

Stanowisko

Sejmiku Województwa Podlaskiego

z dnia 28 lutego 2022 r.

w sprawie projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

Sejmik Województwa Podlaskiego, po zapoznaniu się z opinią dyrektorów szpitali samorządowych województwa oraz stanowiskiem Komisji ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Związku Województw RP z dnia 25. stycznia 2022 r. **zwraca się do Premiera rządu RP i Ministra Zdrowia o wycofanie projektu ustawy z procesu legislacyjnego.** W obecnym kształcie projektowana ustawa nie odpowiada na problemy ochrony zdrowia w zakresie szpitalnictwa i szerzej całego systemu ochrony zdrowia oraz nie odnosi się w żadnym aspekcie do potrzeb zdrowotnych obywateli. Problem długów szpitali jest jedynie pretekstem do powołania struktury biurokratycznej w postaci Agencji Rozwoju Szpitali. Wiele też postawionych w uzasadnieniu jest wątpliwych albo wręcz nieprawdziwych, chociażby jak arbitralnie, bez faktycznego rozeznania sugerowany brak kompetencji zarządzających szpitalami. Ustawa nie spowoduje zwiększenia ilości kadr medycznych ani zniknięcie problemu zadłużania się szpitali przy braku zwiększenia wyceny usług. Należy zmienić w wielu przypadkach patologicznie 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 narzucony nadzorca lub zarządca szpitala uzdrowi jego finanse bez usunięcia systemowych przyczyn tego stanu jest iluzoryczna, w którą nie wierzą nawet autorzy projektu, bo zastrzegają ustawowo brak odpowiedzialności Agencji i narzuconych zarządców oraz nadzorców za wyniki finansowe swoich decyzji.


Należy dokonywać zmian ewolucyjnych, przeprowadzanych w całym systemie ochrony zdrowia. 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 2021 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.

Formułując propozycję zmian należy zasięgać opinii praktyków i nie bazować wyłącznie na opinii środowisk niepracujących w systemie. Koszty ekonomiczne i społeczne nietrafionych uregulowań w wyniku przyjęcia projektu będą olbrzymie 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.

Integralną częścią stanowiska jest szczegółowe, dołączone uzasadnienie.

PRZEWODNICZĄCY SEJMIKU


Bogusław Dębski

Szczegółowe uzasadnienie Stanowiska Sejmiku Województwa Podlaskiego w sprawie projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

Ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa ma być odpowiedzią na zadłużanie się szpitali oraz konieczność dalszego kontraktowania ich usług w związku z art. 95 m ust 1 ustawy „Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych” tj. konieczności przeglądu tzw. „sieci szpitali” po upływie 4 lat od jej utworzenia.

Powywoływanie się na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. powinien skłonić autora ustawy do zastanowienia, w jakim zakresie zadłużanie się szpitali pozostaje w związku z decyzjami i procesami od nich niezależnymi jak chociażby:

- Inflacja
- Wzrost płacy minimalnej oraz związany z tym wzrost płac pracowników
- Wzrost cen energii, paliw, usług, podatków itp.
- Brak skutecznego systemu kształcenia kadr medycznych i wysoka cena usług przez nie świadczonych
- Brak mechanizmu rekompensowania podmiotom kosztów podnoszenia płac pracownikom kontraktowym w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830 i 2401)
- Ponoszenie kosztów, których nie ponoszą podmioty prywatne, które są dodatkowo uprzywilejowane w związku z korzystaniem z zasobów i kompetencji podmiotów publicznych i które dodatkowo korzystają z podwójnego finansowania swojej działalności (tj. pacjentów i NFZ)
- Koszty w związku z rosnącą biurokracją i sprawozdawczością oraz przechowywaniem danych medycznych

w sytuacji, gdy brak jest rewaloryzacji i podwyższenia oraz korekty wycen usług medycznych przez płatnika publicznego (NFZ).

