

Koniec żartów, zaczęła się konieczność prawdziwej restrukturyzacji

## Kij bez marchewki

Otoczenie działalności szpitalnej w naszym kraju jest dzisiaj bardzo dynamiczne. Od miesięcy środowisko medyczne co kilka dni otrzymuje od decydentów nowe komunikaty, często sprzeczne z tymi sprzed tygodnia lub miesiąca. Można wręcz powtórzyć za Heraklitem z Efezu, że „jedyną stałą rzeczą jest zmiana”. Co to może oznaczać dla szpitali?

„Większość zadłużonych szpitali w Polsce należy do ubogich samorządów powiatowych, problem zadłużenia – zamiast zostać rozwiązany – będzie prawdopodobnie nadal narastał”

Komercjalizacja szpitali – w założeniu idea bardzo dobra – ma na celu umorzenie narosłych przez lata zobowiązań finansowych w zamian za restrukturyzację i zwiększenie efektywności ekonomicznej oddłużonych szpitali. Cóż z tego, skoro w większości przypadków nie powiodła się i nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Bez wdawania się w analizy, co i dlaczego poszło źle, kto zawinił, że cele nie zostały osiągnięte, albo zamiast podjęcia trudu naprawy i dopracowania zasad komercjalizacji zadłużonych szpitali – na najwyższych szczeblach władzy arbitralnie postanowiono dokonac zwrotu o 180 stopni i jej po prostu zakazać, przerzucając jednocześnie obowiązek pokrywania strat i finansowania niegospodarności szpitali przez ich organy założycielskie.

### Wylać z kąpiela

A że większość zadłużonych szpitali w Polsce należy do ubogich samorządów powiatowych, problem zadłużenia – zamiast zostać rozwiązany – będzie prawdopodobnie narastał. W ten sposób zamknięto jedną z nielicznych dróg do kontrolowanej i w wielu przypadkach nieuniknionej restrukturyzacji.

Szpitala zakończyły już rozliczanie udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach wykonania umów zawartych z NFZ na 2015 r., pozamykały księgi rachunkowe i podsumowały osiągnięte wyniki finansowe. Teraz ich organy założycielskie będą musiały podjąć decyzję, co z tymi wynikami zrobić. Nie będą miały problemu w przypadku osiągnięcia przez szpital dodatniego wyniku finansowego, jednak takich szczęściarzy będzie niewielu. W zdecydowanej większości przypadków szpitale bowiem zamknęły rok 2015 stratą, którą w jakiś sposób trzeba będzie teraz pokryć.

### Zabrać deskę ratunku

Ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. daje właścicielom zadłużonych SPZOZ-ów trzy możliwości rozwiązania problemu, wśród których komercjalizacja podmiotu leczniczego jest z ich punktu widzenia najbardziej korzystna i optymalna. Jednakże w myśl zapowiedzi nowego ministra zdrowia, opublikowa-

nych m.in. w numerze 1/2016 „Menedżera Zdrowia”, rozwiązanie takie niebawem przestanie funkcjonować w polskim systemie prawa i zostanie zastąpione przymusem dofinansowywania nieefektywnych SPZOZ-ów przez ich podmioty tworzące.

Co wobec takiego obrotu spraw mogą zrobić samorządy, w większości ubogie i nieposiadające wolnych środków finansowych na pokrycie strat, oraz dyrektorzy szpitali publicznych?

### Działanie najprostsze: odwołanie dyrektora

Odwołanie dyrektora szpitala to najszybszy, najprostszy i najtańszy sposób poprawienia... no właśnie, czego? Od początku roku jesteśmy bombardowani wiadomościami o zmianach personalnych na najwyższych stanowiskach w szpitalach publicznych. Dowiadujemy się, że ten dyrektor zadłużył szpital ponad miarę, tamten zarządzał szpitalem w sposób niedający szans na polepszenie trudnej sytuacji placówki, a ów utracił zaufanie, bo jego pomysł na naprawę złej sytuacji lecznicy nie znalazł uznania organu tworzącego. Czasami pojawia się zarzut naruszenia przez dyrektora przepisów ustawy o samorządzie terytorialnym lub – co brzmi ładnie w przekazie i groźnie zarazem – zarzut naruszenia tzw. ustawy antykorupcyjnej. Powodów odwołania zazwyczaj się nie ogłasza, zdarza się, że sami zainteresowani dowiadują się o tym jako ostatni. Gdy prawda o kiepskiej kondycji lecznicy wychodzi na jaw i dociera do opinii publicznej, każdy powód odwołania dyrektora jest dobry, aby poprawić nadwątlony wizerunek organu tworzącego w oczach „suwerena” – mieszkańców, pacjentów i elektoratu w jednym.

