

Więcej rynku

Rozmowa z wiceministrem zdrowia
Markiem Haberem, odpowiedzialnym
m.in. za pilotowanie projektu ustawy
o zakładach opieki zdrowotnej

Jest pan zwolennikiem rynku w ochronie zdrowia?

Moje poglądy zawsze zmierzały w kierunku rynkowym. Byłem zaniepokojony, kiedy wprowadzano rozwiązania, które były zupełnie z innej bajki. Mam na myśli *ustawę 203* czy tzw. ustawę wedlowską. Nie podważam konieczności wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia, to sprawa oczywista, ale nie w taki sposób. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia z samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, który jest zobowiązany do bilansowania swojej działalności, prowadzenia w sposób zrównoważony polityki finansowej, a z drugiej, zobowiązuje się ten zakład do zrealizowania czegoś, co nie ma bezpośredniego pokrycia w funduszach, jakie otrzymuje od publicznego płatnika. Pamiętam rozmaite kombinacje mające doprowadzić do tego, by kasy chorych sfinansowały zobowiązania wynikające z *ustawy 203*, które były bez sensu. Sądzę, że należy wprowadzić więcej mechanizmów rynkowych do ochrony zdrowia, jak choćby konkurencję między świadczeniodawcami. Uważam, że nie status formalnoprawny zakładu opieki zdrowotnej decyduje o tym, czy jest on w systemie publicznym, lecz to, czy jest finansowany z pieniędzy publicznych. To, czy mamy do czynienia ze spółką, samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, jednostką budżetową czy szpitalem prowadzonym przez związek wyznaniowy to sprawa wtórna. Liczy się to, czy placówka przyjmuje reguły narzucone przez publicznego płatnika. Podpisanie umowy z nim automatycznie wprowadza taką placówkę do systemu publicznego.

Uważa pan, że forma organizacyjno-prawna zakładu opieki zdrowotnej jest kwestią wtórną, ale pracuje pan dla rządu, który twierdzi, że wszystkie szpitale powinny być spółkami.

Nie widzę sprzeczności. To, że zakładamy przekształcenie wszystkich szpitali samorządowych w spółki kapitałowe...

... Jak to tylko samorządowych, przecież mowa jest o wszystkich?

... Mówię teraz o samorządowych. Chcemy przekształcić je w formy, które są dopuszczone polskim prawem. To, co powiedziałem wcześniej, to sformułowanie uniwersalne, a teraz odnoszę się do konkretnej sytuacji w szczególnych warunkach. Spójrzmy zresztą, co dzieje się w Polsce – w Krakowie działa prywatny Szpital Bonifratrów, są samorządowe szpitale w formie spółek, niepubliczne szpitale, powstałe dzięki pieniądзом inwestorów prywatnych. Wszystkie te jednostki podpisują kontrakty z NFZ.

Ale do tej pory nikogo nie zmuszano do zmiany formuły organizacyjno-prawnej, a teraz wszystkie szpitale mają się stać spółkami kapitałowymi...



„ Dopóki proces legislacyjny się nie zakończył, dopóty istnieje możliwość zawarcia kompromisu ”

Nie zgadzam się. Mówimy tylko o samodzielnych publicznych zakładach, które mają zostać przekształcone, a przecież istnieje wiele podmiotów funkcjonujących w systemie publicznym. Niepublicznych nie będziemy przekształcać. Mówimy tylko o jednostkach publicznych. Taka jest propozycja. Pamiętajmy, że proces legislacyjny trwa i nie można w tej chwili powiedzieć, jak się zakończy.

Ale dlaczego za wszelką cenę zmieniać formę własności? Czy szpital publiczny nie może dobrze funkcjonować?

Oczywiście, że może. Jest wiele takich przykładów. Decyzja o obligatoryjności przekształceń wynika z chęci podporządkowania zasad funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej sprawdzonym przepisom kodeksu spółek handlowych. Wybieramy zasady, które w naszym przekonaniu poprawią funkcjonowanie jednostek. Poza wszystkim przypominam, że formuła spoz-u z założenia była formą przejściową...

Pana zdaniem – jak to powinno wyglądać?

Szpitale powinny bilansować swoją działalność. Placówka, która ma nadwyżkę finansową, może te pieniądze inwestować w swój rozwój, w pracowników. Odnosząc się do twierdzeń, że szpitale mają być nastawione na osiąganie zysku, w moim przekonaniu jest to nieprawdą. Przecież polskie prawo przewiduje istnienie spółek kapitałowych w formie *non profit*.

W tym projekcie nie ma jednak mechanizmów, które zachęcają do prowadzenia szpitala w formie spółki *non profit*.

Kwestia formy funkcjonowania spółki to decyzja, która zostaje podjęta w trakcie przekształceń. Oczywiście, można zapisać ustawowo, że wszystkie mają działać jako spółki *non profit*, ale to jest zapis ograniczający. Decyzję powinien podjąć samorząd terytorialny. Pamiętajmy, że to właśnie on odgrywa ogromną rolę w procesie tych przekształceń. Są przeciwnicy takiego rozwiązania i zwolennicy. Ja zaliczam się do tej drugiej grupy. Na tym polega decentralizacja, że oddajemy duży zakres decyzji i kompetencji w ręce samorządów. Nie boję się tego.

Dlaczego to samorząd ma decydować, czy szpital ma być placówką *non profit*, czy nastawioną na zysk?

Bo najlepiej zna sytuację danej jednostki, warunki, w jakich ona funkcjonuje, i odpowiada za organizację opieki na danym terenie.

Co ze szpitalami klinicznymi? Jak pan sobie wyobraża ich prywatyzację?

O prywatyzacji możemy mówić, gdy kontrolę nad zakładem przejmuje prywatny właściciel, mający wystarczający do podejmowania decyzji pakiet udziałów bądź akcji. Przekształcenie szpitali klinicznych w spółki pozostawia całość udziałów w rękach uczelni medycznych. Czy wyobraża sobie pani, że uczelnia pozbywa się kontroli nad swoim szpitalem?

Nie obawia się pan rygorów w zakresie ogłaszania upadłości, które obowiązują spółki kapitałowe? Zgadzam się, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej to chora formuła, ale w pewnym sensie dawał gwarancję usług zdrowotnych na jakimś poziomie dzięki możliwości zadłużania się...

Szpitala trzeba przekształcić w spółki. Eksperci od dawna są co do tego zgodni. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej często się zadłużają, jest słaby nadzór właścicielski, są mało elastyczne. Jeśli mamy spółkę kapitałową, nadzór właścicielski jest silniejszy i o wiele większa jest odpowiedzialność. Myślę, że wielu dyrektorów zbyt łatwo decydowało się na zadłużanie. W wypadku spółki kapitałowej, rady nadzorczej, nadzoru właścicielskiego jest to o wiele trudniejsze. Jeśli zaś dzieje się coś złego, organ założycielski – samorząd terytorialny, ma większą możliwość szybkiej reakcji oraz większe instrumenty do tego, żeby reagować.

Nie obawia się pan, że pojawi się zjawisko spiżarni śmietanki – selekcji chorych, czyli dobierania

„ Jestem w stanie zaakceptować najtrudniejsze czy najbardziej kontrowersyjne decyzje, jeśli będzie gwarancja, że da to dobre efekty w postaci programu naprawczego i wyjścia z kryzysu ”



takich pacjentów, by szpital nie ponosił strat? Pytam w kontekście historycznie słabych funkcji nadzorczych i kontrolnych w Polsce.

W moim przekonaniu teraz mamy do czynienia z selekcją chorych. Jeśli istnieje możliwość kontraktowania określonego zakresu świadczeń z wybranymi zakładami opieki zdrowotnej, ktoś może wybrać tylko to, co jest opłacalne i zyskowne. Płatnik powinien kontraktować więcej pakietów usług zdrowotnych, umożliwiając selekcję pacjentów.

Nie odpowiedział pan jednak na pytanie. W jaki sposób zagwarantujecie bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, jeśli np. samorząd zadecyduje, że szpital ma być przede wszystkim nastawiony na zysk i będzie selekcionował chorych?

Nie jestem sobie w stanie wyobrazić takiej sytuacji! Samorząd to przecież radni wybrani w wyborach, mający reprezentować wyborców, mający wokół siebie,



w swoich rodzinach, potencjalnych pacjentów. I ci ludzie mieliby podjąć decyzję, że będą przyjmowani tylko wybrani, *tani* pacjenci? Ponadto można wybierać zakres działalności, ale nie pacjentów. A o zakresie działalności i o jej zasadach decyduje płatnik, czyli teraz NFZ.

Czy rozmowa o tym projekcie nie jest jednak dyskusją akademicką? Prezydent jasno daje do zrozumienia, że zawetuje ustawę, która obligatoryjnie przekształci zakłady opieki zdrowotnej...

Jest więc wiele możliwości dokonania zmian. Nie mogę ich obiecać, ale dopóki proces legislacyjny się nie zakończył, istnieje możliwość zawarcia pewnych kompromisów.

Jakich na przykład?

Trwają dyskusje. Są to jednak także kwestie polityczne i pewne rozwiązania muszą być zaakceptowane

przez Radę Ministrów. Na razie więc nie mogę niczego powiedzieć.

