

**Stanowisko nr 9/5/2022**  
**stron pracowników, pracodawców i strony samorządowej**  
**Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Katowicach**  
**z dnia 12 września 2022 r.**

**w sprawie**  
**systemu ochrony zdrowia i projektu ustawy o modernizacji szpitalnictwa**

Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego w Katowicach podejmując tematykę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, przeanalizowała rozwiązania proponowane w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa.

W opinii stron WRDS w Katowicach podejmujących przedmiotowe stanowisko wątpliwości budzi adekwatność rozwiązań proponowanych w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa w stosunku do zakładanych celów.

Mimo stosunkowo dobrze zdiagnozowanych problemów jednostek szpitalnych, opisanych w uzasadnieniu projektu ustawy oraz informacji o jej przyczynach i potrzebie wprowadzenia, trudno dostrzec i przewidzieć skuteczność narzędzi postulowanych w projekcie ustawy w rozwiązaniu najistotniejszych problemów szpitalnictwa i systemu ochrony zdrowia. Posługując się terminologią medyczną nasuwają się wątpliwości czy zaaplikowane lekarstwo jest właściwie dobrane i będzie skuteczne w leczeniu choroby trapiącej szpitale i system ochrony zdrowia?

Nie wydaje się bowiem wnosić uzdrawiających/korzystnych rozstrzygnięć do systemu ochrony zdrowia. Oferowane mechanizmy nie przekładają się na rozwiązanie kluczowego problemu braków kadrowych personelu medycznego. Nie zmierzają także w kierunku niwelacji rozdrobnienia systemu ochrony zdrowia. Ustawa, odnosząc się wyłącznie do jednostek szpitalnych, nie uwzględnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej ani Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Nie wiadomo zatem w jaki sposób przewidziane w niej propozycje byłyby skorelowane z funkcjonowaniem pozostałych podstawowych elementów systemu ochrony zdrowia. Natomiast sytuacja finansowa i problem oddłużania szpitali wskazany w uzasadnieniu do ustawy jako najbardziej palący, wydaje się możliwy do rozwiązania w oparciu o już istniejące zapisy prawne bądź przez nowelizację obowiązujących stosownych aktów prawnych. Choć wśród przyczyn opracowania projektu ustawy wymienia się poprawę dostępności usług medycznych, nie łatwo znaleźć odpowiedź na pytanie „gdzie w projekcie przedmiotowej ustawy jest pacjent? Jakie korzyści odniesie pacjent po wprowadzeniu jej w życie? Czy nastąpi poprawa dostępności świadczeń medycznych”?

Słusznym jest dążenie do ograniczenia „wielowładztwa” nie tylko wobec szpitali, ale i w funkcjonowaniu całego systemu ochrony zdrowia, jednak nie wydaje się go wyeliminować powołanie kolejnego podmiotu zarządzającego i nadzorującego pod nazwą Agencji Restrukturyzacji Szpitali. Do zastanowienia pozostaje zasadność powoływania tej instytucji.

Nieuchronne dla osiągnięcia rezultatu sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia jest podjęcie trudu całościowego spojrzenia i kompleksowego podejścia do systemu. Jeśli już rozpatrywanie jego części, to w perspektywie całości. Jeśli podejmowanie naprawy i wzmocnienia jednego z podstawowych jego ogniw – szpitalnictwa, to nie w oderwaniu od pozostałych, jak zakłady Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Podstawowymi mankamentami projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa dostrzeganymi przez strony WRDS w Katowicach podejmujące niniejsze stanowisko są:

