

Warszawa, 28 stycznia 2022 r.

CML/0045/01/2022/BO/BR

Pan

Dr n. ekon. Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

Dotyczy: uwag do projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

Szanowny Panie Ministrze,

Pracodawcy RP mieli nadzieję, że doświadczenia wyniesione z pandemii przyczynią się do wdrożenia poważnych zmian w polskim systemie ochrony zdrowia, ponieważ wciąż brakuje skutecznych instrumentów zapewniających dostępność, jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Przy zbyt małych funduszach dystrybuowanych na opiekę zdrowotną, przy braku kadr medycznych – dzisiaj głównym celem podmiotów leczniczych jest walka o przetrwanie. Mamy olbrzymi problem z organizacją opieki zdrowotnej tak, aby była ona dostępna na każdym poziomie, aby nakierowana była na utrzymanie społeczeństwa w zdrowiu, a nie w chorobie, aby gwarantowała jakość i innowacyjność. System opieki zdrowotnej wymaga od lat, a zwłaszcza dzisiaj, nadzwyczajnego potraktowania. **Celem przygotowanych rozwiązań powinna być poprawa sytuacji ekonomicznej i zarządczej szpitali, a tym samym zapewnienie bezpieczeństwa ich funkcjonowania.**

Natomiast z przykrością należy stwierdzić, iż *projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa* całkowicie rozminął się z wcześniejszymi założeniami i oczekiwaniami. To kolejne przepisy, które komplikują funkcjonowanie podmiotów leczniczych i w kolejnej ustawie regulują kwestie ich organizacji, a co gorsze – utrwalają (z pominięciem zasady dobrowolności) istniejącą organizację szpitali, ograniczając się do kontrowersyjnych zmian w zarządzaniu sytuacją finansową podmiotów leczniczych realizujących leczenie szpitalne.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że podstawową ustawą regulującą funkcjonowanie podmiotów leczniczych w Polsce jest *ustawa o działalności leczniczej*. Kolejną ustawą, która reguluje funkcjonowanie szpitali jest *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (regulacje dotyczące tzw. *sieci szpitali*, które omawianym projektem ustawy zostają również zmienione). Do tego dochodzi *projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta*, którego celem jest również poprawa efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych. Te projekty nakładają na szpitale kolejno – obowiązkowy proces autoryzacji (co 5 lat), a do tego w omawianym projekcie obowiązkową ocenę (co 3 lata) i przyznanie określonej kategorii szpitali. Ponadto ustawy te i projekty ustaw definiują organizację szpitali w każdej ustawie niestety inaczej, wprowadzając totalny chaos.

Biorąc pod uwagę liczbę aktów prawnych regulujących lecznictwo szpitalne w Polsce, można pokusić się o stwierdzenie, że proponowany jest niezwykle skomplikowany system regulacji. Ilość wprowadzanych przepisów i wielość nowelizacji odnoszących się do tych samych zakresów niewątpliwie nie buduje ani po stronie pacjentów, ani podmiotów leczniczych poczucia stabilności i przejrzystości prawa. Tworzący regulacje prawne zapominają niestety, że za każdymi nowymi przepisami idą wewnętrzne procesy organizacyjne, które mają na celu dostosowanie się do nadchodzących zmian.

Oczywiście niekwestionowaną potrzebą jest poprawa efektywności szpitali, ich modernizacji oraz sanacji ich sytuacji finansowej. Restrukturyzacja powinna być prowadzona w sposób pozwalający na dostosowanie do istniejących i przewidywanych potrzeb zdrowotnych odpowiedniej populacji, co oznacza konieczność ich wszechstronnego określenia (mapy potrzeb) oraz zsynchronizowania z działalnością innych placówek działających na określonym obszarze. Poza tym działania takie wymagają przeprowadzenia pilotażu – powinny być kształtowane stopniowo, w miarę nabywania doświadczeń i zapewne proces ten nie powinien być obligatoryjny.

