



MACIEJ MURKOWSKI

Potrzeba kompleksowej reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest oczywista od wielu już lat. Niestety, wszystkie próby podejmowane przez ostatnie 20 lat – w tym głównie reforma premiera Jerzego Buzka oddająca szpitale samorządom wojewódzkim i powiatowym, ministra Mariusza Łapińskiego tworząca scentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia, ministra Konstantego Radziwiłła tworząca pseudosieć szpitali – nie tylko nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, ale jeszcze znacznie pogorszyły i tak już trudną sytuację w opiece zdrowotnej.

Przygotowany przez ekipę ministra zdrowia Adama Niedzielskiego projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej zebrał również bardzo dużo uwag krytycznych, głównie ze strony samorządu lekarskiego i Pracodawców RP. W tej sytuacji oczekiwanie środowiska na zapowiadaną reformę szpitalnictwa jest ogromne, tym bardziej że poprzedzały ją bardzo optymistyczne zapowiedzi dotyczące głównie znacznego ograniczenia dokuczliwego wielowładztwa i powołania jednego, merytorycznego właściciela szpitali w każdym regionie. Szpitale te miały działać – podobnie jak w pozostałych krajach europejskich – w formule spółki prawa handlowego, co byłoby od dawna oczekiwanym odejściem od toksycznej formuły SPZOZ – obecnie 428 szpitali – wprowadzonej nieistniejącą już ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, uchwaloną w 1992 r. Kontynuowa-

nie funkcjonowania tej struktury w dużej mierze odpowiada za stale pogarszającą się sytuację finansową szpitali.

Analizowany projekt ustawy niestety całkowicie rozminął się z wcześniejszymi założeniami. Zamiast oczekiwanej strategii pozytywnej zmiany przyjęto (podobnie jak w tzw. sieci szpitali ministra Radziwiłła) strategię zabetonowania istniejącego stanu zorganizowania szpitali w kraju, ograniczając się wyłącznie do niezbędnych zmian w sytuacji finansowej jednostek stacjonarnych (kategoryzacja szpitali).

Szpital to nie znaczy zawsze to samo

Nie negując potrzeby pilnej sanacji sytuacji finansowej szpitali (20 mld zł zadłużenia, które niestety podwoiło się w okresie rządów PiS, 58 proc. szpitali ma zobowiązania wymagalne), nie możemy traktować szpitali jak przedsiębiorstw produkujących meble czy buty, gdzie rzeczywiście aspekt finansowy jest dominujący.

Projektodawcy ustawy nie wzięli pod uwagę faktu, że słowo „szpital” jest bardzo pojemne i obejmuje co najmniej szpitale ostre (opieki krótkoterminowej), ich przeciwieństwo, czyli szpitale opieki długoterminowej, i jednocześnie szpitale dzienne (tak popularne w krajach Unii Europejskiej, a tak nieliczne w Polsce). W szpitalu ostrym najważniejszym oddziałem, decydującym o jego randze, jest OIT, a w szpitalu opieki dłu-

goterminowej – oddział rehabilitacji. Oba te kluczowe dla swoich zakładów oddziały w projekcie ustawy nie zostały nawet potraktowane jako tzw. profile kwalifikujące i znalazły się w grupie oddziałów dodatkowych.

W tym miejscu trzeba postawić kilka zasadniczych pytań. Jakie szpitale chcemy modernizować – ostre czy raczej długoterminowe? W zależności od profilu szpitala potrzeby modernizacyjne będą się zasadniczo różnić. W szpitalu ostrym akcent będzie położony na SOR, OIT, zaplecze zabiegowe i diagnostyczne, a w długoterminowym na zaplecze rehabilitacyjne i socjalne, warunki pobytu pacjentów itp.

Słusznie w projekcie ustawy (wprawdzie na dalekich miejscach) podkreśla się potrzebę analizy porównawczej struktury i profilu szpitala z aktualnymi i przyszłymi potrzebami zdrowotnymi ludności. Ale analiza ta będzie się zasadniczo różnić w rozłożonych akcentach w szpitalach ostrych i długoterminowych.

