

# Trzy drogi do jednego celu

Fot. iStockphoto.com

System ochrony zdrowia wymaga radykalnych zmian. To już praktycznie aksjomat, którego nikt nie kwestionuje. Dyskusja i spór dotyczą głównie tempa i kierunku koniecznych reform. Działania podjęło również Ministerstwo Zdrowia, powołując Zespół do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Efektem prac tego gremium ma być projekt ustawy praktycznie na nowo konstytuującej funkcjonowanie systemu opieki szpitalnej w naszym kraju. Termin zakończenia działalności zespołu wyznaczono na 30 czerwca 2021 r. Z uwagi na założoną datę zakończenia prac zadanie wydaje się więcej niż trudne. Może o tym świadczyć choćby fakt, że datę opublikowania projektu proponowanych działań przesunięto już z końca lutego na koniec marca i ten termin też nie został dotrzymany. Jak zatem centralizować system – co zrobi resort, a co powinien?

Z dostępnych informacji wynika, że rozważane są przynajmniej trzy warianty możliwych rozwiązań.

Warto im poświęcić nieco uwagi. Pierwszy zakłada administracyjne podporządkowanie wszystkich placówek szpitalnych Ministerstwu Zdrowia. Drugi, jak można przypuszczać, przeszedł znaczącą ewolucję. W pierwszej wersji, jak informował „Dziennik Gazeta Prawna”, zawężał kompetencje zarządcze i nadzorcze resortu, bo wyłączał z nich placówki podległe marszałkom województw. Im też miałyby podlegać szpitale powiatowe. Można było przypuszczać, że jest to w pewnym sensie rozwiązanie kompromisowe, wychodzące przynajmniej częściowo naprzeciw oczekiwaniom środowisk samorządowych. W sumie nie była to najgorsza propozycja, gdyż z jednej strony pozwalała pozostawić placówki ochrony zdrowia w rękach samorządów, a z drugiej zmniejszała mnogość podmiotów decyzyjnych – miejskich, powiatowych, która faktycznie nie ułatwia procesu zarządzania i koordynacji działań placówek na danym terenie. Na początku marca jednak minister zdrowia Adam Niedzielski zaanonsował rozważanie innego wariantu zmian. Mianowicie Skarb Państwa miałby tworzyć z samorządami spółki kapitałowe prowadzące

lecznice. Państwo miałyby w nich mieć większościowy pakiet 51 proc. udziałów. Trzeci wariant zakłada zmianę struktury właścicielskiej lecznic na skutek restrukturyzacji ich zadłużenia. Szpitale miałyby być klasyfikowane do jednej z trzech kategorii pod względem kondycji finansowej. Placówki wymagające restrukturyzacji byłyby dzierżawione, np. przez wojewodów odpowiedzialnych za ich wyposażenie sprzętowe i kadry, płacących jednocześnie czynsz dzierżawny dotychczasowym właścicielom, marszałkom województw, prezydentom miast czy starostom powiatowym. Raty opłat dzierżawnych byłyby pomniejszane o kwoty dotychczasowego zadłużenia. Według propozycji ministerstwa placówki te miałyby podlegać ustanowionym zarządom komisarycznym, co pozwoliłoby na ich skuteczne przekształcenie pod kątem odzyskania sprawności finansowej.

Kolejnym pomysłem resortu ma być powołanie nowego tworu biurokratycznego w postaci Agencji Rozwoju Szpitali. Instytucji, która według pomysłodawców ma między innymi:

- określać wielkość zapotrzebowania finansowego na realizację procesów restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych oraz zapewniać szpitalom płynność i monitoring,
- pozyskiwać finansowanie,
- zatwierdzać, nadzorować i monitorować programy restrukturyzacyjne,
- finansować programy restrukturyzacyjne i rozwojowe,
- certyfikować kadrę menedżerską i restrukturyzacyjną.

W skrócie – nowa instytucja miałaby robić to, co do tej pory było w większości w kompetencji samych podmiotów leczniczych i ich zarządów.

Wydaje się, że warto każdej z przytoczonych opcji poświęcić kilka słów komentarza, pamiętając, że są to chwilowo jedynie hipotezy. Mają charakter raczej haseł niż szczegółowych propozycji konkretnych rozwiązań, bo mimo zapowiedzi i przesunięcia terminu na koniec marca 2021 r. powołany zespół, jak już wspomniano, nie opublikował projektu zarządzenia. W kwietniu projektu zapowiadanej ustawy brak.

