



SYSTEM PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO REALIZACJA KONCEPCJI SIECI SZPITALI W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

PSZ AS REALIZATION OF THE CONCEPT OF HOSPITAL NETWORK IN THE POLISH HEALTH CARE SYSTEM

Marcin Kolwitz

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.34>

STRESZCZENIE

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej stanowi realizację koncepcji sieci szpitali. Podstawowym celem ustawy tworzącej sieć jest wyodrębnienie świadczeniodawców, którzy będą mieli zapewnione finansowanie ze środków publicznych.

Szpitaly zostaną przypisane do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia w zależności od rodzaju i liczby oddziałów. Zasadnicza zmiana dotyczy też metody i zasad finansowania. Finansowanie w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów zostanie zastąpione finansowaniem ryczałtowym, a dotychczasowa forma umowy między świadczeniodawcą i płatnikiem, czyli kontrakt, będzie miała jedynie charakter uzupełniający. W jednym z trzech rozporządzeń do ustawy została też wyodrębniona grupa świadczeń podlegająca oddzielnemu finansowaniu.

Wprowadzone reformy modyfikują zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zastępując mechanizmy konkurencyjne planowaniem. Może to prowadzić do obniżenia efektywności i jakości opieki zdrowotnej. Brak też konkretnych przesłanek, które mogłyby świadczyć o poprawie dostępności, choć zasadniczy wpływ na nią będzie miała wysokość nakładów na ochronę zdrowia.

Cele pracy to analiza i ocena projektu ustawy oraz działań z nim związanych. Metodę badawczą stanowiła analiza systemowa i decyzyjna, a materiałem do analizy były: opracowania, projekty aktów prawnych, oficjalne stanowiska podmiotów systemu związane z projektem ustawy.

Słowa kluczowe: sieć szpitali, dostępność, szpitale, profil, ryczałt.

ABSTRACT

Introduction of the primary care system for hospital care is the implementation of the hospital network concept. The basic purpose of the law creating the network is to distinguish healthcare providers who will be financed by public funding.

Hospitals will be assigned to one of six levels of security, depending on the type and number of branches. The basic modification also applies to the method and principles of financing. Diagnosis Related Groups will be replaced by flat rate financing, and the existing form of contract between the provider and the payer, the contract will only be complementary. In one of the three regulations of the Act, a separate group of benefits was also subject to separate financing.

The reforms introduced modify the principles of the health care system by replacing the mechanisms of competition with planning. This can reduce the effectiveness and quality of health care. There are also no concrete indications that improvements could be made to improve accessibility, although the impact on health care will be decisive.

The aim of the study was to analyze and evaluate the bill and its activities. The research method was systemic and decision analysis, and the material for analysis was: drafts, drafts of legal acts, official positions of system entities related to draft law.

Keywords: network of hospitals, availability, hospitals, profile, flat rate.

Sieć szpitali

Jako sieć szpitali można określić podsystem w którym skupione są określone podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Sieć dotyczy sektora szpitali, a istotą jej tworzenia jest gwarancja finansowania ze środków publicznych. Gwarancja ta ma jednocześnie wpływać na stabilność finansową szpitala i zapewniać pacjentom dostęp do opieki zdrowotnej.

Koncepcja sieci znana jest min. z systemu niemieckiego (Krankenhaus Plan) i ogranicza mechanizmy rynkowe

w ochronie zdrowia, zmniejszając rolę konkurencji na rzecz centralnego planowania.

Tworzenie sieci wiąże się z reformami obejmującymi zasadnicze zagadnienia dotyczące systemu ochrony zdrowia. Należą do nich: rola publicznego regulatora systemu, sposób finansowania świadczeń zdrowotnych, status właścicielski szpitali, zakres odpowiedzialności i zadania samorządu terytorialnego w zakresie polityki zdrowotnej.

Na poziomie zarządzania kwestia sieci obejmuje min. wymogi administracyjne i organizacyjne określające zasady

funkcjonowania w sieci i włączania do niej, oraz finansowe bodźce motywujące do sprawnego zarządzania szpitalem i przestrzegania określonych standardów.

Funkcjonowanie w podsystemie sieci wiąże się ze spełnieniem przez świadczeniodawcę warunków organizacyjno-technicznych w zakresie realizacji potrzeb zdrowotnych. Priorytetem i podstawą tworzenia sieci jest oszacowanie zakresu oraz ilości tych potrzeb (zarówno pod względem epidemiologicznym jak i terytorialno-strukturalnym), a także zasad klasyfikacji szpitali w zależności od specjalistycznego profilu i długości pobytu na poszczególnych oddziałach. Niezbędne jest też określenie poziomów oddziaływania w zakresie opieki ambulatoryjnej [1].

