

Agencja Rozwoju Szpitali najważniejszym podmiotem kształtującym strukturę rynku publicznych świadczeń zdrowotnych?



Fot. i stockphoto.com

Centralizacja decyzji

MARIUSZ JĘDRZEJCZAK

Na początku lipca 2021 r. wiceminister Sławomir Gadomski przedstawił sejmowej Komisji Zdrowia rekomendacje resortu co do wyboru dalszej ścieżki reformowania placówek systemu opieki zdrowotnej. Z diskutowanych do tej pory trzech wariantów – przejścia administracyjnego jednostek przez Ministerstwo Zdrowia, tworzenia samorządowych spółek kapitałowych, zmian właścicielskich szpitali w drodze restrukturyzacji ich zadłużenia – ostatecznie praktycznie zdecydowano się na wariant trzeci, oceniony jako najmniej inwazyjny. Jego realizacją ma się zająć utworzona m.in. w tym celu Agencja Rozwoju Szpitali (ARS). Jak można sądzić na podstawie opublikowanych w maju „Założeń reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”, propozycja ta stanowi swego rodzaju kompromis wy-

pracowany przez ministerialny zespół ekspertów i sam resort zdrowia. Istotną zmianą w propozycji rekomendowanej przez wiceministra Komisji Zdrowia była forma organizacyjno-prawna mającej powstać agencji.

Agencja Rozwoju Szpitali w formie państwowej jednostki wykonawczej, a nie spółki akcyjnej

Warto podkreślić, że członkowie zespołu rekomendowali powołanie nowej instytucji w formie spółki akcyjnej ze 100-procentowym udziałem Skarbu Państwa. Za czym zdawało się przemawiać kilka racjonalnych powodów.

Po pierwsze spółka prawa handlowego, w przeciwieństwie do jednostki państwowej, nie podlega rygorom ustawy o finansach publicznych. W praktyce jest zwolniona z obowiązku tworzenia rocznych budżetów, ich planowania i rozliczania. Przypisane ARS kompetencje

i zadania, głównie w zakresie restrukturyzacji szpitali, zdecydowanie przekroczą ten horyzont czasowy.

Po wtóre uznano, że forma spółki kapitałowej jest bardziej przejrzysta, jeśli chodzi o sposób zarządzania (choć w przypadku spółek Skarbu Państwa to nie zawsze musi być oczywiste) i bardziej korzystna dla podmiotu świadczącego usługi finansowe na zasadach rynkowych. Spółka taka, przynajmniej w założeniach, powinna prowadzić działalność finansową na własne ryzyko, a nie ryzyko budżetu państwa. W praktyce jednak w przypadku podmiotów ze 100-procentowym udziałem środków publicznych to czysto hipotetyczne założenie.

Po trzecie wreszcie forma spółki akcyjnej w sposób bardziej jednoznaczny określi zakres odpowiedzialności członków jej zarządu, podlegających rygorom kodeksu handlowego. Jak wiadomo, ponoszą oni ryzyko odpowiedzialności majątkowej za podjęte w imieniu spółki decyzje.

Podczas posiedzenia komisji sejmowej wiceminister Sławomir Gadomski rekomendował jednak, aby nowo powstała ARS działała jako państwowa jednostka wykonawcza. W zasadzie bez szczegółowego uzasadnienia tego stanowiska. Być może, choć to tylko przypuszczenie, jednym z powodów takiej rekomendacji jest okoliczność, że „kodeksowo” celem spółek kapitałowych jest osiągnięcie zysku z prowadzonej działalności, a w ocenie resortu formuła i zakres działania spółki tego nie gwarantuje.

Nowy twór biurokratyczny czy regulator działania systemu?

Analizując przypisane agencji zadania, trudno nie odnieść wrażenia, że planowane jest stworzenie quasi-omnipotentnej instytucji, która w drodze decyzji administracyjnej zawłaszczy część dotychczasowych kompetencji NFZ, banków, szczególnie BGK, czy samych dyrektorów szpitali i ich organów założycielskich. Fakt ten będzie głównie widoczny w procesie przygotowywania programów restrukturyzacyjnych szpitali i ich realizacji, ale niewątpliwie znajdzie wyraz także w codziennym funkcjonowaniu jednostek.

Projektodawcy przewidują, że jednym z głównych zadań ARS będzie standaryzacja placówek publicznej ochrony zdrowia według kryteriów ekonomiczno-finansowych, pozwalających na przypisanie ich do jednej z czterech kategorii: A, B, C lub D. Tylko szpitale zakwalifikowane do kategorii A nie będą miały obowiązku przygotowania jakiejś formy programu naprawczego wymaganego dla jednostek grupy B. W kategorii C i D konieczne jest opracowanie programu restrukturyzacyjnego. Wymogi te powodują, że bardzo istotny będzie dobór wskaźników oceny, na podstawie których zostanie przeprowadzona ta kategoryzacja. O wadze kryteriów stratyfikacyjnych świadczy także okoliczność, że nie tylko będą one podstawą kwalifikacji szpitala do konkretnej kategorii, lecz w konsekwencji także decydują o formie nadzoru ARS nad realizacją przygotowanego

„Reforma prowadzi w istocie do ograniczenia kompetencji dyrektorów szpitali i dotychczasowych organów założycielskich i zwiększenia wpływu centralnej władzy administracyjnej na ochronę zdrowia”

przez szpital programu restrukturyzacyjnego, zatwierdzonego przez ARS i NFZ. Może to być forma swoistego „komisarza” – doradcy restrukturyzacyjnego – albo wprowadzenie kompletnego zarządu komisarycznego. To rozwiązania znane z zarządzania np. systemem bankowym. Agencja Rozwoju Szpitali stanie się swoistym nadzorcą publicznych placówek systemu opieki zdrowotnej. Pytanie, czy potrzebnym wobec dokonanego ostatnio zwiększenia i reorganizacji służb kontrolnych NFZ i nadzoru organów założycielskich. W moim przekonaniu dotychczasowy płatnik po ewentualnym wzmocnieniu kadrowym mógłby z powodzeniem pełnić funkcję koordynatora procesów restrukturyzacyjnych placówek, tym bardziej że i tak te programy muszą być z nim uzgadniane, a to oznacza, że ktoś powinien umieć je kompetentnie zaopiniować.

Z dużą odpowiedzialnością można założyć, że ten proces nie odbędzie się bez problemów i kontrowersji. Fakt, że zdecydowana większość lecznic jest w złej sytuacji finansowej, nie oznacza, że jej przyczyny są w każdym przypadku takie same. Mogą one tkwić np. w złym zarządzaniu, ale też w latach zaniżanych wartościach kontraktów dyktowanych przez płatnika. Ten aspekt problemu zdają się rozumieć także projektodawcy ustawy, zakładając premiowanie placówek z grupy A i częściowo B możliwością zwiększenia kontraktów z NFZ. Bardzo ważny będzie także horyzont czasowy oceny placówek. Z pewnością, co zapowiedział już sam wiceminister Gadomski, nie będzie brany pod uwagę okres pandemii COVID-19.

Pierwszy kadrowy

Kadry to moim zdaniem kolejny problem do rozwiązania, i to nie tylko w kontekście realizacji i nadzoru nad programami restrukturyzacyjnymi. Będą one miały znaczenie kluczowe. Rządzący dość krytycznie wypowiadają się na temat zarządzających publicznymi szpitalami. Dyrektorzy mają uzyskiwać certyfikaty ARS, podlegać systematycznym szkoleniom zawodowym, gromadzić punkty kwalifikacyjne itp. To w sumie program pozytywny, praktykowany także przez inne grupy

i korporacje zawodowe. Pytanie, czy za tymi wymaganiami pójdą również zmiany w sposobach i wysokości wynagradzania tak wykwalifikowanych dyrektorów szpitali. Agencja zostanie zatem swoistym „pierwszym kadrowym” w publicznej ochronie zdrowia. W konsekwencji przynajmniej na dwa aspekty tego problemu warto zwrócić uwagę.

Pierwszy to właściwy dobór osób mających oceniać i nadzorować realizację programów restrukturyzacyjnych placówek. Stawiam tezę, że przynajmniej w przypadku delegowanych do jednostek doradców restrukturyzacyjnych, nie mówiąc już o członkach zarządów komisarycznych, powinni to być fachowcy mający oprócz wiedzy teoretycznej także praktyczne doświadczenie w prowadzeniu tego typu działań. Samo sprawdzanie danych w Excelu nie wystarczy. Odwołując się do doświadczeń z innego obszaru, wspomnę, że np. w systemie bankowym jako osoby nadzorujące postępowania naprawcze bądź wchodzące w skład zarządów komisarycznych najczęściej delegowano czasowo nieczynnych lub byłych członków zarządów innych banków. W przypadku na-

” Fakt, że zdecydowana większość lecznic jest w złej sytuacji finansowej, nie oznacza, że jej przyczyny są w każdym przypadku takie same. Mogą one tkwić np. w złym zarządzaniu, ale też w latach zaniżanych wartościach kontraktów dyktowanych przez płatnika ”

szego systemu ochrony zdrowia może powstać pytanie, skąd takich fachowców brać. Po pierwsze, kwalifikacje kadry zarządzającej publicznymi szpitalami są przez resort oceniane relatywnie nisko. Po wtóre ani obecni, ani tym bardziej byli dyrektorzy nie spełniają zakładanych przez ustawodawcę, nowych wymogów formalnych dla kadry zarządzającej jednostek publicznego systemu ochrony zdrowia. Może to być problem, nawet jeśli resort zakłada, że poddanych takim rygorom naprawczym będzie nie więcej niż 30–50 jednostek. Jak wynika z opublikowanego w styczniu br. raportu o stanie podległych Ministerstwu Zdrowia instytutów, będą one stanowić znaczny procent tej liczby. Agencja zakłada wprawdzie szkolenie wykwalifikowanych doradców restrukturyzacyjnych, ale to musi trwać i moim zdaniem nie mogą to być

wyłącznie chętni amatorzy, ale odpowiedni menedżerowie z praktycznym doświadczeniem zarządczym. Najgorsze, co mogłoby się restrukturyzowanym szpitalom przydarzyć, to teoretycy z misją naprawy systemu.

Po drugie planowane zmiany dotyczące kwalifikacji kadry kierowniczej szpitali i jej oceny z założenia będą prowadzić do ograniczenia decyzyjności dotychczasowych organów założycielskich w zakresie polityki kadrowej podległych im placówek, ale nie tylko. Dotychczasowi właściciele mogą być obligowani do realizacji zaakceptowanych w programach restrukturyzacyjnych zmian strukturalnych podległych im szpitali. Takie rozwiązania to zresztą dość oczywiste wotum nieufności w stosunku do ich dotychczasowej polityki kadrowej i kreowania efektywności rynkowej podległych im jednostek. Agencja ma to robić lepiej.

Kompetencje finansowe

Zadaniem ARS ma być również gromadzenie i analiza danych o wysokości zapotrzebowania kapitałowego na prowadzenie skutecznych procesów inwestycyjnych, rozwojowych i restrukturyzacyjnych placówek. Warto jednak pamiętać, że większość tych informacji od dawna posiadają organy założycielskie. Szpitale są bowiem zobowiązane do przedkładania im planów rocznych i uzyskiwania zgód na każde planowane przedsięwzięcie inwestycyjno-rozwojowe, szczególnie w dłuższej perspektywie czasowej. Wymóg ten dotyczy tak inwestycji infrastrukturalnych, jak i zakupów sprzętowych. Takie dane posiada, a na pewno powinno, Ministerstwo Zdrowia. Przypomnę, że przynajmniej kilkakrotnie już resort przekładał ostateczne terminy dostosowania szpitali do wymogów unijnych właśnie z powodu braku środków. Skoro zatem wiadomo było, ile pieniędzy i na co brakuje, to zarządzający systemem powinni wiedzieć, ile ich w konsekwencji potrzeba.

Kolejna prerogatywa nadaje ARS status bez mała jednostki quasi-bankowej. Ma ona bowiem z jednej strony pozyskiwać, z drugiej zaś dystrybuować pieniądze przeznaczone na restrukturyzację szpitali. Do tej pory działania takie były w gestii samych lecznic, korzystających ewentualnie ze wsparcia swoich organów założycielskich. Źródłem finansowania większości projektów restrukturyzacyjnych był państwowy Bank Gospodarstwa Krajowego, ale także banki komercyjne. Jako instytucja finansowa miał odpowiednią kadrę zarówno do oceny, jak i monitorowania realizowanych programów naprawczych szpitali. Dziś nie wiadomo, czy BGK ma być swoistym zapleczem finansowym ARS, czy też będzie ona korzystała z przeznaczonych na ten cel środków budżetowych. Zadaniem ARS, oprócz finansowania wspieranych projektów restrukturyzacyjnych, jest bowiem m.in.:

– wspierać bieżącą płynność szpitali np. przez udostępnianie preferencyjnie oprocentowanych linii kredytowych,

- dopłacać do odsetek od kredytów bankowych bądź w części spłacać zadłużenie główne,
- udzielać poręczeń i gwarancji spłat zaciągniętych zobowiązań kredytowych.

Dwie ostatnie kompetencje agencji były dotąd w gestii samorządowych organów założycielskich szpitali. Należy sądzić, że ARS przejmuje je m.in. w konsekwencji wyroku Trybunału Konstytucyjnego z listopada 2019 r. zdejmującego praktycznie odpowiedzialność z organów samorządowych za zadłużenie i sytuację finansową podległych im placówek ochrony zdrowia. Taki obowiązek w myśl tego rozstrzygnięcia spoczywa na państwie jako organizatorze systemu opieki zdrowotnej. Trzeba pamiętać, że orzeczenie to obowiązuje już od połowy bieżącego roku.

Czy system potrzebuje agencji?

Zdaniem projektodawców zdecydowanie tak. Na wstępie przypomniałem, że ministerialny zespół przygotował i rozpatrywał trzy warianty reformy systemu. Wszystkie jednak, jak dowodziłem już wcześniej, choćby na tych łamach („Menedżer Zdrowia” 3-4/2021: „Trzy drogi do jednego celu”), prowadzą w istocie do ograniczenia kompetencji dyrektorów szpitali i dotychczasowych organów założycielskich i zwiększenia wpływu centralnej władzy administracyjnej na ochronę zdrowia. Nowa instytucja spełnia te wymagania. Zakres jej kompetencji – od kształtowania kadr poprzez kontrolę najważniejszych procesów decyzyjnych i operacyjnych szpitali aż do przyznawania i dystrybuowania pieniędzy na ich rozwój – jest szerszy niż jakiegokolwiek podobnej agencji funkcjonującej na rynku. Także Agencji Rozwoju Przemysłu, na którą jako przykład powołuje się w swoich wystąpieniach wiceminister Gadomski.

Przyglądając się projektowi nowej instytucji, trudno jednak ustrzec się od pewnej analogii. Jeszcze kilka lat temu w podobnym kierunku zmierzała ewolucja NFZ. Fundusz płacił, kontrolował, wyceniał świadczenia, ustalał standardy sprzętowe i kadrowe obowiązujące w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Był faktycznym hegemonem na rynku usług medycznych, bo oddziaływał również mniej lub bardziej bezpośrednio na sektor usług prywatnych. Można chyba zaryzykować twierdzenie, że ten stan nie przyczynił się widocznie do poprawy dostępności świadczeń i sytuacji pacjenta. Dziś pozycja NFZ jest zdecydowanie mniej eksponowana, a formuła płatności ryczałtowych sprowadza go do roli swoistego „bankomatu” placówek systemu.

Czy zatem ARS będzie stanowić nową jakość? Czy jest niezbędna do rozwoju krajowego systemu ochrony zdrowia? Przynajmniej dwie odpowiedzi wydają się możliwe.

Tak – jeśli system ma ewoluować w kierunku centralnego zarządzania, ograniczania kompetencji dyrektorów lecznic i samorządowych organów założycielskich. Nowa instytucja będzie ważnym narzędziem realizacji takich zamierzeń.

„ARS stanie się swoistym nadzorcą publicznych placówek systemu opieki zdrowotnej. Pytanie, czy potrzebnym wobec dokonanego ostatnio zwiększenia i reorganizacji służb kontrolnych NFZ i nadzoru organów założycielskich”



Fot. Adobe Stock

Nie – jeśli wyciągając wnioski z przeszłości, chcemy ewolucji systemu w kierunku większej decentralizacji, ograniczania etatyzacji i instytucjonalnej biurokratyzacji jego funkcjonowania. By zrealizować zdecydowaną większość przypisanych agencji zadań, nie trzeba powoływać nowej instytucji. Jak wskazywałem wyżej, wiele z nich było wykonywanych również do tej pory (np. relacje z bankami). Inne, choćby ocenę programów restrukturyzacyjnych, można powierzyć oddziałom NFZ, które i tak je opiniują, itd. Do spełnienia nowych wymagań, choćby tych dotyczących kwalifikacji kadry menedżerskiej, w zupełności wystarczyłyby wymogi ministerialne i termin ustawy na ich spełnienie. Agencja Rozwoju Szpitali nie będzie ani nadawała tytułów doktora nauk zarządzania ochroną zdrowia, ani dyplomów MBA. To i tak zadanie uczelni wyższych. Tak jak kształcenie personelu medycznego, o którym w zadaniach ARS ani słowa.

Reasumując – bez ryzyka popełnienia dużego błędu można powiedzieć, że ARS ma szansę stać się najważniejszym podmiotem kształtującym podmiotową i przedmiotową strukturę rynku publicznych świadczeń zdrowotnych. Jej powołanie będzie ewidentną emanacją przekonania, że problemy systemowe najłatwiej rozwiązywać w drodze centralizacji decyzji. Mimo że pozytywne doświadczenia w tym zakresie brak.

Dr Mariusz Jędrzejczak, były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu