

Sz. P. **Adam Niedzielski**  
Minister Zdrowia

drogą elektroniczną: [depdn@mz.gov.pl](mailto:depdn@mz.gov.pl), [dep-dn@mz.gov.pl](mailto:dep-dn@mz.gov.pl), [kancelaria@mz.gov.pl](mailto:kancelaria@mz.gov.pl)

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo NKF.0210.1.2021.4.RG Polska Federacja Szpitali przesyła uwagi do projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (MiPESz), przygotowane w ramach konsultacji wewnętrznych, w których udział wzięli przedstawiciele szpitali zrzeszonych, a także szpitali i organizacji współpracujących z PFSz.

**Ocena ogólna projektu ustawy o MiPESz przez PFSz jest niestety negatywna - z uwagi na znaczną rozbieżność pomiędzy celami projektu, a zapisanymi w projekcie propozycjami.**

## UZASADNIENIE

### **Modernizacja i poprawa efektywności szpitalnictwa**

Pierwszym tematem projektu przedmiotowej ustawy jest **modernizacja** szpitalnictwa. W zapisach projektu nie znaleźliśmy rozwiązań w sposób istotny przyczyniających się do modernizacji, która polskim szpitalom jest bardzo potrzebna. W szczególności projekt nie zawiera zapisów o wsparciu transformacji energetycznej, cyfryzacji oraz automatyzacji, wprowadzania rozwiązań z obszaru rozszerzonej i sztucznej inteligencji, robotyki medycznej, innowacyjnych metod diagnostyki i terapii, nowoczesnych rozwiązań w obszarze zarządzania kapitałem ludzkim i organizacji szpitali, tworzenia ośrodków zarządzania ruchem pacjentów, opieki koordynowanej i opartej na wyniku leczenia – czyli kluczowych aspektów **modernizacji**.

Drugim tematem przedmiotowej ustawy jest poprawa **efektywności** szpitalnictwa. W zapisach projektu obszar ten traktowany jest instrumentalnie poprzez nacisk na sprawozdawczość, kontrolę i egzaminowanie dyrektorów szpitali, wybiórcze traktowanie uczelni prowadzących studia podyplomowe w obszarze zarządzania przydatne dla dyrektorów szpitali, mikrozarządzanie przez nową Agencję Rozwoju Szpitali (notabene w nazwie mającą wyłącznie rozwój), marginesowe traktowanie opieki koordynowanej oraz opartej o wartość dla pacjenta, kategoryzację szpitali na podstawie arbitralnie wybranych wskaźników o charakterze stricte finansowym, nacisk na redukcję kosztów, propozycje dotyczące kwalifikacji osób nadzorujących szpitale będące w znacznej dysproporcji do wymagań wobec zarządzających szpitalami wraz z zapisami o braku odpowiedzialności tych osób za swoje działania, dewaluacja organów nadzoru i właścicielskich szpitali – czyli zapisów nieprowadzących do poprawy **efektywności**.

### **Ogólna analiza zapisów projektu**

**Pozytywnie oceniamy zadanie Agencji Rozwoju Szpitali dotyczące wsparcia placówek w pozyskiwaniu pieniędzy unijnych.**

Analizując dokument, z żadnego jego przepisu, ani też z Oceny Skutków Regulacji nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały znacząco wzrosnąć. Brak zwiększenia nakładów przy przedłużającej się pandemii i wobec gwałtownego wzrostu kosztów m.in. energii, gazu, leków i wynagrodzeń, pogorszy kondycję finansową szpitali. Przedłużanie zaniżonej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej uniemożliwi szpitalom zakwalifikowanym do kategorii A, B, C utrzymanie danej kategorii, prowadząc w dalszym etapie do obniżenia kategorii, a w konsekwencji przejścia przez Agencję Rozwoju Szpitali zarządzania większością polskich szpitali.

Projekt ustawy **nie uwzględnia wskaźników jakości i efektów leczenia**. Bazuje wyłącznie na wskaźnikach ekonomicznych, co stawia szpitale w roli przedsiębiorstw nastawionych na zysk. Sytuacja taka może skutkować unikaniem przez szpitale wykonywania procedur „nieopłacalnych” generujących najwyższy deficyt i obniżeniem jakości opieki nad pacjentami oraz sprzyjać tzw. kreatywnej księgowości.

