

Projekt Ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa – szanse i zagrożenia

Autorzy: Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Alicja Domagała, Michał Zabdyr-Jamróz, Iwona Kowalska-Bobko, Christoph Sowada

W grudniu 2021 Ministerstwo Zdrowia (MZ) zaprezentowało długo wyczekiwany projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa [1]. Projekt został przekazany do konsultacji publicznych, a zaproponowany termin jego formalnego przyjęcia to pierwszy kwartał 2022 roku. Celem niniejszego tekstu jest omówienie głównych założeń projektu, wraz analizą wybranych szans oraz zagrożeń wynikających z realizacji reformy w zaproponowanym kształcie. Opracowanie stanowi kontynuację naszego poprzedniego tekstu na Blogu: [Centralizacja szpitali: Na czym może polegać i jakie są doświadczenia wybranych krajów?](#) [2].

Podstawowe założenia projektu reformy

Zgodnie z uzasadnieniem do projektu, główny cel reformy to wsparcie modernizacji oraz poprawa efektywności szpitalnictwa poprzez:

1. poprawę efektywności ekonomicznej szpitali;
2. dostosowanie ich działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych;
3. konsolidację funkcji medycznych i koncentrację zasobu ludzkiego oraz świadczeń opieki zdrowotnej;
4. utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych;
5. podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi;
6. aktualizację sieci szpitali.

W praktyce, zaproponowane rozwiązania skupiają się wokół trzech głównych obszarów:

1. powołanie Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) odpowiedzialnej m.in. za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie procesów naprawczo-rozwojowych w jednostkach szpitalnych;
2. aktualizacja sieci szpitali poprzez wyznaczenie profili świadczeń kwalifikujących się do sieci oraz;
3. certyfikowanie kompetencji kadry zarządzającej szpitalami.

Agencja Rozwoju Szpitali ma podlegać Ministerstwu Zdrowia i odpowiadać m.in. za dokonywanie klasyfikacji szpitali na cztery kategorie: A, B, C i D w zależności od wyników oceny sytuacji finansowej (Tabela 1). Klasyfikacja ma być dokonywana co trzy lata (pierwsza w roku 2023), na podstawie danych ze sprawozdań finansowych z roku poprzedzającego ocenę. Zasadniczo, im gorsza sytuacja finansowa szpitala tym

większy zakres uprawnień/ stopień zaangażowania ARS w jego proces restrukturyzacyjny. W zależności od przyznanej kategorii, szpital opracowuje 'plan rozwojowy' lub 'plan naprawczo-rozwojowy', każdorazowo na podstawie wzoru przygotowanego przez MZ. Obydwa rodzaje planów muszą uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych i być przekazane do konsultacji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). ARS nadzoruje realizację planów naprawczo-rozwojowych, a w przypadku szpitali w trudnej sytuacji finansowej (kategoria C i D) ma również uprawnienie do zmiany kierownika szpitala (choć uprawnienie to nie dotyczy szpitali dla których organem nadzorczym jest ministerstwo). Jednym z elementów procesów naprawczo-rozwojowych może być przeprofilowanie działalności, w tym likwidacja lub utworzenie komórek organizacyjnych szpitala. Koszty inwestycji związanych z przeprofilowaniem działalności (w tym koszty dostosowania infrastruktury, zakupu sprzętu i wynagrodzeń postojowych) ma ponosić ARS.

Tabela 1. Podsumowanie zasad klasyfikacji szpitali i zaangażowania ARS w proces restrukturyzacyjny

KategoriaNazwa kategorii		Progi wskaźników finansowych	Zaangażowanie ARS
		wartości wszystkich czterech wskaźników, spełniają następujące kryteria:	
A	Szpital w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej.	<ul style="list-style-type: none"> • rentowność operacyjna > 0.00% • płynność szybka > 1,00 • zobowiązania wymagalne do przychodów < 0,2% • zobowiązania całkowite do przychodów < 30%. 	Brak zaangażowania, szpital opracowuje swój własny 'plan rozwojowy'.
B	Szpital wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych.	Nie sklasyfikowany jako A, C lub D.	Szpital opracowuje swój własny 'plan rozwojowy' lub wnioskuje do ARS o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o wyznaczenie nadzorcy.