Czy będzie pan namawiał panią minister do zawarcia kompromisu, by nie tracić czasu na forsowanie koncepcji, która nie zostanie wprowadzona w życie?

Sama pani odpowiada na to pytanie.

Nie, dlaczego, bo może właśnie o to chodzi, żeby doprowadzić do tego, by ta ustawa została zawetowana?

W taki scenariusz się nie wpisuję. Czuję się odpowiedzialny za system, a takie założenie oznaczałoby, że moja praca nie ma sensu.

Jakie może być pole manewru, jeśli chodzi o kompromis?

Za krótko tu jestem, żeby o tym mówić.

Zawsze pan regulował zobowiązania publiczno-prawne?

Zawsze, nigdy nie było sytuacji, żeby nie były opłacone.

Nie burzy się pan, że resort zdrowia proponuje, by umorzyć zobowiązania niesolidnym szpitalem?

Wewnętrznie się na to nie zgadzam, ale jednocześnie mam świadomość, że jeśli nie podejmie się pewnych decyzji, te jednostki nie dadzą sobie rady. Jestem w stanie zaakceptować najtrudniejsze czy najbardziej kontrowersyjne decyzje, jeśli będzie gwarancja, że da to dobre efekty w postaci programu naprawczego i wyjścia z kryzysu.

Jak to było z 20 mln zł długu, przy budżecie wynoszącym 60 mln zł rocznie, w szpitalu w Suchej Beskidzkiej, którym pan do tej pory zarządzał?

O ile pamiętam, dług wymagalny mojego szpitala to 4 mln zł. Podejmowaliśmy decyzje odpowiedzialne i racjonalne. Mówienie o 20 mln zł bez przekazania informacji, że nie jest to zadłużenie wymagalne, jest nierzetelne. W tych 20 mln zł znajdują się kredyty inwestycyjne na termomodernizację, zakup sprzętu medycznego z odległymi terminami spłaty i pożyczka na restrukturyzację, z której 70 proc. zostanie umorzona na koniec tego roku. Na zadłużenie niewymagalne składa się zatem wiele czynników – po pierwsze inwestycje, po drugie, pożyczka restrukturyzacyjna oraz ok. 4 mln zł, które są zobowiązaniami niewymagalnymi na rzecz pracowników. Ta kwota jest wykazywana na koniec miesiąca. Mamy na nią zarezerwowane pieniądze, żeby je wypłacić 10. następnego miesiąca. Mówienie o 20 mln zł zadłużenia jest w takiej sytuacji

„ Można zapisać ustawowo, że wszystkie szpitale mają działać jako spółki *non profit*, ale to jest zapis ograniczający. To samorząd powinien podjąć taką decyzję, przekształcając spółkę ”



nieważne. Mamy 4 mln zł zadłużenia wymagalnego i w naszym przekonaniu jest to górna granica zadłużenia, jakie możemy wytrzymać, zachowując płynność finansową. W moim przekonaniu, to zadłużenie powinno spaść do 2 mln zł.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy negatywnie przyjął pana nominację, zarzucając panu, że mało pan płacił i niezbyt dbał o pracowników. Co pan na to?

W szpitalu, którym kierowałem, średnie zarobki lekarza to ponad 7,5 tys. zł – i mówimy o wynagrodzeniu brutto na etacie z dyżurami. Lekarze bez dyżurów zarabiają ponad 5 tys. zł, pielęgniarki ponad 2,7 tys. zł, a położne 2814 zł. Stawki godzinowe na kontraktach wynoszą od 40 zł do ponad 60 zł. W grupie szpitali powiatowych to są całkiem przyzwoite stawki. Co nie znaczy, że ten poziom wynagrodzeń zadowala nas jako zarządzających. Mniej jednak świadomość, że

wzrost płac to pewien proces i nie da się tego za bardzo przyspieszyć.

Dlaczego właśnie panu powierzono tak zasadniczą kwestię, jak prywatyzowanie systemu? Przecież nie ma pan – z perspektywy szpitala powiatowego – żadnych doświadczeń w tej dziedzinie. Nie obawia się pan, że chodziło o to, żeby poświęcić pana w ogniu sporów, które i tak skończą się tym, że prezydent ustawę zawetuje?

W moich kompetencjach leży odpowiedzialność za Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, a więc naturalną rzeczą jest, że mam się zajmować również przekształceniami. Decyzje o kierunkach przekształceń są propozycjami całego ministerstwa przyjętymi przez rząd. Wierzę, że ostateczny kształt ustaw będzie do zaakceptowania również przez prezydenta.

Rozmawiała Justyna Wojteczek