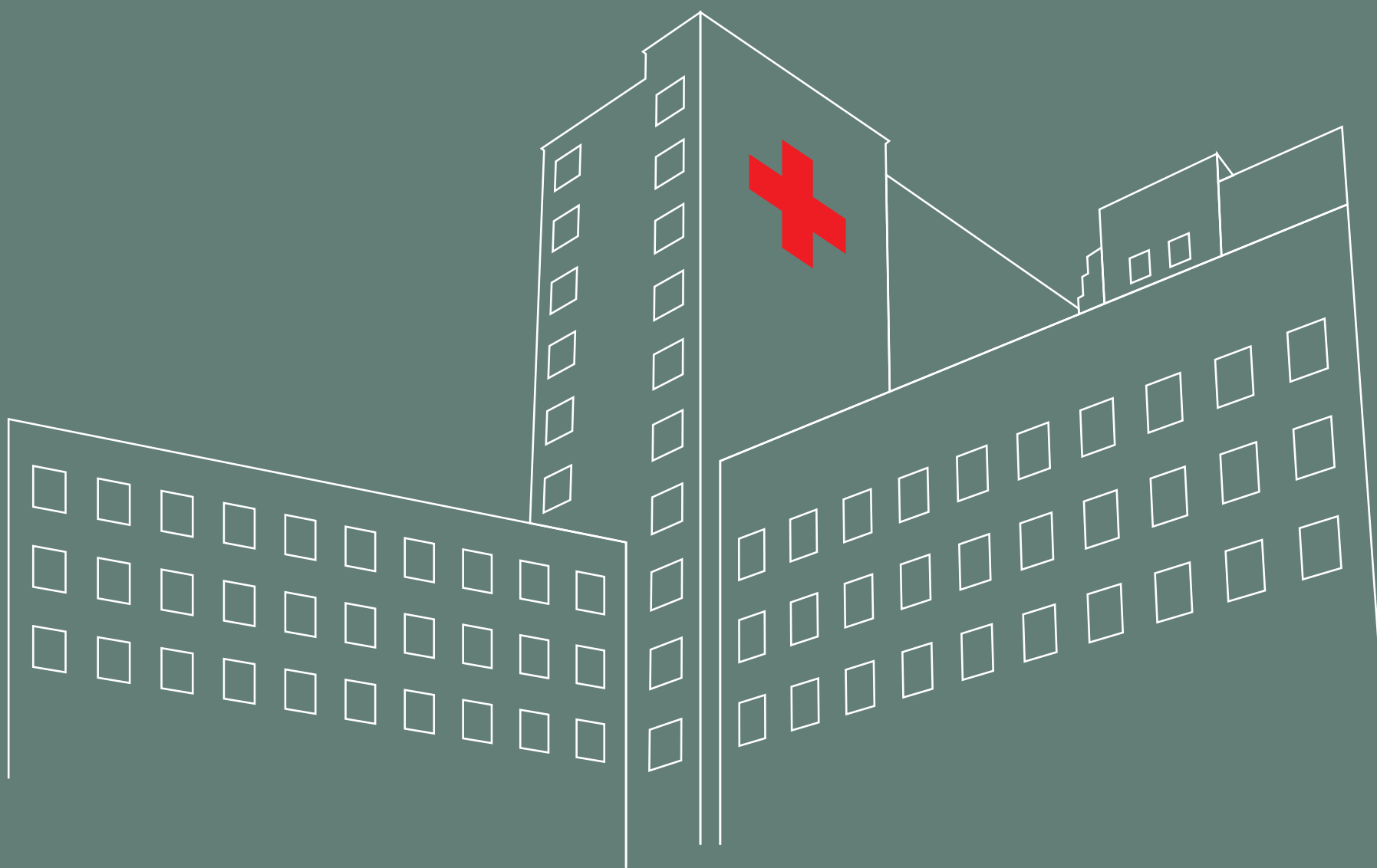


PULS **Medycyny**

PULS MEDYCYNY NR 11 (323)

ISSN 1642-5154 INDEKS 36651X



Dodatek tematyczny

Puls szpitali

PARTNER DODATKU



Sprawniejsza praca lekarza z korzyścią dla pacjentów

Rozmowa z Krzysztofem Groyeckim, wiceprezesem zarządu Asseco Poland.



Jakiego typu oprogramowanie jest dziś pomocne, a nawet niezbędne, lekarzom do prowadzenia gabinetów czy przychodni?

Lekarze są wymagającą grupą klientów, ponieważ ich misją jest leczenie pacjentów, a nie praca przy komputerze. Dlatego szukają programów jak najprostszych w obsłudze, które przyspieszą ich pracę. Przykładem jest możliwość jednorazowego wprowadzenia danych pacjenta, które potem są wykorzystywane do tworzenia wszelkiego typu zestawień i analiz.

Które funkcjonalności oprogramowania są dla lekarzy najważniejsze?

Mogę to ocenić na podstawie doświadczeń związanych z naszym produktem mMedica, opracowanym dla lekarzy prowadzących indywidualne praktyki oraz dla małych i średnich przychodni. Program składa się z dwóch obszarów – rozliczeń finansowych oraz szeroko pojętego wsparcia dla prowadzenia działalności leczniczej, czyli dokumentacji medycznej i bezpośredniej obsługi pacjenta. Właśnie ten drugi obszar nabiera coraz większego znaczenia. Dla szpitali i dużych przychodni przygotowaliśmy inne rozwiązanie – system Asseco Medica Management Solutions (AMMS).

Jakie są główne zalety użytkowania takiego oprogramowania, jak mMedica?

Do największych korzyści należy prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej, a także wspieranie działań związanych z bezpośrednią, codzienną obsługą pacjentów. Oprogramowanie może być wykorzystywane na przykład do wystawiania recept. Jeśli lekarz ma umowę z NFZ i wystawia recepty na leki refundowane, nie musi się zastanawiać nad kolejnymi zmianami na listach refundacji, ponieważ program aktualizuje te dane automatycznie po pojawieniu się nowych obwieszczeń. Popularnym

zastosowaniem jest też elektroniczna komunikacja z laboratoriami i ośrodkami diagnostycznymi.

Tu pojawia się także kwestia bezpieczeństwa prowadzenia dokumentacji oraz ewidencjonowania badań do celów rozliczania umów, jak i sporządzania wymaganych sprawozdań. Innymi słowy, lekarz może więcej czasu poświęcić na kontakt z pacjentem, niż na wypełnianie „papierów”. Z kolei stosowanie e-rejestracji wraz z funkcją przypominania o wizycie znacząco obniża liczbę pacjentów, którzy się na niej nie pojawiają. A przecież w niektórych przychodniach nawet do 30 procent umówionych osób nie przychodzi w wyznaczonym terminie. Zmniejszenie tej liczby nawet o połowę może przynieść wymierne korzyści. Biorąc to pod uwagę, wzbogaciliśmy niedawno system mMedica o funkcję powiadomień SMS, który informuje pacjentów i lekarzy o ważnych zdarzeniach, takich jak nadchodząca wizyta, trwająca akcja promocyjna czy konieczność dostarczenia skierowania.

Na co warto zwrócić uwagę przy wdrożeniu systemu informatycznego w swojej placówce?

Bardzo istotna jest kompletność funkcjonalna programu. To się wydaje oczywiste, ale niewiele programów daje lekarzowi naprawdę szerokie wsparcie we wszystkich obszarach pracy. Jednocześnie obserwujemy, że nasi klienci właśnie takich rozwiązań informatycznych oczekują. Coraz częściej zwracają uwagę na takie cechy, jak stabilność oraz przewidywalność działania aplikacji. Tego typu oprogramowanie staje się podstawowym i najważniejszym elementem organizacji pracy gabinetu czy przychodni. Dlaczego stabilność okazuje się kluczową cechą? Skoro na programie opiera się m.in. codzienne rozliczanie, jego ewentualna awaria lub nieskuteczne działanie pociąga za sobą wymierne straty. Warto pamiętać, że po wprowadzeniu obowiązkowej dokumentacji elektronicznej pojawiają się dodatkowe

restrykcje za jej błędy i braki, co jeszcze mocniej skłania do myślenia o stabilności oraz bezpieczeństwie.

W jaki sposób osiągnąć Państwo tę stabilność w produktach Asseco?

Stabilność i skuteczność oprogramowania to suma wielu czynników. Efektywny serwis zawdzięczamy przede wszystkim temu, że dysponujemy siecią ponad 200 certyfikowanych, autoryzowanych partnerów na terenie całej Polski. Każdy lekarz ma dzięki temu wsparcie blisko siebie. Równie ważny jest oczywiście nasz wewnętrzny proces produkcji oprogramowania z wieloma poziomami testowania i weryfikacji bezpieczeństwa.

Jak kształtuje się rynek tego typu rozwiązań w Polsce?

Wszyscy lekarze i przychodnie, które mają podpisane umowy z NFZ, korzystają z rozwiązań informatycznych do rozliczeń, ponieważ jest to wymóg funduszu – to daje liczbę ponad 22 tysięcy podmiotów. Według naszych szacunków, ponad 40 procent z nich używa programów w szerszym zakresie, wykraczającym poza rozliczenia. Natomiast lekarze pracujący bez kontraktów z NFZ, nie mają obowiązku prowadzenia rozliczeń elektronicznych. Trudno więc o miarodajne dane dotyczące ogólnej informatyzacji polskich lekarzy i przychodni poz, ale w naszej ocenie, część z nich używa na co dzień komputera i oprogramowania pomagającego w pracy. Mogę też powiedzieć, że dotychczas sprzedaliśmy ponad 20 tys. stanowisk mMedica i oceniamy, że około 15 tys. lekarzy korzysta na co dzień z naszego oprogramowania. Z pewnością zachętą do korzystania z e-rozwiązań będzie możliwość uzyskania dodatkowych punktów przy kontraktowaniu świadczeń za wykorzystywanie systemów informatycznych. Według projektu rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia, który zakłada wprowadzenie takich zmian, najwięcej punktów będzie można zyskać prowadząc EDM. Ale są one przewidziane także za wystawianie recept i skierowań przy użyciu komputera lub udostępnienie pacjentom elektronicznej rejestracji. Nasze systemy od lat wspomagają lekarzy i placówki w tego typu zadaniach.

Jak tego typu oprogramowanie będzie się zmieniać w przyszłości?

Od kilku lat rozwój oprogramowania koncentruje się na obszarze wsparcia codziennej pracy lekarza. Dlatego pojawiają się takie funkcjonalności, jak automatyczne bada-

nie interakcji leków, które m.in. pozwalają natychmiast sprawdzić, czy nowo przepisywany lek nie wejdzie w interakcje z innymi już stosowanymi. Podążając za tym trendem, wprowadzamy moduł

asystenta farmakologicznego, który pozwoli przeszukiwać całą bazę leków pod kątem wybranych cech preparatów i substancji czynnych, z uwzględnieniem przeciwwskazań, uczuleń, chorób towarzyszących itp.

Najważniejsze jest to, żeby oprogramowanie podnosiło produktywność pracy lekarza zarówno od strony organizacji pracy, jak i od strony merytorycznej.

Rozmawiała EK

reklama

Zachętą do korzystania z e-rozwiązań będzie możliwość uzyskania dodatkowych punktów przy kontraktowaniu świadczeń za wykorzystywanie systemów informatycznych.

Zarządzanie podmiotem leczniczym wymaga kompleksowego podejścia

Doświadczenie w działalności doradczej pokazuje, że sam audyt podmiotu leczniczego nie daje zarządzającym odpowiedzi, jak prawidłowo poprowadzić placówkę. Pewności, że nastąpią pozytywne zmiany, nie daje również program restrukturyzacji. Dokument taki jest nieoceanioną pomocą w tym bardzo trudnym przedsięwzięciu, swoistą mapą procesów, ale dopiero ich odpowiednie poukładanie jest kluczem do sukcesu. Ponieważ zarządzającym ciężko jest się zdystansować do problemów własnej jednostki, zawsze warto mieć partnera do wprowadzania zmian — doświadczonego specjalistę w dziedzinie optymalizacji działalności podmiotu leczniczego.

W procesie restrukturyzacji równie ważnym aspektem jest stworzenie bardzo szczegółowego budżetu i możliwość analizowania na bieżąco odchyleń od oczekiwanych wyników.

W procesie restrukturyzacji równie ważnym aspektem jest stworzenie bardzo szczegółowego budżetu i możliwość analizowania na bieżąco odchyleń od oczekiwanych wyników. Robienie tego za pomocą papieru i ołówka już dawno przestało wystarczać, podobnie jak tworzenie arkuszy programu Excel, których formuły „gubią się” w drodze między kolejnymi pracownikami, uzupełniającymi w nich dane. Konieczny jest zaawansowany program informatyczny, który zbierze całą wiedzę w jednym miejscu. Dopiero takie szersze podejście jest wstępem do efektywnego zarządzania podmiotem leczniczym. Należy mieć również na uwadze ewentualność wystąpienia ryzyk związanych z procesem wdrażania programu naprawczego i na etapie planowania strategicznego powinno się je w jak największym stopniu zidentyfikować.

Po co narzędzia informatyczne?

Cały proces zmian powinien być zaplanowany i skoordynowany. To są dwa argumenty za tym, żeby wykonać pracę, bo nawet najdoskonalszy menedżer nie da sobie rady bez odpowiedniego oprzyrządowania. Szybki dostęp do danych, gotowe zestawienia dotyczące jednostki, możliwość porównania z innymi szpitalami o podobnym profilu działalności — to wszystko jest już dostępne w postaci narzędzi informatycznych, takich jak MedLider i Benchmarking firmy Know How. Bazą jest dobra znajomość systemu ochrony zdrowia i dylematów, z jakimi borykają się zarządzający nim, w tym administracja publiczna. To doświadczenie pozwoliło na opracowanie technologii „Zarządzanie przez planowanie” przy użyciu narzędzi informatycznych. Celem jest optymalizacja procesów zarządczych zachodzących w podmiotach leczniczych przy wsparciu rzetelnych danych — przydatnych w zarządzaniu i istotnych controllingowo.

Jak skutecznie zrestrukturyzować?

Proponowane rozwiązanie opiera się na:

- audycie działalności podmiotu leczniczego wspomaganej analizą porównawczą benchmarking;
- programie naprawczym przygotowanym przez zewnętrznego eksperta, który sprawnie wyciągnie wnioski z przeprowadzonych analiz;
- wdrożeniu zmian przez zarządzającego podmiotem przy wsparciu oprogramowaniem i eksper-tem zewnętrznym;
- planowaniu i bieżącym monitorowaniu odchyleń od planu dzięki oprogramowaniu do budżetowa- nia i controllingu;
- ciągłym doradztwie eksperckim, które pozwoli prawidłowo reagować na niekorzystne odchylenia;
- korekcje planów działań i ograniczeniu ryzyka.

AUDYT

Pozwoli na pełny wgląd w sytuację podmiotu leczniczego poprzez analizę:

- otoczenia szpitala: uwarunkowań geograficznych i gospodarczych, demografii, epidemiologii, konkurencji;
- działalności medycznej: kontraktu z NFZ, leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego, pracowni diagnostycznych;
- działalności operacyjnej, w tym: struktury organizacyjnej, infrastruktury technicznej i jej wykorzystania;
- polityki kadrowej: zasobów ludzkich i organizacji pracy;
- polityki ekonomiczno-finansowej, w tym: zakładowego planu kont, bilansu, rachunku zysków i strat, przepływów pieniężnych i wskaźników finansowych.

Częścią audytu jest benchmarking, czyli analiza porównawcza pokazująca badany szpital na tle innych o tym samym profilu działania. Podpowiada ona, jakie wyniki osiągają inne, porównywalne placówki. Wszystko zgodnie z zasadą, że uczymy się od najlepszych oraz unikamy błędów, jakie inni popełnili. Usługa polega na analizie danych zebranych od szpitala i przedstawieniu wyników w formie comiesięcznego raportu. Wskaźniki te zostały opracowane w taki sposób, aby każdy, bez względu na wiedzę ekonomiczną, mógł je właściwie zinterpretować. Dobrano 7 rodzajów wskaźników określających:

- rentowność,
- zadużenie,
- obrotowość,
- działalność medyczną,
- działalność okołomedyczną,
- działalność finansowo-medyczną,
- kadry.

Wnioski ze szczegółowego audytu to podstawa do oszacowania koncepcji restrukturyzacyjnych, a te — do określenia strategii działania.

PLAN NAPRAWCZY

Plan pokaże działania restrukturyzacyjne niezbędne placówce medycznej w celu osiągnięcia poprawy jej efektywności, rentowności i jakości działania. Podsumowaniem programu są zazwyczaj 3 warianty restrukturyzacyjne i prognozy finansowe, zależne od wybranych strategii. Propozycja doradcza zawiera m.in. elementy:

- działania w zakresie oferty medycznej,
- działania w zakresie techniczno-infrastrukturalnym,
- działania w zakresie polityki kadrowej,
- działania w zakresie organizacyjno-zarządczym,
- harmonogram wdrożenia planu restrukturyzacji,

- wariantowe prognozy finansowe,
- wnioski i rekomendacje.

WDRÓŻENIE ZMIAN

Wdrożenie zmian weryfikuje założenia, ale trzeba być konsekwentnym w realizowaniu planu. Dlatego dobrze do tej części działania mieć zewnętrznego specjalistę, który wesprze wdrożenie i późniejsze zarządzanie podmiotem. Może on pomóc merytorycznie, a czasem i technicznie, w takich elementach, jak:

- monitorowanie skuteczności zrealizowanych działań w porównaniu z planem restrukturyzacyjnym,
- bieżące kontrolowanie przeprowadzania zmian (w tym organizacyjnych czy restrukturyzacji zatrudnienia) w aspekcie zgodności założeń z wynikami osiąganymi w rzeczywistości,
- dostarczenie oprogramowania informatycznego, które dzięki zgromadzeniu wszystkich danych w jednym miejscu bardzo zmniejsza pracochłonność analiz,
- doradzanie w drażliwych kwestiach negocjacji z pracownikami, kontrahentami i płatnikiem,
- pomoc w opracowywaniu niezbędnych dokumentów (np. regulamin wynagrodzeń),
- wsparcie szkoleniami,
- pozyskanie środków na proces restrukturyzacji, inwestycje i remonty,
- wsparcie w przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego.

PLANOWANIE I CONTROLLING

Etap ten dotyczy stworzenia strategii działania na dany rok, a na jej podstawie bardzo szczegółowego planu rzeczowo-finansowego na najbliższy okres.

Jest on oparty na narzędziu informatycznym, które dzięki comiesięcznym raportom pozwala kontrolować wynik i odchylenia od założeń. Dobre narzędzie informatyczne szczegółowo przedstawia poszczególne zakresy działalności jednostki na przestrzeni czasu. Najczęściej występuje porównanie wykonania do planu oraz część poświęcona analizom. Integralną częścią jest usługa doradcza zapewniająca stałą pomoc w tym procesie. Poniżej scharakteryzowano poszczególne moduły.

