

## Pachciarz analizuje pracę NIK



# Incydentalna rola ustawy

W sierpniu tego roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki kontroli dotyczącej restrukturyzacji wybranych SPZOZ-ów korzystających z pomocy ze środków publicznych. Jakie można wysnuć z nich wnioski?

Kontrola objęła 16 jednostek z czterech województw. Badanie dotyczyło realizacji Ustawy z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 78, poz. 684, ze zm.). Wyniki są tym bardziej ciekawe, że kontrola obejmowała dość długi okres od 1 stycznia 2005 r. do 31 grudnia 2014 r. Opublikowana informacja zawiera wiele wątków dotyczących funkcjonowania szpitali, nie tylko związanych z ich sytuacją finansową. Poza tym, mimo kolejnych zmian ustawowych, wnioski zawarte w informacji nadal są bardzo aktualne.

## Szpitala nie restrukturyzowały

Jak wynika z informacji, ustawa o pomocy publicznej nie spełniła swojej funkcji, nie wprowadziła bowiem

skutecznych mechanizmów motywujących szpitale korzystające z przewidzianych w niej środków do podejmowania restrukturyzacji. Ustawa wymagała, aby beneficjenci pomocy zaplanowali działania restrukturyzacyjne, jednak jej zapisy nie wymuszały konsekwentnej realizacji tych założeń. Plan działań restrukturyzacyjnych, zgodnie z ustawą, nie wymagał określenia wskaźników pokazujących efekty działań naprawczych ani opisanie docelowego ich wyniku.

Kontrola wykazała, że w większości przypadków szpitale nie zrealizowały w pełni działań przewidzianych w programach restrukturyzacyjnych wymaganych przez ustawę (tylko dwa na osiem szpitali spełniły ten warunek), co nie oznacza, że otrzymana przez szpitale pomoc nie została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem przewidzianym w ustawie.

Patrząc szerzej na proces restrukturyzacji, okazuje się jednak, że ta tak potrzebna podmiotom leczniczym ustawa o pomocy publicznej miała charakter jedynie incydentalny. Zgodnie z jej zapisami, szpitale miały wskazać działania restrukturyzacyjne, jednak nie wymagała ona żadnego kompleksowego planu naprawczego. Szpital mający problemy powinien je rozwiązać na podstawie konkretnego planu czy strategii, przy czym nie nazwa tego planu jest tu istotna, ale metodyczna i konsekwentna poprawa funkcjonowania organizacji, jakości usług oraz sytuacji finansowej. Przykłady pokazane w kontroli NIK wskazują, że tylko trzy na osiem kontrolowanych szpitali miały kompleksowe plany naprawcze.

Warte podkreślenia jest to, że wszystkie badane szpitale – oprócz uzyskania środków pieniężnych na podstawie ustawy o pomocy publicznej – otrzymały wsparcie finansowe z innych źródeł. Okres objęty kontrolą był dość długi – 10-letni, więc fakt ten nie powinien dziwić. Ponadto pokazuje on, jak duże były szanse i jak zróżnicowane okazje, by uzyskać różne formy pomocy. Pomoc mogła mieć formę finansową (dotacje, pożyczki, dofinansowanie inwestycji czy pokrycie ujemnego wyniku finansowego) lub formę rzeczową (tj. zakupy sprzętu i wyposażenia albo umożliwienie korzystania z takiego sprzętu bez przenoszenia własności).

Wnioski kontroli NIK świadczą o pogłębionej i szerokiej analizie zagadnienia restrukturyzacji, a także wskazują na przyczyny ciągłych problemów szpitali. Poniżej komentarz do kilku wątków przedstawionych w informacji NIK.

