

Sytuacja finansowa szpitali w Polsce

Edycja 2014

Szanowni Państwo,

Jak wygląda sytuacja finansowa szpitalnictwa w Polsce? Co zmienił proces komercjalizacji i jak wpłynął na obraz polskiej służby zdrowia? To kluczowe pytania, na które podjęliśmy próbę odpowiedzi w trzecim raporcie poświęconym analizie sektora medycznego w Polsce. Opracowanie jest efektem badania rynku przeprowadzonego wspólnie przez Magellan S.A. i PMR wśród SPZOZ-ów i szpitali przekształconych.

W ostatnich kilku latach, dyskusja o możliwych kierunkach zmian w systemie ochrony zdrowia nabrała zdecydowanie większego znaczenia. W 2011 roku weszła w życie Ustawa o działalności leczniczej, która miała przyspieszyć proces przekształceń, a miniony rok określany był jako decydujący dla wielu polskich szpitali. Przemówiło to za decyzją o poświęceniu w badaniu większej uwagi placówkom skomercjalizowanym i analizie, jak sobie radzą w porównaniu ze szpitalami publicznymi.

Mamy nadzieję, że prezentowane w raporcie wyniki i wnioski stanowiąc będą cenne źródło informacji o obecnym stanie służby zdrowia w Polsce, a także o tym, jak kształtuje się przyszłość szpitali. Kondycja finansowa szpitalnictwa przekłada się na jakość świadczonej opieki medycznej, stąd wierzymy, że publikacja znajdzie zainteresowanie wśród menedżerów szpitali, podmiotów współpracujących z placówkami medycznymi, dziennikarzy, jak również wszystkich, którzy korzystają z opieki medycznej.

Dziękujemy wszystkim przedstawicielom szpitali i ekspertom rynku ochrony zdrowia, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu i podzielili się z nami swoją wiedzą i opiniami.

Krzysztof Kawalec, Prezes Zarządu Magellan S.A.

Wprowadzenie

Przekazujemy w Państwa ręce trzeci już raport dotyczący rynku medycznego w Polsce, przygotowany przez Magellan S.A. wspólnie z niezależną agencją badań rynku. W tegorocznej edycji postanowiliśmy szczególny nacisk położyć na proces przekształceń szpitali w Polsce, jego przebieg i dynamikę, a także oczekiwania z nim związane.

Aby przedstawić aktualny stan sytuacji finansowej szpitali w Polsce przeprowadzone zostało badanie opinii obejmujące wywiady z kadrą zarządzającą szpitali, w tym 100 wywiadów w szpitalach publicznych oraz 40 wywiadów w szpitalach przekształconych. Badanie ilościowe realizowane metodą wywiadów telefonicznych asystowanych komputerowo (CATI), oparte o losową próbę szpitali, zostało uzupełnione o pogłębione wywiady jakościowe z 5 ekspertami rynku z zakresu systemów ochrony zdrowia. Do badania zaproszeni zostali m.in.:

- Marcin Kautsch – ekspert z Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
- Wojciech Misiński – ekspert medyczny Centrum im. Adama Smitha i wykładowca Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu
- Krzysztof Macha – ekspert Pracodawców RP i wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych.

Dla zbudowania pełnego obrazu dane z badań zostały uzupełnione o oficjalne statystyki Głównego Urzędu Statystycznego oraz dane z Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zakres raportu obejmuje opis obecnej sytuacji i tempa przekształceń, plany szpitali publicznych, obawy związane z przekształceniami, a także perspektywę tych szpitali, które proces komercjalizacji mają już za sobą.

Liczymy, iż niniejszy raport stanie się dla Państwa ciekawym źródłem informacji na temat zmian zachodzących w strukturze szpitali w Polsce. Naszym celem było dostarczenie interesujących informacji zarówno dla ekspertów, obserwujących zmiany zachodzące na rynku, poprzez stworzenie przekrojowego podsumowania, jak również dla dyrektorów szpitali, lekarzy i samych pacjentów, których proces przekształceń, czy też jego przebieg i skutki, bezpośrednio dotyczą.

Analiza sytuacji szpitali w Polsce w kontekście procesu przekształceń

Proces przekształceń szpitali publicznych, obejmujący także ich prywatyzację, jest w Polsce tematem społecznie drażliwym, podobnie jak wiele innych aspektów związanych z opieką zdrowotną, takich jak działania przemysłu farmaceutycznego (badania kliniczne) czy podwyżki cen leków. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest przede wszystkim strach, iż nastawieni na komercyjny aspekt prowadzenia szpitala przedsiębiorcy doprowadzą do likwidacji nierentownych oddziałów, a tym samym do ograniczenia dostępu do gwarantowanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opieki medycznej.

Warto jednak zaznaczyć, obawy takie były i są obecne również i w innych krajach, gdzie dokonano i dokonuje się zmian. Doskonałym przykładem są zmiany systemu zdrowotnego w Holandii, uważanego obecnie za jeden z najlepszych na świecie, które zajęły kilkadziesiąt lat. Kontrowersje podczas przeprowadzania reform wydają się nieuniknione w systemach na całym świecie i w żadnym z nich nie opracowano idealnego rozwiązania, które zapewniłoby dostęp do leczenia wszystkim opłacającym składki na ubezpieczenie zdrowotne i nieubezpieczonym, przy jednoczesnym zachowaniu rentowności placówek. W Polsce stwarzanie podstaw prawnych dla komercjalizacji i prywatyzacji szpitali przebiegało również powoli, w burzy dyskusji i obaw, nie tylko ze strony samych szpitali i pacjentów, ale również i polityków.

Od 2012 r. mamy do czynienia z nową sytuacją prawną, która wprowadziła mechanizmy skłaniające do przekształceń lub likwidacji nierentownych placówek. Warto tu zaznaczyć, że do masowej komercjalizacji szpitali nie doszło, ponieważ właścicielem placówek przekształconych w spółki pozostają w większości podmioty publiczne. Co więcej, z naszych obserwacji wynika, że część pracowników szpitali przekształconych nadal twierdzi, iż pracuje w szpitalu publicznym. Dla przeciętnego lekarza, pielęgniarki, czy pracownika administracji niewiele się zmieniło w codziennej pracy – szpital nadal udziela społeczności lokalnej świadczeń, w większości finansowanych przez NFZ.

W 2012 r. dynamika przychodów w placówkach niepublicznych spowolniła wprawdzie (w stosunku do roku 2011), jednak biorąc już pod uwagę dłuższy szereg czasowy – lata 2010-2012 – była ona nieco wyższa niż w szpitalach publicznych i wyniosła 14% w porównaniu do 11%. Z naszego badania wysuwa się również kilka pozytywnych spostrzeżeń takich jak lepsza ocena całego procesu przez przedstawicieli szpitali już przekształconych w porównaniu do szpitali publicznych, większy optymizm, jeżeli chodzi o prognozy przyszłej redukcji kosztów, mniejszy stopień zadłużenia w stosunku do dostawców w placówkach przekształconych w porównaniu z tymi, które działają jako SP ZOZ.

Wyniki badania w telegraficznym skrócie

Zdaniem ekspertów analizujących rynek usług medycznych w Polsce mamy **za dużo szpitali**:

- siatka szpitali jest **zbyt gęsta**,
- **zbyt wiele procedur** jest realizowanych jako szpitalne, na zachodzie realizowane są jako ambulatoryjne.

1.

Konieczna jest **restrukturyzacja** nie tylko samych szpitali w ramach komercjalizacji, ale **racjonalizacja** całego systemu. Na przeszkodzie stoi brak naczelnej wizji takiej transformacji.

2.

Nikt nie czuje się **odpowiedzialny**, nikt nie czuje się „**właścicielem procesu**” komercjalizacji szpitali w Polsce. Rynek ten nie jest właściwie monitorowany. W praktyce oznacza to brak całościowego nadzoru nad przebiegiem procesu przekształceń.

3.

Warunki, zasady, na jakich odbywają się przekształcenia ciągle się zmieniają – w **warunkach niepewności** trudno cokolwiek przewidzieć i zaplanować.

4.

„W Polsce mamy zdecydowanie za dużo szpitali, w Polsce mamy zdecydowanie za dużo łóżek, w Polsce mamy zdecydowanie za dużo ludzi w tych łóżkach. Więc należałoby te pieniądze, które są w tej chwili marnowane na utrzymywanie niepotrzebnych łóżek przeznaczyć na rzeczywistą opiekę.”

Marcin Kautsch

Podmioty uczestniczące w procesie przekształceń wskazują na **brak współpracy** między teoretycznie „zaangażowanymi” w proces.

5.



6.

Brakuje poprawnej komunikacji, nagminne jest używanie komercjalizacji do populistycznych rozgrywek politycznych.

7.

Brakuje również odpowiednio przygotowanych kadr.

8.

Powszechnie pojawiają się obawy, którym towarzyszy niskie zaangażowanie szeregowych pracowników przekształcanych szpitali.

9.

Obawy są znaczne, ale **po przekształceniu podejście zmienia się zdecydowanie**. Blokadą przed przekształceniami jest brak wiedzy i odwagi politycznej.

10.

Przekształcenia odbywają się zgodnie z planem i są przemyślane w przypadku **wizjonerów**, jeśli tacy są w znaczącej części już się przekształcili. Dla reszty jest to **przymus polityczno-ekonomiczny**.

11.

Mamy w Polsce też szpitale, które są dobrze zarządzane i **dobrze sobie radzą** – więc nie muszą myśleć o przekształceniu.

W Polsce, do końca 2013 roku przekształcono 169 szpitali. Spośród nieprzekształconych tylko 10% planuje przekształcenie, a 70% spośród planujących (czyli 7% szpitali publicznych) jest w stanie stwierdzić, iż planuje przekształcenie w krótkiej (1-2 letniej) perspektywie. Na

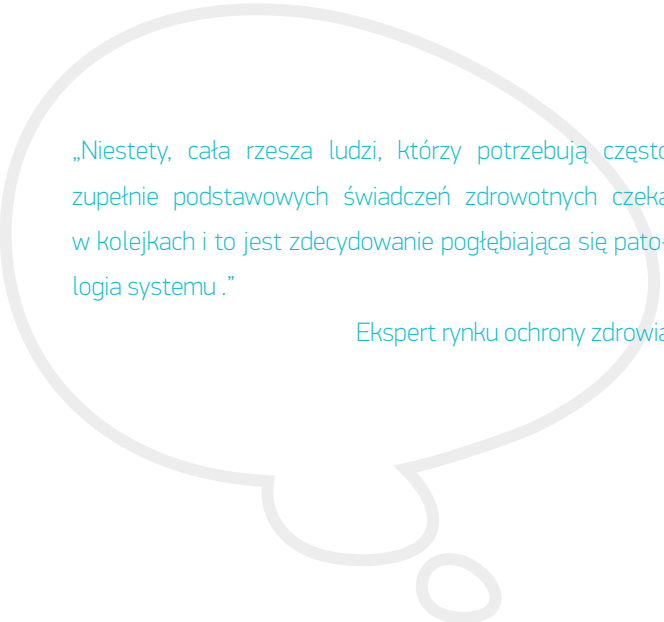
tej podstawie trudno mówić o dużej skali i istotnym tempie przekształceń szpitali w Polsce, nie zmienia to jednak faktu, iż jest to ważny temat zarówno z perspektywy społecznej, politycznej, jak i gospodarczej.

