

Portal Województwa Lubuskiego



Zarząd województwa o reformie systemu ochrony zdrowia



Kategoria - Zdrowie

Data publikacji -25 stycznia 2022 godz. 14:48

Zarząd województwa przyjął stanowisko dotyczące planowanej reformy systemu ochrony zdrowia w oparciu o proponowany projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

W związku z przedstawionym przez Ministra Zdrowia projektem ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, której założenia zakładają wdrożenie systemowych rozwiązań w ochronie zdrowia, Zarząd Województwa Lubuskiego zwraca uwagę na szereg aspektów proponowanych zmian, które budzą duże wątpliwości co do celowości oraz sposobu ich realizacji.

Jak podkreślają przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia na konferencjach prasowych, założenia reformy wskazują między innymi na poprawę koordynacji opieki nad

pacjentem oraz optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa.

Jednakże w planowanej reformie nie uwzględniono żadnych mechanizmów skoordynowanych działań pomiędzy szpitalami, a podstawową opieką zdrowotną lub ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Szpitalnictwo nie działa w oderwaniu od pozostałych elementów systemu ochrony zdrowia. Braki we współpracy uwypukliła w sposób ewidentny trwająca od dwóch lat epidemia wirusa SARS-CoV-2. Podczas epidemii pacjenci, nie mogąc uzyskać szybkiej i skutecznej pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, zgłaszają się do systemu szpitalnictwa (na SOR-y) oraz do nocnej i świątecznej opieki medycznej, blokując tym samym dostęp pacjentom z zagrożeniem życia i zdrowia oraz destabilizując funkcjonowanie szpitali. Powyższe potwierdzają dane Rzecznika Praw Pacjenta, gdzie w ostatnim okresie skargi w większości przypadków dotyczą POZ, a nie szpitali.

W uzasadnieniu do ww. projektu ustawy Ministerstwo, podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój podmiotów szpitalnych uznało, pogarszającą się sytuację finansową, przejawiającą się głównie rosnącym zadłużeniem. Za negatywne czynniki, wskazano również występowanie różnych podmiotów tworzących nadzorujących podmioty na określonym obszarze oraz nie zawsze uzasadniona konkurencja między podmiotami szpitalnymi, utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, czy podwyższonej gotowości, niedoinwestowanie sektora szpitalnictwa, niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności zasoby systemu, czy w końcu brak skoordynowania działań zarządczych, np. w ramach zarządzania kryzysowego, co uwiarygodniły działania w ramach zwalczania epidemii COVID-19.

Przedstawiane przez Ministerstwo Zdrowia powody niewłaściwego funkcjonowania systemu zdrowia należy wiązać bezpośrednio z faktem, iż system jest organizowany na podstawie obowiązujących przepisów prawa (stworzonych przez obecnych ustawodawców) oraz funkcjonuje na bazie zmonopolizowanego źródła finansowania.

Proponowana centralizacja nadzoru, ograniczenie praw podmiotów tworzących oraz zmiana formy zarządzania (wprowadzenie zamiast kierownika podmiotu – nadzorcy lub zarządcy, przedstawiciela szczebla rządowego) – jaką proponuje Ministerstwo nie jest kwestią kluczową poprawy systemu ochrony zdrowia.

Potrzebna jest przede wszystkim głęboka racjonalizacja zasad finansowania, dostosowana do stanu faktycznego – wzrostu inflacji, cen mediów, kosztów leków, wynagrodzeń itd. oraz zmiana organizacji udzielania świadczeń na poziomie ustawodawczym – współpraca i reforma wszystkich szczebli systemu ochrony zdrowia.

Jednym z argumentów zmian przytaczanych przez Ministra Zdrowia jest fakt, iż już obecnie 60% kosztów szpitali to wynagrodzenia personelu. Jednakże należy tutaj przypomnieć ustawodawcom i podkreślić, iż wynagrodzenia w podmiotach leczniczych są kształtowane ogólnie, na mocy ustawy oraz rozporządzeń, bez pełnego ich finansowania z budżetu NFZ, przenosząc koszty na jednostki ochrony zdrowia i nimi zarządzających.

