

Stanowisko Nr 2
Zespołu Konsultacyjnego
dotyczącego pakietu rekomendacji
w zakresie zmian w prawie
ze stosowaniem zasad dostępności.

Tytuł projektu: „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa”.

Działanie 2.16. Usprawnienie procesu stanowienia prawa

Data spotkania: 03.06.2022

Imię i nazwisko osoby prowadzącej: Stanisław Maćkowiak

Miejsce spotkania: Hotel Groman Sękocin Stary, Al. Krakowska 76.

W spotkaniu uczestniczyło 11 osób

- 9 przedstawicieli Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti,
- 2 przedstawicieli Stowarzyszenia POLILKO.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



SPIS TREŚCI

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (UD 321)

CZĘŚĆ PIERWSZA

- I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie Str. 3

CZĘŚĆ DRUGA

- II. Stanowisko zespołu konsultacyjnego Str. 8



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (UD 321)

CZĘŚĆ PIERWSZA

I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie

Celem wprowadzanych zmian jest, zdaniem Projektodawcy, osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń opieki zdrowotnej i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili tych świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.

Projekt po wejściu w życie ma pozwolić na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Ustawa ma również zapewnić prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji. Dzięki powołaniu Agencji Rozwoju Szpitali, zwanej dalej „Agencją”, utworzony zostanie profesjonalny, centralny system nadzoru nad procesami rozwojowymi i naprawczo-rozwojowymi, które będą zachodziły w podmiotach szpitalnych.

Zasadniczym celem Agencji będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów naprawczych podmiotów szpitalnych. Wspierane będą również inwestycje w tych podmiotach dzięki skoordynowaniu działań na rzecz poprawy efektywności i jakości usług w obszarze szpitalnictwa, a także skierowaniu na ten cel środków z różnych źródeł: budżetu państwa oraz funduszy unijnych. Ustawa ma też na celu wdrożenie skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność podmiotów szpitalnych i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek.

Proponowane rozwiązania legislacyjne mają pozwolić także na koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminację konieczności utrzymywania w części podmiotów szpitalnych wykwalifikowanego personelu medycznego. W dalszej kolejności ustawa pozwoli na uniknięcie konkurencji pomiędzy podmiotami szpitalnymi o tych samych pacjentów i kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „Funduszem”. Dzięki wykorzystaniu efektu skali, przez interwencje obejmujące wszystkie podmioty szpitalne, planuje się ograniczenie kosztów funkcjonowania podmiotów szpitalnych. Ponadto, celem zaprojektowanych przepisów jest efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także wzmocnienie kadry zarządzającej i popularyzacja nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacja umiejętności kadry zarządzającej.

Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy mają pozwolić, zdaniem Projektodawcy, na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, jak również na poprawę sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych.

W Polsce na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zwane dalej „spzoz”, 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% kapitału zakładowego z wyłączeniem takich podmiotów leczniczych jak: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz podmioty udzielające świadczeń wyłącznie w zakresie terapii uzależnień.

Wskazane podmioty napotykają szereg bardzo istotnych czynników ograniczających ich prawidłowe funkcjonowanie. 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 dnia 20 listopada 2019 r., który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania szpitali funkcjonujących w formie spzoz.

Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali. W znacznym stopniu, zdaniem Projektodawcy, utrudnia je również zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego. Występowanie wielu podmiotów nadzorujących odpowiadających za funkcjonowanie poszczególnych szpitali na danym terenie nie służy również zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zauważalną i niekorzystną dla funkcjonowania szpitali jest także nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to jest nacechowane negatywnie, gdyż szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia

pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez szpitale.

Nadmiarowe koszty działalności szpitali generuje także utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część szpitali podwyższonej gotowości.

Kolejnym czynnikiem utrudniającym funkcjonowanie i ograniczającym rozwój sektora szpitalnictwa jest jego niedoinwestowanie. Z uwagi na skalę niezbędnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia.

Zdecydowany wpływ na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali ma również bardzo wysoki poziom kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach szpitali ogółem (w szpitalach i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%). Dlatego też tak istotne jest zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa.

