



fot. moodboard/Corbis

Konsolidacja szpitali – ułatwienie czy konieczność?

# Razem **raźniej**

Sytuacja polskich szpitali nie jest dobra. W wielu miejscach w kraju samorządy przekształcają je w spółki. Jednocześnie zauważyć można ruchy konsolidacyjne. Łączenie funkcjonujących na danym terenie placówek, a potem przeprowadzenie restrukturyzacji wydaje się jednym z najbardziej realnych rozwiązań.

Funkcjonowanie szpitali w formie organizacyjno-prawnej, jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, powoduje ich zadłużanie się, słabą efektywność zarządzania, utrudnia pacjentom dostęp

do usług medycznych oraz demotywuje biały personel. Niezaprzeczalnym argumentem przemawiającym za koniecznością przekształceń jest niezadowolenie z obecnej sytuacji. Coraz więcej menedżerów publicznych szpitali i organów założycielskich tych placówek zdaje sobie sprawę, że formuła szpоз to już historia. Jak wskazują doświadczenia menedżerów szpitali niepublicznych, w tym w szczególności niepublicznych szpitali samorządowych, należy znieść bariery utrudniające przekształcenia.

Zdaniem wielu przedstawicieli samorządów zarówno szczebla gminnego, jak i wojewódzkiego, istnieje kilka sposobów poprawienia sytuacji. Jednym z nich jest łączenie oddziałów czy szpitali. Przykładowo – zamiast dwóch oddziałów pediatrycznych czy chirurgicznych można utworzyć jedną pediatrię i jedną chi-

rurgię, ale za to świetnie wyposażone i funkcjonujące zgodnie ze standardami europejskimi. Możliwe jest wtedy rozszerzenie oferty i utworzenie takich oddziałów, których na danym terenie jeszcze nie ma, a ponadto zoptymalizowanie kosztów poprzez organizowanie wspólnych przetargów i zamówień publicznych. Wiązałoby się to z restrukturyzacją zatrudnienia, w tym personelu białego. Nie znaczy to, że w łączonych placówkach bądź konsolidowanych oddziałach połowa zatrudnionych musi stracić pracę. Można z tych jednostek wydzielić prywatne zoz-y, które byłyby uzupełnieniem dla łączonych szpitali, np. w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego lub szeroko pojętej opieki długoterminowej. Takie podmioty, oprócz pionu diagnostycznego, też będą leczyć bezpłatnie w ramach kontraktów z NFZ.

Rozwiązanie takie to także możliwość oszczędności, dzięki wspólnym przetargom na leki, materiały opatrunkowe, odczynniki i wszystko, co jest potrzebne do funkcjonowania szpitala.

Operacja ta, dzięki konsolidacji, ma jednak nie tylko zredukować wydatki, zapewnić bezpieczeństwo finansowe placówkom, ale i poprawić jakość leczenia, choćby przez wprowadzenie jednorodnego systemu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych, oraz ułatwić pacjentom dostęp do leczenia z funduszy publicznych.

### Przykłady konsolidacji

Najpoważniejszym problemem, z jakim borykają się organy założycielskie przed połączeniem jednostek, jest obawa załogi przed utratą miejsc pracy oraz ewentualnym zmniejszeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych. Konsekwencją konsolidacji nie jest jednak ograniczenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli ani redukcja zatrudnienia. Połączenie spowoduje wzbogacenie oferty usług, zgrupowanie specjalistów, a także bardziej racjonalne wykorzystanie obiektów. Docelowo nowy podmiot może także liczyć, że z jego usług zaczną korzystać nowi klienci (z innych części miasta bądź powiatu).

Władze Grudziądza i Brodnicy połączyły szpitale jako jedne z pierwszych w kraju. Wcześniej szpital w Brodnicy nie miał szans na uzyskanie jakiegokolwiek pożyczki, bowiem jego sytuacja finansowa była bardzo zła. Pracownicy nie dostawali pensji, właściciele nie było stać na ratowanie zakładu, komornicy bez skrupułów ściągali wierzytelności. Grudziądzki szpital był natomiast wiarygodny, gdyż jego dług stanowił niewielki odsetek budżetu. Po połączeniu żaden oddział nie został zlikwidowany, powstają za to nowe. W szpitalu w Brodnicy uruchomiono rehabilitację i oddział intensywnej opieki medycznej.

