

Menedżerowie, lekarze i prawnicy o restrukturyzacji



# Koło ratunkowe

Fot. Dziś: x4

Na zdjęciu od prawej: Wiesław Kosacki – dyrektor Biura Prawnego NFZ, Adam Kozierekiewicz – kierownik projektu *Koło ratunkowe dla szpitali*, Chris Blades – Senior Health Economist, European Investment Bank, Andrzej Mądrala – wiceprezydent Konfederacji Pracodawców Polskich, Janusz Michalak – prezes zarządu wydawnictwa *Termedia*

Dzierżawa czy własność nieruchomości przekształconych w spółki szpitali? Poręczenie Skarbu Państwa na spłaty wierzytelności? Nadzór ministra finansów nad kredytami i poręczeniami dla przekształcanych zoz-ów? Gdy posłowie po nocy zarwanej w Sejmowej Komisji Zdrowia biedzili się nad nowelizacją ustawy o reformie służby zdrowia, menedżerowie, lekarze i samorządowcy dyskutowali o restrukturyzacji szpitali.

Właśnie z powodu prac sejmowych na konferencję zorganizowaną przez Akademię „Menedżera Zdrowia” oraz Wyższą Szkołę Handlu i Prawa im. Ryszarda Łazarskiego w Warszawie nie dotarł przedstawiciel minister zdrowia.

## Wyzwania przyszłości

W wystąpieniach przewijał się wątek starzenia się społeczeństw i postępu w medycynie, co wymusza zmiany usług i techniczną modernizację szpitali.

Model przekształceń publicznych szpitali, który ma zapewnić opiekę odpowiednią pod względem liczby i jakości ich usług, rozwiązać problem zadłużenia i uchronić szpitale przed ponownymi tarapatami fi-

nansowymi, przedstawił szef projektu *Koło ratunkowe dla szpitali*, dr Adam Kozierekiewicz, autor książki pod tym samym tytułem.

Ponieważ wraz ze zmianami demograficznymi zmienia się zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, trzeba dostosować do niego ofertę placówek, zmienić status szpitali i zrestrukturyzować zadłużenie, bo *trudno zakładać, że nowe podmioty dynamicznie wystartują, obciążone starymi długami. Cieszą głosy o intensyfikacji opieki ambulatoryjnej, jednodniowej. To odciąży szpitale* – zauważył Kozierekiewicz.

Wiceprezes Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych Michał Kamiński podkreślał, że z uwagi na trendy demograficzne trzeba inwestować w onkologię, kardiologię, geriatricę, urologię i rehabilitację.

Zaznaczył, że wprowadzone w latach 90. XX wieku technologie medyczne i mało inwazyjne sposoby leczenia oznaczają więcej krótkich pobytów w szpitalach, co wymusza restrukturyzację lecznictwa stacjonarnego w kierunku opieki jednodniowej.

## Prywatnie ale z NFZ

Kozierekiewicz argumentował, że choć większość placówek opieki ambulatoryjnej została sprywatyzowana, nie miało to – wbrew początkowym obawom i protestom – negatywnego wpływu na dostępność usług medycznych. Przypomniał też perypetie szpita-

li, które w ostatnich 15 latach wielokrotnie przechodziły procesy restrukturyzacji, co zwykle polegało na redukcji liczby łóżek i personelu oraz zadłużenia. Mimo to zadłużenie wciąż jest problemem.

Co robić? Zdaniem Koziarkiewicza należy przekształcić samodzielne publiczne zoz-y w niepubliczne. – *Sposób wygląda na skuteczny, czy taki jest rzeczywistość, będzie wiadomo za 10 lat* – zastrzegł.

Podkreślił, że pierwsze szpitale zostały przekształcone w spółki w 2001 r., a dziś liczba takich spółek powstałych na bazie publicznych jednostek samorządowych sięga 60.

– *Przekształcanie trwało długo, głównie z powodu oporów politycznych* – mówił Koziarkiewicz. (Tego samego dnia, kiedy odbywała się konferencja, prezydent Lech Kaczyński ogłosił, że w sprawie komercjalizacji placówek służby zdrowia chce ogłosić referendum.) Zwykle – przypominał mechanizm – pierwsza inicjatywa upadała, ponieważ radni nie dochodzili do porozumienia. Szpital działał dalej po starym, zadłużenie rosło, kolejny kryzys zmuszał samorząd do decyzji.

Niektóre szpitale po zmianie znów popadały w kłopoty, *ponieważ zmiana szyldu ze szpоз na nzo nie wystarczy. Czego zabrakło?* Według Koziarkiewicza, nie dostosowano potencjału do kontraktu z NFZ. – *Dodatkowe dochody są z reguły marginalne. Usługi szpitalne są za drogie, by szpital przetrwał bez umowy z NFZ. Wyjątkami jest kilka wysoce specjalistycznych szpitali, działających w precyzyjnie określonej niszy* – podkreślił. Tego samego zdania był prezes Health Investment Fund Dariusz Korecki.

Prezentując strategię swojej firmy, dążącej do przejęcia prywatyzowanych szpitali, Korecki nie krył, że jedną z zasad, którymi kieruje się Health Investment Fund, jest utrzymanie kontraktów z NFZ. – *To część naszego modelu finansowania, 80–90 proc. naszych przychodów pochodzi z funduszy publicznych* – mówił prezes. Przyznał, że budżety własne to za mało, by sfinansować modernizację infrastruktury i zakupy sprzętu. Dodał zarazem, że korzystne jest także *otwarcie się na płatników prywatnych*.

Zdaniem Koziarkiewicza, większość szpоз-ów należy przekształcić w spółki prawa handlowego, które następnie utworzą nzo-y; oddzielić nieruchomości od spółek, by nie utracić ich, jeśli spółka sobie nie radzi. Jeżeli po kilku latach okaże się, że spółka działa sprawnie, można przekazać jej także majątek zarządzanego szpitala. Argument, że spółka bez majątku nie może pod jego zastaw wziąć kredytu, Koziarkiewicz odpierał, wskazując, że jeśli spółka zastawi nieruchomości i upadnie, majątek przypadnie razem ze spółką. – *Lepsze jest – przekonywał – dobrze widziane przez banki poręczenie kredytu udzielone przez samorząd*.

Ponieważ samorząd często nie wie, w którym kierunku podążać i próbuje zamrażać stan dotychczasowy, potrzebna jest ingerencja z poziomu resortu zdro-

wia lub marszałka województwa we współpracy z NFZ – argumentował Koziarkiewicz. Za konieczną uznał też poprawę infrastruktury nowych jednostek i pomoc dla szpitali, by mogły zatrudnić personel zwalniany w ramach restrukturyzacji.

Według Koreckiego, sposób na restrukturyzację jest taki – szpital trzeba przekształcić w spółkę, znaleźć inwestora i ulokować w niej kapitał, nie oczekując, że zwróci się wcześniej niż po 10 latach. Do zmian niezbędna jest akceptacja załogi, którą trzeba przekonać do restrukturyzacji, menedżerowie muszą oszacować zaś popyt na usługi.



Zastuchani uczestnicy konferencji

– *Estonia po prywatyzacji ma jeden z najwyższych współczynników zadowolenia pacjentów; w Czechach tylko jeden zakład przekształcony w spółkę został zlikwidowany* – zachwalał prywatyzację prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych Andrzej Sokołowski. Wskazywał też na konieczność decentralizacji, za czym opowiada się UE. Przekonywał przykładem Wielkiej Brytanii, gdzie, jak mówił, jeszcze przed 10 laty scentralizowany system rodem z lat 40. służył z niskich inwestycji i marnych usług, a po restrukturyzacji i gigantycznych inwestycjach zatrudnia mniej lekarzy i pracuje lepiej.

### Skąd pieniądze?

Skąd brać fundusze na takie wydatki w ochronie zdrowia? – *Na przykład z Europejskiego Banku Inwestycyjnego* – mówiła Chris Blades z EIB. Bank, którego udziałowcami są państwa członkowskie UE, działa od 1958 r., a projekty edukacyjne i ochrony zdrowia finansuje od 11 lat. – *Jesteśmy publicznym bankiem z misją społeczną. Nie jesteśmy bankiem komercyjnym, ale też nie instytucją charytatywną* – przyznała Blades, nęcąc zarazem dużymi sumami pożyczek, długimi terminami i korzystnym oprocentowaniem kredytów udzielanych w różnych walutach. By z nich skorzystać, trzeba mieć jednak projekt wartości co najmniej 50 mln euro, mniejszych in-



Chris Blades – Senior Health Economist, European Investment Bank

westyjcie EIB nie finansuje. EIB udziela kredytów, których wartość nie przekracza wartości połowy projektu. Można się o nie ubiegać pod warunkiem, że projekt służy zwiększeniu dostępności do opieki zdrowotnej, co oznacza, że inwestycję można powiązać z unijnymi programami spójności społecznej.

### System permanentnie zmieniany

Uczestnicy konferencji mówili, jak przepisy odbijają się na statusie szpitali i przychodni oraz swobodzie ich działania. Ekspert prawa ochrony zdrowia Maciej Dercz przypomniał historię przekształceń i stale zmieniających się przepisów dotyczących tej kwestii. Do lat 90. XX wieku, nie licząc kilku pilotażowych projektów, zoz-y działały jako jednostki budżetowe finansowane z budżetu centralnego. Zmiana sposobu finansowania i wyodrębnienie spzoz-ów miały doprowadzić do poprawy efektywności i zwiększenia kontroli społecznej. – *Niestety, formuła nie spełniła pokładanych w niej nadziei, trzeba więc pomóc organom założycielskim, by zastąpiły samodzielne publiczne zoz-y jakąś nową formułą* – przekonywał prawnik.

Dercz zaprzeczył, jakoby obowiązywała reguła, zgodnie z którą wyższemu szczeblowi samorządu odpowiada wyższa specjalizacja zakładu. – *Są sytuacje, gdy samorząd województwa prowadzi przychodnię, a miasto wysokospecjalistyczny szpital* – powiedział. Zaznaczył, iż częste zmiany prawa powodują, że brakuje jednolitego orzecznictwa, na które sądy mogłyby się powoływać, rozpatrując sprawy dotyczące przekształceń.



Głównym sponsorem konferencji była firma Supra Brokers.

W 1995 r. Sąd Najwyższy uznał, że nzoż można prowadzić w formie spółki lub fundacji, bez potrzeby tworzenia odrębnego organu założycielskiego, ale po nowelizacjach w końcu lat 90. XX wieku ta uchwała straciła moc obowiązującą.

Przypomniał, że także Trybunał Konstytucyjny rozpatrywał znaczenie terminu *samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej* i tego, czy przekształcenia mogą zdjąć obowiązek zapewnienia opieki medycznej. Z kolei NSA orzekł w sprawie dopuszczalności przekształcenia zoz w spółkę prawa handlowego.

Jednak to ingerencje ustawodawcy stoją za ograniczeniami odnoszącymi się do spzoz. – *Z mocy ustawy można na ich terenie prowadzić działalność tylko w sferze podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii* – mówił Dercz. Podkreślił, że teraz proces legislacyjny zmierza w przeciwnym kierunku.

– *Prace nad ustawą przybierają kształt przekształcenia szpitali, wszyscy czekają, co będzie dalej* – zauważył Adam Kozierkiewicz. – *Politycy, dajcie nam porządną ustawę, a my, menedżerowie, damy sobie radę* – zaapelował Krzysztof Tuczapski, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych.

Sylwia Cieślak



Wojciech Bieńkowski – dziekan Wydziału Ekonomii i Zarządzania WSHiP im. R. Łazarskiego