Duże znaczenie dla powodzenia procesu restrukturyzacji szpitala mają również kompetencje kadry zarządczej. Działania restrukturyzacyjne wymagają także ścisłej współpracy obu podmiotów – leczniczego oraz tworzącego. W wielu przypadkach są stwarzane jedynie pozory sprawowania nadzoru, czego przejawem jest m.in. ograniczenie zakresu otrzymywanych przez samorządy informacji wyłącznie do treści zawartych w planach i sprawozdaniach finansowych. Brak pogłębionej analizy uniemożliwia zarówno rzetelną ocenę prowadzenia gospodarki finansowej nadzorowanego podmiotu, jak również ocenę planowanych do realizacji działań naprawczych lub rozwojowych w szpitalu. Tymczasem, podmioty tworzące nie oczekiwały od szpitali podejmowania zobowiązań w zakresie prowadzenia działań restrukturyzacyjnych. Oczekiwania w tym zakresie ograniczały się jedynie do uzyskania potwierdzeń, że przekazywana pomoc została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem. Tym samym warunki uzyskiwania przez szpitale wsparcia, nie motywowały zarządzających tymi podmiotami do podejmowania trudnych wyzwań w zakresie restrukturyzacji. Skuteczność takich działań, z uwagi na ryzyko występowania oporu społecznego, w wielu przypadkach uzależniona była jedynie od determinacji osób kierujących szpitalami.

Jako najistotniejsze obszary problemowe szpitali publicznych, wyłaniają się zatem: konieczność sporządzania rzetelnych programów restrukturyzacyjnych, brak mechanizmów nadzoru,

niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący, czy brak mechanizmów mobilizujących kadrę zarządczą szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych oraz brak konsekwencji niewykonania takich programów. Ponadto, wskazano na konieczność stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia, kontroli płac i stwarzających możliwość budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stworzenia kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych.

Projektowana ustawa zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji – Agencji Rozwoju Szpitali, zwanej dalej „ARS”, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów oraz zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa. Należy zaznaczyć, iż ARS będzie miała również inne zadania dotyczące podmiotów szpitalnych, takie jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów, wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie. Wspierane będą również inwestycje w szpitalach dzięki skoordynowaniu działań na rzecz rozwoju szpitalnictwa, a także skierowaniu na ten cel dodatkowych środków z różnych źródeł: budżetu państwa, funduszy unijnych, czy funduszy celowych zarządzanych przez Ministra Zdrowia.

Działalność Agencji będzie polegała m.in. na ocenie i kategoryzacji podmiotów szpitalnych oraz na inicjowaniu, wspieraniu i monitorowaniu procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych, organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych, rozwoju podmiotów szpitalnych, a także monitorowaniu funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.

Agencja będzie państwową osobą prawną, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Posiadanie przez Agencję osobowości prawnej jest niezbędnym warunkiem do tego, aby Agencja mogła dysponować organizacyjną i finansową samodzielnością. Utworzenie Agencji jako państwowej osoby prawnej wynika również z konieczności zapewnienia jej odpowiedniej elastyczności w działaniu oraz ograniczenia do minimum biurokracji w obrębie zasad jej funkcjonowania.

Projekt ustawy wprowadza skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek. Proponowane rozwiązania legislacyjne mają pozwolić także na koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminację konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego.

Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy pozwolą na uniknięcie konkurowania pomiędzy szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z NFZ. Dzięki wykorzystaniu efektu



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



skali przez interwencje obejmujące wszystkie podmioty szpitalne (np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne materiałów i usług) planuje się ograniczenie kosztów funkcjonowania szpitali.

Ponadto zaprojektowane przepisy doprowadzą do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także do wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej.