### Lekcja z Grudziądza

Taka taktyka prowadzi donikąd, ponieważ zazwyczaj to nie dyrektor – a na pewno nie on sam – jest winien powstałej sytuacji. Winowajców jest bowiem więcej. Za przykład niechaj posłuży przypadek Regionalnego Szpitala Specjalistycznego należącego do władz gminy i miasta Grudziądza, skontrolowanego w 2015 r. przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK). Jest to jeden z najnowocześniejszych pełnoprofilowych szpitali tego typu w Polsce, posiada 35 oddziałów łóżkowych w podstawowych, specjalistycznych i wysokospecjalistycznych dziedzinach oraz zespoły poradni specjalistycznych i konsultacyjnych z pełnym zapleczem diagnostycznym. Placówka legitymuje się wieloma certyfikatami jakościowymi oraz... półmiliardowym kredytem do spłacenia.

Kontrola sprawdzająca przeprowadzona przez NIK w zakresie działań podejmowanych dla poprawy sytuacji finansowej szpitala wykazała niebezpieczny poziom jego zadłużenia: na koniec 2014 r. sięgnęło ono 499 090 tys. zł i w porównaniu z rokiem 2011 było wyższe o 145,5 proc. Wskaźniki finansowe z 2014 r. świadczyły o niebezpiecznym poziomie płynności bie-

„Odwołanie dyrektora szpitala to najszybszy, najprostszy i najtańszy sposób poprawienia... no właśnie, czego? „



żące (0,9 na dopuszczalne 1,2 ÷ 2,0). Dodatkowo na koniec 2014 r. szpital zanotował ujemny wynik finansowy w wysokości 29 mln zł po dodaniu kosztów amortyzacji. Podjęte w 2013 r. działania naprawcze nie były realizowane konsekwentnie i przyniosły jedynie doraźne oszczędności. W 2014 r. szpital rozpoczął wdrażanie kolejnego programu naprawczego, opracowanego jednak bez całościowej analizy efektów wdrażania programu poprzedniego. Budowa szpitala w latach 1985–2014 została sfinansowana pożyczkami i kredytami o wartości ponad 200 mln zł. Doprowadziło to do wzrostu kosztów finansowych pożyczek i kredytów z 7 mln zł w 2011 r. do prawie 29 mln zł w 2014 r. Wartość zobowiązań wymagalnych zwiększyła się w tym okresie z 3 mln zł do prawie 39 mln zł. Przy bardzo wysokim zadłużeniu i niskiej płynności finansowej szpital nie regulował swoich zobowiązań terminowo, przez co musiał zapłacić w latach 2013–2014 ponad 5 mln zł odsetek. Sytuację szpitala pogarsza fakt, że prawie 70 proc. nieruchomości jest obciążonych hipoteką (w części zabudowanych). W związku z tym NIK ostrzega, że w obecnym stanie zadłużenia szpitala może dojść do przejęcia nieruchomości przez wierzycieli.

W raporcie z kontroli NIK nie obciąża jednak samej placówki, ale także miasto, stwierdzając, że w latach 2013–2015 urząd miasta nie przeprowadził w szpitalu

żadnej kontroli, pomimo że dane przekazywane przez dyrekcję szpitala w dokumentach sprawozdawczych wskazywały na pogarszającą się sytuację finansową placówki. Z kolei Rada Społeczna (organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu tworzącego oraz doradczy dyrektora szpitala) nie realizowała zadań określonych w ustawie o działalności leczniczej, jak np. przedstawianie dyrektorowi szpitala wniosków i opinii w sprawach planu finansowego i kredytów. Zamiast tego skupiała się na opiniowaniu nagród dla dyrektora szpitala, sprawozdań finansowych, zakupu urządzeń medycznych czy zmian do regulaminu organizacyjnego szpitala.

