



Prywatne kontra publiczne

Nowy wspaniały świat

Krystyna Mackiewicz, Stanisław Szczepaniak

Obserwowanym i nasilającym się w ostatnim czasie trendem w publicystyce dotyczącej ochrony zdrowia jest porównywanie publicznych i niepublicznych zoz-ów. Przywoływane przy tym ogólne wskaźniki jednoznacznie przemawiają za tymi drugimi, sprowadzając publiczne zoz-y do poziomu reliktu czasów realnego socjalizmu. Czy jest to sprawny PR prywatnych placówek, czy prawdziwy obraz polskiej służby zdrowia?

Koszty mniejsze o 30 proc., 10 razy więcej operacji, o połowę większa efektywność. To tylko nieliczne przykłady, te z dziesiątków artykułów pojawiających się w prasie fachowej i codziennej. Wskaźniki te mają obrazować wyższość prywatnego właściciela.

Obraz degrengolady

Konkluzja wszystkich wywodów, a zarazem rozwiązanie problemów polskiej służby zdrowia, jest banalna – wystarczy przekształcić państwowe zoz-y w zakłady niepubliczne i jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki rozwiążą się wszystkie problemy. A jeżeli ponadto akcje w spółce prowadzącej taki podmiot przejmie prywatny udziałowiec, nastaną czasy powszechnej szczęśliwości.

Wskaźniki dają nieubłagany obraz degrengolady zakładów publicznych. Chorzy leżą dłużej, bloki operacyjne pracują krócej, a mi-

pacjenta, trudno takie działanie nazwać inaczej niż pustą propagandą.

Slogany i propaganda

Innym często przywoływanym argumentem dezawuuującym publiczne zoz jest fakt pracy planowej tylko do godz. 15. Nie da się ukryć, że w wielu wypadkach jest to obraz prawdziwy. Pytanie tylko, czy to wada, jeżeli to wystarcza do zrealizowania kontraktu z płatnikiem? Można pracować do 20.00, tylko niech znajdzie się chętny do zapłaty (nawet jak takowy się znajduje, okazuje się, że publiczny szpital nie może wziąć od niego pieniędzy).

Posiadając określoną infrastrukturę i będąc jednocześnie skazanym wyłącznie na publicznego płatnika, szpiz nie ma w praktyce żadnej możliwości zwiększania efektywności. Wskaźnik obłożenia łóżek? Oczywiście, można część z nich przenieść do piwnicy w oczekiwaniu

„ W wielu publikacjach w prasie fachowej i codziennej opisywana jest degrengolada szpiz-ów. Problemem jest to, że w żadnym artykule nie przytacza się konkretnych badań, precyzyjnie porównujących zakres świadczonych usług „



foto: Menuisz Forecki/PAWIATAM

mo to NFZ faworyzuje te placówki. Problemem jest to, że w żadnym z artykułów nie przytacza się konkretnych badań, precyzyjnie porównujących zakres świadczonych usług. Autorzy publikacji nie podają średniego czasu pobytu pacjentów dla każdej grupy procedur oddzielnie, uwzględniając dodatkowo obraz kliniczny chorego. Nie podają liczby procedur wysoko specjalistycznych w ogólnej liczbie zabiegów, a także – co nieraz stanowi duże obciążenie dla szpitali – liczby pacjentów z powikłaniami (w tym chorych przekazanych z innych jednostek). Tymczasem, np. bez uwzględnienia schorzeń towarzyszących, na które cierpi pacjent, wszelkie statystyki dotyczące długości pobytu są niemiarodajne. Oczywiście, można sięgnąć do ogólnych danych, wskazujących na krótszy czas pobytu chorego w niepublicznym zoz. Jednak – nie biorąc pod uwagę charakterystyki wykonywanych procedur i stanu

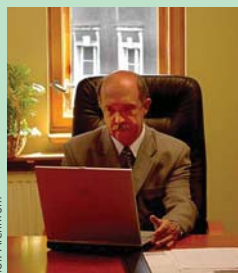
na lepsze czasy i wykazywać 100 proc. obłożenia, jednak co to zmieni przy istnieniu niezmienniej bazy lokalowej, a tym samym konieczności ponoszenia identycznych kosztów stałych?

