

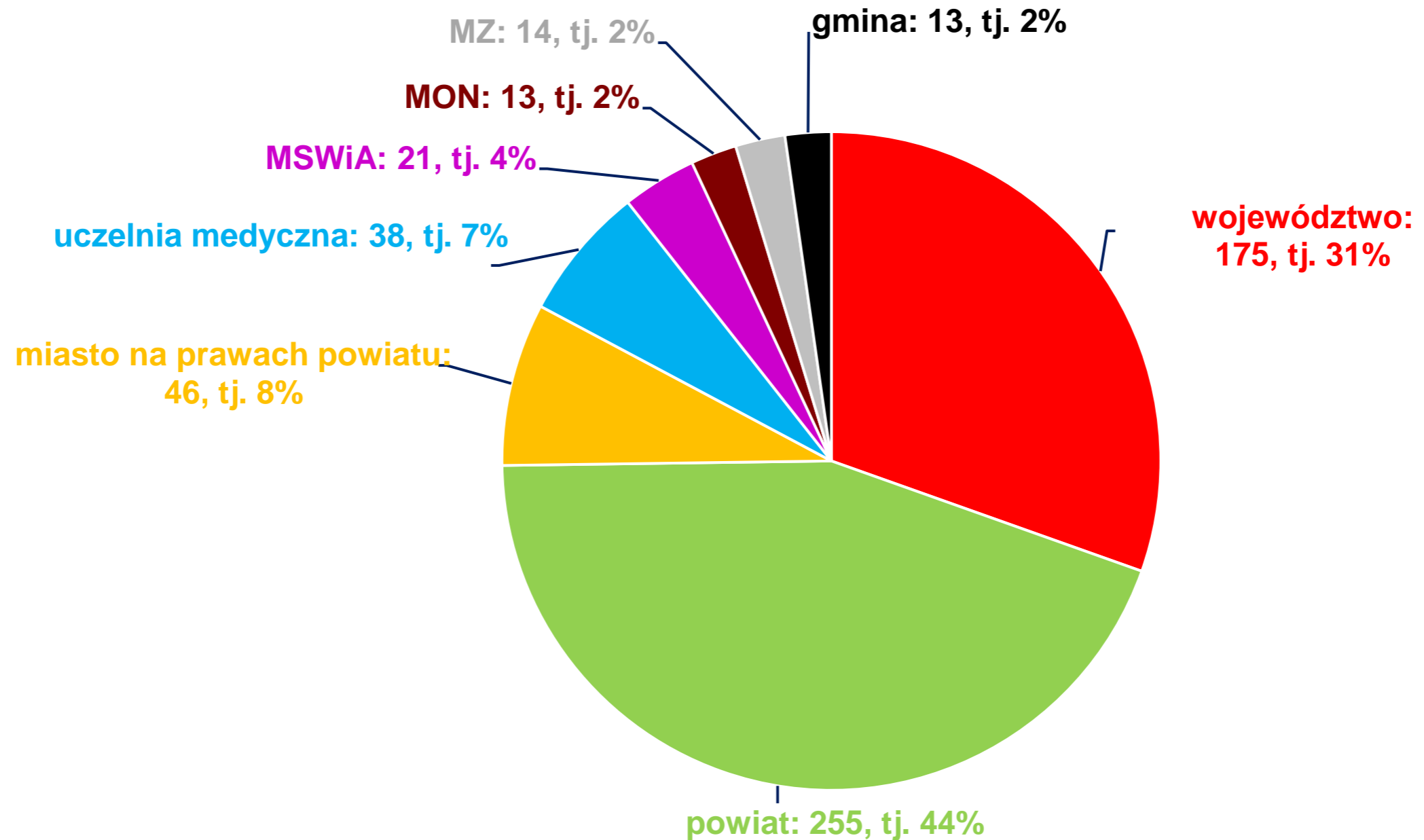


# REFORMA SZPITALI W POLSCE

## Status Projektu

*Sławomir Gadomski*  
*Podsekretarz Stanu*

## Struktura właścicielska szpitali publicznych\*

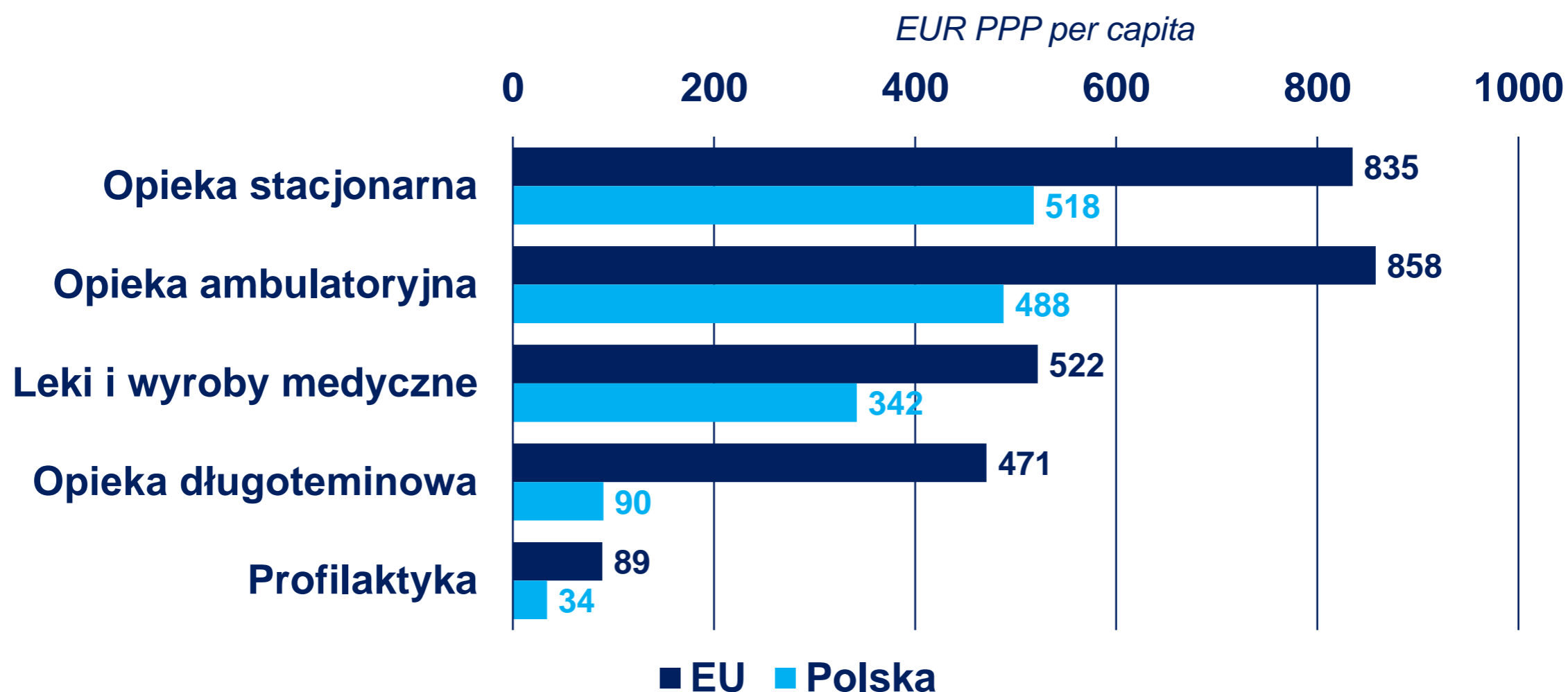


*\*Szpitale publiczne rozumiane są jako szpitale funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych z większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznych.*



## Wydatki na opiekę zdrowotną względem UE

Według *State of Health in the EU Polska Profil systemu ochrony zdrowia 2019*. OECD  
 W 2017 r. ponad **34%** wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce była przeznaczona na opiekę stacjonarną, co stanowi trzecią najwyższą pozycję w UE (średnia dla UE wynosi **29%**)



Źródło: Na podstawie danych OECD, rok 2017



## Nakłady na ochronę zdrowia

Ustawa gwarantująca wzrost nakładów do 6% PKB obowiązuje od 2018 r.

Zgodnie z art. 131c **ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**, na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się środki nie mniejsze niż 6% PKB, z zastrzeżeniem, iż wysokość tych środków w latach 2020-2025 nie może być niższa niż:

4,78% PKB w 2018 r.

4,86% PKB w 2019 r.

5,03% PKB w 2020 r.

5,30% PKB w 2021 r.

5,55% PKB w 2022 r.

5,80% PKB w 2023 r.

Pierwotnie docelowa wartość referencyjna **(6%)** miała zostać osiągnięta w roku 2025, jednak po nowelizacji ustawy w 2018 r. przyspieszono jej osiągnięcie **do roku 2024**



## Nakłady na ochronę zdrowia

Zestawienie dotychczasowych planowanych nakładów na ochronę zdrowia w latach 2015-2020 oraz faktycznego wykonania nakładów przedstawia się następująco:

Rok	Plan wg ustawy		Wykonanie	
	Kwota [mln zł]	% PKB	Kwota [mln zł]	% PKB
2015 r.	74 741	4,57%	77 177	4,72%
2016 r.	79 807	4,62%	80 941	4,68%
2017 r.	84 629	4,73%	87 584	4,89%
2018 r.	89 959	4,86%	93 538	5,05%
2019 r.	97 571	4,92%	102 617	5,18%
2020 r.	107 820	5,10%	113 206*	5,35%

\* dla 2020 r. aktualna wartość planu po zmianach



## Nakłady na ochronę zdrowia

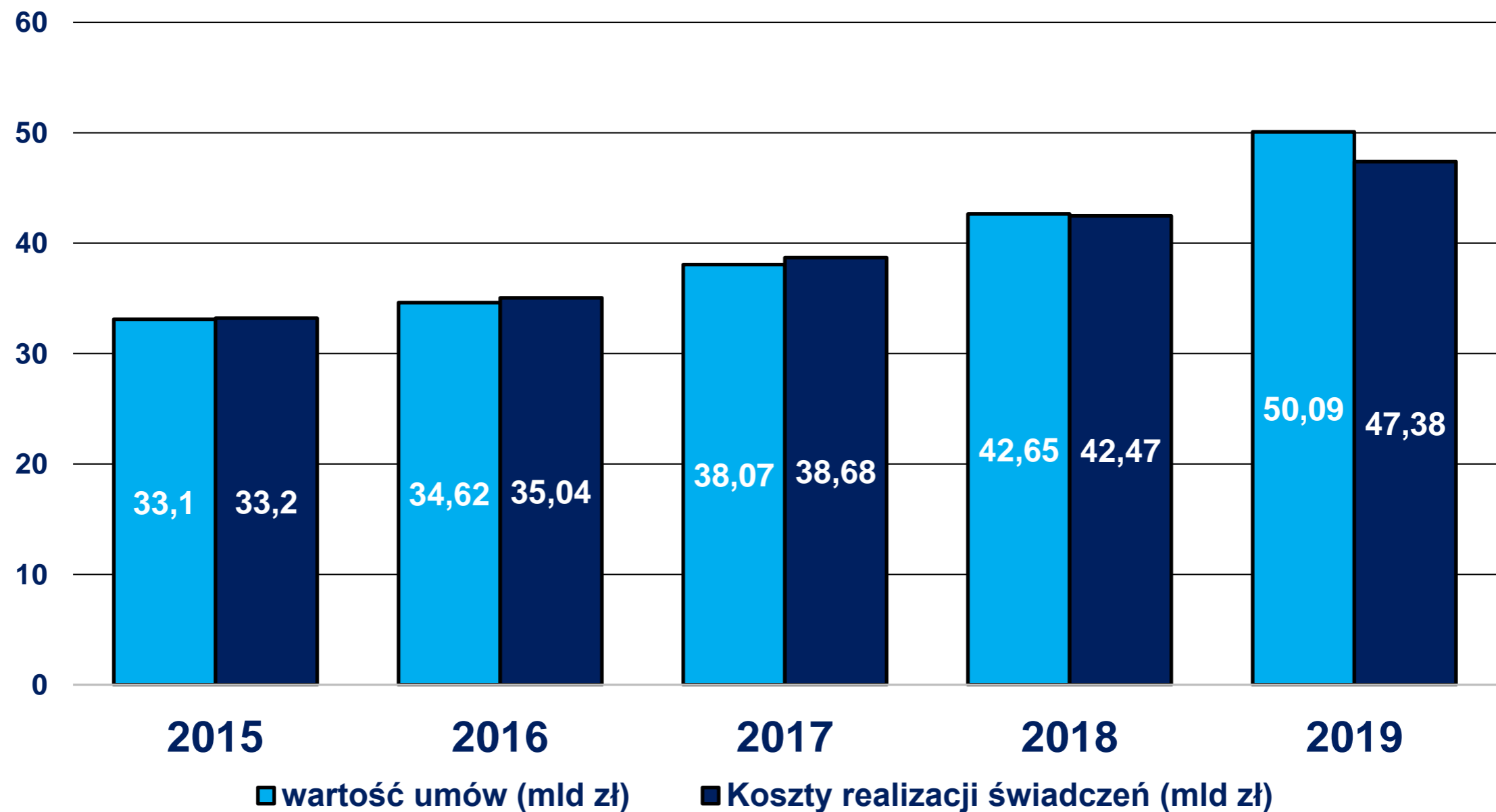
Planowane nakłady na ochronę zdrowia w latach 2021-2024

