



Fot. Zx istockphoto.com

Trybunał Konstytucyjny orzekł – i co z tego wynika

20 listopada 2019 r. Trybunał Konstytucyjny uznał, że samorządy nie mają obowiązku finansowania i współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej (sygn. akt K4117). W praktyce oznacza to, że mówiąc wprost, został z nich zdjęty obowiązek finansowania także powstałych długów szpitali. Bo jest to prerogatywa i odpowiedzialność władzy państwowej. Co więcej, zobowiązanie władz samorządowych do pokrywania strat netto podległych im placówek ochrony zdrowia został uznany za niezgodny z konstytucją, a konkretnie z art. 68 ust. 2. Ponadto w uzasadnieniu stwierdzono, że narusza ono konstytucyjne prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jedne samorządy, te bogatsze, stać bowiem na dopłacanie do zadłużonych placówek, co daje im możliwość dalszego funkcjonowania i udzielania świadczeń, a inne, biedniejsze, nie mają takich możliwości, co może grozić zawieszeniem bądź zaprzestaniem działania niezbędnej placówki ochrony zdrowia i ograniczeniem dostępu pacjentów do świadczeń. Można powiedzieć, że wreszcie sąd konstytucyjny stwierdził rzecz oczywistą, której nie chcieli uznać politycy żadnej opcji. W naszych warunkach to państwo ponosi odpowiedzialność za ustrój, a więc i finansowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Muszę przyznać, że mam osobistą satysfakcję z tego orzeczenia, bo od dawna wyrażałem – także publicznie – taki pogląd. Rosnące systematycznie zobowiązania publicznych placówek ochrony zdrowia stanowiły i stanowią prostą egzemplifikację poziomu ich niedofinansowania. Są zatem odzwierciedleniem długu, jaki w istocie państwo zaciągało w tych placówkach, które mimo to nadal udzielały świadczeń pacjentom.

Wydaje się, że konsekwencje cytowanego orzeczenia, mimo sporej liczby głosów kontestujących, a nawet minimalizujących jego znaczenie, powinny znaleźć wy-

raz przynajmniej w dwóch obszarach funkcjonowania systemu. W przedsięwzięciach podejmowanych w odniesieniu do przeszłości, czyli bagażu obciążeń, który paraliżuje normalne funkcjonowanie wielu podmiotów medycznych, ale przede wszystkim w działaniach przyszłych, których celem powinno być zapewnienie normalnego funkcjonowania placówek systemu.

Przeszłość cięży

Według ostatnich danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia zobowiązania ogółem publicz-

„W naszych warunkach to państwo ponosi odpowiedzialność za ustrój, a więc i finansowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej”

nych placówek ochrony zdrowia w trzecim kwartale 2019 r. w stosunku do trzeciego kwartału 2018 r. wzrosły o blisko 1,6 mld zł (z 12,7 mld zł do 14,3 mld zł). Analogicznie zobowiązania wymagalne zwiększyły się o 0,27 mld zł (z 1,8 mld zł w trzecim kwartale 2018 r. do 2,07 mld zł w trzecim kwartale 2019 r.). Resort zdrowia nie bez racji zwraca uwagę, że ich poziom w odniesieniu do przychodów spada w ostatnich kilku latach. Jest to logiczne następstwo zwiększenia ilości środków w systemie. Warto również pamiętać, że bezwzględny poziom zobowiązań, szczególnie wymagalnych, zależy od momentu ich pomiaru. Inny, wyższy, będzie na koniec każdego miesiąca kalendarzowego, a niższy po połowie miesiąca. Wynika to z faktu, że w wielu jednostkach publicznej ochrony zdrowia wynagrodzenia płacone są na 10. dzień miesiąca, zatem na koniec poprzedniego, do momentu wypłaty, stanowią one zobowiązanie wymagalne wobec pracowników. Jak wiadomo, płace to od dawna najwyższy składnik kosztów bezpośrednich placówek. Ważą więc istotnie na ogólnej kwocie zobowiązań.