Wyniki badania

Każdy kto podejmuje się analizy sytuacji służby zdrowia w Polsce natrafia na problem dostępu do danych i ich spójności. W obliczu licznych rozbieżności definicyjnych i klasyfikacyjnych, wynikających przede wszystkim z różnego rozumienia słowa szpital, za wiążące zwykle uznaje się oficjalne zestawienia Ministerstwa Zdrowia lub Głównego Urzędu Statystycznego.

Ile mamy w Polsce szpitali?

Uzyskanie odpowiedzi na to proste pytanie okazuje się w praktyce trudne. W rozmowach z administracją rządową oraz centralnymi instytucjami nadzorującymi funkcjonowanie szpitali w Polsce nie byliśmy w stanie ustalić jasnych kryteriów, w oparciu o które instytucje nadzorujące ochronę zdrowia dokonują swoich klasyfikacji.



„Niestety, cała rzesza ludzi, którzy potrzebują często zupełnie podstawowych świadczeń zdrowotnych czeka w kolejkach i to jest zdecydowanie pogłębiająca się patologia systemu.”

Ekspert rynku ochrony zdrowia

Z uwagi na fakt, iż również Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Obrony Narodowej oraz Ministerstwo Sprawiedliwości posiadają w swoich strukturach szpitale, samo Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje pełnym rejestrem placówek szpitalnych. Jednocześnie pozostałe ministerstwa nie analizują sytuacji swoich placówek na tle całego sektora szpitalnego w Polsce.

Podstawowym źródłem danych dla pełnej listy placówek świadczących opiekę zdrowotną jest Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w którym powinien być zarejestrowany i opisany każdy podmiot świadczący usługi zdrowotne. Rejestr powinien umożliwić ustalenie wiarygodnej liczby szpitali. Jednak z uwagi na brak precyzyjnych kryteriów definiujących szpital, w praktyce jest to utrudnione.

Próbując usystematyzować dane pozyskiwane z różnych źródeł mieliśmy na uwadze przenikające się struktury, jak również różnych autorów procesu przekształceń szpitali w Polsce.

Według danych Ministerstwa Zdrowia w Polsce funkcjonuje obecnie 897 szpitali (dane na podstawie dokumentu Mz-29, nie uwzględniają danych z MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości). Uzupełniając tę statystykę o dane z MSW (22) i Ministerstwa Sprawiedliwości (5) łączna liczba szpitali w Polsce zamyka się na poziomie 924 placówek.

Województwo	Szpitale*		Łóżka	
	Ogółem	Ogółem	Na 10 tys. Ludności	
			Wskaźnik	Miejsce w kraju
Polska	897	185 609	48,2	-
Dolnośląskie	79	14 670	50,3	5
Kujawsko-pomorskie	41	9 403	44,9	12
Lubelskie	49	11 638	53,7	2
Lubuskie	24	4 466	43,6	15
Łódzkie	66	12 939	51,3	4
Małopolskie	74	14 761	44,0	13
Mazowieckie	114	25 316	47,8	7
Opolskie	26	4 613	45,7	10
Podkarpackie	38	10 000	46,9	9
Podlaskie	32	5 684	47,4	8
Pomorskie	50	8 962	39,1	16
Śląskie	133	25 871	56,0	1
Świętokrzyskie	25	6 581	51,7	3
Warmińsko-mazurskie	42	6 344	43,7	14
Wielkopolskie	65	15 800	45,6	11
Zachodniopomorskie	39	8 561	49,7	6

*dane ze sprawozdań Mz-29, bez MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Tabela 1 Szpitale i łóżka szpitalne w Polsce. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2013

Wśród wszystkich szpitali 169 przeszło procedurę komercjalizacji do końca 2013 r. Według danych Ministerstwa Zdrowia w 2013 r. przekształceniu uległo 27 szpitali publicznych. Prognozowanie liczby przekształceń na 2014 r. jest mocno utrudnione, co pokazuje ostateczna dynamika tego zjawiska w 2013 r., o wiele niższa niż prognoza ekspertów rynku ochrony zdrowia. Jak pokazują studia przypadków z poprzednich lat, z list szpitali do przekształceń często znikwały szpitale, które od kilku miesięcy deklarowały chęć i gotowość do przekształcenia, a jednocześnie pojawiały się szpitale, które wcześniej nie deklarowały takiej chęci. Czynnikiem stymulującym do przekształceń jest najczęściej trudna sytuacja finansowa samorządu będącego właścicielem szpitala i możliwość skorzystania z 1,4 mld zł środków przeznaczonych w Ustawie o działalności leczniczej na przekształcenie szpitali. Dane prezentowane przez Ministerstwo Zdrowia pokazują jednak, że od wejścia w życie Ustawy do końca 2013 r. wykorzystano zaledwie 19% środków przeznaczonych na ten cel (269 198 tys. zł). W planie na 2014 r. MZ na pomoc w przekształceniach zarezerwowało kwotę w wysokości 400 mln zł, natomiast złożone w ustawowym ter-

minie (31.12.2013) wnioski opiewały w sumie na kolejne 100 mln zł, co pozwala przypuszczać, że w 2014 r. tempo przekształceń istotnie zwolni.

Te samorzady, które dysponują środkami na utrzymanie, nawet nierentownej placówki, nierzadko wolą dotować szpital niż przeprowadzać trudny proces komercjalizacji, który z punktu widzenia samorządu oznacza utratę pełnej kontroli nad placówką (nawet jeśli właścicielem nowo powstałej spółki pozostaje samorząd) przy ciągłym obowiązku świadczenia usług medycznych dla ludności.

„Myślę, że jednym z ważniejszych elementów procesu przekształcania są 2 rzeczy. Pierwsze to działania edukacyjne, żeby ludziom powiedzieć co robimy, co z tego wyniknie, co się stanie jak tego nie zrobimy. A druga sprawa to jest kwestia zaangażowania w ten proces. To jest niestety trudne, dlatego, że lekarze w tej chwili jakby się trochę wyłączyli z walki o poprawę.”

Marcin Kautsch

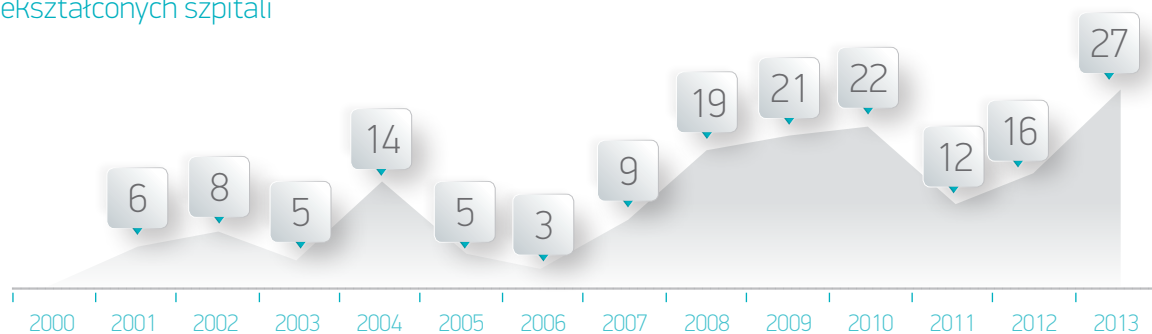
Nawet w wypowiedziach ekspertów pobrzmiewają echa medialnego kontekstu przekształceń szpitali. Populistyczne wykorzystywanie określenia prywatyzacja utożsamianego niewłaściwie z komercjalizacją buduje negatywny klimat wokół idei przekształceń, a zmieniające się zasady regulujące przekształcenia podnoszą poziom niepewności. Tymczasem warto wyjaśnić, że szpitale mogą działać w formach: szpox i nzoż, czyli jednostki po przekształceniu. Zupełnie inną kategorię stanowią szpitale prywatne. Konkluzja

stanowi punkt wyjścia do dyskusji o przyczynach niskiej rentowności szpitali, to każde z województw znajduje się w podobnym punkcie startowym. Oczywiście nie jest to jedyny czynnik definiujący punkt wyjścia do dyskusji o przekształceniach.

Kto jest w stanie przekształcić szpital?

Rozmowy ze szpitalami wyraźnie wskazują, iż temat przekształceń powinien być analizowany w warstwie

Liczba przekształconych szpitali



Rysunek 1 Skala procesu przekształceń szpitali w Polsce, na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia

płynąca zarówno z wywiadów eksperckich, jak i wywiadów ze szpitalami da się zamknąć w stwierdzeniu, iż przekształcenia to przymus polityczno-finansowy.

Biorąc pod uwagę opinie ekspertów, iż liczba szpitali w Polsce w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest zbyt duża, a siatka szpitali zbyt gęsta należy zauważyć, że dostosowanie siatki szpitali do gęstości zaludnienia jest proporcjonalne. Oznacza to, iż jeśli zgodzimy się z hipotezą o zbyt dużej liczbie szpitali, która

„Puściłbym większość szpitali w prywatne ręce; komercjalizacja to dobry pomysł: część szpitali specjalistycznych, klinicznych, powinna być w rękach państwa; reszta natomiast powinna być prywatna; obecnie jest zbyt wiele szpitali [np. na Warmii mamy 2 szpitale w odległości 20 km, to wynikało z zaborów pruskich i zasady, że szpital nie może być dalej niż 1 dzień drogi furmanką] – komercjalizacja spowodowałaby zamknięcie tych niepotrzebnych szpitali. Gdyby tylko był sensowny starosta to sytuacja wyglądałaby lepiej.”

Przedstawiciel szpitala publicznego

decyzyjnej, ale nie mniej istotna jest warstwa egzekucyjna. O ile warstwa decyzyjna silnie uwikłana jest w politykę i ogólną sytuację społeczno-ekonomiczną rejonu, w którym funkcjonuje placówka, to od strony egzekucyjnej mamy dwa podstawowe zagadnienia: kadry menadżerskiej i zespołu szpitala.

Na menadżerów szpitala zostaje nałożony obowiązek przeprowadzenia przekształcenia, który najczęściej oznacza:

- oczekiwania podmiotu tworzącego w zakresie prostej redukcji kosztów,
- oczekiwania przeprowadzenia restrukturyzacji szpitala, przejścia na logikę rachunku zysków i strat, etc.,
- konieczność planowania przyszłości szpitala w perspektywie dłuższej niż 1 rok i kolejny kontrakt z NFZ, co najczęściej oznacza konieczność inwestycji (z powodu przestarzałej infrastruktury szpitala),
- konieczność przekonania załogi co do słuszności podejmowanych kroków i zmian.

Odsetek ludności według miejsca zamieszkania



Odsetek szpitali ogółem w województwach



Rysunek 2 Dostosowanie struktury szpitali do struktury ludności

Najczęściej oczekiwania te i postulaty stoją w sprzeczności ze sobą. Samo przekształcenie sprowadza się do zmian formalno-prawnych i cięcia kosztów. Szansa na restrukturyzację, jeśli w ogóle, jest wykorzystywana w niewielkim stopniu. Stąd też opinie wskazujące, iż przekształcenia są raczej wymuszone niż realizowane dobrowolnie w ramach ustawy, a jednocześnie przeprowadzane są po omacku, na zasadzie eksperymentów na żywym organizmie.