O wnioskach z kontroli w grudziądzkim szpitalu NIK powiadomiła też prezydenta Grudziądza. W kontekście powstałego w 2014 r. ujemnego wyniku finansowego NIK zwróciła uwagę na obowiązki gminy i miasta Grudziądza jako podmiotu tworzącego, wynikające z ustawy o działalności leczniczej. Musi ono w zaistniałej sytuacji podjąć stosowne działania: pokryć ujemny wynik finansowy za 2014 r. albo zdecydować o przekształceniu lub likwidacji szpitala. Jednak dokonując przekształcenia szpitala, miasto musiałoby przejąć jego zobowiązania w wysokości ponad 382 mln zł, co stanowi 79,9% planowanych dochodów Grudziądza na 2015 r. W odpowiedzi prezydent Grudziądza poinformował NIK m.in. o tym, że przekazał 10 mln zł

„Coraz więcej podmiotów tworzących zaczyna zdawać sobie sprawę, że przymykanie oka i zaklinanie rzeczywistości jest po prostu zabójcze dla kondycji finansowej zarówno SPZOZ-u, jak i jednostki samorządu terytorialnego”

na pokrycie strat szpitala za 2014 r., powołał specjalny zespół, który będzie nadzorował wykonanie programu restrukturyzacji, oraz utworzył zespoły kontrolne (w tym składające się z miejskich radnych) do oceny bieżącej sytuacji placówki [źródło: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zadluzeniu-szpitala-w-grudziadzu.html>].

Cóż, chciałoby się powiedzieć, że lepiej późno niż wcale, ale przysłowiowe mleko już się wylało. Za zaniebdania wszystkich, którzy powinni być zainteresowani sytuacją szpitala, karę poniósł jedynie dyrektor, którego odwołano. I nikt jakoś nie poczuwa się do odpowiedzialności. Czego zabrakło włodarzom Grudziądza? Wiedzy, umiejętności czy zdrowego rozsądku?

### Działanie niezbędne: audyt operacyjny

Coraz więcej podmiotów tworzących zaczyna zdawać sobie sprawę, że przymykanie oka i zaklinanie rzeczywistości, a w konsekwencji dalsze utrzymywanie niekorzystnego status quo w ich szpitalach nie ma racji bytu i jest po prostu zabójcze dla kondycji finansowej zarówno SPZOZ-u, jak i jednostki samorządu terytorialnego (JST). Zły wynik finansowy placówki powinien skłonić organ założycielski do rozważenia pilnego podjęcia działań naprawczych. Kończy się bowiem bezpowrotnie okres bezrefleksyjnego wysłuchiwanie tłumaczenia dyrektorów szpitali, że głównym winowajcą ich problemów finansowych jest NFZ, który za niską wyceną i za mało płaci za zrealizowane świadczenia zdrowotne.

W konsekwencji powiaty coraz częściej zaczynają zamawiać wykonanie audytu operacyjnego podległego im szpitala celem oceny sposobu organizacji podmiotu leczniczego pod względem efektywności i wydajności realizowanych operacji oraz sformułowania zaleceń usprawniających jego funkcjonowanie. Audyt taki – wykonywany przez zewnętrznych, niezależnych ekspertów – zazwyczaj obejmuje swoim zakresem analizę działalności operacyjnej szpitala, weryfikację procesów

organizacyjnych, analizę działalności inwestycyjnej, weryfikację poprawności procesów finansowych oraz analizę wartości kontraktu z NFZ pod kątem możliwości, zasobów i mocy przerobowych lecznicy. Resultatem audytu jest obiektywny raport zawierający m.in. wnioski z weryfikacji pozycji składających się na rachunek kosztów oraz innych przeprowadzonych analiz, a także zalecenia mające na celu optymalizację kosztów jednostki, analizę i ocenę wraz z optymalizacją posiadanych przez szpital zasobów w odniesieniu do faktycznych potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego regionu.

Efekty takiego audytu bywają zaskakujące, a niekiedy bolesne, zarówno dla dyrektorów szpitali, jak i dla organów tworzących. Pokazują one wprost, że jednostka była przez lata zarządzana w sposób rozrzutny, by nie powiedzieć bizantyjski. W większości przypadków okazuje się, że zasoby materialne i osobowe lecznicy są zbyt duże w stosunku do potrzeb (za duża powierzchnia użytkowa, zbyt duża liczba łóżek, za dużo personelu, rozbudowany profil działalności leczniczej). Coroczne dofinansowanie przez JST szpitala o ujemnym wyniku finansowym nie przynosiło spodziewanych efektów, ponieważ nie towarzyszyły mu żadne działania naprawcze. Poza księgowym i kasowym spożytkowaniem otrzymanego dofinansowania nie robiono nic w sferze pozafinansowej albo robiono naprawdę niewiele, aby poprawić złą sytuację ekonomiczną lecznicy.

