

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Nazwa projektu</b><br/>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b><br/>Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b><br/>Pan Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b><br/>Pan Rafał Głowczyński, Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia, e-mail: <a href="mailto:r.glowczynski@mz.gov.pl">r.glowczynski@mz.gov.pl</a><br/>tel. (22) 530 02 80;<br/>Pan Rafał Bułanowski, Główny Specjalista w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: <a href="mailto:r.bulanowski@mz.gov.pl">r.bulanowski@mz.gov.pl</a><br/>tel. (22) 530 02 54<br/>– w zakresie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.</p> | <p><b>Data sporządzenia</b><br/>29.12.2021</p> <p><b>Źródło:</b> Polski Ład</p> <p>Reforma w Ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności</p> <p><b>Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów</b><br/>UD321</p> |
|--|--|

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa jest elementem Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie w I kwartale 2022 r.

W Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zwane dalej „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 z wyłączeniem takich podmiotów leczniczych jak: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz podmioty udzielające świadczeń wyłącznie w zakresie terapii uzależnień.

Wskazane podmioty napotykać 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 r., 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 pielęgniarzkimi w kosztach szpitali ogółem (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 pokazał, jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale. Większa liczba z 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 Mapą 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.

Konieczność przeprowadzenia proponowanych systemowych zmian jest jak najbardziej uzasadniona w szczególności ze względu na pogorszenie sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych, w tym rosnące zadłużenie; zjawisko tzw. „wielowładztwa” – nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia, funkcjonowania i rozwoju podmiotów szpitalnych, brak współpracy i kooperacji; 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 podmiotów jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia; opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób; niewystarczające lub nieadekwatne zasoby systemu do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności; „upolitycznienie” zarządzania podmiotami szpitalnymi, często przekładające się na nieadekwatny poziom kompetencji zarządczych; epidemię COVID-19, która pokazała jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi podmioty szpitalne.

Zaznaczyć należy, że w przeszłości były podejmowane próby zreformowania sektora szpitalnictwa w Rzeczypospolitej Polskiej 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 r. 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. Znacząca 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 są stwarzane 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, wyłaniają się zatem: konieczność sporządzania rzetelnych programów restrukturyzacyjnych, brak mechanizmów nadzoru, niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący, czy brak mechanizmów mobilizujących kadrę zarządczą szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych oraz brak konsekwencji niewykonania takich programów. Ponadto, wskazano na konieczność stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia, kontroli płac i stwarzających możliwość budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stworzenia kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych.

W kontekście proponowanych zmian ważna jest diagnoza efektów dotychczasowego funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, w czterech poniższych obszarach:

#### 1) Dostępność do świadczeń

Z poziomu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wynikają kolejki i czas oczekiwania na realizację świadczeń. Przeanalizowano wskaźnik potencjału likwidacji kolejki (iloraz liczby osób oczekujących i liczby świadczeń) w poszczególnych kwartałach. Uwzględniono pięć najdłuższych list oczekujących (największa liczba oczekujących) w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i tyle samo list do oddziałów szpitalnych. Na koniec 2017 r. wskaźnik wynosił 1,46, a na koniec 2019 r. 1,43. Oznacza to poprawę sytuacji, jednak zdecydowanie w zbyt małym stopniu.

#### 2) Racjonalna piramida świadczeń

Zarówno liczba, jak i wartość świadczeń udzielonych w ramach AOS przez świadczeniodawców z PSZ w latach 2017-2019 odnotowały wzrosty. Liczba udzielonych świadczeń wynosiła odpowiednio: 33,83 mln w 2017 r., 33,92 mln w 2018 r. i 34,17 mln w 2019 r.. Z kolei wartość udzielonych świadczeń kształtowała się następująco: 2,59 mld zł w 2017 r., 2,81 mld zł w 2018 r. i 3,09 mld zł w 2019 r. W ciągu trzech lat działania sieci liczba świadczeń zrealizowanych w trybie ambulatoryjnym wzrosła więc zaledwie o 3%.

Jednocześnie, należy zauważyć, że analiza świadczeń sprawozdanych w ramach profilu chirurgia ogólna na oddziałach całodobowych wykazała, że ponad 60% hospitalizacji możliwych było do rozliczenia jako świadczenia w ramach chirurgii jednego dnia (to znaczy bez konieczności zapewnienia całodobowego dostępu do bloku operacyjnego, w ramach ustalonego harmonogramu).

#### 3) Koncentracja świadczeń

W ramach opieki położniczej, w latach 2017-2019 w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, odebrano prawie 1,14 mln porodów (odpowiednio: 393 tys. w 2017 r., 380 tys. w 2018 r. i 366 tys. w 2019 r.) w prawie 400 placówkach (odpowiednio: 397 w 2017 r., 382 w 2018 r. i 383 w 2019 r.). Z kolei liczba świadczeniodawców o rocznej liczbie porodów powyżej 400 z każdym rokiem malała, wynosząc 320 w 2017 r., 305 w 2018 r. i 291 w 2019 r. Udział porodów z tych placówek w ogólnej liczbie porodów utrzymywał się jednak na stałym poziomie wynoszącym około 94%. Świadczy to o zwiększającej się liczbie oddziałów, w których liczba porodów nie spełnia wytycznych konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa oraz w dziedzinie neonatologii.

W ramach świadczeń zabiegowych w chirurgii ogólnej, w latach 2017-2019 świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej udzielało ponad 500 świadczeniodawców (odpowiednio 598 w 2017 r., 566 w 2018 r. i 538 w 2019 r.). Udziałem świadczeń zabiegowych (operatywą) powyżej 60% charakteryzowało się w latach 2017-2019 odpowiednio 476, 456 i 451 jednostek (80%, 81% i 84% wszystkich szpitali), zaś powyżej 80% odpowiednio 204, 178 i 180 szpitali (34%, 31%

i 33% wszystkich szpitali). Oznacza to wysoki udział świadczeń zachowawczych (około 1/5 wszystkich hospitalizacji) z tendencją do poprawy.

#### 4) Kompleksowość opieki

W ramach analizy, dla określonych typów świadczeń sprawdzano kompleksowość świadczeń. Badano następujące pary świadczeń (1) hospitalizacja JGP z powodu zawału i rehabilitacja kardiologiczna, (2) leczenie udaru (wg JGP) i rehabilitacja neurologiczna, (3) endoprotezoplastyka (wg JGP) rehabilitacja ogólnoustrojowa lub fizjoterapia, (4) operacje na kręgosłupie (wg JGP) i rehabilitacja neurologiczna, ogólnoustrojowa lub fizjoterapia. W każdym przypadku sprawdzono wśród jakiego odsetka świadczeniodawców mniej niż 25% pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne po zabiegu. Wyniki przedstawiają się następująco: (1) zawał: 64% w 2017 r. i 41% w 2019 r., (2) udar: 47% w 2017 r. i 39% w 2019 r., (3) endoprotezoplastyka: 68% w 2017 r. i 56% w 2019 r., (4) kręgosłup: 88% w 2017 r. i 92% w 2019 r. Z powyższego wynika, że w przypadku pierwszych 3 świadczeń zaobserwowano pożądany kierunek zmiany, natomiast w przypadku operacji kręgosłupa sytuacja się pogorszyła.

Z prezentowanych danych wynika, że mimo przeprowadzonej reformy oraz bieżących korekt, opisywane parametry nie osiągnęły zakładanych wartości lub zbyt wolno zmierzają do pożądanego stanu.

Na tej podstawie można stwierdzić, że 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 tych świadczeń, racjonalizacji kosztów po stronie podmiotów leczniczych oraz racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – NFZ.