Warto zauważyć, że jeszcze pod koniec 2011 r. oceny dotychczasowych skutków komercjalizacji były stosunkowo negatywne, co wynikało w dużej mierze z ograniczenia się w przekształcanych podmiotach jedynie do operacji księgowych, bez restrukturyzacji oraz zmiany sposobu zarządzania. Na pełną analizę oraz odpowiedź na pytanie, czy realizowane w ostatnim czasie przekształcenia pomogły w poprawie kondycji finansowej szpitali jest być może za wcześnie, ze względu na brak pełnych danych finansowych i zbyt krótki okres czasu, jaki upłynął od wejścia w życie ostatnich zmian legislacyjnych regulujących rynek ochrony zdrowia.

Badanie jasno pokazuje, że ocena bieżącej sytuacji finansowej szpitala w przypadku placówek

przekształconych prezentuje się znacznie lepiej niż w przypadku szpitali publicznych. Czterokrotnie wyższy jest odsetek placówek przekształconych, których przedstawiciele określili sytuację finansową szpitala jako zdecydowanie dobrą. Uderza brak zdecydowanie negatywnych ocen po stronie przedstawicieli szpitali przekształconych. Eksperti, z którymi omawialiśmy wyniki z badania odnoszą się do nich dość sceptycznie. W ich opinii tak wysoki odsetek ocen pozytywnych w przypadku szpitali przekształconych wynika przede wszystkim z faktu, że przekształcone placówki zostały oddłużone, co wymiennie poprawiło ich bieżącą sytuację finansową.

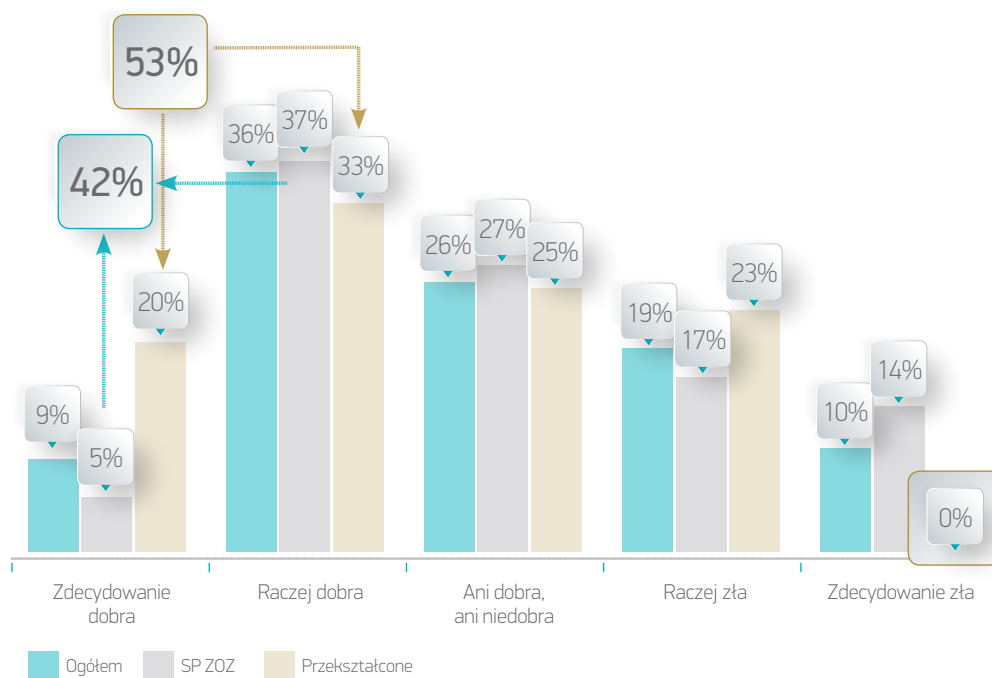
„Wszystko bardzo zależy od lokalnych uwarunkowań szpitala, kto jest dyrektorem szpitala i kto jest starostą. Tam, gdzie jest sensowny dyrektor i sensowny starosta to sytuacja wygląda lepiej.”

Marcin Kautsch

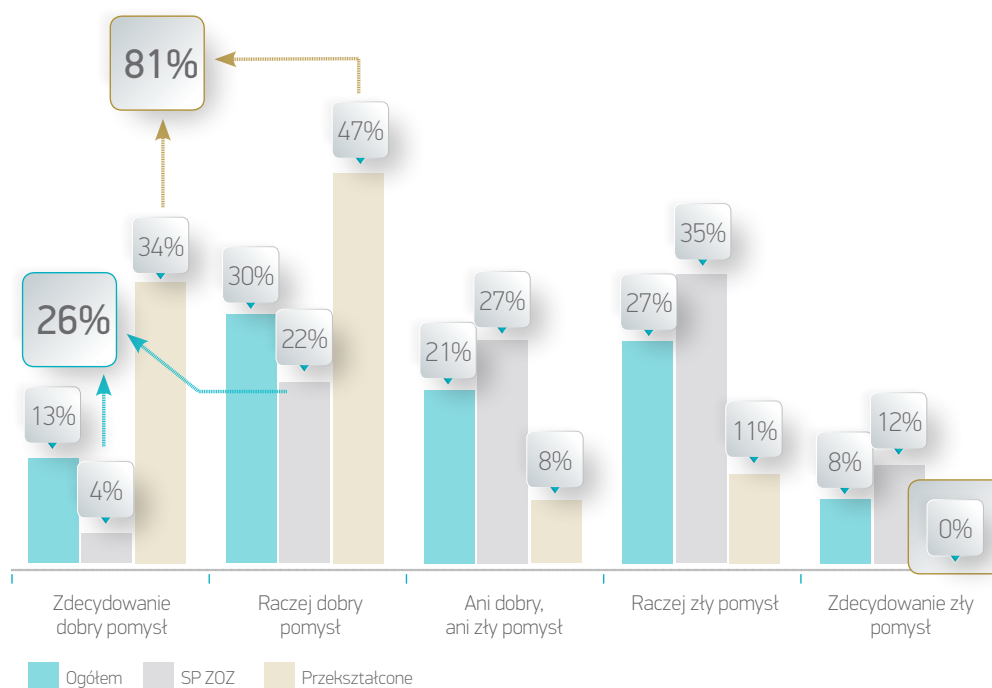
Nastawienie dyrekcji szpitali publicznych i przekształconych do procesu przekształcenia szpitali w Polsce jest diametralnie różne. W zdecydowanej większości placówek przekształconych komercjalizacja oceniana jest pozytywnie (81%). Odsetek pozytywnych ocen w szpitalach publicznych jest ponad

trzykrotnie niższy (26%). Respondenci reprezentujący placówki przekształcone są przekonani, że pozytywna ocena procesu przekształceń podzielana jest także przez pracujący w szpitalu personel. W opinii przedstawicieli szpitali publicznych wśród personelu pracującego w placówce dominuje negatywne nastawienie względem procesu przekształceń szpitali.

Istotną kwestią wskazywaną przez szpitale jest nastawienie samorządu. Menadżerowie zgłaszają wyraźną potrzebę dialogu i wsparcia ze strony samorządów, jednak pomocy takiej generalnie nie otrzymują. Poza wiedzą z zakresu ekonomii, prawa, ochrony zdrowia menadżer szpitala musi mieć wystarczającą charyzmę do przekonania załogi, iż zmiany przyniosą pozytywne



Rysunek 3 Ocena sytuacji finansowej szpitali. Źródło: badanie CATI



Rysunek 4 Ocena procesu przekształceń wydawana przez kierownictwo szpitala. Źródło: badanie CATI

skutki. Przekształcenie powinno dotyczyć wszystkich szczebli, a najczęściej zapomina się o istotnej roli załogi szpitala lub ignoruje negatywne nastawienie.

„Według mnie to jest kwestia podejścia szefów szpitali: oni muszą znać się na prawie, przepisach, muszą być przekonani i wiedzieć co robią. Obserwując inne szpitale odnoszę wrażenie, że prezesi czy dyrektorzy nie zdają sobie sprawy z odpowiedzialności, jaka na nich spoczywa.”

Przedstawiciel szpitala przekształconego

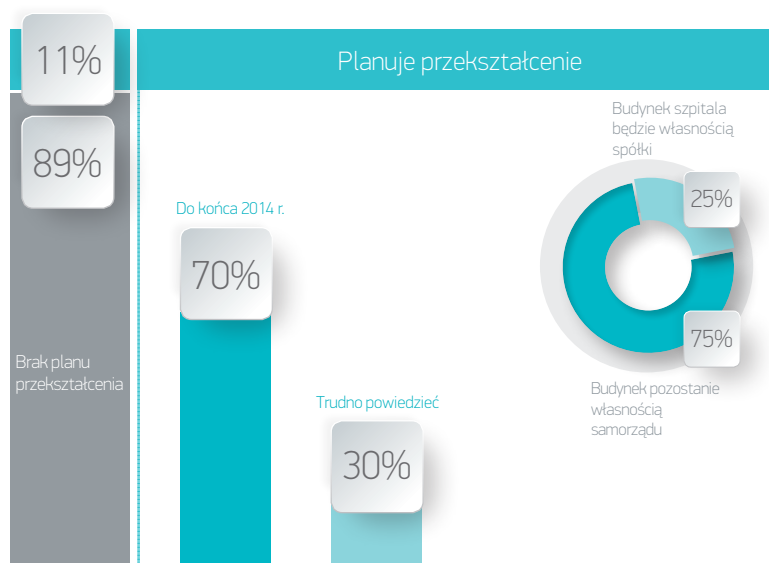
Spośród 100 przebadanych przez nas placówek publicznych w co dziesiątej placówce opracowywany jest plan przekształcenia szpitala w jednostkę niepubliczną. W przypadku większości szpitali, w których planowany jest proces przekształcenia, plan zakłada, że budynek szpitala pozostanie własnością samorządu (75%).

Tylko co czwarty szpital przekształcony (25%) nabędzie prawa własnościowe do budynku. Dla części naszych ekspertów takie podejście budzi wątpliwości w sens realizacji przekształcenia. Wspominają oni, że placówka pozbawiona majątku ma utrudnione pole manewru do działania na wolnym rynku. Dodatkowo takie rozwiązanie sugeruje, że przekształcenie ma na celu jedynie oddłużenie placówki, a nie jej restrukturyzację

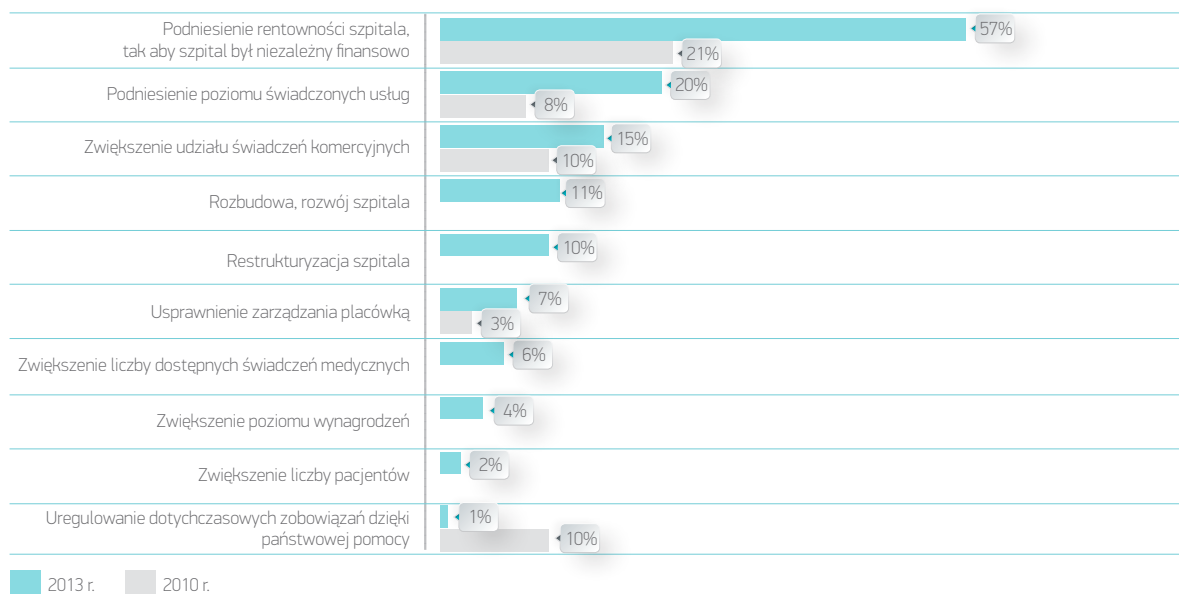
i uzdrowienie finansów. Jednocześnie badani przyznają, że takie podejście ze strony samorządu ma sens o tyle, że w przypadku upadku szpitala samorząd nadal jest dysponentem majątku i jest w stanie wydzierżawić placówkę innemu operatorowi. Nieuniknione jest jednak pytanie o to, czy realizowana w ten sposób aseku-racja jest wynikiem rozsądku ze strony przedstawicieli samorządu czy symptomem braku wiary w proces przekształcenia.

Oczekiwania wobec działania szpitala po przekształceniu są bardzo zbliżone do tych formułowanych przez respondentów, którzy udzielili odpowiedzi w badaniu w 2010 r., przy czym podniesienie rentowności szpitala jest ewidentnie priorytetem przyświecającym idei przekształcenia placówki (57%). Co piąty badany liczy, że na zmianie formy prawnej szpitala zyska również pacjent, dzięki podniesieniu poziomu świadczonych usług (20%).

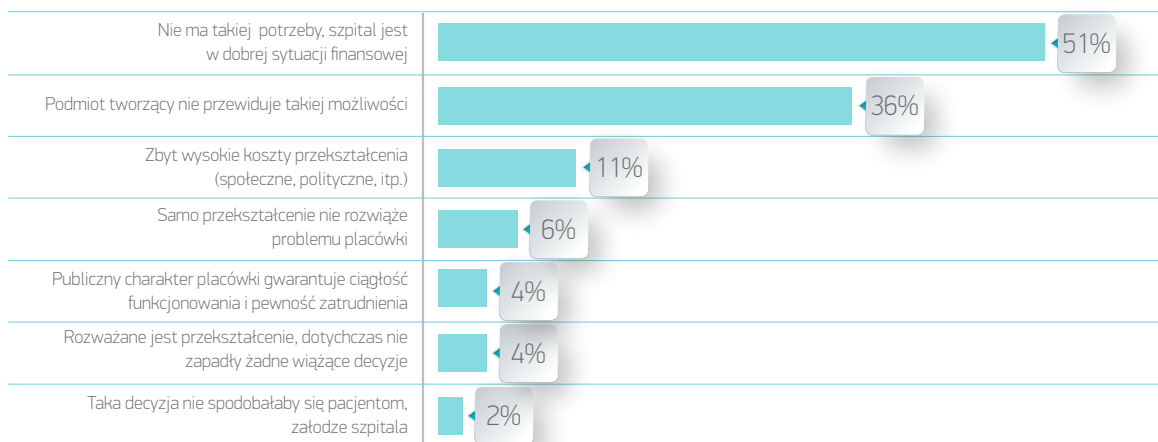
Przedstawiciele zdecydowanej większości (89%) szpitali publicznych, w których nie planuje się realizacji procesu przekształcenia wskazują jako uzasadnienie dobrą sytuację finansową placówki (51%). Co trzeci spośród respondentów (36%) wskazuje, że podmiot tworzący nie planuje w tym momencie możliwości



Rysunek 5 Planowane przekształcenia szpitali. Źródło: badanie CATI



Rysunek 6 Oczekiwania wobec funkcjonowania szpitala po przekształceniu. Źródło: badanie CATI



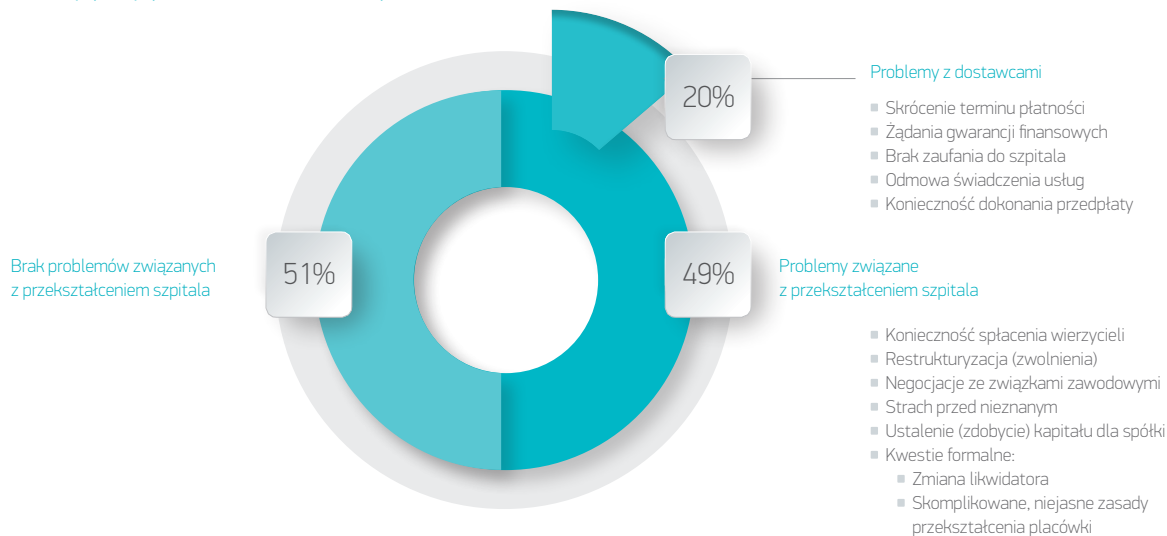
Rysunek 7 Powody braku planów przekształceń. Źródło: badanie CATI

przekształcenia szpitala. Badani zwracali uwagę, że proces przekształcenia niesie ryzyko – zarówno społeczne, związane z losem pracowników szpitala i pacjentów, jak i polityczne dotyczące głównie przedstawicieli samorządu odpowiedzialnego za prowadzenie SP ZOZu.

W opinii naszych ekspertów szpitale, które obecnie realizują proces przekształcenia to placówki w trudnej sytuacji ekonomicznej. Ponad połowa szpitali przekształconych nie była rentowna na po-

ziomie operacyjnym w momencie rozpoczęcia procesu przekształcenia (58%). Nieco ponad połowa placówek przekształconych (53%) przed rozpoczęciem procesu miała problem z regulowaniem zobowiązań wymagalnych.

Problemy przy przekształcaniu szpitala



Rysunek 8 Problemy związane z przekształceniem szpitala. Źródło: badanie CATI

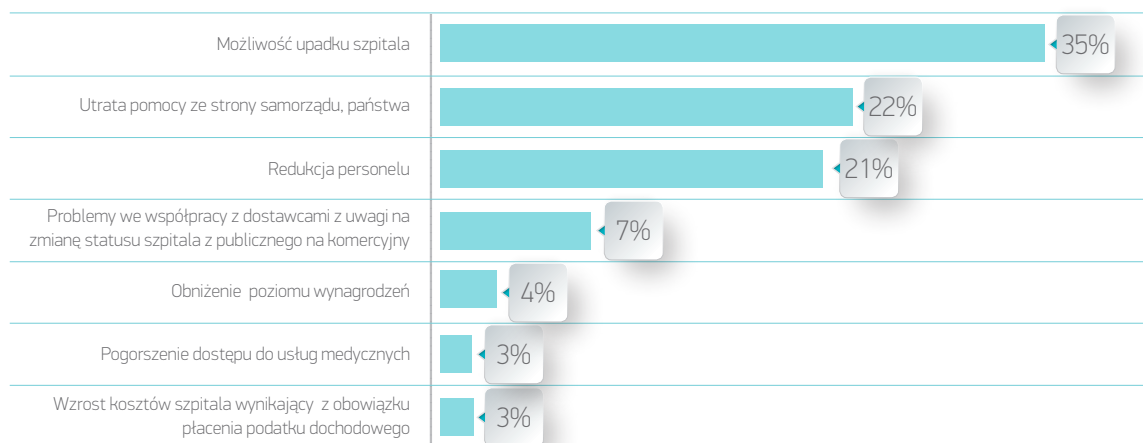
Co drugi szpital przekształcony w trakcie realizacji procesu przekształcenia napotykał na różnego typu problemy. W opinii naszych ekspertów ten odsetek odpowiedzi i tak jest niższy od ich oczekiwań. Najczęściej wskazywanym problemem była konieczność spłacenia zobowiązań wobec wierzycieli. Z przeprowadzonych analiz wynika, że jest to największe wyzwanie, przed jakim stoją szpitale, które chcą zrealizować proces przekształcenia.

W dalszej kolejności były wymieniane:

- Restrukturyzacja (zwolnienia)
- Negocjacje ze związkami zawodowymi
- Strach przed nieznanym
- Ustalenie (zdobycie) kapitału dla spółki
- Kwestie formalne takie jak: zmiana likwidatora, skomplikowane, niejasne zasady przekształcenia placówki.

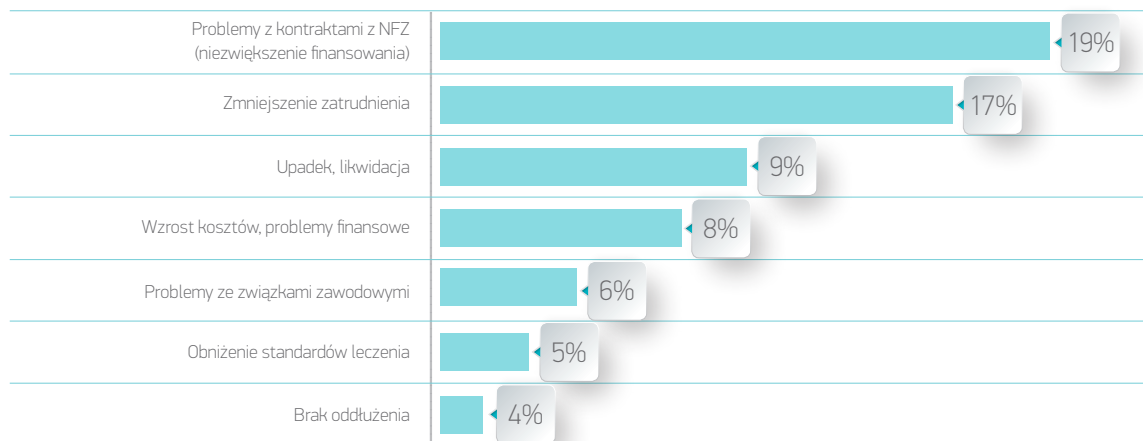
Ponad połowa przedstawicieli placówek przekształconych jest zwolennikami procesu przekształceń (81%). Odsetek podobnie nastawionych zwolenników procesu wśród respondentów ze szpitali publicznych

Obawy związane z funkcjonowaniem szpitala po przekształceniu (2013 r.)



Rysunek 9 Obawy związane z funkcjonowaniem szpitala po przekształceniu (2013 r.). Źródło: badanie CATI

Obawy związane z funkcjonowaniem szpitala po przekształceniu (2010 r.)



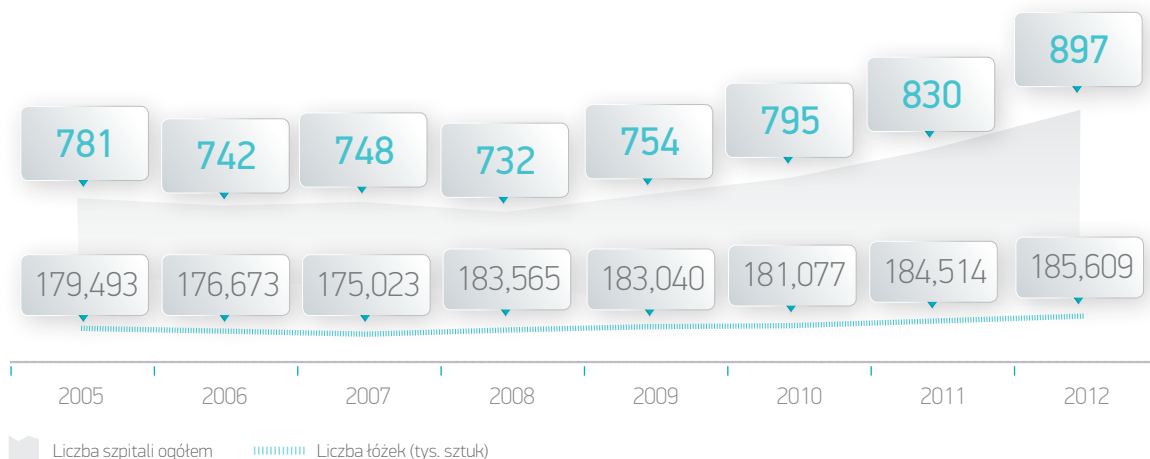
Rysunek 10 Obawy związane z funkcjonowaniem szpitala po przekształceniu (2010 r.). Źródło: badanie CATI

jest niemal czterokrotnie niższy (26%). Co trzeci badany obawia się, że po przekształceniu szpital może upaść (35%). Co piąty respondent (zdecydowaną większość stanowią osoby reprezentujące szpitale publiczne) obawia się utraty pomocy ze strony państwa, samorządu (22%). Wśród przedstawicieli szpitali publicznych zdecydowanie wyższa jest obawa przed redukcją personelu. Lista obaw związanych z funkcjonowaniem szpitala po przekształceniu obejmuje problemy we współpracy z dostawcami,

obniżenie poziomu wynagrodzeń czy pogorszenie dostępu do usług medycznych dla pacjentów.

Badanie pokazuje, że w okresie, jaki minął między badaniami (wrzesień/październik 2010 – lipiec/sierpień 2013) główne obawy związane z funkcjonowaniem szpitala po przekształceniu tylko się nasiliły. Niewątpliwym wpływem na listę obaw miała Ustawa o działalności leczniczej, która formalnie dopuściła możliwość upadku szpitala – w porównaniu do wyników z badania realizowanego w 2010 r. odsetek odpowiedzi na ten temat wzrósł czterokrotnie.

Charakterystyka szpitali publicznych w Polsce



Rysunek 11 Dane ze sprawozdań Mz-29, bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości. Dane za 2011-2012 uwzględniają część szpitali MON.

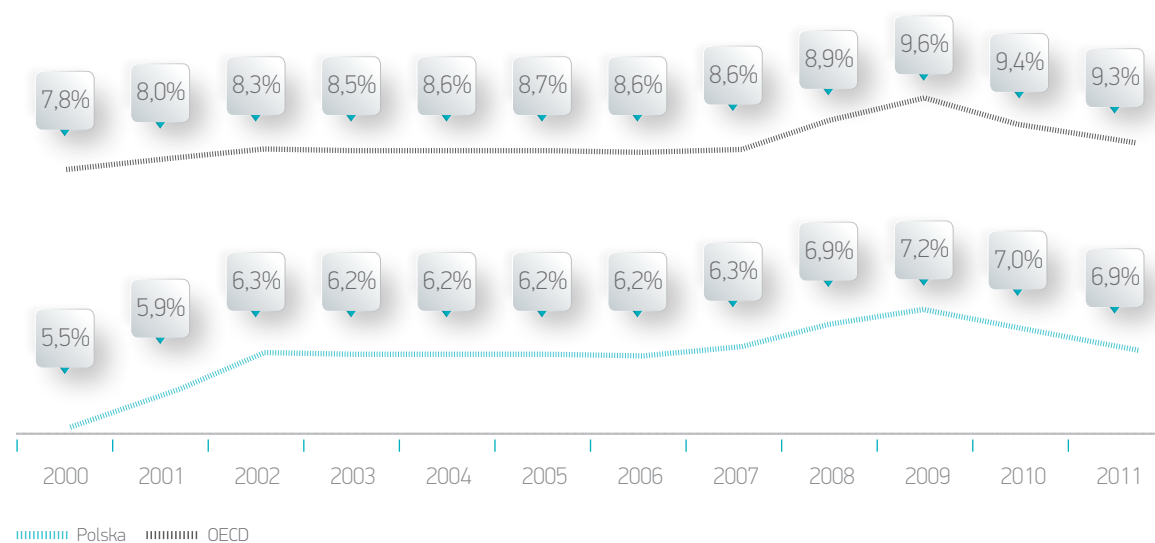
Szpital publiczne (SP ZOZ)	2012	2013*	2014*
Średnia liczba łóżek	298	297	296
Średnia liczba pacjentów	11 990	11 514	11 308
Średnia liczba pełnoetatowych pracowników medycznych	384	383	391
Średnia liczba pracowników kontraktowych	53	56	59
Średni przychód szpitala (tys. zł rocznie)	37 538	38 830	41 068

Szpital przekształcone	2012	2013*	2014*
Średnia liczba łóżek	196	195	195
Średnia liczba pacjentów	9 135	8 895	7 178
Średnia liczba pełnoetatowych pracowników medycznych	215	211	211
Średnia liczba pracowników kontraktowych	74	77	71
Średni przychód szpitala (tys. zł rocznie)	26 167	31 259	31 463

Tabela 2. Dane finansowe charakteryzujące szpitale *Prognoza. Źródło: CATI

Choć całkowita liczba szpitali w Polsce od 2009 r. systematycznie rośnie, to liczba łóżek szpitalnych pozostaje na względnie stabilnym poziomie. Sugeruje to trend w kierunku tworzenia nowych, mniejszych

szpitali. Czynnikiem, który mógłby przyspieszyć zmiany byłoby nowe podejście do definiowania niektórych procedur medycznych, nie jako szpitalnych, ale ambulatoryjnych.



Rysunek 12 Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w Polsce i średnia dla OECD 2000-2011. Źródło: OECD HealthData 2013 - dane za 2011 r.

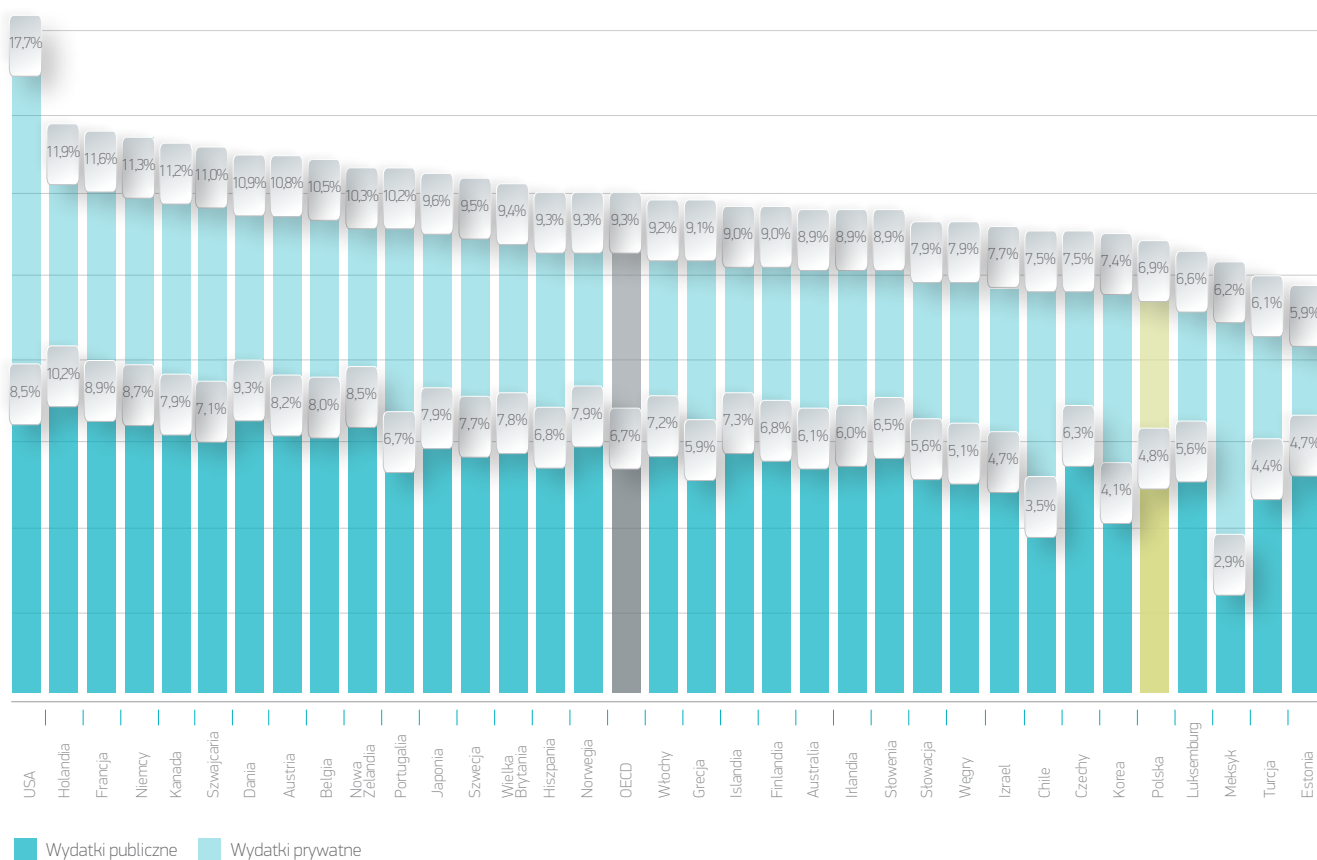
Jak pokazują wyniki badania szpitale publiczne:

- są średnio większymi placówkami niż szpitale przekształcone,
- posiadają średnio o połowę więcej łóżek szpitalnych,
- obsługują średnio o ok 30% więcej pacjentów niż szpitale przekształcone (w 2012 r.),
- zatrudniają średnio na umowę o pracę blisko dwukrotnie więcej personelu medycznego, posiadają mniej personelu zatrudnionego na kontrakt,
- w szpitalach publicznych personel pracujący na kontrakcie stanowi ok 14-15% pracowników, podczas gdy w szpitalach przekształconych jest to średnio 34% personelu,
- zarówno szpitale publiczne jak i przekształcone nastawione są na utrzymanie skali działalności (malejąca liczba pacjentów dla 2014 r. wynika głównie z wyższego udziału braków odpowiedzi).

Finansowanie szpitali w Polsce

Środki na ochronę zdrowia w Polsce systematycznie rosną, utrzymując się na stałym poziomie ok 7% PKB, choć są one znacznie poniżej średniej dla krajów OECD. Pod tym względem w ciągu minionej dekady poziom wydatków względem krajów OECD nie uległ zmianie. Ponad dwie trzecie wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze środków publicznych.

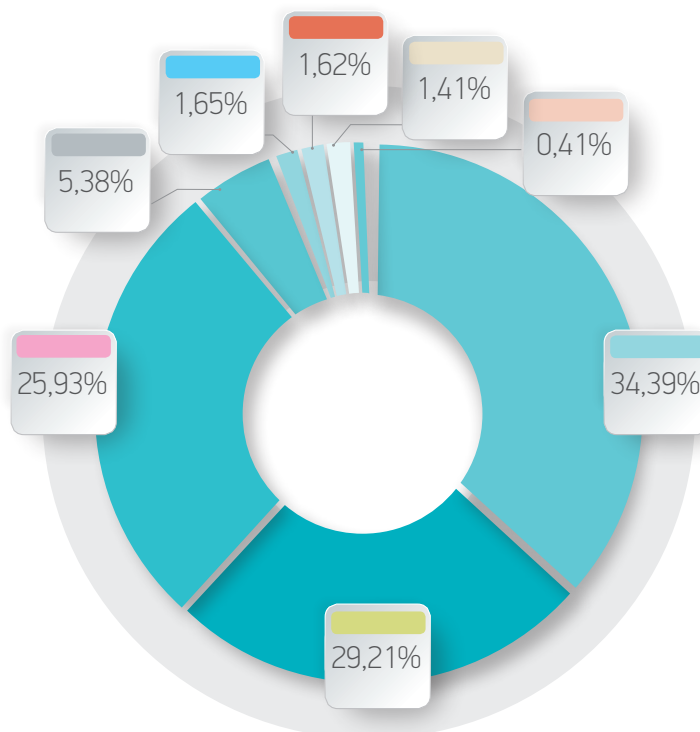
Największa część środków na ochronę zdrowia przeznaczana jest na szpitale (34,39%)



Rysunek 13 Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB kraju, 2011. Źródło: OECD HealthData 2013 - dane za 2011 r.

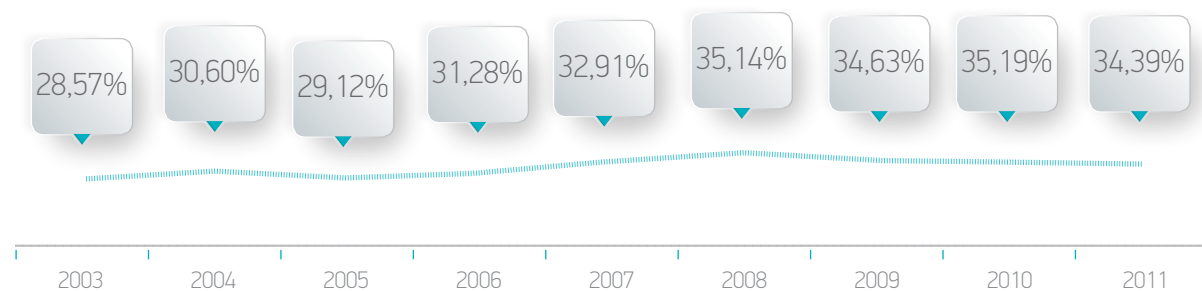
Wydatki bieżące 97,6 mld PLN = 6,39% PKB

Wydatki inwestycyjne 7,3 mld PLN = 0,48% PKB



- Szpitale (HP. 1)
- Świadczeniodawcy ambulatoryjnej ochrony zdrowia (HP. 3)
- Sprzedawcy i inni dostawcy sprzętu i dóbr medycznych, w tym leków (HP. 4)
- Pozostałe jednostki gospodarcze (HP. 7)
- Instytucje administracji w ochronie zdrowia (HP. 6)
- Zakłady opieki pielęgnacyjnej długoterminowej (HP. 2)
- Jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego (HP. 5)
- Zagranica (HP. 8)

Rysunek 14 Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w Polsce. Źródło: OECD 2013



■ Udział wydatków na szpitale (HP.1) w całkowitych wydatkach bieżących na ochronę zdrowia.

Rysunek 15 Udział wydatków na szpitale (HP.1) w całkowitych wydatkach bieżących na ochronę zdrowia. Źródło: OECD 2013

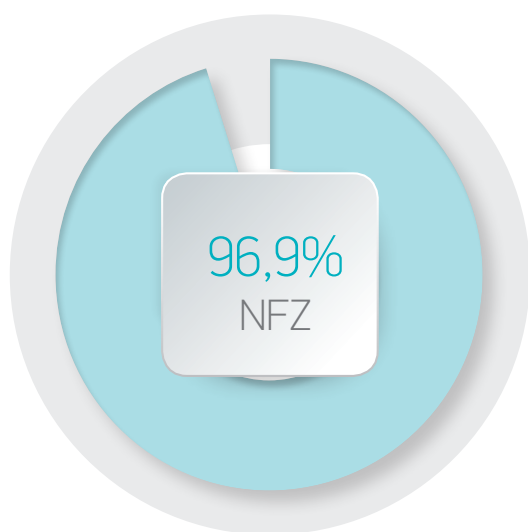
Przychody szpitali

Niezależnie od tego, czy szpital jest jednostką publiczną czy przekształconą Narodowy Fundusz Zdrowia jest głównym źródłem finansowania bieżącej działalności szpitala. Udział środków pozyskiwanych z komercyjnie świadczonych usług utrzymuje się na bardzo niskim poziomie.

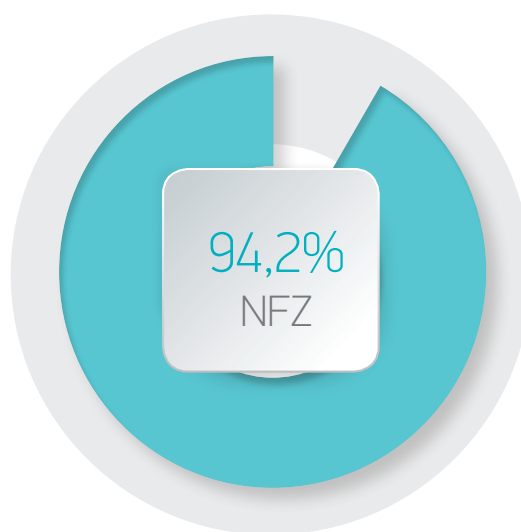
- NFZ finansuje niemal wszystkie szpitale i ma najwyższy (średnio 96%) wkład w strukturę przychodów szpitala.
- Szpitale niepubliczne niemal dwukrotnie częściej oferują odpłatne świadczenia zdrowotne, stanowią one jednak w dalszym ciągu znikomą część dochodu placówek.
- Szpitale publiczne częściej korzystają z różnego typu dotacji, darowizn. Częściej czerpią dochody z tytułu wynajmu powierzchni szpitala.
- Struktura przychodów szpitali jest stabilna, w odpowiedziach badanych dotyczących przychodów za lata 2012-2014 nie ma praktycznie żadnych zmian.

Rachunek ekonomiczny, sposób wyceny procedur bardzo wyraźnie oddziałuje na rynek usług medycznych. Można się spierać o mechanizmy, które doprowadziły do uprzywilejowanej pozycji takich obszarów jak kardiologia, okulistyka czy onkologia, jednak efekt jest taki, iż to te oddziały są w stanie generować zyski. Tutaj eksperci wskazują na konsekwencje wynikające z podejścia opartego o wycenę procedur medycznych, a nie leczenia danej choroby czy schorzenia. Prowadzi to do sytuacji, w której nie ma standardów leczenia określonych chorób i schorzeń, a zapisy konstytucyjne gwarantujące równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych pozostają bez pokrycia. Wadą polskiego systemu ochrony zdrowia jest to, że zbyt wiele procedur realizuje się w szpitalach zamiast w tańszych w utrzymaniu zakładach opieki ambulatoryjnej, co z kolei wskazuje jak dalekie od rachunku ekonomicznego są założenia całego systemu.

Udział NFZ w przychodach szpitali



SP ZOZ

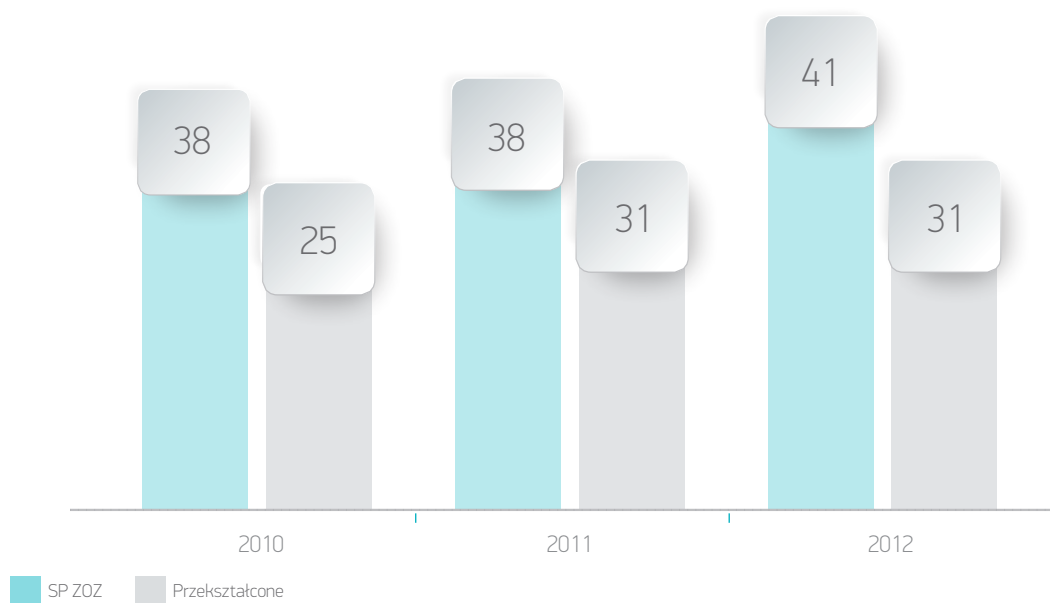


Szpitale przekształcone

Dynamika przychodów szpitali w ostatnich latach ulega stopniowemu wyhamowaniu, choć poziom środków przeznaczanych przez NFZ na szpitalnictwo w dalszym ciągu wzrasta. Warto podkreślić, że w minionych latach wzrosła liczba szpitali w Polsce.