Planowanie:

- przychodów na podstawie zawartych umów z NFZ;
- budżetów poszczególnych komórek i całej jednostki;
- zatrudnienia wraz z organizacją pracy — element efektywnego zarządzania personelem dedykowany jednostkom ochrony zdrowia;
- polityki zakupowej — z „listy życzeń” kierowników komórek organizacyjnych tworzone są realne plany zakupów sprzętu według asortymentu;

- kalkulacji rachunku zysków i strat — z budżetu całej jednostki tworzony jest rachunek wyników, w którym użytkownicy definiują pozycje z działalności operacyjnej, finansowej i gospodarczej;
- kalkulacji rachunku przepływów pieniężnych, będące najważniejszym elementem planu, ponieważ w tej części ukazana jest cała prawda o płynności finansowej podmiotu leczniczego;
- wariantów budżetu dających odpowiedź na najbardziej nurtujące pytania zarządzającego: czy w tym roku stać podmiot leczniczy na jakiegolwiek podwyżki dla personelu, inwestycje, remonty? Jeśli tak, to jakie? Jaki będzie to miało wpływ na sytuację podmiotu?

Wykonanie

Ta część w systemie odpowiedzialna jest za bieżące monitorowanie sytuacji jednostki — sprawdzanie wykonalności założeń budżetowych, możliwość wprowadzania korekt. Wykonanie tworzone jest na podstawie danych finansowych pobieranych z systemu księgowego, rozliczeń zrealizowanych usług medycznych (komunikaty wysyłane do NFZ) oraz działań inwestycyjnych.

Analiza

Jest to moduł poświęcony analizie danych oraz symulacji różnych czynników wpływających na działalność podmiotu leczniczego. Użytkownicy mają do dyspozycji standardowe analizy, np. wskaźniki finansowe z zakresu płynności, rentowności, zadłużenia lub wskaźniki statystyczne dotyczące obłożenia, liczby pacjentów, osobodni albo analizy utworzone przez użytkownika na podstawie dotychczasowych doświadczeń. Zapewnia to moduł BI (Business Intelligence), który daje możliwość generowania standardowych raportów lub wyliczenia kluczowych wskaźników efektywności działania przedsiębiorstwa (Key Performance Indicators), na podstawie których stawia się hipotezy, po czym weryfikuje się je poprzez wykonywanie szczegółowych „przekrojów” danych. Ponadto możliwe jest tworzenie analizy wrażliwości zarówno planowania, jak i wykonania. Głównym jej zadaniem jest obliczanie punktu zwrotnego, który oznacza zrównanie się kosztu realizacji usługi medycznej z dochodami.

OGRANICZENIE RYZYKA

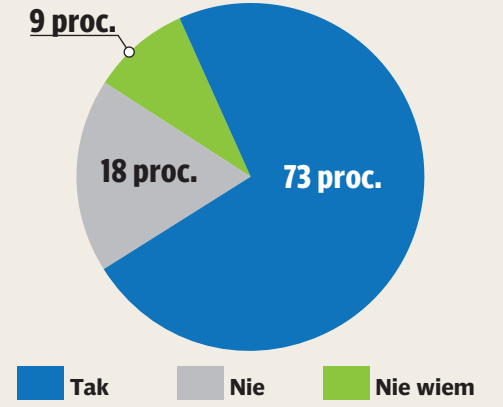
Kompleksowość podejścia zakłada korektę planów działania, czyli branie pod uwagę pojawiające się ryzyka. Doświadczenie nabyte w trakcie opracowywania programów naprawczych wykazało najważniejsze ryzyka związane z reorganizacją podmiotu leczniczego.

Kompleksowość działań strategicznych to klucz do sukcesu. Na każdym etapie powodzenie zależy od współpracy dyirekcji, administracji i kadry medycznej. W całym procesie bardzo istotne jest doświadczenie oraz narzędzia informatyczne wspierające proces zmian.

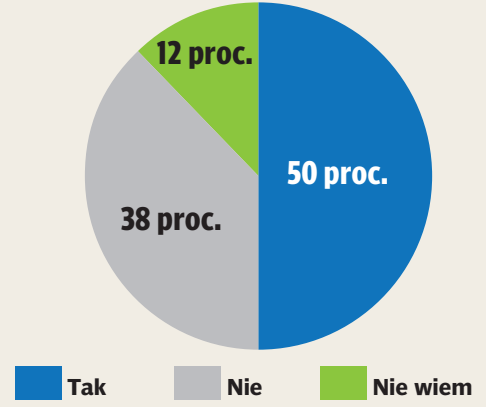
Ewa Szymkowiak, Monika Wiklińska, ZUK Know How Sp. z o.o.

Firma doradca wspierająca podmioty lecznicze od 1992 roku.