Nie sklasyfikowany jako 'D'
i spełnia jeden z dwóch
warunków:

C	Szpital wymagający wdrożenia działań naprawczo- rozwojowych.	<ul style="list-style-type: none"> • rentowność operacyjna < -2,00% i płynność szybka < 0,70 lub • zobowiązania wymagalne do przychodów > 5,00% i zobowiązania całkowite do przychodów ≤ 15,00%. 	ARS wyznacza nadzorcę, który opracowuje 'plan naprawczo-rozwojowy', a w szczególnych wypadkach* może również dokonać zmiany kierownika szpitala.
----------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D	Szpital wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo- rozwojowych.	<p>Zobowiązania wymagalne do przychodów > 15,00% lub spełnia łącznie 3 warunki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rentowność operacyjna < -5,00% • płynność szybka < 0,35 • zobowiązania całkowite do przychodów > 50%. 	ARS wyznacza nadzorcę, który opracowuje 'plan naprawczo-rozwojowy' i w każdym momencie może również dokonać zmiany kierownika szpitala.
----------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*np. brak współpracy kierownika z nadzorcą umożliwiającą przygotowanie i/lub realizację planu naprawczo-rozwojowego

Opracowanie na podstawie [1]

Planowana aktualizacja sieci szpitali dotyczy głównie odstąpienia od wyodrębniania poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (definiowanych na podstawie rodzajów oddziałów szpitalnych) na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący (potwierdzony realizacją umowy z NFZ przez ostatnie dwa lata w trybie hospitalizacji pełnej). W przypadku profili zabiegowych dodatkowe kryteria kwalifikacji odnosić się będą do minimalnej liczby świadczeń udzielonych w poprzednim roku kalendarzowym, co sprzyjać ma ich koncentracji.

Zmiany dotyczące certyfikowania kompetencji kadry zarządczej szpitali to wprowadzenie obowiązku ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia prowadzonych przez uczelnię wyższą klasyfikowaną na poziomie A lub B albo zdania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego.

Analiza wybranych szans i zagrożeń

W ujęciu ogólnym, reforma stwarza realną możliwość poprawy koordynacji funkcjonowania sektora opieki szpitalnej. Liczne badania realizowane zarówno przez niezależnych ekspertów [3,4,5], jak i państwowe instytucje kontrolne [6,7] dowiodły, że jednym z czołowych wyzwań dla szpitalnictwa w Polsce jest brak koordynacji i rozproszona odpowiedzialność (wynikająca m.in. z rozdrobnionej struktury właścicielskiej). Skupienie w jednej instytucji funkcji: inicjowania, nadzoru nad realizacją oraz finansowania działań restrukturyzacyjnych (niezależnie od własności szpitala) daje szansę na dostosowanie struktury sektora szpitalnictwa do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i ograniczenie zjawiska dublowania świadczeń/nieefektywnej konkurencji. Podobnie, dążenie do koncentracji świadczeń specjalistycznych może przyczynić się do poprawy jakości, a organizacja wspólnych zakupów grupowych dla szpitali może ograniczyć koszty (o czym pisaliśmy w poprzednim [tekście na Blogu](#)). Jednym z czołowych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia są aktualnie ogromne braki kadrowe. Niemalże codziennie media obiegają wiadomość o zawieszeniu działalności kolejnych oddziałów szpitalnych ze względu na braki lekarzy, a konkurencja w zatrudnianiu specjalistów jest ogromna [8]. Proponowana reforma poprzez wymuszenie koncentracji świadczeń może również poprawić wykorzystanie ograniczonych zasobów kadrowych.