Identyfikując nie zawsze wystarczający poziom kompetencji menedżerskich osób zarządzających podmiotami szpitalnymi, projektodawca przewidział, iż zarówno kierownikiem podmiotu szpitalnego jak i osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego będzie mogła być wyłącznie osoba wpisana na listę menedżerów prowadzoną przez Agencję. Aby zostać wpisanym na ww. listę trzeba będzie wykazać się nie tylko doświadczeniem na stanowisku kierowniczym oraz wyższym wykształceniem i odpowiednim stażem pracy, ale ponadto także zdać państwowy egzamin organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub ukończyć studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) realizowane w wymiarze co najmniej 400 godzin dydaktycznych, lub posiadać stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych albo stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości.

Projekt przewiduje przeprowadzenie przez ARS co trzy lata (począwszy od 2023 r.) obowiązkowej oceny wszystkich podmiotów szpitalnych, którym na podstawie zawartych w projekcie kryteriów ekonomiczno-finansowych będzie przyznawana odpowiednia kategoria, która będzie determinowała procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe, które będą zachodziły w poszczególnych podmiotach:

- 1) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który obligatoryjnie tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;
- 2) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego wszczyna się postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek;
- 3) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS obligatoryjnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe;
- 4) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS obligatoryjnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



CZĘŚĆ DRUGA

II. Stanowisko zespołu konsultacyjnego.

Co do zasady, zdaniem Zespołu konsultacyjnego, reforma stwarza umiarkowaną możliwość poprawy koordynacji funkcjonowania sektora opieki szpitalnej.

1. Głównym tematem projektu przedmiotowej ustawy jest modernizacja szpitalnictwa. W zapisach projektu trudno jednak znaleźć rozwiązania w sposób istotny przyczyniających się do modernizacji, która polskim szpitalom jest bardzo potrzebna. W szczególności projekt nie zawiera zapisów o wsparciu transformacji energetycznej, cyfryzacji oraz automatyzacji, wprowadzania rozwiązań z obszaru rozszerzonej i sztucznej inteligencji, robotyki medycznej, innowacyjnych metod diagnostyki i terapii, nowoczesnych rozwiązań w obszarze zarządzania kapitałem ludzkim i organizacji szpitali, tworzenia ośrodków zarządzania ruchem pacjentów, opieki koordynowanej i opartej na wyniku leczenia – czyli kluczowych aspektów modernizacji szpitalnictwa i całej ochrony zdrowia.
2. Analizując dokument, z żadnego przepisu projektu ustawy lub uzasadnienia nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały znacząco wzrosnąć. Brak zwiększenia nakładów przy przedłużającej się pandemii i wobec gwałtownego wzrostu kosztów m.in. energii, gazu, leków i wynagrodzeń, pogorszy kondycję finansową szpitali. Dodatkowo, przedłużanie zaniżonej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej uniemożliwi szpitalom zakwalifikowanym do kategorii A, B, C utrzymanie danej kategorii, prowadząc w dalszym etapie do obniżenia kategorii, a w konsekwencji przejęcia przez Agencję Rozwoju Szpitali bezpośredniego zarządzania większością polskich szpitali.
3. Zespół konsultacyjny podziela opinie ekspertów medycznych, że projekt ustawy nie uwzględnia wskaźników jakości i efektów leczenia. Bazuje wyłącznie na wskaźnikach ekonomicznych, co stawia szpitale w roli przedsiębiorstw nastawionych na zysk. Sytuacja taka może skutkować unikaniem przez szpitale wykonywania procedur „nieopłacalnych” generujących najwyższy deficyt i obniżeniem jakości opieki nad pacjentami oraz sprzyjać tzw. kreatywnej księgowości. Do oceny szpitali, ustawodawca uwzględnił tylko wskaźniki ekonomiczno-finansowe, co w działalności medycznej jest niepełne. Jest to ocena wybiórcza i selektywna. Efektywność działalności podmiotu

szpitalnego to jakość świadczeń i zadowolenie pacjentów, bezpieczne miejsce pracy- zadowolenie personelu i wskaźniki efektywności ekonomiczno-finansowej. Te obszary się zazębiają dając wynik końcowy w postaci dobrego szpitala. Taka ocena daje pełną ocenę szpitala, a nie selektywną jednego obszaru.

4. Podzielając krytyczną ocenę systemu ochrony zdrowia, w szczególności wielości podmiotów właścicielskich szpitali, Zespół konsultacyjny uważa, że zapisy dotyczące Agencji Rozwoju Szpitali nie dają gwarancji na znaczącą poprawę sytuacji. Podstawą reformy powinno być wprowadzenie mechanizmów sprzyjających powstawaniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, konkurujących o wartość dla pacjenta. Takie organizacje, dzięki określonym zachętom ze strony płatnika mogą działać np. w formie konsorcjów, co w efekcie odsunie kwestie własnościowe na drugi plan oraz pozwoli zrealizować cel, jakim powinna być opieka koordynowana obejmująca nie tylko szpitale, ale także innych świadczeniodawców. W ustawie na próżno jednak szukać zapisów dot. koordynowanej ochrony zdrowia, nie określa ona także zasad współpracy szpitali z POZ i AOS, ZOL i innymi elementami systemu ochrony zdrowia. Nie można wycinkowo reformować szpitalnictwa. System ochrony zdrowia to system naczyń połączonych.
5. Ponadto, modernizacja i poprawa efektywności systemu szpitali w naszym kraju nie może odbywać się bez współpracy ze szpitalami nienależącymi do systemu podstawowego zabezpieczenia, najczęściej o prywatnym modelu własnościowym, choć w wielu przypadkach świadczących usługi finansowane przez płatnika publicznego. Koncepcja organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, którą proponują dyrektorzy szpitali pozwala na skorzystanie z potencjału tych podmiotów leczniczych oraz dostarczeniu konkretnych wartości dla pacjentów.
6. Każda reforma niesie za sobą szereg wyzwań, które odnosić się mogą zarówno do etapu jej planowania, jak i implementacji. W przypadku omawianego projektu główne ryzyko odnoszące się do etapu planowania to brak kompleksowości proponowanych rozwiązań. Ten brak kompleksowości odnieść można do co najmniej kilku różnych wymiarów:
 - pomimo, że jednym z głównych założeń projektu jest poprawa koordynacji opieki szpitalnej, proponowane rozwiązania nie odnoszą się do kwestii koordynacji pomiędzy opieką szpitalną a ambulatoryjną (zarówno podstawową, jak i specjalistyczną) czy długoterminową;
 - brak jest powiązania z innymi, istniejącymi i równocześnie procedowanymi zmianami, które będą znacząco wpływać na funkcjonowanie szpitali (np. projektem Ustawy

o Jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta czy projektem Ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej;

- zaproponowano rozwiązania w których wybrane mechanizmy procesów restrukturyzacyjnych, nie obejmują kompleksowo wszystkich szpitali (np. uprawnienie ARS do zmiany kierownika podmiotu szpitalnego ma nie dotyczyć jednostek podległych ministrom, nawet jeśli ci nie wykażą skłonności do współpracy z Agencją);

- pomimo, że jednym z głównych celów ustawy jest poprawa sytuacji finansowej szpitali, w projekcie brak jest odniesienia do kwestii urealnienia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącej jedną z kluczowych, systemowych przyczyn zadłużenia szpitali;

- element dotyczący podnoszenia kompetencji zarządczych dotyczyć ma tylko dyrektorów szpitali, podczas gdy w ujęciu kompleksowym powinien również dotyczyć urzędników poziomu centralnego i samorządowego;

7. Dodatkowo, projekt podważa zaufanie do uczelni wyższych, kształcących w naszym kraju menedżerów szpitali oraz nie bierze pod uwagę studiów menedżerskich innych, niż MBA (np. DBA, doktoranckie) w tym także studiów zagranicznych, nawet w najbardziej renomowanych uczelniach.

