

Ewelina RabiejUniwersytet Rzeszowski
ORCID: 0000-0003-0420-5217**DOŚTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W PERSPEKTYWIE ZAŁOŻEŃ I REALIZACJI USTAWY
„O SIECI SZPITALI”****Wprowadzenie**

Dostępność świadczeń zdrowotnych jest jednym z kluczowych czynników warunkujących efektywność polityki zdrowotnej. Mimo postępu cywilizacyjnego stanowi poważne wyzwanie bez względu na szerokość geograficzną i charakter systemu zdrowotnego. Jest wiele czynników, które wpływają na zakres i stopień dostępności opieki zdrowotnej. Jej ograniczeń należy poszukiwać zarówno w systemie organizacji, jak i systemie finansowania świadczeń zdrowotnych. Jednak nawet odpowiednie finansowanie i regulacje prawne nie gwarantują dostępności opieki medycznej. Charakter i poziom zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne zmieniają się w sposób ciągły, a źródeł tych zmian należy poszukiwać w demografii i epidemiologii, które powinny stanowić fundament reform systemów zdrowotnych i polityki zdrowotnej¹.

Odpowiedzią na problemy z dostępnością świadczeń zdrowotnych wydaje się być m.in. koordynacja opieki zdrowotnej, która jest aktualnie jednym z podstawowych kierunków transformacji systemów ochrony zdrowia na świecie. Przejawia się w różnych wymiarach i działaniach, a jednym z nich jest tworzenie sieci placówek zdrowotnych. W 1999 r. WHO wskazała na zasadność integrowania opieki zdrowotnej, a wśród 21 celów strategicznych polityki zdrowotnej w XXI w. wymieniono budowę zintegrowanych systemów ochrony zdrowia, wskazując na konieczność współpracy zarówno w układzie poziomym, jak i pionowym. Systemy zdrowotne powinny być dostosowane ekonomicznie, politycznie i społecznie do regionalnych warunków. Ma to szczególne znaczenie dla krajów Europy Wschodniej, gdzie w konsekwencji prowadzonej wcześniej polityki zabezpiecza-

¹ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2018, s. 41–50.

nia opieki zdrowotnej na wypadek konfliktu militarnego utrzymuje się zasoby nieadekwatne do bieżących regionalnych potrzeb zdrowotnych².

Stanowisko WHO znalazło odzwierciedlenie w raportach krajowych. W 2012 r. S. Golinowska, analizując polski system ochrony zdrowia, wśród najważniejszych źródeł jego nierównowagi i nieefektywności wymieniła brak systemu (sieci) placówek medycznych. Wskazała na konieczność podjęcia działań zmierzających do koordynacji procesu nabywania i dostarczania świadczeń zdrowotnych w oparciu o analizę potrzeb i ryzyka, co umożliwiłoby zwiększenie ich dostępności³.

Rozważając dostępność świadczeń zdrowotnych w długim okresie, należy zauważyć, że jej istotną determinantą jest możliwość kontynuacji działalności przez szpitale, która z kolei jest pochodną ich sytuacji finansowej. Według Banku Światowego niestabilność finansowa polskich szpitali jest m.in. konsekwencją ich nadmiernej liczby oraz ograniczonej skali działalności wielu placówek (co nie pozwala na efektywne wykorzystanie zasobów). Szpitale, zamiast współpracować, konkurują ze sobą. Struktura właścicielska podmiotów publicznych jest rozdrobniona – podzielona między poszczególne szczeble władzy rządowej i samorządowej, co prowadzi do rozmycia odpowiedzialności. Poprawa stabilności systemu mogłaby zostać osiągnięta poprzez koordynację działań i współpracę między szpitalami, która jest szczególnie istotna w warunkach niedofinansowania ochrony zdrowia. Punktem wyjścia dla reformy systemu powinno być opracowanie map potrzeb zdrowotnych⁴.

Przez kolejne lata problematyka koordynacji opieki zdrowotnej była szeroko dyskutowana, podejmowano też różnorodne działania zmierzające w kierunku integracji opieki zdrowotnej. W 2016 r. G. Schrijvers odniósł się do niej, analizując holenderski system ochrony zdrowia, który jest jednym z najwyżej ocenianych na świecie⁵. Punktem wyjścia w badaniach było określenie opieki zdrowotnej jako systemu zdefiniowanego w ogólnej teorii systemów. Schrijvers utożsamia pojęcia „koordynowana opieka zdrowotna”, „zintegrowana opieka zdrowotna”, „opieka skoncentrowana na pacjencie”, przyjmując definicję sformułowaną w 2014 r. przez WHO: koordynowana opieka zdrowotna skoncentrowana na pacjencie to „usługi medyczne zarządzane i dostarczane osobom w sposób zapewniający uzyskanie kontinuum promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, zarządzania chorobami, rehabilitacji oraz paliatywnych usług medycznych na różnych poziomach oraz w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zapotrzebowaniem, w okresie całego życia i w formie stałej dyskusji z pacjentem”.