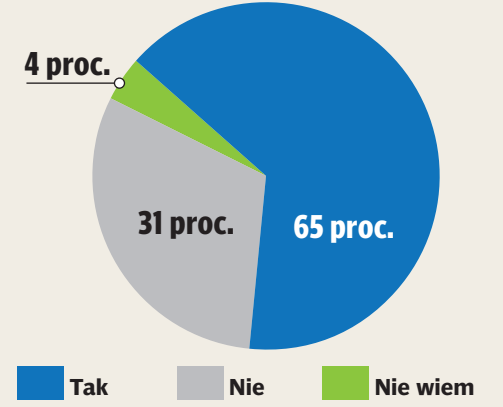
Czy samorządy (zarówno biedne, jak i bogate) powinny dofinansowywać funkcjonowanie publicznej służby zdrowia?



Czy rząd powinien ograniczyć samorządom możliwość przekazywania szpitali prywatnym podmiotom?



Czy własność szpitala (państwowy/samorządowy/prywatny) ma dla Pana(i) znaczenie, gdy wybiera Pan(i) miejsce leczenia?



Sondaż

Szpitale powinny być dofinansowane przez samorządy, a nie prywatyzowane

Wyniki sondaży przeprowadzonych w 2011 roku.

Pod koniec maja firma badawcza IQS przeprowadziła dla „Pulsu Biznesu” ogólnopolski sondaż, z którego wynika, że aż 73 proc. ankietowanych życzyłoby sobie współfinansowania świadczeń leczniczych przez samorządy lokalne.

Pomysł ten popiera 77 proc. kobiet i 68 proc. mężczyzn. Największą akceptację znajduje on w grupie 15-24-latków (80 proc.), osób z podstawowym i zasadniczym wykształceniem (80 proc.) i w miastach liczących od 50 do 199 tys. mieszkańców.

Jednocześnie połowa badanych popiera wprowadzone przez rząd ograniczenie możliwości przekazywania szpitali prywatnym podmiotom, natomiast 38 proc. jest temu przeciwnych. Ten pomysł podoba się 56 proc. mężczyzn i 44 proc. kobiet. Najbardziej popierają go osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym (62 proc.), najmniej — z wyższym (41 proc.). Wśród tych ostatnich największą grupę (49 proc.) stanowią zwolennicy kontynuowania prywatyzacji. Podobnie jest z mieszkańcami miast powyżej 500 tys. (43 proc. za blokadą prywatyzacji, a 48 proc. za jej utrzymaniem).

Większość ankietowanych przyznała, iż przy wyborze miejsca leczenia biorą pod uwagę to, czy szpital jest prywatny, państwowy czy samorządowy. Tylko dla jednej trzeciej pytanых nie ma to znaczenia. Mniejsze znaczenie do tego przywiązują mieszkańcy największych miast (tylko połowa z nich bierze to pod uwagę) oraz osoby z wyższym wykształceniem (51 proc.). Jest to szczególnie ważne dla mieszkańców miast o liczbie mieszkańców od 50 do 200 tysięcy oraz dla osób z niższym wykształceniem. Im osoby starsze, tym mocniej zwracają uwagę na własność szpitala, w którym mają się leczyć. (KJ)

OCENY RYZYK ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ RESTRUKTURYZACJI			
Ryzyko	Przykładowe prawdopodobieństwo	Przykładowa waga zdarzenia	Komentarz/ sposób zapobiegania/ sposób neutralizacji negatywnych skutków
Związane z wdrożeniem działań restrukturyzacyjnych	20 proc.	80	Wprowadzenie działań restrukturyzacyjnych jest trudnym zadaniem, wymagającym zrealizowania wielu nietrywnych przedsięwzięć. Sposobem zapobiegania jest przede wszystkim szczegółowy plan działań restrukturyzacyjnych i harmonogram przedsięwzięć, przekazywanie załodze informacji o zamiarach ruchów, wspólne działania z jednostkami samorządu terytorialnego.
Związane z modernizacją infrastruktury	30 proc.	45	Modernizacja infrastruktury jest wieloetapowym procesem robót budowlanych. Mogą wystąpić m.in. problemy (opóźnienia) z zatwierdzeniem projektu architektonicznego, opóźnieniem wydania pozwolenia na budowę, ze wzrostem nakładów inwestycyjnych w porównaniu do zakładanych, opóźnieniem realizacji inwestycji, nieprzewidzianymi wydatkami itp.
Związane z zapewnieniem jakości	20 proc.	40	Sposobem zapobiegania jest przeprowadzanie spotkań z personelem zakładu oraz cykle szkoleń projakościowych. Sposobem neutralizacji negatywnych skutków jest możliwość wsparcia firmy zewnętrznej specjalizującej się w systemach zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej.
Związane z konkurencją	60 proc.	50	Lokalnie podmioty lecznicze coraz częściej konkurują ze sobą. W ostatnim czasie powstaje wiele jednostek prywatnych oferujących usługi medyczne na bardzo wysokim poziomie. Sposobem zapobiegania ryzyku jest bieżąca analiza konkurencji na rynku, działania związane z poprawą pozycji jednostki oraz określenie długoterminowej strategii działania.
Związane z zarządzaniem przekształconą jednostką	30 proc.	60	W NZOZ zwiększona jest odpowiedzialność osób zarządzających za funkcjonowanie szpitala. Strata z działalności jest pokrywana z własnych środków, istnieje możliwość upadłości spółki z o.o.
Związane z poziomem przychodów	50 proc.	40	Przychody podmiotu leczniczego są uzależnione głównie od płatnika świadczeń.
Makroekonomiczne	50 proc.	60	Wpływ na to ryzyko mają głównie czynniki ogólnokrajowe, które nie mają bezpośredniego przełożenia na powodzenie przedsięwzięcia. Prawdopodobieństwo wystąpienia tego zdarzenia jest wysokie, ponieważ widoczne są częste zmiany regulacji prawnych w sektorze ochrony zdrowia.

Odliczanie VAT może zmniejszyć zadłużenie szpitali

Federacja Przedsiębiorców Polski (FPP) proponuje, aby szpitale mogły odliczać VAT. Pomysł takiego rozwiązania powrócił w kontekście dyskusji o przyczynach strajku pielęgniarek w Centrum Zdrowia Dziecka i poziomie ich zarobków.

FPP ocenia strajki na tle płacowym jako realne zagrożenie dla większości szpitali w Polsce, ponieważ ich kondycja finansowa nie pozwala na zatrudnienie wystarczającej liczby personelu i godziwe wynagrodzenia.

Prywatne i państwowe placówki służby zdrowia, w odróżnieniu od innych firm, nie mogą odliczyć VAT m.in. przy zakupie nowego sprzętu, rozliczeniu usług doradców czy innych podwykonawców oraz faktur potwierdzających zakup towarów i usług. Jak podkreśla Marek Kowalski, przewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich: „Wynika to z przepisów, które uwolniły usługi medyczne z podatku od towarów i usług. Ich celem było obniżenie kosztów leczenia. Niestety, regulacje te spowodowały, że podmioty medyczne stały się finalnym płatnikiem podatku i muszą opłacać de facto zakup towarów i usług w cenach brutto. To sprawia, że polskie szpitale ponoszą zdecydowanie większe koszty. Nie jest tajemnicą, że działalność medyczna wymaga znaczących nakładów finansowych. Tymczasem zmiana zapisów prawnych pozwoliłaby na oszczędności idące w setki milionów, jak nie miliardy złotych. Wystarczy tylko przypomnieć, że zadłużenie polskich szpitali w październiku 2015 r. wynosiło ok. 10 mld złotych”.

W ocenie Federacji, zadłużenie sektora szpitalnego wymaga skutecznej reakcji rządu. Jednym z sugerowanych rozwiązań może być wprowadzenie możliwości odliczania VAT przez szpitale, co obniży i urealni koszty funkcjonowania placówek. Umożliwienie odliczania VAT dla szpitali pozwoliłoby na uwolnienie znaczących środków, dzięki czemu poprawiłaby się zarówno bieżąca sytuacja finansowa, jak też możliwość podejmowania nowych inwestycji. (KJ)



Zmiana zapisów prawnych pozwoliłaby na oszczędności idące w setki milionów, jak nie miliardy złotych.

Marek Kowalski, przewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich

„Dobra zmiana” wkracza do szpitali

Szpitale przestaną być przedsiębiorstwami, a staną się zakładami leczniczymi. Co to oznacza? Zamiast swobody działalności — ściślejszy nadzór i kontrolę. Dodane zostaną obowiązki sprawozdawcze, ale zniesione będzie kilka innych, z ubezpieczeniem od zdarzeń medycznych na czele. Ekspresowy proces legislacyjny wskazuje, że omawiane zmiany mogą wejść w życie już w lipcu.



MOŻLIWOŚĆ komercjalizacji szpitali pozostaje, ale znika cel w postaci prywatyzacji. Znika też obowiązek przekształcenia jako alternatywa likwidacji.

Reforma systemu opieki zdrowotnej, jaką usiłowała przeprowadzić Platforma Obywatelska, miała polegać na rezygnacji z formuły samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (sp zoz). Szpitale publiczne miały przekształcić się w spółki handlowe, by stać się przedsiębiorstwami prowadzonymi na zasadach komercyjnych. W 2011 r. wprowadzono zakaz tworzenia nowych sp zoz-ów i określono ścieżkę komercjalizacji dla dotychczasowych. Dobrowolne przekształcenie do końca 2013 r. było premiowane, a obowiązek przekształcenia pojawiał się w przypadku uzyskania ujemnego wyniku finansowego. Jeżeli organ założycielski nie chciał pokryć straty, to miał do wyboru: zlikwidować szpital albo go przekształcić.

Stop prywatyzacji

Prawo i Sprawiedliwość odwraca kierunek reformy, czego symptomem jest zmiana nazewnictwa: zamiast „przedsiębiorstwa” ma być „zakład leczniczy”. Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej przywraca możliwość tworzenia sp zoz-ów i zniechęca do przekształceń. Czyni to przede wszystkim poprzez zakaz prywatyzacji spółek publicznych. Wartość udziałów bądź akcji należących do Skarbu Państwa lub samorządu terytorialnego nie może zejść poniżej 51 proc. kapitału zakładowego spółki. Władze publiczne mają zagwarantowaną większość głosów na zgromadzeniu wspólników. Do tego dochodzi zakaz wypłaty dywidendy.

Możliwość komercjalizacji wprowadzicie pozostaje, ale znika cel w postaci prywatyzacji. Znika też obowiązek przekształcenia jako alternatywa likwidacji. Zgodnie z nowymi przepisami, jeżeli strata nie zostanie pokryta, to zakład należy zlikwidować. W odniesieniu do szpitali, których likwidacja nie wchodzi w grę, oznacza to przymus pokrycia straty. Efektem będzie przerzucenie odpowiedzialności finansowej na organy założycielskie. Na dyrektorów zadłużających się szpitale spadnie tylko obowiązek przygotowywania programów naprawczych. Pierwsze programy mają być sporządzone w związku ze stratą wynikającą ze sprawozdania za rok bieżący.

Samodzielność pod kontrolą

Konsekwencją przejścia odpowiedzialności za wyniki jest wyposażenie organów założycielskich w szersze

kompetencje. Zostaną one uprawnione do sprawowania nadzoru nad działalnością szpitali nie tylko pod względem legalności, ale także celowości, gospodarności i rzetelności. Zalecenia pokontrolne będą mogły zatem odnosić się do decyzji gospodarczych, które pozostawały dotąd w gestii szpitala. Jeżeli dodamy do tego możliwość wszczynania kontroli bez zawiadomienia, jak również prowadzenia jej o dowolnej porze i przez dowolny czas, bez względu na inne kontrole, to otrzymamy wystarczające instrumenty do tego, by sp zoz-y pozostały samodzielne tylko z nazwy.

Jednocześnie dyrektorzy wszystkich sp zoz-ów zostaną obciążeni dodatkowym obowiązkiem sprawozdawczym. Co roku będą przekazywali raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej, zawierający jej analizę i prognozę z opisem założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach. Wskaźniki ekonomiczno-finansowe do raportu, sposób ich obliczania i przypisanie im oceny ma określić minister zdrowia w drodze rozporządzenia. Mają one zapewnić przejrzystość i jednolitość analiz oraz ich porównywalność. Raporty powinny powstawać do 31 maja każdego roku.

Zwolnienie z niektórych obowiązków

Obok zmian systemowych, pojawiają się zmiany drobniejsze, które mają ułatwić prowadzenie działalności leczniczej. Najistotniejsza z nich to likwidacja obowiązku ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, który od kilku lat jest zawieszony. Pozostanie możliwość ubezpieczenia dobrowolnego oraz procedura dochodzenia roszczeń przed komisjami wojewódzkimi.

Zniesiony zostanie obowiązek przesyłania do inspekcji pracy i samorządów zawodowych kwartalnych informacji o liczbie osób zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych i kontraktach. Nie trzeba będzie składać organowi rejestrowemu opinii inspekcji sanitarnej o pomieszczeniach i urządzeniach ani polisy ubezpieczenia OC. Wystarczy oświadczenia o spełnianiu wymaganych warunków. Praktyki wykonywane wyłącznie w szpitalu nie będą musiały sporządzać odrębnych regulaminów organizacyjnych. Konkurs na stanowisko zastępcy dyrektora będzie mógł ogłaszać dyrektor, a nie organ założycielski. Uczelnie medyczne zostaną zwolnione z obowiązku prowadzenia kontroli w swoich zakładach co 6 miesięcy.

Dojdą natomiast obowiązki związane ze zgłoszeniem Policji pacjentów, którzy mogą być zaginionymi (zob. „Zobowiązani do współdziałania przy poszukiwaniu osób zaginionych”, „Puls Medycyny” nr 8(320) z 4 maja, s. 27).

Ekspresowe procedowanie

Projekt omawianej nowelizacji wpłynął do Sejmu 3 czerwca, dwa pierwsze czytania odbyły się 9 czerwca, a już 10 czerwca został uchwalony. 13 czerwca ustawa trafiła do marszałka Senatu, a nazajutrz została rekomendowana przez senacką Komisję Zdrowia do przyjęcia bez poprawek. Jeżeli Senat uczyni to na posiedzeniu 15 czerwca, a prezydent niezwłocznie podpisze i prześle do opublikowania, to nowelizacja wejdzie w życie na początku lipca.

Sławomir Mołęda

PODSTAWA PRAWNA

ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw ([http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/562_u/\\$file/562_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/562_u/$file/562_u.pdf))