Nadzór właścicielski

Projektodawcy ustawy w jej uzasadnieniu słusznie podkreślają, że jednym z głównych problemów polskich szpitali jest wprowadzone przez reformę Buzka wielowładztwo, szczególnie w odniesieniu do szpitali samorządowych, które w jej wyniku zostały pozbawione jakiegokolwiek nadzoru merytorycznego i całkowicie uzależnione od potrzeb lokalnej polityki. Bardzo krytycznie na ten temat wypowiadają się także ostatnie raporty NIK. Problem ten był również jednym z głównych tematów cyklicznych narad „Wszystko dla Zdrowia” organizowanych kilkakrotnie przez ministra Szumowskiego.

W artykule „Czy Agencja Rozwoju Szpitali pomoże?” („Menedżer Zdrowia” 7–8/2021) była wiceminister zdrowia Katarzyna Głowała i Paweł Łęgosz z Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zastępca kierownika kliniki, dyrektor ds. leczenia UCK WUM SKDJ, słusznie formułują tezę, że pierwszą przyczyną zadłużenia szpitali jest zbyt duża liczba podmiotów będących organami założycielskimi, związany z tym brak współpracy i na trzecim miejscu, zgłaszana w sierpniu ub. roku przez NIK, niska wycena świadczeń.

Ten pogląd podziela większość polskich i zagranicznych ekspertów, ale również minister zdrowia, który podczas konferencji prasowej 29 grudnia 2021 r. stwierdził między innymi, że nadzór właścicielski nad szpitalami „pozostawia wiele do życzenia”.

Jednocześnie w listopadzie 2019 r. Trybunał Konstytucyjny przyjął postanowienie zwalniające samorządy będące właścicielami szpitali z obowiązku pokrywania ich zobowiązań finansowych. Obecnie, od maja 2021 r., za długi szpitali odpowiada Skarb Państwa. Jest to kolejne mocne uzasadnienie dla przejścia odpowiedzialności właścicielskiej przez organa państwa,

„Rząd i wojewodowie, którzy odpowiadają za bezpieczeństwo zdrowotne ludności, nie mogą pozbawiać się kluczowego elementu, którym są szpitale ostre czy stacje pogotowia ratunkowego”

które równocześnie decydują o puli środków finansowych przeznaczanych corocznie na ochronę zdrowia (wycena świadczeń, procent środków w ogólnym PKB).

Przywołane wyżej instytucje i opinie ekspertów jednoznacznie opowiadają się za wprowadzeniem jednego, merytorycznego właściciela dla szpitali w województwie z zachowaniem pewnej autonomii dla uczelni medycznych i szpitali resortowych. Można postawić pytanie, dlaczego autorzy projektu ustawy całkowicie pomijają te opinie.

Jak autorzy projektu wyobrażają sobie wdrażanie wniosków rządowej Agencji Rozwoju Szpitali, jeśli właścicielem szpitali będzie nadal samorząd? W miejsce harmonijnej współpracy będzie przecież nieustanna wojna, nierzadko mająca swój epilog w sądzie.

Kluczowa potrzeba ustanowienia jednego właściciela szpitali w województwie nie uzyskała niestety żadnego odzwierciedlenia w projekcie ustawy (mimo wymienienia w uzasadnieniu istniejącego wielowładztwa na trzecim miejscu jako jednego z głównych przyczyn obecnej niezadowolającej sytuacji). Jeżeli likwidacja tej przyczyny jest praktycznie podstawowym warunkiem tak oczekiwanej poprawy efektywności szpitali, to powinien się znaleźć odpowiedni zapis w ustawie. Brak ten jest co najmniej niezrozumiały i można w tym miejscu przywołać słowa klasyka: „To gorzej niż zbrodnia, to błąd”.

Jak już wspomniano, poprawa efektywności szpitali i modernizacja części z nich jest niekwestionowaną potrzebą chwili, ale żeby właściwie zrealizować to zadanie, poczynając od adekwatnych zapisów przyszłej ustawy, konieczne jest spełnienie tzw. elementarnych warunków brzegowych. Dwa z nich zostały już wskazane: jak najszybsze odejście od formuły SPZOZ oraz przejście szpitali przez wojewodów od samorządów powiatowych i wojewódzkich, przede wszystkim szpitali ostrych.