² Health21. *The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*, „European Health for All Series” 1999, no. 6, s. 117–135.

³ S. Golinowska i in., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Kraków 2012, s. 59–105.

⁴ Poland. *Improving the Financial Sustainability of the Hospital Sector: Towards a Systemic Approach*, Washington 2014, s. 1–19.

⁵ Por. Euro Health Consumer Index za lata 2005–2018, <https://healthpowerhouse.com/publications/#200118>.

Schrijvers dowodzi, że koordynowana opieka zdrowotna skoncentrowana na pacjencie może poprawić stan zdrowia ludności i jakość opieki indywidualnej oraz obniżyć koszty leczenia *per capita*⁶.

Celem niniejszego artykułu jest analiza i ocena nowego rozwiązania prawnego w zakresie koordynacji opieki zdrowotnej w polskim systemie ochrony zdrowia, tj. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieci szpitali. Badania dotyczą *stricte* regulacji prawnych, jak również konsekwencji ich realizacji. Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie o wpływ utworzenia sieci szpitali na dostępność świadczeń zdrowotnych.

Opracowanie przygotowano na podstawie studiów literaturowych, dokonano analizy raportów NIK, Ministerstwa Zdrowia, GUS, a także aktów prawnych, w tym przede wszystkim ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷ – tzw. ustawy „o sieci szpitali”.

Założenia reformy

Koncepcja koordynacji opieki zdrowotnej obecna była od samego początku procesu reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia. W 1998 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przedstawiło założenia procesu restrukturyzacji szpitali, który zmierzać miał w kierunku stworzenia sieci szpitali. Podkreślono, że na wzór krajów Unii Europejskiej zdecydowanej zmianie powinna ulec struktura łóżek szpitalnych – ich liczba, rodzaj i rozmieszczenie. Wyznacznikiem nowej struktury szpitali powinna być efektywność zdrowotna i ekonomiczna – wskazano na konieczność „stałego utrzymania optymalnej liczby szpitali oraz liczby łóżek opieki krótkoterminowej z odpowiednią strukturą podaży świadczeń, uwzględniającą rzeczywiste zapotrzebowanie zdrowotne populacji i optymalne wykorzystanie istniejącej bazy”⁸. Jako punkt wyjścia reformy szpitalnictwa przyjęto założenie, że opieka stacjonarna jest częścią całego systemu opieki zdrowotnej i nie może być rozpatrywana w oderwaniu od całości, a restrukturyzacja infrastruktury szpitali powinna przebiegać przy uwzględnieniu m.in. „analizy wykorzystania łóżek szpitalnych i średniego pobytu pacjentów w oddziałach poszczególnych specjalności oraz oceny zakresu wydolności zaplecza diagnostycznego i zabiegowego szpitala wraz ze stopniem wykorzystania przyszpitalnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie diagnostyki, terapii i rehabilitacji”⁹. Ponadto nowa struktura szpitali powinna uwzględniać szereg różnorodnych

⁶ G. Schrijvers, *Integrated Care: Better and Cheaper*, Amsterdam 2016, s. 25–37; WHO *Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services. Interim Report*, Geneva 2015, s. 9–13.

⁷ Dz.U. 2017, poz. 844.

⁸ *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1998, s. 29–37.

⁹ *Ibidem*, s. 33.

czynników ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych, w tym: liczbę ludności, gęstość zaludnienia, istniejącą infrastrukturę gospodarczą, stopień zanieczyszczenia środowiska, sieć komunikacyjną, charakter gospodarstw domowych, zmiany w strukturze zachorowalności, postęp technologiczny¹⁰.

Mimo założeń reformy z 1997 r.¹¹ i podejmowanych prób konstrukcji sieci szpitali¹² została ona wprowadzona dopiero w 2017 r. Nowelizacją z 23 marca 2017 r. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³ – tzw. ustawą „o sieci szpitali” (dalej: ustawa) – ustawodawca wprowadził system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: PSZ), czyli tzw. sieć szpitali. System ten tworzą podmioty lecznicze spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴. Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy celem ustawodawcy było zapewnienie społeczeństwu ciągłej i kompleksowej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej¹⁵.

Sieć szpitali stała się podstawową formą zabezpieczenia dostępu do wymienionych świadczeń. Zgodnie z art. 95l pkt 2. ustawy podmioty lecznicze kwalifikowane są w PSZ na sześciu poziomach: szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne, szpitale ogólnopolskie. Jednostki muszą spełnić szereg warunków określonych ustawą, w tym przede wszystkim posiadać izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy (z wyjątkiem szpitali pediatrycznych, onkologicznych i pulmonologicznych), posiadać umowę z NFZ w zakresie anestezjologii i intensyw-

¹⁰ *Ibidem*, s. 33–35.

¹¹ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 ze zm.), akt prawny uchylony w 2003 r.

¹² W 1999 r. szpitale zostały sklasyfikowane na trzech poziomach referencyjnych zależnie od zakresu i rodzaju oferowanych świadczeń, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. nr 164, poz. 1194), akt prawny uchylony w 2003 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego sprecyzowało podział na poziomy referencyjne, odnosząc je do poszczególnych oddziałów szpitalnych, na podstawie ich potencjału wykonawczego (Dz.U. nr 140, poz. 1143), akt prawny uchylony w 2013 r.

¹³ Dz.U. 2017, poz. 844.

¹⁴ Dz.U. 2017, poz. 1163.

¹⁵ Uzasadnienie do projektu z dnia 26 września 2019 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290303/katalog/12380811#12380811> (2.01.2020).

nej terapii oraz umowy w poszczególnych profilach przez ostatnie 2 lata (warunek ten nie dotyczy udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej)¹⁶. Poszczególne poziomy identyfikowane są poprzez rodzaje udzielanych świadczeń i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których świadczenia te udzielane są w trybie hospitalizacji. Szpitale I stopnia to poziom podstawowy, na którym realizowane są świadczenia w co najmniej dwóch spośród pięciu profili – chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, neonatologia i pediatria. Na kolejnych poziomach – II i III – realizowane są świadczenia w rozszerzonych zakresach określonych w art. 95l pkt 4 oraz art. 95m pkt 6 ustawy. Szpitale onkologiczne i pulmonologiczne to podmioty specjalistyczne sprofilowane na leczenie określonych jednostek chorobowych. Szpitale pediatryczne i ogólnopolskie realizują świadczenia we wszystkich profilach, w tym: szpitale pediatryczne – w co najmniej trzech profilach systemu zabezpieczenia dla dzieci. Szpitale ogólnopolskie to instytuty badawcze lub podmioty lecznicze utworzone i prowadzone przez uczelnię medyczną lub Skarb Państwa reprezentowany przez ministra.

W przypadku niespełnienia przez podmiot leczniczy kwalifikacji podstawowych określonych ustawą rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷ przewiduje uzupełniającą procedurę polegającą na kwalifikacji kaskadowej – od poziomu najwyższego – ogólnopolskiego – do poziomu pierwszego, z równoczesnym uwzględnieniem zasobów szpitala, dodatkowych profili systemu zabezpieczenia oraz konieczności zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej¹⁸.

Weryfikacji podmiotów dokonują oddziały wojewódzkie NFZ. Dyrektor oddziału sporządza i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów zabezpieczenia w terminie do 27 marca z okresem obowiązywania 4 lat; wykaz obowiązuje od 1 lipca. Podmioty znajdujące się w sieci szpitali mają zagwarantowane zawarcie umowy z NFZ w trybie pozakonkursowym. Finansowanie świadczeń w ramach sieci szpitali zaprojektowane jest na poziomie około 85% całkowitych kosztów świadczeń zdrowotnych określonych w planach finansowych NFZ, a udział wartości świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego realizowanych w ramach PSZ ma wynosić około 90% całości kosztów w tym zakresie. Zawieranie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach na dotychczasowych zasadach,

¹⁶ *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018, s. 688–692.

¹⁷ Dz.U. 2017, poz. 1163.

¹⁸ *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018, s. 693.

tj. w drodze konkursów ofert lub rokowań, pozostaje więc wyłącznie jako rozwiązanie subsydiarne¹⁹.

Zakres umowy z NFZ zależy od kwalifikacji szpitala do danego poziomu PSZ. Zgodnie z art. 136c ustawy finansowanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali odbywa się w formie ryczałtowej. Oznacza to przejście z dotychczasowego systemu Jednorodnych Grup Pacjentów do budżetu globalnego. Wysokość ryczałtu określają oddziały wojewódzkie NFZ za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy. Uwzględnia się tu trzy podstawowe czynniki. Pierwszy to wysokość środków zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu PSZ określona w planie zakupu świadczeń zdrowotnych NFZ. Druga determinanta to dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych przez szpital za poprzedni okres rozliczeniowy. Trzeci czynnik to parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez szpital w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń. Dla szpitali, w których współczynnik zmiany liczby jednostek sprawozdawczych wyniósł poniżej 0,98, wysokość ryczałtu w kolejnym okresie rozliczeniowym zostaje obniżona, w przedziale od 0,98 do 1 nie koryguje się wartości umowy, dla wskaźnika powyżej 1 wysokość ryczałtu może ulec zwiększeniu, jednak pod warunkiem, że pozwolą na to ewentualne rezerwy planu finansowego NFZ (będące konsekwencją sprawozdania przez część szpitali realizacji kontraktów poniżej przyznanego ryczałtu, tzw. niedowyoń²⁰). Przekroczenie wskaźnika nie oznacza więc automatycznie zwiększenia wartości ryczałtu dla szpitala. Należy zwrócić uwagę na fakt, że nowy mechanizm finansowania – budżet globalny – nie przewiduje opcji rozliczania przez NFZ tzw. nadwyoń, a więc nie gwarantuje refundacji wszystkich udzielonych przez szpital świadczeń. Równocześnie w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach sieci szpitali wyodrębnia się środki na sfinansowanie świadczeń, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu wymagają odrębnego sposobu finansowania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania²¹.

¹⁹ Uzasadnienie do projektu z dnia 26 września 2019 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290303/katalog/12380811#12380811> (2.01.2020); uzasadnienie do projektu z dnia 5 maja 2017 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298052/katalog/12431738#12431738> (2.01.2020).

²⁰ Bardzo problematyczna w tym aspekcie jest konieczność czasowego zawieszania działalności poszczególnych oddziałów wynikająca z braków kadrowych – może w znaczącym stopniu wpływać na wielkość ryczałtu w kolejnych okresach rozliczeniowych.

²¹ Dz.U. poz. 1225 ze zm. Świadczenia odrębnie finansowane to m.in.: tomografia komputerowa, medycyna nuklearna, rezonans magnetyczny, endoskopia przewodu pokarmowego, echokardiografia płodu, endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego, świadczenia szpitalne

Szczegółowe zasady kalkulacji ryczałtu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej²². Jego zapisy przewidują m.in. stosowanie współczynników korygujących w zależności od przynależności szpitala do poziomu w PSZ²³.

Opisany system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jest całkowicie nową instytucją prawną, ważnym etapem w procesie reformowania leczenia szpitalnego w Polsce. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano podstawowe cele stworzenia sieci szpitali, w tym: zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach (jako warunek zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce), zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, poprawę dostępu do świadczeń specjalistycznych w szpitalach, optymalizację liczby oddziałów specjalistycznych, uelastyczenie zarządzania szpitalem, optymalizację struktury kosztów oraz koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych²⁴.

Realizacja reformy

Pierwszy wykaz podmiotów leczniczych tworzących system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obowiązuje od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. W jego skład wchodzi 592 szpitale, w tym 10% to podmioty niepubliczne. Struktura sieci jest następująca: 281 szpitali I stopnia, 96 szpitali II stopnia, 62 szpitale III stopnia, 19 szpitali onkologicznych, 31 szpitali pulmonologicznych, 12 szpitali pediatrycznych i 91 szpitali ogólnopolskich. Najliczniejszą grupą są szpitale I stopnia – 47%, w tym głównie powiatowe, najmniej liczną – szpitale pediatryczne – 2%, funkcjonują tylko w siedmiu województwach.

w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, świadczenia w zakresie przeszczepów, świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć, świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, programy lekowe, świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy.

²² Dz.U. 2017, poz. 1783 ze zm. Szczegółowe zasady kalkulacji ryczałtu w pierwszym okresie rozliczeniowym określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy (Dz.U. poz. 1242).

²³ *Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2019, s. 100.

²⁴ Uzasadnienie do projektu z dnia września 2019 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290303/katalog/12380811#12380811> (2.01.2020).

Łącznie do PSZ weszło 57% z 1042 podmiotów wykonujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego. Oczywiście należy podkreślić, że uwzględniając kryteria klasyfikacji, do sieci włączono głównie duże podmioty zapewniające kompleksową opiekę zdrowotną, dysponującą większością łóżek szpitalnych w Polsce.

Zauważalne jest nierównomierne rozmieszczenie sieci szpitali. Najwięcej podmiotów włączono do PSZ w województwie mazowieckim i śląskim – 26% wszystkich szpitali. Tam też jest zlokalizowanych najwięcej szpitali ogólnopolskich – 32%. Najmniej szpitali PSZ jest w województwie lubuskim i świętokrzyskim – po 20 podmiotów, w tym zdecydowana większość to szpitale I i II stopnia.

W latach 2017–2018 liczba świadczeń udzielonych w ramach PSZ spadła z 49,3 mln do 48,9 mln (o 0,8%), a ich wartość wzrosła z 35 mld zł do 37,8 mld zł (o 8%). Wzrost liczby świadczeń odnotowano w zakresie leczenia szpitalnego (o 1,5%) i świadczeń odrębnie kontraktowanych (o 8,9%), a spadek – w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (o 2,1%) i rehabilitacji leczniczej (o 3,9%). Należy zaznaczyć, że nie jest to pożądany kierunek zmian – leczenie szpitalne jest najbardziej kosztochłonnym elementem sektora ochrony zdrowia, dlatego zawsze, kiedy jest to możliwe, leczenie powinno się odbywać w trybie ambulatoryjnym.

Wyraźne jest zróżnicowanie regionalne realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach PSZ. Najkorzystniejsza sytuacja jest w województwie pomorskim i wielkopolskim, gdzie ilość świadczeń wzrosła odpowiednio o 3,7% i 2,3%, a wartość – o 10,4% i 7,7%. Największy spadek liczby świadczeń odnotowano w województwie lubuskim – o 4,4% przy wzroście wartości o 7,4%.

Analizując realizację świadczeń zdrowotnych na poszczególnych poziomach sieci szpitali, zauważyć można spadek ilości świadczeń na większości z nich, przy czym najbardziej niekorzystne zmiany dotknęły szpitale pediatryczne, gdzie nastąpił największy spadek ilości świadczeń – o 3,5% przy niewielkim wzroście wartości – o 5%. W szpitalach ogólnopolskich również spadła ilość świadczeń – o 2,5% przy wzroście wartości o 8,5%. Zwiększenie ilości świadczeń odnotowano w szpitalach onkologicznych (o 2,5%) i w szpitalach II stopnia (o 1,7%), w których jednocześnie nastąpił największy wzrost wartości świadczeń (o 11,2%).

Budżety szpitali ustalone na 2018 r. zrealizowane zostały na poziomie 103,18%, przy czym wskaźnik zróżnicował się regionalnie od 100,30% w województwie opolskim do 104,97% w województwie małopolskim. Szpitale wykonały więc świadczenia o większej wartości, niż przewidywały umowy, co oznacza powstanie tzw. nadwykonań²⁵. Jak wynika ze sprawozdań finansowych NFZ, wartość wykonanych przez podmioty lecznicze, a nieujętych w księgach rachunkowych „ponadumownych” świadczeń zdrowotnych wyniosła w 2017 r. 104,3 mln zł,

²⁵ Sprawozdanie z działalności NFZ za 2018 r., s. 19–32.

a w 2018 r. – 641,3 mln zł, w tym leczenie szpitalne odpowiednio: 71 mln zł i 341,2 mln zł²⁶. Wyraźny wzrost wartości w 2018 r. nie pozostaje bez wpływu na sytuację finansową podmiotów leczniczych, szczególnie szpitali.

Analiza średniego czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne, tzw. kolejek oczekujących, w latach 2016–2018 w pięciu komórkach organizacyjnych leczenia szpitalnego charakteryzujących się najwyższą średnią czasu oczekiwania dla kategorii „przypadek stabilny” nie wskazuje na jednoznaczne tendencje. Na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz otolaryngologicznych dla dzieci wzrosła zarówno liczba oczekujących, jak i średni czas oczekiwania – odpowiednio: ze 151 dni do 170 dni i ze 149 dni do 164 dni. Na oddziałach otolaryngologicznych spadł okres oczekiwania – ze 146 dni do 144 dni, ale wzrosła liczba oczekujących. Na oddziałach neurochirurgicznych oraz reumatologicznych spadła zarówno liczba oczekujących, jak i średni czas oczekiwania – odpowiednio: ze 122 dni do 91 dni oraz z 74 dni do 66 dni. W 2018 r. najwięcej osób oczekiwało na świadczenie zdrowotne na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej – 132 tys.

Analogiczna analiza przeprowadzona dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wskazuje jednoznacznie na wydłużenie średniego okresu oczekiwania we wszystkich analizowanych poradniach: poradnia endokrynologiczna – z 211 dni do 233 dni, poradnia neurochirurgiczna – ze 140 dni do 177 dni, poradnia kardiologiczna – ze 106 dni do 115 dni, a poradnia okulistyczna – z 65 dni do 71 dni. W 2018 r. najwięcej osób oczekiwało na świadczenie zdrowotne w poradni okulistycznej – 263 tys.²⁷

Według raportu NIK wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie poprawiło ani dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, ani sytuacji finansowej szpitali. Sieć szpitali ustalona została na podstawie kryteriów formalnych określonych przez Ministra Zdrowia w ustawie i wydanym do niej rozporządzeniu, bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych i wynikających z nich rekomendacji, co nie sprzyja przebudowie systemu zgodnie z potrzebami zdrowotnymi ludności. W założeniu reforma miała uelastyczyć zarządzanie i pozwolić na optymalizację struktury kosztów leczenia, tymczasem większość z kontrolowanych szpitali nie wprowadziła żadnych istotnych zmian w organizacji wewnętrznej oraz alokacji zasobów. Podejmowane działania związane były głównie z problemami kadrowymi (brak lekarzy), dążeniem do ograniczenia strat oraz rozszerzaniem zakresu świadczeń zdrowotnych. Nie zagwarantowano takiego poziomu finansowania świadczeń, który umożliwiałby bilansowanie kosztów. Przychody z tytułu umów z NFZ wprawdzie rosły – w okresie I–III kwartał 2018 r. były wyższe o 12,9% niż w analogicznym okresie 2017 r., jednak koszty rosły szybciej (17,1%). Wysoki wzrost

²⁶ Sprawozdania finansowe NFZ za 2017 i 2018 r.

²⁷ Sprawozdanie z działalności NFZ za 2018 r., s. 99–101.

kosztów ogółem był konsekwencją wzrostu kosztów wynagrodzeń o 15,4% oraz medycznych usług obcych (kontrakty) – o 19,8%, co z kolei było skutkiem realizacji regulacji prawnych dotyczących wynagrodzeń w ochronie zdrowia oraz w gospodarce narodowej (wzrost płacy minimalnej)²⁸.

Pogłębiające się straty przełożyły się na wzrost zobowiązań szpitali. Według danych Ministerstwa Zdrowia zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w III kwartale 2019 r. wyniosły 14,3 mld zł, co stanowi wzrost o 12,9% w stosunku do III kwartału 2018 r. i o 20,7% w stosunku do III kwartału 2017 r. Zobowiązania wymagalne²⁹ w analizowanym okresie najpierw spadły – o 7,9% w III kwartale 2018 r. w stosunku do III kwartału 2017 r., a następnie w III kwartale 2019 r. wzrosły o 15,3% w stosunku do III kwartału 2018 r. i finalnie osiągnęły poziom 2,1 mld zł³⁰.

W raporcie NIK zwrócono uwagę na niski stopień wykorzystania łóżek szpitalnych w kontrolowanych podmiotach. Przyjmuje się, że optymalny poziom tego wskaźnika to 80%, tymczasem na ponad połowie oddziałów szpitalnych wartość kształtowała się poniżej 60%, w tym: na 85 oddziałach (35,4% analizowanych) – w przedziale 40–59%, na 41 oddziałach (17,1% analizowanych) – poniżej 40%. W 2017 r. średnie wykorzystanie łóżek w ciągu roku dla wszystkich szpitali w Polsce wyniosło 65,8%: od 56,9% w województwie wielkopolskim, 63,8% w województwie opolskim i 63,9% w województwie podlaskim do 71,4% w województwie lubelskim, 70,5% w województwie małopolskim i 68,7% w województwie zachodniopomorskim. Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach I stopnia kształtowało się od 50,2% na pediatrii do 73,1% na oddziałach chorób wewnętrznych; w szpitalach II stopnia – od 46,8% na okulistyce do 75,2% na oddziałach neurologicznych; w szpitalach III stopnia – od 61,2% na toksykologii do 70,2% na oddziałach gruźlicy i chorób płuc³¹. Wskaźnik wykorzystania łóżek jest więc zróżnicowany, wyższy w szpitalach II i III stopnia. Niskie wykorzystanie łóżek szpitalnych w szpitalach I stopnia nie wpływa korzystnie na ich sytuację finansową.

Jak zaznaczono wcześniej, finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach sieci szpitali ograniczone jest limitem planu NFZ, więc kluczową kwestią są możliwości płatnika publicznego. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce z roku na rok rosną, jednak wciąż znacząco odbiegają od standardów europejskich³². W 2016 r. sięgnęły 121,1 mld zł, co stanowiło 6,52% PKB. Większość to wydat-

²⁸ *Funkcjonowanie systemu...*, s. 9–28.

²⁹ Zobowiązania wymagalne to zobowiązania, których termin płatności minął, co wiąże się w konsekwencji z dodatkowymi kosztami obsługi (odsetki).

³⁰ *Zadłużenie SPZOZ*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz> (1.12.2019).

³¹ *Funkcjonowanie systemu...*, s. 12, 48–50.

³² E. Rabiej, *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – w drodze do zrównoważonego rozwoju*, „Studia Biura Analiz Sejmowych. Finansowanie zadań publicznych w Polsce” 2017, nr 4(52), s. 127–132.

ki publiczne (70%), które stanowią 4,55% PKB, pozostała część to wydatki prywatne o różnym charakterze (tabela 1).

Tabela 1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2014–2016

Wyszczególnienie	2014		2015		2016	
	mld zł	% PKB	mld zł	% PKB	mld zł	% PKB
Wydatki publiczne	75,9	4,42	80,2	4,46	84,6	4,55
– instytucje rządowe i samorządowe	10,0	0,58	10,9	0,61	12,1	0,65
– powszechne ubezpieczenie zdrowotne	65,9	3,83	69,3	3,85	72,4	3,90
Wydatki prywatne	31,6	1,83	34,3	1,90	36,5	1,96
– wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	24,8	1,45	26,5	1,47	27,8	1,50
– inne wydatki prywatne	6,7	0,39	7,7	0,43	8,7	0,47
Wydatki ogółem	107,5	6,25	114,5	6,36	121,1	6,52

Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Narodowe Rachunki Zdrowia za lata 2014–2016.

Według WHO zależnie od wysokości PKB finansowanie ochrony zdrowia na poziomie od 7% do 10% PKB może być wystarczające (w zależności od wysokości PKB)³³. Zgodnie z art. 131c i art. 131d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁴ wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce mają rosnać corocznie o około 0,2 p.p. do poziomu 6% PKB w 2024 r., przy czym zakładany wzrost nakładów ma następować bez podnoszenia składki zdrowotnej – w postaci dotacji z budżetu państwa uzupełniającej wielkość środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia. Zakładając, że wydatki prywatne utrzymają się w kolejnych latach na poziomie około 2%, to wydatki ogółem będą kształtowały się na poziomie około 8% PKB.

Podsumowanie

Dostępność świadczeń zdrowotnych zdeterminowana jest zarówno organizacją, jak i finansowaniem ochrony zdrowia. Jedną z podstawowych przesłanek utworzenia sieci szpitali było zwiększenie dostępu do świadczeń poprzez zmianę ich organizacji, w szczególności koordynację opieki zdrowotnej. Jak wynika z prze-

³³ *Health21...*, s. 133.

³⁴ Dz.U. 2019, poz. 1373 ze zm.

przewodzonej analizy, wprowadzenie sieci szpitali nie wpłynęło na poprawę dostępności świadczeń ani w ujęciu całostkowym, ani w ujęciu regionalnym (poprzez wyrównywanie różnic). W opinii NIK poprawa dostępności opieki zdrowotnej mogłaby nastąpić, gdyby sieć szpitali utworzona została na bazie map potrzeb zdrowotnych³⁵. Tymczasem, jak wykazała analiza, problem z dostępem do świadczeń występuje w sytuacji niepełnego wykorzystania potencjału przez część podmiotów leczniczych, podczas gdy inne wykazują wykonanie umów ponad limity określone przez NFZ, co dodatkowo zróżnicowane jest regionalnie oraz na poszczególnych poziomach PSZ.

Zasadnicze nieprawidłowości w organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce związane są więc z brakiem koordynacji działań dotyczących tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych, brakiem koordynacji opieki nad pacjentem oraz nieadekwatnymi zasobami systemu w stosunku do potrzeb zdrowotnych ludności³⁶. Porównania międzynarodowe i dane WHO jednoznacznie wskazują na niedofinansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Według P. Lenio „ustawodawca nadmiernie dba o interesy fiskalne budżetu państwa, co skutkuje brakiem odpowiednio wysokiego poziomu przychodów NFZ w stosunku do kosztów finansowania świadczeń zdrowotnych, za których organizację odpowiada, oraz częściowym przesunięciem odpowiedzialności za system ochrony zdrowia na jednostki samorządu terytorialnego”³⁷. W tym kontekście według B. Sygit i D. Wąsika w nawiązaniu do art. 68 ust. 2 Konstytucji – „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”³⁸ – newralgicznego znaczenia nabiera prawidłowe określenie przez ustawodawcę „sfery organizacyjnej, związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia, co z kolei wiąże się ściśle z właściwym podziałem kompetencji przyznawanych instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia”³⁹. M. Dercz i T. Rek podkreślają, że odpowiedzialność polityczno-finansową za sytuację podmiotów leczniczych powinny ponosić władze centralne, ponieważ to one odpowiadają za politykę zdrowotną państwa. Decyzje o liczbie szpitali i personelu medycznego niezbędnej dla utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego nie należą do władz lokalnych, tymczasem ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁰ przenosi gros odpowiedzialności na jednostki samorządu terytorialnego⁴¹. Fundamentalnego znaczenia nabie-

³⁵ Funkcjonowanie systemu..., s. 9–17.

³⁶ System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2019, s. 46.

³⁷ P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018, s. 473.

³⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483).

³⁹ B. Sygit, D. Wąsik, *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2016, s. 15–19.

⁴⁰ Dz.U. 2018, poz. 2190 ze zm.

⁴¹ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 22.

ra w tym kontekście wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., w którym orzeczono, że ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴² „w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”, jest niezgodna z Konstytucją. W uzasadnieniu wyroku Trybunał określił, że powszechne zadłużenie szpitali stanowi nieodparty dowód na to, że środki przekazywane szpitalom przez NFZ są nieadekwatne do kosztów działalności, a wprowadzenie sieci szpitali nie zmniejszyło poziomu niedofinansowania podmiotów leczniczych⁴³.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, będąc odpowiedzią na potrzebę zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych, wydaje się zasadnym rozwiązaniem, a niespełnienie oczekiwań pokładanych w sieci szpitali wynika z nieuwzględnienia przez ustawodawcę uwarunkowań epidemiologicznych i demograficznych oraz niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce. Nie przekreśla to jednak zasadności wdrożenia sieci szpitali, wskazując równocześnie kierunek niezbędnych reform.

Bibliografia

- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2019.
- Golinowska S. i in., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Kraków 2012.
- Health21. *The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*, „European Health for All Series” 1999, no. 6.
- Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2018.
- Poland. *Improving the financial sustainability of the hospital sector: towards a systemic approach*, Washington 2014.
- Rabiej E., *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – w drodze do zrównoważonego rozwoju*, „Studia Biura Analiz Sejmowych. Finansowanie zadań publicznych w Polsce” 2017, nr 4(52).
- Schrijvers G., *Integrated Care: Better and Cheaper*, Amsterdam 2016.
- Sygit B., Wąsik D., *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2016.
- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2019.

⁴² Dz.U. 2018, poz. 2190 ze zm.

⁴³ Wyrok TK z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. K 4/17 (Dz.U. poz. 2331).

Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce, Warszawa 1998.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018.

WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services. Interim Report, Geneva 2015.

Zadłużenie SPZOZ, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz>.

Streszczenie

W artykule dokonano analizy dostępności świadczeń zdrowotnych w aspekcie założeń i realizacji ustawy „o sieci szpitali”. Celem badań była próba odpowiedzi na pytanie o wpływ utworzenia sieci szpitali na dostępność opieki zdrowotnej. Przeanalizowano zapisy ustawy oraz aktów wykonawczych, a także skutki reformy, w tym: strukturę sieci szpitali, liczbę i wartość świadczeń zdrowotnych, stopień realizacji przez szpitale umów z NFZ, czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne i liczbę osób oczekujących, stopień wykorzystania łóżek szpitalnych oraz wydatki na ochronę zdrowia i sytuację finansową szpitali. W podsumowaniu stwierdzono, że utworzenie sieci szpitali nie wpłynęło na zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych, co było skutkiem nieuwzględnienia przez ustawodawcę uwarunkowań epidemiologicznych i demograficznych oraz niewystarczającego poziomu finansowania. Zaznaczono równocześnie, że zaistniała sytuacja nie przekreśla zasadności utworzenia sieci szpitali, wskazuje raczej na kierunek dalszych reform.

Słowa kluczowe: świadczenia zdrowotne, dostępność, prawo, sieć szpitali

THE AVAILABILITY OF HEALTHCARE SERVICES IN TERMS OF ASSUMPTIONS AND IMPLEMENTATION OF THE ACT „HOSPITAL NETWORK”

Summary

The article analysed the availability of healthcare services in terms of assumptions and implementation of the act “hospital network”. The aim of the research was to try to answer the question about the impact of the creation of a hospital network on the availability of healthcare. The provisions of the act and implementing acts were analysed, as well as the effects of the reform, including: the structure of the hospital network, the number and value of healthcare services, the degree of performance by hospitals of contracts with the NFZ, waiting time for healthcare services and the number of people waiting, the degree of use of hospital beds, expenditure on healthcare, the financial situation of hospitals. The summary concluded that the creation of a hospital network did not increase the availability of healthcare services. It was the result of the failure to take into account epidemiological and demographic conditions and insufficient funding. The situation does not cross out the legitimacy of the creation of a hospital network, but it points the direction of further reforms.

Keywords: healthcare services, availability, law, hospital network