

Kontrola zadłużenia szpitali wymaga

OCHRONA ZDROWIA Czy handel długami powinien być nadzorowany przez organy założycielskie, czy pozostawać w gestii zarządzających? O sytuacji finansowej lecznic i otoczeniu prawnym rozmawiali uczestnicy debaty DGP

11 mld zł długu – tak wygląda sytuacja szpitali. Zdaniem wielu ekspertów niezależnie od tego, ile pieniędzy trafi do systemu, niezależnie od tego, jak będziemy zmieniać czy uszczelniać przepisy prawa, to i tak zostajemy ze spiralą długów. Jak dostosować obowiązujące prawo do realiów i wymogów rynku i gdzie szukać dodatkowych źródeł finansowania służby zdrowia?

Konstanty Radziwiłł

Będę polemizować z tezą, że niezależnie od tego, ile pieniędzy przeznaczy się na służbę zdrowia, to i tak przepadną. Istotne jest, ile ich rzeczywiście potrzeba. Biorąc pod uwagę słuszne oczekiwania społeczeństwa wynikające z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i porównując nasze wydatki na ochronę zdrowia z wydatkami innych krajów o podobnym stopniu zamożności, to tych środków jest faktycznie zbyt mało.

Oczywiście z drugiej strony w tak wielkim systemie, który kosztuje budżet państwa 80 mld zł rocznie, nie sposób bronić też tezy, że nie ma ani jednej zmarnowanej złotówki.

Zobowiązania przekroczyły 11 mld zł – to fatalny wynik.

Konstanty Radziwiłł

11 mld zł w porównaniu z ok. 30 mld zł przeznaczanych na szpitale to nie jest coś, co z punktu widzenia ekonomii należałoby uznać za rujnujące. Inną kwestią jest to, że jest to bardzo nierównomiernie rozłożona kwota – niechlubny rekordzista wśród szpitali jest zadłu-

plusie i mamy 10-procentową rentowność netto. Bieżące wyniki są dobre. A jednak jesteśmy też w drugiej kategorii, bo istnieją długi, które narastały w poprzednich latach i które, gdy przejmowałem szpital, sięgnęły prawie 168 mln zł. Byliśmy wtedy w pierwszej dziesiątce najbardziej zadłużonych szpitali. W ciągu ostatnich pięciu lat udało nam się zmniejszyć zadłużenie do ok. 74 mln zł. Jednak ciągle jest to coś, co nas boli, bo nie możemy pieniędzy wydawać na bieżące potrzeby, na leczenie pacjentów, tylko musimy oddawać.

Zgadzam się więc z panem ministrem, że bardzo wiele zależy od sprawnego zarządzania.

Znam szpitale, które dobrze działają, ale przynoszą straty, oraz takie, co do których wydaje się, że ich struktura jest słaba, a mają pozytywne wyniki finansowe. Kluczem jest zarządzanie, aczkolwiek istotne są parametry systemowe – gdyby było więcej pieniędzy, zupełnie inaczej byśmy działali. Radzimy sobie, ale to działanie kryzysowe. Istotne to, co dzieje się w otoczeniu. Nie mówię tylko o sprawach związanych z reformą służby zdrowia, ale też wynikających ze zmian w placach minimalnych etc. To, co niepokoi, to przede wszystkim kwestie personelu, środki, które będą szły na wynagrodzenie pracowników. Problemem jest też to, że do tej pory znaliśmy pewne zasady, jakoś w nich funkcjonowaliśmy, przyzwyczailiśmy się do nich – czy były lepsze, czy gorsze – większość z nas wiedziała, jak sobie radzić. Teraz przyszłość jest dla nas zagadką.

Pan dyrektor podkreśla niepewność, w tym systemie i otoczeniu prawnego. Co jest problematyczne w tej sferze?