Dopiero profesjonalnie przeprowadzony audyt operacyjny szpitala uświadamia decydom powagę sytuacji i mobilizuje ich do podjęcia działań naprawczych, wśród których restrukturyzacja sfery kosztowej, polegająca na drobiazgowej analizie wydatków i szukaniu oszczędności – chociaż trudna do przeprowadzenia z różnych powodów – jest najważniejsza i przynosi zazwyczaj oczekiwane pozytywne rezultaty.

### Działanie konieczne: restrukturyzacja

Restrukturyzacja każdego przedsiębiorstwa, niezależnie od branży, może dotyczyć szerokiego zakresu czynności menedżerskich, wśród których wyróżnia się trzy główne formy wpływu restrukturyzacji na przedsiębiorstwo:

- restrukturyzacja finansowa, obejmująca istotne zmiany w strukturze kapitału (np. zamiana wierzytelności na kapitał własny, pozyskanie inwestora zewnętrznego),
- restrukturyzacja organizacyjna, w ramach której są dokonywane znaczące zmiany w organizacyjnej strukturze firmy (np. zmniejszenie rozmiarów zatrudnienia, likwidacja deficytowych lub zbędnych komórek organizacyjnych, zmiana profilu świadczonych usług),
- portfel restrukturyzacji, polegający na wprowadzeniu znaczących zmian w układzie aktywów lub sposobie

działania firmy (np. odłączenie części przedsiębiorstwa, sprzedaż aktywów).

Procesowi restrukturyzacji często towarzyszy proces oddłużania, który jest jednym z etapów prowadzących do odzyskania umiejętności samodzielnego generowania przychodów. Patrząc na restrukturyzację w kontekście obszaru finansowego, można stwierdzić, że pojęcie to jest charakterystyczne dla przedsiębiorstw, które wypracowały ujemny wynik finansowy wskazujący na potrzebę podjęcia niezwłocznych działań naprawczych. W przypadku niepodjęcia stosownych kroków zmierzających do polepszenia bieżącej sytuacji przedsiębiorstwu grozi w niedalekiej przyszłości nie tylko pogłębienie zadłużenia lub niewypłacalności, lecz wręcz upadek.

Przebieg procesu restrukturyzacyjnego, tak samo jak przebieg każdego projektu realizowanego w obrębie danej organizacji, musi zostać zaplanowany, a następnie zorganizowany, wdrożony oraz skontrolowany. Na samym początku ustalania planu restrukturyzacji należy podjąć działania zmierzające do zgromadzenia wszystkich dostępnych informacji dotyczących przedsiębiorstwa i jego szeroko rozumianej kondycji. Uzyskana wiedza pozwoli na identyfikację podstawowych problemów oraz rozpoznanie przyczyn zaistnienia zjawisk niekorzystnych dla organizacji. Na podstawie zgromadzonych informacji można przejść do następnego etapu przeprowadzania restrukturyzacji, czyli podjąć działania zmierzające do opracowania katalogu możliwych rozwiązań problemu.

Przeprowadzenie skutecznej restrukturyzacji szpitala to bardzo trudne zadanie. Nie ma dwóch takich samych procesów restrukturyzacyjnych, tak jak nie ma dwóch takich samych szpitali. Wspólny dla wszystkich procesów restrukturyzacji jest ich cel: doprowadzenie do sytuacji, w której szpital z uzyskiwanych przychodów będzie w stanie pokrywać koszty swojego funkcjonowania.

### Przychody i koszty

W obszarze działań restrukturyzacyjnych mamy do czynienia z dwoma kluczowymi zmiennymi – przychodami i kosztami. Kategoria przychodów, ze względu na monopson płatnika, jest praktycznie wielkością stałą. Aby doprowadzić do równowagi przychodów i kosztów, należy zatem intensywnie poszukiwać możliwości obniżenia bieżących wydatków operacyjnych szpitala. I tutaj pojawiają się poważne problemy. Restrukturyzacja szpitala, często już na etapie jej projektowania, wywołuje bowiem stanowczy opór ze strony praktycznie wszystkich interesariuszy projektu. Do najważniejszych czynników ryzyka niepowodzenia procesu restrukturyzacji można zaliczyć:

- niepodjęcie stosownej uchwały przez organ założycielski (np. podczas sesji rady powiatu),
- opór wobec spodziewanej zmiany ze strony kadry zarządzającej szpitala,



„O ile w szpitalach księgi rachunkowe są prowadzone w miarę poprawnie, to już ewidencja kosztów działalności w ujęciu rodzajowym pozostawia wiele do życzenia”

- protesty szpitalnych związków zawodowych lub określonych grup zawodowych,
- protesty mieszkańców – pacjentów szpitala,
- niemożliwość wyegzekwowania należności od dłużników szpitala,
- niespełnianie przez szpital wymogów sanitarno-epidemiologicznych,
- oprotestowanie przetargu lub opóźnienie jego realizacji ze strony wykonawców.

