

# BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

<https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/form/r28795961224,Projekt-ustawy-o-modernizacji-i-poprawie-efektywnosci-szpitalnictwa.html>

2021-12-07, 17:24

Numer projektu	UD321
Tytuł	<b>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa</b>
Rodzaj dokumentu	projekty ustaw

Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie

W Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych rozumianych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych, w których wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego. W powyższym ujęciu nie zostały uwzględnione takie podmioty lecznicze, jak: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz terapia uzależnień.

Wskazane podmioty napotykają szereg bardzo istotnych czynników ograniczających ich prawidłowe funkcjonowanie. Podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój szpitali jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem. Nie bez wpływu na nią pozostanie również wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17, który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania szpitali funkcjonujących w formie spzoz.

Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali. W znacznym stopniu utrudnia je również zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego. Występowanie wielu podmiotów nadzorujących odpowiadających za funkcjonowanie poszczególnych szpitali na danym terenie nie służy również zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zauważalną i niekorzystną dla funkcjonowania szpitali jest także nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to jest nacechowane negatywnie, gdyż szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez szpitale.

Nadmiarowe koszty działalności szpitali generuje także utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część szpitali podwyższonej gotowości.

Kolejnym czynnikiem utrudniającym funkcjonowanie i ograniczającym rozwój sektora szpitalnictwa jest jego niedoinwestowanie. Z uwagi na skalę niezbędnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia. Zdecydowany wpływ na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali ma również bardzo wysoki poziom kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem szpitali (w spzoz i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%). Dlatego też, tak istotne jest zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa.

Z niedoinwestowaniem wiążą się pośrednio również zasoby systemu ochrony zdrowia, które w przypadku części szpitali są niewystarczające, a w przypadku innych, nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności.

Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego i epidemii w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19 w jaskrawy sposób pokazał, jak trudno prowadzić skoordynowanie działania zarządzające (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale. Dodatkowo większa liczba tych podmiotów, przy braku jednostki koordynującej i nadzorującej kompleksowo procesy zachodzące w całym sektorze szpitalnictwa, nie sprzyja również prowadzeniu spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych oraz optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych, zgodnemu z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji.

Dodatkowo, w związku z brakiem jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi pojawiają się sytuacje, gdzie poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający, dlatego też w celu zwiększenia profesjonalizacji kadry zarządzającej niezbędna jest jej certyfikacja.

Zaznaczyć należy, że w przeszłości podejmowane były próby zreformowania sektora szpitalnictwa z uwagi na pogarszającą się sytuację finansową szpitali przejawiającą się głównie rosnącym zadłużeniem. Istotnym doświadczeniem w tym zakresie są działania przeprowadzone na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 164). Ówczesna reforma polegała na restrukturyzacji finansowej zadłużenia szpitali z tytułu zobowiązań publiczno- i cywilnoprawnych, jak również roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203” (z lat 1999-2004). Udzielone wówczas przez Bank Gospodarstwa Krajowego pożyczki, co prawda spowodowały spadek zobowiązań wymagalnych w wyniku konwersji na zobowiązania długoterminowe, jednak nie poprawiły realnie sytuacji finansowej szpitali.

Najwyższa Izba Kontroli, zwana dalej „NIK”, w informacji z dnia 9 maja 2016 roku o wynikach kontroli pn. „Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych” (obejmującej okres od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.) wskazała, że nie wprowadzono wówczas skutecznych mechanizmów, które motywowałyby szpitale do restrukturyzacji zapewniającej trwałą poprawę sytuacji finansowej. Mimo, że ówczesne przepisy uzależniały otrzymanie pomocy od przygotowania przez szpitale programów restrukturyzacyjnych, to nie zawierały one już narzędzi wymuszających realizację działań w nich zawartych. Pomoc nie była więc tak naprawdę warunkowana wdrożeniem działań naprawczych.

Ponadto, realizacja działań restrukturyzacyjnych, jak też osiągnięcie zaplanowanych efektów nie były objęte wystarczającym monitorowaniem ani przez organy restrukturyzacyjne (województw) ani też przez podmioty tworzące.

W zdecydowanej części szpitale nie wyznaczały również osób odpowiedzialnych za realizację działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie ich efektów. Zakres przewidzianej w ustawie z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej weryfikacji został ograniczony jedynie do kwestii zgodności wydatkowania środków z ich przeznaczeniem, co nie mobilizowało wspartych szpitali do poprawy jakości zarządzania w dłuższej perspektywie, w tym do podejmowania trudnych w odbiorze społecznym wyzwań w zakresie optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń. Zdaniem NIK, optymalizacja kosztów wynagrodzeń pracowników szpitali, z uwagi na ich największy udział w ogólnych kosztach działalności podmiotów leczniczych, pomimo tego iż jest trudnym wyzwaniem dla zarządzających szpitalem, to jednak ma bezpośredni wpływ na sytuację finansową. Potwierdzeniem tego jest fakt, że na poprawę sytuacji finansowej części szpitali objętych kontrolą NIK wpływ miała nie skala i zakres otrzymanego wsparcia zewnętrznego, a racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności, w szczególności kosztów zatrudnienia i wynagrodzeń.

W raporcie NIK wskazano, że zaciągane w ramach realizacji ówczesnej reformy kredyty i pożyczki długoterminowe tylko w nielicznych przypadkach były przeznaczane na cele rozwojowe i inwestycyjne. Znaczącą część tych zobowiązań związana była z utratą płynności finansowej przez szpitale, a podejmowane działania miały na celu pozyskanie środków na spłatę długu wymagalnego. Podejmowane w tym zakresie działania jedynie w krótkim okresie poprawiały płynność finansową podmiotów, natomiast w dłuższej perspektywie takie zadłużenie stanowiło zwiększone ryzyko dla stabilności finansowej szpitali, w których nie były podejmowane skuteczne działania naprawcze.

Jak stwierdziła NIK, duże znaczenie dla powodzenia procesu restrukturyzacji szpitala mają również kompetencje kadry zarządczej. Działania restrukturyzacyjne wymagają także ścisłej współpracy obu podmiotów – leczniczego oraz tworzącego. W wielu przypadkach stwarzane są jedynie pozory sprawowania nadzoru, czego przejawem jest m.in. ograniczenie zakresu otrzymywanych przez samorządy informacji wyłącznie do treści zawartych w planach i sprawozdaniach finansowych. Brak pogłębionej analizy uniemożliwia zarówno rzetelną ocenę prowadzenia gospodarki finansowej nadzorowanego podmiotu, jak również ocenę planowanych do realizacji działań naprawczych lub rozwojowych w szpitalu. Tymczasem, podmioty tworzące nie oczekiwały od szpitali podejmowania zobowiązań w zakresie prowadzenia działań restrukturyzacyjnych. Oczekiwania w tym zakresie ograniczały się jedynie do uzyskania potwierdzeń, że przekazywana pomoc została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem. Tym samym warunki uzyskiwania przez szpitale wsparcia, nie motywowały zarządzających tymi podmiotami do podejmowania trudnych wyzwań w zakresie restrukturyzacji. Skuteczność takich działań, z uwagi na ryzyko występowania oporu społecznego, w wielu przypadkach uzależniona była jedynie od determinacji osób kierujących szpitalami.

NIK uznała również, że kluczowe dla budowania spójnego systemu ochrony zdrowia, w przypadku braku systemowych rozwiązań, jest współdziałanie samorządów na wszystkich jego szczeblach.

Z informacji NIK, jako najistotniejsze obszary problemowe szpitali publicznych, wylaniają się zatem: konieczność sporządzania rzetelnych programów restrukturyzacyjnych, brak mechanizmów nadzoru, niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący, czy brak mechanizmów mobilizujących kadre zarządzające szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych oraz konsekwencji niewykonania takich programów. Ponadto, wskazano na konieczność stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia, kontroli plac i stwarzających możliwość budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stworzenia kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych.

Przeprowadzona w 2017 r. reforma systemu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej w szpitalach nie przyniosła oczekiwanych rezultatów w zakresie poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, koncentracji świadczeń, racjonalizacji kosztów po stronie podmiotów leczniczych oraz racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”.

Wyodrębnianie w ramach wprowadzonego, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, 6 poziomów zabezpieczenia szpitalnego oparte było na skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach, nie niosąc istotnej wartości dodanej.

Istota rozwiązań ujętych w projekcie

Wychodząc naprzeciw zidentyfikowanym problemom, zdecydowano się przygotować ustawę, mającą na celu osiągnięcie efektów na kilku płaszczyznach. Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy 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. Projektowana regulacja ma także zapewnić prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji.

Projektowana ustawa zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji – Agencji Rozwoju Szpitali, zwanej dalej również „ARS”, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów oraz zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa. Należy zaznaczyć, iż instytucja ta będzie miała również inne zadania dotyczące podmiotów szpitalnych, 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: budżetu państwa, funduszy unijnych, czy funduszy celowych zarządzanych przez Ministra Zdrowia.

Projekt ustawy wprowadza skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek. Proponowane rozwiązania legislacyjne mają pozwolić także na koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminacja konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego.

Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy pozwolą na uniknięcie konkurencji pomiędzy szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z NFZ. Dzięki wykorzystaniu efektu skali przez interwencje obejmujące wszystkie podmioty szpitalne (np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne materiałów i usług) planuje się ograniczenie kosztów funkcjonowania szpitali. Ponadto, zaprojektowane przepisy mają doprowadzić do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych szpitali 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. Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wyspecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.

W zakresie PSZ proponuje się:

1. rezygnację z definiowania i wyodrębniania poziomów PSZ, na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący realizowany na podstawie umowy z NFZ, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, w trybie pełnej hospitalizacji, z jednoczesnym 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;

2. uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących udzielanie przez świadczeniodawców w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń, tj. świadczeń:

- a) realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć,
- b) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci,
- c) z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – leczenie jednego dnia,
- d) z zakresu świadczeń wyspecjalistycznych,
- e) z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych,
- f) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych,
- g) w ramach programów lekowych,
- h) objętych kompleksową opieką zdrowotną;

3. wyłączenie z PSZ świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

4. wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy, dokonanie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ zmiany polegającej na zastąpieniu określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanymi w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia;

5. umożliwienie wszystkim świadczeniodawcom realizującym w ramach PSZ określony profil świadczeń, który nie zostałaby objęty kwalifikacją na nowych zasadach, kontynuację udzielania świadczeń w ramach takiego profilu w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, na okres obowiązywania kolejnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ.

Celem ustawy jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych, a także wsparcie ich rozwoju, optymalizacja ich działalności, dostosowanie działalności poszczególnych podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych, wprowadzanie lub ulepszenie procesowego modelu zarządzania podmiotami szpitalnymi, a w razie potrzeby naprawa ich działalności oraz restrukturyzacja ich zadłużenia na podstawie ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588). Zaproponowane rozwiązania prawne mają umożliwić i wspierać modernizację oraz poprawę efektywności szpitalnictwa przez:

1. poprawę efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez restrukturyzację zadłużenia oraz dokonanie ich ewaluacji i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach:

- a) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A,
- b) 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,
- c) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe,
- d) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego;

2. zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali;

3. współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz współpracę pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobu ludzkiego oraz świadczeń;

4. utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji ARS, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów, a także realizację innych zadań dotyczących podmiotów szpitalnych takich jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów oraz wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie;

5. podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej, a także wprowadzanie lub ulepszenie procesowego modelu zarządzania szpitalem;

6. aktualizację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali).

Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu

MZ

Osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu

Sławomir Gadomski Podsekretarz Stanu

Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM

MZ

Planowany termin przyjęcia projektu przez RM

I kwartał 2022 r.

Informacja o rezygnacji z prac nad projektem (z podaniem przyczyny)

-

---

[Rejestr zmian](#)

---