Tomasz Zalasieński

Otoczenie prawne jest jedną z najsłabszych stron systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wymaga gruntownych zmian i to w wielu płaszczyznach. Często bowiem dochodzi do sytuacji, w której po kilku latach obowiązywania ustawy okazuje się, że wywołuje ona zupełnie inne skutki, niż zapowiadano. Jako przykład można wskazać regulację art. 54 ust. 5 i 6 ustawy o działalności leczniczej. Przepisy te miały ucywilizować obrót wierzytelnościami szpitali i poddać go kontroli organu założycielskiego. Kancelaria DZP przygotowała niedawno raport poświęcony funkcjonowaniu tych przepisów w praktyce. Okazuje się, że regulacja ta stała się całkowicie dysfunkcyjna i nie spełnia swojej roli. Co więcej, wywołuje skutki, które mogą okazać się szkodliwe dla funkcjonowania systemu finansowania szpitali. Problem wynika przede wszystkim z braku należytej określoności tych przepisów, a także ich rozszerzającej wykładni dokonywanej przez sądy. Z jednej strony możliwość przeniesienia wierzytelności uzależniona

jest od zgody organu założycielskiego, a z drugiej ustawa nie określa przesłanek i trybu jej udzielania. W efekcie – jak pokazuje praktyka – większość wniosków o zgodę na przeniesienie wierzytelności kierowanych do organów założycielskich pozostaje bez odpowiedzi. Brak zgody pociąga za sobą natomiast sankcję nieważności. Sytuacja ta jest bardzo szkodliwa dla sektora małych i średnich przedsiębiorstw, czyli w ogromnej ilości dla polskich przedsiębiorców współpracujących ze szpitalami. Nie otrzymują oni bowiem od szpitala przez wiele miesięcy wynagrodzenia za dostarczone towary i usługi, a w sytuacji zagrożonej płynności nie mogą zbyć tych wierzytelności, gdyż umowa taka jest z mocy ustawy nieważna, a ewentualnej zgody organu założycielskiego nie są w stanie uzyskać. Powyższe ryzyko transakcyjne wpływa istotnie na ceny usług i towarów oferowanych szpitalom oraz prowadzi do wypierania z rynku małych i średnich przedsiębiorców, których nie stać na kilkumiesięczne oczekiwanie na uzyskanie należnego im wynagrodzenia.

W ramach raportu, o którym wspomniałem, opracowaliśmy propozycje rozwiązań prawodawczych, które pozwoliłyby zachować kontrolę nad obrotem wierzytelnościami szpitali, co leży w interesie pacjentów, ale z zachowaniem ochrony praw i wolności gospodarczych przedsiębiorców współpracujących ze szpitalami. Chciałbym się do tej propozycji odnieść szerzej w dalszej części naszej debaty.

Wadą systemową regulacji dotyczących ochrony zdrowia jest zatem widoczna nieufność ustawodawcy wobec możliwości współfinansowania systemu ze źródeł prywatnych. Powyższy przykład jest jednym z wielu tego dowodów.

Andrzej Sośnierz

Przyczyny kłopotów finansowych w służbie zdrowia są bardzo złożone. A wpływ na to ma także sytuacja innych sektorów gospodarki. Chciałoby się dać jedną prostą receptę i usunąć przyczynę, np. brak pieniędzy: dołożymy i sprawa zostanie rozwiązana. To nieprawda. Zwracam uwagę też na aspekt polityczny – podziwiam odporność sfery politycznej na wiedzę z zakresu finansów. Wiele zdarzeń jest przewidywalnych. Wystarczy zapowiedzieć, że coś zrobimy z długami szpitali, i zaraz mamy wzrost zadłużenia. Dane z Ministerstwa Zdrowia wskazują, że w 2016 r. zadłużenie wzrosło w stosunku do ostatnich 10 lat. Dlaczego? Bo zapowiadano, że szpitale w sieci będą lepiej finansowane. Będąc lekarzem wojewódzkim, miałem do czynienia z trzema akcjami oddłużania. Zawsze z tym samym efektem. A jeśli zapowiadano, że będziemy oddłужać apteki, to zawsze pojawiały się zwiększone obro-

ty w aptekach. Jak w latach 90. zapowiadano oddłużenie – wtedy poszło jak burza,



MARCIN NOWACKI

wiceprezes Związku Przedsiębiorców i Pracodawców

wszyscy zaczęli przyjmować więcej pacjentów. Czy oni nagle zaczęli bardziej chorować? Nie. To jest system bardzo żywo reagujący. A wiedza, jak reaguje, jest dostępna.

Konstanty Radziwiłł

Nie zapowiadaliśmy oddłużenia szpitali...

