

Stanowisko nr 6/22
Sejmiku Województwa Mazowieckiego
z dnia 25 stycznia 2022 r.

w sprawie wpływu projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w tym działalność podmiotów szpitalnych

Sejmik Województwa Mazowieckiego wyraża głębokie zaniepokojenie konsekwencjami jakie dla sytuacji w ochronie zdrowia oraz dla podmiotów szpitalnych nieść będą postanowienia wynikające z przygotowanego przez Ministra Zdrowia projektu z dnia 29 grudnia 2021 r. *ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa*.

Dlatego też Sejmik Województwa Mazowieckiego apeluje o podjęcie dyskusji nad proponowanymi zmianami, a następnie uwzględnienie rekomendacji i uwag podmiotów szpitalnych oraz podmiotów sprawujących nad nimi nadzór zakładających konieczność:

- 1) **rzeczywistego wykonania przez projektodawcę wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17, poprzez zapewnienie wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych oraz wprowadzenie mechanizmów waloryzujących wartości kontraktów szpitali publicznych o realne wzrosty kosztów;**
- 2) **pilnego przyjęcia kolejnej reformy podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, skutkującej stabilizacją systemu finansowania, poprawą dostępności do świadczeń i umożliwiającą rozwój szpitalnictwa;**
- 3) **dokonania rzeczywistej wyceny przez publicznego płatnika świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniającej rosnące koszty związane z prowadzeniem działalności leczniczej;**
- 4) **wprowadzenia mechanizmu wspierającego restrukturyzację zobowiązań podmiotów szpitalnych z uwagi na niedofinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zapewnieniu rzeczywistego wpływu na tworzenie i wdrażanie planów rozwojowo-naprawczych przez podmioty szpitalne oraz podmioty nadzorujące;**
- 5) **zrewidowanie roli oraz uprawnień Agencji Rozwoju Szpitali z ukierunkowaniem przypisanych jej zadań i kompetencji na działania wspierające restrukturyzację zobowiązań i modernizację podmiotów szpitalnych;**
- 6) **zapewnienia środków finansowych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz mechanizmu gwarantującego (np. w formie promesy) podmiotom szpitalnym źródło pokrycia kosztów związanych z realizacją planów rozwojowo-naprawczych, w tym zmianą rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych (tzw. przeprofilowanie).**

Przewodniczący Sejmiku
Województwa Mazowieckiego

Ludwik Rakowski

Uzasadnienie

Projekt ustawy określa sposób oraz zasady dokonywania oceny i kategoryzacji podmiotów szpitalnych, procedurę tworzenia przez podmiot szpitalny planu rozwojowego oraz planu naprawczo-rozwojowego, w tym przebieg postępowania naprawczo-rozwojowego. Ponadto w projekcie ustawy znalazły się przepisy ustrojowe dotyczące Agencji Rozwoju Szpitali (dalej jako: Agencja, ARS), wymagania jakie powinna spełniać osoba będąca na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego, wprowadzono regulacje dotyczące uproszczonego postępowania restrukturyzacyjnego oraz – kolejną w ostatnich latach - reformę podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Na wstępie Sejmik Województwa Mazowieckiego wskazuje, iż w jego ocenie projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa stanowi - *de facto* po upływie terminu wskazanego w orzeczeniu - próbę realizacji wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17, w którym Trybunał Konstytucyjny uznał przepis art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej za niezgodny z konstytucją, w zakresie w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu województwa świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 ww. ustawy, przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest podmiotem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W związku z powyższym **Sejmik Województwa Mazowieckiego apeluje, aby skupić się obecnie na obiektywnie kluczowej kwestii dla szpitali publicznych jaką jest zapewnienie przychodów adekwatnych do rosnących kosztów. Celem regulacji powinno być wprowadzenie mechanizmów waloryzujących wartości kontraktów szpitali publicznych o realne wzrosty kosztów.** Bez uregulowania strony przychodowej żadna restrukturyzacja nie ma w dłuższej perspektywie szans powodzenia, a tworzenie agencji zajmujących się przymusowym sterowaniem szpitalami stanowi jedynie przykład niegospodarnego wydatkowania pieniędzy publicznych.