Niestety autor projektu ustawy tych obiektywnych uwarunkowań nie zauważa a czasami posuwa się (w uzasadnieniu) do insynuacji, przerzucając na szpitale odpowiedzialność za brak spójności zarządzania pandemią. Dobra współpraca szpitali samorządowych z wojewodą i jego służbami przyczyniła się do stworzenia ad hoc systemu opieki nad chorymi na COVID-19, mimo obaw pracowników szpitali, braku szczepień i środków ochrony osobistej, istnienia procedur postępowania w tej chorobie oraz rozeznania skali zagrożenia osobistego personelu.

Autor nie widzi potrzeby regionalizacji polityki zdrowotnej a jedynie potrzebę centralnego zarządzania w oparciu o arbitralnie przyjęte kryteria ekonomiczne z pozycji kontrolera i audytora. Kwalifikacja do kategorii jest tylko pretekstem, aby móc dalece ingerować w pracę szpitali, nawet kategorii A. Muszą realizować one plan restrukturyzacji, gdy chcą się ubiegać o środki na inwestycje. Nadzorcy, zarządcy i projektowana agencja nie będą ponosić odpowiedzialności za swoje decyzje, w szczególności w kontekście ekonomicznym. Zarządzanie w oparciu o przesyłane zestawienia, jednakowe dla całego kraju, nie

uwzględniające opinie wojewody, oddziału NFZ, gęstości zaludnienia województwa i jego specyfiki, bez analizy sytuacji w poszczególnych powiatach doprowadzi do błędnych decyzji, które będzie trudno naprawić. Wartości wskaźnika płynności szybkiej są tak dobrane, aby jak najwięcej szpitali było poddanych restrukturyzacji. Wartość 1 wskazuje na nadpłynność finansową, gdyż nie uwzględniono specyfiki płatności za usługi. NFZ płaci w ciągu tygodnia za sprawozdane i zatwierdzone usługi, więc jako graniczną należałoby przyjąć wartość 0,7, ale w tym przypadku więcej podmiotów uzyskałoby kategorię A, co nie było zamiarem projektodawców. W tym miejscu należy im przypomnieć, iż najważniejszym zadaniem szpitala publicznego nie jest maksymalizowanie zysku, czego skutkiem przy pewnym płatniku jest nadpłynność. Projektowana Agencja chciałaby decydować o przeznaczeniu funduszy na inwestycje w ochronie zdrowia z pominięciem wojewodów, oddziałów NFZ, instrumentu IOWISZ (wprowadzonego w poprzedniej kadencji parlamentu) oraz urzędów marszałkowskich. Pozbawia się w ten sposób możliwości kreowania regionalnej polityki rozwoju, co jest sprzeczne z ustawą z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Kłamiwe są stwierdzenia, iż szpitale w szczególności samorządowe są zarządzane przez niewłaściwie dobraną i przygotowaną kadrę. Z racji trudności wynikających z otoczenia biznesowego szpitali życie w krótkim czasie weryfikuje sprawność dyrektora lub prezesa szpitala a organy właścicielskie z rozważą wybierają dyrektorów i bez wahania, w razie konieczności, dokonują zmian. Tych zmian przez zarządców nie dokona tak sprawnie i z dobrym skutkiem Agencja, bo nie ona „skonsumuje” skutki nietrafionej decyzji a ma projektowaną strukturę biurokratyczną, nieskorą do wyętej pracy pod presją czasu, ale organy założycielskie.