Za niekorzystne, a często wręcz destrukcyjne, należy wskazać m.in. zapisy projektu dotyczące **minimalizowania roli organów założycielskich**, określonych w projekcie „podmiotami nadzorującymi”. Projekt odbiera samorządom większość kompetencji, a w szczególności: zarządzanie własnym majątkiem, współdecydowanie w tworzeniu planów rozwojowych i rozwojowo–naprawczych, współdecydowanie o powoływaniu i odwoływaniu czy zmianie kierownika podmiotu, nieuzasadnionej wymiany kierowników podmiotów szpitalnych, błędnego założenia, dotyczącego dofinansowania wyłącznie zadłużonych podmiotów, stosunkowo niskich kompetencji nadzorców i zarządców, braku odpowiedzialności finansowej nadzorców i zarządców za podejmowanie niewłaściwych decyzji, nierównego traktowania podmiotów ministerialnych i samorządowych. Dodatkowo, **projekt podważa zaufanie do uczelni wyższych**, kształcących w naszym kraju menedżerów szpitali oraz nie bierze pod uwagę studiów menedżerskich innych, niż MBA (np. DBA, doktoranckie) w tym także studiów za granicą Polski, nawet w najbardziej renomowanych uczelniach.

**Wątpliwości budzą również terminy kategoryzacji szpitali** (co 3 lata) i kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (co 4 lata) oraz dat obowiązywania regionalnych map potrzeb zdrowotnych (co 5 lat) w kontekście tworzenia i konsekwentnej realizacji planów rozwojowych i naprawczo – rozwojowych.

Za niezrozumiałe i niesprawiedliwe uważamy udzielanie bezzwrotnego wsparcia finansowego wyłącznie podmiotom zadłużonym, które – z różnych przyczyn - nie podejmowały lub nie mogły podejmować skutecznych działań poprawiających kondycję finansową szpitala. Przy tym założeniu szpitale, które stabilną sytuację finansową posiadają dzięki wsparciu samorządów, w wyniku wieloletnich wyrzeczeń lub braku inwestycji z własnych środków itp. zostaną „ukarane” brakiem wsparcia finansowego za dbałość o własny majątek.

Przy akceptacji krytycznej oceny systemu ochrony zdrowia, w szczególności wielości podmiotów właścicielskich szpitali, zapisy dotyczące Agencji Rozwoju Szpitali nie dają gwarancji na znaczącą poprawę sytuacji. **Podstawą reformy powinno być wprowadzenie mechanizmów sprzyjających powstawanie organizacji koordynowanej ochrony zdrowia konkurujących o wartość dla pacjenta**. Takie organizacje, dzięki określonym zachętom ze strony płatnika mogą działać np. w formie konsorcjów, co w efekcie odsunie kwestie własnościowe na drugi plan oraz pozwoli zrealizować cel, jakim powinna być opieka koordynowana obejmująca nie tylko szpitale, ale także innych świadczeniodawców. W ustawie na próżno jednak szukać zapisów dot. koordynowanej ochrony

zdrowia, nie określa ona także zasad współpracy szpitali z POZ i AOS, ZOL i innymi elementami systemu ochrony zdrowia. **Nie można wycinkowo reformować szpitalnictwa.** System ochrony zdrowia to system naczyń połączonych. Ustawa mogła być szansą na rozwój koordynowanej ochrony zdrowia, To jest szansa i jedyna droga na poprawę – nawigatorzy pacjenta, koordynatorzy opieki, ośrodki zarządzania, ciągłość opieki, konsolidacja i efektywna alokacja zasobów, o czym pisaliśmy w uwagach PFSz i Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia do projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

**Modernizacja i poprawa efektywności SZPITALNICTWA w naszym kraju nie może odbywać się bez współpracy ze szpitalami nienależącymi do systemu podstawowego zabezpieczenia, najczęściej o prywatnym modelu własnościowym, choć w wielu przypadkach świadczących usługi finansowane przez płatnika publicznego.** Koncepcja organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, którą proponujemy pozwala na skorzystanie z potencjału tych podmiotów leczniczych oraz dostarczeniu konkretnych wartości dla pacjentów.

**Projekt ustawy traktujemy jako kolejny etap debaty o reformie systemu ochrony zdrowia w naszym kraju po Ogólnopolskiej Debacie Wspólnie dla Zdrowia. Proponujemy powrót do trybu projektowania reform opierającym się o współpracę z kluczowymi uczestnikami na wszystkich etapach.**

Szczegółowe uwagi zostały zamieszczone w załączniku do niniejszego pisma (Dok. PFSz, MIPESZ, *szczegolowe*, 2022.01.29). Uwagi to prosimy potraktować jako próbę pomocy w poprawieniu projektu ustawy mając na względzie wszystkie zastrzeżenia wymienione w niniejszym piśmie przewodnim.

Przesyłamy także prezentację slajdową nt. proponowanych kierunków reform, która została pokazana podczas konferencji prasowej PFSz 28.01.2022 w siedzibie Polskiej Agencji Prasowej (Dok. PFSz, MIPESZ, *kierunki*, 2022.01.28)

Z wyrazami uszanowania,

*Jarosław J. Fedorowski*

**Jarosław J. Fedorowski**  
Prezes Polskiej Federacji Szpitali

e-mail: [biuro@pfsz.org](mailto:biuro@pfsz.org)

Warszawa, 29.01.2022

Dok. PFSz, MZ, MIPESZ, *przewodnie*, 2022.01.29