

Warszawa, 12 stycznia 2021 r.



**STANOWISKO**  
**KOLEGIUM EKSPERTÓW I ZESPOŁU MEDYCZNEGO**  
**INSTYTUTU STRATEGIE 2050**  
**W SPRAWIE ZAPOWIEDZI CENTRALIZACJI SZPITALNICTWA**

**STRESZCZENIE**

- Kolegium Ekspertów oraz Zespół Medyczny Instytutu Strategie 2050 stanowczo protestują przeciwko planom centralizacji szpitalnictwa i dalszego ograniczania roli samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia przygotowywanym przez Ministra Zdrowia. Planom, które nie są konsultowane z samorządami, ani środowiskami medycznymi.
- Uważamy, że zmiany w systemie ochrony zdrowia są konieczne. Jednakże okres pandemii wirusa SARS-COV-19, kiedy przechodzi on największy w swojej historii test wytrzymałości nie jest dobrym momentem na przeprowadzanie strukturalnej rewolucji. Nie wymienia się kół w pełnym biegu!
- Władze centralne w czasie pandemii nie udowodniły swojej skuteczności w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. Wręcz przeciwnie, odpowiadają za chaos w wielu kluczowych procesach i wiele nietrafionych decyzji. Stąd pomysł, aby powierzać im jeszcze więcej odpowiedzialności za system należy uznać za nietrafiony. Jest to prosta droga do powrotu do radzieckiego modelu Siemaszki i tworzenie najbardziej scentralizowanego w Europie systemu opieki zdrowotnej.
- Ministerialne plany stoją w sprzeczności z konstytucyjnymi zasadami subsydiarności i decentralizacji władzy publicznej. Naszym zdaniem należy myśleć o zwiększeniu roli samorządów wojewódzkich w zarządzaniu systemem szpitalnym, który powinny przejąć rolę gospodarzy regionalnych systemów zdrowotnych. Jednocześnie, Ministerstwo Zdrowia powinno się skupić na skuteczniejszej niż dziś koordynacji systemu czy przygotowaniu na wyzwania takie jak pandemia. Jak widzimy dziś w pełnej okazałości, z tych podstawowych funkcji władza centralna się nie wywiązuje. „W nagrodę” ma dostać jeszcze więcej zadań i kompetencji.
- Zmiany w systemie szpitalnym muszą być elementem zmian w całym systemie ochrony zdrowia, w których należy uwzględnić zwiększenie roli profilaktyki, Podstawowej Opieki Zdrowotnej, oraz zwiększenie dofinansowania Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Fragmentaryczne reformy systemu ochrony zdrowia nic nie zmienią a mogą jedynie pogłębić erozję zaufania do państwa i nasilić chaos organizacyjny.
- Wciąż nie wykonany pozostaje wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, który uznał za niekonstytucyjne zasady pokrywania przez jednostki samorządu terytorialnego zadłużenia szpitali. Wzywamy Ministerstwo do pilnego wypracowania rozwiązania tego problemu w oparciu o poszanowanie praw samorządu terytorialnego i zasadę decentralizacji państwa.



## 1. CO SIĘ DZIEJE? PLANY MINISTERSTWA ZDROWIA

23 grudnia 2020 roku opublikowane zostało zarządzenie ministra zdrowia „w sprawie utworzenia Zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”.<sup>1</sup>

Zgodnie z § 3 tego aktu, zespół ma opracować założenia rozwiązań dotyczących restrukturyzacji publicznych szpitali w 8 obszarach, obejmujących:

1. Restrukturyzację szpitali, w tym ich zobowiązań;
2. Przekształcenia właścicielskie;
3. Konsolidację sektora szpitalnictwa, przeprofilowanie szpitali oraz zmianę struktury świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale;
4. Zwiększenie efektywności i jakości procesów zarządczych oraz nadzorczych;
5. Utworzenie podmiotu odpowiedzialnego za centralny nadzór nad procesami restrukturyzacyjnymi w sektorze szpitalnictwa i za jego rozwój;
6. Utworzenie korpusu restrukturyzacyjnego, w skład którego będą wchodzić certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia;
7. Utworzenie korpusu menadżerskiego, w skład którego będą wchodzić certyfikowani menadżerowie w ochronie zdrowia;
8. Uwzględnienie specyfiki instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna.

W zarządzeniu zapisano także (w § 6), że przewodniczący Zespołu przedstawi ministrowi założenia projektu nie później niż **do 28 lutego 2021 r.**, zaś projekt ustawy wraz z uzasadnieniem i OSR – nie później niż **do 31 maja 2021 r.**

W skład zespołu weszli wyłącznie przedstawiciele administracji centralnej i rządowych agencji – Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Rozwoju Przemysłu S.A. (sic!) oraz Banku Gospodarstwa Krajowego. **Zabrakło wśród nich przedstawicieli Jednostek Samorządu Terytorialnego** (zwłaszcza powiatów, miast na prawach powiatów i województw), które sprawują nadzór właścicielski nad większością polskich szpitali, **uczelni medycznych** (o których wprost mowa w punkcie 8 wyżej

---

<sup>1</sup>Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie utworzenia Zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia, 2020.120 z dnia 23.12.2020 r.; <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2020/120/>

cytowanego paragrafu), **organizacji pacjentów, samorządów zawodowych, oraz niezależnych ekspertów.**

Minister Zdrowia Adam Niedzielski potwierdził w wypowiedzi medialnej, że prace zespołu zmierzają w kierunku centralizacji szpitali. *„Oznaczałoby to przejęcie własności nad szpitalami przez między innymi Skarb Państwa, choć jest też kilka innych opcji, które są również analizowane. Pandemia bardzo dużo nas nauczyła. Widać, że rozproszone zarządzanie, rozproszenie zasobów właścicieli, powoduje bałagan organizacyjny.”*

Zdaniem ministra zmianom w zakresie właścicielstwa jako pierwsze powinny być poddane szpitale powiatowe. Jak stwierdził, *„szpitale obok siebie konkurują swoją ofertą, a nie współpracują. Nie dzielą się zakresami usług i to prowadzi do dużego problemu organizacyjnego.”*<sup>2</sup>

Na marginesie należy dodać, że **nie jest to pierwsza podejmowana przez rząd Zjednoczonej Prawicy próba kompleksowej reformy systemu szpitalnego.** W 2017 roku wprowadzono tak zwany system „sieci szpitali” zmieniający system finansowania szpitalnictwa i wprowadzający finansowanie ryczałtowe. **Skoro trzy lata później ogłaszane jest podejście do kolejnej reformy, to należy uznać ten fakt za przyznanie się do porażki. Reguły rozsądnej polityki publicznej nakazywałyby w tym przypadku zbadać jej przyczyny i dopiero na nich oprzeć model kolejnej reformy.** Niestety z wypowiedzi ministra nie wynika, jakoby miał on cokolwiek do zarzucenia swoim poprzednikom, a winą za niedomagania systemu obarcza wyłącznie samorządy.

**PODSUMOWANIE: Prace nad kluczową dla całego systemu reformą toczą się w sposób nietransparentny w ramach zamkniętego dla opinii publicznej i zainteresowanych środowisk oraz grup interesu ministerialnego zespołu, bez analizy poprzedniej, nieudanej reformy. O ich efektach minister informuje w wypowiedzi medialnej, brak jest bieżącego raportowania na temat stanu tych prac. To sytuacja naganna z punktu widzenia standardów współczesnego zarządzania publicznego, które zakłada konieczność angażowania zainteresowanych aktorów w wypracowywanie rozwiązań.**