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa zakłada, że dzięki nowym przepisom długi (po realizacji programów restrukturyzacyjnych i naprawczych, które notabene w poprzednich programach oddłużania również były stosowane) mają zostać zredukowane o mniej więcej 3 mld zł. Jednakże zachodzi głęboka obawa, że przy obecnym stanie gospodarki, nie będzie to odczuwalne dla podmiotów medycznych, ze względu na lawinowo rosnący wzrost kosztów – nie tylko energii i gazu, ale i wszystkich usług, w tym również diagnostycznych. Poza tym, należy się spodziewać tej sytuacji, kolejnych żądań płacowych lekarskiego personelu medycznego i niemedycznego, co ponownie negatywnie wpłynie na sytuację finansową podmiotów leczniczych. W proponowanym projekcie ustawy brak przejrzystych narzędzi i kryteriów, które zapewniłyby transparentności procedury oddłużania szpitali.

Zastrzeżenia, w kontekście łamania samorządności terytorialnej i lokalnej, budzą proponowane zmiany w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

Wspomniana powyżej propozycja wprowadzania funkcji nadzorcy w podmiocie – jako ręcznego, scentralizowanego nadzoru poprzez zmianę kierownika podmiotu leczniczego (wybranego na podstawie określonych przepisami kryteriów, w drodze postępowania konkursowego przez podmiot tworzący) oraz nadanie mu uprawnień np. do zbywania mienia podmiotu leczniczego, bez możliwości ingerencji, konsultacji bądź skutecznego sprzeciwu podmiotu tworzącego, jest jawną próbą przejmowania zadań i kompetencji samorządów lokalnych.

W tym samym kontekście należy również odbierać intencje Ministerstwa, które poddając w wątpliwość ustawowe zadania samorządów, określiło nowe kompetencje i wymagania odnośnie do kierowników podmiotów szpitalnych – tj. obowiązek zdawania egzaminów państwowych lub konieczności ukończenia studiów podyplomowych na kierunku MBA (wyłącznie na uczelniach określonych w niniejszej ustawie, bez wskazania co z kierownikami podmiotów, którzy realizują już studia na innych uczelniach), obowiązek doskonalenia zawodowego (w tym zobowiązanie do przedkładania Prezesowi Agencji dokumentów potwierdzających udział w co najmniej dwóch formach kształcenia w roku), obowiązek uzupełnienia brakujących kompetencji i wymagań do przepisów niniejszej ustawy przez kierowników obecnie zarządzających (w terminie do 30.06.2024 r., pod rygorem automatycznego wygaśnięcia trwającego zatrudnienia). Postawione ograniczenia poprzez narzucenie ilości semestrów i uczelni, które dają uprawnienia powoduje dyskryminację osób które posiadają niejednokrotnie ogromne doświadczenie w zarządzaniu podmiotami leczniczymi i podjęły trud podniesienia kwalifikacji na innej uczelni, który jak się może okazać ostatecznie nie pozwoli na uzyskanie dyplomu honorowanego przez ustawę.

W odniesieniu do funkcji nadzorcy ustawa wskazuje, że może to być pracownik Agencji Rozwoju Szpitali lub osoba wpisana na listę prowadzoną przez Prezesa Agencji. O ile kompetencje osób wpisywanych na listę są tożsame w ww. wymaganiach stawianymi kierownikom podmiotów leczniczych, o tyle w odniesieniu do pracowników Agencji, którzy mogą być nadzorcami – jedynym wymaganiem merytorycznym jest „co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze

ochrony zdrowia". Wobec powyższego gdzie należy dopatrywać się podkreślanego przez Ministerstwa „sprofesjonalizowania kadry zarządzającej”. Czy nadzorca, pełniący z założenia obowiązki kierownika podmiotu leczniczego w okresie restrukturyzacji, nie powinien posiadać co najmniej równoważnych, bądź jeszcze większych kompetencji niż kierownik podmiotu? Natomiast w odniesieniu do spółek szpitalnych, gdzie projekt ustawy zakłada możliwość wprowadzenia zarządcy do podmiotu (zamiast zarządzającego wybranego przez właściciela spółki), rodzi się pytanie o dalsze ponoszenie odpowiedzialności Zarządu spółki za zarządzanie podmiotem (zgodnie z przepisami Ksh).

Elementem proponowanych zmian jest powołanie, wspomnianej powyżej, Agencji Rozwoju Szpitali – instytucji w systemie ochrony zdrowia, której zadaniem będzie decydowanie za samorządy lokalne i ręczne sterowanie z poziomu centralnego. Zadania przewidziane dla Agencji mogą być z powodzeniem realizowane przez istniejące instytucje systemu – jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jej funkcjonowanie będzie kosztowało w 2022 r. ponad 24 000 tys. zł, a limit wydatków ustawy okresie kolejnych 10 lat to kwota ponad 5,7 mld zł. Dlatego też Zarząd Województwa Lubuskiego stoi na stanowisku, iż powołanie instytucji nie daje żadnej gwarancji na poprawę funkcjonowania systemu, a jedynie generuje kolejne miejsca zatrudnienia i koszty finansowe. Wprowadzony zostanie kolejny podmiot kontroli szpitali, po organie tworzącym, Urzędzie Wojewódzkim oraz Dyrektorze NFZ, a środków finansowych na leczenie pacjenta szpitale będą posiadały tyle samo.

Podnoszona przez projektodawców ustawy kwestia możliwości poprawy efektywności szpitali poprzez minimalizację dublowania się świadczeniodawców na danym obszarze, likwidacja konkurencyjności oraz maksymalizacja wykorzystania zasobów kadrowych nie jest obiektywnym argumentem dla wprowadzania w życie założeń reformy.

Jednostki samorządów terytorialnych realizują działania oraz nadzór nad podległymi podmiotami leczniczymi w obszarze legislacji narzuconej przez ustawodawcę. Zakresy realizowanych świadczeń podmiotów leczniczych w obszarze szpitalnictwa są rezultatem popytu pacjentów na danego typu świadczenia oraz zapotrzebowania na świadczenie określone w konkursach płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zatem Szpitale realizują świadczenia wynikające z umów zawartych z NFZ, a nie na zasadzie rywalizacji między sobą. Proponowane zamiany, uzasadniane konkurowaniem szpitali w zakresie udzielanych świadczeń oraz kadrą medyczną spowoduje, iż w szpitalach w danym regionie podobne zakresy świadczeń będą likwidowane lub zostanie ograniczona dostępność do tych świadczeń. Jaka jest gwarancja, że przejęcie świadczeń dublujących się przez jeden podmiot zapewni pozostanie kadry medycznej w strefie publicznej, a nie jej odejście do sektora prywatnego? Czy konkurencyjność pomiędzy jednostkami nie ogranicza wolność wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta oraz wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia, w związku ze zmianą w systemie kolejkowym? Zasoby kadrowe, które w opinii Ministerstwa muszą być maksymalnie wykorzystane, należy maksymalnie wesprzeć, zarówno w zakresie zwiększenia ilościowo personelu oraz finansowego.

Reasumując, organy, które prowadzą podmioty lecznicze na szczeblu samorządowym i powiatowym, mają merytoryczną wiedzę w zakresie sytuacji podległych jednostek, potrzeb i uwarunkowań funkcjonowania oraz współdziałania jednostek systemu w regionach. Decydowanie z poziomu centralnego o problemach na szczeblach samorządowych, powiatowych, bez podstawowej wiedzy w zakresie lokalnych potrzeb nie może przynieść wymiernych efektów, o których mowa w uzasadnieniu do projektu powyższej ustawy