

Efektywnie wspieramy Twoją działalność medyczną.



W numerze:

Artykuł numeru

CENTRALIZACJA SZPITALI

Wiadomości branżowe

- + Jednolity standard rachunku kosztów
- + Budownictwo modułowe - stworzone dla ochrony zdrowia

Newsletter 01/2021

Słowo Redaktora naczelnego

Szanowni Państwo,

Oddajemy do Waszych rąk pierwszy numer internetowej gazetki 'Newsletter FORMEDIS', którą opracowaliśmy z myślą o naszych dotychczasowych i przyszłych Klientach, Partnerach Biznesowych i Czytelnikach.

Z zamiarem newsletter'a nosiliśmy się już od dłuższego czasu. Wobec intensywnych zmian zachodzących od kilku lat w polskiej ochronie zdrowia – zmian nie zawsze przemyślanych, a często wręcz chaotycznych, dodatkowo od roku obciążonych niepewnością a niekiedy wręcz niewiedzą związaną z pandemią COVID-19 i jej rozwojem - uznaliśmy za konieczne uruchomienie portalu eksperckiego, w którym będziemy dzielili się z Państwem informacjami dotyczącymi żywotnych spraw absorbujących szeroko rozumiane środowisko polskiej służby zdrowia, a także będziemy dzielili się z naszymi Czytelnikami wiedzą, obserwacjami i przemyśleniami na temat polskiego sektora ochrony zdrowia oraz kierunku, w jakim powinien on zmierzać.

Przekazujemy Państwu dzisiaj pierwszą próbkę naszej kompetencji. O tym, czy te informacje będą wystarczające dla naszych Czytelników i podane w atrakcyjnej formie, przekonamy się wkrótce. Jestem przekonany, że w kolejnych numerach naszego newsletter'a będziemy robili to coraz lepiej. Bardzo ważną rolę spełnią tu nasi Czytelnicy, mam nadzieję, żywo reagujący na poruszane sprawy lub wskazujący zagadnienia, które ich szczególnie interesują.

Zapraszam do lektury pierwszego wydania 'Newsletter'a FORMEDIS'.



Krzysztof Czerkas



O wydawcy

FORMEDIS Sp. z o. o. Sp. k.

Poznański Park Technologiczny –
Przemysłowy
ul. 28 czerwca 1956 roku nr 406
61-441, Poznań

tel. +48 61 673 53 59,
mobile: +48 609 329 997

Redaktor naczelny

Krzysztof Czerkas
biuro@formedis.pl

Partnerzy wydania

FORMEDIS Design sp. z o.o.

Opracowanie graficzne

RTY Agency

O FORMEDIS

Kierując się wizją efektywniejszej ochrony zdrowia w Polsce, powstał zespół ekspertów FORMEDIS, którego celem jest udoskonalanie systemu ochrony zdrowia i podniesienie jakości świadczonych usług medycznych.

Opierając się na wiedzy i ponad 25-letnim doświadczeniu na rynku usług medycznych zajmujemy się kompleksową obsługą podmiotów medycznych



Centralizacja Szpitali

Na początku stycznia br. minister zdrowia Adam Niedzielski poinformował o prowadzonych pracach nad koncepcją zmierzającą do centralizacji szpitali.

Jak wówczas mówił, pandemia pokazała, że rozproszone zarządzanie, rozproszenie zasobów i rozproszenie właścicieli szpitali powodują bałagan organizacyjny. Według słów ministra, nadzór nad szpitalami miałby przejść rząd, co w praktyce oznaczałoby przejście własności nad szpitalami przez Skarb Państwa, reprezentowany przez wojewodów. Kilka dni później wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski mówił w Sejmie o „kompleksowych i systemowych rozwiązaniach w zakresie restrukturyzacji i rozwoju sektora szpitalnictwa”, jednakże bez żadnych szczegółów.

W dyskusji publicznej przewijają się dotychczas trzy koncepcje. Pierwsza zakłada 100-procentową centralizację wszystkich szpitali w Polsce. Prawdopodobnie podległyby one Ministerstwu Zdrowia, ale w grę wchodzi też inne warianty: przejście szpitali pod nadzór wojewodów, Narodowego Funduszu Zdrowia lub nowej Agencji Rozwoju Szpitali, której celem ma być m.in. „wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali”.

Druga opcja zakłada tylko częściową centralizację. Minister zdrowia nadzorowałby wszystkie placówki, oprócz tych, którymi zarządzają marszałkowie województw, pod których przeszłyby też szpitale powiatowe, stanowiące dotychczas własność powiatów lub miast na prawach powiatu. Kwestią otwartą jest to, co zrobić ze szpitalami klinicznymi czy resortowymi.

Opcja numer trzy zakłada „zmianę struktury właścicielskiej wyłącznie w powiązaniu z restrukturyzacją długu szpitala”. Zakłada ona, że np. wojewoda mógłby wydzierżwiać zadłużony szpital. Odpowiadałby wówczas za kadry czy sprzęt, ale mury wciąż należałyby do pierwotnego organu prowadzącego, np. władz powiatu. Wojewoda, płacąc czynsz dzierżawny, jednocześnie potrącałby samorządowi kwoty wynikające ze spłaty zadłużenia szpitala.

Wygląda więc na to, że Ministerstwo Zdrowia nie ma jeszcze konkretnych planów w tej sprawie, a sam pomysł sprawia wrażenie badania opinii publicznej i testowania reakcji interesariuszy sektora ochrony zdrowia

Na reakcję bezpośrednio zainteresowanych nie musieliśmy długo czekać. Informacja dotycząca powstania ministerialnego zespołu pracującego nad koncepcją centralizacji szpitali była wielkim szokiem szczególnie dla środowisk samorządu terytorialnego, które nie wyklucza, że może tu chodzić o przejście mienia komunalnego za odszkodowaniem lub po potrąceniu kwoty wynikającej z jego zadłużenia. Z kolei w opinii Krzysztofa Bukieła, przewodniczącego Zarządu

Krajowego OZZL, rząd myśli o formie centralizacji znanej z PRL-owskiej przeszłości, polegającej m.in. na centralnych zakupach, centralnym rozdziale środków, centralnym planowaniu zadań poszczególnych szpitali oraz ich struktury i zatrudnienia, które – o czym jakbyśmy dzisiaj zapominali – okazały się nieefektywne, korupcyjno-genne i nie gwarantujące odpowiedniej jakości świadczeń.

Czemu zatem ma służyć ta rewolucja? Rząd motywuje ją głównie chęcią prowadzenia spójnej polityki w zakresie świadczeń medycznych. Obecne wielowładztwo, zdaniem rządu, generuje „wyniszczającą konkurencję”, spory kompetencyjne i nieskoordynowaną opiekę nad pacjentem, co dodatkowo wzmogła pandemia COVID-19. Problemem jest też skala zadłużenia szpitali (ponad 15 mld zł) i „upolitycznione” zarządzanie nimi. Dla decydentów kusząca jest wizja centralizacji w postaci powołania nowej agencji, która zajmowałaby się np. wspólnymi zakupami sprzętu medycznego. Resort zdrowia jak ognia unika słowa „likwidacja”. Przyznaje jednak, że trzeba przemyśleć strukturę tóżek szpitalnych. I decydować się np. na przekształcanie profilu ich działalności. Zmiany mogą dotyczyć przede wszystkim placówek w pobliżu dużych ośrodków miejskich, gwarantujących kompleksową opiekę. W mniejszych, obecnie powiatowych ośrodkach, część tóżek mogłaby zostać przekształcona na opiekę długoterminową.

Większość ekspertów, niezależnie od sympatii politycznych, jest zgodna, że powinno się zmniejszyć liczbę organów założycielskich.

A szczególnie wyeliminować sytuacje, gdy na jednym terenie o kontrakt z NFZ, o kadre i o pacjentów szpitale konkurują ze sobą tylko dlatego, że jeden należy do ministra zdrowia, drugi do marszałka a trzeci jest powiatowy. Z drugiej strony, zwracają uwagę na istotny fakt, że szpitale generujące długi to placówki resortów spraw wewnętrznych, obrony i zdrowia, czyli już dzisiaj zarządzane przez Państwo. Stanowią one 8 proc. ogółu szpitali w kraju, a jednocześnie generują 13 proc. zobowiązań ogółem i 11 proc. wymagalnych. Natomiast szpitale powiatowe i miast na prawach powiatu to łącznie 52 proc. wszystkich placówek, a odpowiadają one za 34 proc. długów ogółem i tyle samo wymagalnych. Oznacza to, że w aspekcie finansowym działają one o wiele lepiej niż szpitale rządowe. Centralizacja w tym aspekcie nie znajduje zatem żadnego uzasadnienia, a zmiana właściciela czy restrukturyzacja długu nic tu nie zmieni. A we wszystkich koncepcjach przedstawionych przez rząd zmiany dotyczą właśnie szpitali powiatowych.

Krzysztof Czerkas
Partner FORMEDIS



Jednolity standard rachunku kosztów

„Brak jednolitych zasad prowadzenia rachunku kosztów przez świadczeniodawców ma wpływ zarówno na ograniczone możliwości w zakresie zarządzania tymi podmiotami, jak również na ograniczone możliwości zbierania rzetelnych i porównywalnych danych na potrzeby wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” – tak, w ocenie skutków regulacji, Ministerstwo Zdrowia uzasadniało konieczność wprowadzenia jednolitego standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych.

W konsekwencji, dnia 19 listopada 2020 r. w Dzienniku Ustaw Dz.U. 2020 poz. 2045 opublikowane zostało Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, które z dniem 1 stycznia 2021 r. zobowiązuje wszystkie podmioty lecznicze – oprócz tych, które prowadzą działalność wyłącznie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – realizujące świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych na podstawie art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Posiadane systemy informatyczne oraz poziom przygotowania podmiotów leczniczych do stosowania rachunku kosztów jest bardzo zróżnicowany, a co za tym idzie w wielu podmiotach leczniczych jego wdrożenie w całości będzie niemożliwe

Jednym z zasadniczych wymagań wynikających z rozporządzenia jest nałożenie na świadczeniodawców obowiązku rozdzielenia w systemach ewidencyjno-księgowych działalności leczniczej od pozostałej działalności. Działalność podmiotów leczniczych dzielona jest na: działalność leczniczą finansowaną z NFZ/MZ, działalność badawczo-rozwojową, działalność dydaktyczną, działalność komercyjną, działalność leczniczą finansowaną przez samorządy oraz działalność związaną z rozliczeniem projektów unijnych.

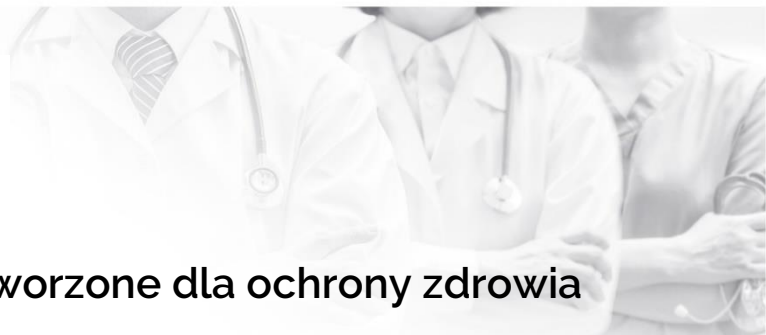
Zgodnie z rozporządzeniem, w podmiocie leczniczym wyodrębnia się tzw. ośrodki powstawania kosztów (OPK), które dzielą się na: OPK działalności podstawowej (np. oddziały łóżkowe), w tym tzw. OPK zadaniowe (np. oddziały łóżkowe) oraz OPK proceduralne (np. blok operacyjny), OPK działalności pomocniczej, w tym OPK działalności pomocniczej medycznej (np. apteka szpitalna) i OPK działalności pomocniczej niemedycznej (np. kuchnia) oraz OPK zarządu.

Kalkulacja kosztów wytworzenia OPK, z uwzględnieniem rodzajów prowadzonych działalności, obejmuje następujące etapy: etap I – ewidencja kosztów bezpośrednich OPK, etap II – alokacja kosztów pośrednich, wynikająca z kosztów OPK działalności pomocniczej na rzecz innych OPK (w taki sposób, aby wszystkie koszty działalności pomocniczej zostały alokowane na te OPK przy pomocy ustalonych „kluczy podziału”, etap III – alokacja pozostałych kosztów pośrednich, wynikająca z kosztów OPK działalności podstawowej, w tym kosztów OPK proceduralnych na rzecz OPK (w taki sposób, aby wszystkie koszty działalności OPK proceduralnych zostały alokowane na te OPK), przy zastosowaniu kluczy podziałowych zgodnych ze standardowymi kluczami podziałowymi służącymi rozliczaniu kosztów działalności podstawowej, w tym OPK proceduralnych.



Do alokacji kosztów OPK proceduralnych stosuje się koszty wytworzenia procedur medycznych, które wycenia się według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów. W przypadku braku możliwości zastosowania wyceny według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów stosuje się wycenę na podstawie kosztów typowo używanych zasobów materiałowych i osobowych.

Piotr Magdziarz
Partner Zarządzający FORMEDIS



Budownictwo modułowe – stworzone dla ochrony zdrowia

Budownictwo modułowe już od dawna jest zaawansowaną technologią, która pod wieloma względami wyprzedza tradycyjne systemy budowlane.

Dla potrzeb ochrony zdrowia najcenniejsze jego cechy to: wysoka jakość wykończenia, krótki termin realizacji inwestycji, lekkość konstrukcji i jej skalowalność - zarówno na etapie projektowania, wykonania i montażu, jak również w przypadku konieczności przebudowy lub rozbudowy, a w wielu przypadkach wyjątkowo korzystna cena w stosunku do budownictwa tradycyjnego.

Jakość i precyzja wykonania budynków modułowych wynika z faktu, że powstają one w kontrolowanych warunkach, całkowicie odmiennych od realiów typowej budowy. W hali produkcyjnej odbywa się całkowicie zautomatyzowany i sterowany komputerowo proces cięcia i spawania konstrukcji, a następnie tak precyzyjnie przygotowany szkielet jest uzbrajany we wszystkie przewidziane przez projektantów instalacje a na koniec obudowywany nowoczesnymi płytami o doskonałej ochronie termicznej, przeciwpożarowej i akustycznej.

Czas potrzebny na realizację inwestycji w systemie modułowym, od momentu podpisania umowy do momentu oddania obiektu do użytkowania, a tym samym uruchomienia w nim działalności medycznej, liczony jest w tygodniach a nie w miesiącach. Wynika to między innymi z faktu, że w tym samym czasie w fabryce powstają moduły a niezależnie - w urzędach - toczą się procedury związane z uzyskaniem pozwolenia na budowę. Równoległe prowadzenie tych trzech procesów pozwala skrócić czas budowy do 1/2 a czasami nawet do 1/3 czasu niezbędnego na realizację inwestycji realizowanej tradycyjnie.

Budownictwo modułowe



Budownictwo tradycyjne

Skrócenie czasu budowy ma ogromny wpływ na koszt jej realizacji - szczególnie w przypadku, gdy jest ona finansowana kredytem bankowym - oraz na okres zwrotu z inwestycji, bo pozwala na generowanie przychodów, znacznie szybciej niż inwestycje realizowane tradycyjnie.

Moduły na plac budowy są dostarczone kompletnie wykończone, łącznie nawet z częścią mebli oraz niezbędnego wyposażenia pod montaż sprzętu i aparatury medycznej (np. w przypadku sali operacyjnej w uchwyty do mocowania lamp operacyjnych, kolumny anestezyjologiczne, itd.). Montaż obiektu na placu budowy zabiera zaledwie kilka dni, a co najistotniejsze w przypadku rozbudowy istniejących budynków szpitalnych nie jest uciążliwy i pozwala na nieprzerwane prowadzenie dotychczasowej działalności medycznej. Po tym etapie pozostają tylko prace porządkowe na terenie wokół budynku.

Tylko w modułach możemy rozwijać automatyzację procesu w budownictwie, tak by maksymalnie zoptymalizować robociznę i sprowadzić roboty budowlane do produkcji, gdzie każdy budynek nie będzie prototypem, lecz produktem seryjnym.

Jeszcze kilka lat temu - kiedy ceny robocizny nie wpływały w sposób aż tak istotny na wartość inwestycji - pomimo swoich niewątpliwych zalet, budownictwo modułowe przegrywało cenową „walkę” z budownictwem tradycyjnym (koszty transportu, utrzymanie zakładu, materiały wyższej jakości). Jednakże obecna sytuacja, jaką mamy na rynku budowlanym, powoduje, że ceny bardzo się zbliżyły a nierzadko mamy sytuację, kiedy budynek modułowy jest tańszy. Jeżeli trend na rynku pracy się utrzyma to budownictwo modułowe nie będzie alternatywą dla budownictwa tradycyjnego, lecz naturalną jego ewolucją. Tylko w technologii modułowej możemy rozwijać automatyzację procesu w budownictwie tak by maksymalnie

zoptymalizować robociznę i sprowadzić większość robót budowlanych do produkcji, gdzie każdy budynek nie będzie prototypem, jak to ma się w przypadku tradycyjnej budowy, lecz produktem seryjnym o powtarzalnych parametrach i zoptymalizowanych kosztach wytworzenia.

arch. Michał Hess
Członek Zarządu FORMEDIS Design
Piotr Magdziarz
Członek Zarządu FORMEDIS Design