BIURO BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO

Wyniki kwestionariusza BBN dotyczące zabezpieczenia dostępności pacjentów do świadczeń lecznictwa szpitalnego

Warszawa, marzec 2010 r.

Spis treści

1. Wprowadzenie 3
1.1 Ogólne tło przeprowadzenia badania 3
1.2 Cel i główne zagadnienia objęte badaniem 4
2. Stan prawny 5
2.1 Ogólne założenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce 5
2.2 Miejsce i rola w systemie opieki zdrowotnej Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia 7
3. Metodologia przeprowadzenia analizy 9
3.1 Liczba szpitali objętych badaniem 9
3.2 Zakres kwestionariusza 10
4. Wyniki ankiety 11
4.1 Ilość otrzymanych kwestionariuszy 11
4.2 Wysokość kontraktu – porównanie 2009/2010 r. 11
4.3 Nadwykonania 12
4.4 Zadłużenie szpitali 13
4.5 Ograniczenie w przyjęciach pacjentów 15
4.6 Zagrożenia dla realizacji świadczeń zdrowotnych w 2010 r. 16
4.7 Główne problemy w zarządzaniu szpitalami 18
4.8 Informowanie właściwych organów o zagrożeniach 19
5. Analiza odpowiedzi 21
5.1 Problemy finansowe szpitali w świetle wyników ankiety 21
5.2 Dostępność chorych do świadczeń w lecznictwie szpitalnym 24
5.3 Pozostałe problemy i zagrożenia w funkcjonowaniu szpitali 26
6. Wnioski 27

1. Wprowadzenie

1.1 Ogólne tło przeprowadzenia badania

W związku z niepokojącymi informacjami, w tym pochodzącymi bezpośrednio ze szpitali, o stanie finansowania zakładów opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz wynikającymi z tego konsekwencjami dla pacjentów, Biuro Bezpieczeństwa Narodowego skierowało do Ministerstwa Zdrowia[1] oraz Narodowego Funduszu Zdrowia[2] pytania dotyczące tych problemów. Uzyskane z obu instytucji odpowiedzi nie zawierały informacji na wszystkie poruszane kwestie. MZ i NFZ zastosowały odrębne sposoby wyliczania środków, które w 2010 r. zostaną przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Powodem stwierdzonych w tym zakresie rozbieżności jest przyjęcie przez MZ za punkt odniesienia stanu finansowania świadczeń zdrowotnych obowiązującego na dzień 30 czerwca 2009 r. Tymczasem wysokość tych nakładów po dniu 30 czerwca 2009 r. wzrosła, co było wynikiem zmiany planu finansowania świadczeń zdrowotnych w roku 2009. To właśnie te zmiany, a raczej efekt jakie one przyniosły, powinny być punktem odniesienia porównania wielkości finansowania świadczeń zdrowotnych w latach 2009 i 2010. O prawidłowości takiego postępowania w omawianej materii świadczy także to, że dokładnie w ten sposób postąpił NFZ udzielając odpowiedzi na pytanie: Czy w 2010 r. przewiduje się ograniczenie finansowania świadczeń zdrowotnych? Fundusz stwierdził mianowicie, że „poziom finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych w roku 2010 stanowić będzie 97,29 proc. wartości kosztów określonych w obecnie obowiązującym planie finansowym Funduszu na 2009 r.”. Realnie zatem wysokość finansowania świadczeń zdrowotnych w 2010 r. będzie niższa w stosunku do 2009 r. Zakłada to plan finansowy NFZ na 2010 r., zatwierdzony przez MZ. Mimo to Ministerstwo Zdrowia

[1] Dalej MZ.
[2] Dalej NFZ lub Fundusz.

w odpowiedzi skierowanej do BBN przedstawiło zestawienie, z którego wynika, że w 2010 r. nastąpi wzrost świadczeń o kwotę 160, 1 mln zł.

Mając na uwadze niepokojące sygnały ze szpitali oraz powyższe rozbieżności, pojawiające się w odpowiedziach nadesłanych z MZ i NFZ BBN postanowiło uzyskać dane bezpośrednio od dyrektorów szpitali (placówek służby zdrowia), do których rozesłano specjalnie w tym celu opracowane kwestionariusze.

1.2 Cel i główne zagadnienia objęte badaniem

Celem przeprowadzonego badania była próba ustalenia faktycznego stanu finansowego służby zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego oraz zbadanie problemów, które mogą stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W przygotowanym na podstawie uzyskanych odpowiedzi raporcie zwrócono w szczególności uwagę na następujące zagadnienia:

- zapewnienia dostępu do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych;
- wzrostu nakładów na lecznictwo szpitalne;
- zadłużenia szpitali;
- występowania nadwykonań;
- zagrożeń dla funkcjonowania szpitali w 2010 r.;
- głównych problemów w zarządzaniu szpitalami.

2. Stan prawny

2.1 Ogólne założenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowi o prawie każdego obywatela do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1) oraz o obowiązku władz publicznych do zapewnienia niezbędnego poziomu gwarantującego ochronę zdrowia (art. 68 ust. 2, 3, 4, 5). W przepisach ustawy zasadniczej nie przesądza się natomiast ani o kształcie systemu opieki zdrowotnej jako całości, ani o jego poszczególnych elementach. Na gruncie regulacji konstytucyjnych jedno tylko należy traktować jako „zasadę generalną", a mianowicie, że „system ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości".[3]

Zgodnie z przepisami przyjętymi w *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,*[4] istotą systemu opieki zdrowotnej jest instytucja kontraktów (umów) zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami (publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz innymi placówkami służby zdrowia). W drodze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej NFZ, działając w imieniu władz publicznych, realizuje zadania tych władz w zakresie opieki zdrowotnej. W ten też sposób częścią składową publicznego systemu opieki zdrowotnej stają się świadczeniodawcy (placówki służby zdrowia). Ich podstawowym obowiązkiem – jako strony kontraktu – jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami ich udzielania określonymi we wspomnianej *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r.*

[3] Uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, sentencja ogłoszona dnia 15 stycznia 2004 r., Dz. U. Nr 5, poz. 37, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.
[4] Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

Zasady dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych polegają w szczególności na prowadzeniu przez świadczeniodawców list osób oczekujących na świadczenia planowe. Kolejność wynikająca z listy nie obowiązuje w przypadkach nagłych. Podmiot udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych prowadzi odrębną listę osób oczekujących na te świadczenia.