Formuła prawna SPZOZ jest dostatecznie zużyta i jej likwidacja nie wymaga już żadnego dodatkowego uzasadniania, natomiast prowadzenie szpitali przez samorządy ma jeszcze sporo zwolenników. Proponuję

„Szpitale zakwalifikowane do sieci powinny działać jako spółki prawa handlowego i mieć jednego merytorycznego właściciela w każdym województwie”



Fot. istockphoto.com

przywołać przykład Policji czy Państwowej Straży Pożarnej. Nikt rozsądny nie wyobraża sobie prowadzenia tych jednostek przez samorządy, a szpitale ostre spełniają podobną rolę w systemie opieki zdrowotnej. To, co jest możliwe w niektórych krajach (głównie skandynawskich), nie znajduje zastosowania u nas, gdzie wiele jednostek samorządowych jest w stanie permanentnej wojny z rządem. Ekstremum tego zjawiska obserwujemy między innymi w m.st. Warszawie oraz w województwach mazowieckim i pomorskim. Szpitale ostre, w których ratowane jest ludzkie życie, są ostatnim miejscem do prowadzenia takiej wojny. Rząd i wojewodowie, którzy bezpośrednio odpowiadają za bezpieczeństwo zdrowotne ludności, nie mogą dalej pozabawiać się kluczowego elementu, którym są szpitale ostre czy stacje pogotowia ratunkowego (Warszawa), chyba że chcą być tzw. rządem bezzębnym.

Sieć szpitali

W projekcie ustawy trzeba zacząć od potrzeby uporządkowania stanu zorganizowania szpitali w kraju, czyli od projektu właściwej sieci szpitali. Taką sieć od dawna mają Francja, Niemcy i kilka innych krajów europejskich (źródło: strony internetowe ministerstw zdrowia ww. krajów). Projekt krajowej sieci zakładów lecznictwa stacjonarnego, bazujący na analizie wykorzystania istniejącej bazy szpitalnej, opracowano także w 1997 r. w Zakładzie Szpitalnictwa byłego Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie (autorzy Murkowski M., Koronkiewicz A. i wsp.). Zadanie to powinno być pierwszoplanowe dla przyszłej Agencji Rozwoju Szpitali, która już dysponuje mapą potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2027. W latach 90. ubiegłego wieku nie mieliśmy takich możliwości.

Agencja, aby wypełnić wymienione zadania, musi zatrudniać doświadczonych i kompetentnych ekspertów. Szokujący jest niestety zapis w ustawie określający dla tzw. nadzorca wymóg posiadania jednorocznego stażu pracy w ochronie zdrowia.

Dopiero wówczas, kiedy szpital otrzyma właściwą do potrzeb strukturę oraz swój profil: ostry, dzienny, długoterminowy, połączony niejednokrotnie z lokalnym centrum zdrowia (wg koncepcji Bernadety

Skóbel ze Związku Powiatów Polskich), zakład opiekuńczo-leczniczy oraz swoje miejsce w przyszłej sieci, można przystąpić do poprawy efektywności i ewentualnej modernizacji (nie wszystkie szpitale mają taką potrzebę), co stanowi meritum projektu recenzowanej Ustawy.

Zapisy projektu ustawy proponują jednakże odmienną filozofię. W zadaniach Agencji Rozwoju Szpitali wśród przewidywanych środków naprawczo-rozwojowych na pierwszym miejscu wymienia się restrukturyzację zatrudnienia, potem odstępowanie od umów, następnie restrukturyzację majątku i na końcu przeprofilowanie, połączone często z konsolidacją zakładów, wspieraną słusznie przez Gadomskiego i Pachciarz. Jak można przystępować do trzech wymienionych wyżej zadań, nie znając docelowego profilu szpitala?

Podsumowując – podejmowanie działań dotyczących pożądanej poprawy efektywności szpitali, skądinąd słusznych, bez uwzględnienia przedstawionego wyżej wprowadzenia nie da spodziewanych efektów i po prostu będzie bezcelowe.

Ogólnie szpitale w Polsce nie jest za dużo, ale co najmniej 30 proc. z nich nie kwalifikuje się do dalszego pełnienia funkcji szpitala opieki krótkoterminowej. Mogą one jednak być znakomicie wykorzystane jako szpitale opieki długoterminowej (*long term care*), zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja bądź jako szpitale dzienne. Ale kierunek przekształcenia musi być znany przed jakimikolwiek działaniami dotyczącymi poprawy efektywności czy modernizacyjnymi.

Według ministra Niedzielskiego – mówił o tym w trakcie konferencji prasowej 29 grudnia 2021 r. – główne założenia reformy szpitali, proponowane w projekcie ustawy, to:

- powstanie Agencji Rozwoju Szpitali,
- profesjonalizacja kadry zarządzającej,
- modyfikacja systemu finansowania szpitalnictwa.