Natomiast zaproponowane w przedmiotowej ustawie rozwiązania są nie do przyjęcia. Przepisy nakazujące Narodowemu Funduszowi Zdrowia sfinansowanie działań naprawczych w danym podmiocie są nie do zrealizowania, ponieważ w projekcie nie zawarto żadnych mechanizmów łączących proces naprawczo-rozwojowy z finansowaniem przez NFZ świadczeń, a to byłoby rzeczywistym mechanizmem motywującym do zmian i rozwoju (a nie

obowiązkiem o charakterze stricte administracyjnym). Natomiast zalecenia Agencji w tym zakresie mogą nie zostać uwzględnione w zawierającym kontrakcie z NFZ. Ponadto z żadnych przepisów nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały wzrosnąć, zatem restrukturyzacja w ramach obecnego finansowania szpitali musiałaby polegać na ograniczeniu działalności i wydatków, co skutkowałoby zmniejszeniem liczby personelu, a to przy obecnych brakach kadrowych nie wydaje się być możliwe z uwagi na ryzyko przerwania ciągłości udzielania świadczeń. Niewyobrażalne jest też przy dzisiejszej presji płacowej obniżanie wynagrodzeń.

W ocenie Pracodawców RP warto rozważyć, aby nakłady finansowe dedykowane na stworzenie nowej Agencji mogły zostać przeznaczone na oddłużanie szpitali.

Projekt ustawy zakłada również wprowadzenie do szpitali ministerialnego zarządcy, który miałby podejmować decyzje o losach danego podmiotu. Niestety w projekcie nie ma przepisu, który w takiej sytuacji zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową, a zgodnie z Kodeksem spółek handlowych, jakimi jest część szpitali, zarząd danego szpitala w tej sytuacji ryzykowałby majątkiem za decyzje podejmowane przez kogoś innego. W mniejszym stopniu dotyczy to SPZOZ, ale i tutaj kierownik takiego podmiotu ponosi odpowiedzialność w zakresie naruszenia dyscypliny finansów publicznych – czego autorzy projektu omawianej ustawy zdają się nie zauważać.

Projekt nie jest skorelowany z przepisami innych ustaw, np.:

- 1) autorzy projektu (art. 2 pkt. 11 i nast.) nie uwzględniają tego, że prawa z akcji i udziałów w spółkach Skarbu Państwa (SP) wykonuje przede wszystkim Prezes Rady Ministrów, a minister tylko wtedy gdy Prezes Rady Ministrów wyda stosowane rozporządzenie;
- 2) że w spółkach SP jest coś takiego jak „obowiązek osiągnięcia celów zarządczych”, które wiążą się ze wskaźnikami rentowności, płynności finansowej, efektywności zarządzania lub wypłacalności ustalonymi np.: przez radę nadzorczą dla zarządu spółki – jak one mają się do wskaźników i oceny z art. 27 i nast. projektu ustawy?;
- 3) czy w sprawach przed sądem restrukturyzacyjnym będą miały zastosowanie przepisy ustawy covidowej z dnia 2 marca 2020 r., szczególnie art. 15zszs (1) ust. 1 pkt. 4 oraz ust. 2-4;
- 4) nie wiadomo jakie skutki w zakresie przepisów prawa pracy ma zmiana kierownika podmiotu szpitalnego (art. 77 i nast. projektu ustawy) – rozwiązanie stosunku pracy

bez wypowiedzenia/za wypowiedzeniem/wypowiedzenie zmieniające? Co w sytuacji kiedy kierownik podmiotu szpitalnego pozostaje w stosunku służby albo korzysta ze szczególnej ochrony np.: w wieku przedemerytalnym, jest w ciąży albo na mocy przepisów szczególnych (np.: regulacje dotyczące związków zawodowych)?

- 5) jak się ma art. 86 ust. 4 projektu ustawy do przepisów o finansach publicznych? Jaka jest forma „zapewnienia” środków finansowych – dotacja? Jeśli tak, to jaka? Przy regulacji, że rozliczenie dotacji jest roczne – potem następuje zwrot środków – jak się to ma do realizacji układu, który zwykle jest wieloletni?