Andrzej Sośnierz

Ale zapowiedź powołania sieci szpitali dawała taką nadzieję. Efekt już jest, choć rzeczywiście umiarkowany, bo i zapowiedź nie była jasna. Politycy powinni wiedzieć, jaka jest waga słów. Bo jedno zdanie za dużo kosztuje państwo miliard złotych. Przyczyn zadłużania szpitali jest wiele. Poczynając od polityki, niewiedzy, jak system działa, niedostosowania cen do celów, jakie stawiamy placówkom służby zdrowia. Wiele też zależy od zarządzania. Nie może być tak, że ten, który dobrze gospodaruje, na koniec okazuje się, mówiąc kolokwialnie, frajerem. A bohaterem polskiej służby zdrowia jest dyrektor bardzo zadłużonego szpitala, nad którym wszyscy się pochylają, pomagają, interwenują. Nie zastanawiają się jednak, dlaczego tak jest.

Jak wyglądała by sytuacja szpitala pana Nowickiego, gdyby te 19 czy 15 mln zł rocznie mógł wydać na inwestycje? Rozwój byłby widoczny i pożytek dla pacjentów większy. Jeśli będą jasne zasady funkcjonowania, przejrzyste zasady oceny, to powstanie grupa menedżerów, których trzeba będzie forować i pokazywać jako przykład.

Zapowiedzi polityków to jedno. Ważne jest obowiązujące prawo. A z niego wynika jasno – organ założycielski musi wyrazić zgodę na zbycie wierzytelności przez szpital. Czy ta regulacja faktycznie poprawiła bezpieczeństwo placówek?

Marcin Nowacki

Chciałbym powiedzieć o dwóch perspektywach: świadczeniodawcy prywatnej i dostawcy. Znam obie: realizowałem świadczenia dla NFZ i byłem dostawcą dla szpitali publicznych.

Z perspektywy świadczeniodawcy uważam, że pieniądze powinny iść za pacjentem, który wybiera najlepszą według niego placówkę. Obecnie jest inaczej – istnieje ewidentna tendencja do

preferowania dużych szpitali już na etapie kontraktowania przez NFZ. A zakłady małe, prywatne, często unikalne jeśli chodzi o jakość, są etapowo eliminowane z tego systemu. Ze szkodą dla pacjenta.

Dla dostawców z kolei kluczowe jest bezpieczeństwo finansowania. Do 2011 r. to szpital decydował o obrocie swoimi wierzytelnościami. Potem zmieniło się prawo i zaczęły się dla nas kłopoty. Teraz małe i średnie firmy z różnych branż mają dwie opcje. Zyskać partnera, który ma dobrą kondycję finansową i realizuje płatności w przewidywalnym terminie. To nie musi być termin natychmiastowy, ale przewidywalny – w ciągu 30 lub 60 dni. A to dlatego, że szpitale chcą finansować swoją płynność kosztem dostawców. Przy czym duży na tym istotnie zarabiamy, bo mogą sobie pozwolić na to, by finansować wielomiesięczne zadłużenie, a później dochodzić w postępowaniach sądowych należności. Małych graczy na to nie stać.

Kolejna możliwość to zarządzający szpitalem, który wie, jakie są dostępne instrumenty czy możliwości gospodarowania płynnością. Wie, ile kosztuje obsługa długu na podstawie wyroku sądowego, więc przekonuje swój organ założycielski, aby zgodę na zbycie wierzytelności dostać, i refinansuje zadłużenie. Co ważne, teraz nie musi finansować długu na poziomie 100 czy 120 proc. Refinansowanie nie ma już wymiaru lichwy. W ramach negocjacji można zawrzeć umowę na dogodnych warunkach.

Marek Kowalski

Organ założycielski powołuje dyrektora szpitala. Czyli obdarza go zaufaniem, że będzie dobrze zarządzał. A wprowadzając art. 54 ust. 5 i 6 ustawy o działalności leczniczej, założono kaganiec dyrektorowi szpitala. To jest ograniczenie możliwości zarządzającej, która wpływa na pogorszenie kondycji szpitali i na pewno nie służy rynkowi.