### Jakie są plusy i minusy planów?

Pomysł centralizacji funkcjonowania i zarządzania systemem opieki zdrowotnej nie jest niczym nowym. Przewija się praktycznie od momentu przejścia władzy przez obecną koalicję. Pandemia COVID-19 zdecydowanie wzmocniła te tendencje, dostarczając – zdaniem ich zwolenników – nowych argumentów za przeprowadzeniem takich zmian. Głównym argumentem za proponowanymi zmianami ma być szeroko rozumiane zwiększenie sprawności zarządzania i efektywności funkcjonowania systemu lecznictwa szpitalnego. Wszystkie wymienione warianty oznaczają praktycznie likwidację kolejnej z tzw. reform Buzka.

Pierwsza opcja jest najbardziej oczywistą egzemplifikacją powyższej tezy. Podporządkowanie wszyst-

„Centralizacja zarządzania nie jest skutecznym substytutem dostatecznej ilości środków finansowych przeznaczanych na zdrowie”

kich placówek medycznych Ministerstwu Zdrowia to praktycznie koniec samorządowej, publicznej ochrony zdrowia i powrót do stanu sprzed 1999 r. Bez ryzyka dużego błędu można przyjąć, że ze wszystkimi znanymi negatywnymi konsekwencjami tego rozwiązania, takimi jak choćby brak skutecznych bodźców do podnoszenia jakości i sprawności funkcjonowania. A to należy do podstawowych celów zapowiadanej reformy. Wydaje się, że jednym z nielicznych plusów takiej centralizacji może być ewentualnie większa sprawczość zarządzających systemem w sytuacjach kryzysowych. Takie wnioski wyciągają oni z obecnej sytuacji walki z pandemią COVID-19. Warto jednak pamiętać, że inne kraje – choćby Hiszpania, ale nie tylko – rozwiązały ten problem na drodze legislacyjnej, podporządkowując całość systemu na okres epidemii jednemu ośrodkowi decyzyjnemu. My również mieliśmy takie możliwości.

Trzeba przyznać, że proponowany kierunek zmian jest poniekąd zgodny z logiką orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z listopada 2019 r. Jego sentencja sprowadza się w istocie do stwierdzenia, że to państwo przejmuje odpowiedzialność za system opieki zdrowotnej. W maju br. dobiega końca *vacatio legis* tego wyroku. Ten wariant zmian pokazuje, że rządzący interpretują przytoczone orzeczenie w sposób absolutnie dosłowny. Warto zwrócić również uwagę na podjęte przez resort swoiste działania wspierające ten projekt, choćby w postaci opracowywania ujednoczonej siatki płac dla personelu placówek medycznych.

W tym kontekście narzuca się kilka pytań. Pierwsze – czy w potencjalnie nowym rozwiązaniu szpitale staną się ponownie jednostkami budżetowymi? A jeśli tak, to czy NFZ w obecnej postaci będzie nadal potrzebny? Czy będzie potrzebny w ogóle? To jednak instytucja związana z systemem quasi-ubezpieczeniowym, w dużej mierze zmonopolizowanym, ale jednak. Doświadczenia z lat poprzedzających wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych pokazują, że centralnie zarządzana ochrona zdrowia może się bez takiej instytucji obejść. Drugie – co ze sprawami własnościowymi? Obecnie większość placówek ochrony zdrowia to jednostki samorządowe, funkcjonujące albo w postaci SPZOZ, albo spółek prawa handlowego z większościowym lub stuprocentowym udziałem lokalnych sa-



Fot. iStockphoto.com

„Cechą charakterystyczną wszystkich prowadzonych u nas reform jest akcyjność, nadmierny wpływ polityki i w konsekwencji absolutny brak cierpliwości w eliminowaniu nieuniknionych błędów i potknięć”

morządów. Trudno sobie wyobrazić, że państwo je po prostu wywłaszczy. Udziały w spółkach mogą zostać wykupione. W przypadku pozostałych jednostek sytuacja jest bardziej skomplikowana. Konieczne będzie prawidłowe oszacowanie funduszy własnych i wartości poniesionych nakładów inwestycyjnych. Poza tym problemem będzie, zresztą nie tylko w przypadku tego rozwiązania, kwestia zainwestowanych w lecznice środków unijnych i ciągłości realizacyjnej finansowanych z nich projektów. Zmiana własnościowa placówek to zmiana beneficjentów przyznanych funduszy, a zatem naruszenie zasad korzystania z otrzymanych środków, z potencjalnymi restrykcjami w postaci konieczności zwrotu pieniędzy. Nie można bagatelizować tych zagadnień.