### Silna wola

Silna wola i zrozumienie konieczności restrukturyzacji szpitala ze strony jego organu założycielskiego



„Z analizy danych szpitali wynika, że placówkom z budżetem niższym niż 30 mln zł było najtrudniej związać koniec z końcem”

oraz umiejętna i trafna identyfikacja potrzeby wprowadzenia zmian stanowią bazę do rozpoczęcia procedury restrukturyzacyjnej każdego podmiotu leczniczego. W celu dokonania precyzyjnej diagnozy problemu stosuje się analizę przedsiębiorstwa, analizę strategiczną oraz analizę otoczenia. Po przeprowadzeniu analiz i zbadaniu uzyskanych wyników rozpoczyna się proces przygotowania programu restrukturyzacji, którego pierwszym krokiem jest zbiór dokumentów, w których znajdują się informacje dotyczące firmy. W dokumentacji powinny się znaleźć wyniki analizy przedsiębiorstwa (badania otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego), jak również precyzyjnie wskazane przyczyny konieczności wprowadzenia zmian. Program restrukturyzacyjny przedstawia plan działania, projekcję finansową, jak również ukazuje proces wdrożenia planu oraz określa ryzyko wynikające z przeprowadzenia

określonych w programie działań. Końcowym etapem procesu restrukturyzacji jest wdrożenie opracowanego programu oraz jego monitoring.

#### Tyle teorii. A co mówi praktyka?

Najważniejszym elementem przygotowawczym do procesu restrukturyzacji jest zdiagnozowanie przyczyn problemu, czyli ustalenie rzeczywistych kosztów funkcjonowania szpitala. Wydawałoby się, że jest to stosunkowo prosta czynność. Jednak w zależności od poziomu organizacyjnego jednostki, sprawności działu rachunkowości i administracji ogółem oraz przyjętych i realizowanych w szpitalu zasad rachunkowości, zwłaszcza ewidencji kosztów i jej szczegółowości, może to być jedna z pierwszych trudności w procesie restrukturyzacji. Zbyt ogólny poziom ewidencji kosztów nie daje wielu ważnych informacji, które po analizie można wykorzystać do podejmowania decyzji restrukturyzacyjnych. Co gorsza, w licznych szpitalach obserwuje się brak wewnętrznej spójności danych finansowych. O ile księgi rachunkowe są prowadzone w miarę poprawnie, to już ewidencja kosztów działalności w ujęciu rodzajowym pozostawia wiele do życzenia, a zintegrowanie tych dwóch zbiorów danych przyprawia o ból głowy.

Najlepiej jednak jest, gdy w szpitalu są wydzielone tzw. miejsca powstawania kosztów (MPK) i taka ewidencja kosztów jest prowadzona co najmniej przez dwa

pełne okresy sprawozdawcze, czyli przez dwa lata kalendarzowe. Wiele informacji umożliwiających analizę kondycji ekonomicznej szpitala można uzyskać z dokumentów, które szpital jest zobowiązany sporządzać co najmniej na zakończenie roku obrotowego – bilansu, rachunku zysków i strat, a najwięcej z rachunku przepływów finansowych. Jeżeli rachunek zysków i strat wykonywany był w cyklu miesięcznym i z taką samą częstotliwością również sporządzany był rachunek przepływów finansowych oraz poziom ewidencji kosztów był dość szczegółowy, analiza stanu obecnego nie powinna nastroczać większych trudności doświadczonemu analitykowi.

Do polepszenia sytuacji szpitala doprowadzi restrukturyzacja dobrze zaplanowana i przeprowadzona na podstawie rzetelnej analizy ewidencji kosztów bieżącej działalności jednostki, pod warunkiem jednoczesnego realizowania następujących oczekiwanych celów procesu:

- modernizacja placówki,
- obniżenie kosztów działalności bieżącej,
- podniesienie konkurencyjności szpitala,
- dostosowanie struktury placówki do rzeczywistych potrzeb,
- utworzenie nowej struktury organizacyjno-prawnej, która będzie:
  - bardziej efektywna ekonomicznie niż dotychczas i stworzy szanse na zbilansowanie przychodów z kosztami,
  - sprawniejsza organizacyjnie, bardziej elastyczna, odporna na uwarunkowania i zmiany zewnętrzne,
  - umożliwiała rozszerzenie zakresu świadczonych usług i podniesienie ich jakości,
  - zapewniała pracownikom lepsze warunki pracy i stworzy szanse na wyższe płace,
  - wyzwała inicjatywę i pozytywne myślenie pracowników (głównie lekarzy i personelu medycznego), pozwalające na zrealizowanie założonych celów.

Częstkowa, połowiczna lub pozorna restrukturyzacja szpitala nie przyniesie oczekiwanych rezultatów i zakończy się klęską.

### Sytuacja finansowa SPZOZ-ów

Na początku bieżącego roku opublikowano ranking szpitali publicznych obejmujący 277 jednostek. Zostały one podzielone na trzy grupy ze względu na wartość kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia: 1) do 29 mln zł; 2) pomiędzy 30 a 69 mln zł; 3) powyżej 70 mln zł. Ocenie zostały poddane takie wskaźniki finansowe, jak efektywność aktywów, rentowność sprzedaży i dynamika kontraktu z NFZ 2013/2014. Autorem metodologii rankingu i obliczeń był Magellan SA, a weryfikacji danych finansowych dokonała spółka Deloitte Polska Sp. z o.o., Sp. k. Klasyfikacja opierała się wyłącznie na informacjach zawartych w sprawozdaniach finansowych placówek za 2014 r. i nie obejmowała innych danych.

Lektura tego rankingu nie napawa optymizmem. Okazało się m.in., że w 2014 r. szpitale częściej zamykały rok ze stratą aniżeli wcześniej. Z analizy danych wszystkich szpitali biorących udział w rankingu widać, że placówkom z budżetem niższym niż 30 mln zł najtrudniej było związać koniec z końcem. Szpitale z kontraktem powyżej 30 mln zł miały już łatwiej, a te z kontraktami powyżej 70 mln zł radziły sobie całkiem nieźle. Niestety, odsetek szpitali o dodatniej rentowności netto spadł do 59 proc. (w 2013 r. wynosił 61 proc.). Jak wynika z raportu, w którym uwzględniono dane z większości szpitali, realizując procedury zakontraktowane z NFZ, szpitale nie są w stanie osiągnąć progu rentowności. Na samych procedurach wynosiła ona -4,1 proc., natomiast średnia rentowność netto szpitali wynosiła -1,50 proc. Oznacza to, że prowadzenie szpitali było w większości przypadków po prostu nieopłacalne.

### Nie idźcie tą drogą

Wracając do zapowiadanego przez ministra zdrowia zakazu komercjalizacji zadłużonych szpitali publicznych, należy stwierdzić, że o ile postulat powstrzymania procesu prywatyzacji szpitali wydaje się politycznie słuszny, to idea powstrzymania procesu ich komercjalizacji i – poprzez zastosowanie przymusu prawnego – odgórne narzucanie samorządom obowiązku finansowania niegospodarności panoszącej się i wszechobecnej w większości publicznych podmiotów leczniczych (SPZOZ-ów) nie znajduje racjonalnego uzasadnienia i ociera się o populizm. Z przywołanego powyżej raportu o stanie szpitali publicznych wynika wprost, że w większości nie potrafią one funkcjonować w sposób rentowny. Nie ma też istotnych dowodów na to, że SPZOZ-y funkcjonują lepiej niż szpitale wcześniej skomercjalizowane, działające w formule spółki prawa handlowego. Istnieje natomiast silny dowód przeciwny, przemawiający za tym, że ponad połowa szpitali dotychczas przekształconych w spółki i skomercjalizowanych działa dobrze i efektywnie ekonomicznie. Przystały one być workiem bez dna dla swoich organów założycielskich, a przy okazji poprawiły jakość świadczonych usług i co najważniejsze – odzyskały zdolność samofinansowania się, a nawet generowania nadwyżki pieniężnej, tak potrzebnej do ich dalszego rozwoju i poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Oby odebranie samorządom terytorialnym samodzielności w kreowaniu ich polityki zdrowotnej, m.in. poprzez swobodę kształtowania formuły prawnej podległych im podmiotów leczniczych, nie okazało się błędem, który będzie nas wszystkich niebawem bardzo drogo kosztował.

*Krzysztof Czerkas  
Autor jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali,  
ekspertem FORMEDIS Medical Management & Consulting oraz  
wykładowcą Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku.*