

PROJEKT USTAWY – ważne



Do konsultacji skierowano projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Zapisano w nim podział placówek na cztery kategorie – od A do D – zależnie od kondycji finansowej, zmiany zasad udzielania świadczeń i kwalifikacji do sieci szpitali. Udostępniamy i streszczamy 152-stronicowy dokument.

W uzasadnieniu projektu zapisano, że „rozwiązania w nim zawarte pozwolą na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia – koncentrację leczenia specjalistycznego – oraz

zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, jak również na poprawę sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych”. Przepisy mają także zapewnić „prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu

zmiany w szpitalnictwie



Fot. iStockphoto.com

potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji”.

Szczegóły

W projektowanym dokumencie zapowiedziano „utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów”. Agencja Rozwoju Szpitali (ARS) będzie miała również inne zadania dotyczące szpitali, takie jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów, wsparcie

finansowe, merytoryczne i eksperckie. Wspierane będą również inwestycje w szpitalach dzięki skoordynowaniu działań na rzecz rozwoju szpitalnictwa, a także skierowaniu na ten cel dodatkowych środków z różnych źródeł – z budżetu państwa, funduszy unijnych i funduszy celowych zarządzanych przez ministra zdrowia.

Projekt ustawy wprowadza „skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym również zobowiązania tych jednostek”.

Proponowane rozwiązania mają zapobiec dublowaniu oferowanych świadczeń i wyeliminować koniecz-

„Przewiduje się, że roczna wysokość dotacji celowej dla ARS w poszczególnych latach będzie wynosić:

- w 2023 r. 100 mln zł,
- w 2024 r. 1,2 mld zł,
- w 2025 r. 1,2 mld zł,
- w 2026 r. 300 mln zł,
- w 2027 r. 300 mln zł,
- w 2028 r. 300 mln zł,
- w 2029 r. 300 mln zł,
- w 2030 r. 300 mln zł,
- w 2031 r. 300 mln zł,
- w 2032 r. 200 mln zł”

ność utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego. Chodzi o uniknięcie konkurencji pomiędzy szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Poza tym przepisy mają doprowadzić do „efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych w szpitalach i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także do wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej”.

W dokumencie wypisano koszty funkcjonowania ARS. Przewiduje się, że roczna wysokość dotacji celowej dla ARS w poszczególnych latach będzie wynosić: w 2023 r. 100 mln zł, w 2024 r. 1,2 mld zł, w 2025 r. 1,2 mld zł, w 2026 r. 300 mln zł, w 2027 r. 300 mln zł, w 2028 r. 300 mln zł, w 2029 r. 300 mln zł, w 2030 r. 300 mln zł, w 2031 r. 300 mln zł, w 2032 r. 200 mln zł. Szacunkowy roczny koszt funkcjonowania ARS w pierwszym roku jej działalności (2022 r.) wyniesie ok. 24,2 mln zł. Zatrudnienie znajdzie tam w pierwszym roku 60 osób, a docelowo w 2024 r. nawet 400 osób. Od 2023 r. dojdą do tego koszty zatrudnienia nadzorców. Oszacowano, że potrzebnych będzie ok. 185 nadzorców, z czego 85 stanowić będą pracownicy na stałe zatrudnieni w agencji, a z pozostałymi 100 osobami ARS będzie zawierać umowy cywilnoprawne. W latach 2023–2026 umowy miałyby być podpisane ze 100 nadzorcami, a w kolejnych,

w miarę zakończenia postępowań naprawczych, z 50–70 osobami. Będzie to generować roczne koszty na poziomie ok. 21,8 mln zł w latach 2023–2026, ok. 15,3 mln zł w latach 2027–2029 i ok. 10,9 mln zł w następnych. W kolejnych latach koszty utrzymania ARS będą się zwiększać proporcjonalnie do rosnącego zatrudnienia. Koszty w 2023 r. wyniosą więc 94,1 mln zł, w 2024 r. 131,4 mln zł, w 2025 r. 131,8 mln zł, w 2026 r. 132,2 mln zł, w 2027 r. 126,7 mln zł, w 2028 r. 128,8 mln zł, w 2029 r. 128,6 mln zł, w 2030 r. 122,5 mln zł, w 2031 r. 122,8 mln zł, w 2032 r. 124,0 mln zł.

Projekt przewiduje przeprowadzanie przez ARS co trzy lata – począwszy od 2023 r. – obowiązkowej oceny wszystkich szpitali. Na jej podstawie, biorąc pod uwagę zawarte w projekcie kryteria ekonomiczno-finansowe, będzie przyznawana odpowiednia kategoria, która zdecyduje o procesach rozwojowych i naprawczo-rozwojowych. Będą to cztery kategorie:

- kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który obligatoryjnie tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A,
- kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego wszczyna się postępowanie naprawczo-rozwojowe na jego wniosek,
- kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego prezes ARS obligatoryjnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe,
- kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego prezes ARS obligatoryjnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania jego kierownika.

Kategorie te będą przyznawane na podstawie poniższych kryteriów ekonomiczno-finansowych:

- kategoria A – podmiot spełnia łącznie następujące warunki:
 - wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0 proc.,
 - wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00,
 - wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2 proc.,
 - wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0 proc.;

- kategoria B – podmiot z uwagi na swoją sytuację finansową nie został zakwalifikowany do kategorii A, C ani D;
- kategoria C – podmiot nie kwalifikuje się do kategorii D oraz spełnia następujący warunek:
 - wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż –2,0 proc. i jednocześnie wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70,
 - wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5 proc. i jednocześnie mniejszą lub równą 15 proc.;
- kategoria D – podmiot, w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15 proc. lub spełnione są łącznie następujące warunki:
 - wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż –5,0 proc.,
 - wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,
 - wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50 proc.

Uzasadniono, że „rentowność działalności operacyjnej jest wielkością, która odnosi się do bieżącej działalności szpitala i najlepiej obrazuje, czy podejmowane decyzje o charakterze operacyjnym skutkują finalnie dodatnim czy ujemnym efektem finansowym”. Dodano też, że „rentowność ta nie obejmuje działalności finansowej, której ujemna wartość może wynikać z wysokiej wartości kosztów finansowych będących efektem zaciągniętych w przeszłości zobowiązań”.

W przypadku szpitali już zrestrukturyzowanych, które wykazują dodatnią rentowność działalności operacyjnej, ale z powodu wysokich kosztów finansowych mają ujemny wynik netto, wymagane może być wsparcie innego rodzaju niż restrukturyzacja działalności. Płynność finansowa szpitali, określająca ich zdolność do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych, będzie więc oceniana przy użyciu wskaźnika płynności szybkiej.

Z uwagi na duże zróżnicowanie skali działalności poszczególnych jednostek zdecydowano się analizować poziom zadłużenia w odniesieniu do wielkości osiągniętych w ciągu roku przychodów, ponieważ porównanie posiadanych zobowiązań ogółem z przychodami ogółem pozwala określić, jaka część rocznych przychodów byłaby potrzebna do uregulowania całości zobowiązań szpitala, natomiast wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obrazuje, jaką część uzyskanych przychodów należałoby przeznaczyć na pokrycie zobowiązań najbardziej pilnych, których termin płatności upłynął.

W projekcie ustawy zapisano zasady i warunki tworzenia planu rozwojowego szpitali kategorii A i B,

a także postępowania naprawczo-rozwojowego szpitali kategorii B, C i D, które w każdym przypadku będzie się toczyło z udziałem nadzorca podmiotu szpitalnego wyznaczanego przez prezesa ARS. Zawarto w nim przepisy dotyczące wszczęcia i zakończenia tego postępowania, tworzenia planu naprawczo-rozwojowego, katalogu środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych (w tym w postaci zmiany profilu działalności szpitala), zmiany kierownika szpitala kategorii D, a także kategorii C, ale tylko w ściśle określonych przypadkach, natomiast w spółkach kapitałowych poprzez ustanowienie zarządcy. Postępowanie naprawczo-rozwojowe będzie obowiązywało do następnej kategoryzacji i przyznania w niej kategorii A lub B. Szpitale, które będą wymagały dalszej restrukturyzacji, otrzymają kolejny plan naprawczo-rozwojowy.

Zaproponowano także działania związane z restrukturyzacją zadłużenia szpitali.

W projekcie przewidziano zmiany dotyczące sieci szpitali. Zaproponowano między innymi rezygnację z definiowania i wyodrębniania poziomów PSZ na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący realizowany na podstawie umowy z NFZ, którego okres trwania wynosi co najmniej dwa ostatnie pełne lata kalendarzowe, w trybie pełnej hospitalizacji, z zastrzeżeniem, że w przypadku profili zabiegowych dodatkowym kryterium kwalifikacji będzie określony minimalny udział świadczeń zabiegowych w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, a w przypadku profilu położnictwo i ginekologia – minimalna liczba odebranych porodów w tym samym okresie.

Zapisano też uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących udzielanie przez szpitale w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń: w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – leczenie jednego dnia, z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnego, z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych, w ramach programów lekowych, objętych kompleksową opieką zdrowotną. Zapowiedziano też wyłączenie z PSZ świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Krystian Lurka

Jeśli chcesz ściągnąć dokument, zeskanuj kod QR