8. Projekt nie rozwiązuje podstawowego problemu, z jakim borykają się szpitale w Polsce, tj. problemu niedofinansowania ochrony zdrowia. Celem ustawy ma być, zgodnie z jej art. 5: modernizacja i poprawa efektywności działalności podmiotu szpitalnego, wsparcie rozwoju podmiotu szpitalnego, optymalizacja jego działalności, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do potrzeb zdrowotnych, wprowadzenie lub ulepszenie zarządzania procesowego podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby, naprawa działalności podmiotu szpitalnego, w tym poprzez restrukturyzację jego zadłużenia. Jednakże wszystkie te działania nie wyeliminują całkowicie skutków niedofinansowania nawet najlepiej prowadzonych placówek. Zdaniem autorów projektowanej regulacji - „w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami”. Dlatego projekt ustawy koncentruje się właśnie na kwestiach zarządzania szpitalami oraz na uregulowaniu działań naprawczych w podmiotach leczniczych, a nie na otoczeniu prawno-finansowym, w jakim szpitale funkcjonują, w tym zwłaszcza na często zaniżonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wycenie świadczeń.

Pierwsza klasyfikacja szpitali ma być dokonana w roku 2023, na podstawie danych za rok 2022, a więc okres gdy szpitale zmagają się z negatywnymi skutkami finansowymi zarówno pandemii COVID-19, jak i znaczących podwyżek kosztów mediów. Można więc przypuszczać że duża liczba szpitali pogorszy swoją sytuację finansową i będzie podlegać

znacznemu zakresowi ingerencji Agencji Rozwoju Szpitali. Ta z kolei, będzie zupełnie nową instytucją, wymagającą czasu na rekrutację i przeszkolenie własnych pracowników oraz wdrożenie efektywnych struktur organizacyjnych i zarządczych.

9. Jeżeli już ma powstać Agencja Restrukturyzacji Szpitali, która ma weryfikować efektywność placówek, to potrzebna jest metodologia i potężne narzędzia. Wówczas byłaby szansa, że podmiot ten byłby w stanie nie tylko ocenić efektywność szpitali, ale także ocenić, czy nasz system zdrowia pozwala szpitalom efektywnie funkcjonować. Niestety w projekcie takiej metodologii i takich narzędzi nie widać.

10. Bez dobrej, merytorycznej współpracy wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu i zrozumienia dla praktycznych mechanizmów implementacji ustaleń systemowych, trudno uzyskać poprawę zarządzania w całym sektorze. Dyrektorzy szpitali zarządzając placówką w skali mikro, realizują strategie przyjęte na poziomie centralnym i/lub określone przez organy właścicielskie. Nadzór nad funkcjonowaniem szpitali powinien więc być realizowany przez osoby bardzo dobrze merytorycznie przygotowane do pełnienia tej funkcji. Samo powołanie ARS, nie będzie wystarczające do wdrożenia efektywnych mechanizmów współpracy pomiędzy różnymi interesariuszami sektora szpitalnictwa.

W ocenie wielu ekspertów ARS jest to zbędny podmiot w systemie ochrony zdrowia, który będzie generował jedynie niepotrzebne wydatki. Wydaje się dobrym pomysłem, aby jej zadania realizować mógł Bank Gospodarstwa Krajowego, który poprzez swoich audytorów może restrukturyzację szpitali przeprowadzić.

Środki w wysokości planowanych 1,3 mld złotych w ciągu 10 lat na Agencję Restrukturyzacji Szpitali, mógłby przeprowadzić BGK i to znacznie taniej.

11. W projekcie mamy do czynienia z różnym traktowaniem szpitali w zależności od tego, czy ich podmiotem tworzącym jest ministerstwo, czy samorząd. Takie różne traktowanie projekt przewiduje m.in. w przepisach przyznających prezesowi ARS kompetencję do odwołania dyrektora szpitala.

Nie może być nierówności podmiotów ze względu na organ tworzący, że podmiot tworzony przez ministra jest na innych zasadach a samorządowy na innych.

12. Kluczem zmian w systemie ochrony zdrowia jest adekwatna wycena świadczeń medycznych, dokonana w sposób umożliwiający ich waloryzację oraz uchwalenie ustawy o jakości – której wdrożenie pozwoli w sposób transparentny porównywać jakość świadczeń medycznych. Niestety retaryfikacja świadczeń jest realizowana bardzo wolno, co potwierdziła kontrola Najwyższej Izby Kontroli, zaś projekt ustawy o jakości wydaje się tracić priorytetowe znaczenie resortu zdrowia. Ponadto należy zwrócić uwagę na potrzebę korelacji ustawy o modernizacji i efektywności szpitali z tzw. ustawą o sieci

szpitali, bowiem ta druga nie bierze pod uwagę planów transformacji przy kwalifikowaniu szpitali do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Może się więc okazać, że ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa spowoduje w wyniku przymusowej transformacji wykluczenie z sieci szpitali.

