

ZARZĄD

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Tadeusz Chrzan
POWIAT JAROSŁAWSKI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁANCUCKI

Krzysztof Maćkiewicz
POWIAT WĄBRZESKI

Marian Niemirski
POWIAT PRZYSUSKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Mirosław Czaplą
POWIAT MALBORSKI

Jarosław Dudkowiak
POWIAT GŁOGOWSKI

Ewa Janczar
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Józef Matysiak
POWIAT RAWSKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Wojciech Pałka
POWIAT KRAKOWSKI

Andrzej Potępa
POWIAT BRZESKI

Joanna Potocka-Rak
POWIAT CIECHANOWSKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

Tomasz Tamborski
POWIAT KOŁOBRZESKI

Małgorzata Tudaj
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Mirosław Walicki
POWIAT GARWOLIŃSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Józef Swaczyna
POWIAT STRZELECKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

CZŁONKOWIE

Zdzisław Brezdeń
POWIAT OŁAWSKI

Andrzej Ciolek
POWIAT GOŁDAPSKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHEŁMIŃSKI

Krzysztof Nosal
POWIAT KALISKI

Andrzej Opala
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

Waldemar Trelka
POWIAT RADOMSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or.A.0531/183/22

Warszawa, 29 czerwca 2022 roku

Szanowny Pan

prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna

Przewodniczący Rady do spraw Ochrony Zdrowia
Narodowej Rady Rozwoju

Szanowny Panie Przewodniczący,

w nawiązaniu do posiedzenia Rady z 22 czerwca 2022 r. przekazuję na piśmie stanowisko dotyczące projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, zaprezentowane ustnie przez Pana Jana Grabkowskiego – Starostę Poznańskiego i Wiceprezesa Zarządu Związku Powiatów Polskich.

Strona samorządowa Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego negatywnie zaopiniowała przedłożony przez Ministra Zdrowia projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa.

85% szpitali publicznych w Polsce prowadzonych jest przez samorządy, w tym 52% przez powiaty i miasta na prawach powiatu. Sektor ochrony zdrowia jest dla samorządów szczególnie ważny. Niestety, na etapie tworzenia założeń ustawy, a później samego projektu w zespołach powołanych w tym celu przez Ministra Zdrowia nie znalazł się ani jeden przedstawiciel jednostek samorządu terytorialnego czy szpitali samorządowych. Być może gdyby głos podmiotów właścicielskich na wcześniejszym etapie prac legislacyjnych był słuchany, dzisiaj przedmiotem debaty byłby zupełnie inny projekt ustawy.

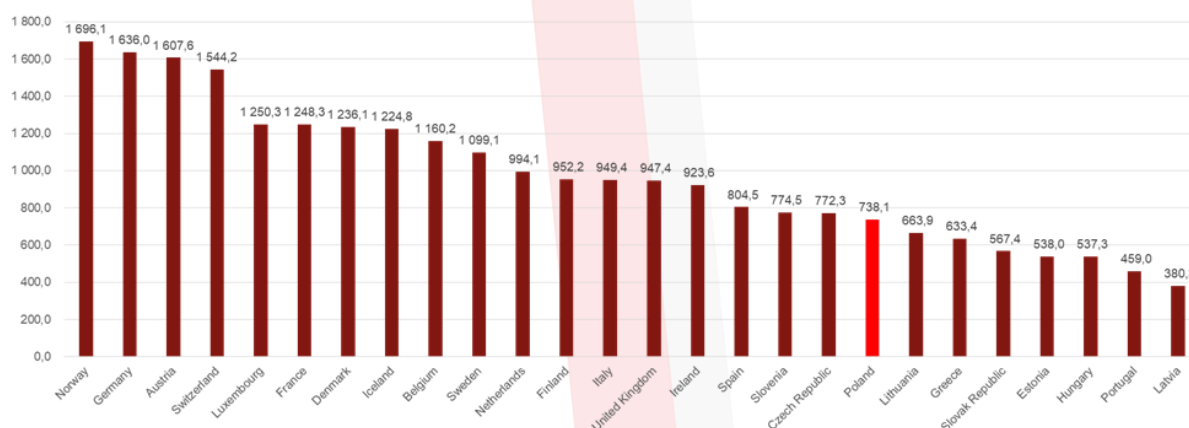
Projekt w wersji z 9 maja 2022 r., tak naprawdę w niewielkim zakresie różni się od projektu z grudnia 2021 r. W większości uwzględniono tylko poprawki redakcyjne czy stylistyczne ale w zasadniczych kwestiach projekt się nie zmienił, a w niektórych aspektach wprowadzone korekty są nie do zaakceptowania. W raporcie z konsultacji publicznych opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia przy wielu uwagach pojawia się informacja, że uwagi zostały uwzględnione lub częściowo uwzględnione, niemniej jednak sposób ich „uwzględnienia” stoi w sprzeczności z intencją podmiotów, które zgłosiły zastrzeżenia albo ma charakter wyłącznie pozorny.

