęła część pracowników niewykwalifikowanych zatrudnianych przez szpitale oraz pracowników firm zewnętrznych świadczących usługi na rzecz placówek medycznych, np. sprzątania, prania, wyżywienia, dostawy, transportu itp.

Istnieje ryzyko, że podwyżki wynagrodzeń – mimo że w wielu przypadkach konieczne – „skonsumują” wzrost publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Wzrost do równowartości 6 proc. PKB w 2025 r.<sup>164</sup> może okazać się zbyt mały. Jeśli większość dodatkowych pieniędzy zostanie przeznaczona na podwyżki, to nie będą one miały znaczącego wpływu na zmniejszenie zadłużenia placówek. Znaczącej poprawy nie odczują też pacjenci.

## 6.5. Dalsze pogorszenie sytuacji finansowej szpitali

Wzrost wynagrodzeń i spadek bezrobocia będą przekładać się na finanse NFZ-u – przychody ze składek powinny rosnąć w najbliższych latach. Na większe przychody szpitali będzie też wpływać plan zwiększenia wydatków publicznych na służbę zdrowia do 6 proc. PKB. Pytanie, czy są to wzrosty wystarczające, by odczuli je pacjenci. Istnieje ryzyko, że zostaną one skonsumowane przez presję płacową, potrzeby inwestycyjne, inflację medyczną.

Nie należy spodziewać się poprawy sytuacji w 2017 r. Jeśli reforma ochrony zdrowia się uda, to zmiany mogą być odczuwalne po 2018 r. W scenariuszu negatywnym może dojść do ograniczenia dostępu do terapii dla pacjentów. Przy uwzględnieniu wzrostu kosztów działalności i braku dodatkowych środków, szpitale będą zmuszone zmniejszyć liczbę udzielanych świadczeń.

Zarządzający szpitalami wskazują, że przez lata nie było pieniędzy w lecznictwie szpitalnym i raczej nie pojawią się w najbliższym czasie. Z kolei w dłuższej perspektywie kluczowe dla poziomu zadłużenia wydaje się być starzenie społeczeństwa i wzrost kosztów leczenia związany z rozwojem technologicznym w medycynie. Będzie to oznaczać spore problemy dla finansów publicznych oraz finansów poszczególnych szpitali.

<sup>163</sup> Katarzyna Mnich-Żołyński, Minimalna stawka za godzinę to 13 zł, Rzeczpospolita, 15.10.2017, <http://www.rp.pl/Place/301159997-Minimalna-stawka-za-godzone-to-13-zl.html> (dostęp: 08.03.2017).

<sup>164</sup> Ministerstwo Zdrowia, Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania, 15.01.2017 <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania/> (dostęp: 08.03.2017).



---

*„W tym roku placówki ponoszą koszty m.in. wzrostu płac minimalnych w gospodarce, stawki godzinowej, a dodatkowo od lipca mają podnieść najniższe pensje personelu medycznego. Nie dostały jednak na to pieniędzy”.*

dr Jerzy Gryglewicz, ekspert rynku ochrony zdrowia, Uczelnia Łazarskiego <sup>165</sup>

---

*„Jest źle, a będzie jeszcze gorzej. Bo tam, gdzie dało się zaoszczędzić, poprawić zarządzanie, zwiększyć efektywność, większość placówek już to zrobiła. Placówkom podnoszono koszty działania (m.in. przez wyższe wymogi dotyczące wyposażenia czy płacę minimalną, ale stawka według której płaci NFZ, pozostawała bez zmian”.*

Marek Wójcik, ekspert Związku Powiatów Polskich <sup>166</sup>

---

Już teraz banki i inne instytucje finansowe przyjęły rolę finansowania części polskiego leczenia szpitalnego. Jeśli państwo nie rozwiąże systemowych problemów ochrony zdrowia (nie przeznaczy więcej pieniędzy na służbę zdrowia i nie poukłada ich bardziej racjonalnie) lub będą to zmiany pozorne, to finansowanie zewnętrzne będzie pełnić jeszcze ważniejszą rolę w systemie.

Warto tu wskazać, że nie istnieje na świecie taki system finansowania ochrony zdrowia, który zaspokajałby wszystkie potrzeby, które zgłaszają pacjenci. Chociażby z powodu gigantycznego postępu technologicznego, który powoduje duże koszty.

---

<sup>165</sup> Aleksandra Kurowska, Publiczne szpitale są winne już ponad 11 mld zł, Dziennik Gazeta Prawna, 30.01.2017.

<sup>166</sup> Tamże.



## 7. NOTATKI



## FUNDACJA REPUBLIKAŃSKA

Warszawa, maj 2017 r.

ul. Nowy Świat 41, 00-042 Warszawa  
tel.: +48 22 891 07 37, tel.: +48 512 435 471,  
[www.fundacjarepublikanska.org](http://www.fundacjarepublikanska.org)  
NIP: 952-207-86-26,  
REGON: 142075516, KRS: 0000340559  
nr konta bankowego:  
Alior Bank 84 2490 0005 0000 4520 9156 1754