13. Prezes ARS wspólnie z prezesem NFZ mają decydować o wszystkim w systemie szpitalnictwa. Ta propozycja jest nieefektywna, a zaplanowane na jej realizację środki finansowe powinny zostać wykorzystane na likwidację zobowiązań wymagalnych szpitali, retaryfikację świadczeń medycznych wykonywanych w podmiotach szpitalnych w trybie jednodniowym, dofinansowanie POZ albo inne działania naprawiające system ochrony zdrowia. Prezentowane w projekcie podstawowe zadania ARS na rzecz rozwoju szpitali w zakresie finansowania, pozyskiwania kredytów i wsparcia szpitali w aplikowaniu o różnego rodzaju fundusze, w tym o środki europejskie może być z powodzeniem realizowane przez podmioty podległe Ministerstwu Zdrowia, ze wsparciem na poziomie samorządu wojewódzkiego. Samorząd wojewódzki, opierając się na regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych, najczęściej zna potrzeby zdrowotne województwa i regionu znacznie lepiej niż minister zdrowia, prezes ARS i prezes NFZ.

14. Według Ustawodawcy prawidłowe funkcjonowanie publicznych podmiotów szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej ograniczone jest przez:

- pogarszającą się sytuację finansową i rosnące zadłużenie;
- zjawisko tzw. „wielowładztwa”;
- konkurencję między podmiotami szpitalnymi;
- utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy;
- nieskoordynowanej opieki nad pacjentem na danym terenie;
- niedoinwestowanie sektora szpitalnictwa;
- niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności zasoby systemu;
- brak skoordynowania działań zarządczych w ramach zarządzania kryzysowego
- utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej podwyższonej gotowości jednostek.

O ile z tymi tezami należy się zgodzić, to jednocześnie zdaniem Zespołu konsultacyjnego należy inaczej je interpretować. Za większość z nich nie odpowiadają poszczególne podmioty lecznicze, a organizator systemu, który nie stworzył warunków dla skutecznego działania wszystkich składowych tego systemu. Trudno podmioty lecznicze obarczać odpowiedzialnością za brak skoordynowania działań zarządczych w ramach zarządzania kryzysowego w pandemii COVID-19, skoro władza centralna

zarządzania kryzysowego w żadnej z kolejnych fal pandemii nie uruchomiła. Trudno też podmioty lecznicze obarczać odpowiedzialnością za rosnące zadłużenie, skoro większość świadczeń medycznych realizowanych np. na poziomie szpitali powiatowych: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, pediatria są wycenione znacznie poniżej kosztów ich realizacji. Dla rozwiązania problemu wielowładztwa, czy konkurencji między sąsiednimi szpitalami powiatowymi o te same kontrakty i tych samych specjalistów wykonujących określone świadczenia nie ma konieczności powoływania specjalnej, bardzo drogiej na etapie tworzenia i potem utrzymania agencji.

W drugiej części uzasadnienia ustawodawca przekonuje, że za całe „zło” związane z funkcjonowaniem podmiotów szpitalnych, a także za powtarzające się po raz kolejny zadłużenie całkowite i za zobowiązania wymagalne odpowiadają źle zarządzane szpitale powiatowe i szpitale nadzorowane przez samorządy województw. Według ustawodawcy 301 szpitali utworzonych i nadzorowanych przez powiaty i miasta na prawach powiatu (52% wszystkich szpitali publicznych w Polsce) odpowiada za 35% całości zobowiązań ogólnych i wymagalnych, a 175 szpitali nadzorowanych przez samorządy województw (31% wszystkich szpitali publicznych w Polsce) odpowiada również za po około 35% całości zobowiązań ogólnych i wymagalnych. Nie wiadomo dlaczego w tej wyceniance zostało pominiętych 50 szpitali podległych resortowi zdrowia (12 instytutów i 38 szpitali klinicznych (tylko 9% wszystkich szpitali publicznych w Polsce), które odpowiadają za 24% zobowiązań ogólnych i 29% zobowiązań wymagalnych wszystkich szpitali publicznych w Polsce. Więcej, zobowiązania wymagalne samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia (instytuty i szpitale kliniczne) w okresie od grudnia 2020 roku do czerwca 2021 roku wzrosły o 30% (z 470 do 611 mln zł). Stało się tak pomimo uruchomienia we wszystkich jednostkach tego wymagających programów naprawczo-rozwojowych. Brak pozytywnego wyniku w przypadku prowadzenia procesów naprawczych w szpitalach podległych bezpośrednio resortowi zdrowia sprawia, że narracja ustawodawcy, jakoby to złe zarządzanie przez JST i/lub spółki było przyczyną zadłużenia polskich szpitali, przestaje być wiarygodna. Proponowane w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa działania naprawczo-rozwojowe pozostają nieskuteczne dla większości instytutów i niemal połowy szpitali klinicznych, pomimo sprawowania nad nimi bezpośredniego nadzoru przez resort zdrowia.

15. Aby zmiany reformatorskie na poziomie lecznictwa zamkniętego miały sens, działania powinny zostać poprzedzone usprawnieniem pracy POZ i AOS, opracowaniem aktualnych i rzeczywistych map potrzeb zdrowotnych, poprawieniem taryfikacji świadczeń medycznych oraz odnowieniem jedynie aneksowanych przez ostatnie lata umów z NFZ, które uwzględniłyby koszt pracy personelu medycznego i wzrastające koszty niemedyczne szpitali. Inaczej to wszystko będą zmiany na krótki okres.

16. W żadnym miejscu w projekcie ustawy nie pojawia się przepis o poprawie koordynacji leczenia, nie ma także postanowień dotyczących zasad i mechanizmów zalecanej współpracy podmiotów szpitalnych z poradniami POZ, punktami AOS i innymi podmiotami leczniczymi wykonującymi pozostałe zakresy świadczeń w systemie ochrony zdrowia. Reforma szpitalnictwa nie będzie skuteczna, jeżeli nie zostanie wsparta zasadą koordynacji opieki nad chorym od poziomu POZ i AOS aż do najwyższego poziomu podmiotów szpitalnych. Bez uporządkowania współpracy pomiędzy sektorami systemu usprawnienie pracy szpitali jest utopią.

17. W projekcie ustawy brak przepisów, które wskazywałyby, że w związku z wprowadzeniem ustawy nastąpi wzrost nakładów na szpitalnictwo, a przecież poprawa sytuacji ekonomicznej restrukturyzowanych podmiotów medycznych jest podstawowym celem omawianej ustawy.

W projekcie nie ma też przepisów o zwiększeniu finansowania przez NFZ każdego podmiotu szpitalnego, wobec którego zostanie powzięta decyzja o wdrożeniu procesu naprawczo-rozwojowego. Konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia (w jakiegokolwiek formie) i/lub przychodów jednostek samorządu terytorialnego nie wskazano również w uzasadnieniu do projektu ustawy. W związku z powyższym prezentowany projekt określany jest przez wielu ekspertów jako kolejna, po ustawie o sieci szpitali, reforma bez wskazania płatnika.

18. Istnieją uzasadnione są obawy, że nowa ustawa stanowi pierwszy krok do przeprofilowania mniejszych placówek i wymuszenia konsolidacji z jednostkami dominującymi. Kilka miesięcy temu, razem z założeniami do projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, Ministerstwo Zdrowia przedstawiło opartą na dominującej roli szpitali klinicznych koncepcję reformowania szpitalnictwa na poziomie wojewódzkim.

