

# KAŻDY MA SWÓJ POMYSŁ NA REFORMĘ – z podobnymi błędami



Fot. iStockphoto.com

## PIOTR WARCZYŃSKI

Po upadku PRL każdy rząd przedstawiał swoją wersję restrukturyzacji szpitalnictwa. Powodem zawsze były zwiększające się długi sektora. Przyszedł czas i na rząd PiS, choć trwało to dłużej niż w przypadku pozostałych. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę 2 lata pandemii, to rząd mieści się w normie. Wszystkie kolejne reformy były podobne do poprzednich i powielały te same błędy. Tak jest i w tym przypadku, ale zacznę od początku, czyli od 1999 r.

### Stare błędy

Wtedy wprowadzono trzy wielkie reformy systemowe przygotowane przez rząd SLD i realizowane przez rząd AWS: samorządową, emerytalną i systemu ochrony zdrowia. W ramach tej ostatniej zmieniono sposób finansowania i organiza-

cji z systemu budżetowego, który obowiązywał od 1949 r., na system ubezpieczeniowy, czyli kas chorych, który jak pamiętamy, przetrwał tylko 2 lata i nie miał nawet szans na pokazanie, czy dobrze funkcjonuje. Jednocześnie ważną częścią ówczesnej reformy było przekształcenie wszystkich szpitali, które funkcjonowały w formie przedsiębiorstw państwowych, w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jeśli myślicie, że szpitale działające wtedy w jednolitej formie nie były zadłużone, to się mylicie. Założono wówczas, że SPZOZ-y zaczną od zera, i w związku z tym zostały oddłużone. W latach 1998–1999 przeznaczono na to ok. 8,5 mld zł. Jakiej sumie odpowiada to dzisiaj, nie potrafię podać. Jednocześnie przekazano większość szpitali we władztwo nowych samorządów i tak powstały szpi-

tale wojewódzkie zarządzane przez marszałków, powiatowe zarządzane przez starostów. O dziwo, kilka szpitali trafiło do gmin i te są zarządzane przez wójtów. Szpitalami klinicznymi zarządzają rektorzy. Wyodrębniono instytuty, które jako jedyne nie były SPZOZ-ami, pozostawiono resortowe MON, nie wiem dlaczego MSWiA i kilka na osłodę ministrowi zdrowia. Wszystkie pozostałe szpitale resortowe – budowlane, kolejowe itp. – przekazano samorządom. Duma z reformy trwała tylko 2 lata, bo okazało się, że ten okres wystarczył na zadłużenie się szpitali do sumy ok. 12 mld zł. Trudno się dziwić, nikt nie miał doświadczenia w zarządzaniu w systemie kontraktowym i co najważniejsze, w ramach pozostałej części reformy założono, że wysokość składki zdrowotnej będzie wynosiła 7,5 proc., a nie 11 proc., które według ówczesnych wyliczeń gwarantowało bilansowanie się systemu. Przypominam, że do dzisiaj (9 proc.) założonej wysokości nie osiągnęliśmy.

Nowe rządy SLD zmiotły kasy chorych i w 2002 r. powołały do życia istniejący do dzisiaj Narodowy Fundusz Zdrowia. W trzecim roku rządów SLD przygotowano duży projekt reformy całego systemu szpitalnictwa, który zakładał obligatoryjne przekształcenie wszystkich SPZOZ-ów w szczególnie rodzaj publicznych spółek – spółki użyteczności publicznej. Nieodłącznym elementem tej reformy, poza wprowadzeniem sieci szpitali i rozwiązań projekcyjnych, była restrukturyzacja zobowiązań, przede wszystkim wymagalnych, za pomocą pożyczek umarzanych po przekształceniach. Na działania te przeznaczono prawie 2,5 mld zł. Niestety projekt został odrzucony przez sejm, także przez większość posłów SLD. Dzięki czujności ówczesnego posła, a dzisiaj europosła PiS Bolesława Piechy, który zgłosił odpowiednią poprawkę, uratowano część dotyczącą restrukturyzacji zadłużenia, niestety bez obowiązku przekształceń. W konsekwencji archaiczna forma SPZOZ dominuje do dzisiaj. Tym razem pozytywnego efektu praktycznie nie było. Na przełomie lat 2004/2005 zadłużenie całkowite szpitali poszybowało do sumy ponad 12 mld zł, a wymagalne 6,2 mld zł. Na szczęście w tym samym czasie postępował ustawowy wzrost składki zdrowotnej do 9 proc. i NFZ zaczął finansować nadwykonania. Również rząd pomagał szczególnie najbardziej zadłużonym jednostkom. Zadłużenie wymagalne spadło do sumy 2–3 mld zł i w tych granicach utrzymuje się do dziś. Od końca 2005 r. mieliśmy krótki czas rządów PiS i „przystawek”, jednak dzięki charyzmie ministra zdrowia Zbigniewa Religi przygotowano i przekazano do sejmu projekt ustawy o sieci szpitali zawierający także elementy restrukturyzacji i zmniejszenia liczby szpitali. Wcześniejsze wybory spowodowały, że projekt wylądował w sejmowym koszu. Dwie kadencje rządów Platformy Oby-

„Rząd chce wykorzystać te same mechanizmy w reformowaniu szpitalnictwa, które wcześniej się nie sprawdziły, głównie z powodu braku determinacji i nadzoru rządzących”

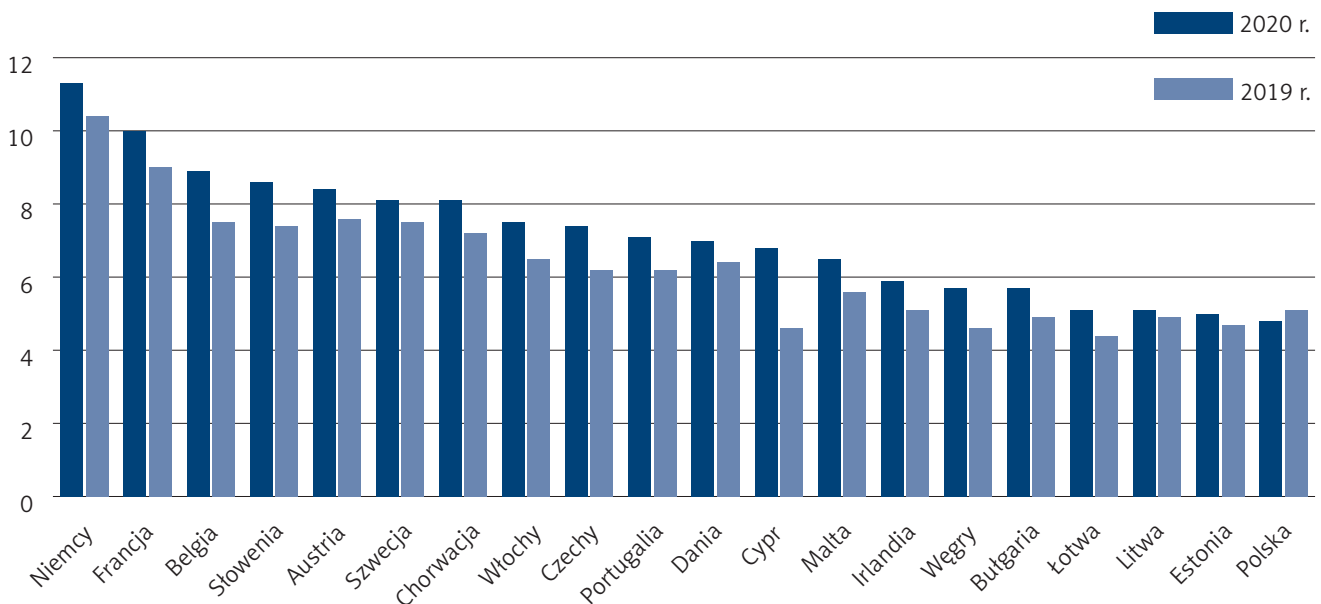
watelskiej zaowocowały w 2011 r. kolejnym projektem reformy, wprowadzającym obowiązek przekształcenia SPZOZ-ów w spółki, które w nagrodę miały być restrukturyzowane finansowo. Rozważano nawet ujednolicenie organów tworzących. Weto prezydenta spowodowało, że działania te były realizowane za pomocą programu Rady Ministrów znanego jako plan B. Na działania przeznaczono ok. 1,5 mld zł, które nie zostały w pełni wykorzystane. W międzyczasie i potem wprowadzano szereg mniejszych regulacji, jednak żadna z nich radykalnie nie poprawiła sytuacji.

Wiem – to trochę za długi wstęp, ale przypomnienie historii programów restrukturyzacji jest niezbędne, żebyśmy zdali sobie sprawę, że ten aktualny chce wykorzystać te same mechanizmy, które wcześniej się nie sprawdziły, głównie z powodu braku determinacji i nadzoru rządzących. Gdy czytam założenia obecnego projektu, znajduję te same sformułowania, jakby wprost przeniesione z poprzednich, choć są nowe pomysły, o których napiszę w dalszej części.