- Nieprecyzyjne wskazanie konkretnych źródeł finansowania procesów naprawczych jednostek szpitalnych sklasyfikowanych w oparciu o kryteria finansowe w kategorii C i D;
- Znacząca ingerencja Agencji Rozwoju Szpitali (podmiotu przewidzianego w projekcie ustawy) w kompetencje podmiotu tworzącego zarówno w sferze uprawnień decyzyjnych, zwłaszcza osobowym i kadrowym, jak i o charakterze majątkowym;
- Generowanie nierówności w traktowaniu jednostek szpitalnych przez większą ingerencję w działanie tych szpitali, dla których podmiotami tworzącymi są podmioty inne niż ministrowie, funkcjonującymi jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i spółki kapitałowe;
- Niedostosowanie terminów wejścia w życie ustawy i okresów przejściowych do możliwości szpitali;
- Zasadność powoływania Agencji Rozwoju Szpitali, w kontekście względnie niewielkiej liczby zarządzanych przez nią szpitali potencjalnie mogących znaleźć się kategorii D wprowadzanej w projekcie ustawy. Działalność Agencji w znaczącej mierze miałyby być dedykowana podmiotom z ostatniej, czwartej kategorii. Wedle szacunków sporządzanych przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie wytycznych określonych w projekcie ustawy, czyli wskaźników finansowych i danych ze szpitali za rok 2020, do kategorii D trafiłoby ok. 30 jednostek, co stanowi ok. 5% ogółu podmiotów, do których odnosi się projekt ustawy. Z uwagi na fakt, że dane finansowe szpitali za rok 2021 przedstawiają się korzystniej, to zmniejszeniu powinna ulec liczba szpitali klasyfikowanych w kategorii D. Znajduje to potwierdzenie na przykładzie województwa śląskiego, gdzie z 34 jednostek udzielających świadczeń szpitalnych, dla których podmiotem tworzącym lub jedynym współnikiem jest Województwo, na podstawie wskaźników finansowych za 2021 r. do kategorii D zakwalifikowano by 2 szpitale, podczas gdy na podstawie ww. szacunków ministerstwa Zdrowia za rok 2020 były to 3 jednostki szpitalne. Agencja Rozwoju Szpitali byłaby dedykowana w znaczącym zakresie ok. 30 podmiotom, lub nawet mniejszej ich liczbie, podczas gdy samo tylko Województwo Śląskie jest podmiotem tworzącym lub współnikiem dla 34 jednostek udzielających świadczeń szpitalnych, do których odnosi się proponowana ustawa, nie licząc pozostałych 10 podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy leczenia uzdrowiskowego wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia jednostek marszałkowskich.  
Można wyobrazić sobie, że zadania Agencji Rozwoju Szpitali byłyby wykonywane przez odpowiednią komórkę Narodowego Funduszu Zdrowia, co najprawdopodobniej sumarycznie generowałoby mniejsze koszty niż powołanie nowej instytucji zarządzającej w systemie ochrony zdrowia. Ponadto powołanie Agencji Rozwoju Szpitali o kompetencjach przewidywanych w projekcie ustawy nie niweluje i wprost nie upraszcza zjawiska „wielowładztwa” w ochronie zdrowia. Agencja stanowiłaby kolejny podmiot zarządzający i nadzorujący w systemie.;
- Ocena szpitali w dominującej mierze przez pryzmat wyników finansowych. Jest to perspektywa ograniczająca i mogąca skutkować efektem przeciwnym do deklarowanego, tzn. ograniczeniem, zamiast zwiększeniem dostępności pacjentów do świadczeń medycznych. Przy całym szacunku dla praw ekonomii oraz słusznych skądinąd oczekiwań w stosunku do samofinansowania się, które to oczekiwania szpitale i podmioty

je nadzorujące powinny uwzględniać i konsekwentnie do nich dążyć, rozwiązania proponowane w projekcie ustawy mogą generować działania poprawiające bilans finansowy szpitali kosztem pacjentów. Najprostszą bowiem metodą na poprawę efektów finansowych szpitali jest redukcja lub nawet rezygnacja ze świadczeń w najmniej dochodowych zakresach usług medycznych, czyli likwidacja oddziałów i łóżek szpitalnych w tych zakresach świadczeń w celu uzyskania lepszych rezultatów finansowych i zbilansowania się placówki. Tego rodzaju postępowanie stanowiłoby zagrożenie dla pacjentów w postaci ograniczania świadczeń medycznych.

Strony pracowników, pracodawców oraz strona samorządowa WRDS w Katowicach wsłuchując się w głosy ekspertów uczestniczących w obradach Rady poświęconych funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia za jedno z fundamentalnych zagadnień porządkujących system uważa/uważają ustalenie odpowiedzialności za ochronę zdrowia i określenie jej zakresów między poszczególnymi instytucjami i organami. Tak, by odpowiedź na pytanie kto jest odpowiedzialny za funkcjonowanie i koordynowanie systemu ochrony zdrowia w ogóle, a kto na poziomie poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego nie nastroczała trudności i nie determinowała udzielania skomplikowanych wyjaśnień. Postuluje się jasny i precyzyjny podział kompetencji między wojewodą, samorządem wojewódzkim i powiatowym.

Kolejnym istotnym i niezbędnym wyzwaniem jest podejmowanie działań zmierzających do powstrzymania zjawiska braków kadrowych i niedoboru personelu medycznego oraz jak najwłaściwszego zarządzania zasobami ludzkimi w tym obszarze. Jednym z narzędzi służących temu celowi winno być wprowadzenie siatki płac wraz z ustalaniem maksymalnych wartości stawek wynagrodzenia personelu medycznego w poszczególnych kategoriach zawodowych. Zastosowanie tego narzędzia nie pozostanie także bez pozytywnego wpływu na zmniejszenie zjawiska zwanego kanibalizacją usług medycznych, szczególnie dotkliwie odczuwanym w województwie śląskim, ze względu na dużą liczbę i zagęszczenie placówek szpitalnych.

Rywalizacja o udzielanie świadczeń medycznych i personel medyczny w sytuacji jego niedoboru odbywa się kosztem dostępności świadczeń medycznych dla pacjentów. Pożądane i oczekiwane jest zatem poszukiwanie rozwiązań służących ograniczeniu i zapobieganiu temu zjawisku, skorelowane z odpowiednim zarządzaniem kadrami medycznymi.

Optymalnym i najbardziej efektywnym podejściem służącym sprawnemu funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia jest kompleksowy jego ogląd oraz określenie jego podstawowych filarów. Modernizowanie czy przeorganizowywanie poszczególnych kluczowych elementów systemu, jak np. szpitalnictwa może przynieść korzystny rezultat, jeśli dokonywane jest w perspektywie całości jego funkcjonowania oraz w sprzężeniu z innymi jego składowymi.

W imieniu  
stron pracowników, pracodawców i strony samorządowej  
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Katowicach  
Przewodniczący  
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Katowicach

*Jakub Chełstowski*