



**Stanowisko  
Zarządu Śląskiego Związku Gmin i Powiatów  
z dnia 28 stycznia 2022 r.**

w sprawie: **projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z 29 grudnia 2021 r. przekazanego do konsultacji przez Ministerstwo Zdrowia**

Projekt ustawy z dnia 29 grudnia 2021 r. o *modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa* zawiera szereg elementów, budzących uzasadniony niepokój jednostek samorządu terytorialnego, które są organami założycielskimi szpitali działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz właścicielami spółek kapitałowych. Dokument ten stanowi ujęcie w formie projektu aktu prawnego, przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia w maju 2021 r. „Założeń reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”, które zostały krytycznie ocenione przez środowiska samorządowe, w tym m.in. przez Zgromadzenie Ogólne Śląskiego Związku Gmin i Powiatów w stanowisku z dnia 2 września 2021 r. W związku z tym, iż w przedstawionym aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji projekcie ustawy znajdują odzwierciedlenie pomysły i rozwiązania prezentowane na etapie przygotowywania w/w Założeń, podtrzymujemy swoje zdecydowanie negatywne stanowisko wobec tego projektu, w tym w szczególności w odniesieniu do:

- 1) uzależnienia możliwości rozwoju szpitali wyłącznie od kondycji finansowej - kategoryzacja szpitali do jednej z czterech grup A, B, C, D;
- 2) powołania dodatkowego organu nadzorującego szpitale w formie Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) oraz uprawnień nowopowołanego organu do ingerencji w działania zarządcze szpitali bez przypisanej odpowiedzialności za skutki tych działań;
- 3) certyfikacji kadry menedżerskiej i nadzorczej w szpitalu w zaproponowanym w projekcie kształcie;
- 4) braku uwzględnienia w proponowanej reformie podstawowego czynnika determinującego aktualną sytuację szpitali, tj. zmiany wyceny usług medycznych od lat mocno niedoszacowanych.

Należy zdecydowanie podkreślić, iż identyfikacja problemów stanowiących podstawę do opracowania projektu ustawy, której zakładanym efektem ma być optymalizacja jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta, efektów leczenia, zwiększenie dostępności świadczeń oraz poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych, od chwili przygotowania założeń do tej ustawy nie jest prawidłowa. W świetle uzasadnienia do projektu ustawy podstawowe czynniki powodujące pogarszanie się sytuacji finansowej szpitali, ograniczające ich rozwój i prawidłowe funkcjonowanie, a skutkujące głównie rosnącym zadłużeniem szpitali to m.in.: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., zdaniem projektodawcy powodujący ograniczenie katalogu źródeł finansowania szpitali działających w formie SP ZOZ; brak lub nieprawidłowy nadzór podmiotów tworzących nad działalnością podległych im podmiotów leczniczych i niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący; brak jasnych wymogów określających kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi, co powoduje sytuacje, że poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający; „wielowładztwo”, tj. występowanie wielu organów

założycielskich, głównie samorządu terytorialnego; „upolitycznienie” zarządzania podmiotami leczniczymi; nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez szpitale podwyższonej gotowości (zarzut ten należy naszym zdaniem odnieść do wymagań NFZ oraz oczekiwań wojewodów odpowiedzialnych za system ratownictwa medycznego); wysoki poziom kosztów wynikający z wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek, mający wpływ na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali, które mogłyby zapewnić szerokie spektrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia (przy czym wymagania kadrowe oraz poziom wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek był i jest regulowany w obowiązujących przepisach prawa); czy wreszcie „wyniszczająca” konkurencja i nieskoordynowana opieka nad pacjentem, tj. brak odpowiedniej koordynacji działań między poszczególnymi samorządami powiatowymi i wojewódzkimi.

Jak wynika z powyższego, w efekcie dokonanej przez Ministerstwo Zdrowia diagnozy – która jest naszym zdaniem nietrafiona - istota występujących problemów zdaniem Ministerstwa nie jest rezultatem wieloletniego niedofinansowania systemu ochrony zdrowia oraz wprowadzanych przepisów prawa nakładających na podmioty lecznicze kolejne wymagania kadrowe, sprzętowe i lokalowe bez adekwatnej wyceny świadczeń w kontekście stawianych wymagań. Projekt ustawy nie zakłada wobec tego urealnienia wyceny realizowanych przez szpitale świadczeń, adekwatnie do faktycznie ponoszonych kosztów wynikających z nakładanych na szpitale wymagań (ustawami, rozporządzeniami oraz zarządzeniami i umowami z NFZ), inflacji, rosnących kosztów pracy, nośników energii, sprzętu i aparatury, leków itd. Projektodawca nie dostrzega również w żadnym stopniu wpływu braku koordynacji działań pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, NFZ i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dokonującej wyceny świadczeń na podstawie historycznych danych i zaniżanej w katalogach wyceny NFZ) na problemy finansowe szpitali. Tymczasem Trybunał Konstytucyjny wprost stwierdził, iż zadłużenie publicznych szpitali wynika z wadliwego systemu finansowania opieki zdrowotnej, w tym niedoszacowania, bądź obniżania lub braku refundacji nadwykonań. To powoduje, że ciężar udzielanych świadczeń jest przerzucany na SP ZOZ-y, a następnie na podstawie art. 59 ustawy o działalności leczniczej – na podmioty je tworzące. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego zadłużenie szpitali jest ekonomicznym skutkiem stosowania przepisów powszechnie obowiązujących, wywołujących obligatoryjne skutki finansowe w zakresie kosztu świadczeń opieki zdrowotnej – bez zapewnienia adekwatnego finansowania – co jest niezgodne z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji. TK wskazał też, iż finansowanie tych świadczeń w sposób jednoznaczny ustawy przypisują władzom centralnym.

Według projektodawcy celem wprowadzenia ustawy jest między innymi zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń szerokiego spektrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia, adekwatny do obecnych i przyszłych potrzeb. Jednak przepisy obecnie obowiązujące pozwoliłyby uzyskać również i ten cel pod warunkiem dokonania odpowiednich zapisów w obowiązujących już ustawach i rozporządzeniach. Podkreślamy, iż to NFZ, a nie dyrektor szpitala ani też podmiot tworzący, ogłasza konkursy i kontraktuje określony zakres świadczeń w podmiotach leczniczych. Natomiast nawet w sytuacji dokonania inwestycji za zgodą właściwych organów (wojewoda, NFZ) nie można uzyskać gwarancji finansowania świadczeń z NFZ ze względu na brak środków w Funduszu. Oczekiwanie dotyczące zapewnienia kompleksowości udzielania świadczeń przy wcześniej i obecnie limitowanych przez NFZ świadczeniach (rehabilitacja i inne) również potwierdza brak właściwej oceny sytuacji przez twórców projektu. To nie samorząd powinien kształtować podaż świadczeń zdrowotnych tylko NFZ, kontraktując odpowiednie świadczenia (uwzględniając mapy potrzeb). Rolą NFZ powinno być dostosowywanie struktury i miejsca udzielania świadczeń do potrzeb występujących na danym terenie w społecznościach lokalnych.

Planowany kierunek zmniejszania bazy łóżek szpitalnych lub jej przekształcenie w łóżka opieki długoterminowej nie zapewni pacjentom właściwego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ograniczona i niewystarczająca opieka lekarska i diagnostyka na poziomie już podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz braki specjalistów, a tym samym ograniczony dostęp (kolejki) do poradni specjalistycznych i lekarzy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) obecnie powoduje, że zadania te kompleksowo (często zbyt późno ze względu na stan zdrowia pacjenta) wykonuje szpital w ramach hospitalizacji. Zatem reformowanie szpitalnictwa bez kompleksowego podejścia do całego systemu ochrony zdrowia tj. bez uwzględnia POZ, AOS, rehabilitacji, nie spełni deklarowanego celu reformy, jakim jest optymalizacja jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta, efektów leczenia, zwiększenie dostępności świadczeń oraz poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych. Co więcej - chociaż w projekcie ustawy wprost nie mówi się już o tym - samorządy lokalne podtrzymują swoje obawy, iż pod pozorem wsparcia organizacyjnego, finansowego, merytorycznego i eksperckiego – rzeczywistym celem tych działań jest stopniowa centralizacja szpitali. Do takiego wniosku prowadzi analiza zawartych w projekcie zapisów. Pośrednio projekt wprowadza również dodatkowe koszty po stronie podmiotu tworzącego, tj. jst – w świetle zapisów projektu podmiot nadzorujący „może” bowiem zapewnić podmiotowi szpitalnemu środki finansowe na wsparcie realizacji układu albo planu spłaty.

Po analizie przedstawionego przez Ministerstwo Zdrowia projektu ustawy należy bowiem zauważyć, iż proponowane rozwiązania stanowią bardzo daleko idącą ingerencję w sposób zarządzania podmiotami szpitalnymi przez jednostki samorządu terytorialnego.

Wprowadzanie kolejnego decydenta i nadzorcy nad działalnością szpitali, ich dyrektorów oraz podmiotów tworzących, w formie następnej bardzo kosztownej instytucji - Agencji Rozwoju Szpitali (ARS), decydującej m.in. o kategoryzacji szpitali na podstawie wyników finansowych (A, B, C, D), decydującej o przyznaniu dodatkowych środków na inwestycje i rozwój z budżetu Państwa, funduszy unijnych czy Ministra Zdrowia, prowadzącej listy menedżerów spełniających kryteria do zarządzania szpitalami i ich okresowe weryfikowanie, przypomina bowiem rozwiązania znane z poprzedniego systemu.

W tym kontekście uważamy powoływanie zupełnie nowej jednostki - agencji zajmującej się szpitalnictwem, której koszty funkcjonowania będą niebagatelne, za pomysł nietrafiony. Środki te powinny – bez najmniejszych wątpliwości – zostać przeznaczone na oddłużanie szpitali. Warto też powierzyć samorządom i nadzorowi wojewódzkiemu koordynację działań z zakresu optymalizacji wykonywanych procedur i udzielanych świadczeń przy znaczącym udziale NFZ.

Równie kontrowersyjne naszym zdaniem jest wprowadzenie do szpitala zarządcy, który miałby podejmować decyzje o losach placówki. Sytuacja prawna w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą stałaby się dość absurdalna, tj. decyzje będą podejmowane przez wyznaczoną przez centralny organ osobę, jednak w projekcie ustawy nie znajdujemy przepisu, który w takiej sytuacji zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową za wynik placówki. Pozostaje uzasadnione pytanie, kto zatem poniesie odpowiedzialność za ewentualne niepowodzenie działań naprawczych (choćby w kontekście art. 43., który stanowi: *1. Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. 2. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego*). Na marginesie, w projekcie znaleźć można szereg innych regulacji, które wprowadzają chaos kompetencyjny oraz niejasności w zakresie obowiązków i odpowiedzialności za podejmowane decyzje i ich efekty.

Niezrozumiałe są zmiany w zakresie kwalifikacji wymaganych od osób zajmujących stanowisko kierownika podmiotu szpitalnego (w tym istotne ograniczenia w zakresie studiów MBA, kwalifikujących do wpisu na listę menedżerów prowadzoną przez Prezesa ARS). MBA to studia zawodowe o wymiarze praktycznym, zatem wykluczenie z rynku uczelni zawodowych nie jest zgodne z deklarowaną intencją - doskonaleniem praktyki zarządzania szpitalami. Proponowane rozwiązanie nie jest przejawem standaryzacji, nie znajduje odzwierciedlenia w aktach prawnych dotyczących innych sektorów i nie wpływa na merytoryczną wartość studiów. Wbrew założeniom nie będziemy mieli do czynienia z poprawą jakości, a z wprowadzeniem nieuprawnionych i niepopartych przekonującymi argumentami ograniczeń w działalności szkół wyższych.

Nie do zaakceptowania jest też pomysł oceniania konkretnego szpitala jedynie przez pryzmat sytuacji ekonomiczno-finansowej. Bez uwzględnienia m.in. specyfiki lecznicy, sytuacji społecznej w regionie, w którym placówka się znajduje, taka ocena będzie niezwykle wybiórcza i pozbawiona merytorycznych podstaw. Szczególny niepokój budzi propozycja zapisu dotycząca pierwszej oceny i przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii A–D w 2023 roku na podstawie danych za rok 2022. Warto przypomnieć, że mowa jest o okresie, w którym panuje pandemia, a także odczuwane będą następstwa wysokich podwyżek nie tylko cen gazu i prądu, ale także rosnącej inflacji i innych niepokojących zjawisk społeczno-ekonomicznych.

Mając przy tym na uwadze fakt, że w ostatnich latach odnawiano jedynie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez uwzględnienia rosnących w niespotykane szybkim tempie kosztów funkcjonowania szpitali – planowane w ramach reformy działania nie mają szans pełnego powodzenia, podobnie jak w sytuacji braku realnego wzmocnienia w systemie pozycji POZ i AOS. Jeszcze raz podkreślamy, iż projektowane ustawą rozwiązania bez kompleksowego podejścia do tematyki udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym urealnienia koszyka świadczeń gwarantowanych, bez uwzględnienia w niej innych podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia od POZ przez AOS, szpital i rehabilitację, nie mogą zostać uznane za podyktowane troską o bezpieczeństwo pacjenta, dostęp do udzielanych świadczeń i prowadzenie efektywnego leczenia wysokiej jakości.

Podsumowując, założenia reformy w proponowanym kształcie nie stanowią panaceum na największą bolączkę szpitali, czyli od lat zbyt niską wycenę świadczeń zdrowotnych, niedoszacowanie procedur, zbyt małe nakłady na ochronę zdrowia oraz braki personelu medycznego i rosnące w związku z tym oczekiwania płacowe – co podnoszą od lat samorządowcy i co przyznają w ostatnim czasie w publicznych wypowiedziach również politycy różnych opcji, odpowiadających za służbę zdrowia na przestrzeni ostatnich lat.

Ponadto, w OSR do projektu planowane wykonanie przepisów aktu prawnego zostało określone na I kwartał 2022 r. W naszej opinii wprowadzanie rewolucyjnych zmian w systemie ochrony zdrowia w trakcie ciągle nieustępującej pandemii nie jest odpowiednim momentem. Gruntowne i pośpieszne reformowanie systemu szpitalnictwa zmagającego się aktualnie z tak dramatycznymi problemami, gdy każdego dnia rejestrowanych jest kilkadziesiąt tysięcy nowych zakażeń SARS-CoV-2, rozwija się piąta fala pandemii, a liczba zgonów z powodu COVID-19 przekroczyła w Polsce 100 tysięcy, jest skrajnie nieodpowiedzialne.

Szereg innych, istotnych uwag, które nasuwają się po lekturze projektu ustawy przedstawiamy w załączniku nr 1 do niniejszego stanowiska.

Śląski Związek Gmin i Powiatów

Piotr Kuczeja  
Przewodniczący Związku