Poza tym rodzą się kolejne pytania na kogo jest nałożony obowiązek z art. 3 projektu? Przecież wizja dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do dokumentów wymienionych w tym przepisie może być różna u podmiotu nadzorującego, podmiotu szpitalnego oraz Agencji.

Co to znaczy, że podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza, albo komisja rewizyjna, w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych. To jest de facto tylko możliwość żądania informacji/wyjaśnień lub wszczęcie kontroli (o ile są spełnione przesłanki). Czy to zdaniem autorów projektu jest wystarczające do monitorowania realizacji planu rozwojowego?

Kolejne kontrowersje wzbudzają kwestie odpowiedzialności za długi szpitali publicznych podczas ich likwidacji. Obecne przepisy w *ustawie o działalności leczniczej* (art. 61) wskazują, że przy likwidacji podmiotu, jego zobowiązania i należności przechodzą na podmiot tworzący. Natomiast w *projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa*, w przepisach zmieniających, pojawia się modyfikacja ww. przepisu, która dzieli podmioty na:

- „niebędące podmiotem szpitalnym” – w tym zakresie powyższy przepis nie ulega zmianie,
- „będącego podmiotem szpitalnym” – w stosunku do tych podmiotów jest mowa tylko o należnościach (projektowany art. 61 ust. 2 *ustawy o działalności leczniczej*: „2. Należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego podmiotem szpitalnym pozostałe po jego likwidacji stają się należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej,

albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia”). **Po lekturze tych przepisów można odnieść wrażenie, że jest to pewnego rodzaju zachęta do likwidacji szpitali, celem pozbycia się wszystkich wierzytelności szpitala i równoległe założenie nowego szpitala. W ten sposób stracą wszyscy dostawcy i podwykonawcy szpitali, którzy mają niezapłacone faktury. Kontrahenci zostaną pozbawieni źródła zaspokojenia, a to pogarsza sytuację kontrahentów szpitala w przypadku umów zawartych przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy. Dodatkowo wprowadza się w przepisach zmieniających postępowanie restrukturyzacyjne dla szpitali (w ustawie *prawo restrukturyzacyjne*), które ma zachęcać do oficjalnej restrukturyzacji zadłużenia, czego skutkiem będzie umorzenie części zobowiązań szpitali, kosztem ich dostawców usług (często małe i średnie lokalne firmy, które obsługują szpitale w różnych zakresach, dla których umorzenie nawet części zobowiązań szpitali, może oznaczać widmo bankructwa). W naszej ocenie nieuzasadnionym prawnie oraz społecznie jest, aby koszty niewystarczającego finansowania szpitali z powodu nieadekwatnych wycen świadczeń przerzucać na przedsiębiorstwa współpracujące ze szpitalami. Wyceny świadczeń zdrowotnych i poziom finansowania szpitali są pośrednio zależne od decyzji rządu, dlatego nie występuje w tym zakresie „rynkowe ryzyko gospodarcze”. Na dzisiaj wyceny te nie uwzględniają aktualnej inflacji, skokowego wzrostu wynagrodzeń i dalszej presji płacowej, skokowego wzrostu cen gazu, energii, wywozu śmieci i wielu innych usług, co powoduje pogłębianie się strat szpitali. Ponadto od wielu lat wyceny taryf są nieaktualizowane, co w ocenie Pracodawców RP jest pierwotną przyczyną zwiększających się problemów z zadłużeniem i płynnością finansową polskich szpitali.**

Podsumowując – rozwiązania zawarte w projektowanej ustawie dot. oddłużenia szpitali częściowo kosztem prywatnych przedsiębiorstw, które dostarczają usługi, produkty, sprzęty, leki do szpitali, poprzez redukcję czy też umorzenie zadłużenia w procesie restrukturyzacji albo w skrajnych przypadkach – poprzez likwidację – są nie do przyjęcia, a poza tym wydają się być niekonstytucyjne.