Chciałbym zwrócić uwagę na 11 mld zł zadłużenia szpitali, z których wymagalne jest ok. 2,5 mld. Finansowane przez banki jest tylko ok. 1,6 mld, czyli ok. 10 proc. Cała reszta pozostaje po stronie przedsiębiorców, którzy współpracują ze szpitalami. I rzeczywiście jest tu grupa, która zakłada sobie od razu, że będzie finansowała placówkę w skali roku. Jest to na pewno dla szpitala jedno z droższych rozwiązań, przez odsetki, które potem firma nalicza.

Tomasz Zalasieński

Wymóg uzyskania zgody organu założycielskiego na przeniesienie wierzytelności nie stanowiłby problemu, gdyby został w sposób należyty uregulowany w ustawie. Obecnie tego brak. Zadziwiające jest to, że na tle obowiązujących przepisów organ założycielski może w ogóle nie odnosić się do złożonego wniosku. Jeżeli pozostać wymóg uzyskania zgody

organu założycielskiego, to ustawa o działalności leczniczej powinna stanowić, że do udzielania zgody stosuje się przepisy postępowania administracyjnego. Ustawa powinna wskazać także precyzyjnie przesłanki, w których wydanie zgody staje się niemożliwe. W pozostałych warunkach zgoda powinna być udzielana.

Marcin Nowacki

Rynek trzeba ucywilizować. Obecnie firmy tworzą różne konstrukcje, aby finansować dostawców, mamy słynną formułę konsorcjum, a to oczywiście po jakimś czasie jest podważane. Ten rynek jest po prostu źle skonstruowany. Cdyby istniały regulacje, które pozwoliłyby w sposób czytelny finansować ten sektor, też przez konkurencję, może banki by weszły...

Piotr Nowicki

Tak, ale banki w to nie wchodzi, bo jest za duże ryzyko...

Konstanty Radziwiłł

Dokąd idą ludzie, którzy nie mogą dostać kredytu w banku? Do lombardu, do lichwiarza. To jest niezwykle ryzykowne i często po prostu źle się kończy. A co dopiero, kiedy mamy do czynienia np. ze szpitalem klinicznym, który podejmowałby ryzykowne decyzje. Stawka jest zbyt duża.

Wydaje się też, że sielankowa wizja tych instytucji, które zastępują banki i pomagają szpitalom, jest nieprawdziwa.

Ale szpitalom najczęściej nie wystarcza pieniędzy z kontraktu z NFZ, muszą się ratować innymi, dodatkowymi źródłami finansowania. A możliwości korzystania z pożyczek bankowych mają ograniczone.

Konstanty Radziwiłł

Artykuł skrytykowany przez kancelarię DZP istniał już w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Został uchwalony ok. 2006 r. Nie jest to więc żaden nowy wyznalazek. Władza publiczna przez cały czas, na szczęście



MAREK KOWALSKI

przewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich

niezależnie od barw politycznych, czując się odpowiedzialna za system służby zdrowia opierający się w dużej mierze na SPZOZ, wiedziała, że nie można obrotu wierzytelnościami zostawić samemu sobie. Może ten przepis nie był skonstruowany idealnie. Państwo go krytykują, i słusznie, bo jest sto sposobów, żeby go obchodzić, ale konsekwencje jego braku byłyby po prostu jeszcze gorsze.



ANDRZEJ SOŚNIERZ

wiceprzewodniczący sejmowej komisji zdrowia

żony na ok. 500 mln zł, ale są i takie, które mają zyski. Niezależnie czy duże, czy małe, wieloprofilowe – jednoprofilowe, publiczne – prywatne, kliniczne – samorządowe, w każdej z tych kategorii są lepiej i gorzej radzące sobie placówki. Kluczowe znaczenie ma sposób zarządzania.

Piotr Nowicki

Zarządzam takim specyficznym szpitalem, który zalicza się do obu wymienionych przez pana ministra kategorii. Z jednej strony radzi sobie dobrze, ponieważ po głębokim procesie restrukturyzacji i mimo nie najlepszych pod względem finansowania ostatnich lat od czterech lat mamy zyski. Ale też mieliśmy straty za mojego poprzednika. W 2011 r. było to ok. 32 mln zł. Zeszły rok zakończyliśmy 19 mln na

szanowania praw ich kontrahentów

Marek Kowalski

Instytucje publiczne nie są od podejmowania ryzyka działalności gospodarczej? Jak to? Te instytucje są na rynku, więc nie można ich rozgraniczać. A obecnie państwo i szpitale takimi rozwiązaniami przerwają ryzyko na przedsiębiorców. To niedopuszczalne.

