



Fot.: iStockphoto.com

## Kolejny obumarły projekt

Projekt reformy podmiotów leczniczych, potocznie nazywany „projektem centralizacji szpitali”, właśnie kończy swoje życie – jeszcze przed narodzeniem. Szumnie wpisnął się w tradycję reformowania systemu bez jego reformowania, obok takich działań jak powstanie płatnika publicznego w latach 1997–2003, utworzenie koszyka świadczeń zdrowotnych w 2009 r. czy sieci szpitali w 2017 r. Jak zawsze obumarciu pierwotnego projektu będzie towarzyszyć swoisty „zaśniad groniasty”, którym za każdym razem są nowo powstające instytucje, mające dodatkowo ręcznie regulować coś, czego systemowo uregulować się nie udało.

Z prawdziwym smutkiem patrzę, jak porzucono projekt ujednoczenia organów założycielskich szpitali. Projekt, na który oczekiwałem od lat z nadzieją, że przywróci sterowność rozbitego na księstwa, księstewka i rozmaite baronie systemu polskiego szpitalnictwa. Przyczyny, dla których uważałem go za potrzebny, przedstawiłem w poprzednich numerach „Menedżera Zdrowia” (m.in. „Nie stawiajmy wozu przed koniem” nr 1–2/2021, „Marzenie o sieci szpitali po pandemii” nr 11–12/2021), więc w dalszej części artykułu omówię je tylko skrótowo.

Przetworzenie projektu w obecnie przedstawianą postać wpisuje się – jak wspomniano w lidzie – w tradycję reformowania systemu opieki zdrowotnej bez

jego reformowania. Nie wiem, czy jest to spowodowane leniem reformatorów przed daleko idącymi zmianami, ich lenistwem czy po prostu niekompetencją. To ostatnie zresztą jest raczej wątpliwe, bo przecież po każdej reformie powstają jakieś nowe instytucje, w których reformatorzy znajdują swoje miejsce.

### Historia wcześniejszych reform – i ich „zaśniadów groniastych”

Pozwolę sobie przypomnieć kilka wcześniejszych reform, które albo zakończyły się efektem pozornym, albo wytworzyły – jak pisał Kisiel o socjalizmie – nowe problemy, które przez lata następne trzeba było bohatersko zwalczać.

„ Miała być rewolucja dostosowująca strukturę udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce do potrzeb, a jest znana od lat narracja o potrzebie efektywności kosztowej, eliminacji słabszych ekonomicznie podmiotów, potrzebie podniesienia kompetencji zarządzających ”

Gdy mówimy o systemie w obecnej jego postaci, to nie sposób nie sięgnąć do jego genezy, czyli wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego. Pierwotna ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym została przygotowana przez rząd SDRP-PSL w latach 1993–1997 i przegłosowana przed wyborami parlamentarnymi w 1997 r. Powódź z 1997 r. zmyła jednak reformatorów i nowo uchwalona ustawa trafiła w ręce świeżo wybranej koalicji AWS-UW, która jeszcze przed wejściem w życie 1 stycznia 1999 r. doszczętnie ją zdemolowała. Nowelizacja ustawy z 1998 r. – że przypomnę tylko najważniejsze punkty – obniżyła składkowe finansowanie systemu z 11 proc. składki odliczanej w całości od podatku do 7,5 proc., czyli o ponad 30 proc., praktycznie zlikwidowała możliwości powstawania innych kas niż regionalne poprzez podniesienie dolnego limitu ubezpieczonych w nich osób do 500 tys. oraz uniemożliwiła konkurencję o ubezpieczonych pomiędzy kasami. Na koniec zlikwidowała możliwość pobierania przez szpitale opłat za usługi niezwiązane z leczeniem, czyli np. za tzw. dobę hotelową.

Następstwem pierwszej zmiany było radykalne obniżenie poziomu finansowania systemu do wartości krytycznych, z czym borykamy się już ponad 22 lata i dopiero ostatnio planuje się istotne zwiększenie oskładkowania. Co prawda ma się to odbyć poprzez likwidację możliwości odliczenia od podatku niepowiększonej składki i obciążenie składką naliczaną od przychodu samozatrudnionych, ale i tu niewiele to ma wspólnego z solidarnością, bo na przykład całkowicie pominięto bardzo liczną grupę rolników. Tak czy tak – mamy właśnie przykład Kisielowego systemowego zwalczania trudności, które się wcześniej samemu sprokurowało.

Druga zmiana uniemożliwiła konkurowanie pomiędzy kasami i powstawanie konkurencyjnych wo-

bec „państwowych” kas instytucji, które zarządzałyby naszymi składkami zdrowotnymi. Nowela ta została twórczo rozwinięta, kiedy w 2003 r. dokonano ostatecznej centralizacji, tworząc monopsonistycznego płatnika, jakim jest NFZ, z wszystkimi tego konsekwencjami obserwowanymi do dziś.

Trzecia zmiana ucięła już na starcie dyskusję o możliwości współpłacenia za cokolwiek, nie mówiąc o współpłaceniu za ponadstandardowe usługi medyczne. Ten ostatni problem został zresztą zakrzyczany przez odpowiednie interpretacje prawa, w czym jesteśmy specjalistami, ale o tym za chwilę.

Co zostało nam z reformy z 1999 r.? Wcześniej mieliśmy budżetowe zakłady opieki zdrowotnej z wszystkimi ich wadami (ale także zaletami), które otrzymywały coroczne budżety na prowadzenie swojej działalności od odpowiedniego wojewody plus dodatkowo środki na zadania zlecone. Po reformie mieliśmy ponoć samodzielne podmioty, z ustalonymi sztywnymi kwotowo kontraktami, minimalną liczbą świadczeń tzw. nielimitowanych, a obecnie ryczałty szpitalne także z niewielką liczbą świadczeń odrębnie kontraktowanych. Przybija co prawda świadczeń nielimitowanych, ale jest to związane z rosnącą ściągalskością składki przy ciągle sztywnych budżetach szpitali wynikających z podpisanych umów z NFZ. Po prostu płatnika stać na dobre serce w postaci celowanych poluzowań.

Zostały także liczne „zaśnady groniaste”. Wcześniej były wydziały zdrowia w urzędach wojewódzkich (prawda, że w 49), obecnie oprócz ich odpowiedników w 16 województwach są takie wydziały w urzędach marszałkowskich, powiatach, ba – niektórych gminach, a ponadto cała organizacja NFZ i np. AOTMiT. Gdyby dobrze finansowany system spełniał wszystkie swoje społecznie oczekiwane funkcje – nie powiedziałbym nic złego. Ale czy tak jest?

Także inne reformy systemu nie osiągały swoich celów, ponieważ najczęściej były działaniami pozornymi lub już w trakcie ich tworzenia wycofywano się z wyjściowych propozycji w całości albo – co gorsza – zamiast cokolwiek zmieniać na lepsze, konserwowano system. Tak było np. z ustawą o koszyku świadczeń zdrowotnych. Przyjęta w 2009 r. była i działaniem pozornym, i konserwującym obecny system. Są osoby, które pamiętają, jak na potrzeby ustawy w pośpiechu kopiowano istniejące katalogi NFZ. Koszyk usług zdrowotnych, który co do zasady miał wskazać procedury medyczne, na których finansowanie system stać, wyeliminować z finansowania procedury o nieudowodnionej wartości klinicznej, ale także ustalić standard wykonania procedury – okazał się spisem usług do tychczas finansowanych przez NFZ.

Ustawa o sieci szpitali została jeszcze bardziej zdeformowana. Znowu przypomnę, że treść ustawy brzmiała „o podstawowym zabezpieczeniu medycznym”. Bo faktycznie miała ona stworzyć sieć i objąć finansowo-



„Żaden starosta, czy to PiS-owski, czy opozycyjny, nie zgodzi się z dobrej woli na przekształcenie swojego szpitala w ZOL czy likwidację kilku oddziałów, bo będzie go to kosztować stanowisko w następnych wyborach”

waniem ryczałtowym początkowo tylko cztery podstawowe oddziały. Tymczasem nadzieja na znalezienie się w sieci i uzyskanie bezpieczeństwa dla innych oddziałów spowodowała naciski na umieszczenie w ustawie wszystkich oddziałów. W efekcie zakres ustawy rozrósł się ponad początkowe założenie. Dodatkowo, przy naciskach politycznych do sieci wpisano praktycznie wszystkie szpitale z dość nielicznymi wyjątkami, głównie dotyczącymi szpitali prywatnych. Oczywiście miejsca udzielania określonych świadczeń nie były w żaden sposób powiązane z mapami potrzeb zdrowotnych, a wyłącznie z istniejącym status quo. Rządzący po cichu się cieszyli, bo poprzez wprowadzenie ryczałtów załatwili sobie coroczny problem finansowania tzw. nadwykonań, ale po raz kolejny skompromitowali ideę dostosowania liczby podmiotów i oferowanych przez nie zakresów świadczeń do potrzeb zdrowotnych i zasobów systemu.

#### Projekt ujednoczenia organów założycielskich – po co?

Wygląda na to, że podobna przyszłość czeka projekt ujednoczenia organów założycielskich. Powstanie ustawa, która absolutnie nie rozwiąże istniejących problemów, może stworzyć nowe, a przy okazji skompromituje rozwiązanie i pozwoli na powołanie nowych instytucji.

Dlaczego, moim zdaniem, ujednoczenie organów założycielskich jest potrzebne? Z co najmniej kilku powodów. Reforma z 1999 r. „usamorządziła” część usług publicznych, m.in. opiekę zdrowotną, co w założeniach miało głęboki sens. Niestety – było to tylko oddanie problemu w ręce nieprzygotowanych do tego i niemających wystarczających zasobów finansowych struktur. Cały problem niedofinansowania ochrony zdrowia został przerzucony na organy założycielskie, co po 20 latach, zwłaszcza w przypadku szpitali podlegających powiatom, przynosi owoce np. w postaci głębokich zaniedbań infrastrukturalnych. Istniejące do niedawna zapisy o konieczności pokrywania strat przez organy założycielskie, mimo że obchodzone na

wszelkie możliwe sposoby, chroniły przed głębokim zadłużeniem tych podmiotów, lecz po wyroku Trybunał Konstytucyjnego problem ten może narosnąć. Przy braku zasobów ludzkich i ich „metropolizacji”, czyli zgrupowaniu w większych miastach, na tzw. prowincji coraz większym problemem jest znalezienie odpowiedniej liczby specjalistów medycznych, aby utrzymać istniejące oddziały i poradnie. Do tego dochodzi powszechnie znane, choć oficjalnie pomijane milczeniem zjawisko upychania w szpitalach lokalnej nomenklatury i znajomych królika.

Stoimy przed potrzebą radykalnych zmian w ochronie zdrowia, aby nie uległa ona implozji. Trzeba w krótkim czasie dostosować liczbę podmiotów i oferowanych przez nie zakresów świadczeń do posiadanych zasobów, przede wszystkim ludzkich. Powiedzmy sobie jasno: przez najbliższe kilka lat nie będziemy mieli wystarczającej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów medycznych, aby utrzymać dotychczasową strukturę, zwłaszcza poza obszarami wielkomiejskimi. Żaden starosta, czy to PiS-owski, czy opozycyjny, nie zgodzi się z dobrej woli na przekształcenie swojego szpitala w ZOL czy likwidację kilku oddziałów, bo będzie go to kosztować stanowisko w następnych wyborach. A te już za nieco ponad dwa lata. Będą to więc kolejne lata stracone. Żeby nie było nieporozumień – tak samo będzie postępował każdy marszałek województwa.

Jeżeli więc chcemy rzeczywiście zmienić strukturę naszych szpitali, musimy mieć perspektywne mapy potrzeb zdrowotnych, uwzględniające potrzeby zdrowotne, ale też posiadane i przyszłe zasoby ludzkie i finansowe, wolę przeprowadzenia tych zmian zgodnie z mapami i narzędzie do ich realizacji. Brak któregośkolwiek z tych elementów nie pozwoli na rzeczywistą naprawę systemu. Narzędziem jest przejście władztwa nad wszystkimi szpitalami przez jeden spójny ośrodek. Wydaje się, że tej chwili brakuje nie tylko narzędzia, lecz wszystkich elementów potrzebnych do realizacji projektu.



„Przez najbliższe kilka lat nie będziemy mieli wystarczającej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych profesjonalistów medycznych, aby utrzymać dotychczasową strukturę, zwłaszcza poza obszarami wielkomiastowymi”

### Rejterada i puste tłumaczenia – o interpretacjach prawa

Zanim się jednak ta reforma zaczęła, a nawet zanim powstał jakikolwiek projekt ustawy, o którym można by konkretnie dyskutować, nasze dzielne przywództwo wycofało się z niej rakiem.

Sama zapowiedź zmian wywołała gwałtowny spór polityczny, jednak Ministerstwo Zdrowia nigdy nie doprowadziło do prawdziwej dyskusji nad potrzebą i sensem proponowanego rozwiązania, próbując stworzyć jakiś ponadpolityczny konsensus. Zamiast tego po blisko dwumiesięcznej pyskówce o tym, kto chce zrobić skok na jakie stołki, opublikowano kilkudziesięciostronicowy dokument o dumnym tytule „Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne”, który jest oficjalnym wycofaniem się z projektu z jednym małym „ale”, o którym za chwilę.

W dokumencie tym oficjalnie poinformowano o rezygnacji z chęci ujednoczenia organów założycielskich, podłączając do niego opinie prawne świadczące o niekonstytucyjności proponowanych kilku rozwiązań. Prawdę mówiąc, oniemiałem, ponieważ o konstytucyjności istniejących aktów prawnych orzeka Trybunał Konstytucyjny, bo tylko on jest do tego uprawniony.

Jest oczywiste, że nie wchodził w grę akt bolszewickiego przejęcia podmiotów leczniczych bez żadnego zwrotu nakładów poniesionych na ich funkcjonowanie czy dokapitalizowanie bądź rozmowy o jakiejś formie odszkodowań z tego tytułu. Ale jeszcze żadnej formy nie zaproponowano, a już orzeczono. Może jednak należało włożyć więcej wysiłku w stworzenie aktu prawnego, starając się, jak zastrzegłem wcześniej, uzyskać jakiś konsensus wokół jego treści? Po przeprowadzeniu przez parlament prezydent mógłby wnieść ustawę w trybie rewizyjnym do Trybunału Konstytucyjnego i wtedy mielibyśmy formalne orzeczenie o jej konstytucyjności lub niekonstytucyjności. A tu bach i po krzyku. Ciekawe, dlaczego w przypadku tylu innych ustaw nie stosowano takiego podejścia?

A Trybunał wydał już wiele dyskusyjnych orzeczeń. W naszej dziedzinie było to np. orzeczenie o niezgod-

ności z konstytucją świadczeń udzielanych odpłatnie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Przypomnijmy orzeczenie o zgodności z konstytucją przeniesienia do ZUS środków zgromadzonych przez obywateli w OFE. Pewnie wszyscy pamiętają, jak w ubiegłym roku Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się na temat dopuszczalności aborcji w przypadkach wad genetycznych, i wielu się z tym orzeczeniem nie zgadza. Cóż – mamy „prawo interpretacyjne”, co przecież potwierdziła jedna ze znanych, skonfliktowanych z obecnym rządem sędzin, mówiąc publicznie, że „w ramach obowiązującej konstytucji i tego, co się jakoś da z niej wyinterpretować, nie naciągając tego zbyt, można bardzo wiele rzeczy naprawić”.

Bez zbytnich złośliwości – wydaje się, że rzekoma niekonstytucyjność rozwiązań była wygodnym alibi do wycofania się z projektu. Albo z powodu niechęci do rozpętywania kolejnego konfliktu, albo z braku pieniędzy na koszty związane z przejściem podmiotów leczniczych, albo jakiegoś innego, o którym nie mam po prostu pojęcia.

### „Zaśniad” agencja – ma sens tylko jako narzędzie realizacji programu

Nie jest jednak tak, że z projektu nic nie zostało. Pozostaje stworzenie nowej instytucji – Agencji Rozwoju Szpitali (ARS), która otrzyma znaczne uprawnienia dotyczące wpływu na finanse szpitali, redystrybucji środków z Planu Odbudowy, a także obsady stanowisk zarządczych w szpitalach. Tyle, że to będzie narzędzie władcze w ramach istniejącego systemu, nie zaś narzędzie realizujące jego zaplanowaną restrukturyzację.

Zeby nie wyszedł na hipokrytę – podobne narzędzie proponowałem przed ponad 15 laty (ale ten czas leci) na terenie Dolnego Śląska w warunkach ciężkiego kryzysu finansowego na początku reformy. Tak, agencja miała tworzyć plany restrukturyzacyjne, sekurytyzować długi oraz stopniowo je umarzać w przypadku sukcesu restrukturyzacji i jego trwałości w kolejnych latach. Całkiem niedawno też wypowiadałem się zyczliwie o pomysły utworzenia ARS na łamach „Menedżera Zdrowia”. Ale powtarzam: agencja miała być narzędziem do realizacji projektu restrukturyzacji produktowej systemu i wsparciem dla programów poprawiających sytuację finansową restrukturyzowanych podmiotów. Tymczasem otrzymujemy ARS jako samodzielny byt bez powiązania z resztą projektu. Zaśniad zamiast płodu. Określenie jest może brutalne, ale taki może być efekt jej działania, jeżeli powstanie w formule i z uprawnieniami opisanymi w przedstawionym przez Ministerstwo Zdrowia dokumencie.

W proponowanej formie ARS będzie restrukturyzować wybrane podmioty, dokapitalizować je, wspomagać finansowo – ale te już istniejące w obecnej strukturze systemu. Być może doprowadzi do zamknięcia najsłabszych. Nie będzie miała jednak wpływu na za-

kłady spełniające być może kryteria finansowe, ale mające np. działalność nadmierną w stosunku do potrzeb. Nie będzie kreować systemu, ale będzie rozdawać marchewki i korzystać z kija.

Mój niepokój wzbudza, że to ARS będzie rekomendować wsparcie finansowe, w tym inwestycyjne, dla szpitali będących w lepszej kondycji finansowej. Ta kondycja to często konsekwencja wcześniejszych decyzji administracyjnych czy wręcz polityczno-lobbingowych, a nie tylko efekt złego zarządzania. Jest oczywiste, że szpitale w gorszej sytuacji finansowej mają mniej środków inwestycyjnych i jeżeli są systemowo potrzebne, to im powinno się pomagać w pierwszej kolejności.

Agencja powinna wspierać szpitale w zakresach wynikających z map potrzeb zdrowotnych. Przytaczałem już przykład siedmiu oddziałów chirurgii naczyniowej w Warszawie – czy naprawdę są potrzebne w takiej liczbie? Jeżeli będą w szpitalach kategorii A lub B, nikt ich nie ruszy. Agencja może przez to zakonserwować system dla bogatych: dla wielkich szpitali z dużymi kontraktami, w wielkich miastach, realizujących lepiej wycenione procedury. Czy o to systemowo chodzi?

Projekt certyfikowania przez ARS zarządców szpitali na zasadach: „skończył MBA” lub „zda u nas egzamin”, jest tylko pozornie mądry. Prawdopodobnie wyeliminuje przysłowiowych znajomych starosty, ale także wielu starych, doświadczonych dyrektorów. Kogo wprowadzi na ich miejsce? Odpowiem krótko: nie wiem. Jeżeli to będą ludzie mający 5-letni staż na stanowisku kierowniczym w markecie lub 3-letni na stanowisku kierownika sekcji lub działu zamówień publicznych w małym szpitalu (taka luźna ocena wymogów z dokumentu), to niekoniecznie będzie to wartościowa zmiana. Od lat wielu twierdzi, że dotychczasowi zarządcy są niewiele warci, ale nikomu nie udało się ich wymienić na znacznie bardziej wartościowy korpus. W nadal trudnych, a nawet coraz trudniejszych warunkach zarządzania, przy braku zasobów finansowych i ludzkich, przy obecnej organizacji systemu – zarządzanie szpitalem to nie jest zarządzanie bankiem. A tak wydają się myśleć obecnie rządzący, włącznie z samym ministrem zdrowia deklarującym publicznie wymianę lekarzy na menedżerów.

### Dokąd zmierzasz, systemie

Lektura przedstawionego dokumentu jest dla mnie dość przykra. Miała to być rewolucja dostosowująca strukturę udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce do potrzeb na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Zamiast tego jest znana od wielu lat narracja o potrzebie efektywności kosztowej, eliminacji słabszych ekonomicznie podmiotów, potrzebie podniesienia kompetencji zarządzających.

Kiedy po raz kolejny czytam o potrzebie koncentracji świadczeń, a propozycjami są powtarzane od lat postulaty likwidacji oddziałów położniczych o zbyt małej

„Cały problem niedofinansowania ochrony zdrowia został przerzucony na organy założycielskie, co po 20 latach, zwłaszcza w przypadku szpitali podlegających powiatom, przynosi owoce np. w postaci głębokich zaniedbań infrastrukturalnych”

liczbie porodów lub likwidacja oddziałów zabiegowych o zbyt niskim udziale operatywy, mam nieodparte wrażenie, że systemem zarządzają do spółki biurokraci i niemający pojęcia o opiece zdrowotnej ekonomiści.

Jeżeli chcemy, żeby rodziły się dzieci – a chyba chcemy, musimy zapewnić odpowiednią opiekę przyszłym matkom. Jeszcze w 1980 r. urodziło się w Polsce blisko 700 tys. dzieci. Jest wiele przyczyn tego, że obecnie rodzi się połowa tej liczby. Jedną z nich to zmniejszenie się liczby potencjalnych matek z uwagi na emigrację po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Zakładając, że liczba porodów będzie wzrastać, bo do tego dążymy, powinniśmy zaplanować liczbę i rozmieszczenie oddziałów położniczych w zależności od geografii i wielkości populacji, a nie obecnych „wskaźników”, rozumianych jako liczba porodów rocznie. To nie matki mają się dostosowywać do wskaźników i jeździć do porodu kilkadziesiąt kilometrów, ale system powinien zaplanować rozmieszczenie oddziałów w zależności od obecnych i przyszłych potrzeb. Dotyczy to wszystkich oddziałów podstawowych: chirurgii, interny, pediatrii. Ale tu trzeba by przewidywać, kreować, tworzyć narzędzia zachęcające do pracy na prowincji w tych specjalnościach itp.

Z drugiej strony trzeba pilnować, aby specjalistyczne oddziały nie mnożyły się ponad liczbę wynikającą z potrzeb zdrowotnych i dostępnego potencjału, zwłaszcza w zbliżonych lokalizacjach.

Niestety, od wielu lat kreatorów polityki zdrowotnej nie ma. Są administratorzy i ślepi ekonomiści, uwielbiający wstawiać system w przysłowiowe tabelki czy tworzyć kolejne regulacje. Opieka zdrowotna jest gałęzią gospodarki, musi się opierać zarówno na standardach postępowania, jak i na rozsądku ekonomicznym. Ale ma też zadania zabezpieczeniowe – jak policja czy straż pożarna. O zrównoważeniu tych wektorów, często przeciwstawnych, nikt chyba nie myśli. W każdym razie nie obecna ekipa z Miodowej.

*Maciej Biardzki, ekspert systemu ochrony zdrowia*