Podobnie było z Centralnym Szpitalem Klinicznym MSWiA w Warszawie i Szpitalem Powiatowym

w Piasecznie. Do lecznicy MSWiA przyjeżdżało zawsze wielu pacjentów z położonego kilkanaście kilometrów od centrum stolicy Piaseczna i okolic. Postanowiono to wykorzystać i poprzez przyłączenie miejscowego szpitala stworzyć kompleksowy system opieki zdrowotnej dla mieszkańców części Warszawy i Piaseczna.

Warszawski szpital podpisał 10-letnią umowę z powiatem piaseczyńskim na przejęcie zadań miejscowego zoz. Czy coś zmieniło się dla pacjentów? Tak, ale na pewno na korzyść – mogą korzystać z usług wyspospecjalistycznej placówki medycznej, mają ułatwiony dostęp do diagnostyki i nowoczesnego procesu le-

„ Łączenie jednostek publicznych generalnie nie rozwiązuje problemu ich niższej efektywności ekonomicznej niż niepublicznych ”

czenia. Powiat zaś uzyskał gwarancję, że wywiąże się z ustawowych obowiązków w zakresie zapewnienia społeczności lokalnej opieki zdrowotnej. Mało tego – jeszcze na tym zarabia!

Takich przykładów jest na pewno więcej, bo samorządy lokalne rozumieją potrzebę nowoczesnego zarządzania ochroną zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Jest to, wg mnie, obok przekształcenia pojedynczego szpitala publicznego w samodzielną spółkę prawa handlowego, najlepsze rozwiązanie.

### Jak to będzie w dużych miastach?

Łączenie się zoz-ów czy to poprzez tworzenie jednolitych struktur, czy na podstawie umów o współpracy formalnie niezależnych podmiotów jest zjawiskiem pozytywnym, pod warunkiem, że umożliwia racjonalniejsze wykorzystanie zasobów zarówno ludzkich, jak i materialnych. Daje znakomite pole do restrukturyzacji udzielanych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów i potrzebami płatnika publicznego.

„ Łączenie się zoz-ów umożliwia bardziej racjonalne wykorzystanie zarówno zasobów ludzkich, jak i materialnych ”

„ Po połączeniu szpitali w Brodnicy i Grudziądzu żaden z oddziałów nie został zlikwidowany „



W dużych ośrodkach miejskich, szczególnie tych, w których są akademie lub uniwersytety medyczne, proces ten może przebiegać trochę inaczej. Ostatnio dużo mówi się o łączeniu szpitali w Warszawie, Trójmieście czy w Lublinie. Sam byłem na konferencji poświęconej tej tematyce, zorganizowanej przez wiceprezydenta Warszawy Jarosława Kochaniaka. Burza polityczna wybuchła już po wysłuchaniu pierwszych referatów, ale czy była to dyskusja merytoryczna? Mam co do tego duże wątpliwości, raczej tzw. wylanie gorzkich żalów i konkluzja, że *najlepiej to niech będzie po staremu*. Według niektórych przedstawicieli związków zawodowych, taka struktura będzie miała

piętno monopolisty, a oprócz ewentualnych oszczędności, konsolidacja spowoduje ryzyko biurokratyzacji i wadliwego zarządzania.

Osobiście nie wyobrażam sobie wadliwego zarządzania szpitalem spółką, gdyż automatycznie prowadzi to do utraty płynności finansowej placówki, co wiąże się z odpowiedzialnością dyscyplinarną i karną zarządu spółki.

Projekt Lublina, zakładający połączenie trzech szpitali marszałkowskich, jest w trakcie konsultacji społecznych. Warto zaznaczyć, że dyrektorzy tych jednostek obawiają się możliwości ograniczenia ich autonomii po połączeniu.

W tym kontekście przekonanie władz samorządowych, a przede wszystkim pracowników szpitali, że ostatni dzwonek już zadzwonił, wydaje się największym problemem w dużych miastach. Kończy się czas na zmiany organizacyjno-własnościowe, a czerwona lampka oznacza bankructwo!