Uzasadnienie przyczyn wprowadzenia projektu ustawy

Projektodawca w uzasadnieniu dla konieczności wprowadzenia tak znaczących dla systemu ochrony zdrowia zmian - jako główną przyczynę - wskazał zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego.

W ocenie Sejmiku Województwa Mazowieckiego główną przyczyną wpływającą na zwiększające się co roku zadłużenie podmiotów leczniczych, w tym osiągnięty przez szpitale publiczne poziom zobowiązań, który w 2020 r. osiągnął rekordową wartość w wysokości przeszło 20 mld złotych, **jest obowiązująca od lat, zbyt niska wycena świadczeń zdrowotnych gwarantowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.** W zestawieniu z rosnącymi co roku kosztami stałymi funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym ustawowo regulowanym poziomem wynagrodzeń, proponowana podmiotom leczniczym przez publicznego płatnika zmiana wyceny świadczeń zdrowotnych nie jest w stanie nadążyć za rosnącymi w znacznie szybszym tempie kosztami działalności szpitali, których wysokość uzależniona jest od czynników niezależnych, determinowanych przez zjawiska ekonomiczne, w tym występującą inflację.

Główną przyczyną powodującą zadłużanie się podmiotów szpitalnych jest niedoszacowanie wyceny udzielanych świadczeń zdrowotnych, której zmiany nie nadążają za rosnącymi kosztami działalności leczniczej. Zbyt niska wycena świadczeń zdrowotnych wynika z rosnących w znacznie szybszym tempie kosztów stałych ponoszonych przez podmioty szpitalne takich, jak:

- 1) koszty wynagrodzeń, na których wysokość wpływ ma ustawodawca oraz rynek pracy, mający specyficzny charakter w zakresie zawodów medycznych,
- 2) koszty usług, w tym koszty kontraktów pracowników medycznych,
- 3) koszty energii, wody, materiałów medycznych,
- 4) koszty aparatury medycznej i urządzeń medycznych oraz serwisu,
- 5) inne koszty stałe.

Mimo podejmowanych prób, przedstawiane przez publicznego płatnika propozycje zmiany wyceny udzielanych świadczeń zdrowotnych nie stanowią realnej odpowiedzi na rosnące koszty funkcjonowania podmiotów szpitalnych i występującą inflację.

Cel oraz oczekiwane skutki wprowadzenia zmian

Podstawowym celem realizacji przewidzianych w projekcie ustawy zmian jest wyeliminowanie w podmiotach szpitalnych zjawiska występowania zobowiązań wymagalnych. Na ten cel przewidziano w budżecie państwa środki finansowe, których dysponentem będzie ARS wyposażona w instrumenty finansowe w postaci możliwości udzielania na rzecz podmiotów szpitalnych pożyczek oraz bezzwrotnego wsparcia finansowego. Jednocześnie projektodawca pominął problem występowania zobowiązań niewymagalnych (krótko- i długoterminowych), które generują po stronie szpitali ogromne koszty finansowe związane z obsługą istniejącego długu. Wątpliwości Sejmiku Województwa Mazowieckiego dotyczące proponowanych zmian budzi efektywność przyjętych rozwiązań zakładających oddłużanie podmiotów szpitalnych poprzez spłatę ze środków budżetu państwa zobowiązań wymagalnych, nie zaś wzrost wyceny świadczeń zdrowotnych.

Planowany w Ocenie Skutków Regulacji projektu ustawy (dalej również jako OSR) budżet nie obejmuje wszystkich koniecznych środków do realizacji założonego celu. W oparciu o OSR szacuje się, że deficyt środków finansowych niezbędnych do efektywnego funkcjonowania szpitali publicznych wynosił na koniec I półrocza 2021 r. ok. 9,2 mld zł¹. Projektowana zmiana w ogóle nie zakłada takich środków dla szpitali.

Kwestia ukrytych kosztów reformy jest kluczowa. Jednym z powodów rosnącego zadłużania szpitali zidentyfikowanym przez TK w wyroku z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. akt K 4/17, było pomijanie przez prawodawcę kosztów wprowadzanych regulacji, z czym wiąże się naruszenie wyrażonej w art. 2 Konstytucji RP zasady demokratycznego państwa prawa, a dokładniej: **zarzut stanowienia prawa pozornego, którego pełna realizacja - ze względu na brak środków finansowych na jego stosowanie - jest niemożliwa**. Standard konstytucyjny jest jasny: ustawodawca nie może stanowić przepisów nakładających na zakłady opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych nowe obowiązki (czy też rozszerzających zakres dotychczasowych) bez oszacowania skutków finansowych regulacji i - odpowiednio do tego - zapewnienia środków koniecznych do wdrożenia nowego prawa.

Dodatkowo w Ocenie Skutków Regulacji przewidziane są relatywnie wysokie koszty funkcjonowania samej ARS, które stanowią około 20% wydatków zaplanowanych przez Ministra Zdrowia na wdrożenie reformy. Budżet Agencji to średnio 113,5 mln zł rocznie. Do tego dochodzą roczne koszty utrzymania centralnie zatrudnianych nadzorców szpitali na poziomie ok. 21,8 mln zł w latach 2023-2026. Sam roczny koszt związany z wprowadzaniem projektu ustawy odpowiada więc rocznemu budżetowi średniej wielkości szpitala publicznego.

Z drugiej strony oczywistym jest również, iż mechanizm powstawania zobowiązań związany jest z nieefektywnym systemem wyceny świadczeń. Na liczne problemy związane z tą wyceną wskazała Najwyższa Izba Kontroli w informacji o wynikach kontroli, pn. „Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”².

¹ Ocena Skutków Regulacji projektu z dnia 29 grudnia 2021 r. ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, s. 14.

² Zob. „Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” (dostęp: www.nik.gov.pl, 13.01.2022 r.).

W projekcie ustawy nie uwzględniono ponadto rekompensat związanych z kosztami ponoszonymi przez szpitale w związku z przymusową realizacją planów rozwojowo-naprawczych.

Obserwowane problemy systemu nie zależą od liczby właścicieli podmiotów szpitalnych, lecz zależą od decyzji trzech podmiotów mających decydujący wpływ na kształtowanie sytuacji w systemie ochrony zdrowia, tj. Ministra Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewodów. Wszystkie działania w tym działania lecznicze, ekonomiczne i kadrowe na poziomie szpitali uzależnione są od decyzji ww. podmiotów.

Proponowana reforma prowadzi nadto do centralizacji władzy zarządczej nad podmiotami szpitalnymi, co stoi w sprzeczności z dotychczasowymi zmianami w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia prowadzącymi do regionalizacji świadczeń zdrowotnych i skupianiu się na dążeniu do prawidłowego odczytywania potrzeb zdrowotnych wśród społeczności lokalnej. Nieoczekiwana zmiana kierunku działań prowadzić będzie do odebrania wspólnotom lokalnym prawa do decydowania w przedmiocie realizacji potrzeb zdrowotnych. Natomiast zaproponowane w projekcie ustawy zmiany nie dotyczą konieczności wzrostu obowiązującej wyceny świadczeń zdrowotnych, a nadto w Ocenie Skutków Regulacji w części dotyczącej wpływu proponowanych zmian na sektor finansów publicznych, nie uwzględniono wydatków jakie w celu realizacji projektu ustawy powinien ponosić Narodowy Fundusz Zdrowia.