Jestem skłonny postawić śmiało tezę, że pilnując tej ustawy, jednym pociągnięciem moglibyśmy wyeliminować wszystkich dyrektorów szpitali w całej Polsce, tych które są zadłużone. Sytuacja jest taka, że większość dyrektorów szpitali dzisiaj nie wie, jakie będą mieli środki, czy będą mogli pokryć zaciągnięte zobowiązania. A jeżeli nie mogą ich spłacić, to podlegają ustawie o dyscyplinie finansów publicznych i mogą zostać z tego tytułu oskarżeni. Za pomocą wspomnianej ustawy państwo wprowadziło pewne ograniczenia, zabezpieczenia dla dostawców instytucji publicznych, żeby mogli się bronić. A to nie jest przestrzegane. 60-dniowy termin zapłaty, który wynika wprost z ustawy, jest przekraczany wielokrotnie. To nieprawda, że szpitale są łupione, to przedsiębiorcy, dostawcy wyrobów medycznych, instytucje refinansujące ponoszą ryzyko. A sytuacja szpitali jest bardzo zła: od pięciu lat nie zostały zwiększone wyceny procedur. W ciągu tych pięciu lat mieliśmy pięciokrotnie zwiększone minimalne wynagrodzenie. Lekko licząc to jest 25-procentowy wzrost kosztów pracy. A procedury kosztują wciąż tyle samo. Żaden dyrektor nie poradzi sobie z zarządzaniem takim systemem, gdzie koszty mu rosną, a nie ma zwiększonych przychodów.

Piotr Nowicki

Omawiany artykuł ustawy o działalności leczniczej traktuję jako ochronę. Zabezpiecza szpitale przynajmniej przed niektórymi posunięciami firm skupującymi długi i wprowadza kontrole dyrektorów. Są różni zarządzający i nadzór nad nimi powinien być.

Także kwestia zwracania się do organu założycielskiego o zgodę na cesje nie budzi moich wątpliwości. Gdybym się zwrócił do mojego organu założycielskiego, pewnie bym taką zgodę dostał, jeżeli rozwiązanie byłoby zasadne, choć nigdy o to nie prosiłem. Różne narzędzia finansowania istnieją – ja też korzystałem z możliwości, jakie dają parabanki. Mając duże długi z instytucji finansującej, ogłosiłem przetarg – wygrała jedna firma, ogłosiłem kolejny przetarg, znalazła się kolejna, aż skończyło się na tym, że wkroczył BGK. Można korzystać z różnych narzędzi, ale trzeba uważać: nie można ich brać ratunkowo. Niestety, część szpitali tak właśnie postępuje, nie patrząc na oprocentowanie i możliwości spłaty.

Tomasz Zalaśiński

Zgadzam się, że wiele zależy od sposobu zarządzania. W pana przypadku szpital jest dobrze zarządzany. Nie we wszystkich szpitalach sytuacja może jednak uratować BGK.

W wielu placówkach restryktoryzacja zadłużenia i porozumienie z dostawcami towarów i usług mogą być osiągnięte przez włączenie się instytucji finansowej dysponującej kapitałem prywatnym. Ze środków publicznych nie sposób bowiem zrestryktoryzować zadłużenia wszystkich szpitali. System ochrony zdrowia – co leży w interesie nas wszystkich – powinien zatem dopuszczać udział instytucji finansowych z sektora prywatnego. Jak mają one obecnie uczestniczyć w tym systemie, skoro mamy faktyczny zakaz przenoszenia wierzytelności?

Andrzej Sośnierz

Chciałem zwrócić uwagę, że handel pieniądzem nie jest zjawiskiem pierwotnym, tylko wtórnym do zadłużenia, które jest patologią. A państwo zaczyna działać od samego dołu i nie pozwala handlować długami. Ale cały ten proceder pobudziło to samo państwo przez niewłaściwą politykę finansowania służby zdrowia. A potem walczy ze skutkami. Reagowanie na końcu nie uzdrowi systemu.



