

Sprzeczne założenia – czyli co jest nie tak w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

Bernadeta Skóbel



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

Do jakiego poziomu efektywności w skali makro dążymy?

- art. 5
- Celem działań określonych ustawą jest modernizacja i poprawa efektywności działalności podmiotu szpitalnego, wsparcie rozwoju podmiotu szpitalnego, optymalizacja jego działalności, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, wprowadzenie lub ulepszenie zarządzania procesowego podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby, naprawa działalności podmiotu szpitalnego, w tym poprzez restrukturyzację jego zadłużenia na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.

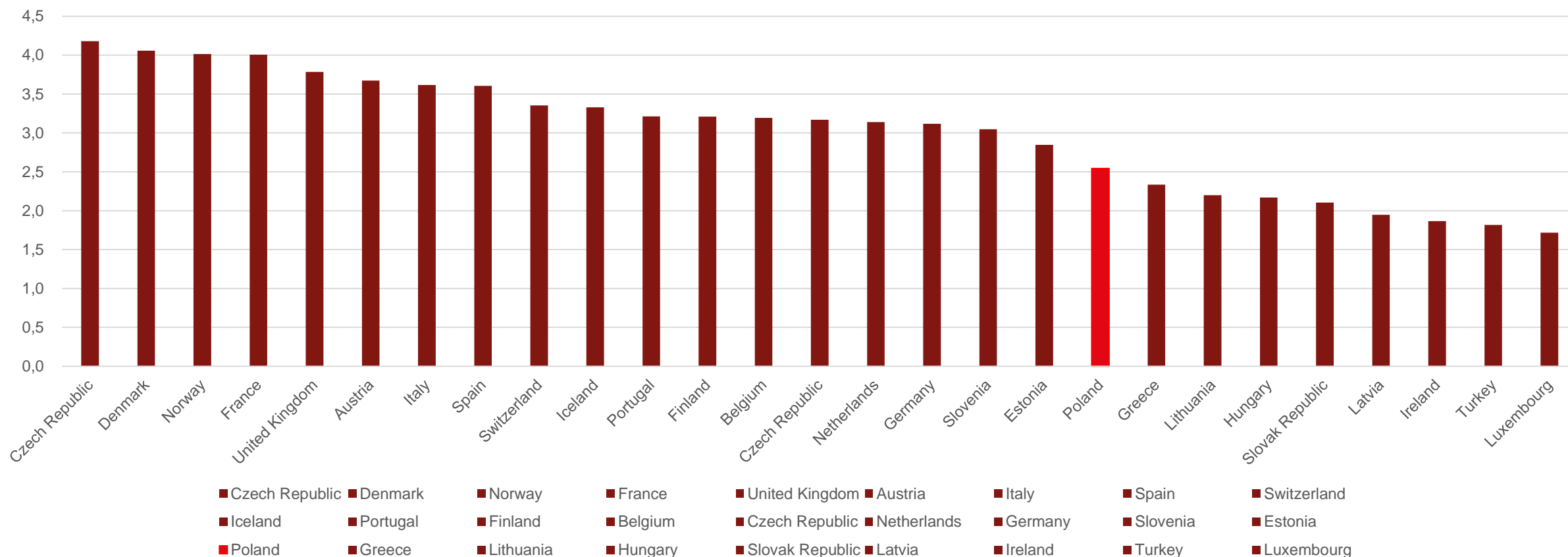


Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w 2010-2020 r. w państwach OECD – per capita z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza dane w \$

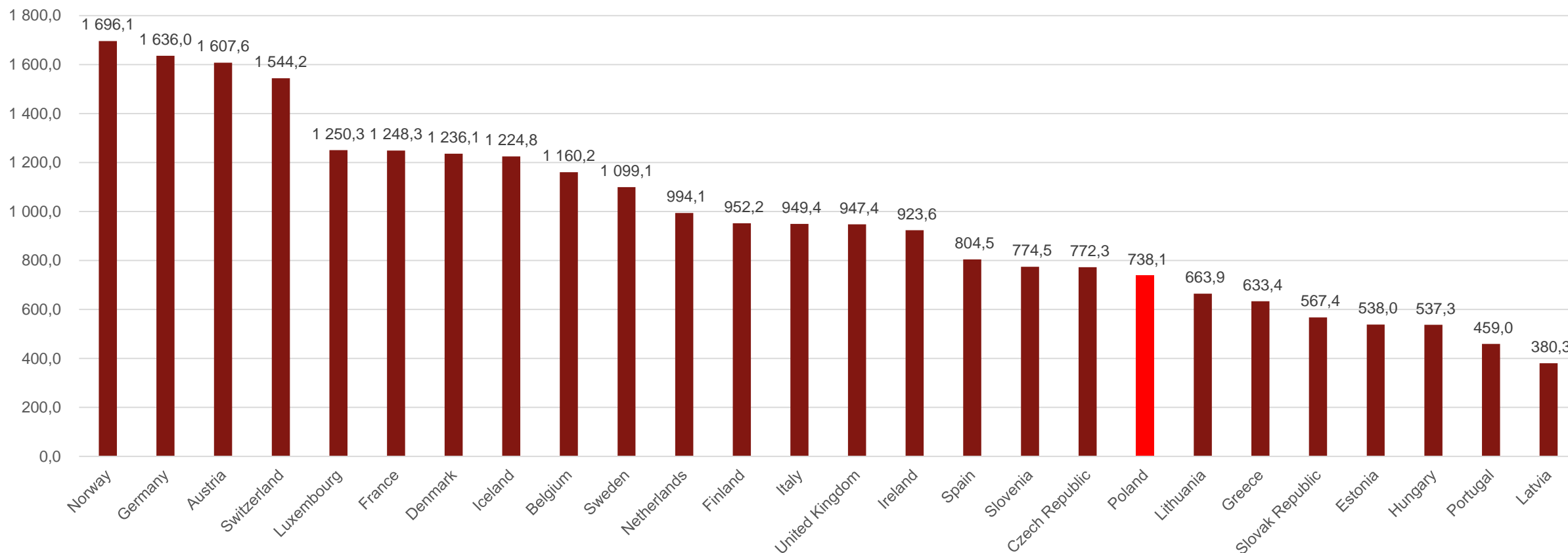
Kraj	Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Austria		3180,8	3242,1	3426,5	3527,9	3595,7	3661,1	3842,7	3934,3	4149,6	4292,1	4504,3
Czechy		1669,1	1712,8	1750,6	2047,2	2120,6	2096,2	2189,6	2358,8	2635,8	2795,6	3118,9
Dania		3492,6	3486,5	3623,8	3754,5	3819,0	3934,1	4079,7	4271,2	4459,6	4562,2	4902,7
Estonia		1041,2	1076,5	1161,4	1237,0	1326,0	1412,3	1534,5	1620,4	1743,6	1867,6	2305,6
Finlandia		2643,2	2792,7	2960,3	3066,0	3086,1	3071,8	3128,0	3221,3	3369,6	3547,5	3650,9
Niemcy		3683,5	3795,4	3937,6	4151,4	4338,2	4458,2	4781,4	5037,3	5313,8	5514,4	5728,9
Islandia		2608,1	2650,2	2716,5	2806,6	2897,4	3016,9	3205,0	3389,4	3609,4	3763,8	4218,8
Irlandia		3087,4	3017,8	3127,3	3035,4	2979,9	3093,1	3299,2	3417,9	3630,4	3791,0	4319,1
Włochy		2436,7	2386,0	2330,6	2305,3	2290,5	2299,3	2435,9	2489,4	2600,8	2700,6	2913,7
Litwa		984,2	1054,1	1055,6	1101,5	1203,7	1287,1	1397,0	1475,5	1622,1	1810,4	1952,1
Holandia		3732,5	3775,5	3926,9	3995,6	4000,9	4009,7	4137,2	4291,7	4547,3	4743,0	5325,5
Norwegia		4047,3	4191,8	4415,4	4664,3	4867,8	4897,3	5041,0	5306,7	5602,2	5788,2	5803,2
Polska		1020,8	1060,7	1105,7	1180,5	1192,1	1268,6	1358,1	1429,2	1517,7	1643,2	1867,6
Portugalia		1718,3	1586,5	1484,8	1561,2	1568,2	1626,9	1735,9	1779,6	1930,4	2041,1	2154,1
Słowacja		1446,9	1457,0	1513,7	1598,2	1612,7	1641,5	1639,0	1578,4	1642,3	1746,7	1937,5
Słowenia		1703,7	1745,0	1749,3	1781,0	1777,2	1852,1	1991,5	2045,1	2228,9	2404,4	2728,9
Szwecja		2831,7	3767,5	3941,0	3975,8	4088,4	4201,5	4320,6	4421,2	4626,3	4712,7	4895,1
Wielka Brytania		2770,1	2810,6	2895,2	2928,1	3002,8	3041,2	3174,7	3230,6	3366,7	3533,2	4306,0
MEDIANA		2625,7	2721,5	2805,8	2867,4	2938,7	3029,0	3151,4	3226,0	3368,1	3540,4	3934,9
ŚREDNIA		2449,9	2533,8	2617,9	2706,5	2764,8	2826,1	2960,6	3072,1	3255,4	3403,2	3701,8



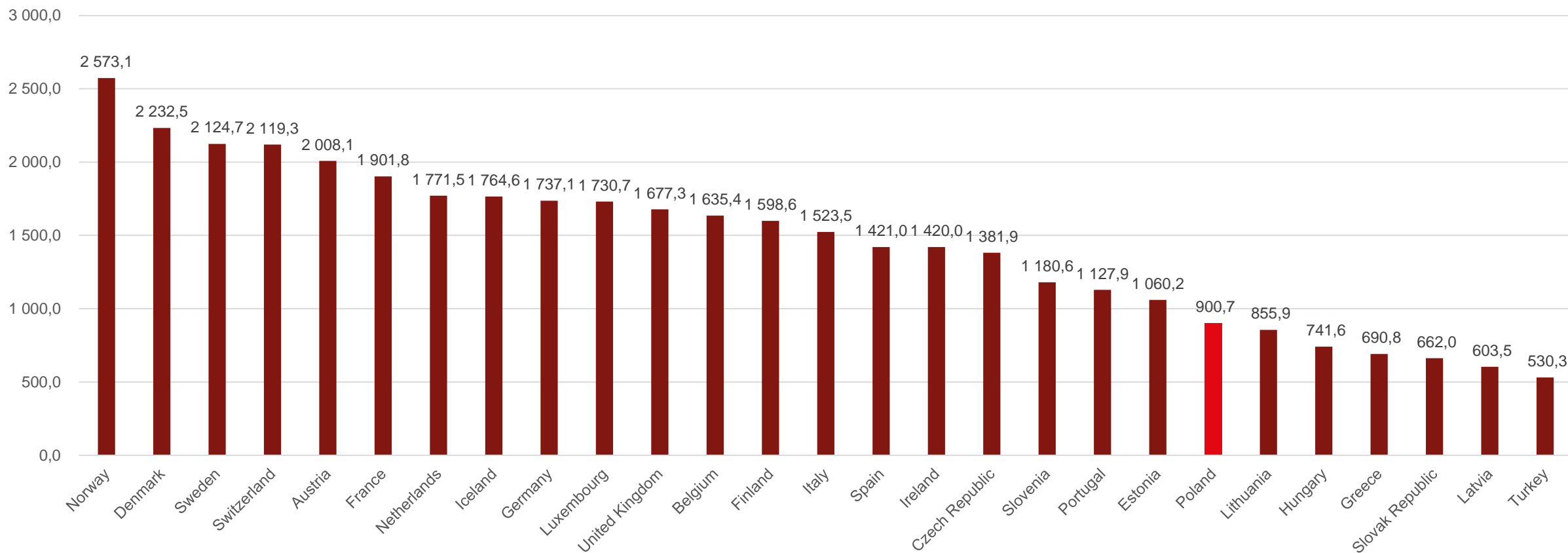
Nakłady publiczne PKB na ochronę zdrowia w 2019 r. w państwach OECD – dostawca usług – szpitale (w \$)



Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w cenach bieżących z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza w 2019 r. w państwach OECD – leczenie stacjonarne i rehabilitacja (w\$)



Nakłady publiczne na ochronę w cenach bieżących z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza zdrowia w 2019 r. w państwach OECD – dostawca usług – szpitale (w \$)



Co powinien podmiot szpitalny?

- Art. 3.
- **Podmiot szpitalny**, przy wsparciu podmiotu nadzorującego, oraz Agencja i Fundusz są **obowiązane** dostosować działalność podmiotu szpitalnego **do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych** z uwzględnieniem **efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich** w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
- Art. 4.
- Ust. 1 Podmioty szpitalne **są obowiązane do wzajemnej współpracy** we wszystkich aspektach działalności leczniczej, w tym w zakresie **koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych**, z uwzględnieniem obowiązku wynikającego z art. 3.
- Ust. 2 Podmioty nadzorujące są obowiązane do wspierania współpracy, o której mowa w ust. 1, oraz współpracy między sobą we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne



A co będzie robił podmiot leczniczy?

- Brak instrumentów współpracy i zachęt do współpracy?
- Brak instrumentów prawnych i organizacyjnych pozwalających np. na koncentrację zasobów ludzkich czy koncentrację zasobów?
- Walka o przyszły kontrakt na etapie opracowania własnych planów rozwojowych (szpitale kategorii A i B) i naprawczo-rozwojowych (szpitale kategorii C i D) bez oglądania się na sąsiadów?



Kierownik podmiotu leczniczego i zaczarowany ołówek

Plan rozwojowy ma zawierać m.in.:

- ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dostosowania jego działalności do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu szpitalnego jest niedostosowana do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych także działania dostosowawcze;
- propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych, jeżeli jest przewidywana;
- planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B zawiera również wskazanie planowanych do wdrożenia działań optymalizacyjnych mających na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego.



Masz dobre wskaźniki? Nic nie szkodzi

- Art. 32
- Ust. 5 Agencja opiniuje plan rozwojowy w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, w terminie 3 miesięcy od dnia jego otrzymania.
- Ust 7 Prezes Funduszu na podstawie opinii, o której mowa w ust. 5, zobowiązany jest do:
 - 1) zaproszenia podmiotu szpitalnego, w terminie określonym przez Agencję, do udziału w rokowaniach, na podstawie art. 144a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, który został pozytywnie zaopiniowany;
 - 2) **wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**, w terminie określonym przez Agencję w zakresie, który został negatywnie zaopiniowany.

Brak ścieżki odwoławczej, brak kontroli sądowej w stosunku do opinii wydawanych przez Agencję.



Dziękuję za uwagę



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH