



Fot. iStockphoto.com

Obowiązywanie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa jest jednym z kamieni milowych wskazanych w Krajowym Planie Odbudowy. Nowe prawo powinno zostać przyjęte do końca września 2022 r. Pojawia się jednak pytanie, czy projekt przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia zawiera elementy zaakceptowane przez Unię Europejską w opisie kamieni milowych i – co ważniejsze – czy możliwe jest przyjęcie alternatywnych rozwiązań, aby pozostać w zgodzie z KPO.

## BERNADETA SKÓBEL

W załączniku do decyzji implementacyjnej Rady UE w sprawie zatwierdzenia oceny planu odbudowy i zwiększenia odporności Polski jako orientacyjny termin przyjęcia ustawy wskazano trzeci kwartał 2022 r. Z uwagi na kalendarz prac parlamentarnych jest niemal pewne, że nie zostanie on dotrzymany. Jednocześnie nie wiadomo, czy Ministerstwo Zdrowia ma plan B w przypadku nieprzyjęcia ustawy przez Sejm, zwłaszcza że projekt od rozpoczęcia konsultacji publicznych budził kontrowersje. Argumentem, który często pada ze strony kierownic-

stwa resortu zdrowia, jest konieczność przyjęcia ustawy właśnie dlatego, że jest ona jednym z kamieni milowych KPO. W tej retoryce brakuje jednak odpowiedzi na pytanie, czy szczegółowe rozwiązania przewidziane w projekcie ustawy rzeczywiście odpowiadają treści zobowiązań, jakie wzięła na siebie Polska.

### KPO kontra projekt ustawy

Ogólne założenia reformy szpitali można znaleźć we wspomnianym załączniku do decyzji implementacyjnej

Rady UE (D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych), gdzie wskazano, że celem reformy jest wprowadzenie kompleksowych działań polegających na restrukturyzacji szpitali publicznych. Reforma ma zapewnić trwałą poprawę odporności, efektywności, jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, kondycji finansowej szpitali publicznych oraz procesów nadzoru i zarządzania tymi podmiotami. Dotyczy całego sektora szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze źródeł publicznych. Dalej wskazano, że reforma sektora szpitali zostanie wprowadzona jedną nową ustawą, która będzie mogła jednak zawierać zmiany do już istniejących ustaw, takich jak ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Najważniejsze postanowienia reformy są następujące:

- restrukturyzacja szpitali poprzez konsolidację, przeprofilowanie oraz zmianę zakresu i struktury świadczonych przez nie usług opieki zdrowotnej, na podstawie krajowych i regionalnych planów przekształceń oraz mapy potrzeb zdrowotnych, a także odpowiednia aktualizacja sieci szpitali,
- stworzenie podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych ze szpitali na niższe poziomy opieki (podstawowa opieka zdrowotna, opieka ambulatoryjna) z odpowiednimi zmianami zapisów w rocznych planach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ),
- zmiany w systemie finansowania szpitali zapewniające skuteczną i trwałą restrukturyzację, w tym rozwiązanie kwestii umarzania długów szpitali w sposób zrównoważony, na podstawie przejrzystych kryteriów opartych na dowodach oraz solidnego systemu finansowania szpitali, motywującego do właściwego świadczenia opieki oraz zwiększania jej efektywności i jakości, a także stworzenie profesjonalnego systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcanie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej.

Bardziej szczegółowe informacje o tym, co powinno się znaleźć w ustawie, odnajdujemy w dalszej części załącznika, przy opisie kamieni milowych.

Zagadnienia dotyczące reformy szpitalnictwa znajdują się pod numerem DIG. W tym miejscu przy każdym z punktów warto się zatrzymać. Docelowo w ustawie mają być zamieszczone opisy następujących działań:

**1.** Restrukturyzacja szpitali poprzez konsolidację, zmianę profilu oraz zakresu i struktury świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale, na podstawie krajowego i regionalnych planów transformacji oraz mapy potrzeb zdrowotnych, a także odpowiednia aktualizacja sieci szpitali.

W opisie kamienia milowego wprost wskazano, że decyzje dotyczące restrukturyzacji szpitali mają być podejmowane na podstawie krajowego i regionalnych planów transformacji.

Problem w tym, że charakter przyjętych w zeszłym roku dokumentów, w szczególności wojewódzkich planów transformacji, a także jakość tych dokumentów, wynikająca w dużej mierze z szybkiego tempa pracy, nie pozwalała na podejmowanie decyzji dotyczących konsolidacji zasobów, zmiany profilu czy zmiany zakresu i struktury świadczeń udzielanych przez podmioty szpitalne opartych na dowodach. Zresztą zarzut, że decyzje dotyczące restrukturyzacji podmiotów leczniczych będą podejmowane w sposób uznaniowy, był podnoszony w toku opiniowania projektu ustawy między innymi przez jednostki samorządu terytorialnego. Drugi problem to sam projekt ustawy, w którym skoncentrowano się na postępowaniu restrukturyzacyjnym prowadzonym w stosunku do podmiotów szpitalnych zakwalifikowanych do kategorii C lub D. Nie ma rozwiązań sprzyjających konsolidacji zasobów, np. kadrowych. Brakuje instrumentów wspierających współpracę pomiędzy podmiotami leczniczymi czy zachęcających do konsolidacji zasobów. Wątek ten pojawia się w projekcie ustawy tylko trzy razy – w art. 4 w przepisie ogólnym oraz w przepisach dotyczących tworzenia planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, gdzie podmiot leczniczy ma przedstawić propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych, jeżeli jest przewidywana. W jaki sposób jednak miałyby to nastąpić (np. koncentracja zasobów ludzkich) – tego projektodawcy już nie przewidują. Plany naprawcze i naprawczo-rozwojowe mają być sporządzane dla każdego ze szpitali z osobna, co również stanowi zachętę do podejmowania współpracy pomiędzy świadczeniodawcami.

**2.** Racjonalizacja piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń ze szpitali na niższe poziomy (opieka podstawowa, opieka ambulatoryjna) z odpowiednio zmienionymi zapisami w rocznych planach finansowych NFZ.

Ten wątek w projekcie ustawy jest niemal całkowicie pomijany. Owszem, przewidziano mechanizm pozwalający na rozwiązywanie umów ze szpitalami na określony zakres świadczeń lub podejmowania rokowań w celu zawarcia innych umów, niemniej sam projekt dotyczy wyłącznie podmiotów sektora szpitalnego. W ocenie skutków regulacji w grupie podmiotów, na które oddziałuje projekt, nie wskazano świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

„Na czwarty kwartał 2022 r. zaplanowano wejście w życie aktu prawnego ustalającego listę kryteriów, na podstawie których szpitale będą przydzielane do poszczególnych kategorii, co pozwoli określić potrzeby inwestycyjne wynikające z reformy, modernizacji i poprawy efektywności szpitali”

**3.** Reforma systemu finansowania szpitali zapewniająca skuteczną i trwałą restrukturyzację, w tym rozwiązanie kwestii umarzania długów szpitali w sposób zrównoważony, na podstawie przejrzystych i opartych na dowodach kryteriów, oraz solidny system finansowania szpitali, zachęcający do właściwego świadczenia opieki oraz zwiększający efektywność i jakość opieki.

W samym projekcie ustawy, w części dotyczącej modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa, kwestia finansowania szpitali w taki sposób, aby zapewnić skuteczną i trwałą restrukturyzację, jest zupełnie pomijana. W ramach pakietu zmian legislacyjnych obejmujących ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 138 projektu ustawy) przewidziano zasady funkcjonowania nowej sieci szpitali, jednak w żadnym stopniu przepisy te nie określają, na jakich warunkach finansowych świadczeniodawcy zakwalifikowani do sieci czy funkcjonujący poza siecią będą tych świadczeń udzielać. Tym, co dzisiaj szwankuje w systemie i co wymaga interwencji ustawodawcy, jest wycena świadczeń gwarantowanych, jednak przepisy dotyczące tego obszaru w ogóle nie są objęte planowaną nowelizacją. Innymi słowy – w pakiecie zmian legislacyjnych brakuje jakichkolwiek realnych rozwiązań gwarantujących solidny system finansowania szpitali, nawet nie wspominając o zachętach do właściwego świadczenia opieki oraz zwiększania jej efektywności i poprawy jakości. Autorzy projektu skoncentrowali się na postępowaniu restrukturyzacyjnym, bazując na już istniejących rozwiązaniach prawnych, ale pominieli bardziej istotną kwestię zapewnienia trwałości efektów tego postępowania.

**4.** Stworzenie profesjonalnego systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz upowszechnienie nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia.

Utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) jest powszechnie krytykowanym rozwiązaniem. Co istotne, w opisie kamienia milowego, w załączniku do decyzji implementacyjnej nie przesądzono, jak ma wyglądać system nadzoru nad szpitalami i czy ma mieć charakter scentralizowany. W KPO wzmianka o ARS pojawia się tylko raz, na str. 277, bez wskazania, czym de facto miałyby się zajmować oraz jaka byłaby jej struktura organizacyjna i forma funkcjonowania. Tymczasem analizując projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, można zauważyć, że ARS będzie miała szerokie uprawnienia o charakterze zarządczym, organizacyjnym czy inwestycyjnym.

W opisie kamienia milowego pojawia się również wątek wzmocnienia kadry zarządzającej. Tutaj również można mieć wątpliwości, czy rozwiązania przewidziane w ustawie – nałożenie na kierowników i kandydatów na kierowników podmiotów szpitalnych obowiązku spełnienia warunków o charakterze formalnym (zdanie egzaminu państwowego lub ukończenie studiów MBA i przedstawianie dokumentów potwierdzających ukończenie w roku poprzednim co najmniej dwóch zorganizowanych form kształcenia w zakresie kompetencji menedżerskich lub zarządzania podmiotem leczniczym) – w istotny sposób przyczyni się do podniesienia kompetencji zarządczych przydatnych w warunkach, w jakich funkcjonuje publiczny system ochrony zdrowia. Upowszechnienie nowoczesnych systemów, narzędzi i metod planowania też zostało w projekcie ustawy potraktowane po macoszemu, poprzez wskazanie w art. 5, że celem ustawy jest ulepszenie zarządzania procesowego podmiotem szpitalnym, a następnie zobowiązanie osób opracowujących plany rozwojowe i plany naprawczo-rozwojowe do ujęcia w tych dokumentach działań mających na celu wprowadzenie albo ulepszenie zarządzania procesowego.

#### Dwie kategoryzacje?

Spore kontrowersje budzi kategoryzacja podmiotów leczniczych. Sam projekt ustawy zakłada kategoryzację wyłącznie na podstawie czterech wskaźników ekonomicznych, wspólnych dla wszystkich podmiotów szpitalnych niezależnie od ich wielkości, struktury udzielanych świadczeń czy funkcji, jaką pełnią w systemie.

Tymczasem w opisie kroków milowych w załączniku do decyzji implementacyjnej (D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wyspospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych) wskazano, że celem inwestycji jest wsparcie szpitali, których potrzeby inwestycyjne wynikają z procesów reformy, takich jak konsolidacja, przeprofilowanie i przekształcenie w podmioty opieki

„ Niezależnie od kategoryzacji decydującej o tym, czy w stosunku do danego podmiotu mają być prowadzone działania restrukturyzacyjne, zostanie przeprowadzona jeszcze jedna kategoryzacja – określająca potrzeby inwestycyjne ”

długoterminowej. Należna interwencja inwestycyjna ma na celu wsparcie szpitali, których potrzeby inwestycyjne określono wyłącznie w wyniku procesów w ramach reformy D.1.1.

