

# Tonący REFORMY się chwyta

PATRYK FILIPIAK



W Polsce na koniec 2021 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych na ok. 38,1 mln mieszkańców, z czego 428 w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Szpitalnictwo od lat zmagają się z problemami finansowymi – jego ogólne zadłużenie wynosi ok. 17,0 mld zł, z czego ok. 1,7 mld zł to zobowiązania wymagalne (z uwagi na ustawy termin zamykania ksiąg rachunkowych w 2021 r. – do końca marca br. – dane z końca 2021 r. mogą się zmienić). Obecnie SPZOZ nie podlegają procedurze upadłościowej, a sądowe postępowania restrukturyzacyjne nie są dostosowane do ich potrzeb i nie są wykorzystywane. Wierzyciele mają więc pewność, że tak czy inaczej odzyskają swoje pieniądze. W praktyce, jeśli szpital popadł w kłopoty płynnościowe, to może zawrzeć dwustronną umowę, mocą której dochodzi do oprocentowanego rozłożenia zobowiązań na raty lub też do pozyskania nowego finansowania na spłatę starego długu. Powoduje to narastanie kosztów obsługi zobowiązań finansowych, co pogarsza wynik szpitala. Wszystko to sprawia, że mechanizm wzrostu zadłużenia nie ma naturalnych dla obrotu gospodarczego limitów i barier w postaci oceny ryzyka kontraktowego lub kredytowego przez dostawców produktów, usług bądź kapitału. W efekcie od 2010 r. ogólny dług sektora publicznego szpitalnictwa wzrósł o 60 proc.

Problemem jest także brak skoordynowanego zarządzania szpitalami – większość stanowi własność samorządów terytorialnych aż trzech stopni (miasta, powiatu, województwa), a część należy do uczelni, ministerstw, instytutów badawczych. Często na tym samym obszarze dochodzi do konkurowania jednostek

publicznych nie tylko o pacjentów, lecz także o kluczowych dla ochrony zdrowia lekarzy i pielęgniarki. Przy publicznym finansowaniu świadczeń zdrowotnych oznacza to, że bardzo ograniczone zasoby nie są wykorzystywane w stu procentach i są marnowane. Rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń. System ochrony zdrowia jest zatem przeciążony, a dodatkowo negatywnie wpłynęła na niego pandemia COVID-19.

Kolejny problem to rozproszenie i brak standaryzacji w przetwarzaniu informacji, co pozwoliłoby efektywniej określić lokalne potrzeby zdrowotne oraz dostosować do nich zasoby finansowe, operacyjne i infrastrukturalne. Centralizacja zarządzania danymi uniemożliwiłaby dublowanie inwestycji prowadzonych przez podmioty działające na tym samym terenie, a mające różnych właścicieli.

## Na ratunek – reforma

W tej sytuacji rząd zaproponował reformę, która z jednej strony wdroży procedury restrukturyzacji finansowej, a z drugiej strony będzie dawała możliwości zmiany profilu, konsolidacji, a także usprawnienia i ujednolicenia procedur zarządzania. Wprowadzono cztery kategorie podmiotów (od A do D) kwalifikowanych wedle ustawowych wskaźników finansowych (między innymi wskaźniki rentowności oraz płynności). W kategoriach C i D, które obejmują szpitale w gorszej kondycji ekonomicznej, będzie można wprowadzić władczo działania naprawczo-rozwojowe. Nowo powołana Agencja Rozwoju Szpitali (ARS) będzie mogła dla nich ustanowić nowego dyrektora, wprowadzić

„Szpitalnictwo od lat zмага się z problemami finansowymi – jego ogólne zadłużenie wynosi ok. 17,0 mld zł, z czego ok. 1,7 mld zł to zobowiązania wymagalne”



profesjonalny zarząd kryzysowy i zrealizować niezbędne działania naprawcze.

Działania te będą obejmować w szczególności:

- przeprofilowanie poprzez likwidację niepotrzebnych na danym terenie zakresów świadczeń leczniczych – obecnie w wielu mniejszych ośrodkach działają wielospecjalistyczne szpitale, które spełniają potrzeby zbyt małej grupy pacjentów, aby robić to efektywnie finansowo oraz na najwyższym poziomie bezpieczeństwa medycznego, konieczna jest zatem konsolidacja, ale przy zachowaniu dostępności usług dla społeczności lokalnych;
- usprawnienie wewnętrznych procedur zarządczych, w tym dotyczących kadr, poprzez redukcję zatrudnienia, również pracowników podlegających ustawowej ochronie;
- wprowadzenie wspólnych dla wielu podmiotów systemów zakupowych;
- odstąpienie od nierentownych kontraktów oraz bardziej efektywne wykorzystanie majątku poprzez zbycie zbędnych aktywów.

Szpital będzie mógł także zaproponować układ z wierzycielami w celu restrukturyzacji zadłużenia. W ramach prac zespołu ministra zdrowia konieczne było odejście od klasycznych zasad obowiązujących od 6 lat w ustawie Prawo restrukturyzacyjne. SPZOZ-y nadal nie będą mogły zbankrutować, a zatem wierzyciele nie będą mieli naturalnego punktu odniesienia w postaci potencjalnego poziomu zaspokojenia w upadłości przy likwidacji majątku przez syndyka. Układ określający warunki spłaty zobowiązań, w tym ich rozłożenie na raty lub redukcję, będzie przedmiotem głosowania. Zostanie przyjęty, jeśli wypowie się za nim większość 2/3 wartości wierzytelności oraz więcej niż połowa wierzycieli. Ustalono zatem, że w razie braku zgody na układ niektórych grup wierzycieli, wierzyciele, którzy się sprzeciwiają, dostaną jednorazową spłatę w wysokości, która odpowiadałaby ich zaspokojeniu w ramach fikcyjnego postępowania egzekucyjnego, czyli w kwocie odpowiadającej egzekucyjnej wartości majątku SPZOZ. Spłata ta będzie zabezpieczona przez ARS, ale będzie

zapewne znacznie niższa niż spłata układowa. Dodatkowo szpital będzie spłacał tych wierzycieli w 5 lat w wysokości dostosowanej do swoich możliwości finansowych.

Postępowanie będzie prowadzone w zasadniczej części bez udziału sądu, pod nadzorem licencjonowanego doradcy restrukturyzacyjnego. Dopiero po głosowaniu układ będzie przedstawiany sądowi do weryfikacji i zatwierdzenia. Czynności te będzie wykonywał specjalnie w tym celu powołany nowy wydział Sądu Okręgowego w Warszawie.

Odpowiedzialność za przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego w kategoriach C i D weźmie nadzorca podmiotu szpitalnego wyznaczony przez ARS. Będzie to osoba z odpowiednim doświadczeniem w zarządzaniu ochroną zdrowia lub posiadająca licencję doradcy restrukturyzacyjnego oraz doświadczenie w prowadzeniu restrukturyzacji sądowych. Jeśli w planie zostanie przewidziane przeprofilowanie lub restrukturyzacja zatrudnienia, to będzie on podlegał weryfikacji sądowej, co ma chronić prawa jednostek samorządu oraz pracowników. W kategoriach A i B plan rozwojowy przygotowuje dyrektor SPZOZ lub zarząd spółki prawa handlowego prowadzącej szpital. W obu przypadkach plan będzie konsultowany z podmiotem tworzącym oraz prezesem NFZ i zatwierdzany przez prezesa ARS. Za wykonanie planów odpowiada podmiot szpitalny (dyrektor lub zarząd).

Agencja Rozwoju Szpitali utworzy także system nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi, w ramach którego szpitale otrzymają wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie. Kluczowe dla reformy ma być podnoszenie kwalifikacji zarządczych kadry menedżerskiej – zbyt często jeszcze czerpie ona głównie z doświadczeń medycznych.

Ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa ma zostać przyjęta w trzecim kwartale 2022 r. Przeszła już etap uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych i została skierowana do opinii Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu.

Dr Patryk Filipiak, kwalifikowany doradca restrukturyzacyjny z Filipiak Babicz Legal