DR TOMASZ ZALAŚIŃSKI

radca prawny, kancelaria prawna Domański, Zakrzewski, Palinka

Dlatego najpierw należałoby przeanalizować powody powstawania zadłużenia. Bo inaczej, nawet gdybyśmy zlikwidowali długi do zera, w następnym roku pojawią się trzy, cztery miliardy, aż znów dojdzie do 11 mld zł. Żeby doprowadzić do eliminacji tego zjawiska, trzeba by zacząć od właściwej wyceny świadczeń zdrowotnych. Właściwej, to nie znaczy, że zawsze wyższej, czasami niższej. Ustalamy, że rentowność procedur powinna zawsze wynieść np. 15 proc. Jeżeli będziemy widzieli, że przy właściwej wycenie dobrzy dyrektorzy dają sobie radę, to wtedy możemy zbudować pewną kulturę zarządzania i wymagać od wszystkich tego samego efektu. Jeżeli już więc będziemy mieli dobrą wycenę, wyższy poziom finansowania i dobrych menedżerów, to sytuacja w ochronie zdrowia znacznie się stabilizowała.

Marcin Nowacki

Chciałbym zwrócić uwagę, że w dzisiejszym systemie ochrony zdrowia nie mamy do czynienia z parabankami. Należy odczarować ten przekaz. Instytucje finansujące dostawców w sektorze ochrony zdrowia to często pod względem kosztowym bardzo konkurencyjne podmioty, ich właścicielami są grupy bankowe. Jeżeli chodzi o przykład, którym posłużył się pan dyrektor Nowicki, czyli procedurę zapraszania

do postępowania ugodowego, to pozostaje pytanie, jakie są procentowe koszty takiej ugody vs koszt finansowania dostawcy przez wyspecjalizowaną instytucję finansową. Odpowiedź na to pytanie pokaże, jaka jest przestrzeń na rynku, aby wpompować do systemu nowe pieniądze.

Piotr Nowicki

Z dostawcami rozmawiam bardzo często i też słucham ich głosu. Przypuśćmy, że teraz odsetki ustawowe są na poziomie 9,5 proc. w stosunku rocznym. Dostawcy mówią krótko: my w banku mamy 4 proc. To znaczy, że oni muszą dostać minimum tyle, ile placą w banku. I to nie działa jako konsorcjum, bo oni sobie zawierają z bankiem taką umowę jak każdy przedsiębiorca, który potrzebuje dodatkowego finansowania. Dla mnie jest to użysk, bo zamiast 9,5 proc. zapłacę przedsiębiorcom np. 5 proc. odsetek. To jest ta kara, o której pan mówi, za to, że ja placę później niż w ciągu 60 dni. Nie zgadzam się, że moi dostawcy są karani, bo dostają odsetki.

Tomasz Zalaśiński

Pan dobrze zarządza, ale nie wszyscy to umieją. Spójrzmy na problem systemowo. Pytanie, czy musi być to ograniczone ustawowo i – co ważniejsze – dlaczego jest to zrobione w sposób tak niedookreślony?

Marek Kowalski

Po pierwsze to, o czym mówi pan Nowicki, jest naruszeniem wszelkich zasad etycznych. Uważa pan, że jeśli zgodnie z ustawą dostawca może dostać odsetki w wysokości 9,5 proc., a pan zapłaci 5 proc. tylko dlatego, że dostawca może zaciągnąć kredyt w banku na poziomie 4 proc., to potwierdza pan tylko twierdzenie, że finansuje pan działalność szpitala kosztem dostawców.

Po drugie, takie finansowanie może funkcjonować w przypadku dużych firm zagranicznych, które na to stać. A co z małymi i średnimi polskimi dostawcami? One po prostu mogą takiego finansowania nie wytrzymać i będą zmuszone ogłosić upadłość. W takiej sytuacji nawet zapłacone przez pana odsetki im nie pomogą. Jeśli to ma być sposób na wzmocnienie przewagi konkurencyjnej zagranicznych koncernów, to szczerze gratuluję.

Konstanty Radziwiłł

Panowie mówią, że od wielu lat wyceny nie były zmieniane. To nie do końca prawda. Chodzi o to, że sposób, w jaki w ogóle powstawały, nie był do końca klarowny. W tej chwili przymierzamy się, nie zawsze zresztą ku zachwytowi tych, którzy wykonują świadczenia, do wypracowania nowych wycen, które będą odpowiadać rzeczywistości. Problem polega na tym, że dużą częścią kosztów świadczeń są koszty osobowe. I konia z rzędem temu, kto w sposób uzasadniony powie, jakie są rzeczywiste koszty godziny np. pracy lekarza czy pielęgniarki. Bo nasza analiza (na podstawie danych od świadczeniodawców) po-

kazuje, że praca lekarza wyceniana jest od 30 do 250 zł za godzinę. Które to są koszty uzasadnione?

Wracając do pytania, czy istnieje potrzeba pożyczania pieniędzy. Gdy pan przewodniczący mówił, że można by te długi w ogóle wyeliminować, panowie reprezentujący biznes od razu zareagowali, że przecież dług jest normalnym elementem prowadzenia działalności gospodarczej. Więc chodzi tylko o to, żeby ten dług – jeśli już się niestety pojawi – nie był za duży i żeby warunki jego spłaty były odpowiednie. Więc trzeba przede wszystkim cywilizować te długi, a niekoniecznie arbitralnie zerować. Natomiast odpowiedzialność państwa za zasoby, jakimi są publiczne szpitale, musi być bardzo zindywidualizowana. Są jednostki, które żeby przeżyć, muszą być w jakiś sposób zasilone. Nie można na nie patrzeć jak na każdy inny biznes, bo przytłaczająca większość szpitali musi istnieć – po prostu. Nie można dopuścić do tego, by zostały zlikwidowane. I w związku z tym potrzebne są różnego rodzaju procedury ratunkowe. To, co planujemy w Ministerstwie Zdrowia, to nie jest zwykłe oddłużanie. Dodatkowe środki dla szpitala muszą iść w parze z restrukturyzacją. Co do tego nie ma żadnych wątpliwości. Bo jeśli szpital tonie w długach, to znaczy, że brakuje nie tylko pieniędzy, ale i umiejętności zarządzania.

Jak kreować relacje między szpitalami, instytucjami finansowymi i samorządami, aby te reguły były pełne, transparentne, przejrzyste dla wszystkich?

Andrzej Sośnierz

Odpowiedź na to pytanie jest warta Nagrody Nobla. Nie tylko Polska boryka się z problemami w ochronie zdrowia. Przede wszystkim potrzebna jest jasna, stabilna i rozumna polityka zdrowotna państwa. Sprawy w ochronie zdrowia same się nie rozwiążą. To państwo dyktuje reguły gry na rynku ochrony zdrowia. I właśnie regułami gry, a nie pojedynczymi punktowymi interwencjami powinno się zajmować ministerstwo. Zakaz handlu długami to interwencja od końca, na opak. Nie będzie długów, to nie będzie handlu nimi. Co powiedziałoby państwo, gdyby w przypadku braku jakiegoś towaru na rynku odpowiednie ministerstwo wprowadziło zakaz jego sprzedaży. Prawda, że absurd? Ale tak właśnie wygląda interwencja państwa w ochronę zdrowia.

Tomasz Zalaśiński

Relacja, o której wspomina pani redaktor, powinna być kształtowana przede wszystkim w sposób gwarantujący poszanowanie praw wszystkich uczestników systemu. Obecnie gwarancji takich brak. Ryzyko ograniczonej wydolności finansowej szpitali przerzuca się na polskich przedsiębiorców. Zgadzam się z panem posłem, że obrót wierzytelnościami ma charakter wtórny, gdyby bowiem zobowiązania były realizowane na bieżąco, to nie

byłoby problemem. Problem jednak istnieje i nie ma co się łudzić, że można go rozwiązać, korzystając wyłącznie ze środków publicznych – co też widać na tle rozwiązań stosowanych w innych krajach Unii Europejskiej, gdzie też korzysta się z dofinansowania ze środków prywatnych. Skoro zatem wierzytelności powstają i mają – niestety – charakter długoterminowy, to regulacja, która faktycznie prowadzi do zakazu ich zbywania, szkodzi systemowi ochrony zdrowia. Dlatego przepisy art. 54 ust. 5 i 6 ustawy o działalności leczniczej wymagają zmiany, która pozwoliłaby pogodzić ochronę interesu publicznego ze słusznym interesem przedsiębiorców i obie strony chronić przed spiralą zadłużenia i upadkiem. Z raportu DZP wynika, że optymalnym rozwiązaniem mogłoby być, jak wspominałem, podporządkowanie trybu wydawania zgody na zmianę wierzyciela procedurze administracyjnej, a także stworzenie katalogu ustawowych przesłanek, których wystąpienie uniemożliwiłoby zmianę wierzyciela. Dzięki temu organ założycielski zostałby zobowiązany do wydania rozstrzygnięcia, a przedsiębiorca zyskałby możliwość jego sądowej kontroli. Zachowałibyśmy możliwość zablokowania zmiany wierzyciela ze szkodą dla szpitala, otwierając jednocześnie możliwość wsparcia finansowego szpitali i przedsiębiorców z sektora prywatnego.

