



# Brakujące elementy układanki

**DARIUSZ MADERA**

**W**edług danych Ministerstwa Zdrowia projektowana ustawa o modernizacji szpitalnictwa będzie dotyczyć 575 szpitali publicznych rozumianych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych, w których wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 proc. kapitału zakładowego. W skrócie – wpływ projektowanej ustawy na nasz system ochrony zdrowia może być znaczny. Trudno jednak wskazać, na ile w wyniku wejścia w życie tej ustawy poprawi się dostępność usług medycznych dla pacjentów, gdyż w projekcie skupiono się na procesach restrukturyzacyjnych szpitali, wsparciu w niezbędnych inwestycjach i ustabilizowaniu ich sytuacji ekonomicznej.

## Agencja Rozwoju Szpitali

Od wielu lat wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia zwracają uwagę na jego niedostatki oraz ograniczenia. Szpitale borykają się z wieloma problemami, które w istotny sposób wpływają na ich funkcjonowanie. Do najważniejszych należy zaliczyć zwiększający się deficyt personelu medycznego i konieczność rywalizacji

o pracowników, co wiąże się ze zwiększeniem kosztów pracy, a także wzrost innych kosztów prowadzonej działalności, niedoszacowane procedury medyczne i brak środków na niezbędne inwestycje. Problematyczny jest pokrywający się zakres działalności placówek, zwłaszcza w obszarach, gdzie opłacalność realizacji procedur medycznych jest największa. Skutkuje to nieefektywnym wykorzystaniem zasobów publicznych. Wszystkie te negatywne uwarunkowania doprowadzają do znacznego wzrostu zobowiązań wymagalnych, z którymi w niedługim czasie część szpitali bez pomocy zewnętrznej nie będzie w stanie sobie poradzić.

Według zamierzeń autorów projektowana ustawa miała posłużyć rozwiązaniu tych problemów, ale analiza zapisów projektu nie daje odpowiedzi na pytanie o docelowy kształt systemu. Trudno też obecnie ocenić, w jakiej kondycji będą szpitale po roku, dwóch czy też 5 latach funkcjonowania w ramach nowych przepisów.

Zaplanowano powołanie nowej Agencji Rozwoju Szpitali (ARS), która ma się skupiać nad nadzorem i procesami restrukturyzacyjnymi poszczególnych jednostek. Zakres uprawnień ARS – przeprowadzanie procesów oceny ekonomicznej sytuacji szpitali oraz restrukturyzacji, decydowanie o podziale środków finansowych na inwestycje i modernizacje w szpitalach, udzielanie bezzwrotnej pomocy na cele rozwojowe oraz restruk-

turyzacyjne – wskazują na jej dominujący wpływ na przyszłą organizację systemu ochrony zdrowia.

### Wyniki finansowe

Kwalifikacja szpitali do kategorii – A, B, C lub D – ma się odbywać tylko na podstawie wyspecyfikowanych wskaźników ekonomicznych. Będzie to miało ogromny wpływ na ich funkcjonowanie i możemy się spodziewać wielu gruntownych restrukturyzacji podmiotów szpitalnych oraz konsolidacji, gdyż celem zarządzających placówkami będzie zakwalifikowanie się do jak najwyższej kategorii. Same procesy restrukturyzacyjne i konsolidacyjne, jako prowadzące do poprawy gospodarowania dostępnymi zasobami, są korzystne, jednak w przypadku systemu ochrony zdrowia istotne jest, aby wpisywały się one w pierwszorzędowy cel działalności szpitali, czyli leczenie pacjentów. Prowadzenie działalności medycznej w sposób zbilansowany, bez zobowiązań wymagalnych, za to z generowaniem zysku, jest celem zarządzających szpitalami, ale jego osiągnięcie z bardzo wielu względów bywa trudne do zrealizowania, a niekiedy niemożliwe.

Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na finanse szpitali publicznych jest wycena procedur medycznych. Obecnie za ustalanie stawek rozliczeniowych stosowanych przez NFZ odpowiada Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W projekcie ustawy brakuje odniesień do tej instytucji. Z uwagi na fakt, że szpitale nie mają wpływu na wysokość oferowanych stawek, zasadne wydaje się, aby projektowana ARS była odpowiedzialna za doprowadzenie do ustalenia z AOTMiT poziomu finansowania procedur medycznych. Tym samym zapewniłaby szpitalom opłacalność realizacji świadczeń, zwłaszcza w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Obecnie szpitale publiczne, chcąc zapewnić pacjentom jak najszerszy dostęp do opieki medycznej, realizują procedury bez względu na ich opłacalność. Kierujący szpitalami, nie mając wpływu na kształt systemu, dostosowują się do ustalonych warunków, starając się zapewnić jak najlepsze funkcjonowanie placówek.

### Kadra zarządzająca

Wątpliwości budzi także zapis o uprawnieniu ARS do prowadzenia procesu certyfikowania zarządzających szpitalami oraz wprowadzenie dla nich obowiązku zdania egzaminów państwowych lub ukończenia kursu kształcenia podyplomowego MBA w ochronie zdrowia. Obecnie to podmiot tworzący lub rada nadzorcza podejmuje decyzję o powołaniu osoby na funkcję kierownika podmiotu leczniczego, ponosząc za to odpowiedzialność. Wielu spośród obecnie zarządzających szpitalami ma odpowiednie wykształcenie, w tym ukończone studia MBA.

W projektowanej ustawie pominięto więc istotne elementy – brakujące puzzle w układance, które mają wpływ na funkcjonowanie szpitali oraz osiągnane

przez nie wyniki finansowe. Wydaje się natomiast, że założono, że generowanie zadłużenia wynika ze złego zarządzania szpitalem. Z tak postawioną tezę nie można się zgodzić, zwłaszcza że znaczna część szpitali publicznych na podstawie danych z 2020 r. kwalifikuje się według kryteriów z projektu do kategorii A i B, a tylko nieznaczna część do kategorii D. Dodatkowo warto wskazać, że sprawność działania kadry zarządzającej została ostatnio zweryfikowana podczas walki z COVID-19, gdy ciężar udzielania świadczeń spoczął przede wszystkim na barkach szpitali, które realizowały swoje zwykłe zadania i dodatkowo związane z leczeniem pacjentów z COVID-19.

### W skrócie

Podsumowując – po pierwsze, wiele z zaproponowanych w omawianym projekcie rozwiązań jest dzisiaj możliwych do realizacji bez potrzeby wprowadzania osobnej ustawy, po wtóre, w istotny sposób ograniczają one kompetencje podmiotów tworzących i zarządzających szpitalami, co finalnie może się niekorzystnie odbić na kondycji placówek. Zaproponowane rozwiązania mogą mieć nieodwracalne skutki prawne i ekonomiczne dla szpitali, dlatego warto byłoby najpierw przeprowadzić pilotaż ustawy i na podstawie zabranych doświadczeń wprowadzać rozwiązanie systemowe dla całego kraju.

Z punktu widzenia pacjenta, na rzecz którego działają szpitale publiczne, najistotniejsza wydaje się poprawa koordynacji świadczeń medycznych, a co za tym idzie – zwiększenie dostępności usług. Zmiany systemowe powinny ułatwić pacjentowi odnalezienie się w systemie i korzystanie w jak najszerszym zakresie z dostępnych świadczeń.

Tymczasem projektowana ustawa zdaje się skupiać na kategoryzacji szpitali, a nie budowie spójnego, klarownego systemu, co mogłoby się odbyć poprzez stworzenie czytelnych zależności pomiędzy poszczególnymi elementami systemu, jak również wprowadzenie mierzalnych wskaźników jakościowych i ilościowych, które powinny realizować poszczególne jednostki systemu.

Doświadczenia w budowaniu takich systemów już mamy, dlatego warto skorzystać z tych rozwiązań przy opracowywaniu reformy szpitalnictwa, aby nie skupiała się tylko i wyłącznie na wymiarze ekonomicznym funkcjonowania placówek. Nadrzędną rolą szpitali jest zabezpieczanie pacjentów w ramach spójnego, klarownego systemu ochrony zdrowia, dlatego wprowadzenie reformy szpitalnictwa nie powinno odbywać się w oderwaniu od innych elementów tego systemu.

Zarządzający szpitalami oczekują kompleksowego rozwiązania, które doprowadziłoby do sprawnej współpracy poszczególnych jego uczestników w celu zagwarantowania pacjentowi szybkiego i bezpiecznego procesu leczenia.