---

<sup>2</sup>Cyt. za „Niedzielski: Resort zdrowia pracuje nad centralizacją szpitali”, „Rzeczpospolita”, 8.1.2021, zob. [https://www.rp.pl/Covid-19/210109587-Niedzielski-Resort-zdrowia-pracuje-nad-centralizacja-szpitali.html?grantedBy=preview&paywallReason=preview\\_limit\\_reached&&cid](https://www.rp.pl/Covid-19/210109587-Niedzielski-Resort-zdrowia-pracuje-nad-centralizacja-szpitali.html?grantedBy=preview&paywallReason=preview_limit_reached&&cid)

## **2. DLACZEGO POMYSŁ CENTRALIZACJI JEST ZŁY?**

**Przede wszystkim – środek pandemii, a więc okres, gdy cały system pracuje od wielu miesięcy ponad własne siły nie jest dobrym momentem, aby zapowiadać, w sposób pozostawiający wiele do życzenia (o czym wyżej) systemową rewolucję.** Niewątpliwie w zarządzaniu szpitalami, jak i w ogóle w systemie ochrony zdrowia potrzeba głębokiej reformy, na co wskazywał m.in. Szymon Hołownia i jego doradcy w kampanii prezydenckiej publikując kompleksowy program „Recepta na zdrowie”.<sup>3</sup> Nie można jednak ryzykować życia pacjentów wprowadzając dodatkowe zamieszanie i prowokując niepokoje społeczne związane z zapowiedzią likwidacji szpitali powiatowych i centralizowaniem funkcji zarządczych w trakcie kolejnych nadchodzących fal pandemii.

**Dodatkowo, zarządzanie szpitalami tymczasowymi w czasie pandemii obnażyło zarówno braki kadrowe jak i kompetencyjne ministerstwa i rządu.** Ich symbolem stał się świecący pustkami „Szpital Narodowy”. To rząd wziął na siebie pełną odpowiedzialność za walkę z COVID-19, centralizując ją za pomocą kolejnych, często niekonstytucyjnych, aktów prawnych, od samego początku pandemii. **To konto rządu – ministrów i wojewodów, a nie starostów czy marszałków, obciąża brak koordynacji, bałagan decyzyjny i organizacyjny, czy podejmowanie sprzecznych decyzji w kolejnych strategiach walki z pandemią takich jak np. zamknięcie szpitali wielospecjalistycznych i powiatowych przed chorymi „niecovidowymi”.** Nie można narażać zdrowia i życia pacjentów, personelu medycznego proponując eksperyment na żywym organizmie systemu osłabionego tak bardzo walką z pandemią.

**Jeśli więc uda się już wyciągnąć jakieś lekcje z pandemii dla ochrony zdrowia to dwie: system należy radykalnie zreformować „od dołu” i całościowo, a władza centralna nie sprawdziła się w ręcznym sterowaniu tym systemem.** Tymczasem minister proponuje jeszcze więcej centralizmu i zmiany cząstkowe, które nie dotyczą najpoważniejszych słabości systemu, takich jak m.in. bardzo niskie wydatki na profilaktykę i opiekę długoterminową, źle określona pozycja lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej w systemie, czy brak dostępności do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

**Dodajmy jeszcze, że walka z pandemią znacznie pogorszyła sytuację finansową i organizacyjną placówek i ogólnie - systemu ochrony zdrowia. Czy najlepszym lekarstwem na te problemy powinna być centralizacja odpowiedzialności za organizację? Jest to wątpliwe i sprzeczne z rozwiązaniami stosowanymi w nowoczesnych gospodarkach i demokracjach.** Celem reform powinno być zagwarantowanie dostępności do świadczeń jak najbliżej miejsca zamieszkania, gdyż władze lokalne i regionalne najlepiej

---

<sup>3</sup>„Recepta na Zdrowie”, zob. <https://holownia2020.pl/receptanazdrowie/>

znają potrzeby i problemy mieszkańców oraz uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne. Dodatkowo należy pamiętać, że samorzady wypełniają inne zadania z zakresu ochrony zdrowia czy opieki społecznej, które funkcjonują ze szpitalnictwem jak „system naczyń połączonych”.