19. Zespół konsultacyjny zgadza się ze zdaniem ekspertów, iż kategoryzacja szpitali będzie szczególnie niesprawiedliwym narzędziem w przypadku tzw. szpitali covidowych. Powszechna w trzeciej i czwartej fali praktyka przekształcania całych szpitali (głównie powiatowych, ale nie tylko) w jednostki covidowe, sprowadziła te podmioty na skraj niewypłacalności i bankructwa.

Nadawany przez wojewodów z dnia na dzień status szpitala covidowego oznacza odebranie tym szpitalom możliwości realizowania świadczeń medycznych zgodnie z kompetencjami kadry medycznej i podpisanymi kontraktami. Skutkiem tych działań jest odchodzenie z podmiotów szpitalnych kadry specjalistycznej, która po „odmrożeniu” łóżek szpitalnych do szpitali już nie powraca. W efekcie trudna lub niemożliwa staje się realizacja świadczeń medycznych zakontraktowanych przez NFZ, co skutkuje pogorszeniem wszystkich wskaźników definiujących szpital.

Dodatkowym czynnikiem pogarszającym sytuację ekonomiczną podmiotów szpitalnych jest niezrealizowanie ryczałtów oraz innych świadczeń odrębnie kontraktowanych z powodu zbyt małej liczby pacjentów z chorobami innymi niż Covid-19.

20. Zapisy zawarte w projekcie ustawy pozwalają nadzorcy na wyprzedaż majątku szpitalnego bez zgody podmiotu nadzorującego/tworzącego. Aparatura medyczna znajdująca się w szpitalach, została zakupiona często ze środków unijnych bądź dotacji podmiotów tworzących, co niemal zawsze związane jest z zakazem ich zbywania w określonym okresie. Ponadto wydaje się, że zbywanie majątku podmiotu szpitalnego jest zbyt dużą kompetencją nadzorcy/zarządcy, gdyż może się okazać, że plan naprawczo-rozwojowy będzie zmieniony (co dopuszcza projekt), a w międzyczasie aparatura będzie sprzedana.

21. Projekt ustawy przewiduje, iż pierwsza ocena i kategoryzacja podmiotów szpitalnych dokonana zostanie w 2023 r. w oparciu o dane za rok 2022, co zważywszy na prognozy ekonomiczne, jest wybitnie niekorzystne dla szpitali. Biorąc pod uwagę rosnącą inflację, drastyczny wzrost cen kosztów stałych szpitali począwszy od 1 stycznia 2022 r. tj. energia, gaz, ogrzewanie itp., wprowadzenie mechanizmu oceny w oparciu o dane z 2022 r., będzie niemiarodajne i może postawić wiele podmiotów leczniczych, dotychczas znajdujących się w dobrej sytuacji finansowej, w niższej kategorii. Projektodawcy nie powinno zależeć, aby sztucznie zwiększać ilość szpitali objętych programem naprawczo-rozwojowym, a tylko te, które wymagają w wyniku trudnej sytuacji utrzymującej się od kilku lat.

22. 14-dniowy termin na wejście w życie tak istotnej ustawy jest zbyt krótki. Projekt ustawy wprowadza zbyt wiele zmian, aby już po 14 dniach mogła ona funkcjonować.

Podsumowując, w dokumencie brakuje odniesienia do realnej oceny potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w danym regionie kraju i dostępności do odpowiednich świadczeń szpitalnych. Brak odpowiedzi na pytanie kto i na jakiej podstawie ma decydować o tym, jaki profil i ile łóżek szpitalnych należy utrzymać w danym regionie kraju. Projekt czyni NFZ odpowiedzialnym za dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Brak uwzględnienia wskaźników Oceny Potrzeb Zdrowotnych, znacznie ogranicza znaczenie założeń projektu inicjuje błędne kierunki rozwiązań. Nie należy podejmować decyzji systemowych bez odpowiednich analiz, ani pod wpływem nacisków grup interesów. Decyzje dotyczące modernizacji systemu należy opierać na podstawie wymiernych wskaźników służących potem do monitorowania efektów wprowadzanych zmian.

Stanowisko Zespołu konsultacyjnego moderował i opracował:



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Stanisław Maćkowiak

Ekspert Projektu



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