Czy z przytoczonych okoliczności można wyciągnąć wniosek, że problem zadłużenia systemu właściwie już nie jest tak istotny jak kilka lat wcześniej i stanowi margines problemów polskiej ochrony zdrowia? Wydaje się, że jednak nie. I będzie on wymagał rozwiązania. Tym bardziej że ostatni rok, głównie (aczkolwiek nie wyłącznie) z powodu wynegocjowanych przez związki zawodowe z Ministerstwem Zdrowia podwyżek płac, znacznie pogorszył sytuację płynnościową jednostek ochrony zdrowia. Świadomość tego faktu mają także gestorzy systemu. Nie brak przecież dobrze umotywowanych prognoz wskazujących, że do końca 2020 r. zadłużone będą wszystkie publiczne placówki. Wydaje się, że w tej sytuacji zarządzający ochroną zdrowia mają do wyboru przynajmniej dwie możliwości. Kolejne „akcyjne” oddłużenie lub systematyczną poprawę finansowania placówek. Ewentualnie, co być może byłoby najbardziej korzystne, kompilację obu tych rozwiązań. Każda z tych możliwości ma swoje dobre i złe strony.

Akcje oddłużeniowe przeprowadzano po 1989 r. już kilkakrotnie. Za każdym razem niestety z długofalowo negatywnym skutkiem. Dotychczas zarządzającym zawsze brakowało konsekwencji albo pieniędzy, albo jednego i drugiego, aby doprowadzić rzecz do pożąda-

nego końca – odzyskania i trwałego utrzymania przez lecznicę niezbędnej płynności finansowej. Jednorazowe przekazanie dodatkowych pieniędzy na spłcenie zobowiązań placówek nie mogło być skutecznym remedium na ich problemy finansowe bez zapewnienia im i systemowi dostatecznych środków na utrzymanie uzyskanego stanu w przyszłości, czyli na normalne funkcjonowanie. Największym problemem tego typu akcyjnych działań był znany skądinąd efekt jo-jo. Spłacony dług odrastał. W systemie bowiem stale brakowało pieniędzy. Na marginesie chciałbym podkreślić, że z osobistych doświadczeń wiem, że budżety porównywalnych pod względem wielkości i zakresu działania szpitali we Włoszech, Szwecji czy Austrii są kilku-, a nawet kilkunastokrotnie większe niż polskich. Nie chroni ich to jednak całkowicie przed podobnymi problemami. W zasadzie wszędzie potrzeby są większe niż ilość pieniędzy dostępnych dla szpitali. Różnica polega tylko na skali niedoboru. Austriacki system np. jest jednym z bardziej zadłużonych. Warto przypomnieć, że także obecnie rządzący, w trakcie kadencji ministra Konstantego Radziwiłła, rozważali możliwość utworzenia specjalnego funduszu oddłużeniowego dla publicznych placówek ochrony zdrowia. Miał mieć do dyspozycji około 1 mld zł. Czyli mniej więcej połowę dzisiejszej kwoty zobowiązań wymagalnych. Minister oszczędził, fundusz nie powstał, problem pozostał. Wydaje się, że wobec przewidzianej wyrokiem Trybunału 18-miesięcznej karencji na jego realizację przez państwo ponowny powrót do koncepcji jednorazowego oddłużenia jest dość prawdopodobny. Obciążone innymi wydatkami samorządy z oczywistych powodów nie będą się spieszyć z pomocą zagrożonym placówkom. Zrobią, ile będą mogły, aby ten okres po prostu przeczekać. Tym bardziej że orzeczenie Trybunału nie chroni praktycznie przed możliwością dalszego zadłużania lecznic i funkcjonowaniem choćby w sytuacji „bycia” SPZOZ-em w likwidacji. Jak wiadomo, uchwała o likwidacji nie musi oznaczać zaprzestania działalności medycznej.