Samorządy nie bez racji podnoszą, że Ministerstwo Zdrowia nie może udowodnić sukcesów w zarządzaniu podległymi mu już placówkami medycznymi – instytucjami branżowymi. Zdecydowana większość z nich, jedenaście na trzynaście jednostek ogółem, w 2019 r. odnotowała ujemny wynik finansowy, a wszystkie straćę na działalności operacyjnej. Wskazuje na te okoliczności opublikowany w styczniu 2021 r. raport Związku Powiatów Polskich.

Można sądzić, że koncepcja tworzenia spółek Skarbu Państwa z jednostkami samorządowymi powstała w wyniku ewolucji drugiego wariantu ministerialnych propozycji. Wydaje się pomysłem zupełnie nietrafionym. Jak wspomniano, pomysł konsolidacji lecznictwa szpitalnego w rękach samorządów wojewódzkich można by uznać za kompromisowy i wart rozważenia. Pozwalał on choćby na zmniejszenie ilości organów założycielskich na danym terenie i przez to dawał większą możliwość wpływu na zasady i profil funkcjonowania placówek, co projektodawcy podnoszą jako jeden z ważnych problemów niesprawności systemu. Jest wątpliwe, czy idea spółek zostanie przez nich zaakceptowana. Powód wydaje się fundamentalny – proporcje udziałowe. Większościowy udział Skarbu Państwa (51 proc.) oznacza praktycznie upaństwowienie szpitali ze wszystkimi znanymi z przeszłości konsekwencjami. Samorządy będą ponadto ponosić 49 proc. odpowiedzialności i ewentualnych kosztów, np. koniecznego dokapitalizowania lecznic, bez jakiegokolwiek praktycznego wpływu na zarządzanie nimi. Wydaje się zatem bardzo wątpliwe, aby dobrowolnie, wbrew własnym, oczywistym interesom chciały do takich spółek przystępować.

Propozycja dzierżawy szpitali z ustanowieniem zarządów komisarycznych w istocie również prowadzi do praktycznego przejęcia większości placówek przez administrację państwową. Wynika to głównie z ich na ogół złej kondycji finansowej. Trwająca właśnie pandemia COVID-19 jej nie poprawiła. Nie poprawi jej również zapowiadana przez NFZ konieczność zwrotu pieniędzy za niewykonane zaplanowane świadczenia. Mimo że szpitale były zmuszone do hospitalizacji głównie pacjentów z COVID-19. Jedynym ewentualnym plusem tego rozwiązania może być okoliczność, że formalnie nie dojdzie do zmiany właściciela szpitala, a zatem beneficjenta funduszy unijnych.

Nowym pomysłem resortu zdrowia jest powołanie Agencji Rozwoju Szpitali. Przypisane jej na tym etapie

kompetencje są bardzo szerokie. Od parabankowych, na przykład finansowanie programów restrukturyzacyjnych i rozwojowych, po szkoleniowo-audytorskie – certyfikowanie kadry menedżerskiej szpitali. Trudno nie zgodzić się z tezą, stawianą już przez wielu ekspertów, że powoływanie kolejnej biurokratycznej instytucji przejmującej faktycznie szereg zadań realizowanych wcześniej przez samodzielne placówki to ewidentny dowód na błędy rządzących w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. Centralizacja ma być skutecznym remedium na ten stan rzeczy. U podstaw takiego podejścia leży wiara, że trudne do rozwiązania problemy zarządzania systemem da się rozwiązać, skupiając decyzje i kompetencje w zbioru biurokratyzowanych, centralnie sterowanych instytucjach. Sposobem na deficyt zasobów, środków finansowych, kadr itp. ma być administracyjna biurokracja. O tym, że to nie działa, świadczy historia funkcjonowania systemu do 1999 r. W tym kontekście nie sposób uniknąć pytania o relacje kompetencyjne pomiędzy nowo powołaną agencją a NFZ. Z faktu, że Agencja Rozwoju Szpitali ma finansować programy rozwojowe i restrukturyzacyjne zdaje się wynikać konieczność bliskiej współpracy obu instytucji, co wydawałoby się logiczne i konieczne ze względu na przyszłe finansowanie placówek. Pytanie tylko, po co to robić, skoro w takie środki i kompetencje mógłby być wyposażony sam dotychczasowy płatnik, bardzo dobrze znający sytuację finansowanych szpitali i potrzeby lokalnego rynku usług zdrowotnych. To zbędna komplikacja i wydłużanie procesu decyzyjnego. Nowa instytucja to również dodatkowe koszty jej funkcjonowania. Wydaje się, z przytoczonych choćby wyżej powodów, że nie są one niezbędne.