### Ważne, co łączyć

W dużych aglomeracjach konsolidacja szpitali, których organem założycielskim jest miasto lub marszałek województwa, może się sprawdzić, ale tylko w wypadku jednostek specjalistycznych, wieloprofilowych. Nie można podobnie postępować z placówkami specjalistycznymi monoprotfilowymi lub zoz-ami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Takie były propozycje Warszawy i Lublina. W tym ostatnim przypadku zaproponowano połączenie trzech wieloprofilowych szpitali wojewódzkich oraz szpitala neuropsychiatrycznego i onkologicznego. Dwa ostatnie powinny być przekształcone w dwie oddzielne spółki prawa handlowego, których właścicielem będzie samorząd województwa. Podobne rozwiązanie może być przyjęte w Warszawie i innych miastach.

### Szpitala kliniczne

Szpital kliniczny lub instytut naukowo-badawczy różni się od innych jednostek samorządowych chociażby dlatego, że oprócz pełnienia funkcji typowo leczniczych zajmuje się działalnością naukowo-dydaktyczną. Finansowanie tych podmiotów jest dwutorowe, płatnik publiczny, czyli NFZ i ministerstwa odpowiedzialne za procesy naukowo-dydaktyczne. Wydaje mi się, że takie placówki nie powinny w ogóle być przekształcane w spółki.

Uznać trzeba za konieczne opracowanie odrębnych zasad, na jakich powinny funkcjonować szpitale kliniczne, przy uwzględnieniu ich specyfiki i zapewnieniu możliwości efektywnego zarządzania tymi jednostkami przez ich dyrektorów.

Proponuję, by wyłączyć szpitale kliniczne i instytuty naukowo-badawcze jako dysponentów publicznych funduszy na ochronę zdrowia i oddać je w gestię finansowo-organizacyjną MZ i MNiSW.

Konsolidacja szpitali klinicznych nie jest dobrym pomysłem i jak widać na nielicznych przykładach, np. Akademickiego Centrum Klinicznego w Gdańsku nie daje pożądaných efektów, a wręcz przeciwnie, stwarza duże problemy organizacyjno-ekonomiczne.

### Jakie zagrożenia?

Łączenie jednostek publicznych generalnie nie rozwiązuje problemu ich niższej efektywności ekonomicznej niż niepublicznych. Jest to niezwykle istotne akurat teraz, kiedy dobre zarządzanie w niepublicznych oraz w niektórych publicznych placówkach jest karane, natomiast generowanie długów jest *nagradzane* przez kolejne oddłużenia. Materialnie odpowiedzialny za niegospodarność właściciel spółki nie będzie tolerował chociażby nieracjonalnych struktur zatrudnienia, uznając, że jest to przede wszystkim miejsce udzielania usług zdrowotnych.

Najważniejsze zagrożenia związane z systemem organizacji ochrony zdrowia w naszym kraju to:

- brak nowoczesnej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej,
- przejmowanie zadłużenia przekształcaných lub łączonych jednostek przez samorządy, które nie mają na to pieniędzy i nie mogą sobie na to pozwolić,
- brak budżetowych dotacji celowych dla przekształconých podmiotów,
- brak możliwości zwolnienia z podatku dochodowego osób prawnych (CIT) z prowadzonej działalności medycznej,
- brak zerowej stawki podatku VAT,
- brak długoterminnych planów kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez dysponenta publicznych pieniędzy na ochronę zdrowia i związanych z tym rozwiązań systemowych (podział NFZ?, dopuszczenie ubezpieczycieli komercyjnych?),
- niechęć i negatywne nastawienie niektórych partnerów społecznych do jakichkolwiek zmian w ochronie zdrowia i *straszenie* społeczeństwa *dziką prywatyzacją, brakiem możliwości leczenia ciężkich przypadków na miejscu, płaceniem za usługi zdrowotne, sprzedażą majątku i likwidacją szpitali,*
- możliwość różnych regulacji w połączonych placówkach, które umożliwią silniejszemu partnerowi dużemu szpitalowi nadużywanie pozycji poprzez tworzenie struktur monopolistycznych i przejmowanie mniejszej placówki, np. w celu likwidacji potencjalnego konkurenta (uniemożliwią to zapisy umów),
- ciągle jeszcze niewystarczające fundusze w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Krzysztof Tuczapski

Autor jest wiceprezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych.