

Związek Powiatów Polskich przygotował raport na temat skali potrzeb w systemie ochrony zdrowia na inwestycje w infrastrukturę w okresie do roku 2030. Szacunkowego wyliczenia dokonaliśmy na podstawie badań ankietowych, w których wzięło udział blisko 200 szpitali oraz analizy dostępnych danych dotyczących infrastruktury podmiotów leczniczych.

Obecny stan techniczny infrastruktury szpitalnej jest wysoce niezadowalający. Poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi średnio ponad 60 proc. (ocenia się, że budynek, którego wartość jest umorzona w 40 proc. kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego).

Sytuację pogarsza powszechna, wieloletnia praktyka wykorzystywania odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku, a w praktyce na pokrycie straty finansowej podmiotów leczniczych.

Co piąta budowla szpitalna ma więcej niż 70 lat, a zdarza się, że szpitale funkcjonują w obiektach z XVIII wieku! Niemal połowa budynków szpitalnych powstało w latach 50-tych, 60-tych i 70-tych ubiegłego wieku, według technologii, która nie gwarantuje ich długowieczności.

W efekcie możemy stwierdzić, że w perspektywie najbliższych kilkunastu lat, na modernizację szpitali potrzebnych będzie aż 58 miliardów złotych!

Na kwotę tę składają się wydatki:

- 23 mld zł w szpitalach wojewódzkich i resortowych,
- 20 mld zł w szpitalach powiatowych, prowadzonych przez miasta na prawach powiatu oraz w spółkach powstałych na bazie przekształconych samorządowych szpоз,
- 8 mld złotych w szpitalach prywatnych,
- 7 mld zł w szpitalach klinicznych.

W kwocie 58 mld złotych zawiera się 58 proc. niezbędnych nakładów na budowę, przebudowę i rozbudowę oraz 42 proc. na wyposażanie w sprzęt i aparaturę medyczną.

W całości wydatków majątkowych przewidywanych do roku 2030, aż 13 mld zł (27 proc.) dotyczy najbliższych 4 lat i związanych jest z dostosowaniem szpitali do standardów informatycznych, sanitarnych i technicznych. W tym miejscu warto odnotować, że analizy przeprowadzonej przez ZPP są zbieżne z przewidywaniami resortu zdrowia zawartymi w tzw. Zielonej Księdze, opracowanej w 2008 roku. Wówczas to oszacowano, że koszty dostosowania budynków szpitalnych w większości przypadków zbliżone są do wartości netto majątku trwałego szpitala oraz bazując na szacunkowych danych, można przyjąć, że wydatki na dostosowanie instytucji lecznictwa stacjonarnego wynoszą około 14 mld zł. Kwota ta winna być wydana poza bieżącymi wydatkami odtworzeniowymi.

Gdzie szukać tak gigantycznych pieniędzy? Niestety w tej kwestii wieści nie są optymistyczne. Zróbmy krótki bilans, uwzględniający zarówno bieżącą sytuację jak i prognozę długoterminową.

Na początek środki unijne. Jak zapowiada minister rozwoju regionalnego nie będzie ich na ochronę zdrowia w regionalnych programach operacyjnych, a w ogólnopolskim programie będą symboliczne (głównie na systemy informatyczne oraz wysokospecjalistyczne, innowacyjne technologie). Można się spodziewać, że perspektywa finansowa UE 2014–2020 będzie ostatnią tak korzystną dla Polski jak obecna. Może się okazać, że po 2020 roku więcej będziemy do unijnego budżetu wpłacać niż

otrzymywać. Dobrze byłoby więc uczyć się żyć bez pieniędzy unijnych.

Środki z Mechanizmów Finansowych EOG, Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Należy cieszyć się ze wsparcia z tych źródeł i chwala za nie darczyńcom, tyle tylko, że mówimy o kwotach rzędu kilkadziesiąt milionów euro w okresie 5–7 lat. To nawet nie kropla w morzu potrzeb, a do 2030 roku sytuacja w tym zakresie może się tylko pogarszać (np. Polska dziś otrzymuje blisko połowę środków z Mechanizmów EOG, co budzi coraz większy sprzeciw, przede wszystkim mniejszych krajów, korzystających z tej formy wsparcia).