Reasumując – mimo że nie podzielam daleko idących obaw prof. Ireny Lipowicz, byłej rzeczniczki praw obywatelskich, że działania agencji będą sprzyjać prywatyzacji najsłabszych finansowo podmiotów leczniczych, w czym osobiście nie widziałbym nic złego, to nie wydaje się, by był to jeden z celów jej działania. Nie takie są chyba intencje rządzących.

### Nie warto powtarzać starych błędów

Przyglądając się dyskutowanym propozycjom zmian systemowych, nie sposób uniknąć oczywistej refleksji, że praktycznie każda z nich dłuższą lub krótszą drogą zmierza do silniejszej centralizacji i praktycznego zwiększenia bezpośredniego wpływu władzy państwowej na system opieki szpitalnej. To cel zasadniczy. Metody zarządzania kryzysowego z czasu pandemii mają być skuteczne także po jej ustąpieniu. System znacznie wracać do punktu wyjścia sprzed reform lat 90. W tym kontekście warto poczynić przynajmniej trzy spostrzeżenia, chyba dość oczywiste.

Po pierwsze – centralizacja zarządzania nie jest skutecznym substytutem dostatecznej ilości środków finansowych przeznaczanych na zdrowie. Doświadcze-

„Jednym z nielicznych plusów takiej centralizacji może być ewentualnie większa sprawczość zarządzających systemem w sytuacjach kryzysowych”

nia poprzedniego systemu nie pozostawiają w tej kwestii żadnych wątpliwości. Musi zatem budzić zdziwienie brak tego typu refleksji u autorów propozycji kolejnej reformy. Chyba że zakładają, iż zapisane ustawowo 6 proc. PKB to poziom finansowania zapewniający bezkolizyjne działanie opieki zdrowotnej w dającej się przewidzieć przyszłości, bez względu na sposób zarządzania lecznicami. Byłoby to jednak założenie bardzo optymistyczne, by nie powiedzieć – naiwne.

Po drugie – w rozwiniętych krajach Europy jest tylko jeden centralnie zarządzany, państwowy system opieki zdrowotnej – w Wielkiej Brytanii. Też zresztą niejednolity, bo z regionalnymi mutacjami, np. w Szkocji i Walii. Fakt, że działa efektywniej niż nasz rodzimy, mimo np. krytykowanej ogromnej biurokracji, w dużej mierze wynika z różnicy w poziomie finansowania. Odsetek PKB przeznaczany na zdrowie w Wielkiej Brytanii oscyluje wokół 10 proc., a sprawność systemu jest oceniana gorzej niż w krajach z porównywalną procentową wielkością wydatków, np. Niemczech, Danii czy Szwecji, jednak innymi, bardziej ubezpieczeniowymi i zdecentralizowanymi sposobami jego organizacji. Ta okoliczność powinna dać do myślenia także naszym reformatorom. Pieniądze, aczkolwiek absolutnie niezbędne, nie zastąpią właściwej organizacji i zarządzania. Warto wyciągać wnioski z takich doświadczeń.

Po trzecie wreszcie – cechą charakterystyczną wszystkich prowadzonych u nas reform jest akcyjność, nadmierny wpływ polityki i w konsekwencji absolutny brak cierpliwości w eliminowaniu nieuniknionych błędów i potknięć. Wszystko wskazuje na to, że popełnimy ten błąd po raz kolejny. Będzie to nieuchronnie prowadzić do kolejnych reform systemowych podejmowanych przez następców obecnych decydentów. A zatem ponownej destabilizacji funkcjonowania ochrony zdrowia w naszym kraju.

Na koniec warto przypomnieć myśl Alberta Einsteina zdającą się dobrze pasować do opisanego problemu. Parafrazując – nie należy oczekiwać nowego efektu, próbując go osiągnąć, powtarzając stare błędy. My ciągle próbujemy.

Mariusz Jędrzejczak