### Nowe pomysły

Zacznijmy od cytatu z początku uzasadnienia: „Podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój szpitali jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem. Nie bez wpływu na nią pozostanie również wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 2019 r., sygn. akt K 4/17, który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania szpitali funkcjonujących w formie SPZOZ”.

No cóż, autorzy – podobnie jak we wszystkich poprzednich projektach restrukturyzacyjnych – nie zauważają, o czym wspomina zresztą wskazany wyrok Trybunału, że podstawowym zjawiskiem utrudniającym funkcjonowanie szpitali (i wszystkich pozostałych obszarów opieki zdrowotnej) jest ich zbyt niskie systemowe finansowanie. Bez naprawy tego źródłowego błędu, z 1999 r., żadne działania, w dużej części słuszne, nie dadzą pozytywnego rezultatu. Na potwierdzenie, że wydatki na opiekę zdrowotną są zbyt niskie, przedstawiam bardzo świeży wykres z Eurostatu (ryc. 1).



Rycina 1. Wydatki na ochronę socjalną, choroby i opiekę zdrowotną w 2019 i 2020 r. (proc.)

Źródło: ec.europa.eu/eurostat

Czy tylko w Polsce czerwony słupek (wydatki w 2020 r.) jest niższy od niebieskiego (wydatki w 2019 r.)? Mam nadzieję, że GUS przekazał złe dane.

Muszę jeszcze wrócić do powyższego cytatu i skomentować sformułowanie „rozwój szpitali”. Czy w sytuacji, kiedy mimo różnych działań kurczymy się jako populacja i jednocześnie się starzejemy, potrzebny nam jest rozwój szpitalnictwa? Może powinniśmy raczej podnosić jakość świadczeń i przekształcać niektóre szpitale w zakłady opiekuńcze? Dla mnie to pytanie retoryczne, ale cóż, może poznęcam się po kolei nad kolejnymi fragmentami uzasadnienia.

Następną przyczyną zadłużenia i nieefektywnego funkcjonowania, podnoszoną także w poprzednich projektach, jest rozproszony nadzór właścicielski, który według autorów powoduje „nieuzasadnioną konkurencję pomiędzy szpitalami, nie służy zapewnieniu kompleksowości świadczeń”. Cóż, wydaje się, że konkurencja służy kompleksowości, bo każdy chce zaoferować więcej. Chyba się czepiam? Tak jest, rzeczywiście mamy zbyt wiele podmiotów tworzących, tylko dlaczego to ma być przyczyną zła w systemie? Przecież w prawie są określone regulacje, które teoretycznie powinny zapobiegać tego rodzaju praktykom, jak choćby krajowy i regionalne plany potrzeb zdrowotnych. One obowiązują i każda inwestycja wykraczająca poza zakres powinna zostać wstrzymana, a NFZ powinien opierać swoje finansowanie właśnie na tych planach. Gdzie się podziały obowiązkowe opinie o celowości inwestycji, które powinny potwierdzać ich zasadność w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych?

Na tym chciałem zakończyć analizę uzasadnienia projektu, ale konieczne jest omówienie jeszcze dwóch zagadnień.

W przypadku pierwszego muszę znowu zacytować autorów: „Zdecydowany wpływ na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali ma również bardzo wysoki poziom kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem szpitali (w SPZOZ-ach i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60 proc.). Dlatego też tak istotne jest zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa”. Zwracam uwagę na podsumowanie tego fragmentu, bo coś tu nie gra. Wysokie koszty wynagrodzeń mają być powodem jeszcze większego rozwoju szpitalnictwa? Czyli wydatki ponoszone przez NFZ na szpitalnictwo mają wynosić więcej niż aktualne ponad 50 proc.? Jak widać, Polskę czeka zintensyfikowany rozwój szpitalnictwa i to pewnie bardzo ucieszyłoby dyrektorów szpitali, gdyby nie kolejny punkt uzasadnienia i projektu dotyczący ich niekompetencji. Cytat: „Dodatkowo, w związku z brakiem jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi pojawiają się sytuacje, gdzie poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający, dlatego też w celu zwiększenia profesjonalizacji kadry zarządzającej niezbędna jest jej certyfikacja”.

Jak widać, wymogi zapisane w ustawie o działalności leczniczej są niewystarczające. Rzeczywiście spotykałem dyrektorów szpitali, których kompetencje oceniałem bardzo nisko, pochodzili głównie z nadania politycznego, ale był to wyjątek od reguły. Zresztą, czy przy takim układzie właścicielskim są tacy, którzy nie są z nadania politycznego? A jednak większość nawet w tych trudnych czasach dobrze sobie radzi. Czyżby chodziło o coś innego?

Piotr Warczyński, były wiceminister zdrowia, lekarz internista, endoskopista