Rok	Plan wg ustawy	
	Kwota [mln zł]	% PKB
2021 r.	120 500 800	5,30%
2022 r.	124 020 300	5,55%
2023 r.	136 653 800	5,80%
2024 r.	149 430 000	6,00%



# Kontrakty szpitali z Narodowym Funduszem Zdrowia

## Wartość umów i koszty realizacji świadczeń (w mld zł)

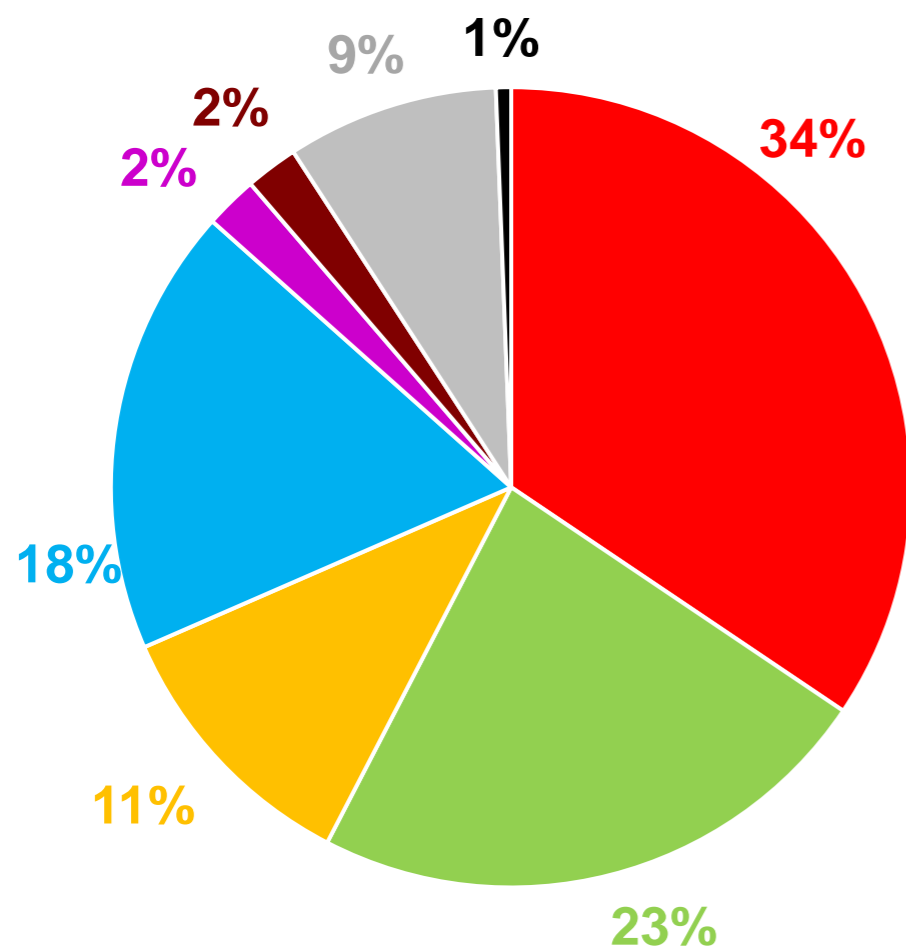


Źródło: Dane z rocznych sprawozdań NFZ

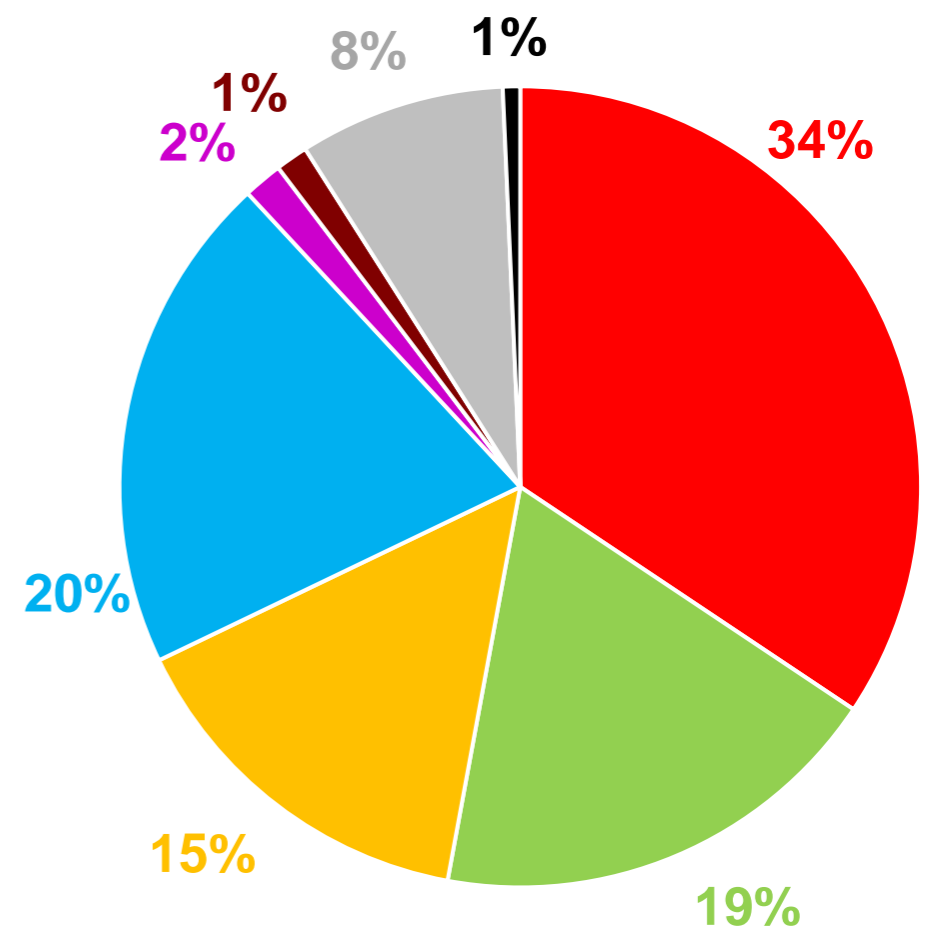


# Zobowiązania ogółem i wymagalne szpitali publicznych według stanu na dzień 30.09.2020 r.

## Zobowiązania ogółem



## Zobowiązania wymagalne

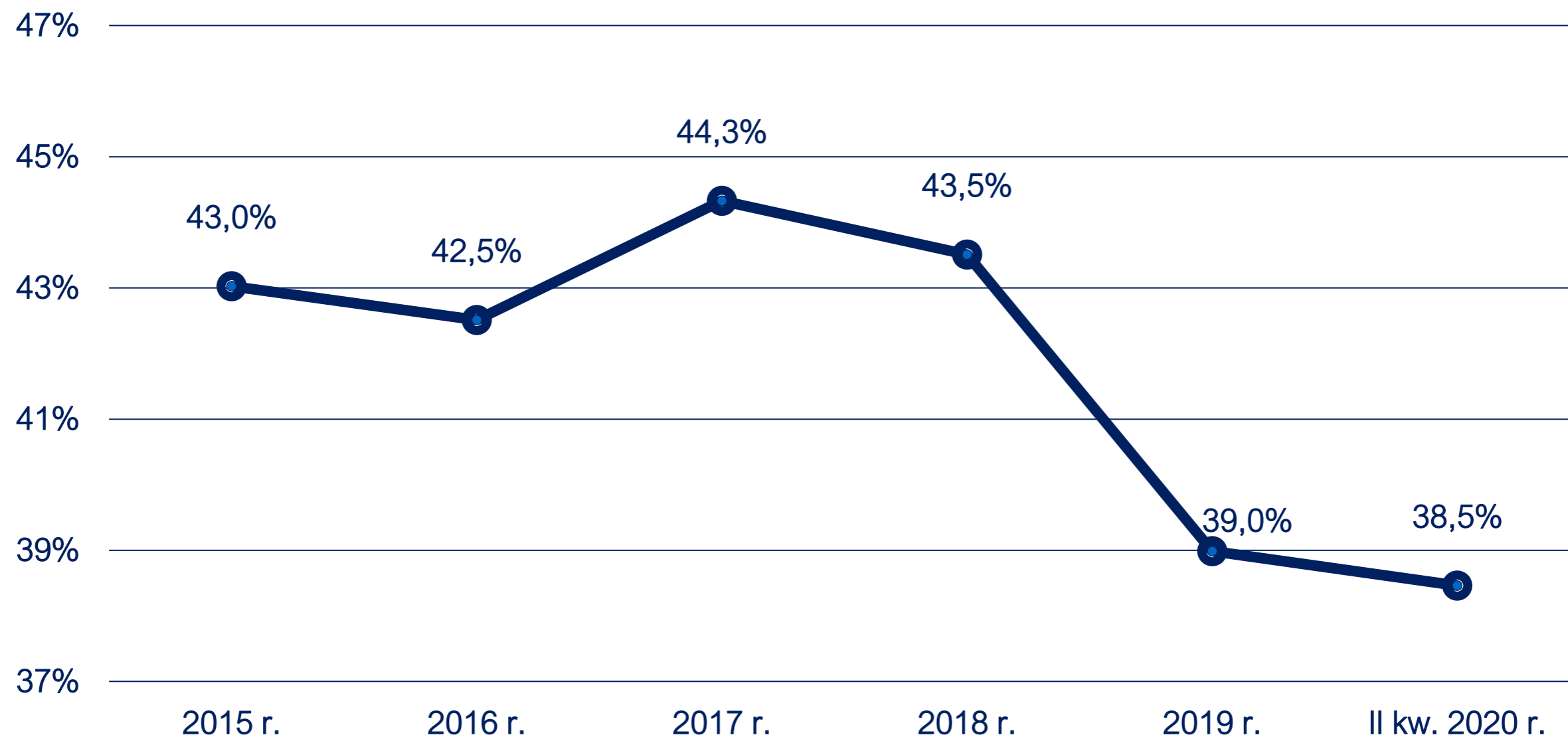


- województwo
- powiat
- miasto na prawach powiatu
- uczelnia medyczna
- MSWiA
- MON
- MZ
- gmina

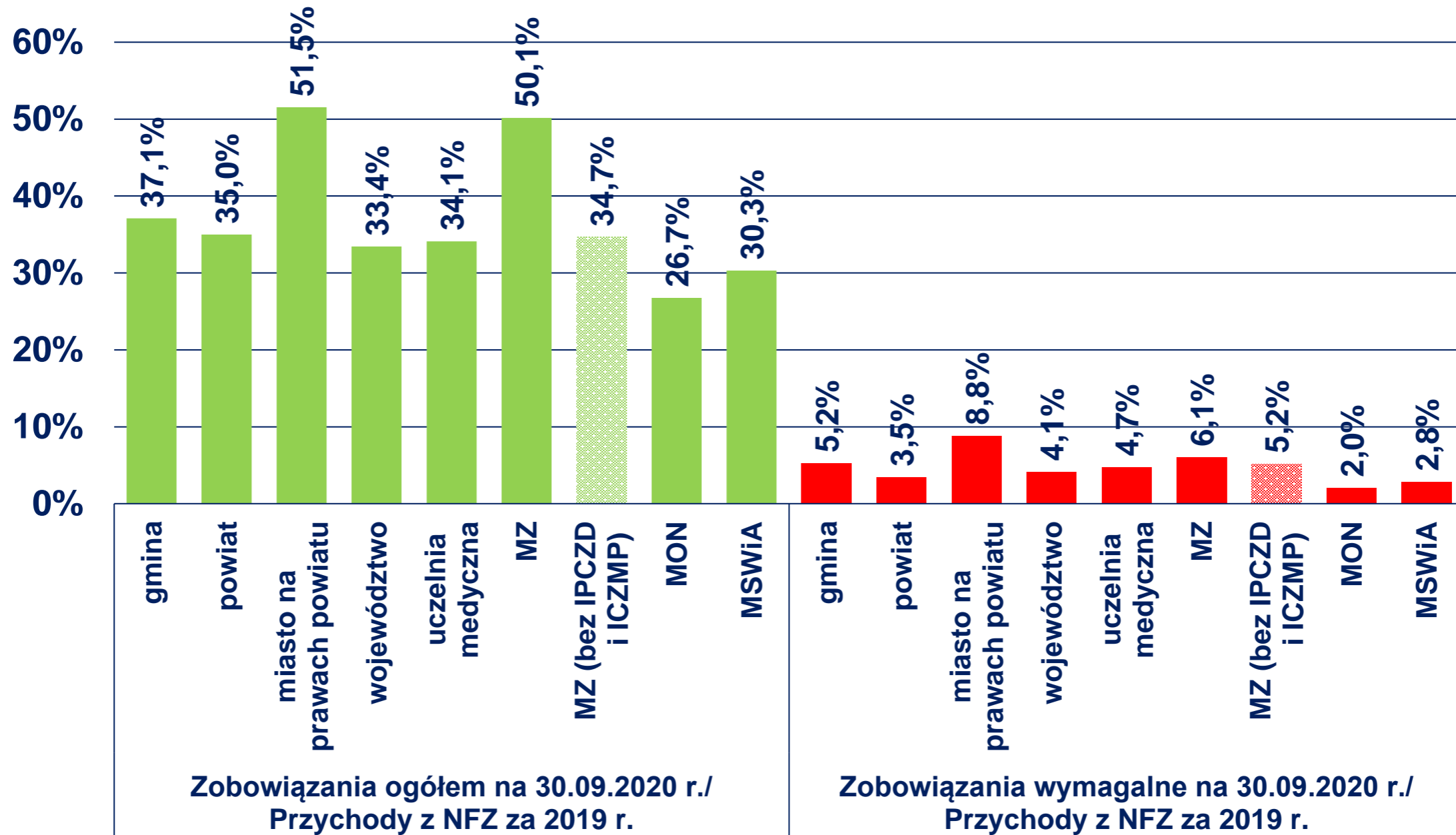




## Procent szpitali bez zobowiązań wymagalnych



# Zobowiązania ogółem i wymagalne w stosunku do przychodów z NFZ szpitali publicznych



# Przyczyny realizacji reformy – dlaczego to robimy?

- Pogorszenie sytuacji finansowej szpitali - rosnące **zadłużenie** szpitali
- „**Wielowładztwo**” - nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia, funkcjonowania i rozwoju podmiotów leczniczych, brak współpracy i kooperacji, spory kompetencyjne
- Utrzymywanie nieefektywnie wykorzystanej bazy, jak również **podwyższonej gotowości** – generowanie nadmiarowych kosztów działalności
- „Wyniszczająca” **konkurencja** – pacjent, personel, zasoby materialne
- Nieskoordynowana **opieka nad pacjentem** - brak odpowiedniej koordynacji działań między poszczególnymi samorządami powiatowymi i wojewódzkim, służącej zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych; rosnące oczekiwania społeczne
- **Niedoinwestowanie sektora** - z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia; opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych
- Niewystarczające lub nieadekwatne **zasoby systemu** do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności
- „Upolitycznienie” zarządzania szpitalami, często przekładające się na nieadekwatny poziom kompetencji zarządczych
- Epidemia COVID-19 w jaskrawy sposób pokazała, jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy „właścicielami” szpitali

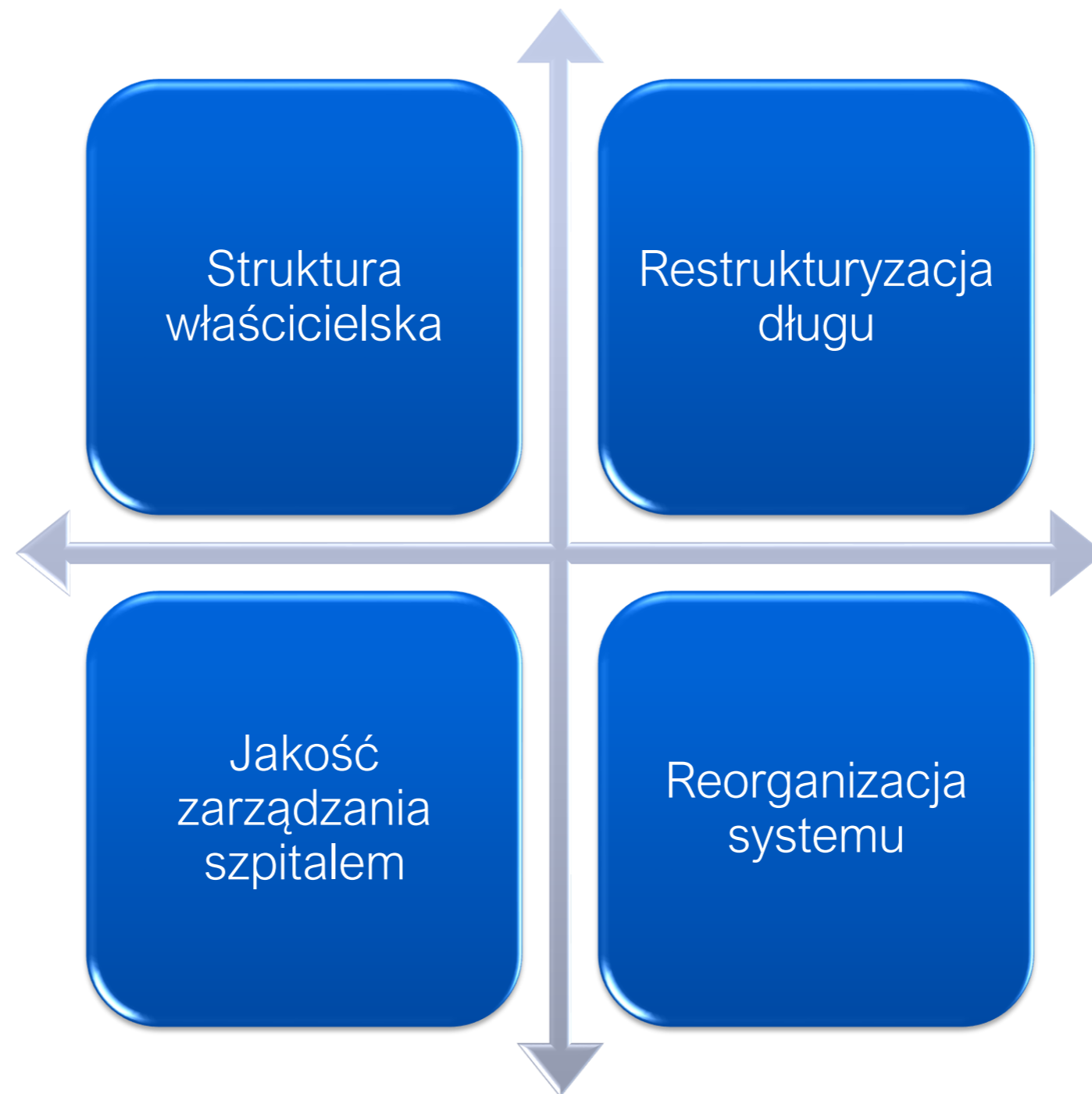


# Efekty realizacji reformy – co chcemy osiągnąć?

- Prowadzenie **spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych** - optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji
- **Oddłużenie** (częściowe) przejmowanych szpitali
- Wdrożenie skutecznych **mechanizmów restrukturyzacyjnych** poprawiających rentowność szpitali i ich stabilność finansową
- **Inwestycje** – skoordynowane działania na rozwój szpitalnictwa, skierowanie dodatkowych środków m.in. z KPO
- Efektywniejsze wykorzystanie dostępnych **zasobów kadrowych** (koncentracja)
- Koordynacja i optymalizacja wykorzystania **bazy materialnej systemu**, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych
- Poprawa jakości leczenia i poziomu obsługi pacjenta - wdrożenie systemowych rozwiązań dot. **jakości i efektów leczenia** (koncentracja leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń
- Wykorzystanie **efektu skali** – interwencje obejmujące wszystkie podmioty np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne; stworzenie Centrum Usług dla szpitali
- Utworzenie profesjonalnego, scentralizowanego systemu nadzoru poprzez powołanie **Agencji Rozwoju Szpitali**, której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali
- Wzmocnienie **kadry zarządzającej** i popularyzacja nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, certyfikacja umiejętności kadry zarządzającej, a także budowa potencjału kadrowego korpusu restrukturyzacyjnego



## PAKIET ZMIAN



# ZMIANA STRUKTURY WŁAŚCICIELSKIEJ

## Opcja 1

- 100% podmiotów podległych MZ
- Warianty: MZ, wojewoda, ARS, NFZ

## Opcja 2

- 2 właścicieli: MZ i Marszałkowie Województw
- Kwestie otwarte: szpitale kliniczne, szpitale resortowe

## Opcja 3

- Zmiany struktury właścicielskiej wyłącznie w powiązaniu z restrukturyzacją długu szpitala



## RESTRUKTURYZACJA DŁUGU

### Rola Agencji Rozwoju Szpitali:

- Wspieranie rozwoju sektora szpitalnictwa i procesów restrukturyzacji szpitali

### Zadania Agencji Rozwoju Szpitali:

- Określenie wielkości zapotrzebowania finansowego na realizację procesów restrukturyzacyjnych, inwestycyjnych oraz zapewnienie płynności szpitalom i monitoring
- Pozyskanie finansowania
- Zatwierdzanie, nadzór i monitorowanie programów restrukturyzacyjnych
- Finansowanie programów restrukturyzacyjnych i rozwojowych
- Certyfikacja kadry menedżerskiej i restrukturyzacyjnej



## Certyfikacja kadry menedżerskiej i restrukturyzacyjnej:

Organizowanie egzaminów i certyfikacja kadry zarządzającej

Kształcenia – szkolenia menedżerskie (program ustawicznego rozwoju)

Przygotowanie merytoryczne „korpusu restrukturyzacyjnego”





# REORGANIZACJA SYSTEMU



Dziękuję za uwagę