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

## 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wychodząc naprzeciw zidentyfikowanym problemom, została przygotowana ustawa, mająca 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 Mapą 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 „ARS”, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów oraz zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa. Należy zaznaczyć, iż ARS 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 eliminację konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego.

Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy pozwolą na uniknięcie konkurowania 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 doprowadzą do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych 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 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 opieki zdrowotnej i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili tych

świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.

Jeżeli chodzi o skalę i zakres zmian zaproponowanych w regulacji to projekt przewiduje przeprowadzenie przez ARS co trzy lata (począwszy od 2023 r.) obowiązkowej oceny wszystkich podmiotów szpitalnych, którym na podstawie zawartych w projekcie kryteriów ekonomiczno-finansowych będzie przyznawana odpowiednia kategoria, która będzie determinowała procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe, które będą zachodziły w poszczególnych podmiotach:

- 1) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który obligatoryjnie tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;
- 2) 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;
- 3) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS obligatoryjnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe;
- 4) 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 kierownika tego podmiotu szpitalnego.

Jednocześnie przewidziano możliwość przeprowadzenia przez Prezesa ARS dodatkowej kategoryzacji na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego.

Wyżej wymienione kategorie będą przyznawane w oparciu o poniższe kryteria ekonomiczno-finansowe.

Kategoria A zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu, w przypadku którego spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0%;
- 2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00;
- 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2%;
- 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.

Kategoria B zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu, który z uwagi na swoją sytuację finansową, nie został zakwalifikowany do kategorii A, C albo D.

Kategoria C zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu, który nie będzie kwalifikował się do kategorii D oraz w przypadku którego spełniony będzie warunek wskazany w pkt 1 lub 2, tj.:

- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0% i jednocześnie wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70;
- 2) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.

Kategoria D zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu, w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmować będzie wartość większą niż 15% lub w przypadku którego spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%;
- 2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35;
- 3) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50%.

Do określenia poszczególnych kategorii przyznawanych podmiotom szpitalnym zdecydowano się wykorzystać cztery wskaźniki ekonomiczno-finansowe, które najlepiej charakteryzują sytuację finansową podmiotu w najważniejszych jej aspektach: rentowności, płynności finansowej oraz poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których termin płatności upłynął.

Zdecydowano, że rentowność prowadzonej przez podmiot szpitalny działalności oceniana będzie przy użyciu wskaźnika rentowności działalności operacyjnej, która uwzględnia działalność na sprzedaży i pozostałą działalność operacyjną. Rentowność działalności operacyjnej jest wielkością, która odnosi się do bieżącej działalności podmiotu szpitalnego i najlepiej obrazuje, czy podejmowane decyzje o charakterze operacyjnym skutkują finalnie dodatnim czy ujemnym efektem finansowym. Rentowność ta nie obejmuje działalności finansowej, której ujemna wartość może wynikać z wysokiej wartości kosztów finansowych będących efektem zaciągniętych w przeszłości zobowiązań. W przypadku podmiotów szpitalnych już zrestrukturyzowanych, które wykazują dodatnią rentowność działalności operacyjnej, ale z powodu wysokich kosztów finansowych prezentują ujemny wynik netto, wymagane może być wsparcie innego rodzaju niż restrukturyzacja działalności.

Płynność finansowa podmiotów szpitalnych, określająca zdolność tych podmiotów do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych będzie oceniana przy użyciu wskaźnika płynności szybkiej. Argumentem przemawiającym za wyborem wskaźnika płynności szybkiej, a nie wskaźnika płynności bieżącej jest fakt, że ten ostatni w swej konstrukcji uwzględnia również zapasy jako potencjalne źródło pokrycia zobowiązań krótkoterminowych. Trudno

jednak uznać, że posiadane przez podmioty szpitalne zapasy, w tym materiały medyczne i leki, stanowią najbardziej płynne aktywa mogące służyć spłacie zobowiązań. Stąd zdecydowano się na wybór wskaźnika płynności szybkiej, do kalkulacji którego przyjmuje się aktywa obrotowe pomniejszone między innymi o zapasy.

Poziom zadłużenia podmiotów szpitalnych, z uwagi na znaczne zróżnicowanie skali działalności prowadzonej przez poszczególne jednostki, zdecydowano się analizować w odniesieniu do wielkości osiągniętych w ciągu roku przychodów. Porównanie posiadanych zobowiązań ogółem do przychodów ogółem pozwala określić jaka część rocznych przychodów potrzebna byłaby do uregulowania całości zobowiązań posiadanych przez podmiot szpitalny, natomiast wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obrazuje jaką część uzyskanych przychodów należałoby przeznaczyć na pokrycie zobowiązań najbardziej pilnych, których termin płatności upłynął. Relatywne ujęcie zobowiązań w stosunku do przychodów zapewni porównywalność pomiędzy podmiotami szpitalnymi i nie będzie dyskryminować dużych podmiotów szpitalnych, które w sposób oczywisty posiadają większe zobowiązania w ujęciu nominalnym niż jednostki prowadzące działalność o mniejszej skali. Dodatkowo, uznano, że odniesienie zobowiązań do przychodów lepiej określi możliwość ich spłaty niż w przypadku wskaźnika zadłużenia aktywów liczonego jako stosunek zobowiązań do sumy aktywów. Argumentem przemawiającym za tym wyborem jest fakt, że w przypadku podmiotów szpitalnych część aktywów może być udostępniona przez podmioty tworzące w formie niepozwalającej na ujęcie w ewidencji bilansowej podmiotu szpitalnego, a także ze względu na różny stopień zamortyzowania aktywów.

Projekt ustawy zawiera zasady oraz warunki tworzenia planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii A albo B, a także reguluje postępowanie naprawczo-rozwojowe podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D, które w każdym przypadku będzie toczyło się z udziałem nadzorca podmiotu szpitalnego wyznaczanego przez Prezesa ARS. Projekt zawiera przepisy dotyczące wszczęcia i zakończenia tego postępowania, zasad oraz warunków tworzenia planu naprawczo-rozwojowego, katalogu środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych (w tym istotny środek w postaci zmiany profilu działalności podmiotu szpitalnego), zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D, a także kategorii C, ale tylko w ściśle określonych przypadkach, a w spółkach kapitałowych poprzez ustanowienie zarządcy.

Postępowanie naprawczo-rozwojowe będzie ulegało zakończeniu po przeprowadzeniu kolejnej kategoryzacji podmiotu szpitalnego, przy czym w przypadku zmiany kategorii na wniosek, postępowanie naprawczo-rozwojowe będzie ulegało zakończeniu po przyznaniu podmiotowi szpitalnemu kategorii A. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy będzie obowiązywał do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa ARS o zatwierdzeniu kolejnego planu naprawczo-rozwojowego, a w przypadku gdy na skutek kolejnej kategoryzacji przyznano podmiotowi szpitalnemu kategorię A albo B – plan naprawczo-rozwojowy będzie obowiązywał do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii. W sytuacji zmiany kategorii na skutek wniosku złożonego przez podmiot szpitalny albo podmiot nadzorujący podmiot szpitalny – plan naprawczo-rozwojowy będzie obowiązywał do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o przyznaniu kategorii A. W ocenie projektodawcy zasadnym jest by podmiot szpitalny będący w procesie naprawczo-rozwojowym zawsze działał w oparciu o plan naprawczo-rozwojowy a przejście pomiędzy planami tworzonymi na skutek kolejnych kategoryzacji było płynne i by plany te ze sobą korespondowały.

Zaproponowano także rozwiązania związane z restrukturyzacją zadłużenia podmiotu szpitalnego, które będzie odbywało się na podstawie nowego fakultatywnego postępowania zawartego w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588). Projekt ureguje również zasady funkcjonowania, organizację i zadania ARS, a także wymagania związane ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego.

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 wysokospecjalistycznych,
  - 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 zostałby 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 ulepszanie 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. Zaproponowane rozwiązania prawne mają umożliwić i wspierać modernizację oraz poprawę efektywności szpitalnictwa przez:

- 1) poprawę efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych poprzez dokonanie ich oceny i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach, między innymi restrukturyzując ich zadłużenia;
- 2) zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do regionalnych 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 sieci szpitali;
- 3) współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz współpracę pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej;
- 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) podniesienie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej, a także wprowadzenie lub ulepszenie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym;
- 6) aktualizację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali).

### **3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?**

W państwach członkowskich OECD/UE istnieją różne modele regulacji związanych z funkcjonowaniem sektora szpitalnictwa oraz z modernizacją i poprawą jego efektywności. Trudno byłoby wyróżnić określony model zdecydowanie dominujący. Jest to również oczywiście uzależnione od tego jaki system ochrony zdrowia funkcjonuje w danym kraju, a także jaką formę organizacyjno-prawną przewidziano w nim dla szpitali (np. specyficzna, trudno porównywalna forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej właściwa dla większości szpitali publicznych w Rzeczypospolitej Polskiej).

Wydatki na opiekę stacjonarną stanowią w każdym kraju znaczną część budżetu przeznaczanego na zdrowie. Według raportu State of Health in the EU w 2017 r. ponad jedna trzecia wydatków publicznych na ochronę zdrowia w naszym kraju była przeznaczona na opiekę stacjonarną, co stanowi trzecią najwyższą pozycję w Unii Europejskiej (średnia dla Unii Europejskiej wynosi 29%). Pierwsze dwa miejsca zajmuje Grecja i Rumunia z 42% wynikiem. W porównaniu do innych krajów europejskich, które mają podobny wskaźnik SDI (Słowacja 28%, Włochy 32%<sup>1</sup>), w Rzeczypospolitej Polskiej znacznie więcej funduszy przeznacza się na opiekę szpitalną. Porównując wydatki na opiekę stacjonarną w przeliczeniu na mieszkańca w Rzeczypospolitej Polskiej wynoszą 518 EUR na mieszkańca i są poniżej średniej Unii Europejskiej 835 EUR na mieszkańca<sup>2</sup>. Największy procentowy udział PKB w Unii Europejskiej na lecnicstwo zamknięte i rehabilitację szpitalną w całych wydatkach na zdrowie odnotowano w Austrii, Francji oraz Grecji, najniższy zaś w Luksemburgu, na Łotwie oraz w Estonii. Rzeczpospolita Polska plasuje się w połowie stawki, na równi z Hiszpanią. Warto zauważyć, że w latach 2014-2019 odnotowano wzrost nakładów na opiekę stacjonarną, co jest odwrotną tendencją w stosunku do innych krajów Unii Europejskiej, w których z roku na rok nakłady te maleją.

Według danych OECD z 2018 r. Rzeczpospolitą Polską charakteryzuje wysoki współczynnik liczby łóżek na 1 000 osób<sup>3</sup>. Wynosi on 6,5 łóżka, co stanowi piątą najwyższy wynik w UE. Liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności dla krajów UE spadała z roku na rok między 2007 a 2018, natomiast liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności dla Rzeczypospolitej Polskiej nie wykazywała silnego trendu malejącego. Można zauważyć, że nasz kraj jest jednym z krajów o najwyższym współczynniku gęstości łóżek. Ponadto jest jednym z 4 krajów (obok Bułgarii, Rumunii i Portugalii), w których gęstość łóżek w 2018 r. była wyższa niż w 2007 r. Porównywanie liczby łóżek szpitalnych między państwami ma jednak swoje ograniczenia, wynikające z organizacji systemu ochrony zdrowia i specyfiki konkretnych państw. Nie należy wyciągać wniosków na temat konieczności redukcji liczby łóżek szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej bez szczegółowej analizy zapotrzebowania w poszczególnych dziedzinach medycyny. W tym kontekście ważne jest wskazanie, że państwa z większą liczbą łóżek na 1 tys. mieszkańców stosunkowo lepiej radzą sobie z pandemią COVID-19. Większa liczba łóżek pozwala na szybkie przeprofilowanie części szpitali/ oddziałów/

łóżek na dedykowane wyłącznie chorym na COVID-19.

Jeśli chodzi o reformy w zakresie modernizacji i poprawy efektywności sektora szpitalnictwa to poszczególne państwa podejmowały takie działania jak: zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych (Węgry, Rumunia, Litwa), utworzenie sieci szpitali (Estonia, Łotwa, Litwa, Rumunia, Słowacja), przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego (Czechy), zmiany w strukturze własności szpitali (Chorwacja, Węgry, Rumunia, Słowacja), centralizacja opieki wysokospecjalistycznej (Czechy), zarządzanie finansowe (Bułgaria, Chorwacja), centralizacja zamówień (Chorwacja, Węgry, Słowacja), ograniczenie działalności szpitali (Bułgaria, Łotwa, Rumunia), ograniczenie liczby szpitali, z którymi podpisano kontrakt lub zakwalifikowano do finansowania ze środków publicznych (Bułgaria, Słowacja), zachęty do stosowania opieki ambulatoryjnej/jednodniowej (Estonia, Bułgaria, Słowenia), wprowadzenie metodologii jednorodnych grup pacjentów (Łotwa, Litwa), elementy systemu płacenia za wynik (Chorwacja), minimalne wymagania kadrowe (Czechy), monitorowanie jakości (Chorwacja, Litwa, Słowacja), doinwestowanie i poszerzenie zakresu POZ (Estonia, Łotwa, Litwa), czy rozbudowa infrastruktury do opieki długoterminowej (Rumunia)<sup>4</sup>.

W państwach Unii Europejskiej istnieją rozmaite modele kontraktowania opieki szpitalnej przez publicznych płatników. W Niemczech każdy z 16 krajów związkowych tworzy, na podstawie ustaw przyjmowanych przez Landtagi, tzw. plany szpitalne, zawierające wykaz szpitali mających gwarancję finansowania udzielanych przez nie świadczeń przez kasy chorych oraz korzystające ze środków publicznych przy finansowaniu wydatków inwestycyjnych.

We Francji wszystkie szpitale publiczne oraz prywatne *non-for-profit* a także część szpitali prywatnych *for-profit* posiadają umowy z kasami chorych.

Na Słowacji obowiązują regulacje określające minimalną liczbę łóżek szpitalnych w poszczególnych specjalnościach, które muszą zostać zakontraktowane w danym regionie przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, a ponadto funkcjonuje wykaz szpitali państwowych, mających gwarancję kontraktów.

W Holandii co do zasady instytucje ubezpieczenia zdrowotnego mają swobodę wyboru szpitali, z którymi zawierają kontrakty, przy czym w praktyce nie dotyczy to ok. 30% szpitali wysokospecjalistycznych, mających umowy ze wszystkimi płatnikami.

<sup>1</sup> *Health at a Glance 2019 OECD INDICATORS*, s. 161.

<sup>2</sup> *Profil systemu ochrony zdrowia, OECD, 2019.*

<sup>3</sup> *OECD (2020), Hospital beds (indicator). DOI: 10.1787/0191328e-en, dostęp w dniu 09.06.2020 r.*

<sup>4</sup> *Agencja Restrukturyzacji Szpitali Innowacja, Anna Kozieł World Bank Group, 2021.*

#### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

| Grupa   | Wielkość | Źródło danych                        | Oddziaływanie   |
|---|----------|--------------------------------------|---|
| podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie spzoz, instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia lub Ministra Obrony Narodowej 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, z wyłączeniem takich podmiotów leczniczych, jak: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz podmioty udzielające świadczeń wyłącznie w | 575      | System Statystyki w Ochronie Zdrowia | – podleganie ocenie i kategoryzacji ze strony ARS,<br><br>– konieczność przygotowania i realizacji planu rozwojowego lub przeprowadzenia postępowania naprawczo-rozwojowego |



|   |         |   |   |
|---|---------|---|---|
| zakresie terapii uzależnień   |         |   |   |
| podmioty lecznicze udzielające świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego   | ok. 600 | NFZ   | możliwość uzyskania stabilnych warunków finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym kwalifikacją do PSZ   |
| instytuty badawcze nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia | 14      | obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych (M.P. poz. 723) | uwzględnienie specyfiki instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia  |
| samorządy województw  | 16      | System Statystyki w Ochronie Zdrowia  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– czasowa zmiana zakresu praw i obowiązków wynikających z pełnienia funkcji podmiotu tworzącego podmiotu szpitalnego,</li> <li>– monitorowanie realizacji przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych</li> </ul>   |
| powiaty i miasta na prawach powiatu                                       | 274     | System Statystyki w Ochronie Zdrowia  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– czasowa zmiana zakresu praw i obowiązków wynikających z pełnienia funkcji podmiotu tworzącego podmiotu szpitalnego,</li> <li>– monitorowanie realizacji przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych</li> </ul>   |
| gminy   | 13      | System Statystyki w Ochronie Zdrowia  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– czasowa zmiana zakresu praw i obowiązków wynikających z pełnienia funkcji podmiotu tworzącego podmiotu szpitalnego,</li> <li>– monitorowanie realizacji przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych</li> </ul>   |
| uczelnie medyczne   | 15      | System Statystyki w Ochronie Zdrowia  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– czasowa zmiana zakresu praw i obowiązków wynikających z pełnienia funkcji podmiotu tworzącego podmiotu szpitalnego,</li> <li>– monitorowanie realizacji przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych</li> <li>– proponowanie kandydatów na członków Rady ARS</li> </ul> |
| Minister właściwy do spraw wewnętrznych                                   | 1       | rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– monitorowanie realizacji przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych,</li> <li>– proponowanie kandydatów na</li> </ul>   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | (Dz. U. z 2019 r. poz. 2264)   | członków Rady ARS   |
| Minister Obrony Narodowej                        | 1  | rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. z 2019 r. poz. 2259)                           | – monitorowanie realizacji przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych,<br>– proponowanie kandydatów na członków Rady ARS   |
| Minister właściwy do spraw zdrowia               | 1  | rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932)                                      | – pełnienie nadzoru nad działalnością ARS,<br>– powoływanie i odwoływanie organów ARS,<br>– monitorowanie realizacji przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych  |
| Minister właściwy do spraw finansów publicznych  | 1  | rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 października 2021 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Finansów (Dz. U. z 2021 r. poz. 1947)                                | proponowanie kandydatów na członków Rady ARS  |
| Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego | 1  | ustawa z dnia 6 maja 2005 r. o Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz o przedstawicielach Rzeczypospolitej Polskiej w Komitecie Regionów Unii Europejskiej (Dz. U. poz. 759) | proponowanie kandydatów na członków Rady ARS  |
| Rada Dialogu Społecznego                         | 1  | ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2232, z późn. zm.)  | proponowanie kandydatów na członków Rady ARS  |
| Prezes Rady Ministrów                            | 1  | ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2021 r. poz. 178, z późn. zm.)   | proponowanie kandydatów na członków Rady ARS  |
| Narodowy Fundusz Zdrowia                         | centrala i 16 oddziałów wojewódzkich NFZ | ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)   | – przedstawianie stanowisk w zakresie planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych,<br>– proponowanie kandydatów na członków Rady ARS<br>– racjonalizacja wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej<br>– uproszczenie zasad kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ |
| Rzecznik Praw Pacjenta                           | 1  | ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn.   | proponowanie kandydatów na członków Rady ARS  |

|                            |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|
|                            |   | zm.)  |   |
| Sąd Okręgowy w Warszawie   | 1 | rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie ustalenia siedzib i obszarów właściwości sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz zakresu rozpoznawanych przez nie spraw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1269) | pełnienie funkcji sądu restrukturyzacyjnego dla podmiotów szpitalnych |
| Sąd Apelacyjny w Warszawie | 1 | rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie ustalenia siedzib i obszarów właściwości sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz zakresu rozpoznawanych przez nie spraw                              | pełnienie funkcji sądu II instancji                                   |

## 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Pre-konsultacje w odniesieniu do projektu ustawy nie były przeprowadzane.

Projekt ustawy w ramach konsultacji publicznych i opiniowania został przesłany, z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag, do następujących podmiotów:

- 1) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 3) Naczelna Izba Lekarska;
- 4) Naczelna Izba Aptekarska;
- 5) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- 6) Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Krajowa Izba Fizjoterapeutów;
- 8) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 9) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 11) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 12) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii;
- 13) Forum Związków Zawodowych;
- 14) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 15) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 16) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 17) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 18) Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”;
- 19) Business Centre Club;
- 20) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 21) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 22) Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 23) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 24) Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;
- 25) Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców;
- 26) Konfederacja „Lewiatan”;
- 27) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 28) Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 29) Rada Główna Instytutów Badawczych;
- 30) Unia Metropolii Polskich;
- 31) Związek Województw RP;
- 32) Związek Powiatów Polskich;
- 33) Związek Miast Polskich;
- 34) Związek Gmin Wiejskich RP;
- 35) Unia Miasteczek Polskich;
- 36) Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP;
- 37) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 38) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ;
- 39) Stowarzyszenie Primum Non Nocere;

- 40) Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali;
- 41) Izba Lecznictwa Polskiego;
- 42) Polska Unia Szpitali Klinicznych;
- 43) Polska Federacja Szpitali;
- 44) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 45) Federacja Pacjentów Polskich;
- 46) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 47) Obywatelskie Stowarzyszenie DLA DOBRA PACJENTA;
- 48) Rada Działalności Pożytku Publicznego;
- 49) Rada Dialogu Społecznego;
- 50) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 51) Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego;
- 52) Prezes Sądu Apelacyjnego w Warszawie;
- 53) Prezes Sądu Okręgowego w Warszawie;
- 54) Krajowa Rada Sądownictwa;
- 55) Instytut Allerhanda w Krakowie;
- 56) Krajowa Izba Doradców Restrukturyzacyjnych;
- 57) Związek Banków Polskich;
- 58) Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej;
- 59) Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 60) Urząd Ochrony Danych Osobowych;
- 61) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 62) Centrum e-Zdrowia.

Projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).