Trudno sobie wyobrazić, aby w zatwierdzanych przez Prezesa Agencji planach rozwojowo-naprawczych, zgodnie z którymi będzie można wprowadzać zmianę rodzaju świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot szpitalny (tzw. przeprofilowanie), nie byłyby uwzględniane obligatoryjnie w budżecie publicznego płatnika gwarancje na ten cel. Będzie to kolejna – po dotychczas nieudanych – **próba przeprowadzenia reformy ochrony zdrowia bez zasilenia budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia**, który stanowi praktycznie jedyne źródło finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalach publicznych.

Odpowiedzialność podmiotu szpitalnego za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego

Nałożenie na podmiot szpitalny (de facto kierownika lub zarząd) odpowiedzialności za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego w sytuacji, gdy plan opracowywany jest przez nadzorcę, a następnie zatwierdzany przez Prezesa Agencji, budzi głębokie zaniepokojenie Sejmiku Województwa Mazowieckiego. Zgodnie z projektem ustawy, rola kierownika podmiotu szpitalnego sprowadza się jedynie do możliwości zgłoszenia umotywowanych zastrzeżeń do przygotowanego projektu planu rozwojowo-naprawczego, które w przypadku braku uwzględnienia, w żaden sposób nie ograniczają możliwości zatwierdzenia planu przez Prezesa Agencji. Również rola podmiotu nadzorującego podmiot szpitalny sprowadza się jedynie do zaopiniowania planu naprawczego przygotowanego przez nadzorcę. Tym samym, skoro zarówno podmiot szpitalny, jak również podmiot nadzorujący nie mają rzeczywistego wpływu na treść przygotowywanego planu naprawczego, to jak podmiot szpitalny wobec braku odpowiednich narzędzi ma odpowiadać za realizację przygotowanego i zatwierdzonego dokumentu?

Nie mniejsze wątpliwości budzi również brak jasnego uregulowania przez Ministra Zdrowia zasad odpowiedzialności działających w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego nadzorców lub zarządców, na wzór odpowiedzialności jakie ponoszą kierownicy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub członkowie zarządu spółek kapitałowych. **Rola nadzorcy powinna sprowadzać się do weryfikowania prawidłowości realizacji przyjętego planu naprawczego, zaś kierownik podmiotu szpitalnego, jako osoba faktycznie odpowiedzialna za wykonanie przyjętych działań naprawczych, winien pełnić decydującą rolę w procedurze tworzenia, zatwierdzenia i realizacji planu** w postaci wyłącznego i rzeczywistego wpływu na treść proponowanych zmian w podmiocie szpitalnym. Założenie, że działania narzucone w ramach planów będą miały wyłącznie pozytywny wpływ

jest krótkowzroczne. Radykalna ingerencja w działalność szpitala może mieć szereg nieumyślnych następstw w sferze majątkowej (np. utrata finansowania UE, konieczność zwrotu środków publicznych, odszkodowania dla wierzycieli) i leczniczej (obniżenie jakości leczenia, wydłużenie kolejek, szkody medyczne czy zgony pacjentów).

Sytuacja, w której osoba pozbawiona wpływu na kierunek i kształt przyjmowanych działań naprawczych ma ponosić – jak dotychczas – pełną odpowiedzialność za funkcjonowanie jednostki jest niedopuszczalna i wymaga odpowiednich zmian. **Rola kierownika podmiotu szpitalnego w tworzeniu i zatwierdzaniu planu rozwojowo-naprawczego powinna być adekwatna do jego odpowiedzialności.** Podobnie w przypadku uprawnień i roli nadzorca, u którego niewielki zakres ponoszonej odpowiedzialności powinien wyznaczać jego rolę w procedurze tworzenia, zatwierdzania i realizacji działań naprawczych.

Możliwość odwołania kierownika podmiotu szpitalnego

Poważne zastrzeżenia budzą również przypadki pozwalające Prezesowi Agencji w drodze postanowienia, na dokonanie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką, które w ocenie Sejmiku Województwa Mazowieckiego mają charakter ocenny i nie zostały wystarczająco sprecyzowane. Przyjęcie takich regulacji może prowadzić do nadużyć, a tym samym do występowania dowolności przy interpretacji i ocenie przesłanek pozwalających na odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego. Sama zaś procedura dopuszczająca możliwość wniesienia zażalenia na podjęte rozstrzygnięcie do tego samego organu, w znacznym stopniu ogranicza ewentualność uwzględnienia zastrzeżeń podmiotu, który je składa.

Jeszcze dalej idą uprawnienia Prezesa Agencji w przypadku zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką, które czasowo są nieograniczone. W przypadku podmiotu szpitalnego funkcjonującego w formie spółki, Prezes Agencji może w każdym czasie, wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę. Na postanowienia w przedmiocie odwołania kierownika podmiotu szpitalnego oraz odebrania podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, zażalenie nie przysługuje.

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.

Należy pamiętać, że zgodnie z Konstytucją RP samodzielność jednostek samorządu terytorialnego podlega ochronie sądowej (art. 165 ust. 2). Ochronę sądową gwarantuje również Europejska Karta Samorządu Lokalnego (art. 11).

Prawo odwołanego kierownika podmiotu leczniczego do rozpatrzenia sprawy przez sąd również jest umocowane w Konstytucji RP (art. 46 ust 1) i w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Obywatela (art. 6).

Przepis dotyczący braku możliwości wniesienia zażalenia jest wadliwy prawnie. Dodatkowo będzie w praktyce powodował szereg konfliktów, zaś orzecznictwo sądów (polskich czy organizacji międzynarodowych, których Polska jest członkiem) może zakwestionować

wprowadzenie ograniczenia dotyczącego prawa do odwołania, co będzie związane z koniecznością wypłat odszkodowań ze strony Skarbu Państwa.

Wprowadzenie tak istotnych regulacji prawnych rozszerzających katalog przesłanek dopuszczających odwołanie kadry kierowniczej podmiotu szpitalnego, wpłynie z pewnością na wiarygodność jednostki w relacjach gospodarczych z innymi kontrahentami. W wyniku ryzyka związanego z kredytowaniem podmiotu szpitalnego, którego sytuacja zarządcza i majątkowa jest niestabilna, znacznie wzrosną koszty funkcjonowania takich jednostek (koszty dostawy materiałów i usług, koszty pozyskiwania kredytów i pożyczek). W dalszej perspektywie proponowane zmiany spowodują stygmatyzację podmiotów szpitalnych kategorii C i D, sankcjonując tym samym ich trudną sytuację finansowo-ekonomiczną.

Rola Agencji Rozwoju Szpitali

Przygotowany przez Ministra Zdrowia projekt ustawy w niejednoznaczny i niejasny sposób określa rolę Agencji w zakresie finansowania działań uwzględnionych w przyjętych planach rozwojowo-naprawczych.

W konsekwencji proponowanych regulacji Agencja „może” bądź jedynie „zapewnia na zasadach ustalonych w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym” środki finansowe niezbędne do pokrycia kosztów realizacji działań proponowanych w zatwierdzonych planach. Przy tak niejasno brzmiących regulacjach prawnych oraz wobec braku wskazania sytuacji, w których koszty ponoszone przez podmioty szpitalne w związku z realizacją planów miałyby być finansowane ze środków, którymi dysponuje ARS, istnieje uzasadniona obawa, iż organ ten może zawsze odmówić finansowego wsparcia zadań realizowanych przez szpitale.

Sytuacja, w której odpowiedzialność finansową za realizację przyjętego planu ponosi wyłącznie kierownik podmiotu szpitalnego, zaś Agencja – organ zatwierdzający przygotowany dokument – może, ale nie musi pokryć kosztów związanych niejako z narzuconymi działaniami rozwojowo-naprawczymi, może doprowadzić do jeszcze większej zapaści finansowej w podmiotach szpitalnych. Szpitale – na etapie planowanych zmian – nie mają gwarancji, iż koszty związane z ich realizacją zostaną pokryte. Zarówno Agencja, która posiada środki niezbędne do realizacji uwzględnionych w przyjętych planach działań, jak również Narodowy Fundusz Zdrowia, którego nie wyposażono w dodatkowe środki finansowe niezbędne do realizacji proponowanych zmian, nie są zobowiązani, aby zapewnić w kolejnych latach podmiotom szpitalnym gwarancji uzyskania wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji planowanych reform.