Centralizacja nie zbliży nas także do zniwelowania dwóch największych bolączek systemu – deficytu kadrowego ochrony zdrowia oraz jego niedofinansowania. Zbliży nas natomiast niewątpliwie do powrotu do stosowanego w PRL sowieckiego „systemu Siemaszki” opierającego się na budżetowym finansowaniu systemu ochrony zdrowia i bezpośrednim zarządzaniu nią z centralnego, ministerialnego szczebla.<sup>4</sup>

**PODSUMOWANIE: Zarówno termin, jak i kierunek zmian planowanych przez Ministerstwo Zdrowia i zapowiedzianych przez jego szefa, budzą zaniepokojenie i sprzeciw. Dodatkowo, rozpoczynanie reformy systemu ochrony zdrowia od systemu szpitalnictwa, bez podjęcia innych kluczowych aspektów jest złym rozwiązaniem. Kolejna, nieprzemyślana i nieskonsultowana zmiana w tym zakresie może doprowadzić wyłącznie do dalszej erozji zaufania do państwa i niepokoju zwłaszcza na szczeblu lokalnym.**

### **3. JAK ZMIENIAĆ SYSTEM ZARZĄDZANIA SZPITALAMI? REKOMENDACJE**

Jak wspomniano wyżej, rok 2021 na pewno nie jest czasem, w którym należy wdrażać reformę zarządzania szpitalami, z powodu dramatycznych, pandemicznych okoliczności. Nie oznacza to, że obecny system należy uznać za optymalny i nie pozbawiony wad. Nad tymi wadami należy dyskutować i przygotowywać reformę do wdrożenia w bardziej sprzyjającym czasie.

**Nie da się ukryć, że podstawowym problemem polskich szpitali, który domaga się systemowego rozwiązania, jest ich zadłużenie, sięgające już niemal 15 mld zł.<sup>5</sup> Kierunek zmian w prawie w tym zakresie powinien podążać za wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17.<sup>6</sup> Trybunał, orzekając na wniosek pogrążonego w długach szpitalnych samorządu województwa mazowieckiego, uznał przepisy ustawy o działalności leczniczej w zakresie, w jakim zobowiązują jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym (właściwie właścicielem) szpitala**

<sup>4</sup>Zob. np. M. Paszkowska, „System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu” [w:] „Problemy zarządzania”, 15/3, 2017, s. 30.

<sup>5</sup>Zob. np. K. Nowosielska, „Na koniec roku szykują się długi w szpitalach”, „Polityka Zdrowotna”, 15.12.2020 r., <https://www.politykazdrowotna.com/68134,na-koniec-roku-szykuja-sie-dlugi-w-szpitalach>

<sup>6</sup>Zob. Dziennik Ustaw, 2019, poz. 2331.

do pokrycia jego straty, która stanowi skutek stosowania przez szpital przepisów prawa, zobowiązujących go do wykonania określonych zabiegów leczniczych za niezgodny z:

- Zasadą adekwatności środków jednostek samorządu terytorialnego do ich zadań (art. 167 ust. 4 Konstytucji);
- W związku z prawem obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji)
- W związku z zasadą demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji).

**Argumentację TK zawartą w uzasadnieniu tego orzeczenia można streścić tak: skoro ustawodawca nie dał samorządom realnego wpływu i realnych środków na kształtowanie systemu ochrony zdrowia – nie powinien przerzucać na nie obowiązku pokrywania długów – a więc finansowania niedostatków tego systemu.** Niedostatków wywołanych przez złe ustawodawstwo, niedofinansowanie i centralne zarządzanie przez Ministerstwo i NFZ. Trybunał wskazał, że przepis straci moc z upływem 18 miesięcy od publikacji wyroku w Dzienniku Ustaw, a więc 28 maja 2021 roku. Na jego wykonanie pozostało więc rządowi i parlamentowi mniej niż 5 miesięcy (sic!).

Skoro tak się przedstawia sytuacja, to rząd powinien przede wszystkim zająć się obecnie regulacjami mającymi na celu wykonanie tego wyroku, a więc – albo likwidującymi odpowiedzialność samorządów za długi szpitali poniesione nie na skutek złego zarządzania, ale ogólnej, wadliwej konstrukcji systemu ochrony zdrowia, albo przekazującymi samorządom więcej środków i odpowiedzialności za funkcjonowanie całego systemu. Wydaje się, że poprzez komentowane tu plany i zapowiedzi ministra rząd postanowił jednak wykroczyć poza tę alternatywę i całkowicie „uwolnić” samorzady od uczestnictwa w zarządzaniu szpitalami (można mieć tylko nadzieję, że gdyby ziścił się zły scenariusz ich przejścia, przejęte zostaną także ich zobowiązania – inne rozwiązania kłóciłyby się z podstawowymi zasadami współżycia społecznego).

Naszym zdaniem optymalna jest druga opcja – tj. przekazanie samorządom środków i instrumentów do lepszego zarządzania szpitalami – wśród takich instrumentów warto rozważyć m.in. doskonalenie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego. Niestety rząd „przespał” w tym zakresie ponad rok od wydania wyroku TK i czasu na przygotowanie odpowiednich rozwiązań pozostało niewiele. **Inspiracją w tym zakresie może być raport Najwyższej Izby Kontroli pt. „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i kierunki zmian”, w którym rekomenduje się przyznanie większej roli w zarządzaniu**



**siecią szpitali samorządom wojewódzkim**, jako posiadającym większe zdolności koordynacyjne niż samorzady powiatowe.<sup>7</sup> W tym samym kierunku szła propozycja wyborcza Szymona Hołowni zawarta w Filarze II programu „Recepta na zdrowie”. Jednocześnie niezbędne jest również zredefiniowanie i docenienie roli samorządów gminnych i powiatowych, które powinny odgrywać istotną rolę w systemie ochrony zdrowia.

Takie rozwiązania pozwoliłyby na to, by nie zaprzepaszczać dorobku ponad 20 lat obecności samorządu w polskim systemie ochrony zdrowia i szanować konstytucyjne zasady subsydiarności i decentralizacji władzy publicznej (preambuła, oraz art. 15, 16 i 163 ustawy zasadniczej). Pamiętać też trzeba zawsze, że reforma systemu szpitalnego musi obowiązkowo być połączona ze zwiększeniem nakładów na ochronę zdrowia i reformę innych elementów tego systemu, o których była już mowa wyżej.

**PODSUMOWANIE: Zamiast dalszej centralizacji ochrony zdrowia rząd powinien przede wszystkim wykonać wyrok TK z 2019 roku i zaprzestać drenażu finansów samorządowych na spłatę długów szpitali spowodowaną złym zarządzaniem całym systemem przez Ministerstwo i NFZ. Naszym zdaniem reforma systemu szpitalnego musi być wkomponowana w reformę całego systemu ochrony zdrowia i powinna iść w kierunku zwiększenia roli samorządów wojewódzkich w zarządzaniu szpitalami i całym systemem, zgodnie z rekomendacjami NIK.**

---

7, „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i kierunki zmian” NIK 2019, s. 46, zob.: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>



**Członkowie Zespołu Medycznego:**

Prof. dr hab. n. med. Urszula Demkow;

dr hab. n. med. Cezary Pakulski

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wiland;

**Członkowie Kolegium Ekspertów:**

Katarzyna Pelczyńska-Nałęcz

Adriana Porowska

Gen. Broni rez. Dr Mirosław Różański

Dr hab. Dawid Sześciło

Ryszard Wojtkowski

r.pr. Miłostawa Zagłoba

Stanisław Zakroczyński

Grzegorz Ziemiak

Mateusz Mielczarek

Łukasz Krasoń