

Ranking najbardziej zadłużonych szpitali

JUŻ NIE SPIRALA,

ALE KORKOCIĄG DŁUGÓW

Łódzki Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie, zależne od ministra zdrowia instytuty, województwa mazowieckie i lubelskie – to te placówki i regiony najmocniej wciągają polską ochronę zdrowia już nie w spiralę, ale w korkociąg długów – wynika z ustaleń „Menedżera Zdrowia”.

foto: iStockphoto.com

Ani komercjalizacja, ani pomoc finansowa z budżetu państwa nie przerwały spirali długów w sektorze ochrony zdrowia. Mimo że nie są jeszcze znane całociowe wyniki finansowe wszystkich publicznych szpitali, wiadomo, że wartość ich zobowiązań na pewno przekroczyła w zeszłym roku 10 mld zł. Dłużnikami rekordzistami okazały się instytuty badawcze podległe ministrowi zdrowia. Na każdą złotówkę szpitalnego długu 10 groszy generuje 16 instytutów podległych bezpośrednio ministrowi zdrowia.

Z danych, jakie uzyskaliśmy w Ministerstwie Zdrowia, wynika, że zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i instytutów badawczych udzielających świadczeń medycznych utrzymuje się od kilku lat na podobnym, wysokim poziomie. Na koniec 2009 r. wartość ich zobowiązań wynosiła ponad 10,2 mld zł, z czego ok. 2,6 mld zł stanowiły tzw. zobowiązania przeterminowane, czyli wymagalne. Rok później zobowiązania urosły do 10,7 mld zł, w 2011 r. poszybowały do 11,2 mld zł, by w 2012 r. jeszcze wzrosnąć – prawie do 11,5 mld zł. Gdyby oprzeć się na danych ankietowych, które do resortu zdrowia spłynęły z urzędów wojewódzkich, MSW, MON, uczelni me-

dycznych i SPZOZ-ów nadzorowanych przez ministra zdrowia, można by wysnuć wniosek, że w 2013 r. udało się wreszcie zahamować ten niekorzystny trend, obniżając zadłużenie o 1 mld zł – do 10,5 mld zł. Za wcześniej jednak na fanfary. Ta kwota z pewnością wzrośnie, ponieważ w wysokości zadłużenia nie uwzględniono wszystkich danych, a jedynie te, które resort zdrowia otrzymał w styczniu od 492 jednostek. Kiedy „Menedżer Zdrowia” zbierał materiały do tego artykułu, w wielu szpitalach trwało jeszcze liczenie...

Najciemniej pod latarnią

Z niepełnych danych udostępnionych nam przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że sumarycznie największe zadłużenie mają szpitale w największych regionach kraju – na Mazowszu i na Śląsku. Przy czym zobowiązania mazowieckich placówek na 31 grudnia 2013 r. sięgnęły prawie 2 mld zł (w tym 676,4 mln zł to zobowiązania wymagalne), podczas gdy śląskie zadłużyły się „tylko” na nieco ponad 1 mld zł, z czego jedna czwarta to długi przeterminowane. Skąd taka różnica?

Na wynik Mazowsza zapracowały przede wszystkim placówki podległe resortowi kierowanemu przez mini-



stra Bartosza Arłukowicza: Centrum Zdrowia Dziecka i Instytut Reumatologii. Ale nie tylko. Z naszych informacji wynika bowiem, że niewiele ustępuje im, nieporównywalny pod względem liczby oddziałów i świadczonych usług medycznych, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie podległy marszałkowi województwa mazowieckiego. Jego zobowiązania przekroczyły na koniec ubiegłego roku 123 mln zł! To więcej niż jedna czwarta zadłużenia wszystkich 20 SPZOZ-ów, których organem właścicielskim jest marszałek Adam Struzik.

Matka Polka

W pierwszej trójce województw, w których zadłużenie sektora ochrony zdrowia jest największe, znalazła się niewielka w porównaniu z Mazowszem i Śląskiem Lubelszczyzna (838,2 mln zł długów). A tuż za nią uplasowało się województwo łódzkie (838,1 mln zł) z największym dłużnikiem na czele – Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki, również nadzorowanym przez ministra zdrowia.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że NIK już w 2012 r. alarmowała: najbardziej zadłużonymi szpi-

talami w Polsce są instytuty podległe ministrowi zdrowia. Łączne zadłużenie pięciu z sześciu skontrolowanych instytutów wynosiło wówczas 283 mln zł, do czego najbardziej przyczyniło się właśnie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Zobowiązania wymagalne tej placówki sięgały wtedy 175 mln zł (ogólne były o prawie 90 mln wyższe). Bardzo trudna sytuacja panowała również w dwóch warszawskich instytutach: Centrum Zdrowia Dziecka i Instytucie Reumatologii.

Na koniec 2013 r. zobowiązania ogółem 16 jednostek, których organem nadzorującym jest minister zdrowia, wyniosły 836 mln zł (w tym zobowiązania wymagalne 292 mln zł). Gwoli wyjaśnienia, trzech największych dłużników zakończyło ubiegły rok z zadłużeniem w wysokości 581,8 mln zł, z czego 277,1 mln zł to zobowiązania wymagalne. Nic więc dziwnego, że ich dyrektorzy zostali zobowiązani do przedkładania ministrowi co miesiąc informacji na temat aktualnej sytuacji instytutu oraz podejmowanych działań restrukturyzacyjnych i naprawczych, mających na celu ustabilizowanie sytuacji finansowej, generowanie dodatnich wyników finansowych i spłatę zaległych zobowiązań. A dyrektorzy, jak wynika z naszych informacji, wymagają od swoich

NAJWIĘKSZE ZADŁUŻENIE MAJĄ

SZPITALY DZIAŁAJĄCE NA TERENIE

NAJWIĘKSZYCH REGIONÓW POLSKI

– NA MAZOWSZU I NA ŚLĄSKU.

podwładnych, zwłaszcza kierowników klinik, składania comiesięcznych raportów z realizacji kontraktu z NFZ na leczenie. I nie kryją niezadowolona, kiedy dowiadują się o jakichkolwiek przekroczeniach.

Sytuację finansową instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra zdrowia ma poprawić również nowelizacja ustawy o instytutach badawczych. Poselski projekt zawiera m.in. propozycję wprowadzenia do przepisów dwóch instytucji prawnych – programu naprawczego i zarządu komisarycznego, które mają znaleźć zastosowanie w wypadku instytutów będących w złej kondycji finansowej.

Kliniczne też pod kreską

Większość spośród 42 uniwersyteckich szpitali klinicznych także nie może się wygrzebać z długów – ich wartość na koniec 2013 r. przekroczyła 2 mld zł (dokładnie 2,034 mld), z czego wymagalne wyniosły 548 mln zł. Pewnie dlatego pytania „Menedżera Zdro-

Tabela 1. Zobowiązania SPZOZ-ów i instytutów badawczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2009–2013

Rok	Wartość zobowiązań ogółem (w mln zł)	Wartość zobowiązań wymagalnych (w mln zł)
2009	10 240,8	2 562,9
2010	10 678,6	2 385,8
2011	11 178,4	2 625,8
2012	11 473,9	2 779,2
2013*	10 460,7	2 329,8

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSW, MON, uczelni medycznych i SPZOZ-ów nadzorowanych przez MZ

*Z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych – do końca marca 2014 r. – dane za rok 2013 mogą ulec zmianie

wia” o skalę zadłużenia skierowane do nadzorujących je uczelni medycznych nie wszędzie zostały potraktowane poważnie. Z otwartą przyłbicą odpowiedział na nie Śląski Uniwersytet Medyczny, informując szczegółowo, że wartość zobowiązań wszystkich sześciu podległych mu placówek na koniec grudnia 2013 r. to 128 159 298,15 zł, z czego zobowiązania wymagalne to ponad 5,7 mln zł. Również Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, nadzorujący trzy szpitale, nie próbował ukryć przed opinią publiczną, że boryka się z problemem ponad 173-milionowego zadłużenia.

Z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, organu założycielskiego m.in. Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku (w I połowie 2010 r., kiedy opublikowaliśmy poprzedni ranking najbardziej zadłużonych szpitali, był największym dłużnikiem wśród placówek klinicznych) i *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, właściciela m.in. Szpi-

tała Uniwersyteckiego (III miejsce w naszym rankingu) w ogóle nie otrzymaliśmy odpowiedzi. Warszawski Uniwersytet Medyczny przysłał jedynie krótki komentarz, informując, że „kwestia finansowania szpitali klinicznych jest szersza niż tylko zestawienie suchych danych, które nie obrazują sytuacji, a jedynie pokazują jej wycinek”. Bo najważniejsze jest, zdaniem WUM, „przedstawienie źródeł problemów finansowania działalności szpitali klinicznych”. Nie udało nam się dowiedzieć, jak radzą sobie szpitale podległe WUM, zwłaszcza Centralny Szpital Kliniczny i Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, które w latach poprzednich borykały się z ogromnymi problemami finansowymi. Rzecznik prasowy WUM, Marta Wojtach, została upoważniona przez rektora jedynie do przekazania nam informacji, że w 2013 r. w obu placówkach pojawił się problem finansowy w wyniku niezapłacenia wielomilionowych kwot za nadwykonania.

Rzecznik prasowy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prof. Marek Ruchała, również nie był zbyt wylewny. W kilku zdaniach poinformował nas, że zobowiązania wszystkich szpitali klinicznych, których organem założycielskim jest UM w Poznaniu, wyniosły na koniec 2013 r. ponad 113,7 mln zł, z czego ponad 93,6 mln zł to „zasługa” trzech najbardziej zadłużonych placówek. O które chodzi, niestety, nie ujawnił.

Fiasco rządowego wsparcia

Kiedy cztery lata temu po raz pierwszy postanowiliśmy zbadać, w jakiej sytuacji są szpitale finansowane z pieniędzy publicznych, jednym z najgorętszych tematów był rządowy program *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*, nazywany powszechnie planem B. Wiązano z nim ogromne nadzieje, miał być szansą na oddłużenie szpitali, do których

Andrzej Włodarczyk, były wiceminister zdrowia

Nasze szpitale pozostają w klinczu: z jednej strony, nie powinny popadać w zadłużenie, ale z drugiej, nie mogą odmówić pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. Nie mogą odmówić, choć zapłata za udzielone przez nich świadczenie, za ich pracę, w wielu wypadkach pozostaje niepewna. Mało tego – odpowiedzialność prawna i moralna za popadanie w długi nie jest surowa, nie jest dotkliwa. Natomiast za nieudzielenie pomocy – ogromna. I moralna, i prawna. Szpitale i przychodnie dostają zatem jednoznaczny sygnał: długi wybaczmy, ale nie wybaczmy nieudzielenia pomocy medycznej, i to na



foto: pap / Jakub Kamiński

jak najwyższym poziomie bezpieczeństwa i efektywności.

Co z tym można zrobić? To rola menedżerów ochrony zdrowia. Bo jest sprawą oczywistą, że niesienie pomocy medycznej można połączyć z troską o wynik finansowy. I mam tu na myśli menedżerów wszystkich szczebli: od ministra zdrowia i prezesa NFZ po ordynatora. Przede wszystkim jednak należy zadbać o prawidłową konstrukcję koszyka świadczeń gwarantowanych. W teorii gwarantuje on wszystko każdemu. W teorii – bo w praktyce nie idą za tym wystarczające fundusze. Koszyk trzeba zmniejszyć i w sposób pewny (a nie przez limity) zagwarantować pieniądze na jego realizację. Wtedy długi przestaną narastać. ■

coraz śmieiej zagląдали komornicy. W budżecie państwa dla samorządów, które zdecydowały się przekształcić takie placówki w spółki kapitałowe i przejąć na siebie spłatę ich zadłużenia (zgodnie z art. 60 ust. 6 obowiązującej wówczas ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej), zaplanowano ok. 1,4 mld zł, ale wykorzystano z tego niespełna 755 mln zł. Ministerialny program wspierania przekształceń szpitali nie cieszył się więc dużym zainteresowaniem. Co więcej, zdaniem NIK, która przeprowadziła kontrolę przekształceń własnościowych szpitali w latach 2006–2010, komercjalizacja większości placówek nie przyniosła zamierzonego efektu. Bo ani kolejki pacjentów się nie zmniejszyły, ani całkowite zadłużenie służby zdrowia nie zmalało, a część przekształconych, a więc oddłużonych, szpitali popadła w kolejne długi. „Radzą sobie te placówki, które już przed komercjalizacją osiągały dodatnie wyniki finansowe. Tym, które wcześniej generowały duże straty, komercjalizacja na razie nie pomogła” – informowano media w grudniu 2011 r.

– Największe zainteresowanie wykazywały powiaty, które stanowiły 77 proc. biorących udział w programie – ocenia Krzysztof Bąk, rzecznik prasowy ministra zdrowia. I dodaje: – Powołanie spółki daje wiele korzyści, wśród których można wymienić przejrzysty nadzór właścicielski, efektywny

sposób zarządzania, lepszą dyscyplinę finansową i przejrzystą gospodarkę finansową, zarówno w zakresie zarządzania wewnątrz jednostki, jak i jej funkcjonowania w otoczeniu. Należy jednak pamiętać, że powodzenie przekształceń zależy m.in. od przeprowadzenia restrukturyzacji, wymaga zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w zmiany i zwiększenia nadzoru nad funkcjonowaniem podmiotów.

Nieskorzy do umorzeń

Przedłużeniem nieudanego planu B, obowiązującego w latach 2009–2011, miała być ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Na jej mocy samorzady, które przekształciły podległe im szpitale w spółkę kapitałową, mogły w latach 2011–2013 ubiegać się o dotację celową z budżetu państwa. W sumie do wzięcia było, podobnie jak w planie B, 1,4 mld zł. – Elementem wsparcia było również umorzenie zobowiązań publiczno-prawnych przejętych po samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej przez podmioty tworzące – dodaje rzecznik ministra zdrowia.

Z zaplanowanych na ten cel 1,4 mld zł wydano do tej pory niespełna 270 mln zł, z czego ok. 39 tys. zł w 2012 r., a resztę w 2013 r. Jak wynika z danych MZ, od 1 lipca 2011 r., kiedy ustawa o działalności leczniczej weszła w życie, do 31 października 2013 r. na jej

Tabela 2. Zobowiązania SPZOZ-ów i instytutów badawczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na województwa (według stanu na 31 grudnia 2013 r.*)

Lp.	Województwo	Zobowiązania ogółem (w mln zł)	Zobowiązania wymagalne (w mln zł)
1.	dolnośląskie	613,6	135,2
2.	kujawsko-pomorskie	832,1	135,9
3.	lubelskie	838,2	138,4
4.	lubuskie	104,8	11,2
5.	łódzkie	838,1	261,8
6.	małopolskie	775,8	172,1
7.	mazowieckie	1 999,1	676,4
8.	opolskie	149,2	17,3
9.	podkarpackie	515,9	118,6
10.	podlaskie	350,8	29,9
11.	pomorskie	256,0	27,5
12.	śląskie	1 038,2	250,4
13.	świętokrzyskie	353,3	54,3
14.	warmińsko-mazurskie	269,8	46,3
15.	wielkopolskie	521,0	67,6
16.	zachodniopomorskie	348,4	34,6

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSW, MON, uczelni medycznych i SPZOZ-ów nadzorowanych przez MZ

*Z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych – do końca marca 2014 r. – dane za rok 2013 mogą ulec zmianie

Krzysztof Opolski ekspert Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego



fot. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

Jakie jest podejście lekarza do kwestii finansów? Dla lekarza najważniejszy jest kodeks Hipokratesa – „a od finansów mam księgową”. To jedna z najważniejszych przyczyn narastania długów w polskiej ochronie zdrowia. Księgową może bowiem stworzyć raport finansowy, jej rolą nie jest natomiast zarządzanie kosztami, optymalizacja wydatków, negocjacje z dostawcami sprzętu itp. Słowa „a od finansów mam księgową” należy zastąpić słowami „a od finansów mam menedżera”. Menedżera, którego traktuję po partnersku i razem z nim wypracowuję odpowiednie rozwiązania, korzystne pod względem medycznym,

ale i finansowym. Tego podejścia w polskiej ochronie zdrowia brakuje. Racje medyczne i społeczne powodują, że racje ekonomiczne schodzą na plan dalszy na każdym poziomie zarządzania – od najniższego po najwyższy.

Na tym najwyższym olbrzymim problemem jest to, że kolejne ekipy rządzące chcą utrzymać mit, że służba zdrowia jest dla obywatela bezpłatna. Co z tego, że bezpłatna, skoro popada w długi, które kiedyś obywatel i tak będzie musiał spłacić? Pomyślmy o dopłatach do wizyt lekarskich, wzorem Czech. Tam wprowadzono je, przez co upadł rząd. I Czesi zrobili na tym bardzo dobry interes. Bo co z tego, że rząd upadł? Mała strata w porównaniu z tym, że mają sprawniejszą i efektywniejszą niż my ochronę zdrowia. ■

podstawie w spółki prawa handlowego przekształcono 48 SPZOZ-ów, w tym 34 szpitale.

Jednym z nich był Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, którego zobowiązania przed przekształceniem w 2013 r. w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością sięgały 270 mln zł. Była to najbardziej zadłużona placówka w Polsce. Zarząd województwa lubuskiego nie tylko go skomercjalizował (jego obecna nazwa brzmi Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.), ale przejął znaczną część jego zobowiązań – 126 mln zł. – *Województwo lubuskie*

wystąpiło do ministra zdrowia z wnioskiem o dotację celową na spłatę wierzycieli. Kwota dotacji wypłacona dotychczas na rachunek województwa lubuskiego to 103 433 240,69 zł – poinformował nas Tomasz Wróblewski, wicedyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego.

W 2014 r. z puli przeznaczony na przekształcenia SPZOZ-ów w spółki kapitałowe w ramach ustawy o działalności leczniczej do wykorzystania pozostało 400 tys. zł. Biorąc jednak pod uwagę dotychczasowe zainteresowanie samorządów (z dotacji budżetu pań-

Tabela 3. Dziesięć najbardziej zadłużonych szpitali wojewódzkich

Lp.	Nazwa szpitala	Zobowiązania ogółem na koniec 2013 r. (w mln zł)	Zobowiązania wymagalne na koniec 2013 r. (w mln zł)
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. S. K. Wyszyńskiego w Lublinie	190,0	25,4
2.	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie	123,2	53,8
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	88,5	16,8
4.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	79,6	26,6
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie	79,4	34,7
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	72,0	27,3
7.	COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku	67,3	13,1
8.	Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w Gdańsku	65,0	12,5
9.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	55,7	34,7
10.	Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej nr 1 w Tychach	52,5	18,5

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych uzyskanych z urzędów marszałkowskich

Maciej Biardzki prezes Milickiego Centrum Medycznego

Skąd się biorą długi polskich szpitali? Nie ma jednej odpowiedzi. Oczywiście wielkie znaczenie ma fakt, że nakłady na opiekę zdrowotną są wyraźnie niższe niż w większości krajów WHO, a koszty działalności, np. mediów czy materiałów medycznych, zbliżone. Duże znaczenie ma też jakość zarządzania, która jest mocno zróżnicowana. Mało kto jednak mówi o tym, że gros kosztów szpitali to utrzymywanie gotowości przy narzuconym standardzie. Szpitale ponoszą te koszty, nawet nie wykonując usług, i to jest mocno deprymujące.

Jak sobie z nimi poradzić? Z pustego i Salomon nie naleje. Bez zwiększenia nakładów będziemy pieniądze przenosić z jednej kieszonki do drugiej, podobnie jak pla-



foto: Maciej Swierczyński/AG

nuje się poprawić finansowanie onkologii. Należy zatem zwiększyć finansowanie systemu, a zwłaszcza jego podstaw: lekarza rodzinnego i szpitali powiatowych, bo tam wykonuje się najwięcej usług i to najniższym kosztem. Wbrew pozorom, nie mamy za dużo łóżek szpitalnych, ale niewłaściwa jest ich proporcja: za dużo jest krótkoterminowych, za mało długoterminowych, rehabilitacyjnych, psychiatrycznych, co stwarza możliwość „przebranżawiania” niektórych szpitali. Na koniec należy ponownie przemyśleć niektóre standardy, które poprzez konieczność utrzymywania gotowości podnoszą koszty działalności. Na przykład czy wszystkie szpitale powiatowe muszą mieć OIOM, czy na blokach operacyjnych, gdzie operacje wykonuje się w nocy czasami raz na tydzień, nie mogłyby funkcjonować dyżur pod telefonem? Przykłady można mnożyć. ■

Zbyszko Przybylski prezes zarządu Szpitala Powiatowego we Wrześni

Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga od świadczeniodawców wykładania olbrzymich funduszy na pokrycie tzw. kosztów stałych, czyli zapewnienie zgodnej z wytycznymi płatnika liczby lekarzy o udokumentowanej liczbie specjalizacji, sprzętu medycznego o wymaganej specyfikacji, odpowiedniej liczby pielęgniarek przypadającej nie na liczbę łóżek, a na konkretny oddział (co np. uniemożliwia łączenie dyżurów pielęgniarskich na dwóch stosunkowo małych oddziałach). Skąd biorą się zyski w biznesie



foto: Mateusz Dabrowski/FOTOREPA

niemedycznym? Każdy menedżer odpowie, że zależą one od efektu skali. Gdy konieczne jest ponoszenie pewnych kosztów stałych, utrzymanie gotowości do pracy, zyski czerpane są z tego, że klientów jest jak najwięcej. Ta zasada w wypadku rynku szpitalnego oznaczałaby: skoro już ponosimy koszty stałe (oby jak najmniejsze), przyjmujemy jak najwięcej pacjentów. Przy jednym ogniu upieczmy dwie pieczenie. I ta zasada jest kompletnie ignorowana w polskiej ochronie zdrowia. Wymagania NFZ rozdmuchują koszty stałe do absurdalnych kwot. A polityka rozdzielania kontraktów wcale nie premiuje tych, którzy zapewniają kompleksowość świadczeń. Stąd długi. ■

Rafał Janiszewski ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia

Za olbrzymią część długu szpitali odpowiedzialne są szkodliwe relacje typu mszyca – mrówka między dostawcami a szpitalami. Na czym one polegają? To typowa sytuacja: szpital nie ma z czego opłacić dostawy, np. sprzętu medycznego. W odpowiedzi słyszy dyktat dostawcy: prosimy zapłacić, ile można, w małej racie, resztę dopiszemy do długu – i gwarantujemy szpitalowi, że nie postawimy tego długu w stan wymagalności. Potem ta sytuacja powtarza się z miesiąca na miesiąc, wiele razy. Dostawca ciągle dostaje jakieś pieniądze, a przy okazji stale dopisuje do długu nowe kwoty – dług narasta. Po pewnym czasie dostawca ma bardzo komfortową



foto: Archiwum

sytuację. Może zażądać dowolnie wysokiej ceny – szpital i tak zapłaci (po części w płatnej gotówką racie, po części w formie aprobaty tego, by nominalny dług dalej narastał). Co będzie, gdy szpital zechce się dostawcy postawić i zrezygnować z jego usług? Tragedia – dostawca postawi narastający latami dług w stan natychmiastowej wymagalności, pojawi się groźba komornika. Gdy zatem słyszę szpitalne usprawiedliwienia, że dług mają wysoki, ale w większości są to wierzytelności niewymagalne, włoś jeży mi się na głowie. Bo niewymagalne szybko mogą się zamienić w wymagalne, o ile szpital będzie chciał coś z tym fantem zrobić i zmienić dostawcę na tańszego i lepszego. I przerwać spiralę niekontrolowanego zadłużania się w przyszłości. ■



fot. © William Whitehurst/CORBIS

**ZDANIEM NIK,
KTÓRA PRZEPROWADZIŁA
KONTROLĘ PRZEKSZTAŁCEN
WŁASNOŚCIOWYCH SZPITALI
W LATACH 2006–2010,
KOMERCJALIZACJA
WIĘKSZOŚCI PLACÓWEK
NIE PRZYNIOSŁA
ZAMIERZONEGO EFEKTU.**

stwa skorzystały raptem 23), raczej trudno się spodziewać przełomu.

Nie zraża to jednak Ministerstwa Zdrowia, które „sukcesywnie podejmuje działania zmierzające do poprawy sytuacji w ochronie zdrowia”. Dowodem na prawdziwość tego stwierdzenia ma być również przytoczona przez Biuro Prasy i Promocji MZ ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z 15 kwietnia 2005 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 684 z późn. zm.). W opinii MZ dała ona możliwość umorzenia zobowiązań publicznoprawnych i otrzymania z Banku Gospodarstwa Krajowego pożyczki, która po spełnieniu określonych w ustawie wymogów była umarzana w 70 proc. Z budżetu państwa przeznaczono na ten cel 2,2 mld zł. Kolejne 200 mln zł na dotacje.

Tymczasem Najwyższa Izba Kontroli zapowiada kolejne kontrole, które – jak poinformowała nas Magdalena Czerniak-Kowalska z wydziału prasowego NIK – w części będą dotyczyły kwestii zadłużenia szpitali. Skontrolowana zostanie m.in. działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe, zatrudnienie w SPZOZ-ach oraz wykonywanie zadań NFZ w ramach planu finansowego w 2013 r. Zapowiedziane kontrole mają się rozpocząć jeszcze w tym roku. Ich wyniki powinny być znane w przyszłym roku.

Mariola Markłowska-Dzierżak