Tym samym, w sytuacji zatwierdzenia planu rozwojowo-naprawczego, podmioty szpitalne powinny otrzymywać od Narodowego Funduszu Zdrowia – w przypadku działań zawierających tzw. przeprofilowania rodzaju udzielnych świadczeń oraz od Prezesa Agencji – w przypadku dodatkowych działań inwestycyjnych wymagających wsparcia finansowego, niezbędnych gwarancji i zabezpieczeń finansowych umożliwiających realizację zaplanowanych zadań.

Modyfikacja wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego

Osobnym zagadnieniem, które Sejmik Województwa Mazowieckiego 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, a niżeli 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.

Zasadność odroczenia w czasie wprowadzenia proponowanych zmian

Jak wymieniono na wstępie, przygotowany przez Ministra Zdrowia projekt ustawy wprowadza szereg zmian, obejmujących wiele obszarów związanych z ochroną zdrowia oraz wiele obowiązujących aktów prawnych. Sejmik Województwa Mazowieckiego dostrzegając konieczność realizacji – po uwzględnieniu wyżej wskazanych uwag – proponowanych zmian w ochronie zdrowia, dostrzega obawy dotyczące pośpiechu w ich wprowadzaniu oraz zasadności przyjęcia wszystkich regulacji zawartych w projekcie ustawy. O ile bowiem, sama idea oddłużania podmiotów szpitalnych (przy uwzględnieniu jednoczesnego wzrostu wyceny świadczeń zdrowotnych), jak również reforma podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, są konieczne i natychmiast wyczekiwane, o tyle idea utworzenia Agencji wymaga przeanalizowania kosztów jej funkcjonowania, które stanowią około 20% przewidzianych w budżecie wydatków ogółem. Również przypisanie ARS zadania oraz zaproponowane rozwiązania mają charakter działania pozornego, bez uwzględnienia w budżecie państwa roli płatnika oraz środków finansowych niezbędnych do realizacji wdrażanych planów rozwojowo-naprawczych. Nadmienić jednocześnie należy, iż wprowadzenie zmian ustrojowych dotyczących funkcjonowania Agencji oraz procedur dotyczących realizacji działań naprawczych, których termin obowiązywania przewidziany został dopiero od 2023 r., nie wymaga natychmiastowego działania i daje możliwość wypracowania spójnego i odpowiadającego potrzebom wszystkich środowisk projektu ustawy.

Dostrzegając szereg merytorycznych i wartych do rozważenia uwag przedstawionych w niniejszym stanowisku, Sejmik Województwa Mazowieckiego apeluje do Ministra Zdrowia o uwzględnienie proponowanych postulatów poprzez skupienie się w pierwszej kolejności na idei oddłużania podmiotów szpitalnych, z jednoczesnym zapewnieniem w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowych środków pozwalających na realizację założeń wynikających z przyjmowanych planów rozwojowo-naprawczych. Zaproponowany do konsultacji społecznych projekt ustawy jest nieefektywny z punktu widzenia wydatkowania środków publicznych oraz zbędny mając na uwadze rzeczywiste problemy systemu ochrony zdrowia. Wprowadzenie zmian w proponowanym kształcie spowoduje rozdźwięk w zakresie władztwa oraz odpowiedzialności za funkcjonowanie podmiotu szpitalnego, dezorganizację działalności szpitali, będzie wiązało się z ponoszeniem przez nie ukrytych kosztów, a w konsekwencji również koniecznością nowelizacji przepisów w najbliższym czasie.

Stanowisko kieruje się do:

- Pana Adama Niedzielskiego – Ministra Zdrowia,
- Pana Filipa Nowaka – Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.