Nie można jednak wykluczyć, że zarządzający zdecydują się na drugi możliwy wariant – systematyczny przyrost środków w systemie. Realizowany konsekwentnie i poparty realną wyceną kosztów funkcjonowania jednostek, wydaje się bardziej racjonalnym rozwiązaniem. Efekty w tym wypadku nie będą jednak spektakularne i szybkie, łatwe do propagandowego „skonsurowania”, lecz odłożone w czasie. Za takim podejściem mógłby, przynajmniej teoretycznie, przemawiać podpisany przez wszystkie liczące się siły polityczne „Pakt dla zdrowia 2030”, zakładający m.in. docelowo wzrost finansowania systemu do 7 proc. Pytanie, czy jego podpisanie przed wyborami parlamentarnymi było tylko aktem politycznym czy realnym wyrazem woli stron. Zupełnie tak jak ostatnio zapowiedziane zwiększenie finansowania systemu do 112 mld zł w 2020 r. W mojej ocenie trzeba mieć też świadomość, że przynajmniej

kwestia najbardziej zadłużonych szpitali i tak będzie musiała być jakoś specjalnie rozwiązana. Dotyczy to m.in. niektórych szpitali klinicznych czy choćby powszechnie znanego przykładu placówki w Grudziądzu. Dla nich czas biegnie zdecydowanie szybciej.

Przyszłość nie jest jasna

Wydaje się, że nie będzie dużym błędem stwierdzenie, że bez rozwiązania starych problemów trudno będzie planować dobrą przyszłość systemu opieki zdrowotnej na dalsze lata. Tym bardziej że pojawiają się nowe pomysły na zarządzanie i finansowanie ochrony zdrowia. Często oznaczające wręcz kolejną radykalną zmianę jej funkcjonowania. Wyrok Trybunału może się stać swoistym katalizatorem ewentualnych przeobrażeń. Nie można wykluczyć, że jego konsekwencje nie ominą roli i pozycji NFZ w finansowaniu systemu. Jest wiele krajów (m.in. Włochy), gdzie państwo wywiązuje się ze swoich zobowiązań wobec placówek ochrony zdrowia bez pośrednictwa tego typu instytucji. W mojej ocenie byłoby dobrze, gdyby konsekwencje orzeczenia dla budżetu spowodowały ponownie dyskusję nad wysokością składki zdrowotnej. Jej dotychczasowa, niedostateczna wysokość ciąży ewidentnie nad finansami naszego systemu opieki zdrowotnej.

Racjonalnym działaniem byłaby przynajmniej próba przejęcia przez państwo wynikającej z orzeczenia odpowiedzialności z tzw. czystym kontem, czyli z minimalnym stanem zobowiązań, a przynajmniej bez ich wymagalnej części.

Tymczasem nie sposób nie odnieść wrażenia, że stanowisko Trybunału (a szczególnie jego potencjalne konsekwencje) stanowiło zaskoczenie dla części zarządzających systemem. Ministerstwo Zdrowia ustami swoich przedstawicieli stara się ostatnio minimalizować problem zadłużenia placówek. Nowy prezes NFZ Adam Niedzielski zapowiedział chęć całkowitej zmiany zasad finansowania świadczeń realizowanych w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Podstawą ich wynagradzania miałyby być, w żaden sposób jeszcze nie sprecyzowana, jakości udzielanych świadczeń medycznych. Powołał się przy tym na swoje amerykańskie obserwacje dotyczące ruchu i trybu opieki nad pacjentami w tamtejszych szpitalach. W jaki sposób propozycja ta koresponduje z możliwością poprawy stanu finansowego placówek i koniecznością przejęcia za niego odpowiedzialności przez państwo, na razie nie wiadomo. Nie można jednak tak istotnej zapowiedzi bardzo ważnego uczestnika systemu pozostawić bez próby komentarza. Także, a może przede wszystkim, w kontekście nadchodzących zmian. Wydaje się bowiem, że kilka kwestii wymaga bliższego wyjaśnienia.

Obawiam się, że w roku 2021...

Pierwsza z nich to samo rozumienie jakości w ochronie zdrowia i sposobów jej pomiaru. Jednym z niewielu



„Wyrok Trybunału Konstytucyjnego jest w moim przekonaniu swoistą próbą postawienia na nogi czegoś, co dotąd stało na głowie”

obiektywnych, w miarę porównywalnych, syntetycznych wskaźników jej poziomu jest miernik QALY. Upraszczając – pokazuje on cenę, jaką państwo godzi się zapłacić za przedłużenie życia pacjentowi we względnym dobrostanie o 1 rok. W Polsce do niedawna była to równowartość średniej klasy samochodu, ok. 140 tys. zł. Wszystkie inne wskaźniki, bardziej szczegółowe, być może poza ilością zakażeń wewnątrzszpitalnych, będą odnosić się do poszczególnych zakresów świadczeń, np. ilość reoperacji do sfery zabiegowej czy rehospitalizacji do niezabiegowej. Generalnie ocena efektywności leczenia na oddziałach zachowawczych, np. internistycznych czy geriatrycznych, wydaje się trudniejsza na zabiegowych. Nie musi to być wada samych wskaźników. Problem polega jednak na określeniu stopnia szczegółowości ich zastosowania (np. czy osobno liczone będą rewizje ortopedyczne zawinione przez dany zespół, czy też osobno poprawki po operacjach wykonanych w innych jednostkach, kto to będzie oceniał itd.) i ich praktycznego przełożenia na płacenie placówkom za wyleczenie, a nie leczenie, jak tego chce prezes NFZ. Takich szczegółowych problemów do rozstrzygnięcia z pewnością będzie więcej.

Powoływanie się na wzorce amerykańskie wydaje się sensowne, gdy przystają one do polskich realiów. W przypadku zasad działania systemu i tym bardziej organizacji pracy placówek medycznych takich analogii trudno się doszukać. Chyba że planowana jest rewolucja zmierzająca do likwidacji systemu ordynatorskiego, będącego dotąd podstawą funkcjonowania polskich szpitali. W USA, jak wiadomo, on nie istnieje. Taka dyskusja być może jest potrzebna, bo temat organizacji pracy szpitali wraca co jakiś czas. To właśnie określony sposób organizacji pracy placówki medycznej determinuje tryb leczenia i opieki nad pacjentem.

Trzecia sprawa to zasoby potrzebne do przeprowadzenia zmian. Jakość kosztuje, a dobra jakość musi kosztować.

„Czy propozycja prezesa NFZ jest w istocie zapowiedzią likwidacji sieci?”

tować jeszcze więcej. Sądzę, że trudno będzie osiągnąć, dziś jeszcze nie określone, zadowalające efekty przy zapowiadanych przez rząd nakładach w wysokości 6 proc., żądanych przez organizacje rezydenckie 6,8 proc. czy nawet zapisanych w cytowanym już „Pakcie dla zdrowia 2030” 7 proc. docelowego odpisu PKB. Truizmem jest stwierdzenie, że medycyna to jedna z najszybciej rozwijających się dziedzin nauki i technologii. Postęp jest spektakularny, przynosi efekty dla pacjentów, ale kosztuje. My w wielu dziedzinach, np. onkologii, bardzo odstawiamy od światowych i europejskich standardów jakości leczenia. Głównie z powodu braku środków. Cytowane wyżej wielkości nie będą stanowić przełomu, szczególnie na tle tendencji w medycynie świata bardziej rozwiniętego. Ostatnie dane z raportu z 2018 r. Global Health Care Outlook wskazują, że wydatki na ochronę zdrowia na świecie będą rosły systematycznie w tempie średnio 4,8 proc. rocznie. Już prawie za rok, w 2021 r., mają stanowić 10,5 proc. globalnego PKB, czyli 8,7 bln dolarów. Obawiam się, że my w 2021 r. będziemy dyskutować, kto jest odpowiedzialny za stan zobowiązań szpitali i kto ma pokryć istniejące zadłużenie, przed upływem orzeczonej przez Trybunał Konstytucyjny półtorarocznej karencji w realizacji wyroku.

Zasoby to oczywiście nie tylko pieniądze

W naszych realiach fundamentalne znaczenie ma także dostępność kadr. Jak wiadomo, coraz bardziej ograniczona. Bez odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów, pielęgniarek i wielu innych niezbędnych pracowników pożądanej jakości raczej nie da się osiągnąć, a w każdym razie nie szybko. Bez względu na metodologię liczenia należy się zgodzić co do dwóch kwestii. Po pierwsze, polska ochrona zdrowia cierpi na drastyczny niedobór wykwalifikowanych kadr. Po drugie, przy życiu trzymają ją w dużej mierze emeryci. Ze 137 tys. czynnych zawodowo lekarzy ponad 13 tys. ma więcej niż 66 lat. W najbliższych czterech latach kolejne 7 tys. osiągnie wiek emerytalny. Ich jednoczesne odejście mogłoby załamać system. Podobnie jest, jeśli chodzi o kadrę pielęgniarską. Średnia wieku polskich pielęgniarek to 52 lata. W tych warunkach, żeby realnie myśleć o podnoszeniu jakości świadczeń, najpierw trzeba rozwiązać ten fundamentalny problem.

Pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia najbardziej istotny, w mojej ocenie, problem – odpowiedź na pytanie, czy propozycja prezesa NFZ jest w istocie zapowiedzią likwidacji sieci. Wprowadzenie kryterium jakościowego jako podstawy oceny, a przede wszystkim finan-

sowania placówek może w sposób zasadniczy zmienić dotychczasowy paradygmat ich zasilania w środki. Warto przypomnieć, że w ciągu ostatnich 30 lat, do czasu wdrożenia reformy w postaci sieci, obowiązywała oficjalna zasada, że pieniądze powinny iść za pacjentem. Lepiej lub gorzej, z atrapą w postaci płacenia za nadwykonania, udawało się ją jakoś realizować. Ostatnia zmiana, wprowadzona trzy lata temu, diametralnie zmieniła status quo. Teraz to faktycznie pacjenci muszą podążać za pieniędzmi, tzn. szukać placówek, w których starcza ich na finansowanie konkretnych świadczeń medycznych. Doświadczenia z funkcjonowania tej reformy w opinii większości uczestników systemu są niestety negatywne. Ministerstwo Zdrowia zapowiada zmiany, ale na razie propozycje resortu nie dotyczą podstaw funkcjonowania systemu, czyli placówek szpitalnych. Sprowadzają się do działań w POZ, prób usprawniania funkcjonowania opieki specjalistycznej. Trudno nie odnieść wrażenia, że propozycje prezesa Adama Niedzielskiego nie do końca wpisują się w obowiązujące od niedawna zasady finansowania ochrony zdrowia. Ich wprowadzenie, nawet abstrahując od wszystkich przytoczonych powyżej wątpliwości, oznaczałoby kolejną, wdrażaną w bardzo krótkim czasie, poważną reformę działania placówek i systemu w ogóle. Co bynajmniej nie oznacza, że promowanie dobrej jakości leczenia nie jest konieczne. Najpierw trzeba jednak stworzyć do tego odpowiednie warunki, o których wspominałem. Potrzebny jest również właściwy czas na przygotowanie i wprowadzenie zmian. Tymczasem wydaje się, że konsekwencje cytowanego orzeczenia mogą nie pozostać obojętne zarówno dla relacji właścicielskich w ochronie zdrowia, jak i zasad funkcjonowania i oceny lecznic. Może to być kolejna wymuszona okolicznościami zewnętrznymi zmiana, przynosząca w krótkim czasie poważne konsekwencje dla reguł działania placówek ochrony zdrowia.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego jest w moim przekonaniu swoistą próbą postawienia na nogi czegoś, co do tej pory stało na głowie. Stan braku normalności trwał na tyle długo, że spowszechniał, wrósł w system i stał się jego immanentną częścią. W konsekwencji zmiany zachodzące w systemie trudno przystają do zmian otoczenia zewnętrznego (prawnego) i przewidywanych ich następstw. Budzą zdziwienie i konsternację. Wyrazem takiej postawy jest choćby wypowiedź byłego ministra Konstantego Radziwiłła dla portalu „Menedżer Zdrowia”. Stwierdził on, że trzeba znaleźć jakiś sposób, by samorzady nadal ponosiły współodpowiedzialność za finansowanie placówek ochrony zdrowia. Nie jest to stanowisko całkowicie odosobnione. Mimo tych zawirowań należy mieć nadzieję, że bieżący rok przyniesie przynajmniej próbę odpowiedzi na postawione na wstępie pytanie. Półtora roku to niewiele czasu.

dr Mariusz Jędrzejczak
były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu