



fol. archiwum

## Siła systemu

Rozmowa z Tomaszem Wróblem, prezesem Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych, wiceprezesem ds. finansowych Aesculap-Chifa

Ustawa restrukturyzacyjna to *de facto* piąte w historii oddłużanie polskiej służby zdrowia. Czy sądzi pan, że może to przynieść długofalowe efekty?

Jest to jakaś próba wyjścia z kryzysu, tylko ta próba ma charakter cząstkowy. Ustawa restrukturyzacyjna jest *celowana* w *ustawę 203* i właśnie dlatego jest niepełna. Jej mankamentem jest to, że pozbawiono ją dodatkowych instrumentów ekonomicznych, które nadałyby jej prawdziwie kompleksowy charakter.

załatwić problem niewielkiej części zadłużenia szpitali, i to tylko tych, które są w nie najlepszej kondycji. Tymczasem nie wszystkie szpitale plasują się w tej kategorii. W Polsce są szpitale dobre i złe, ale gros jest w fatalnej sytuacji finansowej. Warto tu pamiętać, że dotyczy to nie tylko szpitali powiatowych. W tragicznej sytuacji finansowej jest wiele szpitali klinicznych i wojewódzkich. Drugim oczywistym brakiem ustawy jest wcześniej wspomniany cząstkowy charakter, niepozwalający rozwiązać rzeczywistych problemów służby zdrowia na gruncie legislacyjnym.

» Reforma restrukturyzacyjna jest *celowana* w *ustawę 203*, dlatego jej charakter jest niepełny »

Czego w takim razie brakuje tej ustawie?

Jeżeli ma to być oddłużenie, to przede wszystkim brakuje pieniędzy. Kwota przeznaczona na realizację ustawy nie załatwia problemu wiarygodności szpitali, tym bardziej, że jest to tylko pożyczka. Ustawodawca bazuje na pewnych średnich. Przyjęto coś w rodzaju współczynnika, który ma

Jest jeszcze problem administracji szpitalnej i jej przygotowania do procesu wdrożenia ustawy.

Znacznie większe obawy, niż przygotowanie administracji szpitali budzą przygotowanie i kompetencje organów oceniających i zatwierdzających programy restrukturyzacyjne. Pierwsze do-

świadczenia firm w tym zakresie nie są zachęcające. Prawdą jest, że dobre szpitale, zatrudniające fachową kadre, już dawno zostały zrestrukturyzowane, a ustawa stawia je w niezręcznej sytuacji. Okazało się bowiem, że na ich działania, które wymagały ogromnego wysiłku organizacyjnego i poniesienia sporych kosztów społecznych (często trzeba było zwalniać pracowników), nakłada się kolejną ustawową *czapkę*. To tak, jakby na opracowany wewnętrznie i sprawnie funkcjonujący system nałożono obowiązek dalszych zmian tylko w celu osiągnięcia premii w postaci pożyczki lub dotacji. W szczególnie trudnej sytuacji są jednak szpitale z dużym zadłużeniem. Wiedząc, że pieniądze z pożyczki niewiele im pomogą, ich dyrektorzy muszą podjąć się przygotowania wniosku, bo gdy tego zaniechają, zostaną rozliczeni przez organy założycielskie. Uważamy, że w takich sytuacjach konieczne jest dodatkowe wsparcie finansowe programów. Bez niego restrukturyzacja zadłużonych szpitali będzie fikcją i działaniem obliczonym na odłożenie problemu w czasie. A on i tak powróci za kilkanaście miesięcy, w dodatku w skumulowanej postaci.

Na podstawowym kursie makroekonomii uczy się o nieograniczonych potrzebach i ograniczonych zasobach. Istota ekonomii polega na pogodzeniu tych dwóch zjawisk. W służbie zdrowia potrzeby są nieograniczone, co wynika z postępu technologicznego, zmian demograficznych i wielu innych czynników. Polski system ochrony zdrowia powinien wprowadzać równowagę między tymi potrzebami a możliwościami sfinansowania procedur leczenia pacjentów. Mechanizmy administracyjne nie sprawdziły się, więc czas wprowadzić mechanizmy ekonomiczne. Nie oznacza to, że mają powstać tylko prywatne szpitale, a pacjenci mają płacić bezpośrednio za usługi medyczne. Siła dobrego systemu będzie leżała w jego zróżnicowaniu, oczywiście z uwzględnieniem m.in. możliwości dodatkowych ubezpieczeń i dopłat pacjentów.

**Czy perspektywa zmian politycznych może się przełożyć na zmianę sytuacji finansowej szpitali?**

Nie wiem, co będzie. Dobra firma przyjmuje działania polityczne jako czynnik zewnętrzny,

## ” W Czechach z płynnością finansową szpitali oraz ich zadłużeniem uporano się w połowie lat 90. ”

**Czyli jest to kolejna proteza, która ma załagodzić sytuację?**

Dokładniej mówiąc, rozwiązanie cząstkowe – bo nie zapewnia wystarczających środków, aby rzeczywiście rozwiązać problem zadłużenia szpitali, a jednocześnie nie wprowadza mechanizmów rynkowych, które jako jedyne mogłyby załatwić problem zadłużenia szpitali w przyszłości. Doskonale rozumiemy problemy obecnego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Żeby powstała taka kompleksowa ustawa, musiałaby istnieć wola wprowadzenia szeregu zmian systemowych. My, jako środowisko przedstawicieli firm produkujących sprzęt medyczny, uważamy, że dopóki nie stworzy się podstaw mechanizmów rynkowych, nie będzie żadnego realnego postępu w poprawie sytuacji finansowej szpitali.

**Co pan rozumie przez określenie *mechanizmy rynkowe*?**

na który nie ma wpływu. Wiem z doświadczenia, że każde przesilenie polityczne czy zmiana ministra powodowały, że zadłużenie wzrastało. Wynikało to stąd, że dyrektorzy szpitali liczą na wrażliwość społeczną polityków i przy każdej zmianie oczekują dodatkowych pieniędzy, które są w jakiejś postaci obiecywane w kampanii. Nie wiem, jakie zmiany systemowe nastąpią po obecnych wyborach parlamentarnych, ale wiem, że zadłużenie szpitali wzrasta w oczekiwaniu na wspomniane zmiany. Zbyt duża fluktuacja powoduje, że problem zadłużenia szpitali ma kształt sinusoidy o rosnącej amplitudzie. Mówiąc o trwałych zmianach systemowych, czasami warto spojrzeć na doświadczenia innych krajów, np. Czech. Tam z problemem płynności finansowej szpitali oraz ich zadłużenia uporano się już w połowie lat 90., dzięki reformom systemowym.

Rozmawiał Jacek Szczęsny