Prawo wyboru świadczeniodawców na warunkach określonych w ustawie jest podstawowym prawem pacjenta. U jego podstaw leży zamiar wprowadzenia konkurencyjności na rynku świadczeniodawców oraz poprawy jakości świadczonych usług. Obywatel jako świadczeniobiorca ma prawo wyboru konkretnego świadczeniodawcy spośród wszystkich związanych umową z NFZ. W tym zakresie, obywatelowi przysługuje prawo wyboru:

- lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym;
- świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- lekarza dentysty spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Finansowanie kosztów leczenia ze środków publicznych obejmuje tylko leczenie prowadzone przez placówki służby zdrowia, z którymi NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjątkiem od tej zasady są sytuacje nagłe, w których ustawa dopuszcza refundację świadczeń dla świadczeniodawcy niezwiązanego kontraktem z NFZ.

2.2 Miejsce i rola w systemie opieki zdrowotnej Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia

Zadania poszczególnych władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają przepisy działu I rozdziału 2 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. W myśl tych przepisów do zadań Ministra Zdrowia należy w szczególności m.in.:

- ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi;
- opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
- kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- finansowanie świadczeń gwarantowanych;
- sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym;
- zatwierdzanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- opiniowanie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

Minister zdrowia - stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości - sprawuje nadzór nad działalnością NFZ, świadczeniodawców (w zakresie realizacji umów z NFZ), podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności oraz aptek w zakresie refundacji leków.

Wiodąca rola w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia przypada NFZ. Ma on status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną. Fundusz wypełnia dwie zasadnicze funkcje: z jednej strony, zarządza środkami finansowymi przekazywanymi mu z budżetu państwa na podstawie ustawy, z drugiej zaś strony zawiera umowy ze świadczeniodawcami (kontrakty).

NFZ jest instytucją pośredniczącą w trójpodmiotowym układzie: ubezpieczony - Fundusz - świadczeniodawca (zakład opieki zdrowotnej). Układ ten powstaje w wyniku zawierania przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami oraz w drodze zawiązania z mocy prawa stosunku członkostwa z ubezpieczonymi (obywatelami). Zakład opieki zdrowotnej lub lekarza świadczącego usługi medyczne wiąże z Funduszem umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ubezpieczonego z Funduszem łączy stosunek ubezpieczenia, natomiast kiedy występuje on w roli pacjenta łączy go odrębny stosunek prawny (obligacyjny) z palcówką służby zdrowia. Prawa i obowiązki poszczególnych stron tego trójpodmiotowego „układu" są ściśle określone w ustawie oraz zawieranych przez nie umowach (kontraktach).

W myśl aktualnych rozwiązań do podstawowych zadań NFZ należy przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter umowy wzajemnej, dwustronnie zobowiązującej, w której każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem. Fundusz jako strona tej umowy ma tytuł do domagania się od świadczeniodawcy (zakładu opieki zdrowotnej) świadczenia zakontraktowanych usług zdrowotnych, a jednocześnie zobowiązany jest do zapłaty za udzielone świadczenia.

3. Metodologia przeprowadzenia analizy

3.1 Liczba szpitali objętych badaniem

Wykaz publicznych placówek (737) świadczących usługi w ramach lecznictwa szpitalnego powstał na podstawie dostępnej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia listy Zakładów Opieki Zdrowotnej (według stanu na dzień 6 stycznia br.). Ostatecznie, pismo z prośbą o udzielenie informacji dotyczących stanu finansowania ankietowanych szpitali wysłano do 734 placówek – z pierwotnej listy wyłączono 3, które przekazały informację, że nie są już publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Z liczby 734 należy wyłączyć szpitale, które nie kontraktują świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia (m.in.: podległe Ministerstwu Sprawiedliwości oddziały przy aresztach śledczych i zakładach karnych oraz podległe Ministerstwu Obrony Narodowej ambulatoria z izbami chorych znajdujące się przy jednostkach wojskowych), jak również te, które nadesłały informacje o nieudzielaniu świadczeń w ramach lecznictwa szpitalnego lub o przekształceniu w niepubliczne jednostki.

W związku z powyższym, na potrzeby niniejszej analizy powyższy zbiór ograniczono do 651 placówek.

Do dnia 25 marca br. do BBN wpłynęło 506 odpowiedzi (tj. 69 proc.), w tym 461 zawierających wypełnione kwestionariusze. Zaznaczyć należy, iż materiały w dalszym ciągu napływają, co związane jest z rozliczeniami bilansowymi szpitali.

3.2 Zakres kwestionariusza

Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły m.in. realizacji kontraktu na świadczenia opieki zdrowotnej, zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia na 2009 r., warunków, na jakich został lub zostanie zawarty kontrakt na 2010 r., występowania nadwykonań i ewentualnej refundacji ich kosztów, zadłużenia i jego przyczyn oraz ograniczeń w przyjęciach wynikających ze zbyt niskiej wysokości kontraktu. Dodatkowo w kwestionariuszu pojawiły się pytania dotyczące m.in. głównych zagrożeń dla realizacji kontraktu w 2010 r., problemów w zarządzaniu szpitalem, jak również o przekazywaniu przez szpitale informacji o ryzyku powstania trudności w realizacji świadczeń zdrowotnych.

4. Wyniki ankiety

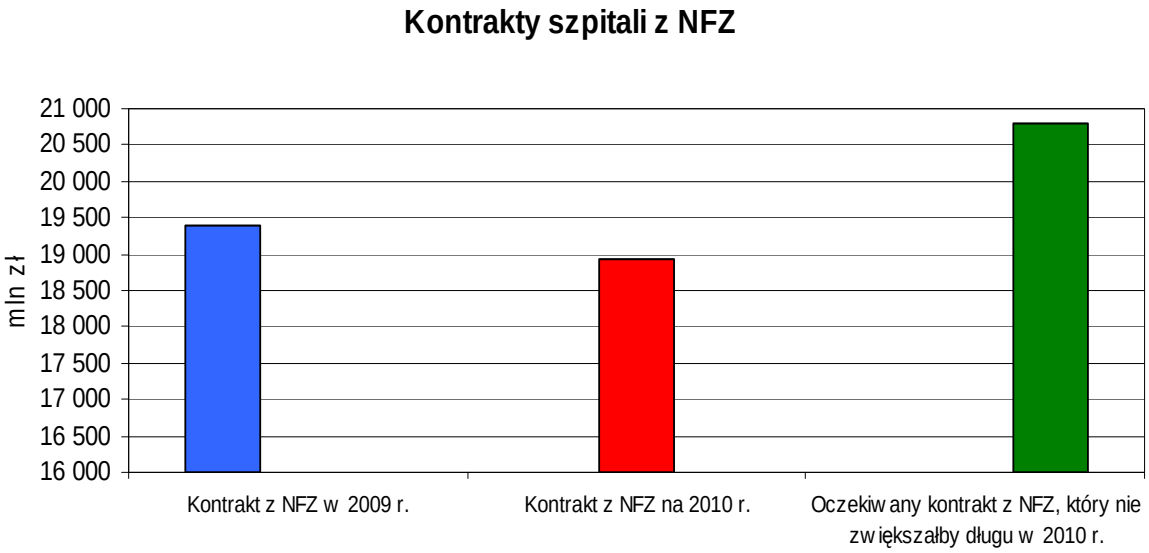
4.1 Ilość otrzymanych kwestionariuszy

Z liczby 651 szpitali, które były przedmiotem ostatecznej analizy Biura Bezpieczeństwa Narodowego do dnia 25 marca 2010 r. **otrzymano 461** wypełnionych kwestionariuszy **tj. 70,8 proc**.[5] Świadczy to o dużym zainteresowaniu inicjatywą Biura. Pokazuje także, iż zagadnienia poruszane w kwestionariuszu, w ocenie zarządzających szpitalami, są bardzo istotnym problemem dla funkcjonowania poszczególnych placówek.

4.2 Wysokość kontraktu – porównanie 2009/2010 r.

Analiza porównawcza wysokości kontraktów szpitali z NFZ została przeprowadzona w oparciu o zestawienie kontraktów zawartych na 2010 r. z kontraktami podpisanymi w 2009 r. Dlatego też objęła wyłącznie 440 z 461 szpitali, które do dnia 25 marca br. przekazały BBN informacje dotyczące wysokości obu kontraktów. Z uzyskanych materiałów wynika, że kontrakt z NFZ w 2009 r. wynoszący ok. 19 380 mln zł (kwota zamknięcia),[6] jest o ok. 460 mln zł mniejszy niż kontrakt zaplanowany na 2010 r. opiewający na kwotę ok. 18 920 mln zł. Ogólna suma kontraktów zawartych przez NFZ ze szpitalami na 2010 r. w porównaniu z 2009 r. jest mniejsza o ok. 2,4 proc. Jednocześnie, kontrakt z NFZ, który nie zwiększałby długu w 2010 r. zdaniem dyrektorów szpitali wynosić powinien ok. 20 800 mln zł czyli więcej o ok. 1 880 mln zł.

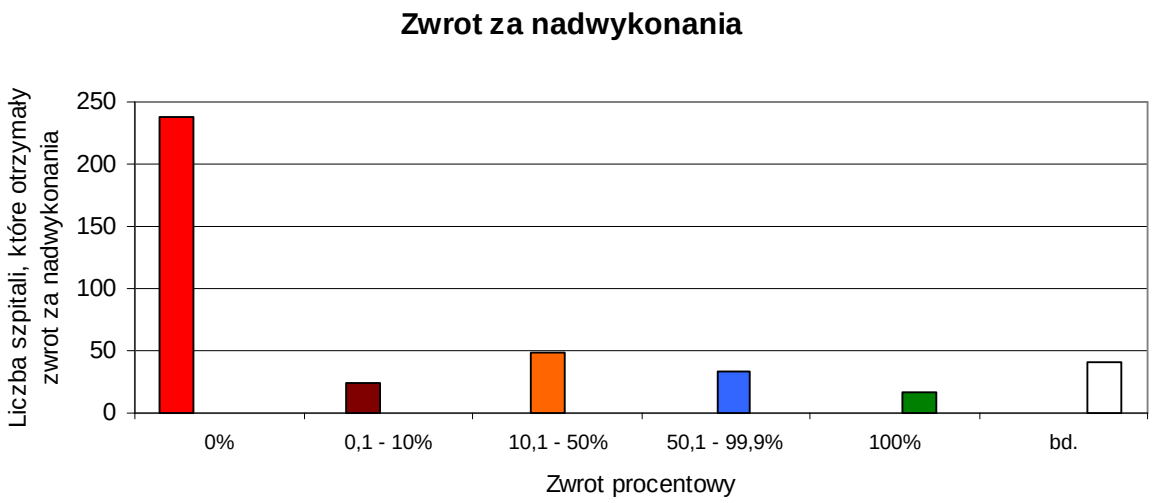
[5] Ponadto w 3 przypadkach: w dwóch odmówiono udzielenia informacji lub w jednym nadesłano ankietę bez podawania żądanych danych, w jednym ograniczając się do stwierdzeń typu kontrakt adekwatny do potrzeb.
[6] Jednocześnie z innych niż NFZ źródeł, tj. m.in. organów założycielskich szpitali, dochodów własnych, ministerstwa zdrowia, szpitale otrzymały ok. 2 000 mln zł.



4.3 Nadwykonania

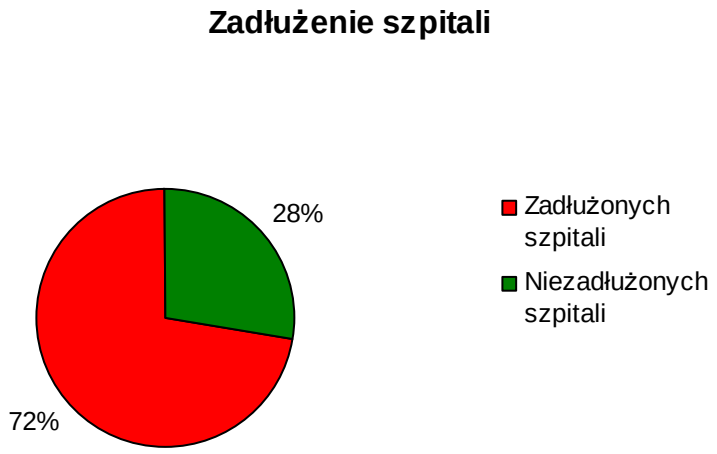
Nadwykonania to świadczenia wykonane przez świadczeniodawcę w ilości przekraczającej limit określony w kontrakcie zawartym z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w danym roku kalendarzowym. Fundusz może odmówić zapłaty za usługi ponadlimitowe. Jest jednak zobowiązany do zapłaty za takie świadczenia zdrowotne, które zostały udzielone w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

404 szpitale z 461, które nadesłały odpowiedzi wykazały nadwykonania na łączną kwotę 1 217 mln zł. Średni procentowy zwrot przez NFZ za nadwykonania wynosił 14,21 proc. 238 szpitali poinformowało, że nie otrzymało żadnego zwrotu za nadwykonania, 25 szpitali udzieliło informacji, że uzyskany zwrot za nadwykonania wynosił od 0,1 do 10 proc., 49 szpitali - od 10,1 do 50 proc., 34 szpitali - od 50,1 do 99,9 proc., natomiast 100 proc. zwrotu otrzymało tylko 17 szpitali (ok. 3,7 proc.). 41 szpitali nie przedstawiło informacji na temat wysokości zwrotu.



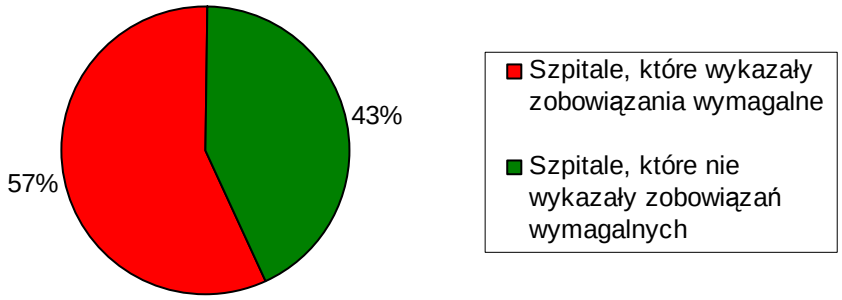
4.4 Zadłużenie szpitali

Na potrzeby analizy, zadłużenie zostało zdefiniowane jako suma wszystkich zobowiązań szpitala bez względu na termin ich płatności, jak również tytuł i charakter. W związku z różnymi terminami płatności, w kwestionariuszu wyodrębnione zostały zobowiązania długoterminowe (okres płatności powyżej 12 m-cy), krótkoterminowe (okres płatności do 12 m-cy) i wymagalne (ich termin płatności już minął).



Spośród 461 szpitali 333 jest zadłużonych, natomiast aż 262 wykazały zobowiązania wymagalne.[7] Suma zobowiązań wymagalnych wyniosła ok. 1 580 mln zł. Zobowiązania krótkoterminowe ankietowanych szpitali wynoszą ok. 4 268 mln zł, natomiast zobowiązania długoterminowe ok. 1 464 mln zł.

Zobowiązania wymagalne szpitali



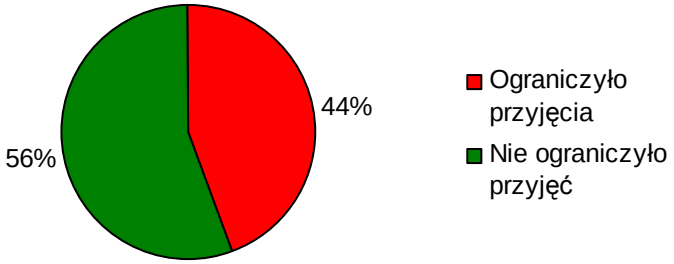
Przyczyny zadłużenia wskazało 260 szpitali.[8] Zdaniem 153 dyrektorów największy wpływ na powstanie zadłużenia ma niedoszacowanie bądź zaniżenie kontraktu przez NFZ – 153 (59 proc. odpowiadających). Ponadto 86 dyrektorów (33 proc.) powstawanie zadłużenia łączy z koniecznością spłaty wcześniejszych zobowiązań. Kolejną wskazywaną przyczyną jest brak zapłaty przez NFZ za nadwykonania – 80 (31 proc.). Wysokie koszty utrzymania, w tym konieczność realizacji przepisów narzucających podwyżki dla personelu stanowi kolejną przyczynę zadłużenia zdaniem 64 dyrektorów (25 proc.).

[7] 373 szpitale posiadają zobowiązania finansowe. Z grupy tej 333 placówki wskazują, że są zadłużone.
[8] Odpowiedź na to pytanie miało charakter otwarty.

4.5 Ograniczenie w przyjęciach pacjentów

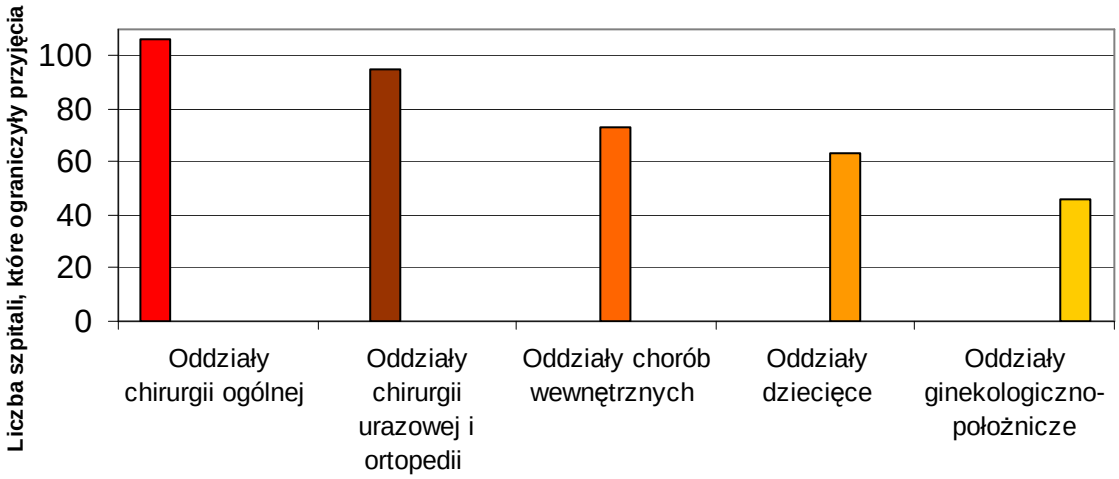
W 2009 r., ze względu na zbyt niską wartość podpisanego kontraktu 44,4 proc. ankietowanych szpitali (205 szpitali z 461) ograniczyło liczbę przyjęć pacjentów.

Ograniczenia w przyjęciach na oddziały szpitalne w 2009 r.



Ograniczenia obejmowały od jednego do wszystkich oddziałów szpitalnych. Szpitale ograniczyły przyjęcia przede wszystkim na oddziałach chirurgicznych.

Wybrane oddziały, na których ograniczono przyjęcia

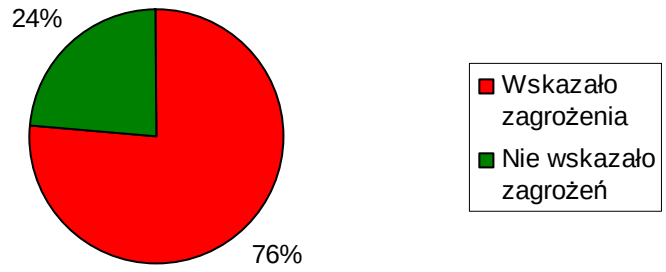


106 szpitali (23 proc.) ograniczyło przyjęcia na oddziałach chirurgii ogólnej, 95 szpitali (20,6 proc) na oddziałach chirurgii urazowej i ortopedii. Ponadto 73 szpitale (15,8 proc.) ograniczyły przyjęcia na oddziałach chorób wewnętrznych, 63 (13,6 proc.) na oddziałach dziecięcych (łącznie 73 oddziały, w tym oddziały pediatryczne, niemowlęce, chirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej i neonatologii), 46 (10 proc.) na oddziałach ginekologiczno-położniczych, 43 (9,3 proc.) na oddziałach rehabilitacyjnych, 42 (9,1 proc.) na oddziałach laryngologicznych (w tym otolaryngologicznych), 39 (8,5 proc.) na oddziałach urologicznych, 36 (7,8 proc.) na oddziałach neurologicznych, 29 (6,2 proc.) na oddziałach kariologicznych, 19 (4,1 proc.) na oddziałach reumatologicznych, 15 (3,2 proc.) na oddziałach onkologicznych (w tym chirurgii onkologicznej), 15 (3,2 proc.) na oddziałach psychiatrycznych, ok. 2 proc. na szpitalnych oddziałach ratunkowych, ok. 2 proc. na oddziałach pulmonologicznych, ok. 2 proc. na oddziałach leczenia uzależnień, ok. 2 proc. na oddziałach dermatologicznych, ok. 2 proc na oddziałach gastrologicznych, ok. 2 proc. na oddziałach geriatrycznych, ok. 2 proc. na oddziałach nefrologicznych. Ponadto ok. 12 proc. szpitali ograniczyło przyjęcia na oddziałach innych niż powyżej wymienionych, m.in.: na oddziałach alergologicznych, diabetologicznych i stomatologicznych.

4.6 Zagrożenia dla realizacji świadczeń zdrowotnych w 2010 r.

350 dyrektorów szpitali wskazało zagrożenia dla realizacji świadczeń zdrowotnych, które mogą zaistnieć w 2010 r. Dotyczyły one obszarów finansowych, finansowo-organizacyjnych oraz systemowych. Główne zagrożenia zdaniem dyrektorów to: ograniczenie dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych i obniżenie jakości usług (34,7 proc. szpitali); niski kontrakt oraz niedoszacowanie usług przez NFZ (29,7 proc. szpitali); oraz zadłużenie i brak płynności finansowej (ok. 19 proc. szpitali).

Zagrożenia dla realizacji świadczeń zdrowotnych w 2010 r.



Zagrożenia finansowe:

- niski kontrakt oraz niedoszacowanie usług przez NFZ – 29,7 proc. (137);
- zadłużenie oraz/bądź brak płynności finansowej – 18,4 proc. (85);
- brak wykwalifikowanej kadry – 16,2 proc. (75);
- brak środków na remonty oraz zakup aparatury – 13,9 proc. (64);
- brak zapłaty przez NFZ za nadwykonania– 11,7 proc. (54);
- brak środków na podwyżki płac dla personelu – 10,4 proc (48);
- kontrakt nie uwzględnia wzrostu kosztów/ inflacji – 9,1 proc. (42);
- inne – 5,8 proc. (27).

Zagrożenie finansowo-organizacyjne:

- ograniczenie dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych i obniżenie jakości usług – 34,7 proc. (160);
- trudne do spełnienia standardy stawiane przez NFZ i MZ (sprzęt, pomieszczenia, zatrudnienie i brak środków na ich realizację – ok. 5 proc. (23).

