

Jak powinien się nazywać projekt ustawy o reformie szpitalnictwa



Unormowania zawarte w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa powinny raczej nosić tytuł: „O restrukturyzacji podmiotów szpitalnych finansowanej ze środków Agencji Rozwoju Szpitali i szczególnym trybie ograniczenia uprawnień osób zarządzających podmiotami szpitalnymi”. Dlaczego? Wyjaśnię.

JAKUB KRASZEWSKI

Modernizacja to unowocześnienie, ulepszenie, uwspółcześnienie produktu, przedsiębiorstwa, np. obiektu budowlanego, polegające na wprowadzeniu nowych technologii, nowoczesnych urządzeń czy maszyn, prowadzące do zwiększenia jego wartości użytkowej. Z kolei efektywność to rezultat podjętych działań opisany relacją uzyskanych efektów do poniesionych nakładów. Oznacza najlepsze efekty produkcji, dystrybucji, sprzedaży czy promocji uzyskane po najniższych kosztach. Obie definicje zaczerpnąłem z Wikipedii – najpopularniejszego w tej chwili źródła „encyklopedycznego”. Oba słowa użyte są w tytule projektu aktu prawnego – projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa – i ich definicje nasuwają skojarzenie, że ustawa ta stanie się fundamentem budowy nowoczesnych i sprawnych biznesowo instytucji zajmujących się leczeniem stacjonarnym.

Z pewnością autorom nazwy tego aktu prawnego, rozwiniętej w art. 4 o celach ustawy, chodziło również o zwrócenie uwagi czytelnika na ideę maksymalizacji działań przy minimalnym wykorzystaniu zasobów.

Problem – przeciwdziałanie

W obecnej sytuacji systemu ochrony zdrowia, gdy z jednej strony mówimy o długu zdrowotnym wynikającym z niedomagań systemu, które uwypukliły się w czasie pandemii, a z drugiej strony o pogłębiającym się deficycie kadrowym, trudno nie zgodzić się z tezami przyświecającymi autorom tytułu i inwokacji tej ustawy. Niestety, dalsze zapisy projektu nie skupiają się na zagadnieniach fundamentalnych dla modernizacji systemu leczenia szpitalnego w celu maksymalizacji efektów przy optymalizacji zaangażowanych zasobów.

Konkludując – zaproponowane rozwiązanie ogranicza się do przeciwdziałania skutkom wynikającym z deregulowanego systemu leczenia szpitalnego, omijając kluczowe przyczyny problemów.

Unormowania zawarte w tej ustawie powinny raczej nosić tytuł: „O restrukturyzacji podmiotów szpitalnych finansowanej ze środków Agencji Rozwoju Szpitali i szczególnym trybie ograniczenia uprawnień osób zarządzających podmiotami szpitalnymi”.

Podobne rozwiązania do zaproponowanych w projekcie ustawy można znaleźć w obecnie obowiązujących przepisach dotyczących restrukturyzacji przedsiębiorstw, których realizatorem jest między innymi Agencja Restrukturyzacji Przemysłu (ARP).

Przykład Gdańska

Co ciekawe, ARP z powodzeniem restrukturyzuje nie tylko przedsiębiorstwa przemysłowe, czego przykładem jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (UCK) w Gdańsku. Nasz szpital uzyskał pożyczkę restrukturyzacyjną pozwalającą odnowić i spłacić przetermino-

” Błędem jest ograniczanie reformy wyłącznie do systemu leczenia szpitalnego, który jest istotnym, ale nie głównym elementem systemu ochrony zdrowia ”

wane zobowiązania pod warunkiem przeprowadzenia programu restrukturyzacji.

Z uwagi na skalę wsparcia uzyskanego od ARP, które stanowiło równowartość prawie połowy ówczesnych przychodów UCK, plan restrukturyzacji musiał być przygotowany przez szpital z firmą audytorską PricewaterhouseCoopers. Prace nad programem restrukturyzacji zostały poprzedzone oceną opartą na metodologii *due diligence* (kompleksowe badanie kondycji przedsiębiorstwa, które z reguły zlecane jest przez zewnętrznego inwestora zainteresowanego kupnem firmy) i zaowocowały planem działań restrukturyzacyjnych i projekcją finansową oraz opracowaniem strategii biznesowej dla szpitala.

Ze środków uzyskanych z pożyczki UCK musiało pokryć koszt doradztwa firmy audytorskiej na poziomie ok. 1 proc. wartości projektu oraz zatrudnić trzech konsultantów (osoby o wysokich kwalifikacjach menedżerskich i z wieloletnim doświadczeniem zarządczym), którzy nadzorowali realizację poszczególnych działań restrukturyzacyjnych. Konsultanci co miesiąc raportowali postęp prac wraz z ich oceną, równoległe do oceny i raportu postępów restrukturyzacji przygotowywanego i przesyłanego przez Dział Audytu UCK do kontrolerów finansowych ARP. Dodatkowo przez dwa pierwsze lata realizacji programu restrukturyzacji raz na kwartał podlegaliśmy ocenie analityków z PricewaterhouseCoopers w ramach wizyt audytowych.

W ten sposób ARP otrzymywała niezależną ocenę postępów restrukturyzacyjnych z trzech źródeł, a dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego, którym jest UCK, nie był „ubezważniony” – realizował plan restrukturyzacji, podejmował wszystkie decyzje i odpowiadał za nie, i tylko współpracował z konsultantami, udzielając im nieograniczonego dostępu do wszystkich informacji o szpitalu i uzyskując wsparcie w postaci rekomendacji eksperckich.

Organ tworzący UCK, czyli Gdański Uniwersytet Medyczny, również sprawował aktywny nadzór nad postępami prac restrukturyzacyjnymi z uwagi na udzielone poręczenie pożyczki, zabezpieczone z klauzulą

„Zaproponowane rozwiązanie ogranicza się do przeciwdziałania skutkom wynikającym z deregulowanego systemu leczenia szpitalnego, omijając kluczowe przyczyny zaistniałych problemów”



For: Adobe Stock

egzekucyjną hipotecznie na majątku uczelni, który nie mógł być wykorzystywany do celów leczniczych. Dodatkowo ARP uzyskał zabezpieczenie w formie cesji należności UCK.

W przypadku spółek kapitałowych prowadzących działalność leczniczą kolejnym możliwym i stosowanym środkiem zabezpieczenia interesów instytucji finansującej restrukturyzację może być dokapitalizowanie i związane z tym uczestnictwo w organach spółki oraz ewentualne dodatkowe zapisy w umowie spółki chroniące interes agencji. Innym sposobem jest zabezpieczenie pożyczki restrukturyzacyjnej zastawem na akcjach z prawem do występowania w zakresie uprawnień właściciela na walnym zgromadzeniu i w konsekwencji z możliwością dokonywania zmian w organach spółki. Takie mechanizmy są stosowane od lat przez instytucje finansujące restrukturyzację przedsiębiorstw w Polsce, czego przykładem są również programy prowadzone przez ARP.

Znacznych rozmiarów budżet Agencji Rozwoju Szpitali i instrumenty, które obok pożyczek z częściowym umorzeniem ich spłaty i poręczeń, dają również możliwość bezzwrotnej pomocy, wymagają uważnego i niezależnego nadzoru w celu ochrony interesów podatników. W przeciwnym razie struktura urzędnicza agencji, która w każdym systemie jest i będzie poddawana naciskom politycznym, może nie zagwarantować obiektywnej oceny sytuacji. Takie rozwiązanie może spowodować po raz kolejny festiwal doraźnie wymuszonych oddłużeń, które mimo znacznych nakładów nie przyniosą żadnych efektów systemowych.

A w ministerialnej ustawie...

Niestety, zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania, dotyczące zabezpieczenia poprawności wydawania środków i realizacji procesów restrukturyzacyjnych opierają się jedynie na nadzorze sprawowanym przez urzędników Agencji Restrukturyzacji Szpitali o dość nisko określonych kompetencjach. Nadzorca biorący udział w prowadzonych postępowaniach naprawczo-rozwojowych zgodnie z projektem powinien

mieć wykształcenie wyższe kierunkowe i... roczne doświadczenie w „obszarze ochrony zdrowia”. A zarządca, który podejmuje decyzje za zawieszonoego lub odwołanego kierownika zakładu leczniczego, powinien mieć takie same kwalifikacje jak kierownik. Na szczęście nadzorcy i zarządcy będą obowiązkowo ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji, choć to marne pocieszenie. Co ciekawe, prezes agencji, który będzie oceniał dyrektorów szpitali i podejmował decyzje o uruchomieniu kolejnych instrumentów eskalacyjnych, ze zmianą dyrektora włącznie, oraz zatrudniał zarządców i nadzorców, formalnie może mieć kwalifikacje niższe od dyrektorów szpitali i zarządców. Biorąc pod uwagę krzywą uczenia, trudno będzie oczekiwać autorytetu opartego na kompetencjach i wiedzy z zakresu złożonych procesów restrukturyzacyjnych od nowo powstałej agencji.

Istotnym błędem jest również endemiczność tej ustawy, to jest ograniczanie reformy wyłącznie do systemu leczenia szpitalnego, który jest istotnym, ale nie głównym elementem systemu ochrony zdrowia Polaków. Niestety, jest to powtórzenie po raz kolejny tego samego błędu opartego na przeświadczeniu, że porządkowanie ostatniego elementu systemu ochrony zdrowia przełoży się na dostępność i jakość leczenia w całym systemie.

Reasumując – projekt ustawy mimo obiecującego tytułu jest dokumentem bardzo wąsko normującym pojedyncze zagadnienia wpływające na funkcjonowanie szpitali. W mojej opinii powinien być procedowany wspólnie z niezbędnymi i pilnie potrzebnymi nowelizacjami ustaw o działalności leczniczej i o udzielaniu świadczeń, czyli w kontekście funkcjonowania sieci szpitali oraz realizacji i zasad finansowania świadczeń medycznych. Nie można ustawy restrukturyzacyjnej, skupiającej się na poprawie efektywności, wprowadzać w oderwaniu od projektu ustawy o jakości, który dokonuje diametralnej zmiany w sposobie i metodologii oceny jakości udzielanych świadczeń.

Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku