

Zmieniamy stolicę

Rozmowa z wiceprezydentem Warszawy
Jarosławem Kochaniakiem

Zacznijmy od stanu posiadania Warszawy. Ile placówek ochrony zdrowia podlega prezydentowi miasta?

Trzydzieści – 10 szpitali, 15 zakładów leczenia otwartego, 3 opiekuńczo-lecznicze i 2 leczenia uzależnień. Część majątku nieruchomego nie jest własnością tych placówek, a w wielu przypadkach nawet miasta. Korzystają z niego bez umowy, bądź na zasadzie przekazania w użytkowanie. Sytuacja naszych placówek jest więc trudna. Ponadto zakłady dysponują majątkiem ruchomym, którego zakup był finansowany z dotacji miasta. Jest to zarówno sprzęt nowy, w dobrym stanie, jak i wyeksploatowany. Należy go zinventaryzować i zrobimy to przy okazji przekształceń. Dlaczego to ważne? Ponieważ bywało, że jednostka otrzymała pieniądze od miasta, kupiła urządzenia, a następnie wstawiono je do piwnicy i nie są wykorzystywane. Reasumując – ten proces potrzebny jest też po to, byśmy mogli dokonać przeglądu majątku.

Celem powołania spółki miejskiej nie jest chyba inwentaryzacja?

Chcemy się stać pełnoprawnym właścicielem tego majątku, a nie tak jak teraz – założycielem podmiotów, które nim dysponują. Dajemy pieniądze, wspieramy zakłady, ale nie mamy pełnego nadzoru nad sposobem zarządzania majątkiem publicznym. Jednocześnie, co równie ważne, przekształcenia mają dać zakładom lepsze możliwości funkcjonowania na rynku usług medycznych.

Są jednak różne sposoby przekształceń – można zlikwidować wszystkie spzoz-y i utworzyć z nich spółki kapitałowe lub komunalne, można również powołać spółkę, która będzie zarządzała wszystkimi lub wybranymi placówkami. Jest jeszcze kilka innych rozwiązań.

Warszawa różni się od pozostałych miast Polski wielkością i liczbą zakładów. Zaden inny samorząd nie jest organem założycielskim aż tylu podmiotów. Stolica jest poza tym w o tyle specyficznej sytuacji, że jest tu siedem organów założycielskich. To również powoduje, że kreowanie polityki zdrowotnej miasta jest utrudnione. Naszych 10 szpitali to mniej niż 1/3 działających w mieście. Na politykę zdrowotną mają zatem wpływ decyzje innych organów założycielskich, przy czym dla mieszkańca każdy szpital jest warszawski, nie rozróżnia on tak wielu właścicieli.

Uznaliśmy, że formuła spzoz nie jest dobra. Moglibyśmy oczywiście przekształcić kolejno 30 spzoz-ów w 30 spółek prawa handlowego. Tylko, co nam to da? Nadzór będzie tak samo trudny, a ponadto będziemy mieć 30 zarządów i 30 rad nadzorczych. Koszty będą więc wyższe niż dziś. Koordynacji nie będzie, bo każdy podmiot będzie sam funkcjonował, nie będziemy mogli

osiągnąć efektów synergii – wspólnych zamówień, wspólnego kontraktowania, wspólnego planowania zakupów, co jest możliwe w większym organizmie, a przy takim rozdrobnieniu nie da się tego zrobić. Taki sposób przekształcenia spowodowałby, że podmioty, które dziś sobie dobrze radzą, najprawdopodobniej też by sobie dobrze radziły, natomiast te słabsze ponownie popadłyby w długi. Uznaliśmy więc, że jeśli chcemy wzmocnić nadzór miasta jako właściciela, potrzebujemy mniejszej liczby silniejszych podmiotów. Będą wtedy miały większą siłę negocjacyjną wobec dostawców i większą zdolność kredytową. Także NFZ woli kooperować z silniejszymi i większymi podmiotami. Wówczas ryzyko upadku jest mniejsze. Doszliśmy więc do wniosku, że proste przekształcenie 30 spzoz-ów w 30 spółek

„Obrona każdego miejsca pracy za wszelką cenę stwarza zagrożenie dla całego zakładu”

nie ma sensu. Na drugim biegunie znalazła się nasza propozycja do dyskusji – powstanie jednej, dużej spółki, co wyeliminowałoby wszystkie wcześniej wspomniane problemy, a nam ułatwi jej nadzorowanie. Będzie ona mogła także negocjować lepsze kontrakty z NFZ, oraz większe upusty na leki czy inne usługi.

Naszym zadaniem jest taka organizacja miejskiego systemu ochrony zdrowia, by osiągnąć maksimum korzyści z naszego stanu posiadania. Nie da się ich uzyskać obecnie. Nie chcemy też przeprowadzać przekształceń w sytuacji przymusowej, co było udziałem wielu samorządów.

Jak można koordynować taką strukturę, skoro duże szpitale wieloprofilowe, jak Szpital Wolski czy Bielański, działają wg innych reguł niż szpital ginekologiczno-położniczy, a przychodnie czy zakłady opiekuńczo-lecznicze wg jeszcze innych? Inne są ryzyka dla tych wszystkich podmiotów. Wątpię, czy czapa nad nimi cokolwiek usprawni...

To jest ryzyko. Dostrzegamy je jednak i będziemy proponować takie rozwiązania, które spowodują, że będzie ono będzie minimalne.

Jakie to rozwiązania?

Składam się ku temu, żeby nie był to jeden podmiot. Na pewno nie będzie to 30, ale i nie jeden. Na tym etapie przygotowań nie mogę jeszcze niczego powiedzieć.

Wie pan, czego najbardziej obawiają się pracownicy tych dobrze prosperujących placówek? Że te zadłużone pociągną je w dół...

To często wysuwany argument. Mogę go nawet rozszerzyć – mówi się, że zakłady niezadłużone będą ponosić koszty obsługi długu Szpitala Praskiego czy Na Solcu. Wszyscy mówią: przeszliśmy restrukturyzację, ponieśliśmy jej koszty, u nas często są niższe wynagrodzenia i dlatego mamy ponosić koszty, chociaż nie ponosimy za nie winy? Przyjmuję ten argument, choć nie do końca się z nim zgadzam. Chcielibyśmy w pewnym sensie rozdzielić placówki w lepszej sytuacji od tych, które znalazły się w sytuacji fatalnej. Nie ulega przecież wątpliwości, że w placówkach zadłużonych proces zmian będzie znacznie dłuższy i trudniejszy. Te zakłady mają proces restrukturyzacji przed sobą. Będą musiały więc liczyć się z wyższymi kosztami zmian, także kadrowymi. Zdarza się w nich, że koszty płac to równowartość rocznego kontraktu z NFZ! To nie jest dobra sytuacja. Miasto będzie tym placówkom oferowało pomoc, ale pod warunkiem, że same przygotowują plan naprawczy i będą zdeterminowane, by go wykonać.

A jeśli się nie da? Jeśli załogi tych placówek nie będą chciały ponosić tych kosztów?

Ochrona zdrowia kieruje się racjami innymi niż tylko ekonomiczne, ale nie może funkcjonować w oderwaniu od realiów ekonomicznych.

Ale te realia ekonomiczne są takie, że brakuje zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, i jeśli pracodawca nie ma pieniędzy na godziwe wynagrodzenia, znajdą pracę gdzie indziej, zwłaszcza że sektor prywatny w Warszawie jest rozbudowany.

Zgadzam się, że brakuje i lekarzy i pielęgniarek pewnych specjalności. Nie jest jednak jedynie problemem miejskich zakładów opieki zdrowotnej. Nie jest już tak, że lekarze nie zarabiają dobrze. Niektórzy mają nawet 30 tys. zł miesięcznie. Jestem ostatnią osobą, która będzie takie płace wytykać, niech zarabiają więcej. Jednak jeśli szpital tonie w długach i jego wynik finansowy jest ujemny, a pensje są bardzo wysokie, to coś jest nie w porządku. Musimy powiązać wynagrodzenia z wynikiem finansowym i dostosować je do możliwości szpitala. Kolejnym problemem w najbardziej zadłużonych placówkach jest udział personelu niemedycznego w ogólnej liczbie pracowników. W dobrych zakładach personel niemedyczny stanowi poniżej 10 proc., a w zadłużonych sięga 30 proc. Można więc znaleźć rezerwy po stronie personelu niemedycznego. Koncepcja spółki, która grupowałaby kilka zakładów, ma służyć temu, by ograniczyć koszty tam, gdzie można i trzeba – przede wszystkim w administracji. Po stronie niż-

szego personelu medycznego także są pewne rezerwy. To zadanie dyrektorów, by dokonać przeglądu, a poza tym szukać oszczędności we wszystkich obszarach działalności. Podkreślam więc, że nie może być to być jedynie proste cięcie liczby pracowników. Mam też nadzieję, że związki zawodowe będą akceptować to, że obrona każdego miejsca pracy za wszelką cenę może stwarzać zagrożenie dla całego zakładu.

Jak technicznie będzie wyglądała ta operacja?

Można to zrobić albo poprzez likwidację spzoz-ów, co jest trudne i skomplikowane, albo zostaną uchwalone przygotowane przez Platformę Obywatelską ustawy, przewidujące prostszy sposób przekształceń. Moglibyśmy wówczas przystąpić do przekształcenia jednorazowo wszystkich zakładów. Jeśli musielibyśmy dokonywać przekształceń wg obecnego prawa, taki ruch nie jest po prostu możliwy. Wówczas zmiany będą przeprowadzane etapowo.

Jak długo to potrwa?

W tej kadencji zostały nam jeszcze 2 lata. Będziemy proponować rozpoczęcie tego procesu jeszcze w tym roku i przekształcenie pierwszych zakładów w pierwszej połowie roku 2009.


Co stanie się z długiem? Przecież po likwidacji Szpitala Praskiego miasto będzie musiało wziąć na siebie jego dług?

Chcemy to zrobić inaczej. Ustawa mówi, że zobowiązania spzoz stają się w momencie likwidacji zobowiązaniami organu założycielskiego. Tego scenariusza chcemy uniknąć. Chcemy, by nowa spółka przejęła kontrakty przystępujących do niej zoz-ów, a jednocześnie pozyskała finansowanie zewnętrzne w postaci kredytu z banku, z którego będzie mogła spłacać wierzycieli poprzednich spzoz-ów. Mówiąc kolokwialnie – chcemy doprowadzić do konsolidacji zadłużenia. Taki dług będzie łatwiejszy w obsłudze, a przede wszystkim tańszy.

Rozważa pan nawiązanie współpracy z inwestorem zewnętrznym?

Obecnie nie wchodzi to w grę. Musimy najpierw ustabilizować sytuację zakładów, dokonać wyceny rynkowej ich majątku, dokapitalizować i wzmocnić finansowo. Uważam, że można to przeprowadzić bez udziału inwestorów zewnętrznych.

Warszawa to jedno z nielicznych miast, w których w gestii samorządu pozostało lecznictwo otwarte. Dlaczego nie sprywatyzowano ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?



„ Nie ma klimatu do prywatyzacji
lecznictwa otwartego „

Jest to odrębny problem zakładów lecnictwa otwartego. W ostatnich latach dobrze sobie radziły. Zdaję też sobie sprawę, że musimy uwzględniać specyfikę zakładów lecnictwa zamkniętego i otwartego. Dziś nie ma jednak klimatu do tego, byśmy mogli rozważyć przeprowadzenie prywatyzacji tych drugich, wykorzystując doświadczenia samorządów innych miast w Polsce. Działania polityczne doprowadziły do tego, że słowo *prywatyzacja* stało się wyklęte, a w służbie zdrowia stało się wręcz najgorszą obelgą. Chciałbym więc zakładom lecnictwa otwartego w nowej strukturze dać szansę na lepszy i szybszy rozwój. Nie znaczy to, że nie proponujemy daleko idących zmian. Będą one jednak wymagały uzgodnień politycznych – rady miasta przede wszystkim, ale nie tylko. Jestem zwolennikiem wykonania kilku drobnych kroków, a nie wielkiego skoku. Proszę też nie zapominać, że nie mówimy o jednym zakładzie, a o 15. Są takie, które mają 30 mln zł przychodu, a są takie, które mają 1,5 mln zł na rok. W każdym zatem przypadku trzeba podejść do problemu indywidualnie. Nasz pomysł to stworzenie podmiotu czy podmiotów oferujących kompleksową usługę – od poz, poprzez specjalisty-

kę, po szpital. Niech ten system będzie skoordynowaną strukturą! Chcemy pacjenta pozyskać, by pieniądze, które za nim – mówiąc kolokwialnie – idą, trafiały do nas. Dziś pacjent zjawia się w przychodni, jest gdzieś kierowany i tak naprawdę nie wiadomo, co się z nim dzieje. Nie chcemy, by nasze zakłady konkurowały ze sobą. One powinny się uzupełniać. Chcemy jednak stworzyć podmiot konkurencyjny, zwłaszcza wobec podmiotów prywatnych.

Obecnie nie da się prześledzić drogi pacjenta. Wszystko jest na papierze, a poza tym jedynie NFZ może taką drogę ewentualnie prześledzić i raczej nie może się tą wiedzą dzielić z miastem.

Trzeba więc zbudować system informatyczny. Jednym z elementów tej propozycji jest zatem stworzenie platformy informatycznej, która połączy zakłady po konsolidacji.

Co będzie, jak pan nie przeprowadzi żadnych zmian?

Nie przewiduję takiego scenariusza.

Rozmawiała Justyna Wojteczek