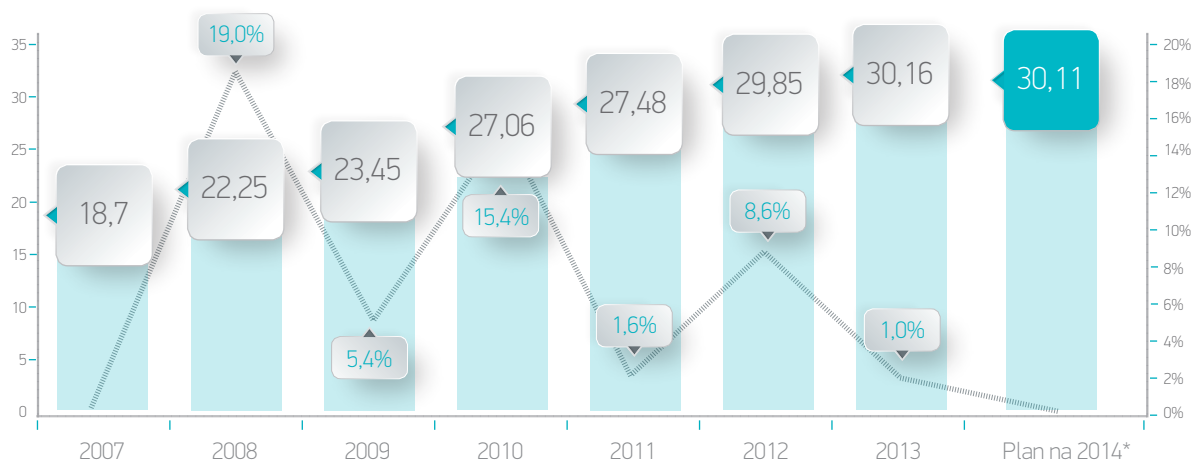
Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia wzrastają nieprzerwanie z roku na rok, choć plan na 2014 r. zakłada utrzymanie ich na poziomie zbliżonym do tego z 2013 r. Warto zaznaczyć, że jeszcze w lipcu 2013 r. plan NFZ na 2014 r. zakładał obniżkę kosztów na szpitale o 11% do poziomu 27,23 mld zł.

Średni roczny przychód szpitala (mln PLN)



Rysunek 17 Średni roczny przychód szpitala (w mln zł). Źródło: Badanie CATI

Koszty NFZ na leczenie szpitalne 2007-2014 (mld PLN)

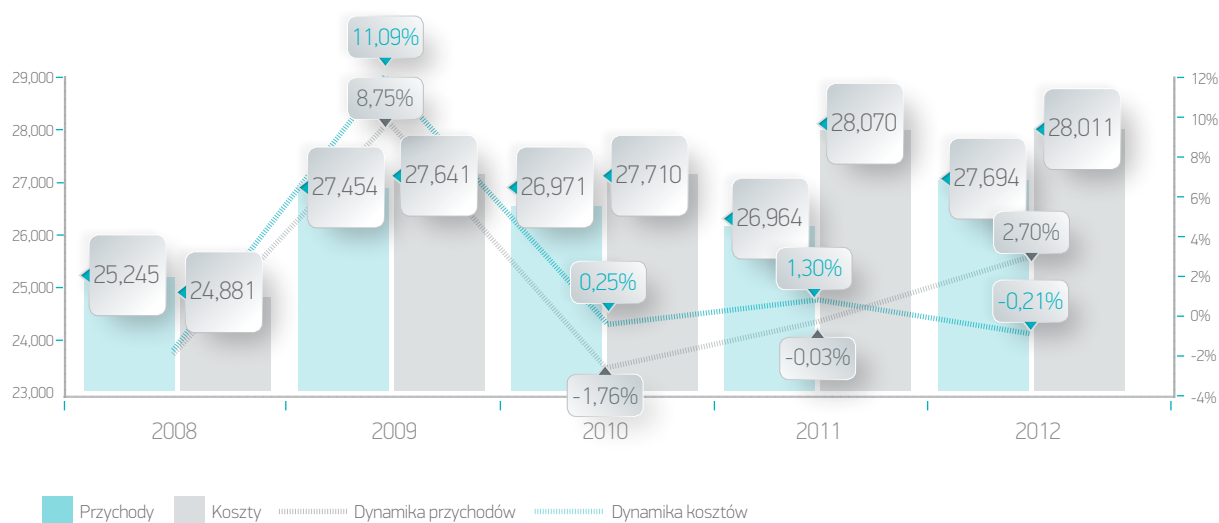


Rysunek 18 Koszty NFZ na leczenie szpitalne 2007-2014 (mld zł). Źródło: Biuletyn Informacji Publicznej NFZ, Finanse NFZ

Chociaż wraz z kosztami samorządowych SP ZOZów rosną także ich przychody, to jednak ostateczny bilans finansowy samorządowych SP ZOZów od 2009 pozostaje negatywny. Po okresie ciągłego wzrostu w 2012 r. dysproporcje pomiędzy kosztami i przycho-

dami samorządowych SP ZOZów spadły znacznie, na co miała wpływ nowelizacja Ustawy o działalności leczniczej, która spowodowała obowiązek przeksięgowania części funduszu założycielskiego na RMP (rozliczenia międzyokresowe przychodów).

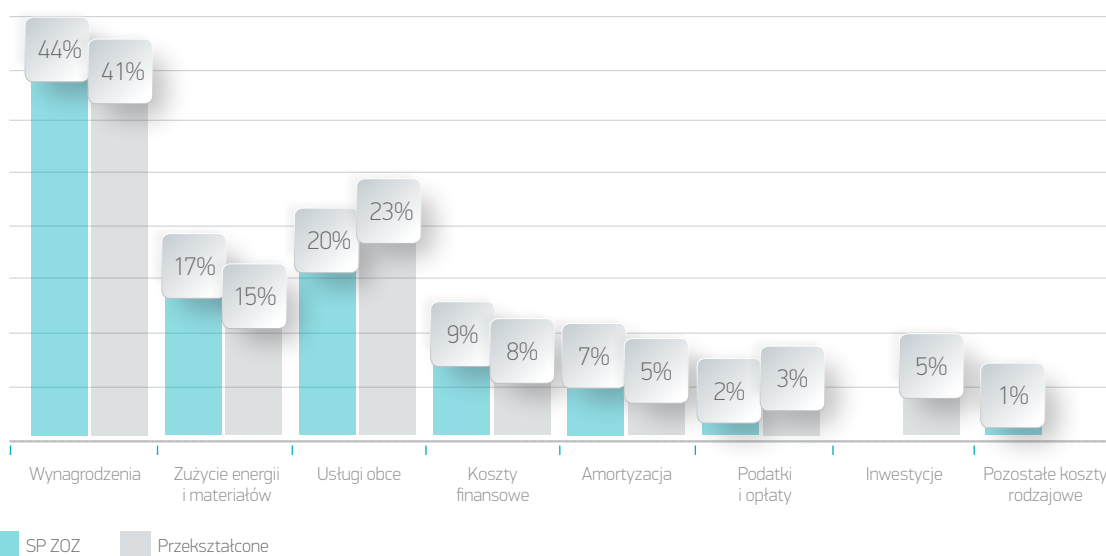
Dynamika kosztów SP ZOZ (mld PLN) za lata 2008-2012



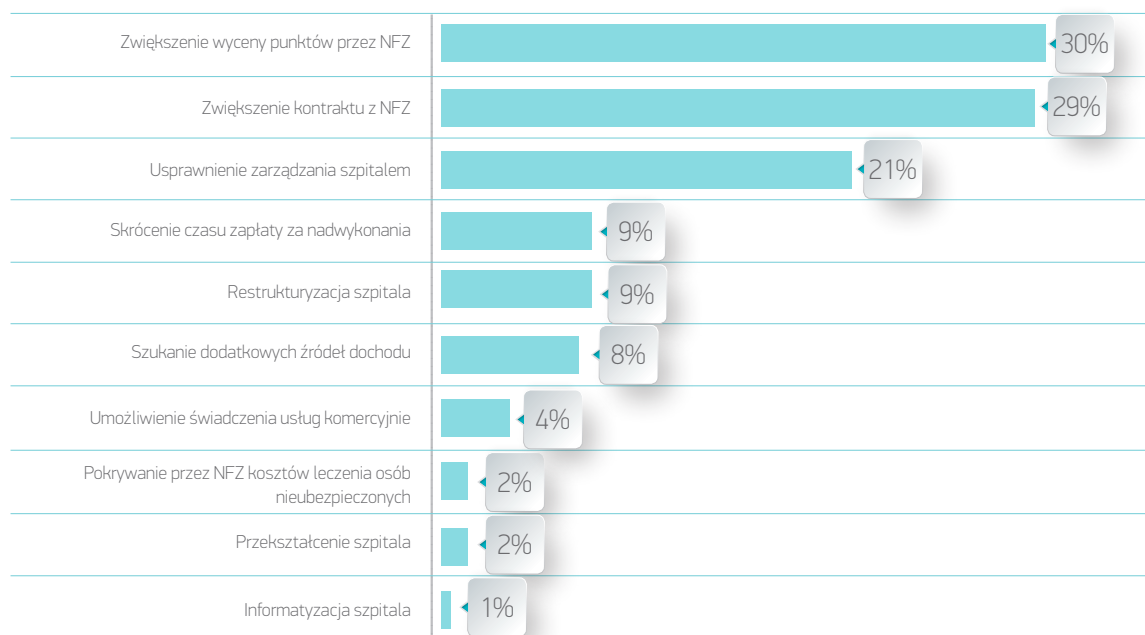
Rysunek 19 Poziom i dynamika kosztów oraz przychodów SP ZOZ. Dane ze sprawozdania Mz-03, dotyczą szpitali samorządowych

Sytuacja finansowa szpitali

- W opinii respondentów wynagrodzenia stanowią kategorię, która generuje najwięcej problemów z finansowaniem bieżącej działalności szpitala.
- Problem ten jest o tyle istotny, że koszty związane z zatrudnianiem pracowników kontraktowych, którzy stanowią istotną część personelu szpitali, stanowią element „usług obcych”, które wymieniane są na trzecim miejscu przez niemal połowę badanych.
- Połowa szpitali (częściej placówki publiczne) zwraca uwagę także na koszty związane z zużyciem energii i zakupem materiałów.
- Oprócz kosztów finansowych wskazywanych przez co dziesiątego badanego, pozostałe typy kosztów wymienione były zdecydowanie rzadziej.
- Respondenci zostali poproszeni o wskazanie, w jaki sposób można poprawić sytuację finansową szpitala. Pytanie miało charakter otwarty, a więc respondenci mogli swobodnie wypowiedzieć się na ten temat.
- Największy odsetek badanych poprawy sytuacji finansowej szpitala upatruje w zmianach wyceny świadczeń przez NFZ (30%).
- Podobny odsetek badanych deklaruje, że rozwiązaniem byłoby zwiększenie wartości kontraktu szpitala z NFZ (29%), tym bardziej, że część szpitali ma potencjał do świadczenia usług medycznych na większą skalę.
- Co piąty badany sugeruje, że poprawa sytuacji w szpitalu to kwestia usprawnienia zarządzania placówką – efektywne rozliczanie pracy personelu, outsourcing niektórych obszarów, oszczędzanie energii, wody, itp.
- Co dziesiąty spośród respondentów wskazał, że sporym ułatwieniem dla szpitali byłoby skrócenie czasu wypłaty przez NFZ środków za wykonane nadwykonania. Obecnie szpitale kredytują z własnych środków te świadczenia.



Rysunek 20 Kategorie kosztów powodujące najwięcej problemów związanych z finansowaniem bieżącej działalności szpitala. Odpowiedź Top of Mind, spontaniczna. Źródło: badanie CATI



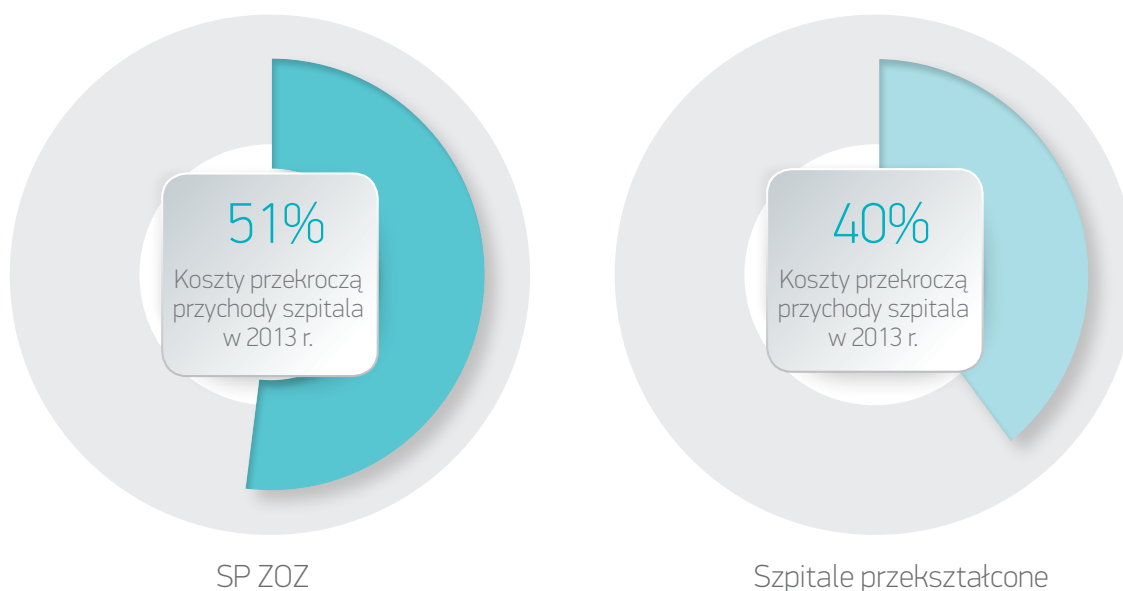
Rysunek 21 Opinie na temat sposobów poprawy sytuacji finansowej szpitali, w których koszty przekroczyły przychody w 2013 r. Źródło: badanie CATI

Zadłużenie szpitali

Niemal połowa respondentów przyznała, że w reprezentowanym przez nich szpitalu koszty w 2013 r. przekroczą przychody. Częściej taka sytuacja będzie mieć miejsce w szpitalach publicznych. Średnio koszty przekroczą przychody o 6,85% przy czym wyższy

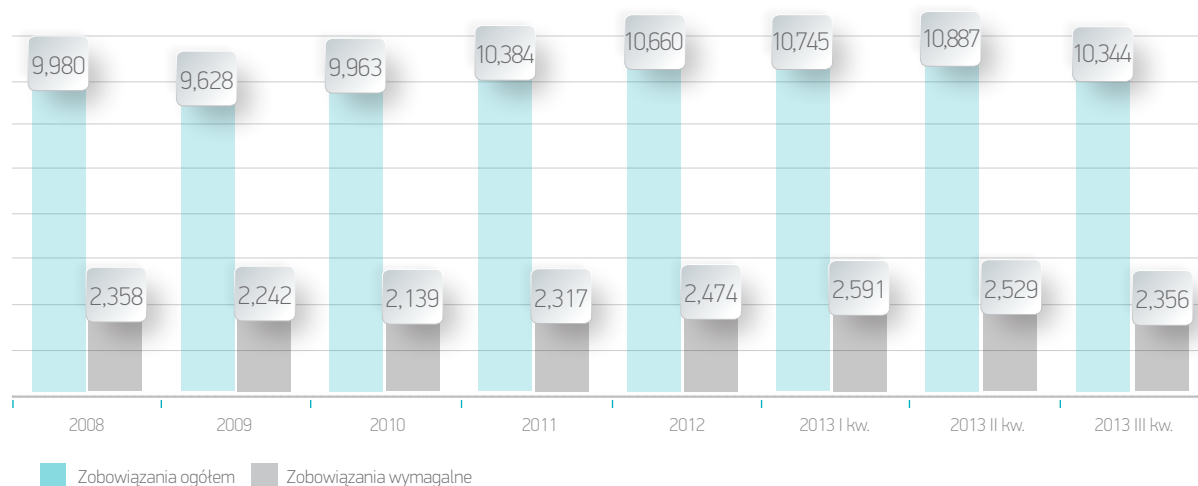
poziom zadłużenia zanotują placówki publiczne. Zobowiązania SP ZOZ pozostają na względnie stabilnym poziomie, jednak w latach 2011-2012 nastąpił wzrost udziału zobowiązań wymagalnych, który nie uległ zmniejszeniu w 2013 r.

Odsetek szpitali, w których koszty szpitala przekroczą przychody w 2013 r.



Rysunek 22 Odsetek szpitali, w których koszty szpitala przekroczą przychody w 2013 r. Źródło: Badanie CATI

Zobowiązania ogółem i wymagalne SP ZOZ 2008-2013 (mld PLN)



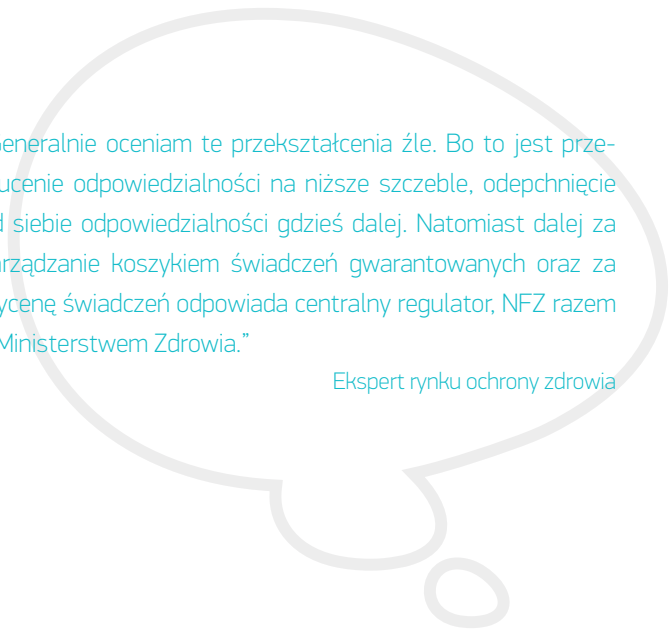
Rysunek 23 Zobowiązania ogółem i wymagalne SP ZOZ 2008 - 2013 (mld zł). Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia

Jak rysuje się przyszłość polskich szpitali?

Jednym z pierwszych komentarzy ekspertów, ale też coraz częściej powtarzaną w prasie branżowej opinią jest stwierdzenie, że w Polsce mamy zdecydowanie za dużo szpitali w porównaniu do potrzeb. Obciążenie łóżek jest zbyt niskie, siatka szpitali zbyt gęsta, a kiedy dołożymy do tego stan techniczny budynków (zwłaszcza ich energochłonność) okazuje się, iż tylko kwestią czasu jest likwidacja znacznej części szpitali, zwłaszcza powiatowych.

Pytanie o przyszłość, zarówno jeśli pytamy lekarzy, menadżerów, ekspertów jest pytaniem o niepewną przyszłość. Niepewność ta wynika w dużej mierze z ciągle zmieniających się warunków, krótkoterminowej strategii współpracy z NFZ i Ministerstwem Zdrowia, które nie prowadzi długofalowej, ciągłej polityki zdrowotnej. W kontekście przekształceń pojawia się opinia, iż wszystkie dotychczasowe założenia przekształceń szpitali zostaną zweryfikowane w momencie upadku relatywnie dużego szpitala, który przeszedł przez procedurę komercjalizacji, ale nie został właściwie zrestrukturyzowany.

Obecny poziom zadłużenia samorządów jest ekstremalnie wysoki. Głównym powodem takiego stanu rzeczy było kredytowanie wkładu własnego w projektach realizowanych ze wsparciem środków unijnych. Już dziś wiele samorządów zbliża się do granicy zarządu komisarycznego, z tego względu nie będą mogły sobie pozwolić na finansowanie zadłużenia szpitali. Wykorzystanie kolejnej transzy dofinansowania z UE w równym stopniu jak poprzedniej staje przez to pod znakiem zapytania, a jednocześnie rodzi się pytanie, jak samorządy poradzą sobie z ciągle generowanymi długami szpitali.



„Generalnie oceniam te przekształcenia źle. Bo to jest przerzucenie odpowiedzialności na niższe szczeble, odepchnięcie od siebie odpowiedzialności gdzieś dalej. Natomiast dalej za zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych oraz za wycenę świadczeń odpowiada centralny regulator, NFZ razem z Ministerstwem Zdrowia.”

Ekspert rynku ochrony zdrowia

Przedstawione w raporcie wyniki to zaledwie część danych zebranych w ramach badania zrealizowanego na próbie 100 szpitali publicznych oraz 40 przekształconych.

W przygotowaniu znajduje się kolejny raport dopełniający diagnozy oceny sytuacji związanej z przekształceniami szpitali w Polsce.

W kolejnym raporcie przedstawimy Państwu:

- ocenę dostępu do służby zdrowia w Polsce – jak dostęp do lekarzy różnych specjalizacji widzą Polacy,
 - skalę inwestycji w szpitalach,
 - dodatkowe źródła finansowania szpitali,
 - bariery w korzystaniu z niebankowych produktów finansowych.
-

O Magellan S.A.

Magellan to niekwestionowany lider rynku finansowania ochrony zdrowia oraz ekspert w obszarze oceny kondycji finansowej szpitali. Dostarcza zindywidualizowane usługi finansowe, które umożliwiają optymalne i efektywne zarządzanie finansami przez podmioty działające w sektorze ochrony zdrowia. Łączy wiedzę i doświadczenie na rynku medycznym, aby tworzyć innowacyjne i efektywne rozwiązania finansowe w odpowiedzi na zmiany otoczenia prawnego i sytuacji rynkowej.

Przez ponad 15 lat działalności Magellan udzielił blisko 5,76 mld PLN finansowania dla sektora ochrony zdrowia. Współpracuje z ponad 500 szpitalami oraz dostawcami rynku medycznego, wśród których są międzynarodowe koncerny farmaceutyczne, korporacje dostarczające sprzęt medyczny oraz małe i średnie przedsiębiorstwa, w tym również dostawcy usług outsourcingowych do szpitali.

Od 2007 roku Magellan S.A. notowany jest na Giełdzie Papierów Wartościowych.

Spółka Magellan wchodzi w skład międzynarodowej Grupy Kapitałowej Magellan, prowadzącej działalność na terenie Czech i Słowacji poprzez spółki zależne - Magellan Česká republika s.r.o. z siedzibą w Pradze i Magellan Slovakia s.r.o. z siedzibą w Bratysławie. W ramach Grupy działa również MEDFinance S.A., która zajmuje się finansowaniem inwestycji w sektorze służby zdrowia.