Na czwarty kwartał 2022 r. zaplanowano wejście w życie aktu prawnego ustalającego listę kryteriów, na podstawie których szpitale będą przydzielane do poszczególnych kategorii, co pozwoli określić potrzeby inwestycyjne wynikające z reformy, modernizacji i poprawy efektywności szpitali.

Kryteria kategoryzacji mają się opierać na:

- zasięgu (objęta populacja, objęte świadczenia, terminowość dostępu do opieki),
- słuszności (np. słuszność w finansowaniu, słuszność w dostarczaniu i korzystaniu, słuszność w wynikach leczenia),
- skuteczności – w tym działalność operacyjna (skuteczność w osiąganiu wyników, skuteczność w gromadzeniu środków),
- jakości opieki,
- dostępności zasobów (ludzkich, finansowych i in.).

Pojawiają się oczywiste pytania: Dlaczego taka kategoryzacja nie jest przewidziana w samym projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa? Na podstawie jakiego aktu prawnego ma zostać przeprowadzona? Dlaczego na pięć miesięcy przed terminem określonym przez Unię Europejską projekt tego aktu prawnego nie został skierowany do konsultacji publicznych? Jak przyporządkowanie do kategorii, o których mowa w załączniku do decyzji implementacyjnej, będzie się miało do kategoryzacji szpitali, o której mowa w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa? I jaki będzie miało wpływ na podejmowanie działań restrukturyzacyjnych?

Na te pytania próżno szukać odpowiedzi w oficjalnych komunikatach Ministerstwa Zdrowia. Sam projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

nie zawiera również upoważnienia do wydania rozporządzenia wykonawczego, które taką kategoryzację miałyby wprowadzić. Zresztą wydaje się, że takie rozwiązanie byłoby niedopuszczalne z uwagi na materię i znaczenie tych przepisów. Kategoryzację, o której mowa w załączniku do decyzji implementacyjnej Rady Unii Europejskiej, trudno również powiązać z planowanymi przepisami dotyczącymi nowej sieci szpitali.

Jeśli jednak Polska wzięła na siebie takie zobowiązanie, to będzie musiała w jakiś sposób go dotrzymać, a to oznacza, że niezależnie od kategoryzacji decydującej o tym, czy w stosunku do danego podmiotu mają być prowadzone działania restrukturyzacyjne, zostanie przeprowadzona jeszcze jedna kategoryzacja – określająca potrzeby inwestycyjne. Tutaj również pojawiają się wątpliwości co do zgodności części wojewódzkich planów transformacji z tak zdefiniowanym zobowiązaniem Polski, przyjętym w ramach KPO. Otóż w wojewódzkich planach transformacji wskazywano wybrane inwestycje, które będą realizowane na terenie danego województwa, często wprost ze wskazaniem nazwy podmiotu szpitalnego. Jak te dwie sprzeczności zostaną pogodzone? – to też nie jest jasne.

„ Projekt ustawy w wersji z 9 maja 2022 r. nie spełnia warunków wynikających z KPO ”



Fot. Adobe Stock

### Co dalej z KPO?

Pod koniec lipca [w momencie pisania artykułu – przyp. red.] projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa nie został przyjęty przez Radę Ministrów. Gdyby tak się

stało, to ewentualne prace parlamentarne rozpoczęłyby się dopiero we wrześniu z uwagi na przerwę wakacyjną. Oznacza to, że być może resort zdrowia będzie chciał w ekspresowym tempie przeprowadzić procedurę w Sejmie. Jednym z koronnych argumentów może być właśnie konieczność wypełnienia zobowiązań wynikających z KPO. W mojej ocenie jednak projekt w wersji z 9 maja 2022 r. nie spełnia warunków wynikających z KPO.

Bernadeta Skóbel, kierownik Działu Monitoringu Prawnego i Ekspertyz Związku Powiatów Polskich