Wymaganie z art. 39 ust. 1 pkt. 1 lit. h projektu ustawy (posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia) jest zbyt niskie – biorąc pod uwagę zadania i zakres odpowiedzialności nadzorcy. Z kolei z art. 39 ust. 2 pkt. 7 projektu wynika, że nadzorcą nie może być osoba, która kiedykolwiek była członkiem organu, współnikiem,

prokurentem lub pełnomocnikiem danego podmiotu szpitalnego. W żądanej ustawie nie ma tak drastycznego ograniczenia. Prosimy rozważyć maksymalnie ostatnie 5 lat.

Nie do przyjęcia są również propozycje wprowadzające nowe wymogi dla kierujących szpitalami – to działanie niezwykle demotywujące aktualne kierownictwo każdego szpitala i niesprawiedliwie traktujące uczelnie realizujące studia MBA oraz menedżerów pracujących w ochronie zdrowia po ukończeniu w latach wcześniejszych Programu MBA.

Rozwiązania zawarte w art. 120 i 122 projektowanej ustawy prowadzą do niekorzystnych zmian na rynku szkoleń oraz przyczyniają się do zaprzepaszczenia pracy i doświadczenia setek menedżerów pracujących w ochronie zdrowia, w tym zablokowania lub ograniczenia prowadzenia Programów MBA przez podmioty prywatne (z uwagi na to, że większość podmiotów prywatnych to uczelnie zawodowe, fundacje i firmy szkoleniowe), odejście od idei praktyki biznesowej i aktywnego nauczania warsztatowego menedżerów i przejście w kierunku akademickości. Wprowadzenie wymogu dotyczącego profilowanego branżowo MBA dokonane zostało z całkowitym pominięciem istotnych nakładów finansowych oraz wysiłku związanego z ukończeniem MBA (nieprofilowanego), a włożonego przez osoby zatrudnione w sektorze zdrowia, podnoszące kwalifikacje zawodowe, bazując na obowiązującym dotychczas stanie prawnym. Tymczasem menedżerowie pracujący w ochronie zdrowia, po ukończeniu w latach wcześniejszych Programu MBA o charakterze skierowanym do całej kadry menedżerskiej, posiadają niezbędne doświadczenie i wiedzę do zarządzania. Nieuczciwym byłoby również pozbawienie możliwości kierowania podmiotem szpitalnym osób, które są w trakcie realizacji programu MBA o charakterze ogólnym, a nawet profilowanym, który najczęściej w pełnym wydaniu trwa dwa lata. Wiele osób rozpoczęło naukę w 2020 lub 2021 r. i są na początku lub w trakcie procesu nauczania. Naukę rozpoczęło m.in. w formule programu (nie studia), na uczelniach zawodowych, zagranicznych. Ustawodawca, projektując przepisy, powinien uwzględniać istniejące realia, sam proces nauki oraz skutki ekonomiczne – zarówno dla absolwentów, jak i dla podmiotów uczących. Należy również uwzględnić samą ideę i charakter nauki ukierunkowany na praktykę, a nie na akademicki/badawczy proces nauczania.

Podsumowując powyższe, w ocenie pracodawców RP, zaproponowane w *projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa* rozwiązania nie budują ani po stronie podmiotów leczniczych, personelu medycznego i menadżerów, ani po stronie kontrahentów

szpitali poczucia bezpieczeństwa, a to przekłada się niestety na brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego nas wszystkich. Pracodawcy RP liczą, że ostateczna wersja projektu, przed skierowaniem do prac w Sejmie, zostanie wypracowana w formule jak najpełniejszego dialogu publicznego, ponieważ organizacja systemu i bezpieczeństwo pacjentów są sprawami kluczowymi dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Członek Rady Pracodawców RP



Dr Andrzej Mądrała