Projekt ustawy został udostępniony również w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną przedstawione po ich zakończeniu w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

## 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

| (ceny stałe z 2021 r.)                            | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] |         |          |          |         |         |         |         |         |         |         |                   |
|---|---|---------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------|
|   | 0   | 1       | 2        | 3        | 4       | 5       | 6       | 7       | 8       | 9       | 10      | Łącznie<br>(0-10) |
|   | 2022 r.   | 2023 r. | 2024 r.  | 2025 r.  | 2026 r. | 2027 r. | 2028 r. | 2029 r. | 2030 r. | 2031 r. | 2032 r. |                   |
| <b>Dochody ogółem</b>                             | 5,6   | 31,5    | 46,0     | 47,2     | 47,2    | 44,7    | 44,8    | 44,8    | 43,1    | 43,2    | 43,2    | 441,2             |
| budżet państwa – z tytułu podatków od wynagrodzeń | 0,4   | 2,2     | 3,3      | 3,4      | 3,4     | 3,2     | 3,3     | 3,3     | 3,2     | 3,2     | 3,2     | 32,0              |
| JST – z tytułu podatków od wynagrodzeń            | 0,5   | 2,3     | 3,4      | 3,5      | 3,5     | 3,4     | 3,4     | 3,4     | 3,3     | 3,3     | 3,3     | 33,5              |
| ZUS – z tytułu składek płaconych od wynagrodzeń   | 3,7   | 21,7    | 31,7     | 32,5     | 32,5    | 30,7    | 30,7    | 30,7    | 29,5    | 29,5    | 29,5    | 302,8             |
| NFZ – z tytułu składek płaconych od wynagrodzeń   | 1,0   | 5,2     | 7,6      | 7,8      | 7,8     | 7,4     | 7,4     | 7,4     | 7,1     | 7,1     | 7,2     | 72,9              |
| <b>Wydatki ogółem</b>                             | 24,4  | 195,9   | 1 333,1  | 1 333,6  | 433,9   | 428,5   | 430,8   | 430,4   | 424,2   | 424,6   | 325,8   | 5 785,4           |
| budżet państwa                                    | 24,4  | 195,9   | 1 333,1  | 1 333,6  | 433,9   | 428,5   | 430,8   | 430,4   | 424,2   | 424,6   | 325,8   | 5 785,4           |
| a) część 46 – Zdrowie                             | 24,4  | 194,3   | 1 331,6  | 1 332,1  | 432,4   | 427,0   | 429,1   | 428,9   | 422,7   | 423,1   | 324,3   | 5 770,1           |
| b) część 15 – Sądy powszechne                     | 0,0   | 1,6     | 1,5      | 1,5      | 1,5     | 1,5     | 1,7     | 1,5     | 1,5     | 1,5     | 1,5     | 15,3              |
| JST   | 0,0   | 0,0     | 0,0      | 0,0      | 0,0     | 0,0     | 0,0     | 0,0     | 0,0     | 0,0     | 0,0     | 0,0               |
| <b>Saldo ogółem</b>                               | -18,9   | -164,5  | -1 287,1 | -1 286,4 | -386,7  | -383,8  | -386,0  | -385,6  | -381,1  | -381,4  | -282,6  | -5 344,2          |
| budżet państwa                                    | -24,0   | -193,7  | -1 329,9 | -1 330,2 | -430,6  | -425,3  | -427,5  | -427,1  | -421,1  | -421,4  | -322,7  | -5 753,4          |
| JST   | 0,5   | 2,3     | 3,4      | 3,5      | 3,5     | 3,4     | 3,4     | 3,4     | 3,3     | 3,3     | 3,3     | 33,5              |
| ZUS   | 3,7   | 21,7    | 31,7     | 32,5     | 32,5    | 30,7    | 30,7    | 30,7    | 29,5    | 29,5    | 29,5    | 302,8             |
| NFZ   | 1,0   | 5,2     | 7,6      | 7,8      | 7,8     | 7,4     | 7,4     | 7,4     | 7,1     | 7,1     | 7,2     | 72,9              |

|  |  |
|--|--|
| Źródła finansowania  | Budżet państwa: część 46 – Zdrowie, część 15 – Sądy powszechne   |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | <p><b>I. Struktura podmiotów szpitalnych</b></p> <p>W Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych rozumianych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie spzoz (428), instytutów badawczych (14) oraz spółek kapitałowych (133, w tym 125 ze 100% kapitałem publicznym) 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 następujące podmioty lecznicze: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz podmioty udzielające świadczeń wyłącznie w zakresie terapii uzależnień.</p> <p>Analizując przedmiotowe podmioty szpitalne pod kątem podmiotów nadzorujących te jednostki, a w przypadku spółek kapitałowych – ich większościowych udziałowców albo akcjonariuszy, należy stwierdzić, że najwięcej podmiotów szpitalnych prowadzonych jest przez powiaty (255, tj. 44% ogółu) oraz samorządy województw (175, tj. 31%). Podmioty szpitalne prowadzone przez miasta na prawach powiatu stanowiły 8% ogółu (46 szpitali), a podmioty szpitalne gminne zaledwie 2% (13 jednostek). Podmiotów szpitalnych klinicznych, czyli nadzorowanych przez uczelnie medyczne było według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. 38, co stanowiło 7% podmiotów szpitalnych. Z kolei podmioty szpitalne resortowe, tj. nadzorowane przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji występujące w liczbie 48 stanowiły łącznie 8% ogólnej liczby podmiotów szpitalnych. Do tej ostatniej grupy zaliczają się również instytuty badawcze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne: 12 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 2 nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej.</p> <p><b>II. Zobowiązania podmiotów szpitalnych</b></p> <p>Sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych jest bardzo zróżnicowana, zarówno w całej zbiorowości jednostek, jak i w obrębie poszczególnych podmiotów je nadzorujących. Zauważalna jest jednak generalna tendencja pogarszania się sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych z każdym kolejnym rokiem. Wielkością ekonomiczną charakteryzującą sytuację finansową podmiotów szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej jest kwota posiadanych przez te jednostki zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych to znaczy takich, dla których termin płatności już upłynął.</p> <p>Zobowiązania ogółem podmiotów szpitalnych według stanu na 31 grudnia 2020 r. wyniosły 20 062 mln zł, z czego zobowiązania wymagalne wyniosły 2 112 mln zł. Zobowiązania ogółem w latach 2017-2020 systematycznie zwiększały swoją wartość z poziomu 14 148 mln zł do 20 062 mln zł, natomiast zobowiązania wymagalne wzrosły z poziomu 1 617 mln zł do 2 112 mln zł.</p> <p>Zaznaczenia wymaga, że zjawisko występowania zobowiązań wymagalnych nie dotyczy wszystkich podmiotów szpitalnych – według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. zobowiązania przeterminowane wykazało 58% podmiotów. Biorąc pod uwagę całą kwotę zobowiązań wymagalnych na koniec 2020 r. (2 112 mln zł), 80% tej kwoty generowało 13% podmiotów szpitalnych, natomiast za generowanie połowy zobowiązań wymagalnych odpowiadało zaledwie 4% podmiotów.</p> <p>Największy udział w generowaniu zobowiązań zarówno ogółem, jak i wymagalnych podmiotów szpitalnych miały jednostki utworzone i nadzorowane przez powiaty i miasta na prawach powiatu – łącznie około 34% całości zobowiązań. Podobną wartość zobowiązań wygenerowały podmioty nadzorowane przez samorządy województw.</p> <p>Planuje się, że na skutek realizacji przewidzianych w projektowanej ustawie rozwiązań problem występowania zobowiązań wymagalnych w podmiotach szpitalnych zostanie</p> |

wyeliminowany.

### **III. Wskazanie źródła finansowania ARS**

Na rzecz ARS zostanie przekazana z budżetu państwa dotacja podmiotowa przeznaczona na pokrycie kosztów jej utworzenia oraz jej funkcjonowania, jak również na realizację działań ustawowych, związanych z ocenianiem i kategoryzacją podmiotów szpitalnych, inicjowaniem, wspieraniem i monitorowaniem procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych, nadzorem nad procesami rozwojowymi i postępowaniami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych, organizowaniem i koordynowaniem wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych oraz monitorowaniem funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej. Ponadto ARS zostanie przekazana z budżetu państwa dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych związanych z jej działalnością.

Natomiast działalność ustawowa związana ze wsparciem finansowym podmiotów szpitalnych, dostosowaniem działalności tych podmiotów do potrzeb regionalnych i ich rozwojem, wdrażaniem i nadzorowaniem zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych przez rozwijanie modeli zarządzania procesowego będzie finansowana z przekazywanej na ten cel dotacji celowej.

W kolejnych latach przewiduje się systematyczny wzrost dotacji wynikający ze zwiększenia ilości realizowanych przez ARS zadań. Wskazane z tego tytułu wydatki stanowią maksymalne limity, a rzeczywiste zapotrzebowanie na środki dotacji w kolejnych latach będzie uzależnione od prognozowanych potrzeb na dany rok i będzie przedmiotem uzgodnień na etapie tworzenia projektu planu między ARS, ministrem właściwym do spraw zdrowia i ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

### **IV. Środki finansowe przeznaczane przez ARS na wsparcie rozwoju i działań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych**

Mimo, że – jak wskazano powyżej – wartość zobowiązań ogółem szpitali publicznych na koniec 2020 r. wyniosła 20,1 mld zł (w tym zobowiązania wymagalne 2,1 mld zł), szacuje się, że deficyt środków finansowych niezbędnych do efektywnego funkcjonowania szpitali publicznych wynosił na koniec I półrocza 2021 r. ok. 9,2 mld zł. Do środków tych zaliczyć należy wartość zobowiązań wymagalnych podmiotów szpitalnych oraz zobowiązań niewymagalnych z tytułu kredytów i pożyczek zaciągniętych przez te jednostki. Należy mieć na uwadze, że sam fakt posiadania przez szpitale zobowiązań (o ile są one terminowo spłacane) nie jest zjawiskiem negatywnym i w sposób naturalny wynika z uczestniczenia tych jednostek w obrocie gospodarczym. Problem stanowią zobowiązania przeterminowane oraz zaciągane kredyty i pożyczki służące w znacznym stopniu spłacie zobowiązań wymagalnych, a więc prowadzące do tzw. rolowania zobowiązań, czyli spłaty zobowiązań za pomocą środków uzyskanych poprzez zaciągnięcie kolejnych zobowiązań.

Przyjmuje się zatem, że w latach 2023-2025 wielkość zapotrzebowania na środki finansowe będzie odpowiadała obecnej wartości zobowiązań wymagalnych podmiotów szpitalnych. W latach 2026-2032 przewiduje się natomiast zapotrzebowanie na poziomie 30% obecnej wartości zobowiązań z tytułu kredytów i pożyczek jakie posiadają podmioty szpitalne.

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

- 1) w 2023 r. – 100 mln zł;
- 2) w 2024 r. – 1 200 mln zł;
- 3) w 2025 r. – 1 200 mln zł;
- 4) w 2026 r. – 300 mln zł;
- 5) w 2027 r. – 300 mln zł;
- 6) w 2028 r. – 300 mln zł;
- 7) w 2029 r. – 300 mln zł;

- 8) w 2030 r. – 300 mln zł;
- 9) w 2031 r. – 300 mln zł;
- 10) w 2032 r. – 200 mln zł.

Dopuszcza się możliwość zwiększenia wysokości środków pozostających w dyspozycji ARS w przypadku pozyskania źródeł finansowych innych niż budżet państwa w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Niemniej jednak ich oszacowanie nie jest obecnie możliwe.

#### **V. Koszty funkcjonowania ARS**

Koszty działalności ARS będą finansowane z dotacji podmiotowej oraz celowej udzielanych z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie.

Szacunkowo roczny koszt funkcjonowania ARS w pierwszym roku jej działalności (2022 r.) wyniesie ok. 24,2 mln zł. Koszty działalności ARS zostały skalkulowane przy następujących założeniach:

- 1) zatrudnienie w ARS: plan zatrudnienia w ARS obejmuje zatrudnienie w 2022 r. ok. 60 osób, co będzie się wiązało z koniecznością poniesienia kosztu wynagrodzeń brutto (bez dodatkowego wynagrodzenia rocznego, które w pierwszym roku zatrudnienia nie przysługuje) w kwocie ok. 10,8 mln zł;
- 2) inne koszty związane z wynagrodzeniami pracowników ARS będące po stronie pracodawcy, takie jak składki na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, PFRON, PPK, odpis na ZFŚS szacuje się w pierwszym roku działalności na kwotę 2,5 mln zł;
- 3) inne świadczenia pracownicze: obejmują koszty rozwoju zawodowego pracowników, w tym szkoleń pracowniczych, prenumeratę czasopism i zakup literatury fachowej, badań medycyny pracy i inne (ok. 120 tys. zł);
- 4) wynagrodzenia i koszty funkcjonowania Rady ARS (12 osób) w kwocie 1,7 mln zł;
- 5) koszty wynajmu powierzchni biurowej i jej eksploatacji skalkulowano biorąc pod uwagę stawki w budynkach w niedalekiej odległości od ul. Miodowej 15 (siedziba Ministerstwa Zdrowia) (ok. 20 euro za 1 metr kwadratowy). Do kalkulacji przyjęto, że na potrzeby ARS wynajęte zostanie ok. 3 900 metrów kwadratowych (ok. 4,2 mln zł);
- 6) koszty utworzenia i wyposażenia stanowisk pracy: zakupu sprzętu komputerowego, urządzeń wielofunkcyjnych, telefonów komórkowych i wyposażenia biurowego oraz adaptacji pomieszczeń (ok. 1,0 mln zł);
- 7) koszty zakupu infrastruktury IT, tj. serwera, oprogramowania, niezbędnych licencji do wykonywania zadań z zakresu funkcjonowania Agencji, tj. program finansowo-księgowy oraz z zakresu kadr i płac oraz usług informatycznych (ok. 3 mln zł);
- 8) koszty wyjazdów i delegacji służbowych pracowników (ok. 120 tys. zł);
- 9) usługi transportowe obejmujące koszty wynajmu samochodów oraz koszty paliwa do samochodów (ok. 107 tys. zł);
- 10) koszty administracyjne obejmujące: koszty mediów, usług telekomunikacyjnych, ochrony mienia, sprzątnięcia pomieszczeń, zakupu materiałów i wyposażenia, usług pocztowych i kurierskich, tłumaczeń, ekspertyz i analiz realizowanych na zewnątrz i innych (ok. 580 tys. zł).

Istotny wpływ na wysokość kosztów w kolejnych latach będzie miała również konieczność podpisywania przez ARS od 2023 r. umów cywilnoprawnych z osobami mającymi pełnić funkcję nadzorców, które nie będą pracownikami ARS, ale będą wpisane na listę nadzorców prowadzoną przez Prezesa ARS. Szacuje się, że potrzebnych będzie około 185 nadzorców, z czego 85 stanowić będą pracownicy na stałe zatrudnieni w Agencji, a z pozostałymi 100 osobami Agencja będzie zawierać umowy cywilnoprawne. Ocenia się, że w latach 2023-2026 wystąpi konieczność podpisania wskazanych umów ze 100 nadzorcami, a w kolejnych latach, w miarę zakańczania postępowań naprawczych, z 50-70 osobami. Generować to będzie 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 kolejnych latach.

W kolejnych latach koszty utrzymania ARS wzrosną proporcjonalnie do zwiększającego się stanu zatrudnienia (docelowo ok. 400 osób – 2022 r.: 60 osób, 2023 r.: 250 osób, a od 2024 r.: 400) i wyniosą:

- 1) w 2023 r. – 94,1 mln zł;
- 2) w 2024 r. – 131,4 mln zł;
- 3) w 2025 r. – 131,8 mln zł;
- 4) w 2026 r. – 132,2 mln zł;
- 5) w 2027 r. – 126,7 mln zł;
- 6) w 2028 r. – 128,8 mln zł;
- 7) w 2029 r. – 128,6 mln zł;
- 8) w 2030 r. – 122,5 mln zł;
- 9) w 2031 r. – 122,8 mln zł;
- 10) w 2032 r. – 124,0 mln zł.

Należy podkreślić, że powyższe szacunki nie mają charakteru ostatecznego. Dotyczy to w szczególności kosztów funkcjonowania. Projektodawca przewiduje także możliwość realizowania w przyszłości przez ARS projektów finansowanych bądź współfinansowanych z budżetu Unii Europejskiej oraz finansowanych z innych źródeł. Zadaniem ARS będzie aktywne pozyskiwanie środków z tych źródeł. Jednakże na obecnym etapie prac niemożliwe jest wskazanie wysokości tych środków oraz wskazanie lat, w których takie zadania byłyby realizowane.

W 2022 r. ARS zatrudni ok. 60 osób, a docelowo ok. 400 osób. Poziom zatrudnienia będzie wzrastał proporcjonalnie do zwiększających się zadań ARS. Między innymi zakłada się, że począwszy od 2023 r. ARS rozpocznie ocenę i kategoryzację szpitali publicznych. Z zadaniem tym wiązać się będzie konieczność przygotowania i zaopiniowania planów naprawczo-rozwojowych dla szpitali zakwalifikowanych do kategorii C i D, a następnie nadzorowanie ich realizacji przez ARS.

Ponadto, ARS będzie potrzebowała pracowników odpowiedzialnych za pozyskiwanie danych finansowych i operacyjnych od podmiotów szpitalnych i ich analizę. Pracownicy ARS na podstawie prowadzonych analiz będą również określać wielkość zapotrzebowania finansowego na realizację procesów rozwojowych, postępowań naprawczo-rozwojowych, restrukturyzacji długu oraz na zapewnienie płynności podmiotom szpitalnym. Zapewnienia wymaga również odpowiednia liczba osób odpowiedzialnych za pozyskiwanie finansowania na inwestycje, rozwój i naprawę podmiotów szpitalnych. W przypadku zwiększonego zapotrzebowania na środki finansowe ARS będzie dokonywała procesu emisji obligacji, do realizacji którego jest niezbędna wykwalifikowana w tym zakresie kadra. Bardzo istotnym obszarem działalności ARS wymagającym zapewnienia adekwatnego poziomu zatrudnienia będzie także finansowanie inwestycji i rozwoju podmiotów szpitalnych, z którym wiązać będą się wieloetapowe procedury oceny wniosków inwestycyjnych, zapewnienia finansowania, kontroli ich realizacji i rozliczeń. Wydzielona część pracowników zajmować będzie się również finansowaniem planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych oraz ich wsparciem płynnościowym. Obsługi wymagał będzie również proces udzielania przez ARS poręczeń i gwarancji podmiotom szpitalnym. Zatrudnione w ARS osoby odpowiedzialne będą ponadto za wsparcie merytoryczne szpitali i doradztwo eksperckie. Dedykowana grupa pracowników będzie zajmować się wdrażaniem i rozwijaniem zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych, podobnie jak grupa odpowiadająca za organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych. Proces ten będzie obejmował przygotowywanie i uzgadnianie warunków oraz specyfikacji wspólnych postępowań przetargowych, co jest zadaniem czaso- i pracochłonnym.

Projektując wielkość przyszłego zatrudnienia w ARS, zadbano również o ograniczenie liczby planowanych etatów do niezbędnego minimum, posiłkując się możliwością współpracy na podstawie umów cywilnoprawnych z nadzorcami, z których usług ARS będzie korzystała tylko



w sytuacji wystąpienia takiej konieczności.

Wielkość zatrudnienia została oszacowana na podstawie analizy planowanej struktury ARS. Należy wyjaśnić, iż do pracy w ARS będzie konieczne pozyskiwanie osób posiadających wysoki poziom wiedzy i doświadczenia w zakresie nie tylko ochrony zdrowia, ale również zarządzania, ekonomii, finansów, prawa, w tym prawa restrukturyzacyjnego. Wynagrodzenie osób spełniających powyższe kryteria są wyższe od wynagrodzeń w jednostkach sfery budżetowej, lecz w celu zapewnienia jakości i sprawności funkcjonowania ARS jest niezbędne pozyskanie profesjonalnej kadry posiadającej odpowiednie kompetencje. Szczegółowa struktura działalności ARS zostanie określona w statucie tej instytucji.

W latach 2022–2032 wydatki na wynagrodzenia pracowników ARS i członków Rady ARS oraz zewnętrznych nadzorców podmiotów szpitalnych są prognozowane w następujących kwotach:

- 1) średnie miesięczne wynagrodzenie brutto pracowników ARS będzie wynosiło 15 000 zł. Całkowite wydatki na wynagrodzenia (łącznie z pochodnymi) w 2022 r. wyniosą ok. 13,3 mln zł, a docelowo w 2025 r. wyniosą ok. 96,2 mln zł;
- 2) wynagrodzenie zewnętrznych nadzorców zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych szacuje się na podobnym poziomie co w przypadku etatowych pracowników Agencji, tj. 15 000 zł miesięcznie. Przewiduje się, że liczba zewnętrznych nadzorców nie przekroczy 100 osób. Roczny koszt zawarcia takich umów wyniesie w latach 2023-2026 21,8 mln zł, ok. 15,3 mln zł rocznie w latach 2027-2029 i ok. 10,9 mln zł rocznie w kolejnych latach;
- 3) miesięczne wynagrodzenie Przewodniczącego i członków Rady oszacowano jako dwukrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, tj. ok. 11 500 zł miesięcznie, co daje roczny koszt w 2022 r. niespełna 1,7 mln zł.

#### **VI. Koszty nadzoru nad ARS**

Projekt ustawy zakłada, że nadzór nad funkcjonowaniem ARS będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia. W związku z powyższym, przewiduje się, że konieczne będzie utworzenie dwóch dodatkowych etatów w Ministerstwie Zdrowia, co wygeneruje dodatkowy koszt około 285 tys. zł w 2022 r. oraz ok. 271 tys. zł rocznie w kolejnych latach.

#### **VII. Wpływ na sądy powszechne**

Projekt ustawy przewiduje powołanie sądu restrukturyzacyjnego dla podmiotów szpitalnych, którym będzie Sąd Okręgowy w Warszawie. Sąd ten będzie rozpatrywał zażalenia na postanowienia Prezesa ARS oraz prowadził postępowania w przedmiocie restrukturyzacji zadłużenia szpitali oraz w przedmiocie wyrażenia zgody na zastosowanie środków naruszających interes podmiotów trzecich.

Według szacunków sąd restrukturyzacyjny będzie rocznie zajmował się rozpatrywaniem ok. 400 zażaleń na postanowienia Prezesa ARS oraz prowadził około 370 postępowań dotyczących podmiotów szpitalnych w przedmiocie restrukturyzacji zadłużenia oraz wyrażenia zgody na zastosowanie środków naruszających interes podmiotów trzecich. Biorąc pod uwagę charakter tych spraw przyjęto, że taka liczba zażaleń i postępowań będzie wymagała utworzenia w ramach Sądu Okręgowego 3 etatów sądowych, 3 etatów asystenckich oraz 5 etatów urzędniczych.

Rozwiązanie to wywoła dodatkowy skutek dla wymiaru sprawiedliwości, w postaci kosztów w wysokości niespełna 1,6 mln zł w 2023 r. i ok. 1,5 mln zł w kolejnych latach związanych z utworzeniem w ramach Sądu Okręgowego w Warszawie ww. etatów sędziowskich, etatów asystenckich i etatów urzędniczych. Koszty te zostaną sfinansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości.

**VIII. Wpływ na jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty publiczne nadzorujące podmioty szpitalne**

Projekt ustawy nie przewiduje obligatoryjnych rozwiązań, które wymuszałyby ponoszenie dodatkowych nakładów przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty publiczne nadzorujące podmioty szpitalne, ponad te, które są ponoszone w chwili obecnej w związku z pełnieniem funkcji nadzorczych nad podmiotami szpitalnymi. Zasadniczo zaprojektowane rozwiązania legislacyjne stanowiąc będą *de facto* odciążenie dla podmiotów nadzorujących szpitale w najtrudniejszej sytuacji finansowej, tj. te zakwalifikowane do kategorii C i D. ARS odciążą te podmioty z części obowiązków nadzorczych wobec podmiotów szpitalnych oraz działań w zakresie procesów naprawczo – rozwojowych, co będzie miało pozytywny wpływ na jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty publiczne nadzorujące podmioty szpitalne. Dodatkowo korzyścią dla podmiotów sprawujących obecnie nadzór nad szpitalami będzie ograniczenie konieczności realizacji przez nie najtrudniejszych czynności nadzorczych z uwagi na fakt, że po zakończeniu procesów naprawczo-rozwojowych podmioty szpitalne będą efektywnie funkcjonującymi jednostkami w dobrej sytuacji finansowej.

**IX. Zmiany PSZ**

Projekt ustawy nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmioty zakwalifikowane na nowych zasadach do PSZ będzie się odbywać, tak jak dotychczas, w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ, tj. pozycji przeznaczonych na finansowanie świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej czy też świadczeń udzielanych w ramach programów lekowych. Sama zmiana struktury PSZ oraz kryteriów kwalifikacji nie przekłada się na zwiększenie wydatków NFZ.

**7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe**

|   |  | Skutki  |   |   |   |   |    |                |
|---|--|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Czas w latach od wejścia w życie zmian                |  | 0   | 1 | 2 | 3 | 5 | 10 | Łącznie (0-10) |
| W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ..... r.) | duże przedsiębiorstwa                            | -   | - | - | - | - | -  | -              |
|   | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | -   | - | - | - | - | -  | -              |
|   | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe      | -   | - | - | - | - | -  | -              |
| W ujęciu niepieniężnym                                | duże przedsiębiorstwa                            | Poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych oraz zmiany związane z realizacją przez te jednostki procesów rozwojowych oraz naprawczo-rozwojowych (w tym dostosowanie do lokalnych potrzeb ludności) przełożą się na zwiększenie jakości i kompleksowości oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej, a także poprawią ich sytuację finansową, co będzie wywierało pozytywny wpływ na sektor dużych przedsiębiorstw.                    |   |   |   |   |    |                |
|   | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | Poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych oraz zmiany związane z realizacją przez te jednostki procesów rozwojowych oraz naprawczo-rozwojowych (w tym dostosowanie do lokalnych potrzeb ludności) przełożą się na zwiększenie jakości i kompleksowości oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej, a także poprawią ich sytuację finansową, co będzie wywierało pozytywny wpływ na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw. |   |   |   |   |    |                |
|   | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe      | Szeroko rozumiana napawa sektora szpitalnictwa przełoży się finalnie na lepszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyższy poziom ich udzielania, a tym samym wywrze pozytywny wpływ na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe. Grupami, które w największym stopniu skorzystają na projektowanych zmianach będą osoby starsze, chore, a także niepełnosprawne.  |   |   |   |   |    |                |
| Niemierzalne  |  | -   |   |   |   |   |    |                |

|  |  |
|--|--|
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | W przypadku części podmiotów, które nie zostaną zakwalifikowane do PSZ zgodnie z nowymi kryteriami, w projekcie ustawy zaproponowano rozwiązanie polegające na umożliwieniu tym podmiotom kontynuacji udzielania świadczeń w zakresie profili nie objętych kwalifikacją, w trybie hospitalizacji albo leczenia jednego dnia. |
|--|--|

### 8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy   |  |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).   | <input checked="" type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów<br><input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur<br><input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy<br><input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów<br><input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur<br><input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy<br><input type="checkbox"/> inne: |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.   | <input checked="" type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |

**Komentarz:**

Wejście w życie projektu ustawy spowoduje powstanie dodatkowych obowiązków informacyjnych po stronie podmiotów szpitalnych, które będą zobowiązane przekazywać do ARS informacje na temat realizacji procesów naprawczo-rozwojowych oraz działalności operacyjnej.

Wprowadzany przepisami projektu ustawy proces oceny i kategoryzacji podmiotów szpitalnych oraz wiążąca się z nim konieczność przygotowania i realizacji planu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego spowoduje zwiększenie liczby procedur w stosunku do stanu sprzed wejścia w życie nowych przepisów.

### 9. Wpływ na rynek pracy

Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na rynek pracy. Powołanie ARS spowoduje wzrost liczby miejsc pracy. Ponadto, zatrudnienie znajdą osoby, z usług których ARS, w ramach umów cywilnoprawnych, korzystać będzie w charakterze nadzorców restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych. Dodatkowo, realizacja projektu ustawy doprowadzi do zwiększenia poziomu kompetencji osób zarządzających podmiotami szpitalnymi.

### 10. Wpływ na pozostałe obszary

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> środowisko naturalne<br><input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny<br><input checked="" type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | <input type="checkbox"/> demografia<br><input type="checkbox"/> mienie państwowe<br><input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> informatyzacja<br><input checked="" type="checkbox"/> zdrowie |
|---|--|--|

**Omówienie wpływu**

Efektom wejścia w życie projektu ustawy ma być dobrze działający system leczenia szpitalnego, przede wszystkim poprzez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności.

Korzyścią będzie również odpowiednia alokacja nakładów finansowych oraz koncentracja świadczeń i profilowanie szpitali, jak również ich usieciowienie w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.

Projektowane rozwiązania w zakresie PSZ przyczynią się do poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawy jakości tych świadczeń dzięki koncentracji świadczeń oraz racjonalizacji kosztów po stronie podmiotów leczniczych i racjonalizacji wydatków po stronie NFZ.

Projekt przewiduje, że sądem właściwym w sprawach, które ustawa zastrzega dla właściwości organu sądowego będzie jeden sąd w Polsce – Sąd Okręgowy w Warszawie. W takim przypadku sądem II instancji będzie Sąd Apelacyjny w Warszawie.

**11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego**

I kwartał 2022 r.

**12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?**

Ewaluacja efektów działania projektu ustawy będzie następowała przez przeprowadzanie co 3 lata obligatoryjnego procesu kategoryzacji podmiotów szpitalnych.

Zwiększające się liczby podmiotów zakwalifikowanych do kategorii A i B, przy jednoczesnym zmniejszaniu liczby podmiotów w kategoriach C i D, będzie świadczyła o skuteczności przeprowadzenia procesów zaprojektowanych w przedmiotowej ustawie.

**13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)**

Brak.