### Kompetencje kadry zarządzającej

Oprócz kompetencji organu prowadzącego kluczowe dla kierowania szpitalem są kompetencje dyrektora (w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zwanego kierownikiem podmiotu leczniczego). Kontrola NIK wykazuje związek między kompetencjami dyrektora a skutecznością procesu restrukturyzacji. Warto zaznaczyć, że ustawa o działalności leczniczej w art. 46 ust. 2 nie stawia zbyt wysokich wymagań osobie, która ma kierować podmiotem leczniczym (SPZOZ-em). Wystarczy, że posiada ona wykształcenie wyższe oraz co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej trzyletni staż pracy, jeśli jednocześnie ukończyła studia podyplomowe o kierunku zarządzanie. Oprócz tego przepis stawia warunek posiadania wiedzy i doświadczenia, dających rękojmię prawidłowego wykonania zadań kierownika. Wymagania te na przestrzeni ostatnich lat zliberalizowano. Oczywiście zarządzanie szpitalem jako zajęcie wysokiego ryzyka plus zapisy „ustawy kominowej” z pewnością ograniczają kadrę menedżerską, która chce podjąć się zarządzania szpitalem publicznym. Procedura konkursowa również może zniechęcać. Jednak problem jakości zarządzania szpitalami

„Ustawa o pomocy publicznej nie spełniła swojej funkcji, bo nie wprowadziła skutecznych mechanizmów motywujących szpitale do restrukturyzacji”

z pewnością jest poważny. Brakuje nam uczelni, które przygotowywałyby do zarządzania wymagającego tak specjalistycznej wiedzy. Poza tym przepisy nie wymagają doświadczenia gwarantującego wiedzę i doświadczenie związane z ochroną zdrowia. Niestety, stały się to także stanowiska podlegające politycznej karuzeli. Warto podkreślić, że oprócz kompetencji zarządczych gwarantujących wiedzę ekonomiczną, prawną oraz z zakresu zarządzania, dyrektor SPZOZ-u ma też stać się liderem dla kadry medycznej. Nie można oczekiwać, że bez wiedzy z zakresu ochrony zdrowia i bez znajomości zasad funkcjonowania zarówno oddziałów szpitalnych, jak i wszystkich innych jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego zdobędzie choćby cień autorytetu wśród personelu szpitala i będzie potrafił zarządzać tą zróżnicowaną i wykształconą grupą z dużym doświadczeniem zawodowym.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na potrzebę wzmocnienia kompetencji zarządczych kadry kierowniczej szpitali, a także popularyzowania w ramach wymiany doświadczeń dobrych praktyk i sprawdzonych rozwiązań organizacyjnych.

### Struktura zobowiązań

Powszechnie znane i opisane są zmniejszające się w ostatnich latach zobowiązania wymagalne podmiotów leczniczych, dlatego nie będziemy się tu zajmować tą kwestią, ale warto zwrócić uwagę na inne zjawisko. Według danych resortu zdrowia, na koniec 2014 r. zobowiązania SPZOZ-ów wynosiły 10 345,8 mln zł, w tym zobowiązania samorządowych ZOZ-ów 7790,1 mln zł. Udział zobowiązań wymagalnych samorządowych ZOZ-ów w zobowiązaniach wymagalnych wszystkich ZOZ-ów w zobowiązaniach wymagalnych wszystkich ZOZ-ów wyniósł 63 proc., przy wartości 1194,8 mln zł. Kwota ta w stosunku do 2010 r. zmalała o 9 proc., czyli o 120 mln zł. Mimo malejącej, ale ciągle istotnej wartości zobowiązań wymagalnych bardzo zauważalny jest wzrost zobowiązań długoterminowych. Z kontroli NIK wynika, że nie jest to objaw poprawy sytuacji szpitala, wynikającej ze skutecznego zarządzania, ale konsekwencja restrukturyzacji zadłużenia poprzez zastąpienie długów nowymi, długoterminowymi zobowiązaniami. W informacji



For: gettyimages/ Stuart Kinlough

„Najczęstszym problemem organizacyjnym szpitali są zbyt duże koszty zatrudnienia”

