



Warszawa, 31.01.2022r.

Ministerstwo Zdrowia  
Ul. Miodowa 15  
15-952 Warszawa  
kancelaria@mz.gov.pl

## Opinia

### Polskiego Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców na temat Ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

W ramach konsultacji społecznych dotyczących Ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców pragnie wyrazić swoją opinię dotyczącą założeń, zakresu ustawy oraz szans spełnienia przez nią oczekiwanych przez Ministerstwo Zdrowia celów.

Autorzy projektu w następujących słowach definiują jego cele w art. 5.:

*Art. 5. 1. Celem działań określonych ustawą jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego. 2. Celem działań określonych ustawą jest również wsparcie rozwoju podmiotu szpitalnego, optymalizacja jego działalności, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych,*

#### **Uwaga 1. Szpitale oceniane tylko jako podmioty gospodarcze**

W zarządzaniu powszechnie uważa się, że chcąc czymś zarządzać, trzeba to mierzyć. Jakkolwiek przytoczony art 5. precyzuje wiele szczytnych celów, jednak w najważniejszej dla ustawy części - w kryteriach klasyfikacji szpitali i cyklicznej ich oceny proponuje się jedynie narzędzia dotyczące kondycji finansowej podmiotu szpitalnego. Są to wg. art. 27:

1) Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej, 2) wskaźnik płynności szybkiej, 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem i 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem

Jedynie na tych czterech wskaźnikach opiera się ocena podmiotów szpitalnych, a co z tym idzie ocena skuteczności działań restrukturyzacyjnych oraz ocena samych dyrektorów szpitali. Dzieje się tak mimo opracowania w zeszłym roku przez Ministerstwo Zdrowia "Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.", która pozwala bardzo dokładnie określić potrzeby zdrowotne nawet na poziomie powiatów i do nich odnosić skuteczność działań zdrowotnych. Obliczenie dodanej wartości zdrowotnej, a więc rozliczania szpitali z tego do czego zostały powołane, wymaga zmiany spojrzenia z punktu widzenia finansowego na punkt widzenia zdrowotny. Dopiero te dwa punkty powinny stanowić kryterium oceny szpitali.



## **Uwaga 2. Brak integracji działań zdrowotnych**

Uwaga 2. wynika z uwagi 1. Jeśli, tak jak zakłada projekt, szpitale mają odnosić się do regionalnych potrzeb zdrowotnych, ich działania powinny być zintegrowane z wszystkimi innymi działaniami prozdrowotnymi, które na te potrzeby odpowiadają, w tym: edukacją zdrowotną, profilaktyką, działalnością POZ, działalnością gabinetów specjalistycznych działających na danym terenie. Na przykład: jeśli pacjent z cukrzycą po operacji nowotworu, nie dostanie wsparcia edukacyjnego i pielęgniarstwa z POZ i nie zachowa odpowiedniej diety cukrzycowej, jego rana będzie się z trudem goiła i będzie wielokrotnie powracał na oddział szpitala, podkopując jego skuteczność i obniżając także wskaźniki ekonomiczne. Bez zintegrowania wszystkich służb w jeden system, nie możemy liczyć na zmianę obecnej sytuacji.

## **Uwaga 3. Zastosowanie wskaźników rynkowych w działalności regulowanej ustawowo**

Wykorzystywanie wskaźników finansowych ma sens w biznesie i na wolnym rynku, gdzie każdy przedsiębiorca może ustalać i decydować o takich parametrach biznesowych jak cena, wielkość produkcji, dostępność produktów, itp. Tymczasem w służbie zdrowia, szpitale mają w tym względzie ograniczone możliwości. Szpitale otrzymują pieniądze nie za leczenie pacjentów, lecz za stosowanie określonych procedur. To właśnie z tego powodu dobrzy, odważni lekarze musieli leczyć pacjentów z objawami COVID-19 po kryjomu, gdyż takie leczenie nie było akceptowane (czytaj finansowane) przez NFZ.

## **Uwaga 4. Konflikt interesów szpitala z pacjentami - im więcej chorują tym więcej szpital zarabia.**

Narodowy Fundusz Zdrowia, który przekazuje szpitalom pieniądze zależne od ilości wykonanych świadczeń lekarskich sprawia, że szpital jest w konflikcie interesów ze swoimi pacjentami. Im więcej chorują pacjenci - tym więcej zarabia szpital. Innymi słowy między potrzebami zdrowotnymi obywateli, a kondycją finansową szpitali jest w obecnym systemie sprzeczność, którą można byłoby zlikwidować jedynie wprowadzając twarde kryteria zdrowotne w ocenie szpitali. Obecnie funkcjonujące i nadal proponowane w nowej ustawie podejście nie zachęca szpitali do prowadzenia działań profilaktycznych w walce z chorobami cywilizacyjnymi, które stanowią największe obciążenie dla budżetu państwa.

## **Uwaga 5. Odhumanizowanie relacji z lekarzem kosztem efektywności**

Kolejnym niebezpiecznym określeniem w art 5. jest „efektywność” szpitala. W Encyklopedii zarządzania efektywność definiuje się jako “rezultat podjętych działań, opisany relacją uzyskanych efektów do poniesionych nakładów. Oznacza najlepsze efekty produkcji, dystrybucji, sprzedaży czy promocji, uzyskane po najniższych kosztach.” Takie przeniesienie pojęcia efektywności z biznesu na teren służby zdrowia skutkuje obserwowaną na świecie i coraz bardziej również w Polsce mechanizacją, automatyzacją i robotyzacją opieki medycznej. Zastosowanie ekonomii skali w służbie zdrowia powoduje przeakcentowanie diagnostyki kosztem kontaktu z lekarzem, rezygnowanie z badań podmiotowych i przedmiotowych na rzecz badań dodatkowych, które wykonywane są poza gabinetem lekarskim. Oczywiście pomysłodawca ustawy może pod *efektywnością* mieć coś innego na myśli, ale wśród 25 pojęć zdefiniowanych na początku ustawy, definicja efektywności szpitala nie pojawiła się.



### **Uwaga 6. Centralizacja, złamanie zasady pomocniczości.**

Stworzenie jednej Agencji Rozwoju Szpitali jest niezgodne z obowiązującą nawet w biznesie zasadą dywersyfikacji ryzyka. To znaczny błąd decyzja w tak dużej instytucji przenosi się na cały system. Założenie, że *brak centralnego nadzoru nad procesami zachodzącymi w podmiotach powoduje nieoptymalne dysponowanie rosnącymi środkami finansowymi*, które znajdujemy w komentarzu do projektu ustawy, wywodzi się chyba z innych czasów. Poza tym centralizm niszczy zasadę pomocniczości, zgodnie z którą najwięcej informacji potrzebnych do podejmowania decyzji jest na możliwie najniższych szczeblach zarządzania. Dotyczy to także wyznaczenia, zgodnie z zaleceniami Banku Światowego, jedynie jednego Sądu Okręgowego w Warszawie do kontrolowania działań Agencji. Projektodawcy tak o tym piszą: *Bank Światowy podkreślił, że kluczowe dla powodzenia reformy prawa upadłościowego i restrukturyzacyjnego jest efektywne zarządzanie kadrami wymiaru sprawiedliwości, w ten sposób aby zwiększać ilość specjalistycznych szkoleń i zatrzymać niepożądaną rotację kadry sędziowskiej w wydziałach upadłościowych. Bank Światowy wprost wskazał na potrzebę przekazania rozpoznawania spraw restrukturyzacyjnych i upadłościowych wykwalifikowanym sędziom, sądom wyższych instancji. (...) Przekazanie spraw restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych do właściwości jednego sądu okręgowego, tj. Sądu Okręgowego w Warszawie jest uzasadnione wyjątkową specjalizacją tego sądu w zakresie spraw o szczególnym charakterze. Sąd ten prowadzi sprawy z zakresu: zamówień publicznych, ochrony konkurencji i konsumentów, własności intelektualnej oraz pracy i ubezpieczeń społecznych.*

### **Uwaga 7. Sposób wprowadzania ustawy**

Przeznaczenie praktycznie jednego miesiąca na konsultacje społeczne ustawy jest de facto wyrażeniem przekonania, że konsultacje te nie wniosą żadnej wartości i nie mają większego znaczenia. O nowym kształcie służby zdrowia powinna odbyć się ogólnonarodowa debata, wszystkich zainteresowanych, zakończona referendum nad wyborem właściwej opcji. W ustawie w ramach jakościowych analiz efektywności działalności leczniczej powinna bezwarunkowo znaleźć się niezależna ocena zadowolenia pacjentów oraz opinie pracowników o podmiocie szpitalnym. W obecnym kształcie ustawy- brak takiego elementu ludzkiego.

### **Uwaga 8. Kompetencje nadzorcy niższe niż zarządzających szpitalami.**

Zgodnie z art. 39 nadzorcy dla szpitali C i D : *(1f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, (o którym mowa wyżej), (1 h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia; Zachodzi nierówność kompetencji zarządzającego i nadzorcy, co może być przyczyną konfliktów w procesie restrukturyzacji.*

### **Uwaga 9. Niepokojące otwarcie restrukturyzacji na podmioty zagraniczne**

W art 40 dotyczącym warunków jakie mają spełniać nadzorcy wpisywani na listę Agencji Rozwoju Szpitali mamy między innymi poniższe dwa punkty:

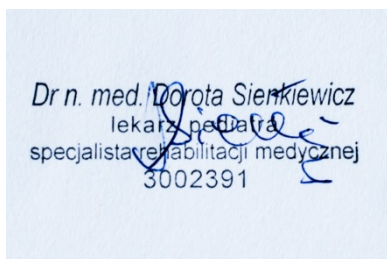
*1) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;*



7) posiada licencję doradcy restrukturyzacyjnego, o której mowa w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 242 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080) i w okresie ostatnich 5 lat przeprowadził co najmniej sześć postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1. 4. Warunek przeprowadzenia w całości jednego z postępowań, o których mowa w ust. 3 pkt 7, uznaje się za spełniony również w przypadku, gdy takie postępowanie przeprowadziła w całości spółka handlowa, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, w której osoba posiadająca licencję doradcy restrukturyzacyjnego była przez cały czas trwania tego postępowania współlnikiem ponoszącym odpowiedzialność za zobowiązania tej spółki bez ograniczenia całym swoim majątkiem albo członkiem zarządu reprezentującym tę spółkę.

Nasza znajomość rynku usług restrukturyzacyjnych nie pozwala na ocenę ile podmiotów polskich jest w stanie spełnić te warunki i czy zapisy te nie oddają nadzoru nad restrukturyzacją w ręce firm międzynarodowych. Wg naszej opinii należy wykluczyć możliwość nadzoru nad systemem szpitalnictwa w Polsce podmiotom zagranicznym.

W imieniu Zarządu PSNLIiN



Dr n. med. Dorota Sienkiewicz  
Prezes PSNLIiN

Dr hab. Ryszard Stocki  
Członek Zwyczajny