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 oraz właściwej wyceny usług, która nie faworyzowałaby niektóre (mniejszość) a utrzymywałaby większość wycen skrajnie nierentownymi. Należałoby odpowiedzieć sobie na pytanie, dlaczego brakuje nam kadr medycznych, dlaczego tak trudno dostać się na większość specjalizacji po ukończeniu studiów medycznych i zdaniu LEK i dlaczego tak długo trwa uzyskanie tytułu specjalisty lekarza, laboranta, fizjoterapeuty, pielęgniarki czy położnej, dlaczego praca w szpitalu dla lekarza specjalisty przestała być atrakcyjna. Dlaczego w ościennych krajach, należących do UE kształcenie jest zdecydowanie prostsze, szybsze i mniej kosztuje kształcących się oraz państwo. Należałoby odpowiedzieć, czy nie należy dofinansować uczelni medycznych, aby kształciły na potrzeby kraju zamiast studentów komercyjnych zza granicy. Należy zreorganizować system kształcenia rezydentów, wykorzystując potencjał szpitali samorządowych, dofinansowując koszty kształcenia i płacąc więcej ich opiekunom, premiując skrócenie okresu rezydentury. Lekarze, którzy kończą specjalizacje powinni być zobowiązani do pracy w szpitalu, który ich wykształcił, ale też faktyczne uzyskiwane wynagrodzenie powinno być atrakcyjne i nie zależeć tak silnie od specjalności, co jest związane z wyceną świadczeń. Szczególnie należy podnieść wyceny w specjalnościach deficytowych tj. choroby wewnętrzne, chirurgia, ginekologia, pediatria. Należy ograniczyć możliwości pracy jednocześnie w podmiotach prywatnych i publicznych. Podmioty prywatne w sektorze położnictwa nie powinny mieć kontraktu z NFZ, gdyż rodzi to wiele patologii, w tym nierówność podmiotów, bo otrzymują dopłaty od pacjentek za poród (

usługi powiązane z porodem), porody zaś przeprowadzane są w trybie planowym za pomocą cesarskiego cięcia, co jest patologią. Spowodowane to jest opłacalnością tego rozwiązania, bo pacjentki są umawiane na określony dzień i godzinę, na który też kontraktuje się personel, tym samym nie ma potrzeby pracować w systemie dyżurowym a w razie konieczności przewozi się pacjentki do szpitali publicznych. Przed przyjęciem dokonuje się selekcji pacjentek, aby porody przebiegały bezproblemowo. Podobna sytuacja zachodzi w szpitalach prywatnych dokonujących zabiegów chirurgicznych.

Zdefiniowanie roli szpitali w systemie ochrony zdrowia w kontekście innych świadczeniodawców systemu opieki zdrowotnej, zwiększenie dostępności kadr medycznych, szczególnie na potrzeby powiatów oraz poprawienie i bieżące podnoszenie wyceny usług medycznych w związku z czynnikami cenotwórczymi, regionalizacja analizy potrzeb na hospitalizację, ocena jakości usług na podstawie procesu akredytacji szpitali muszą być uwzględnione w systemie ocen efektywności zarządzania szpitalami.

Analizując zapisy projektu ustawy uprawnione jest stwierdzenie, iż naczelnym celem projektu jest stworzenie Agencji, podmiotu, który ma arbitralnie zarządzać szpitalami poprzez wątpliwej jakości kadre, co można stwierdzić analizując wymagania w stosunku do pracowników Agencji, którzy mieliby być nadzorcą, każdy w kilku szpitalach. Symptomatycznym jest, że spod oceny są wyłączone szpitale kliniczne i resortowe oraz prywatne, korzystające z finansowania publicznego (poprzez NFZ). Także sam prezes nie musiałby mieć specjalnego przygotowania, w szczególności doświadczenia w zarządzaniu podmiotami szpitalnymi. Miałoby być tak: osoby o niskim przygotowaniu miałyby nadzorować i narzucać rozwiązania zarządzającym szpitalami, którzy z kolei posiadaliby wg ustawy wysokie kompetencje zawodowe. Prawdopodobnie lobbing niektórych wyższych uczelni wprowadził do zapisów wymóg posiadania dyplomu MBA w ochronie zdrowia, uzyskany na uczelni kategorii, co najmniej B w trakcie trzyletnich studiów podyplomowych. Należy zadać pytanie, dlaczego nie uwzględniono studiów dwuletnich zarówno MBA oraz kierunku zarządzania w ochronie zdrowia, nie uwzględniono studiów na uczelniach zawodowych? Wielu zarządzających i pracowników szpitali posiada ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie w służbie zdrowia i ich kwalifikacje nie będą uznawane. Zakłada się ponadto, iż dotychczasowi zarządzający szpitalami utracą formalną zdolność zarządzania szpitalem z dniem 30. czerwca 2024 r., mimo wygrania konkursu z dłuższym terminem zakończenia kontraktu. Jest to niewłaściwe, bo mają oni prawa nabyte a ponadto grozi to rozwiązanie koniecznością rozpisania wielu konkursów na zarządzanie szpitalami w tym samym czasie. Pracownicy szpitali i zarządzający permanentnie się szkolą, aby być na bieżąco w związku ze zmianami w tym sektorze oraz z prawa pracy, zamówień publicznych i innych dziedzin w zależności od potrzeb czasu i sformalizowanie wymagań służy jedynie napędzeniu słuchaczy do niektórych podmiotów, uznanych przez agencję, bo przecież nie sprecyzowano wymagań, jak ma przebiegać doszkalać permanentne i jego program.

Zgodnie z „Założeńmi reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenie szpitalne” (Warszawa, maj 2021 r.), opracowanymi przez anonimowy zespół i opublikowanymi na stronie Ministerstwa Zdrowia zaleca się, aby Agencja Reformy Szpitali miała formę spółki kapitałowej SA, zarabiającej na swojej działalności wydawniczej i

szkoleniach, natomiast autor projektu ustawy wybiera niezalecaną formę organizacyjną agencji wykonawczej, żyjącej z dotacji budżetowej a więc nieróżniącej się od urzędu. Znacznie taniej byłoby wzmocnić właściwy departament przy ministerstwie i zobowiązać do wykonywania prac analitycznych oraz wydziały społeczne z kompetencjami wykonawczymi przy wojewodach w zakresie polityki zdrowotnej i takie rozwiązanie byłoby właściwe ze względu na skuteczność i trafność podejmowanych działań. Decentralizacja decyzji w oparciu o wytyczne Ministerstwa Zdrowia sprawdza się przecież przy wydawaniu decyzji IOWISZ, weryfikowanych na etapie rozpatrywania wniosku, także przez Oddział NFZ. Przyjęta koncepcja funkcjonowania Agencji wyłącza z procesu decyzji zarówno wojewodę jak i Wojewódzki Oddział NFZ.

Jak wykazuje doświadczenie z gospodarki podejście „audytorskie”, oceniające podmioty ex-post i do tego w skali kraju silnie scentralizowane nie służy wyważonej ocenie podmiotów w przypadku szybko zmieniającego otoczenia, z którym mamy do czynienia. Procedura sądowa zmiany decyzji Agencji jest w naszych warunkach iluzoryczna, bo prędzej nastąpią nie do naprawienia szkody w podmiocie niż zmiana w wyniku wyroku sądu błędnych decyzji Agencji, (Sąd ma być dopiero organizowany).

Podnoszone problemy koncentracji usług, omawiane w uzasadnieniu na przykładzie chirurgii ogólnej oraz położnictwa są analizowane jednostronnie: ze względu na brak dostępności kadry, ilości wykonywanych zabiegów i porodów oraz wynik ekonomiczny, natomiast całkowicie pomija się bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i uwarunkowania regionalne tj. niską populację w powiatach typu ziemskiego, co dotyczy np. województwa podlaskiego oraz niskie wyceny procedur z tych zakresów kontraktowania. Duże, liczne populacyjnie województwa np. mazowieckie i śląskie i ich powiaty bez trudu spełnią sztywne uregulowania ilości porodów, co nie nastąpi w większości powiatów województwa podlaskiego. Dlatego regionalne podejście i zróżnicowanie kryteriów jest konieczne i właściwe. Trudno wyobrazić sobie, że szpital pozostanie bez chirurgii, która jest matką wszystkich specjalności zabiegowych i umożliwi ratowanie życia w nagłym stanie. Powinno się przyjąć schemat, iż w każdym powiecie powinien być szpital posiadający w swej strukturze oddział chorób wewnętrznych i chirurgię oraz dyżurujący całodobowo, co najmniej w tych specjalnościach. Dlaczego miałyby być inaczej, skoro w każdym powiecie jest ZUS, Urząd Skarbowy, komenda policji, straży pożarnej itd. i nikt nie zamierza tego zmieniać, mimo wdrażania usług informatycznych dla ludności, które nie wymagają bezpośredniego kontaktu z petentem. Wskazane dziedziny są źle wycenione i powinno się uwzględnić korektę wycen, wtedy te trudne specjalności będą miały wzięcie u rezydentów i przyszłych specjalistów. Mają one zasadnicze znaczenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego. Należy też przyjąć w części wynagrodzenie ryczałtowe za gotowość (dyżury), gdyż w czasie dyżurów nie należy oczekiwać masowych przyjęć pacjentów, którzy będą wymagali zajęcia się „na ostro”. Małe obciążenie oddziałów położniczych i dziecięcych wynika z niskiej dzietności rodzin, co nie jest zawinione przez szpitale. W związku z likwidacją niektórych oddziałów, przy zapewnieniu sensownego poziomu zabezpieczenia tych usług w najbliższej okolicy (sąsiednim powiecie) należy w to miejsce jednocześnie proponować inne właściwie wycenione zakresy, bo w innym przypadku ubytek usług spowoduje obciążenie kosztami laboratorium, diagnostyki, bloku operacyjnego, OAIIT, innych komórek pomocniczych, ogólnymi pozostałe oddziały a więc zmaleje rentowność szpitala

wbrew założeniom przyświecającym potrzebom zmian (obniżenie kosztów i zahamowanie zadłużania szpitali). Należy zapewnić fundusze na przebudowę pomieszczeń i wyposażenie. Patrzenie przez autora ustawy z perspektywy aglomeracji warszawskiej czy śląskiej jest niewłaściwe, gdyż mają one inne problemy organizacyjne niż powiaty ziemskie, dlatego potrzebna jest regionalizacja, którą można sterować dając większe kompetencje wojewodom i oddziałom NFZ. Na marginesie uzasadnienia do projektu należy zauważyć, iż posiadanie oddziałów: ginekologicznego, dziecięcego, chirurgicznego oraz chorób wewnętrznych zostało wymuszone na szpitalach, jako warunek uwzględnienia w sieci szpitali i nie jest jakimś widzimisię dyrektorów ani władz samorządowych. Szpitale musiały w związku z tym opracować programy restrukturyzacji i dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań, o których mowa w art. 207. ust 2 ustawy o działalności leczniczej i Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wymusił ich realizację.

Propozycje zawarte w projekcie, przedstawione na konwencji marszałków spotkały się ze zdecydowanym brakiem akceptacji wszystkich województw. Podobnie Komisja ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Związku Województw RP wyraziła w stanowisku z dnia 25. stycznia 2022 r. brak akceptacji dla projektu. W trakcie opracowania projektu nie nastąpiła konsultacja propozycji z praktykami w zakresie zarządzania szpitalami a przeciwnie jej unikano, czemu sprzyjała pandemia. Konsultacja z praktykami pozwoliłaby na wskazanie najbardziej potrzebnych zmian, o największej wadze dla kondycji ekonomicznej podmiotów oraz organizacji usług. Czas pandemii nie jest właściwy do przeprowadzania tak daleko idących zmian organizacyjnych.

W obecnej postaci projekt powinien być wycofany, bo muszą nastąpić radykalne zmiany w jego koncepcji, których nie można nanieść w trakcie prac legislacyjnych.

PRZEWODNICZĄCY SEJMIKU


Bogusław Dębski