Jednocześnie minister Niedzielski określił przyszłą Agencję Rozwoju Szpitali jako ośrodek nadzoru właścicielskiego oraz słusznie zwrócił uwagę, że „porządkując system szpitalnictwa, musimy również zdefiniować na nowo zasady funkcjonowania sieci szpitali w Polsce”.

Przykłady z województwa pomorskiego i wielkopolskiego

Można w tym miejscu przywołać modelowy przykład Chojnic i odległego o 15 km Człuchowa. Miasta te są połączone drogą ekspresową, aktualnie oba znajdują się w województwie pomorskim, ale od wielu lat były w różnych województwach (bydgoskie i śląskie, a wcześniej koszalińskie). Obecnie w Chojnicach funkcjonuje nowy, wielospecjalistyczny szpital, a w Człuchowie szpital powiatowy w poniemieckich zabudowaniach, borykający się z wieloma problemami kadrowymi i infrastrukturalnymi. W przyszłej sieci jedynym racjonalnym rozwiązaniem powinno być objęcie stacjonarną opieką krótkoterminową ludności zamieszkałej w rejonie Chojnic i Człuchowa i przekształcenie szpitala w Człuchowie w szpital opieki długoterminowej dla tego rejonu. Zysk z takiego rozwiązania dla pacjentów jest ewidentny.

ci szpitali. Szpitale zakwalifikowane do sieci powinny działać jako spółki prawa handlowego i mieć jednego merytorycznego właściciela w każdym województwie (filie Agencji Rozwoju Szpitali podporządkowane wojewodom). Zdaniem ministra Niedzielskiego pozwoli to na pożądane wzięcie odpowiedzialności za działalność szpitali przez państwo.

W tym miejscu, cytując Roberta Moldacha z Instytutu Zdrowia i Demokracji, trzeba z całą mocą podkreślić, że jednym z podstawowych warunków powodzenia całego przedsięwzięcia będzie gruntowne przeorientowanie dotychczasowej polityki finansowania szpitali przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chodzi tu między innymi, jak słusznie zauważa Szczepan Cofta, o zdecydowane zwiększenie preferowania w przyszłości szpitali i oddziałów dziennych.

W podsumowaniu trudno nie zgodzić się z Marcinem Pakulskim, byłym prezesem Narodowego Fun-

„Gdyby udało się w pierwszej kolejności sensownie zreformować kluczowy i najbardziej kosztochłonny segment opieki stacjonarnej, byłby to już w naszej rzeczywistości ogromny sukces”



Fot. iStockphoto.com

Należy z satysfakcją podkreślić, że myśląc nowocześnie dyrekcje obu szpitali, nie czekając na uregulowania ustawowe, w ubiegłym roku dokonały z pomocą pomorskiego NFZ przeniesienia z Człuchowa do Chojnic oddziałów ostrych i pozostawiły w Człuchowie oddziały wewnętrzny, dziecięcy, psychiatryczny i leczenia uzależnień. Podobne pozytywne efekty uzyskała dyrektor wielkopolskiego oddziału NFZ Agnieszka Pachciarz, doprowadzając do przeniesienia oddziałów ostrych z Wyrzyska do Piły.

Gruntowna zmiana

W świetle powyższych rozważań punkt drugi cytowanych wyżej założeń reformy powinien być poprzedzony obowiązkiem przygotowania, przy dominującym udziale Agencji Rozwoju Szpitali i jej oddziałów wojewódzkich, adekwatnej do potrzeb (mapy), nowej sie-

duszu Zdrowia, który w artykule „Szczycie systemu na miarę” („Menedżer Zdrowia” 7–8/2021) wyraził słuszną myśl, że „aby poprawić efektywność szpitali, trzeba najpierw dokonać zmian w całym systemie opieki zdrowotnej, a w zasadzie wymyślić go na nowo”. To ostatnie zadanie potwierdził też dr Mieczysław Błoński, wiceprezydent Uczelni Łazarskiego w Warszawie, w artykule „Polsce potrzebna reforma ochrony zdrowia” opublikowanym w „Rzeczpospolitej” 30 czerwca 2021 r.

Nie negując tego słusznego kierunku, ale licząc siły na zamiary, uważam, że gdyby udało się w pierwszej kolejności sensownie zreformować kluczowy i najbardziej kosztochłonny segment opieki stacjonarnej, byłby to już w naszej rzeczywistości ogromny sukces.

Maciej Murkowski, wykładowca akademicki z Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego