

Stanowisko

Sejmiku Województwa Podlaskiego

z dnia 30 maja 2022 r.

w sprawie projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

Sejmik Województwa Podlaskiego, po zapoznaniu się ze zmodyfikowanym po konsultacjach projektem ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa i opinią Komisji Zdrowia Sejmiku Województwa Podlaskiego, **zwraca się do Premiera rządu RP i Ministra Zdrowia o wycofanie projektu ustawy z procesu legislacyjnego.**

W obecnym kształcie projektowana ustawa nadal nie odpowiada na problemy ochrony zdrowia w zakresie szpitalnictwa i szerzej całego systemu ochrony zdrowia oraz nie odnosi się do potrzeb zdrowotnych obywateli. W wyniku konsultacji nie uwzględniono w szczególności zastrzeżeń i wniosków do projektu uczestników postępowań, których dotyczy projektowana ustawa m. in. szpitali, związków je reprezentujących, podmiotów tworzących szpitale tj. samorządów województw, powiatów, gmin oraz Sądu Okręgowego w Warszawie. Należy stwierdzić, iż wskutek konsultacji nie dokonano zmiany koncepcji reformy. Problem długów szpitali nie może być jedynym przyczynkiem powołania struktury biurokratycznej w postaci Agencji Rozwoju Szpitali i z jej poziomu zarządzania szpitalami. Nie zmieniono uzasadnienia, które zawiera wiele wątpliwych albo nietrafionych tez, chociażby jak konieczność powstania ustawy celem uwzględnienia Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17. Negatywnie oceniono tzw. „wielowładztwo”, czyli występowanie różnych podmiotów tworzących nadzorujących podmioty lecznicze na określonym obszarze i nie zawsze uzasadnioną konkurencję między podmiotami szpitalnymi, co w praktyce oznacza ograniczenie możliwości wyboru szpitala i lekarza przez pacjenta. W żadnym aspekcie nie odniesiono się do funkcjonowania sektora prywatnego, prowadzącego jednostki w rodzaju leczenia szpitalnego. Centralne zarządzanie szpitalami funkcjonowało już w Polsce w okresie PRL oraz do roku 1997, kiedy to przywrócono przedwojenną koncepcję kas chorych i przekazano szpitale i ZOZ-y samorządom. To właśnie samorządy za środki własne i unijne dokonały znaczących inwestycji w szpitalach, które obecnie spełniają w większości normy przewidziane ustawą o działalności leczniczej. Obrazowo można przedstawić, iż ten sektor był w ruinie a obecnie reprezentuje średni poziom europejski. Nie chcemy powrotu do sytuacji, która się nie sprawdziła. Właściwe zagospodarowanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, skoordynowanie opieki nad pacjentem na danym terenie, niedoinwestowanie sektora szpitalnictwa, niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności zasoby systemu, czy w końcu brak skoordynowania działań zarządczych, np. w ramach zarządzania kryzysowego leży w gestii płaćnika i wojewody oraz władz centralnych, każdy wg swojej właściwości. W naszym województwie koordynacja zaistniała właśnie podczas zwalczania epidemii COVID-19, czego nie zauważają autorzy uzasadnienia. Krzywdzącym jest zakładanie braku kompetencji zarządzających szpitalami a założenie, iż studia MBA albo stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych albo stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie

ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości dają gwarancję dobrego zarządzania szpitalem może okazać się chybione. Ustawa nie spowoduje zwiększenia liczby kadry medycznej ani zniknięcie problemu zadłużania się szpitali przy braku zwiększenia wyceny usług. Należy zmienić w wielu przypadkach niskie wyceny usług wielu dziedzin medycznych. Szpitale doświadczają rosnących kosztów działalności w wyniku czynników od nich niezależnych. Przewidziane przez autorów koszty oddłużenia, bazujące na zadłużeniu do roku 2020 nie są adekwatne w związku z presją inflacyjną, wzrostem cen energii, zwiększaniem (ustawowym) wynagrodzeń personelu oraz pominięciem wzrostu płac pracowników kontraktowych i są dalece niedoszacowane. Wiara, iż nadzorca lub zarządca szpitala uzdrowi jego finanse bez usunięcia systemowych przyczyn tego stanu jest iluzoryczna. Autorzy projektu, nie proponują ustawowych narzędzi egzekwowania odpowiedzialności Agencji i zarządców oraz nadzorców za wyniki finansowe swoich decyzji. Projektowany system tworzenia, oceny i wykonania programu restrukturyzacji (naprawczo – rozwojowego) jest wysoce sformalizowany i zbiurokratyzowany, gdyż angażuje powoływaną agencję, wojewodę, oddział NFZ, prezesa NFZ, organ tworzący, zarządzającego szpitalem, jego organy, nadzorcę, a przy restrukturyzacji zadłużenia nadzorcę układu. Ponadto angażowany jest Sąd Okręgowy w Warszawie. Trudno oczekiwać sprawności i efektów od takiego systemu.

Powtarzamy: należy dokonywać zmian ewolucyjnych, przeprowadzanych w całym systemie ochrony zdrowia. Władze centralne są od tworzenia warunków funkcjonowania i regulacji prawnych a nie od sterowania podmiotami, a centralne zarządzanie daje złe efekty. Przekształcanie sektora lecznictwa szpitalnego powinno być poprzedzone propozycją roli w systemie POZ, AOS, lecznictwa specjalistycznego, sektora prywatnego, opieki długoterminowej i hospicyjnej, transportu medycznego, systemu ratownictwa medycznego, relacji między nimi i równoległymi zmianami w każdym z tych zakresów oraz określenia pożądanych zasad współpracy. Przyjęte 27. grudnia 2022 r. przez Radę Ministrów „Ramy Strategiczne Rozwoju Ochrony Zdrowia na Lata 2021-2027 z Perspektywą do 2030 r. (załącznik do uchwały Rady Ministrów nr 196/2021 r.) ich nie zawierają. Powielają one koncepcje zawarte w Założeniach reformy podmiotów leczniczych opublikowanych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r., które zostały opracowane bez udziału osób mających wiedzę o funkcjonowaniu szpitali. Do preredagowanego projektu ustawy wprowadzono ponownie obowiązek prowadzenia ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, co miało być zachętą poparcia przez szpitale proponowanej ustawy. Słusznie oceniono, iż na rynku nie będzie podmiotów, które podejmą się je prowadzić za ułamek ponoszonych kosztów oraz istniejące trudności ze skompletowaniem obsady lekarskiej. Tak naprawdę obowiązek ten został równolegle wprowadzony zmianą z dnia 12. listopada 2021r. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Zapis w projekcie przywracający konieczność prowadzenia NPL preczy lansowanej w uzasadnieniu niskiej oceny organizacji pracy i zarządzania szpitalami.

Należy przypomnieć, iż szpitale mają pracujące całodobowo komórki pomocnicze, świadczące usługi na rzecz wykonujących usługi medyczne kontraktowane przez płatnika (NFZ): laboratorium, aptekę, obsługę techniczną, dział radiologii, blok operacyjny. Jeśli w wyniku decyzji Agencji zostaną zlikwidowane oddziały szpitalne bez wprowadzenia

w to miejsce innych, to koszty prowadzenia komórek pomocniczych rozłożą się na mniejszą liczbę usług, co tym samym spowoduje pogorszenie wyniku finansowego szpitala.

Formułując propozycję zmian należy zasięgać opinii praktyków i nie bazować wyłącznie na opinii środowisk niepracujących w systemie a mogących być beneficjentami przyjmowanych rozwiązań jak środowiska akademickie i doradcy restrukturyzacyjni. Koszty ekonomiczne i społeczne nietrafionych uregulowań w wyniku przyjęcia projektu mogą być wysokie i trudne do odwrócenia.

Wrażliwa społecznie sfera usług medycznych wymaga roztropności i ostrożności przy podejmowaniu decyzji jej usprawnienia, co jest na pewno oczekiwaniem społecznym i za czym sejmik się opowiada.

Projekt odnosi się do konieczności ukształtowania na nowo sieci szpitali, czego można dokonać bez powstawania agencji, na bazie map potrzeb, za pośrednictwem wojewody, jego wydziału społecznego oraz oddziału NFZ, przy akceptacji Ministerstwa Zdrowia oraz centrali NFZ.

Integralną częścią stanowiska jest szczegółowe, dołączone uzasadnienie, które zostało dołączone do Stanowiska Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 28. lutego 2022 r. i które nie straciło waloru aktualności po przerehabilitowaniu projektu ustawy.

PRZEWODNICZĄCY SEJMIKU



Bogusław Dębski