Piotr Nowicki

Regulacje powinny być, jak najbardziej. Zarówno takie, które nie dopuszczają do powstawania patologii, jak i żeby długi nie były skupowane bez kontroli. Doprecyzowanie art. 54 ustawy o działalności leczniczej wydaje się więc uzasadnione, chociażby dlatego, żeby nie



KONSTANTY RADZIWIŁŁ

minister zdrowia

było tak, że samorząd w ogóle nie udziela odpowiedzi na pytanie o zbycie wierzytelności. Muszą być jasne kryteria, kiedy takie działanie jest zasadne, a kiedy nie. Chodzi o to, żeby prawo było logiczne i precyzyjne.

Marcin Nowacki

Ostatnie zdanie pana dyrektora ma fundamentalne znaczenie, bo wskazuje na to, że brak odpowiedzi samorządu to jest brak odpowiedzialności. I brak wiedzy organu założycielskiego, na jakich warunkach taka transakcja może się odbyć. A ona często odbywa się na warunkach bardziej atrakcyjnych niż droga sądowa czy nawet ugoda. W ten sposób, w sposób naturalny może cywilizo-

wać się rynek. Chociaż ja bym optował za powrotem do sytuacji sprzed 2011 r., kiedy to podmioty samodzielnie decydowały o cesji wierzytelności. Państwo jest odpowiedzialne za finansowanie dostępu do służby zdrowia. Ale nie jest odpowiedzialne za placówki wprost. Jeżeli więc jakaś jed-



PIOTR NOWICKI

dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu

nostka od lat sobie nie radzi, to dlaczego państwo nie rozważa, żeby świadczenia przez nią zapewniane kontraktować z prywatnym świadczeniodawcą.

Marek Kowalski

Uważam, że system obrotu wierzytelnościami powinien zostać ucywilizowany, dlatego że przedsiębiorcy są w niekomfortowej sytuacji w odniesieniu do szpitala, który startuje z pozycji monopolisty. Myślę, że propozycja kancelarii DZP to takie minimum, które należałoby przyjąć, ale podobnie jak panu prezesowi najbliższy byłby mi powrót do dawnego systemu. Uważam, że po to są menedżerowie, żeby odpowiadali za prowadzenie przedsiębiorstw. Można by określić np. kwotę, do której dyrektor miałby swobodę decydowania, a dopiero powyżej niej organ założycielski mógłby interweniować i wydawać zgodę na zbycie długu. Rozwiązania, jakie mamy obecnie, prowadzą do wypychania małych i średnich przedsiębiorstw, szczególnie polskich, z rynku. A to jest bardzo złe.

Konstanty Radziwiłł

Podtrzymuję to, co powiedziałem na początku. Ograniczenia możliwości przekazywania wierzytelności publicznym szpitalom są słuszne. Nie wyobrażam sobie, by można było zrezygnować z nadzoru, i choć dyskusja na ten temat trwa, to nigdy nie był to problem fundamentalny. Potwierdzam intuicję pana dyrektora, że pod rządami dzisiejszych przepisów możliwe jest funkcjonowanie bez naruszania prawa. Potwierdzam, że praktyki, które pan stosuje, mieszczą się w granicach prawa. Bo nawet jeśli się płaci kary – to także w ramach prawa.

Niemniej jednak chętnie zapoznam się z raportem. Co do zasady, okresowa ocena skutków regulacji prawnych już po wejściu ich w życie jest bardzo dobrą praktyką, zwłaszcza w takich obszarach, w których istnieją kontrowersje. Więc mogę zapewnić, że również i ten przepis przeanalizujemy bardzo dokładnie.

©

Debatę prowadziły Dominika Sikora, Klara Klinger