NIK skazano, że źródłem finansowania szpitali w coraz większym stopniu stają się zobowiązania (same zobowiązania w latach 2011–2014 wzrosły o 33 proc.). Zobowiązania długoterminowe, jak wynika z informacji, wystąpiły we wszystkich kontrolowanych szpitalach, jednak tylko nieliczne były przeznaczone na cele inwestycyjne i rozwojowe. Z raportu NIK wyraźnie wynika – z czym należy całkowicie się zgodzić, że przekształcenie zobowiązań wymagalnych w długoterminowe jedynie w krótkim okresie poprawia płynność finansową podmiotu, natomiast w długiej perspektywie takie zadłużenie stanowi zwiększone ryzyko dla stabilności finansowej szpitala, jeśli nie są w nim podejmowane skuteczne działania naprawcze.

#### Zatrudnienie i wynagrodzenia

Żaden proces restrukturyzacji nie będzie udany, jeśli nie obejmie sfery zatrudnienia. Najczęstszym problemem

organizacyjnym szpitali są bowiem zbyt duże koszty zatrudnienia. W wielospecjalistycznych szpitalach powiatowych nie powinny one przekraczać 55–60 proc. wszystkich kosztów. Przekroczenia tych wartości w większości przypadków nie wynikają z wysokości wynagrodzeń, ale ze zbyt dużej liczby zatrudnionych, z nadgodzin i ze zbędnych umów cywilnoprawnych zawieranych zarówno z pracownikami, jak i z osobami trzecimi. Większość tych kosztów można zracjonalizować, wprowadzając prawidłową, dostosowaną do liczby pacjentów liczbę personelu w określonych godzinach funkcjonowania szpitala. Szpitale, które podjęły trud restrukturyzacji w tym obszarze i utrzymują wskazany poziom kosztów zatrudnienia, miały w badanym okresie niezmiennie stabilną sytuację finansową.

Z kwestią wysokości kosztów zatrudnienia związany jest też problem deficytu lekarzy w większości specjalności, ich pozyskanie bowiem jest dla szpitali coraz bardziej kosztowne. Temat ten powinien być omawiany w kontekście nie tylko samej liczby specjalistów, ale także wymagań w rozporządzeniach „koszykowych” oraz liczby oddziałów szpitalnych, o czym poniżej.

## Przypadkowe decyzje

Niezmiennym od lat problemem są decyzje o rozwoju posiadanej bazy szpitalnej bez rozpoznania lokalnych potrzeb. Samorządy i szpitale były pozostawione z takimi decyzjami same, bez gwarancji zakupu usług ze strony płatnika, który nie miał podstawy prawnej do jakiegokolwiek formy promesy. Jednak należy krytycznie przyznać, że decyzje o zwiększaniu potencjału szpitala przez tworzenie nowych oddziałów, poradni lub pracowni diagnostycznych zbyt często były nader przypadkowe, podyktowane jedynie zatrudnieniem osoby o wymaganych kwalifikacjach czy po prostu ambicjami osoby zarządzającej placówką. Nieprzemysłane decyzje o pozyskiwaniu środków na tomograf czy rezonans albo budowa bloku operacyjnego z wieloma salami to nierzadkie przypadki. Niestety, ani wewnątrz danego środowiska, ani z zewnątrz nikt nie zahamował części nieracjonalnych pomysłów, a otoczenie prawne i faktyczne też temu racjonalizmowi nie służyło.

Kontrola NIK kończyła się na 2014 r., zatem z formalnego punktu widzenia nie mogła analizować regulacji prawnej dotyczącej opiniowania przez wojewodów celowości inwestycji w ochronie zdrowia, która jak powszechnie wiadomo, zaczęła obowiązywać od 1 lipca 2016 r. (nieco wcześniej, bo 1 stycznia 2015 r., weszły w życie przepisy dotyczące map potrzeb zdrowotnych). Regulacja ta nie zmieni już posiadanych zasobów, ale pozwala przypuszczać, że decyzje *in spe* będą oparte na racjonalnych oraz obiektywnych przesłankach. Analiza rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej populacji i potrzeb pacjentów powinna być jedynym powodem powstawania nowych, a także rozwoju istniejących podmiotów leczniczych.