Przyczyn wydania przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego opinii negatywnej było wiele.

Zasadnicze zastrzeżenia dotyczyły następujących kwestii:

1. W projekcie nie przewidziano żadnych rozwiązań systemowych, które realnie mogłyby wpłynąć na rozwiązanie problemów z jakimi boryka się ochrona zdrowia. Na pewno remedium na problemy systemowe nie jest stworzenie kolejnej rządowej agencji. Warto w tym miejscu nadmienić, że pomimo nominalnego wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia, nakłady te nadal są jednymi z najniższych w Europie. Również leczenie szpitalne w Polsce jest finansowane na niższym poziomie niż w innych rozwiniętych państwach europejskich. W Ocenie Skutków Regulacji do projektu wątek ten jest niemal całkowicie pomijany. Poniżej prezentujemy jak wygląda sytuacja w Polsce na tle innych państw europejskich – członków OECD. Co ważne, poniższe dane nie są prezentowane w ujęciu nominalnym, ale uwzględniają siłę nabywczą pieniądza w poszczególnych państwach.

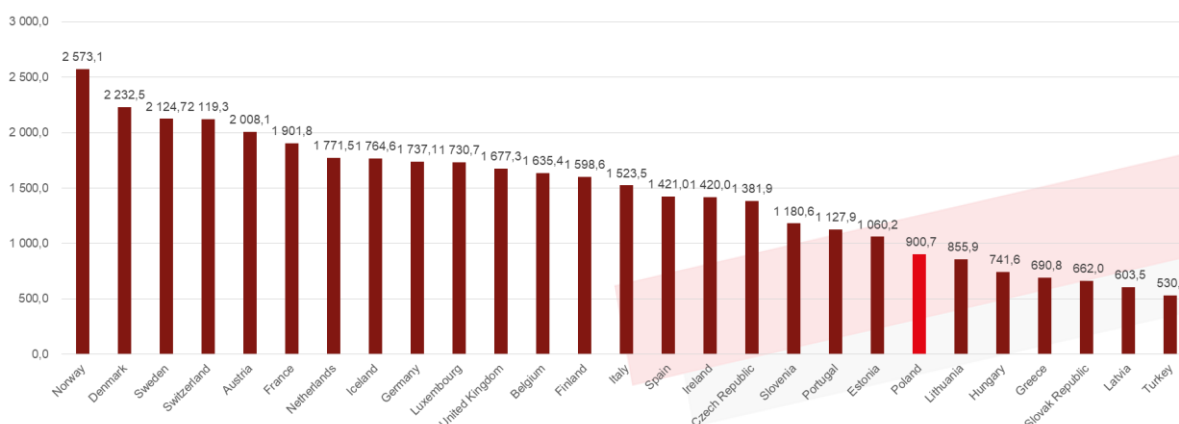
Wykres: Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w cenach bieżących z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza w 2019 r. w państwach OECD – leczenie stacjonarne i rehabilitacja (w\$)



Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Statistics

Również potencjał podmiotów szpitalnych jako dostawców innych niż szpitalne usług w ochronie zdrowia nie jest wykorzystywany w sposób optymalny. Wejście w życie opiniowanego projektu ustawy, potencjał ten jeszcze bardziej ograniczy.

Wykres: Nakłady publiczne na ochronę w cenach bieżących z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza w państwach OECD – dostawca usług – szpitale (w \$)



Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Statistics

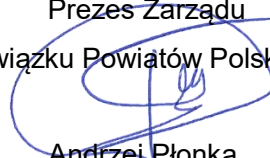
Przy analizie powyższych danych warto zwrócić uwagę, na finansowanie szpitali w Danii, która – co warto przypomnieć - była przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia wielokrotnie podawana jako przykład udanej reformy szpitalnictwa, czy Francji której doświadczenia z powołaniem korpusu menadżerskiego do zarządzania szpitalami wykorzystano w projektowanych przepisach dotyczących wymogów dla kierowników podmiotów szpitalnych. W obu tych państwach środki jakimi dysponują szpitale są – z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza - przeszło 2-krotnie większe niż w Polsce.

2. W projekcie nie dotknięto innych elementów systemu – funkcjonowania POZ czy AOS, a to przecież od tego jak te elementy ochrony zdrowia funkcjonują, zależy ile pacjentów i w jakim stanie zdrowotnym trafi do szpitali. Nie dotyczy braku zapłaty za nadwykonania w ryczałcie – chociaż każdy szpital ma prawny i moralny obowiązek ratowania życia i zdrowia nieważne czy przekroczył ryczałt, czy nie i wielu innych aspektów, które mają wpływ na koszty funkcjonowania szpitali. Brak systemowego uporządkowania sytuacji w ochronie zdrowia i wprowadzanie kolejnego aktu prawnego tylko pogłębi chaos prawny i zjawisko przeregulowania systemu.
3. Wspomniana Agencja Rozwoju Szpitalnictwa będzie miała bardzo szerokie uprawnienia nie tylko nadzorcze, ale wręcz zarządcze. Dla przykładu ogromne wątpliwości budzi art. 32, który będzie obejmował szpitale zakwalifikowane do kategorii A lub B (tj. szpitale, wobec których nie będzie prowadzone postępowanie restrukturyzacyjne). Agencja poprzez instrument oceny programów rozwojowych będzie decydować o tym, czy NFZ z danym szpitalem ma rozwiązać umowę na określony zakres świadczeń. Opinia Agencji będzie wiążąca dla płatnika. Nie będzie wymagała uzasadnienia, nie przewidziano żadnej drogi odwoławczej ani żadnej drogi sądowej umożliwiającej szpitalowi bądź podmiotowi właścicielskiemu kwestionowanie opinii Agencji. Przepis ten w sposób oczywisty narusza art. 45 Konstytucji (prawo do Sądu) oraz art. 166 ust. 1 Konstytucji (zdolność jednostki samorządu terytorialnego do zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej).