Każda reforma niesie za sobą szereg wyzwań, które odnosić się mogą zarówno do etapu jej planowania, jak i implementacji [9]. W przypadku omawianego projektu główne ryzyko odnoszące się do etapu planowania to brak kompleksowości proponowanych rozwiązań. Ten brak kompleksowości odnieść można do co najmniej kilku różnych wymiarów:

- pomimo, że jednym z głównych założeń projektu jest poprawa koordynacji opieki szpitalnej, proponowane rozwiązania nie odnoszą się do kwestii koordynacji pomiędzy opieką szpitalną a ambulatoryjną (zarówno podstawową, jak i specjalistyczną) czy długoterminową;
- brak jest również powiązania z innymi, istniejącymi [10] i równocześnie procedowanymi zmianami, które będą znacząco wpływać na funkcjonowanie szpitali (np. projektem Ustawy o Jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta [11] czy projektem Ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej [12]);
- zaproponowano rozwiązania w których wybrane mechanizmy procesów restrukturyzacyjnych, nie obejmują kompleksowo wszystkich szpitali (np. uprawnienie ARS do zmiany kierownika podmiotu szpitalnego ma nie dotyczyć jednostek podległych ministrom, nawet jeśli ci nie wykażą skłonności do współpracy z Agencją);
- pomimo, że jednym z głównych celów ustawy jest poprawa sytuacji finansowej szpitali, w projekcie brak jest odniesienia do kwestii urealnienia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącej jedną z kluczowych, systemowych przyczyn zadłużenia szpitali [13];
- element dotyczący podnoszenia kompetencji zarządczych dotyczyć ma tylko dyrektorów szpitali, podczas gdy w ujęciu kompleksowym powinien również dotyczyć urzędników poziomu centralnego i samorządowego.

W odniesieniu do implementacji, biorąc pod uwagę poprzednie doświadczenia z procesu wdrażania reform opieki szpitalnej (np. opóźnienia w publikacji

rozporządzeń wykonawczych w przypadku sieci szpitali [14]) oraz plany relatywnie krótkich terminów kolejnych etapów postępowania (przyjęcie ustawy już w pierwszym kwartale 2022), ryzyko wystąpienia 'chaosu implementacyjnego' można uznać za wysokie. Termin publikacji samego projektu reformy był przesuwany przez MZ kilkakrotnie. Pierwsza klasyfikacja szpitali ma być dokonana w roku 2023, na podstawie danych za rok 2022, a więc okres gdy szpitale zmagają się z negatywnymi skutkami finansowymi zarówno pandemii COVID-19, jak i znaczących podwyżek kosztów mediów. Można więc przypuszczać że duża liczba szpitali pogorszy swoją sytuację finansową i będzie podlegać znacznemu zakresowi ingerencji Agencji Rozwoju Szpitali. Ta z kolei, będzie zupełnie nową instytucją, wymagającą czasu na rekrutację i przeszkolenie własnych pracowników oraz wdrożenie efektywnych struktur organizacyjnych i zarządczych. Niezależnie od powyższego należy mieć na uwadze, że oparcie tak ważnej dla funkcjonowania szpitali oceny na danych odnoszących się do jednego roku rozliczeniowego nie spełnia wymogu rzetelnej oceny, tym bardziej, że pod uwagę mają zostać wzięte tylko cztery wskaźniki, w tym wskaźnik zobowiązań ogółem mierzonych jako procent przychodów. Wskaźnik ten często decyduje o przypisaniu do grupy. Tymczasem tak skonstruowany wskaźnik może być wysoki w szpitalu nie mającym żadnych problemów z regulacją zobowiązań, ale posiadającym długookresowy kredyt inwestycyjny. Z drugiej strony wskaźnik ten może być relatywnie niski, a mimo to szpital nie jest w stanie regulować swoich zobowiązań.

Projekt ustawy przewiduje wprowadzenie obowiązku ukończenia 3-semestralnych studiów MBA lub zdania egzaminu państwowego dla dyrektorów szpitali. Są to rozwiązania zarówno czaso-, jak i kosztochłonne. Tymczasem, jak wskazują wyniki badań przeprowadzonych przez Polską Federację Szpitali [15], dyrektorzy polskich szpitali to w zdecydowanej większości profesjonaliści z doskonałym przygotowaniem merytorycznym i wieloletnim doświadczeniem praktycznym. Sprawne zarządzanie placówką zależy nie tylko od kierunku ukończonych studiów, ale przede wszystkim od osobowości lidera, stylu zarządzania, umiejętności współpracy z otoczeniem [16] oraz stabilnych, racjonalnych warunków funkcjonowania systemu. Wymóg ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia nie wprowadza konieczności ukończenia tych studiów na najwyżej ocenianych uczelniach (posiadających kategorię naukową A+ i A), ale na uczelniach posiadających kategorię co najmniej B (w jednej z takich dziedzin jak: nauki prawne, nauki o zarządzaniu i jakości, ekonomia i finanse, nauki o zdrowiu). Zgodnie z planowanymi regulacjami, funkcję dyrektora szpitala (lub pełniącego obowiązki) będzie mogła pełnić wyłącznie osoba, która została wpisana na listę menedżerów prowadzoną przez prezesa ARS. Warto zwrócić uwagę, że regulacja ta odnosi się także do tych szpitali, które uzyskają w ocenie najwyższe kategorie klasyfikacji.

O ile element szkoleniowy to niezaprzeczalnie jeden z najważniejszych składowych każdej reformy, to w tym przypadku sensowniejszym rozwiązaniem wydaje się zaplanowanie szeregu szkoleń z tworzenia planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych szpitali (np. interaktywnych warsztatów z udziałem kadry zarządzającej szpitalami, urzędników poziomu centralnego i samorządowego zaangażowanych w zarządzanie sektorem szpitalnictwa, przedstawicieli ARS i NFZ). Bez dobrej, merytorycznej współpracy wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu i zrozumienia dla praktycznych mechanizmów implementacji ustaleń systemowych, trudno uzyskać poprawę zarządzania w całym sektorze. Dyrektorzy szpitali zarządzając placówką w skali mikro, realizują strategie przyjęte na poziomie centralnym i/lub określone przez organy właścicielskie. Nadzór

nad funkcjonowaniem szpitali powinien więc być realizowany przez osoby bardzo dobrze, merytorycznie przygotowane do pełnienia tej funkcji. Samo powołanie ARS, nie będzie wystarczające do wdrożenia efektywnych mechanizmów współpracy pomiędzy różnymi interesariuszami sektora szpitalnictwa.

Podsumowanie

Podsumowując, pomimo że wybrane, ogólne założenia projektu reformy oraz niektóre proponowane rozwiązania można ocenić pozytywnie, kluczowe znaczenie będą miały dalsze prace związane z przygotowaniem i wdrożeniem reformy. Chodzi tu zarówno o uwzględnienie uwag zebranych w procesie konsultacji publicznych i adekwatne dostosowanie regulacji (m.in. zaadresowanie uwag odnoszących się do braku kompleksowości), jak i kolejne etapy wdrażania reformy (m.in. zagwarantowanie przejrzystości rozporządzeń wykonawczych, uwzględnienie elementu szkolenia dla osób zaangażowanych we wdrażanie reformy, czy zagwarantowanie właściwego wymiaru czasowego na kolejne etapy implementacji). Doświadczenia międzynarodowe wskazują na liczne przykłady reform, które wprowadzane w sposób odgórny (bez uwzględnienia opinii głównych interesariuszy), w krótkim wymiarze czasu i niedostatecznie przygotowane zakończyły się porażką [[17](#),[18](#)].