Nie znaczy to oczywiście, że publiczne zakłady są wzorem zarządzania lub ubezwłasnowolnionymi twórcami, które nic nie mogą poprawić. Znaczący to tylko tyle, że do rzetelnej oceny i porównania publicznych i niepublicznych zoz-ów konieczne są wnikliwe badania, uwzględniające okoliczności formalnoprawne i faktyczne działania tych podmiotów. Posługiwanie się sloganami i deprecjonowanie pracy wszystkich publicznych zoz-ów jest krzywdzące nie tylko dla zarządzających, ale i dla tysięcy osób w nich zatrudnionych.

Kontraktowanie – faworyzowanie?

Bardzo częstym zarzutem ze strony placówek niepublicznych jest nierówne ich traktowanie w procesie kontraktowania świadczeń

Czy szpitale prywatne są lepsze od publicznych? – sonda redakcyjna



Jan Talaga,
dyrektor Samodzielnego
Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1
Przemienienia Pańskiego
AM w Poznaniu

Moim zdaniem, w jednoznaczny sposób nie można powiedzieć, czy dziś lepszy jest szpital prywatny, czy też publiczny.

„ Szpital prywatny ma wyraźnie określonego właściciela, nie zaś jedynie organ założycielski, dla którego placówka służby zdrowia jest często kulą u nogi ”

Wiele zależy od stopnia referencyjności czy zakresu wykonywanych procedur. Nie można bowiem założyć sprywatyzowania całości sektora lecznictwa szpitalnego (wątpliwości mogą budzić choćby szpitale akademickie). Niewątpliwie jednak spora część funkcjonujących dziś szpitali, zwłaszcza powiatowych, mogłaby być prywatna. Dla systemu opieki zdrowotnej takie rozwiązanie byłoby korzystne. Warto bowiem podkreślić, że szpital prywatny ma określonego właściciela, nie zaś jedynie organ założycielski, dla którego podmiot jest często kulą u nogi. Szpital prywatny z założenia jest nastawiony na przynoszenie zysków. Właściciel nie pozwoli sobie na jakiegokolwiek zadłużenie (oczywiście poza bankowym). Nawet jeśli jest instytucją *non profit*, zyski przeznaczone będą na inwestycje w infrastrukturę, a więc podniesienie jakości. Warto też podkreślić, że w jednostkach prywatnych nie obowiązują rygorystyczne przepisy choćby w zakresie ustawy o zamówieniach publicznych, a na strategiczne decyzje dyrektora nie mogą wywierać wpływu związki zawodowe. Należy ponadto podkreślić, że szpital publiczny podlega określonym ograniczeniom w zarządzaniu, koniunkturalizmowi regionalnej polityki, czasem partykularnym interesom grup nacisku. Rada społeczna szpitali może się składać z osób, które nie znają bliżej zagadnień związanych z zarządzaniem szpitalami. W prywatnych podmiocie medycznej funkcjonowałyby profesjonalna rada nadzorcza, biorąca prawną współodpowiedzialność za zarządzanie. Reasumując – prywatny szpital może być lepiej zarządzany, ale mimo wszystko należy pozostawić minimalne zaplecze publiczne, które będzie zapewniać bezpieczeństwo zdrowotne, zwłaszcza w mniej rentownych dziedzinach medycyny i niezbyt lubianych przez sektor prywatny. ■

przez NFZ. Dowodem mają być dane świadczące o poziomie wykorzystania bazy czy wielkości oferty niepublicznych szpitali w porównaniu z wielkością kontraktu, przy jednocześnie wyższym standardzie usług.

Niewątpliwie istnieje ogromny problem w procesie kontraktowania. Wbrew jednak temu, co twierdzą przedstawiciele niepublicznych szpitali, główny akcent należy położyć nie na równoprawne traktowanie publicznych i niepublicznych szpitali. Prawdziwym problemem jest brak jakiegokolwiek logicznego, planowego i spójnego systemu kontraktowania. Ewentualne nierównoprawne traktowanie jest pochodną tego problemu, a nie problemem zasadniczym. Znaną prawdą jest fakt, że w większości wypadków od lat szpitali dostają kontrakt taki sam, jak w roku poprzednim, powiększony ewentualnie o mały procent. Sporadycznie zdarzające się nadwyżki są przeznaczane w ramach uznania płatnika na określony rodzaj świadczeń. W ten sposób na rynek nie tylko nie są wpuszczane nowe podmioty, ale i te istniejące nie notują zasadniczych zmian w wielkości kontraktu (kłaniają się tu podnoszone re-

„ Mając określoną infrastrukturę i będąc jednocześnie skazanymi wyłącznie na publicznego płatnika, szpitali nie mają żadnej możliwości zwiększania efektywności ”

zerwy czasu pracy po godz. 15.00). I to bez względu na jakość usług, kompleksowość oferty, długość oczekiwania, ocenę pacjentów itd. Fundusz nie podejmuje trudu wyeliminowania z rynku szpitali nieefektywnych, mających słabą infrastrukturę i ograniczoną ofertę (choć podkreślić trzeba, że publicznie nikt od niego tego nie wymagał). Prawda jest więc taka, że nie tylko prywatne, ale i wiele publicznych jednostek ma problem z uzyskaniem satysfakcjonującego kontraktu.

Spijanie śmietanki

Oddzielną sprawą jest brak ostatecznej wizji systemu służby zdrowia i miejsca prywatnych podmiotów – czy mają być równoprawnym elementem systemu (z takimi samymi

prawami, ale i obowiązkami), czy też mają go tylko uzupełniać.

Jeżeli mają stanowić równoprawny element systemu, konieczne jest wprowadzenie mechanizmu zapobiegającego efektowi tzw. *cream-skimming*, czyli wybierania najbardziej *dochodowych* pacjentów (notabene ten ostatni problem dotyczy nie tylko szpitali niepublicznych, ale i wielu publicznych). W jednym z wywiadów prezes stowarzyszenia szpitali niepublicznych przyznał, że placówki te *omijają procedury, które są idiotycznie, nierynkowo wyliczone*. Publiczny szpital takiego komfortu nie ma. W prowadzonym przez nas szpitalu często wykonywane są procedury zabiegowe, w których koszt środka technicznego aplikowanego pacjentowi przewyższa przychód, o pozostałych kosztach leczenia tego pacjenta nie wspominając.

Spijanie śmietanki jest problemem nie tylko polskim. W raporcie przygotowanym przez firmę doradcą *PricewaterhouseCoopers HealthCast 2020* uznano ten problem za jedno z największych niebezpieczeństw dla stabilności systemu ochrony zdrowia, opartego na zachętach fi-

„ Jeżeli nzo-y mają być równoprawnym elementem systemu, konieczne jest wprowadzenie mechanizmu zapobiegającego efektowi tzw. *cream-skimming*, czyli wybierania najbardziej dochodowych pacjentów „

nansowych (np. w Polsce płatność za procedurę). Konieczne jest w związku z tym określenie przez NFZ w warunkach kontraktowania wpływu kompleksowości czy zakresu oferty jednostki na jej ocenę.

Angielski model

Możliwe jest również przyjęcie innego wariantu, tj. uzupełniania przez jednostki prywatne systemu publicznego. Model taki przyjęli Anglicy. Podpisują oni z podmiotami prywatnymi umowy na wykonywanie procedur deficytowych i tylko dla osób dobrze rokujących (czym innym jest szeroko stosowane w Anglii partnerstwo publiczno-prywatne w celu przeprowadzenia określonych inwestycji). W ten sposób powstają jednostki prywatne, często-

Wojciech Przybylski, dyrektor Szpitala Powiatowego w Końskich



Szpital publiczny może równie dobrze funkcjonować, jak prywatny. Każdy z nich powinien być bardzo dobrze zarządzany. Są jednak pewne uwarunkowania, utrudniające sprawne zarządzanie szpita-

„ Szpital należy traktować jak przedsiębiorstwo, które wykonuje specyficzny rodzaj usług, podlegających jednak mechanizmom rynkowym i ekonomicznym „

lem publicznym. Po pierwsze – brak realnego właściciela. Organ założycielski, czyli samorząd nie pełni swojej funkcji właścicielskiej zarówno ze względu na brak funduszy na prowadzenie szpitala, jak i brak przygotowania merytorycznego. Samorząd jest także instytucją polityczną, gdzie ścierają się różne poglądy. Radni realizują często interesy nie zawsze zgodne z potrzebami zdrowotnymi danego regionu czy szpitala. Są laikami, nie znają się na zarządzaniu służbą zdrowia, a co gorsze – próbują w szpitalu rozgrywać swoje interesy prywatne i polityczne. Warto też podkreślić, że ze względu na uwarunkowania prawne podejmowanie decyzji inwestycyjnych, strategicznych czy marketingowych bardzo się wydłuża. Zdarza się, iż samorządy blokują przekształcenia ze względu na rolę, jaką szpital odgrywa w regionie (często jest największym pracodawcą). Jednocześnie ich decyzje nie zawsze są merytoryczne. Utrudnione jest ponadto pozyskiwanie przez publiczny zakład pieniędzy. Wynika to z tego, że samorząd musi poręczać kredyty szpitala. A jest to niezwykle utrudnione ze względu na to, iż realizując zadania z funduszy Unii Europejskiej, samorządy tracą możliwości kredytowe. Innym istotnym utrudnieniem w funkcjonowaniu szpitala publicznego jest brak możliwości sprzedawania usług medycznych. Szpital, którym kieruję, może zarabiać, bo wykonuje świadczenia deficytowe, np. operacje zaćmy, zabiegi z chirurgii naczyniowej czy wysoko specjalistyczne zabiegi ortopedyczne. Aby usprawnić zarządzanie, należy przekształcić szpitale w spółki prawa handlowego. Powinny one być normalnymi przedsiębiorstwami, które będą działały na podstawie kodeksu spółek handlowych, z wszelkimi konsekwencjami wynikającymi z samodzielnego funkcjonowania. Mogą one być organizacjami *non profit*, a ewentualny zysk winny przekazywać na rozwój firmy lub inwestowanie w pracowników. W celu usprawnienia zarządzania zakładem publicznym, powiązania wyniku działalności z rachunkiem ekonomicznym, struktura zarządzania musi być zmieniona tak, aby decyzje zapadały szybko. Wiąże się to z tańszym, sprawniejszym funkcjonowaniem szpitali. Obecna funkcja rady społecznej organu założycielskiego nie ułatwia szybkich zmian i sprawnego zarzą-

dzania. Próbą sprawnego zarządzania było wprowadzenie na początku reformy kontraktów menedżerskich, które miały zwiększyć rolę kierowników, usprawnić zarządzanie, powiązać ocenę zarządzania z wynikami szpitala. W zarządzaniu placówką medyczną ważna jest zarówno stabilizacja kadry zarządzającej, jak i wieloletnia perspektywa zarządzania – co najmniej na 6–10 lat. Szpital należy traktować jako przedsiębiorstwo, które wykonuje specyficzny rodzaj usług, podlegających jednak mechanizmom rynkowym i ekonomicznym. ■



Elżbieta Makulska-Gertruda,
dyrektor Samodzielnego Szpitala Klinicznego
im. prof. Witolda Orłowskiego,
Centrum Medycznego Kształcenia
w Warszawie

Mój szpital ma uregulowaną sytuację prawną, bo jesteśmy właścicielami gruntów i budynków. Ale to nie zmienia sytuacji

„ Co to za rynek, gdy jest tylko jeden ubezpieczyciel?
Gdybym mogła podpisać umowę przynajmniej
z dwoma czy trzema ubezpieczycielami,
szpitala nie trzeba by przekształcać w spółkę „

przy pozyskiwaniu kredytu. Zgodę musi wyrazić organ założycielski.

Niestety, między dyrektorem a przedstawicielami organów założycielskich powstaje ogromna przepaść ze względu na niedoinformowanie tych ostatnich w kwestiach bankowo-finansowych. Wytłumaczenie, na jakich zasadach będzie brany kredyt, graniczy z szaleństwem. Niektóre szpitale warto by było przekształcić chociażby w spółkę prawa handlowego, jednak muszą także pozostać szpitale utrzymujące się z dotacji. Jednak tak naprawdę wielkim problemem jest nieuregulowany przez rząd problem rynku ubezpieczeń. Dlatego m.in. czuję się ograniczona, jeśli chodzi o sprawy finansowe. Dzisiaj najczęściej dyrektorem szpitala jest ekonomista albo medyk, który skończył studia ekonomiczne. Większość z tych ludzi wie, gdzie szukać pieniędzy, aby poprawić kondycję swojej placówki. Jednak, jeśli raz na zawsze nie rozwiążemy problemu rynku ubezpieczeń zdrowotnych, nie przestaniemy działać w warunkach ograniczeń. Bo co to za rynek, gdy jest tylko jeden ubezpieczyciel i nazywa się NFZ? Gdybym mogła podpisać umowę przynajmniej z dwoma czy trzema ubezpieczycielami, szpitala nie trzeba by przekształcać w spółkę. ■

króć monoprowizyjne, specjalizujące się w określonym rodzaju zabiegów (operacji katarakty, stawu biodrowego) lub wykonujące określoną diagnostykę (głównie badanie rezonansem magnetycznym). Założeniem jest, że jednostki te nie mają konkurować z podmiotami publicznymi, a tylko uzupełniać i odciążać je (inna sprawa, że szpitale publiczne mają na tę sytuację inne spojrzenie niż płatnik – PCT).

Obojętne, jaki model zostanie zastosowany, niezwykle ważne jest, by w wizji systemu wskazać rolę jednostek niepublicznych. Obec-

„ Szpitale publiczne nie są wzorem zarządzania. Ale ich ocena na podstawie wydumanych wskaźników czy nietrafionych porównań nic nie wnosi do poprawy polskiego systemu opieki zdrowotnej „

na sytuacja, gdy jednostki niepubliczne koncentrują się na najbardziej dochodowych procedurach (dializy, procedury kardiologii inwazyjnej, diagnostyka obrazowa, chirurgia jednego dnia) i mogą w tym zakresie wyręczać jednostkę publiczną, która zostaje z najmniej dochodowymi zakresami działalności, może prowadzić w dłuższym okresie do patologii. Nie jest bowiem tajemnicą, że tylko dzięki dochodowym oddziałom publiczne szpitale mogą finansować działalność oddziałów generujących straty. Kiedy zabraknie *działań* generujących dochód i jednostki publiczne zostaną tylko z działalnością, do której trzeba dokładać, to w myśl powiedzenia, że z pustego i Salomon nie należy, działalności prowadzić nie będą mogły.

Wydumane wskaźniki

Ostatnio samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są przeciwstawiane już nie tylko jednostkom prywatnym (zoz, którego założycielem jest spółka mająca prywatnych akcjonariuszy), ale też niepublicznym zoz-om, których właścicielem jest samorząd.

Z publikacji prasowych wynika, że wystarczy zmienić formę prawną działalności i świat staje się piękniejszy. (...) *Aby lepiej wykorzystać możliwości placówki, zwykle wystarczy przekształcić ją w spółkę, bo skala marnotrawstwa w szpitalach publicznych jest olbrzymia, sięga od 40 do 60*

proc. wszystkich funduszy. Tego typu absurdalne zarzuty, nie oparte na żadnych badaniach (chyba że na podstawie obserwacji sąsiada, który przecież widział, że pielęgniarka nie miała nic do pracy), dezawuuują pracę setek tysięcy zatrudnionych w szpitalach. Odnosząc się natomiast wprost do oceny formy prowadzenia działalności, podkreślić należy, że wyższość formy spółki prawa handlowego nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej nie może budzić najmniejszych wątpliwości. Nie oznacza to natomiast, że sama forma organizacyjna jest lekiem na całe zło, a takie wrażenie można odnieść po lekturze prasy. Dlatego należy obalić mity kreujące nieprawdziwy obraz przewagi publicznego nzoż nad publicznym szpocz.

Mit pierwszy

Zakład opieki zdrowotnej prowadzony przez spółkę, której właścicielem jest samorząd jest bardziej efektywny, gospodarny itd. od szpocz. Stwierdzenie to budzi najbardziej oczywisty sprzeciw. Trudno bowiem znaleźć bodaj jeden argument, który miałby wpływ na to, że nagle zmienia się rentowność zakładu działającego w tych samych budynkach, z tymi samymi pracownikami i z tym samym kontraktem (istniejąca w tej sytuacji możliwość świadczenia usług odpłatnych ma marginalny wpływ na przychody). Inna sprawa, że w rzeczywistości częstokroć zmiana formy prawnej, poprzedzonej likwidacją szpocz towarzyszy redukcją zatrudnienia i oddłużeniu zakładu, co w następstwie przekłada się na wyniki. Do tych działań nie jest jednak potrzebna zmiana formy działalności, a co za tym idzie, nie można tego podawać jako argumentu w dyskusji.

Mit drugi

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej ma właściciela, a co za tym idzie, jest podmiot odpowiedzialny za funkcjonowanie zakładu, któremu bardziej zależy, przez co też bardziej się angażuje i kontroluje. Prawda jest taka, że forma szpocz i towarzyszący jej status organu założycielskiego nakłada na samorząd wielokrotnie większą odpowiedzialność za sytuację zoz niż prowadzenie go za pomocą spółki prawa handlowego. Odpowiedzialność finansowa samorządu w momencie konieczności pokrycia zobowiązań szpocz jest pełna (wg dostępnych danych można ocenić, że np. zobowiązania szpocz prowadzonych przez samorząd województwa lubuskiego są większe od jego budżetu, co

Krystyna Płukis, dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim

Na efektywność szpitala, niezależnie od tego, czy jest on państwowy, czy prywatny, składa się wiele czynników wewnętrznych i zewnętrznych. W publicznym szpitalu dyrektor ma na nie jednak



foto: Archiwum

„ Na temat mitu prywatnych jednostek, rzekomo lepszych od szpocz-ów, będę rozmawiać wówczas, gdy powstanie co najmniej kilkanaście szpitali wieloprofilowych, mających przynajmniej 150 łózek „

minimalny wpływ. W mniejszym stopniu dotyczy to dyrektora szpitala prywatnego. Aby sytuacja jednostek publicznych zmieniła się, trzeba zwiększyć samodzielność dyrektora, np. w pozyskiwaniu kredytu (skoro i tak jednoosobowo odpowiada za gospodarkę finansową placówki). Należy także umożliwić pobieranie opłat za usługi medyczne – tak jak to czynią nzoż-y. Szpitale powiatowe powinny być przekazane urzędowi marszałkowskiemu. Należy też wprowadzić ograniczenia, a w niektórych wypadkach zwiększyć wymagania przy rejestracji nowych zakładów zdrowotnych (uzyskanie pozytywnej opinii płatnika, organu odpowiedzialnego za regionalną politykę zdrowotną). Ponadto bardzo ważne jest, by wyeliminować w przepisach prawnych dublowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia realizowanych przez poszczególne organy administracji rządowej i samorządowej (jasny i klarowny podział tych zadań, uprawnień i odpowiedzialności). Niezbędne jest wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i koszyka świadczeń gwarantowanych. Urealnione powinny zostać rzeczywiste koszty leczenia, np. poprzez zwiększanie co roku wartości ceny punktowej przy zastosowaniu wskaźnika określonego przez GUS. Należy ograniczyć procedury biurokratyczne związane z pozyskiwaniem funduszy publicznych i skrócić terminy płatności za usługi medyczne. To tyle, jeśli chodzi o sytuację jednostek publicznych i ich działania na rynku usług medycznych. Na temat mitu prywatnych jednostek, rzekomo lepszych od szpocz-ów, zacznę rozmawiać wówczas, gdy powstanie co najmniej kilkanaście szpitali wieloprofilowych (mających przynajmniej 150 łózek), w których będzie funkcjonował np. oddział intensywnej terapii. Szpital Zachodni w Grodzisku Mazowieckim jest nowym obiektem, więc może konkurować z prywatnymi placówkami. Różnimy się tylko brakiem prawnej możliwości pobierania opłat za świadczenia usług medycznych zakontraktowanych przez NFZ. Gdyby ta przeszkoda formalnoprawna została usunięta, podmioty prywatne odczułyby tę zmianę w sposób dotkliwy. Jest to jedyny, w mojej ocenie, nasz słabszy punkt. ■

Małgorzata Wawrzyniak

w oczywisty sposób zagraża jego działalności). Natomiast w wypadku spółki prawa handlowego upadłość wiąże się z odpowiedzialnością do wysokości wniesionego do spółki majątku. Można natomiast dodać, że gdyby spzoz podlegały procedurze upadłości od początku reformy z 1999 r., nie doszłoby do narośnięcia tak gigantycznego zadłużenia. Być może w kilkadziesiąt wypadkach doszłoby do procedury upadłościowej, jednakże jej sprawne przeprowadzenie pozwala w praktyce na prowadzenie bez żadnej przerwy działalności statutowej.

Mit trzeci

Działalność w formie spółki prawa handlowego umożliwia sprawniejsze zarządzanie zoz. W tym twierdzeniu jest najwięcej prawdy, jednak też

zakładu na dobór najważniejszych współpracowników, który w przypadku spzoz jest mocno ograniczony (powołanie ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych w drodze konkursu przez komisję niezależną od kierownika zakładu).

Uczciwa konkurencja

Polski system ochrony zdrowia najkrócej można scharakteryzować stwierdzeniem, że żadnego systemu nie ma. Jedyne systemowe działania, jakie są podejmowane, to te, które mają na celu utrudnienie życia wszystkim uczestnikom systemu.

Najpierw należy więc określić status niepublicznych jednostek i ich rolę w systemie, ich prawa i obowiązki. Wiele postulatów przedstawicieli prywatnych podmiotów jest słusz-

” Najpierw należy określić status niepublicznych jednostek i ich rolę w systemie, ich prawa i obowiązki. Konieczne jest jednak stworzenie płaszczyzny, umożliwiającej uczciwą konkurencję spzoz-ów i nzoz-ów ”

nie do końca. Zakres uprawnień kierownika zakładu i prezesa spółki określają z jednej strony statut jednostki, a z drugiej ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i kodeks spółek handlowych. Organami nadzorującymi są odpowiednio rada społeczna i rada nadzorcza. I to od uregulowań statutowych, a także od przyznaných upoważnień, zależy rzeczywista samodzielność kierownika zakładu lub prezesa spółki. Może się zdarzyć, że rygory statutowe spółki krępują działalność prezesa znacznie bardziej niż kierownika zakładu. W praktyce jednak to rzeczywiście kierownik zakładu jest zazwyczaj organem znacznie bardziej skrępowanym w swoich decyzjach.

Wydaje się zatem, że największą różnicą, jeśli chodzi o zarządzanie, jest wpływ kierownika

nych. Zdrowa konkurencja z ich strony może systemowi ochrony zdrowia tylko pomóc. Wzory zarządzania i organizacji tych jednostek dla wielu szpitali mogą być inspirujące. Konieczne jest jednak stworzenie płaszczyzny, umożliwiającej uczciwą konkurencję z obu stron. Przydałoby się również zakończenie etapu rzucania oskarżeń czy też raczej oszczerstw, i przejście do merytorycznej dyskusji, jak zabezpieczając interes pacjenta, zapewnić mu jak najwyższy standard usług.

*dr n. med. Krystyna Mackiewicz jest dyrektorem Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu
Stanisław Szczepaniak jest zastępcą dyrektora ds. ekonomicznych*



Oszczędzaj czas
Zamów prenumeratę przez Internet: www.termedia.pl

lub
skontaktuj się z naszym konsultantem:
prenumerata@termedia.pl
tel. +48 61 822 77 81 wew. 24