

Stanowisko Rady Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego z dnia 29 marca 2022 r. w sprawie wpływu i zagrożeń wynikających z planowanego wprowadzenia ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa na działalności podmiotów szpitalnych.

Rada Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego mając na względzie konieczność rozwoju szpitali powiatowych, wyraża swoje zaniepokojenie konsekwencjami jakie niesie ze sobą przygotowany przez Ministra Zdrowia projekt z dnia 29 grudnia 2021 r. *ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa*.

1. Modernizacja i poprawa efektywności szpitalnictwa

Projekt przedmiotowej *ustawy* nie zwiera rozwiązań, które w sposób istotny mają się przyczynić do **modernizacji** powiatowych szpitali. Nie ujęto 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.

Poprawa **efektywności** szpitalnictwa w zapisach projektu ustawy traktowana jest instrumentalnie poprzez nacisk na sprawozdawczość, kontrolę i egzaminowanie dyrektorów szpitali, wybiórcze traktowanie uczelni prowadzących studia podyplomowe w obszarze zarządzania przydatne dla dyrektorów szpitali, mikrozarządzanie przez nową Agencję Rozwoju Szpitali, marginesowe traktowanie opieki koordynowanej oraz opartej o wartość dla pacjenta, kategoryzację szpitali na podstawie arbitralnie wybranych wskaźników o charakterze stricte finansowym, nacisk na redukcję kosztów, propozycje dotyczące kwalifikacji osób nadzorujących szpitale będące w znacznej dysproporcji do wymagań wobec zarządzających szpitalami wraz z zapisami o braku odpowiedzialności tych osób za swoje działania, dewaluacja organów nadzoru i właścicielskich szpitali – czyli zapisów nieprowadzących do poprawy efektywności.

2. Ogólna analiza zapisów projektu

Analizując projekt *ustawy* z żadnego jego zapisu, nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały znacząco wzrosnąć. Brak zwiększenia nakładów i możliwości regulacji waloryzacji wartości kontraktów szpitali o realny wzrost kosztów przy przedłużającej się pandemii i wobec gwałtownego wzrostu kosztów m.in. energii, gazu, leków i wynagrodzeń, pogorszy kondycję finansową szpitali żadna restrukturyzacja nie ma szansy powodzenia. 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 przejścia przez Agencję Rozwoju Szpitali zarządzania większością polskich szpitali.

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 sprzyjąc tzw. kreatywnej księgowości.

3. Minimalizacja roli organów założycielskich

Niekorzystne, a często wręcz destrukcyjne, należy wskazać m.in. zapisy projektu *ustawy* dotyczące **minimalizowania roli organów założycielskich**, określonych w projekcie „podmiotami nadzorującymi”. Projekt odbiera samorządom większość kompetencji, a w szczególności: zarządzanie własnym majątkiem, współdecydowanie w tworzeniu planów rozwojowych i rozwojowo–naprawczych, współdecydowanie o powoływaniu i odwoływaniu czy zmianie kierownika podmiotu, nieuzasadnionej

wymiany kierowników podmiotów szpitalnych, błędnego założenia, dotyczącego dofinansowania wyłącznie zadłużonych podmiotów, stosunkowo niskich kompetencji nadzorców i zarządców oraz braku ich odpowiedzialności finansowej za podejmowanie niewłaściwych decyzji, nierównego traktowania podmiotów ministerialnych i samorządowych. 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 za granicą Polski, nawet w najbardziej renomowanych uczelniach.

4. **Kategoryzacja szpitali**

Kategoryzacja szpitali oparta na wyniku operacyjnym budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę obecną złą sytuację finansową polskich szpitali publicznych, kolejny wzrost kosztów operacyjnych, bez równej dynamiki wzrostu przychodów ze sprzedaży – skutkuje dalszym zadłużaniem się szpitali i rosnącymi zobowiązaniami wymagalnymi. Te z kolei według *ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa*, mają być głównym kryterium kategoryzacji szpitali. Wątpliwości budzą również **terminy kategoryzacji szpitali** (co 3 lata) i kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (co 4 lata) oraz dat obowiązywania regionalnych map potrzeb zdrowotnych (co 5 lat) w kontekście tworzenia i konsekwentnej realizacji planów rozwojowych i naprawczo – rozwojowych.

5. **Możliwość odwołania kierownika podmiotu szpitalnego**

Zastrzeżenia budzą również przypadki pozwalające Prezesowi Agencji w drodze postanowienia, na dokonanie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką. Przyjęcie takich regulacji może prowadzić do nadużyć, a tym samym do występowania dowolności przy interpretacji i ocenie przesłanek pozwalających na odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego. Proponowane rozwiązania w znacznym stopniu ingerują w samodzielność jednostek samorządu terytorialnego, których uprawnienia jako jednostek będących właścicielami podmiotów szpitalnych, zostają w znaczący sposób ograniczone w zakresie pozbawienia prawa sprawowania nadzoru nad działalnością jednostek oraz pozbawienia uprawnień majątkowych, co prowadzi de facto do czasowego wyłączenia samorządów i przejęcia zarządu nad ich majątkiem przez jednostkę nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Taka regulacja budzi znaczący sprzeciw jednostek samorządu terytorialnego, które przeznaczając od lat środki finansowe na funkcjonowanie szpitali w postaci dotacji na inwestycje, pożyczek, spłaty zaciąganych kredytów czy corocznego pokrywania straty netto, a więc powiększając ich majątek, zostaną pozbawione wpływu na sprawowanie nad nim zarządu, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

6. **Modyfikacja wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego**

Osobnym zagadnieniem, które Rada Powiatu pragnie jedynie zasygnalizować, jest wprowadzenie obowiązku spełniania przez kierowników podmiotów szpitalnych znacznie wyższych wymagań formalnych, kwalifikacji zawodowych oraz wiedzy i doświadczenia w obszarze ochrony zdrowia, aniżeli od nadzorców powoływanych w celu poprawy sytuacji w podmiotach szpitalnych. Jest to o tyle niezrozumiałe, że uprawnienia oraz odpowiedzialność osoby powołanej przez Prezesa Agencji do uzdrowienia sytuacji w szpitalnictwie, są znacznie większe niż kierowników. Proponowana regulacja – w przypadku podmiotów kategorii C i D, w których kluczowe decyzje podejmuje nadzorca – jest nieracjonalna i wymaga zmiany. Projekt ustawy jest w tym sensie systemowo niespójny, ponieważ wymaga od kierowników podmiotów szpitalnych wyższych kwalifikacji, a jednocześnie ogranicza sytuacje, w których te kwalifikacje byłyby przydatne. W sytuacji, w której znaczna część podmiotów szpitalnych zostanie zakwalifikowana do kategorii C lub D, powstaje wątpliwość nad zasadnością wprowadzania dodatkowych wymagań formalnych od kierowników podmiotów szpitalnych, weryfikowanych m.in. w formie państwowego egzaminu, co czyni niegospodarnym wydatkowanie środków publicznych na ten cel. Dlatego też brak obowiązku zdania po stronie nadzorców odpowiedniego egzaminu państwowego dającego rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych zadań budzi wątpliwości oraz obawy, czy osoby takie będą posiadały kwalifikacje zawodowe, wiedzę oraz umiejętności niezbędne do przygotowania, oraz realizacji planów rozwojowo-naprawczych.

Przy akceptacji krytycznej oceny systemu ochrony zdrowia, w szczególności wielości podmiotów właścicielskich szpitali, 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, który wymaga kompleksowego traktowania.

Modernizacja i poprawa efektywności szpitalnictwa nie może odbywać się bez współpracy ze szpitalami nienależącymi do systemu podstawowego zabezpieczenia. Zmiany, które zamierza się wprowadzić pod pretekstem *modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa*, w rzeczywistości będą skutkowały ograniczeniami dla tzw. polskiej powiatowej dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zmniejszeniu roli organu założycielskiego, na co się nie zgadzamy, wyrażając swoją negatywną opinię w niniejszym stanowisku.