Zagrożenia systemowe:

- niepełne wykorzystanie potencjału szpitala – 8,4 proc. (39);
- nieprecyzyjne i często zmieniające się procedury – 4,3 proc. (20);

- sposób kontraktowania i rozliczania z NFZ – 3 proc. (14);
- inne – 3 proc. (14).

4.7 Główne problemy w zarządzaniu szpitalami

360 dyrektorów (78 proc. ogółu) wskazało problemy w zarządzaniu szpitalem. Podobnie jak w przypadku zagrożeń na 2010 r. dotyczyły one obszarów finansowych, finansowo-organizacyjnych oraz systemowych.

Wśród wymienianych **problemów finansowych** wyróżniono:
- brak środków na remonty oraz zakup aparatury – 30,1 proc. (139);
- niski kontrakt oraz niedoszacowanie usług przez NFZ – 26,6 proc. (123)
- brak wykwalifikowanej kadry – 23 proc. (106);
- brak środków na podwyżki płac dla personelu – 18,6 proc. (86);
- zadłużenie oraz brak płynności finansowej – 15,4 proc. (71);
- brak zapłaty przez NFZ za nadlimity – 11,7 proc. (54);
- kontrakt nie uwzględnia wzrostu kosztów/ inflacji – 5 proc. (23);
- brak informatyzacji systemu – 4,1 proc. (19);
- niewielkie środki finansowe od organu założycielskiego – 4,1 proc. (19);
- inne – 3,4 proc. (16)

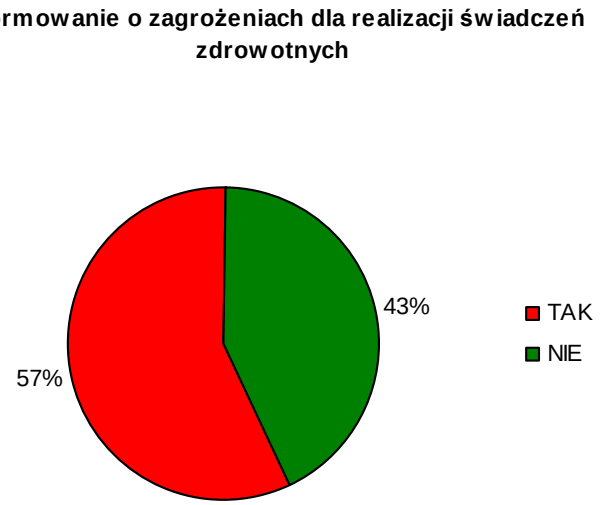
Problemy finansowo-organizacyjne:
- trudne do spełnienia standardy stawiane przez NFZ i MZ (sprzęt, pomieszczenia, zatrudnienie i brak środków na ich realizację – 15,1 proc. (70);
- ograniczenie dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych i obniżenie jakości usług – 5,2 proc. (24).

Problemy systemowe:
- nieprecyzyjne i często zmieniające się procedury – 22,5 proc. (104);
- sposób kontraktowania i rozliczania z NFZ – 16,5 proc. (76);

- brak możliwości sprzedawania świadczeń innym płatnikom niż NFZ – 8,9 proc. (41);
- niepełne wykorzystanie potencjału szpitala – 5,6 proc. (26);
- struktura zakładu – 3,9 proc. (18);
- trudna współpraca ze związkami zawodowymi – 3,2 proc. (15);
- brak jednolitych dla wszystkich placówek standardów, faworyzowanie niepublicznych placówek oraz różna wycena świadczeń w poszczególnych województwach – 3,2 proc. (15);
- brak koordynacji świadczenia usług w ramach oddziałów NFZ bądź niska decyzyjność oddziałów NFZ – 2,3 proc. (11);
- inne – 1,7 proc. (8).

4.8 Informowanie właściwych organów o zagrożeniach

W 2009 r. 264 (57,2 proc.) dyrektorów szpitali przekazało informację o zagrożeniach dla realizacji świadczeń zdrowotnych do jednego lub więcej organu administracji centralnej i samorządowej.



Najczęściej adresatem informacji był: NFZ – 221 razy (47,9 proc. ogółu szpitali), następnie organ założycielski (w tym władze wojewódzkie) – 209 razy (45,3 proc.) oraz ministerstwo zdrowia 42 razy (9,1 proc.). Ponadto 29 szpitali poinformowało inne instytucje.

5. Analiza odpowiedzi

5.1 Problemy finansowe szpitali w świetle wyników ankiety

Analiza zebranego materiału wskazuje, iż trwająca od kilku lat **tendencja znaczącego podnoszenia nakładów finansowych na służbę zdrowia, w 2010 r. ulegnie poważnemu ograniczeniu**. Z informacji uzyskanych od dyrektorów szpitali jednoznacznie wynika, że na początku obecnego roku **NFZ zaproponował szpitalom kwotę mniejszą od tej z 2009 r., która i tak nie pozwalała na realizację wszystkich zadań.** Dlatego też, część szpitali zdecydowała się nie zawierać kontraktu na proponowanych zasadach, przedłużając negocjacje zmierzające do jego podwyższenia.

Zwraca uwagę znaczna dysproporcja pomiędzy kwotą zaproponowaną szpitalom przez NFZ a kwotą, której poziom, zdaniem dyrektorów placówek, zapobiegałby dalszemu zadłużaniu się szpitali (niedobór dla badanych szpitali wynosi ok. 1 880 mln zł). Niezrozumiałe są działania NFZ polegające na powszechnym obniżaniu kontraktów (w takiej sytuacji znalazły się 308 szpitale). Przy uwzględnieniu realnej inflacji na poziomie 3-3,5 proc. dodatkowo ogranicza to możliwość udzielania przez szpitale świadczeń zdrowotnych.

Należy stwierdzić, iż zaproponowane przez NFZ kontrakty grożą wzrostem zadłużenia. Istnieje oczywiście prawdopodobieństwo zwiększenia tej kwoty w ciągu roku (stałą praktyką jest renegocjacja kontraktu w ciągu roku, niektóre szpitale podpisały też umowy tylko na kilka miesięcy). Brak jest jednak informacji o ewentualnej wysokości dodatkowych środków. Ponadto **uwzględniając wypowiedzi prezesa NFZ można wywnioskować, że w bieżącym roku NFZ nie posiada dodatkowych środków.**[9]

[9] http://www.dziennik.pl/wydarzenia/article522078/Szef_NFZ_Zawsze_istnieje_grozba_dymisji.html?page=2

Zadłużenie ZOZ-ów stanowi jeden z poważniejszych problemów wpływających na finanse systemu ochrony zdrowia w Polsce. O jego znaczeniu może świadczyć fakt, że od początku lat 90-tych kilkakrotnie prowadzono akcję oddłużania szpitali, przeznaczając na ten cel poważne środki z budżetu państwa. Jednym z celów kwestionariusza była próba ustalenia wielkości tego zjawiska, jak również przyczyn jego powstawania w przypadku lecznictwa szpitalnego.

Podsumowując przedstawione wyniki, należy stwierdzić, iż pozyskiwanie dodatkowych środków pochodzących np. z kredytów finansowych nie stanowi zagrożenia dla funkcjonowania szpitala, pod warunkiem, że istnieje zdolność do ich spłacania. **Wydaje się jednak prawdopodobne, że posiadanie przez szpitale zobowiązań finansowych przekraczających 30 proc. łącznej wartości kontraktu podpisanego z NFZ może powodować ograniczenie możliwości prowadzenia przez nie działalności medycznej**.

Szczególnie niebezpieczna sytuacja zachodzi wówczas, gdy szpital przestaje regulować swoje zobowiązania terminowo, co prowadzi do ich przeterminowania (wymagalności), a w dalszej kolejności nakręca spiralę zadłużania się (m. in. naliczanie przez wierzyciela karnych odsetek, egzekucja długów) i może prowadzić do utraty płynności finansowej placówki. Z tego punktu widzenia, dla sprawnego i bezpiecznego funkcjonowania placówki w rozliczeniach budżetowych szczególnie niebezpieczne wydają się zobowiązania wymagalne. Istnienie tego typu obciążenia wskazały aż 262 szpitale, przy czym należy zaznaczyć, że **w przypadku niektórych szpitali suma zobowiązań wymagalnych przekracza 30 proc. kontraktu zawartego na 2010 r.**

Problem posiadanego zadłużenia i wynikającej z tego powodu utraty płynności finansowej, czy zdolności kredytowej będzie, zdaniem

dyrektorów szpitali, jednym z poważniejszych zagrożeń dla realizacji usług w 2010 r. w lecznictwie szpitalnym.

Najczęściej wymienianą przez dyrektorów szpitali przyczyną narastania zadłużenia jest niedoszacowany bądź zbyt niski kontrakt podpisany z NFZ. W dalszej kolejności rosnące koszty utrzymania, w tym te związane ze wzrostem płac oraz brak zapłaty za nadwykonania.

Z danych przedstawionych w kwestionariuszu wynika, że **problem nadwykonań jest rezultatem różnicy wynikającej między narzuconymi przez NFZ limitami przyjęć a rzeczywistą liczbą pacjentów przyjętych w ramach lecznictwa szpitalnego. Powszechność tego zjawiska świadczy o złym, czy niepełnym oszacowaniu potrzeb na usługi świadczone przez szpitale**. Zwraca również uwagę całkowicie nieprzejrzysty sposób płacenia przez NFZ za nadwykonania. Ponad połowa placówek udzielających tego rodzaju świadczenia nie dostała żadnego zwrotu (238 szpitali), podczas gdy niektóre miały je refundowane w całości (17 szpitali).

Należy jednak zauważyć, iż **konsekwencją braku zapłaty za świadczenia wykonywane ponad limity jest przede wszystkim ograniczenie dostępności pacjentów do usług medycznych.**

Szpitale, które przekroczyły przyznane przez NFZ limity przestają przyjmować pacjentów na zaplanowane wcześniej zabiegi, przenosząc ich na początek roku następnego, co w konsekwencji wydłuża kolejkę oczekujących i w sposób znaczący ogranicza dostępność chorych do danego świadczenia.

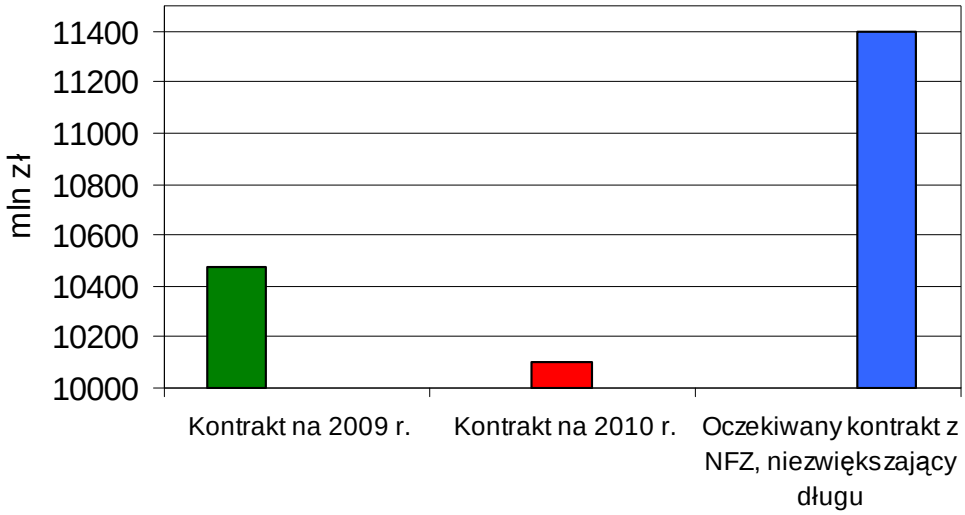
5.2 Dostępność chorych do świadczeń w lecznictwie szpitalnym

Podstawowe pytanie, którym kierowało się Biuro Bezpieczeństwa Narodowego występując do dyrektorów szpitali z prośbą o udzielenie informacji na temat wielkości i sposobu realizacji kontraktów zawieranych z NFZ dotyczyło wpływu zmniejszonego finansowania szpitali na ograniczenie dostępności obywateli do świadczeń szpitalnych, a tym samym na ich bezpieczeństwo zdrowotne.

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można stwierdzić, iż mamy do czynienia z bardzo niepokojącą tendencją. **W 2009 r. ze względu na niewystarczającą ilość środków finansowych prawie połowa szpitali, które odpowiedziały na kwestionariusz ograniczyła przyjęcia chorych na oddziałały szpitalne**. **Bezpośrednią konsekwencją takiego stanu rzeczy jest znaczne wydłużenie czasu oczekiwania na zabieg w ramach lecznictwa szpitalnego**. Sytuacja ta jest groźna, zwłaszcza w odniesieniu do niektórych oddziałów, np. onkologicznych, chirurgicznych, ogólnych i urazowych oraz dziecięcych.

Niepokojące są również dane, z których wynika, że kontrakt przedmiotowych placówek przewidziany na 2010 r. nie tylko nie ulegnie zwiększeniu, lecz zostanie zmniejszony. Spośród 205 szpitali, które w 2009 r. ograniczyły przyjęcia, 193 szpitali podpisało kontrakt na 2010 r. mniejszy o łączną kwotę 373 mln zł. Jednocześnie podpisany przez te szpitale kontrakt jest o 1 289 mln mniejszy niż oczekiwany, który mógłby wpłynąć na nie generowanie długu w 2010 r. Sytuacja ta każe przypuszczać, iż **problem ograniczeń przyjęć w 2010 r. będzie dalej narastał,** zwłaszcza że 35 proc. dyrektorów szpitali wskazuje go jako jedno z głównych zagrożeń dla realizacji świadczeń zdrowotnych w bieżącym roku, natomiast zadłużenie tych szpitali może się pogłębiać.

Kontrakty szpitali, które ograniczyły liczbę przyjęć



Z punktu widzenia pacjenta niepokojący wydaje się brak jednoznacznego rozwiązania regulującego problem leczenia ponad limity wyznaczone przez NFZ, w szczególności w przypadkach ratujących życie i zdrowie. Wyczerpanie limitów skutkuje ograniczeniem przez szpitale przyjęć planowych, co w rzeczywistości powoduje przeniesienie wykonania świadczenia na następny rok, wydłużając często o kilka miesięcy oczekiwanie pacjenta na zabieg.

Zagrożeniem dla pacjentów są też wskazywane dosyć często przez dyrektorów szpitali braki kadry medycznej, czy środków na remonty i zakup nowej aparatury medycznej.

Trudno nie zgodzić się z podnoszonymi przez dyrektorów szpitali twierdzeniami, iż odpowiednia ilość wyspecjalizowanego personelu medycznego, jak też stan bazy szpitalnej, w tym posiadanie nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej jest niezbędne dla udzielania świadczeń, również ratujących życie.

5.3 Pozostałe problemy i zagrożenia w funkcjonowaniu szpitali

Wspomniane wyżej problemy wynikające z braku środków na remonty budynków szpitalnych i zakup aparatury medycznej, oraz problemy w zatrudnieniu niezbędnego personelu medycznego należy rozpatrywać także pod innymi aspektami.

Finansowanie remontów oraz zakupu nowej aparatury to jedno z zadań (uprawnień) organów założycielskich, w tym w zdecydowanej większości do samorządów. Z kwestionariusza wynika, że aż 209 szpitali informowało organy założycielskie, w tym władze wojewódzkie o swoich problemach. Należy z tego wnioskować, że te ostatnie w sposób nie do końca zadawalający spełniają swoje obowiązki właścicielskie. Przedstawione dane mogą świadczyć o błędnych założeniach proponowanej komercjalizacji szpitali, wg której to samorządy ponosiłyby koszty spłacania zobowiązań zadłużonych placówek.

Kolejny wspomniany problem dotyczy braku kadry medycznej. Już w chwili obecnej jest on poważnym utrudnieniem w zarządzaniu szpitalami. Brak lekarzy niektórych specjalności i pielęgniarek jest szczególnie dotkliwy wobec wprowadzanych przez MZ i NFZ podwyższonych standardów dotyczących ilości personelu medycznego wymaganego na poszczególnych oddziałach szpitalnych.

Z informacji uzyskanych w kwestionariuszu wynika, że na rynku pracy brakuje odpowiedniej kadry, jak również często zaawansowany wiek już zatrudnionej. Problem ten będzie narastał w kolejnych latach i prawdopodobnie doprowadzi do powstania luki pokoleniowej, którą będzie trudno zredukować.[10]

[10] Wg wyliczeń przedstawionych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych wynika, że już obecnie brakuje ok. 6 tys. pielęgniarek, natomiast w 2020 r. będzie to już ok. 60 tys.

Wśród pozostałych problemów dotyczących zarządzania szpitalem, dyrektorzy wskazywali głównie na te związane z wadliwym systemem. Przede wszystkim zwracano uwagę na nieprecyzyjne i często zmieniające się przepisy i procedury. Dotyczy to zarówno braku stabilnej polityki państwa w obszarze ochrony zdrowia, jak również relacji między szpitalem a NFZ. Ten drugi, wykorzystując swoją monopolistyczną pozycję regularnie zmienia zasady realizacji umów, nierzadko „z wsteczną mocą" obowiązywania. Powyższa sytuacja, jak również sposób kontraktowania (coraz częstsza praktyka kilkumiesięcznych kontraktów) i rozliczania usług z NFZ, w sposób poważny ogranicza możliwość planowania funkcjonowania placówki w dłuższej perspektywie.

6. Wnioski

(Treść wniosków przekazana została Prezydentowi RP Lechowi Kaczyńskiemu i będzie stanowiła element dyskusji podczas posiedzenia Narodowej Rady Rozwoju.)

Szef
Biura Bezpieczeństwa Narodowego

Aleksander SZCZYGŁO