4. Agencja nie będzie ponosiła żadnej odpowiedzialności ani za skutki wydanych opinii o planach rozwojowych i planach naprawczo-rozwojowych, ani za decyzje nadzorców i zarządców. Przy czym mówimy o działalności, która z założenia – w przypadku szpitali publicznych nie jest i nie może być prowadzona jedynie w celach zarobkowych. Nadrzędnym celem jest zapewnienie mieszkańcom bezpieczeństwa zdrowotnego. Tymczasem projekt – pomimo pozornego odwołania się w art. 3 projektu ustawy do potrzeb zdrowotnych czy potrzeby zapewnienia równego dostępu do świadczeń, w rzeczywistości koncentruje się na elementach ekonomicznych, poprzez przyjęcie czterech wskaźników definiujących kondycję finansową szpitala. W projekcie ustawy nie ma żadnych realnych gwarancji zabezpieczających realizację praw pacjenta wynikających z art. 68 Konstytucji, w szczególności zagwarantowania prawa równego dostępu do świadczeń. W projekcie przewidziano rozwiązania stanowiące wyłom w dotychczasowej praktyce ochrony majątku jakim dysponują szpitale publiczne. Majątku, który był budowany przez ostatnie kilkadziesiąt lat i który ma zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne, również w sytuacjach kryzysowych.
5. Projekt w sposób oczywisty narusza zasadę przyzwoitej legislacji. Projekt zawiera wiele nieostrych sformułowań, które w praktyce będą dawały furtkę do uznaniowego podejmowania decyzji w odniesieniu do poszczególnych szpitali. Dla przykładu wszelkie decyzje mają być podejmowane z uwzględnieniem dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Pojęcie to nie jest jednak zdefiniowane w sposób, który dawałby możliwość podejmowania decyzji i organizacji systemu ochrony zdrowia na danym obszarze. Źródłem takiej wiedzy nie jest ani krajowa mapa potrzeb zdrowotnych, ani wojewódzkie plany transformacji. Budowa oraz poziom ogólności tych dokumentów nie pozwalają na podejmowanie decyzji, o tym jaka powinna być struktura organizacyjna danego szpitala na danym obszarze tak, żeby potrzebom zdrowotnym rzeczywiście odpowiadał. Ponadto dokumenty te są wewnętrznymi dokumentami Ministra Zdrowia i wojewodów, nie są i nie mogą być źródłem powszechnie obowiązującego prawa. Tryb ich opracowywania i pośpiech w jakim powstawały, też budzi wątpliwości co do możliwości praktycznego ich wykorzystania.
6. W kontekście braku odpowiedzialności Agencji za podejmowane działania, zdumienie budzi fakt, że wymogi jakie stawiane są nadzorcom, których ma zatrudniać Agencja, są zdecydowanie niższe niż te stawiane kierownikom podmiotów leczniczych. Tutaj poza kwestiami prawnymi warto zaznaczyć, że jednym ze skutków procedowania projektu jest masowe zapisywanie się osób pracujących w sektorze zdrowia na studia MBA. Jednak w warunkach w jakich dzisiaj pracują dyrektorzy szpitali, ciągłej niepewności finansowej, braku właściwej wyceny świadczeń, ciągłych zmian legislacyjnych – nawet zaawansowane studia z obszaru zarządzania nie będą stanowiły realnej wartości dodanej.
7. Wreszcie projekt budzi wątpliwości natury konstytucyjnej w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego. W projekcie rola samorządów jako podmiotów właścicielskich została sprowadzona do roli obserwatora w zakresie podejmowania istotnych decyzji zarządczych

dotyczących samorządowych podmiotów szpitalnych ale przy pozostawieniu odpowiedzialności finansowej, w przypadku gdy decyzje podejmowane przez Agencję doprowadzą do dalszego pogorszenia sytuacji finansowej podmiotu leczniczego. Na ten aspekt zwracały uwagę nie tylko samorządy. W opinii do projektu ustawy jaką Sąd Najwyższy przekazał do Ministerstwa Zdrowia, można przeczytać *„Dokonuje się istotnej zmiany podstaw funkcjonowania szpitali bez jednoczesnego, generalnego uporządkowania prawnej infrastruktury rynku medycznego. ARS miałyby przejąć pewne zadania właścicielskie, nie będąc podmiotem tworzącym szpitale, co może godzić w samodzielność realizacji zadań jednostek samorządu terytorialnego, będących najważniejszym elementem zbioru organów założycielskich podmiotów leczniczych w Polsce.”*.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Andrzej Płonka