Środki w budżecie państwa. Nie ma ich w ogóle, nawet na szpitale prowadzone przez resorty (największy kłopot będą miały instytuty), a już w ogóle nikt nie dyskutuje o wsparciu z budżetu państwa procesu modernizacji szpitali samorządowych. Ze względu na powszechnie znane kłopoty z bilansowaniem finansów publicznych (zarówno te w skali globalnej, wynikające z kryzysu światowego, jak i te wewnętrzne, z których najtrudniejszym wyzwaniem będzie stabilizowanie systemu emerytalnego), trudno oczekiwać, że w perspektywie najbliższych kilkunastu lat znajdą się środki na wsparcie modernizacji infrastruktury ochrony zdrowia.

Partnerstwo publiczno-prywatne. Praktycznie nie istnieje w sektorze ochrony zdrowia. Cała Polska patrzy na pilotażowy projekt w Żywcu, który ma ogromne kłopoty z praktyczną realizacją. W 2014 miał stać już nowy szpital, samorząd powiatowy zrobił co swoje, ale budowa nawet nie ruszyła. Odnotować można jeszcze przedsięwzięcia w Jaworznie i Kobylnicy oraz inwestycję w Łańcucie (okrojona o kilkadziesiąt milionów w stosunku do pierwotnej koncepcji, ale i tak z szacunkiem należy podejść do wysiłków Powiatu łańcuckiego, który przebija się z ogromnym wysiłkiem przez bariery prawnofinansowe partnerstwa publiczno-prywatnego). Wiadomo od dawna, że przepisy dotyczące PPP są jedną z głównych barier rozpowszechniania się tej formuły inwestowania. Ktoś kiedyś bardzo trafnie ocenił: w Polsce jest ustawa o PPP, ale nie ma projektów realizowanych w partnerstwie. Z drugiej strony są kraje, w którym ustaw takich nie ma, ale za to realizuje się wiele przedsięwzięć w partnerstwie publiczno-prywatnym. Pomóc w zdecydowanej zmianie tej niekorzystnej sytuacji mogłyby tylko bardzo odważne decyzje o uelastycznieniu przepisów dotyczących PPP oraz ustabilizowanie sytuacji systemu ochrony zdrowia. To byłyby dobre sygnały dla inwestorów prywatnych, o tym że projekty realizowane w PPP mogą być bezpieczne i efektywne. Pozostaje mieć nadzieję, że takie odważne decyzje się pojawią, choć chłodna analiza sceny politycznej nie napawa w tym zakresie optymizmem. Aktualnie rządzący nie podjęli do tej pory tego wyzywania, a partie opozycyjne deklarują raczej sytuację odwrotną, czyli powrót do tzw. "państwowej służby zdrowia" oraz systemu budżetowego.

Banki. Koszt pozyskania w nich kapitału na przedsięwzięcia infrastrukturalne jest tak wysoki, że zniechęca do sięgania po wsparcie w formie kredytów, pożyczek czy też do emitowania obligacji. Przedstawiciele sektora bankowego podkreślają, że niestabilność systemu ochrony zdrowia oraz brak długookresowej strategii jego działania zniechęca do wpierania projektów inwestycyjnych. Nie interesują ich nawet twarde zabezpieczenia hipoteczne. Bardziej życzliwie przyjmują poręczenia samorządów terytorialnych, tyle tylko, że te ostatnie nie stać już na udzielanie poręczeń. Nasze rodzime problemy z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia nie są odosobnione od tego, co dzieje się niemal w całej Europie i wielu rozwiniętych krajach świata. Trudno więc oczekiwać w najbliższej przyszłości, iż globalne instytucje finansowe, zmienią swoje chłodne spojrzenie na sektor ochrony zdrowia.

Polskie Inwestycje Rozwojowe. To ciekawy pomysł na rozruszanie publicznych inwestycji infrastrukturalnych, tyle tylko, że Spółka na razie nie jest zainteresowana sektorem ochrony zdrowia,

oceniając tak jak wspomnienie wyżej banki, że poziom ryzyka inwestycyjnego w sektorze ochrony zdrowia jest zbyt wysoki. Ale gdyby udało się stworzyć projekty sieciowe o dużej skali to wówczas może to być dobry interes zarówno dla tej Spółki, inwestorów kapitałowych, no i oczywiście partnerów realizujących projekty modernizujące infrastrukturę szpitalną.

Budżety samorządów terytorialnych. To źródło wysycha w błyskawicznym tempie. Głównie za sprawą konsekwencji drastycznych ograniczeń deficytu wynikających z zapisów ustawy o finansach publicznych (sławetne art. 242 i 243). Liczby są jednoznaczne: jeśli jeszcze w 2009 samorządy wydały na wydatki majątkowe w ochronie zdrowia kwotę bliską 2,1 mld złotych, to w 2010 było to nieco powyżej 1,5 mld zł, w roku 2011 już 1,3 mld zł, a w 2012 tylko 1 mld zł (choć można napisać, że to aż 1 mld złotych wobec faktu, iż kształtując dochody JST nie uwzględniono jakichkolwiek na ochronę zdrowia. Mimo to od 1999 roku samorządy wyasygnowały na wydatki majątkowe w ochronie zdrowia ponad 17 mld złotych!). Trend spadkowy jest, więc trwały, inwestycje hamują ostro, wracając do poziomu z lat 2002–2004. Trzeba rozwiązać też złudzenia tych, którzy oczekują zmiany tej sytuacji w najbliższych kilku latach. Jeśli samorządy nie otrzymają zdecydowanego impulsu rozwojowego (np. nowe zasady kształtowania dochodów JST oraz prowadzenia przez nie gospodarki finansowej) to czeka nas kryzys samorządności w Polsce. Władze samorządowe będą zaledwie administratorami, a nie kreatorami rozwoju lokalnego czy też regionalnego. Trudno się też spodziewać, że zaniechają modernizowania najbardziej zaniedbanej infrastruktury drogowej (czego przede wszystkim oczekują mieszkańcy) na rzecz projektów z zakresu ochrony zdrowia.

Trudno o optymizm po dokonaniu powyższej diagnozy, ale też nie wolno załamywać rąk. Wręcz odwrotnie, potrzebne są dynamiczne działania zmierzające do rozwiązania problemu, którego skala znaczenia będzie błyskawicznie rosła. Na początek trzeba do tego przekonać politycznych decydentów. Warto być mądrym przed szkodą, a z taką mieć będziemy do czynienia głównie w połowie lat dwudziestych, kiedy to niewyobrażalnie zwiększy się zapotrzebowanie na środki w systemie ochrony zdrowia (ocenia się, że za 15 do 20 lat potrzeba ich będzie o 50 proc., więcej niż obecnie).

Przedkładam do rozważenia scenariusz, w którym przewiduję kilka kamieni milowych w okresie do 2030 roku.

Najbliższe kilkanaście miesięcy powinno przynieść wypracowanie i uruchomienie instrumentów wsparcia podmiotów tworzących i właścicieli szpitali w modernizacji infrastruktury.

Przykładowo mogłyby to być:

- bardziej przyjazne zasady PPP;
- stworzenie uzasadnionych merytorycznie regionalnych map potrzeb zdrowotnych;
- uruchomienie funduszu wspierającego inwestycje w sektorze (tworzonego z wpłat VAT-u do budżetu państwa, przez podmioty, które VAT-u nie odliczają);
- podjęcie decyzji strategicznych o przyszłości systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim o roli jaką odgrywać mają w nim szpitale różnego poziomu retencyjności;
- wprowadzenie mechanizmów premiujących łączenie potencjału podmiotów leczniczych oraz ograniczających zbędne (nieefektywne) inwestycje;
- otwarcie regionalnych programów operacyjnych 2014–2020 na projekty z zakresu ochrony zdrowia;
- zdynamizowanie prac nad budowaniem systemów informatycznych, pozwalających na

oszczędzanie środków w działalności operacyjnej;

- zagwarantowanie wieloletnich kontraktów szpitalnych z NFZ;
- umożliwienie podmiotom leczniczym równych praw w zakresie prowadzenia działalności komercyjnej, bez względu na ich formę organizacyjno-prawną;
- uregulowanie problemu funkcjonowania i finansowania podmiotów działających na styku systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej itd.