## Liczba łóżek szpitalnych

Niezwykle istotna przy ocenie *status quo* placówki jest liczba łóżek szpitalnych. Jeśli jest ona duża, wymusza ogromną konkurencję o środki na finansowanie świadczeń zdrowotnych i skutkuje ograniczeniem takich środków przypadających poszczególnym szpitalom w ramach umowy z płatnikiem. Według danych OECD za 2013 r., wśród członków tej międzynarodowej organizacji średnia europejska liczba łóżek na 1000 mieszkańców wynosiła 4,8. W Polsce ten wskaźnik za 2013 r. wynosił 6,6, czyli znacznie powyżej średniej. Oczywiście można podnosić, że w Polsce lecnictwo szpitalne rekompensuje pacjentom niedomagania opieki ambulatoryjnej. Jednak nie sposób zaprzeczyć – wobec obecnych proporcji środków przeznaczonych na leczenie szpitalne w stosunku do leczenia ambulatoryjnego, że część hospitalizacji nie powinna mieć miejsca. Nierzadkie są przypadki, kiedy pobyt w szpitalu służy podstawowej diagnostyce należącej do kompetencji lekarza rodzinnego lub specjalisty albo kiedy pacjent jest przyjmowany do szpitala kolejny raz, mimo że leczenie zakończyłoby się w czasie pierwszego pobytu, gdyby

„Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na potrzebę wzmocnienia kompetencji zarządczych kadry kierowniczej szpitali”

postępowanie było prawidłowe. Część szpitali w inny sposób nie „wykonałaby” całej umowy z płatnikiem.

## Przesunąć punkt ciężkości

Nie sposób uniknąć spojrzenia na podaż usług szpitalnych z punktu widzenia ograniczonych zasobów finansowych płatnika i sposobu zawierania umów ze szpitalami. Ryzyko wydatkowania środków na inwestycje jest tym większe, że zarówno sam fakt uzyskania umowy z płatnikiem, jak i jej wartość są bardzo niepewne. Po wielu latach do ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udało się wprowadzić zapis określający liczbę podmiotów, z jakimi płatnik w postępowaniu konkursowym zamierza zawrzeć umowy w danym zakresie. Pozwoli to uniknąć zawierania umów o symbolicznej wysokości, tylko dlatego że podmiot spełniał warunki niezbędne do podpisania umowy, gdy zdaniem płatnika nie było potrzeby zwiększania liczby podmiotów w danym zakresie. Poza tym być może nadszedł czas, aby przynajmniej w podstawowych zakresach szpitalnych zweryfikować sposób zawierania umów i rezygnować z trybu konkursowego, przesuwając punkt ciężkości na nadzór w ich realizacji. To jednak wymagałoby zasadniczej zmiany ustawy o świadczeniach.

## Konieczna współpraca

Reasumując – skuteczna restrukturyzacja powinna się zacząć od prawidłowej identyfikacji problemów wymagających zmian, określenia niezbędnych działań oraz jednoznacznego zdefiniowania planowanych do osiągnięcia celów. Następnie dla powodzenia restrukturyzacji niezbędne jest określenie harmonogramu realizacji działań oraz mierników służących monitorowaniu ich efektów. Zasady te pozwalają na bieżącą weryfikację prawidłowości prowadzonych działań, a w uzasadnionych przypadkach na podejmowanie korekty pierwotnych założeń. Nade wszystko działania restrukturyzacyjne szpitali wymagają ścisłej współpracy podmiotów: leczniczego i tworzącego.

Agnieszka Pachciarz  
Autorka jest radcą prawnym i ekspertem Najwyższej Izby Kontroli,  
a także byłym prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.