Listę tę można byłoby znacznie rozbudowywać, ale wymienione już przykłady wskazują kierunek oczekiwanych zmian.

Warto może jeszcze dodać jeden warunek: nie wolno pod żadnym pozorem podnosić standardów budowlanych i wyposażenia szpitali. To teza niepopularna, ale konieczna, jeśli mamy uratować system ochrony zdrowia, nie tylko w sferze infrastrukturalnej. Niestety, ostatnie lata obfitowały w odwrotne decyzje, podejmowane często pod wpływem kazuistycznego podejścia do tworzenia prawa, w oparciu o jednostkowe przypadki. Destabilizuje to równowagę pomiędzy efektywnością kosztową, a medyczną udzielania świadczeń. Przykład z ostatnich dni to propozycja wprowadzenia obowiązku zapewnienia przez szpitale stacjonowania środka transportu sanitarnego w lokalizacji, w której są udzielane świadczenia gwarantowane.

Kamieniem milowym na drodze do modernizacji szpitalnej infrastruktury będzie rok 2016, do kiedy osiągnąć trzeba będzie wymagane standardy sanitarne, informatyczne i budowlane.

W tej sprawie trzeba się jasno i jak najszybciej opowiedzieć oraz zaplanować ewentualne działania awaryjne, wobec tych, którzy standardów do grudnia 2016 roku nie osiągną. Takich szpitali będzie niemało, a najczęściej będzie to dotyczyło nie całej ich infrastruktury, a jej części (np. kilku oddziałów). To dziś temat niewygodny, bowiem trwa wojna nerwów pomiędzy zarządzającymi szpitalami i decydentami. Pierwsi liczą, że może termin się uda przesunąć, a drudzy obserwują rynek liczą, że szpitale bez standardów będzie niewiele, albo nie trzeba będzie podejmować trudnych decyzji o losie niektórych szpitali, bo... same się wyeliminują przez brak standardów (jeśli ktoś liczy, że w resorcie zdrowia na ul. Miodowej w Warszawie, ktoś się z tego powodu zmartwi to jest w wielkim błędzie!).

Okres lat 2014–2020 to także czas na dostosowanie się do zmian wynikających z kryzysu demograficznego. Jego apogeum osiągniemy w latach dwudziestych i trzeba się na nie odpowiednio przygotować, również w systemie ochrony zdrowia. Czas przebudować infrastrukturę szpitalną m.in. w kierunku geriatrii, psychiatrii, rehabilitacji, opieki długoterminowej (niestety, często kosztem oddziałów pediatrycznych neonatologicznych, ginekologiczno-położniczych). Na razie w tej kwestii mamy do czynienia z sytuacją dokładnie odwrotną. Niskie wyceny procedur powodują niechęć do otwierania np. oddziałów geriatrycznych czy psychiatrycznych, a lokalne ambicje powodują utrzymywanie oddziałów ginekologiczno-położniczych w szpitalach, w których rodzi się 1 dziecko dziennie.

Lata 2014–2020 to też czas na konsolidację zasobów, w kierunku zapewnienia ich efektywności.

Niestety nie da się tego dokonać bez bolesnych cięć, ale to jedyna droga, aby liczbę 58 mld niezbędnych wydatków inwestycyjnych znacząco obniżyć. Można to będzie zrobić na dwa sposoby: oddolnie, dzięki współpracy podmiotów tworzących i właścicieli lub odwrotnie - w wyniku odgórných decyzji parlamentu, rządu czy też resortu zdrowia. Oczywiście, że scenariusz pierwszy byłby lepszy, ale trzeba obiektywnie przyznać, że wydaje się on być mało realny. Aktualne doświadczenia (właściwie brak

doświadczeń) w tym zakresie nie nastrajają optymistycznie. Jest jeszcze trzeci scenariusz, aktualnie realizowany. Najkrócej scharakteryzować go można następująco: resort zdrowia nie ma pomysłu na sieć szpitali, więc ta tworzy się sama, w sposób niekontrolowany i nie zawsze właściwy. Zdarza się, więc, że podtrzymywane są przy życiu podmioty lecznicze niekoniecznie potrzebne (przy ogromnym nakładzie publicznych środków). Z drugiej strony znikają z mapy szpitali takie, które powinny funkcjonować, ale są albo źle zarządzane, albo tworzące je podmioty nie mają już środków by brać udział w wyniszczającym wyścigu o przetrwanie.

Opierając się na obiektywnych wskaźnikach demograficznych i makroekonomicznych, można sformułować wniosek, że okres do 2020 roku będzie miał kluczowe znaczenie dla przyszłości systemu ochrony zdrowia, w perspektywie nawet kilkudziesięciu lat. Jeśli z wyprzedzeniem nie zostaną podjęte bardzo głębokie reformy, to wówczas w tym samym czasie zderzą się:

- głęboki kryzys demograficzny generujący ogromne koszty społeczne, w tym znacząco wyższe zapotrzebowanie na leczenie starzejącego się społeczeństwa,
- apogeum problemu zabezpieczenia emerytalnego, co uniemożliwi wsparcie dla stabilizowania finansów publicznych oraz sięganie po proste rozwiązania polegające na dodatkowym obciążaniu przedsiębiorców i kurczącej się dramatycznie aktywnej zawodowo części społeczeństwa. W tej kwestii, prawda jest bolesna. Jeśli decydować się na podnoszenie składki zdrowotnej lub wyprowadzanie współpłacenia przez pacjentów, to czas jest na to teraz, nawet mimo trudnej sytuacji, w jakiej znajduje się całe państwo i większość Polaków. Jednakże każda dodatkowa złotówka teraz, uchroni nas od wydawania kilkunastu w przyszłości. A że w przyszłości nie stać nas będzie na te przysłowiowe kilkanaście złotych, więc moim zdaniem wyboru nie ma. Pytanie tylko czy zdecydują się na to politycy, wiedząc, że ta niepopularna decyzja kosztować ich będzie zapewne utratę władzy? O tym, że danina na ochronę zdrowia winna się zwiększyć, trzeba przekonywać społeczeństwo, a to potrwa. Dlatego dobrze byłoby rozpocząć ten proces jak najszybciej,
- okres największych potrzeb w zakresie budowy, rozbudowy i modernizacji „wiekowych” budowli szpitalnych.

Jeśli nie podejmie się więc teraz zdecydowanych i głębokich reform, doprowadzi to do degradacji systemu ochrony zdrowia, na co najmniej dwa pokolenia. Taka degradacja pociągnie za sobą szersze problemy społeczne i gospodarcze. Obniżenie, jakości życia zachęci wielu do skorzystania z otwartego świata i poszukiwania lepszych warunków funkcjonowania poza krajem.

Nie mam wrażenia, że kreślę zbyt czarny scenariusz. Przemawiają do mnie fakty, więc twierdzę, że jest to wizja wielce prawdopodobna. Chciałoby się, aby pobudziła ona osoby decydujące o przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce do bardziej zdecydowanego działania, a nie tylko zapowiadania, że się je podejmie.

Formułuję więc apel do wszystkich, którym zależy na prawidłowym funkcjonowaniu polskich szpitali. Włączcie się do kampanii zwracającej uwagę polityków na konieczność podjęcia wyprzedzających działań zmierzających do gruntownej modernizacji infrastruktury ochrony zdrowia. Mamy, bowiem ogromny dysonans pomiędzy dwoma stronami równania:

potrzeby w zakresie modernizacji sieci szpitali = źródła ich pokrycia.

Druzgocący raport ZPP. Czym zapłacić za rachunki wartości 58 miliardów złotych?

Kategoria: Felietony

Opublikowano: piątek, 31, maj 2013 07:23

Odsłony: 2280

Ważnym jest, aby decyzje dotyczące uruchomienia tych źródeł podjąć bezzwłocznie, wyprzedzając okres, kiedy zapotrzebowanie na zmodernizowaną infrastrukturę szpitali będzie najwyższe.

Marek Wójcik