Koncepcja utworzenia sieci szpitali wynika min. konieczności racjonalizacji opieki zdrowotnej, która jest niezbędna ze względu na wciąż rosnący popyt. Jest on związany zarówno z czynnikami epidemiologicznymi wynikającymi z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych (nowe choroby) jak i ekonomiczno-technologicznymi (nowe kosztochłonne metody leczenia). Popyt na ochronę zdrowia jest w zasadzie nieograniczony, a zgodnie z tą koncepcją Roemera poprawa infrastruktury w postaci wzrostu ilości zasobów materialnych (liczba łóżek) prowadzi jeszcze do zwiększenia tego popytu [2].

We współczesnych systemach ochrony zdrowia pewna część świadczeń ze względu na wysokie koszty musi być wykonywana poza sektorem finansowanym ze środków publicznych. Uznaje się, że dla zapewnienia odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej zakres ten nie powinien być zbyt duży, dlatego istotne jest skonstruowanie odpowiednio szerokiego zakresu koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych i wynikająca z tego odpowiednia wysokość nakładów na ochronę zdrowia.

Specyfika sektora szpitali w Polsce

Świadczeniodawcy w polskim systemie opieki zdrowotnej posiadają duży stopień samodzielności i związanej z nią odpowiedzialności w zakresie własnych zobowiązań. Prowadzenie samodzielnej gospodarki finansowej przez podmioty lecznicze zarówno publiczne (funkcjonowanie szpitali w formie tzw. SPZO-ów czyli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej) jak i niepubliczne (działalność lecznicza prowadzona w formie spółek i praktyk prywatnych) oznacza konieczność pokrywania kosztów działalności i zobowiązań.

Podmioty lecznicze ponoszą zarówno ryzyko straty jak i możliwości zysków w zakresie podejmowanych decyzji finansowych. Prowadzona przez podmioty lecznicze go-

spodarka finansowa, polega na lokowaniu i wykorzystaniu posiadanych zasobów, prowadzi więc do maksymalizacji indywidualnych korzyści [3].

Podmioty publiczne i niepubliczne różniła kwestia odpowiedzialności. W przypadku podmiotów publicznych ujemny wynik finansowy był pokrywany przez samorząd (wspomagany środkami z budżetu państwa), w przypadku podmiotów niepublicznych mógł prowadzić do ich upadłości. Przekierowanie odpowiedzialności za zadłużone podmioty na samorząd, a także wprowadzenie procesu komercjalizacji polegającego na przekształceniu publicznego zoz-u w spółkę przy decydującym (całościowym lub większościowym) było założeniem ustawy o działalności leczniczej z 2011 roku.

Ustawa nakazywała aby nowe powstające podmioty mogły działać wyłącznie charakterze spółek kapitałowych (działających na podstawie kodeksu spółek handlowych). Spółka charakteryzuje się odpowiedzialnością podmiotów ją tworzących i dysponuje własnym kapitałem (obowiązek określenia wartości rynkowej nieruchomości). Wspólnicy, bądź akcjonariusze takiej spółki wnoszą swój wkład i działają w celu osiągnięcia zysku na zasadzie solidarnej odpowiedzialności [4].

Co prawda nowelizacja ustawy z 2016 roku zahamowała procesy komercjalizacji i prywatyzacji, jednakże praktyka funkcjonowania SPZO-u wciąż wpływa na konieczność jak najbardziej racjonalnego gospodarowania środkami finansowymi przez szpitale. Zasadniczy wpływ na alokację zasobów w ochronie zdrowia ma zakres środków uzyskanych od płatnika.

Zagwarantowanie szpitalowi odpowiedniej ilości środków jest szczególnie istotne w przypadku monopolu płatnika, który ma miejsce w polskim systemie. Monopol ten powoduje, że świadczeniodawcy publiczni i niepubliczni konkurują o środki publiczne. Świadczeniodawcom publiczni są w trudniejszej sytuacji, musząc ze sobą konkurować, ze względu na wycenę świadczeń nieadekwatną do rzeczywistych kosztów. Szpitale mają więc oddziały „dochodowe i niedochodowe”. Świadczeniodawcy publiczni działający w formie wielospecjalistycznych szpitali obciążeni są leczeniem świadczeń „nie dochodowych” co zwiększa prawdopodobieństwo ich zadłużania. Świadczeniodawcy niepubliczni natomiast skłaniają się do leczenia świadczeń przynoszących zysk (tzw. „spijanie śmietanki”). Było to powodem stosowania przez płatnika zróżnicowanych stawek za świadczenia (niższych dla podmiotów niepublicznych), aby w pewnym stopniu zrekompensować podmiotom publicznym wyższe koszty funkcjonowania.

Projekt Religi

Prace nad tworzeniem sieci zaczęto prowadzić w polskim systemie ochrony zdrowia już w czasie tworzenia ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym, ale projekt ustawy wprowadzającej tzw. sieć szpitali został stworzony przez Ministerstwo Zdrowia za kadencji ministra Zbigniewa Religi. Sieć była elementem dziesięciopunktowego kompleksowego planu reform w systemie ochronie zdrowia zapowiedzianego w czerwcu 2006.

Do podstawowych założeń zawartych w projekcie należały min. powołanie Rad do Spraw Szpitali: Regionalnych i Krajowej jako ciał opiniodawczych w procesie kwalifikacji do sieci przez ministra zdrowia, ustalenie trzech poziomów referencyjnych dla szpitali i ich ocenę punktową przez ministra zdrowia [5].

Projekt spotkał się krytyką zarówno środowisk medycznych jak i ekspertów. Najczęściej zarzucano mu min.: biurokratyzację, zbytne ograniczanie mechanizmów konkurencyjnych, brak gruntownej analizy potrzeb zdrowotnych, ogólne niedopracowanie nie pozwalające zrealizować zakładanych celów [6].

Powodem niezrealizowania projektu ustawy był upadek rządu premiera Jarosława Kaczyńskiego w listopadzie 2007 roku. Po wyborze nowego Parlamentu projekt został wniesiony przez PiS do sejmowej Komisji Zdrowia w październiku 2009, ale został odrzucony. Powodem zanegowania całej koncepcji sieci była odmienna koncepcja systemu ochrony zdrowia rządu koalicyjnego (PO-PSL). Rząd wraz z ministrem zdrowia Ewą Kopacz był zwolennikiem wprowadzenia mechanizmów konkurencyjnych w sektorze świadczeniodawców (nie poddano tym mechanizmom i nie zdecentralizowano płatnika).

PiS stawiało się zwolennikiem powrotu do systemu budżetowego, mechanizmów planowania i zdecydowanego wzmocnienia roli podmiotów publicznych. Wyrazem odmienności koncepcji dwóch głównych partii na polskiej scenie politycznej stała się Ustawa o działalności leczniczej (komercjalizacja) i jej nowelizacja z 2016 roku (zahamowanie komercjalizacji) [7].

PiS zadeklarowało powrót do koncepcji sieci po ewentualnym powrocie do władzy w swoim dokumencie programowym, zapowiadając oparcie się na projekcie ministra Religi [8].

PSZ – ogólne założenia

Po przejściu władzy przez PiS w 2015 roku w resorcie zdrowia pod kierownictwem ministra Konstantego Radziwiłła rozpoczęto prace nad ustawą o sieci szpitali. Efektem tych prac była ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Została ona uchwalona przez Sejm z dnia 23 marca 2017 roku. Senat przyjął ustawę bez poprawek, następnie została podpisana przez Prezydenta [9].

Podstawowym założeniem ustawy jest wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nazwanego PSZ (tzw. sieci szpitali). Nowelizacja ma na celu zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wyspospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przy szpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

Wprowadzenie PSZ zakłada kwalifikowanie szpitali (zakładów leczniczych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej) na poziomie poszczególnych województw do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia. Są to: szpitale: I, II, III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne (czwarty poziom), szpitale pediatryczne (piąty poziom) i ostatni poziom czyli szpitale ogólnopolskie (obejmujące instytuty i inne szpitale kliniczne).

Szpitale w kwalifikacji otrzymają wskazania do tzw. profili udzielania świadczeń. W ustawie wymieniono następujące profile odpowiadające poszczególnym poziomom.

Dla szpitali I stopnia są to: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria.

Dla szpitali II stopnia: min. chirurgia dziecięca, kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, reumatologia.

Dla szpitali III stopnia: min. oddziały zarówno dla dzieci jak i dorosłych: chirurgia klatki piersiowej, choroby płuc, choroby zakaźne, kardiochirurgia, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, transplantologia kliniczna, a także oddziały dziecięce: otorynolaryngologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

Dla szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych min.: chirurgia onkologiczna dla dorosłych i dzieci, hematologia, radioterapia, onkologia kliniczna, chemioterapia, chirurgia klatki piersiowej dla dorosłych i dzieci, hospitalizacja.

Dla szpitali pediatrycznych i ogólnopolskich są to wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego.

Kwalifikacja podmiotów leczniczych do PSZ będzie się odbywać co 4 lata (będą jej dokonywać dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ i publikować w Biuletynie Informacji Publicznej). Ustawa przewiduje możliwość dokonywania zmian w trakcie obowiązywania wykazu

w przypadku gdy dany podmiot przestanie spełniać warunki kwalifikacji.

Pierwszy wykaz zakwalifikowanych podmiotów został ogłoszony 27 czerwca 2017 roku. Zmiany w wykazie mogły być dokonane do 26 września w przypadku faktycznego połączenia dwóch lub więcej jednostek (lub rozpoczęcia procedury łączenia) i wpisaniu ich do rejestru podmiotów leczniczych. PSZ ma zacząć działać od 1 października 2017 roku i będzie obowiązywać do 30 czerwca 2021 roku. Świadczeniodawcom niezadowolonym z treści wykazu przysługują będą środki odwoławcze w postaci protestu składanego do dyrektora oddziału NFZ w terminie 7 dni od jego opublikowania.

Podstawowymi warunkami kwalifikacji (pierwotnymi w stosunku do spełniania kryteriów w zakresie poszczególnych profili) są: udzielanie świadczeń w trybie hospitalizacji (działanie w tzw. trybie ostrym) oraz nieprzerwane posiadanie umowy z NFZ w ciągu dwóch ostatnich lat kalendarzowych na świadczenia objęte profilami.

Ponadto kwalifikacja do poziomów szpitali I, II i III stopnia oraz szpitali pediatrycznych nakłada obowiązek posiadania szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć. Jest on związany z udzielaniem świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w przypadku braku odpowiedniej ilości świadczeń świadczeniodawcy zostaną wyłonieni na zasadzie konkursu).

Zakwalifikowanie do poziomu szpitali II i III stopnia zobowiązuje natomiast do posiadania oddziału i udzielania świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii zarówno dla dorosłych jak i dzieci.

Zasadniczą zmianą, którą wprowadza ustawa jest nowy sposób finansowania. Szpitale, które znajdą się w PSZ będą otrzymywać środki na podstawie finansowania ryczałtowego na dany rok, które zastąpi dotychczasowe konkursy ofert i oparte na nich kontraktowanie. Wymieniona w osobnym rozporządzeniu grupa świadczeń będzie finansowana na dotychczasowych zasadach (zostanie na to przeznaczone 9% środków na leczenie szpitalne).

Na finansowanie świadczeń w ramach PSZ przeznaczone więc zostanie ok. 91 % środków na szpitale oraz około 37 % środków na AOS. Ryczałt będzie ulegał zmianom w kolejnych okresach rozliczeniowych poprzez uwzględnienie ilości świadczeń rzeczywiście wykonanych (na podstawie ilości świadczeń wykonanych w roku poprzednim).

W uzasadnieniach zarówno do projektu ustawy jak i uchwalonej już ustawy jako podstawowe mankamenty systemowy wskazano rozmycie wyodrębnionych wcześniej poziomów opieki szpitalnej i specjalistycznej utrudniające właściwe zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych w tym zakresie [9, 10].

Uznano, że sytuacja ta jest efektem istniejących zasad włączenia świadczeniodawców do systemu publicznego czyli możliwości ubiegania się o udzielanie świadczeń na podstawie konkursu ofert przez wszystkie podmioty.

Jako wady postępowania konkursowego wskazano: zachwianie kompleksowości koordynacji i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz ich fragmentacji, konstruowanie wymagań konkursowych w oparciu o potrzeby płatnika, a nie o potrzeby zdrowotne. Wskazane wady postępowania konkursowego wpłynęły też na nieefektywne dla całego systemu działania świadczeniodawców, a mające na celu racjonalizację funkcjonowania i zwiększenie przychodów (poprzez zmiany struktury organizacyjnej czyli tworzenie dodatkowych oddziałów i pododdziałów szpitalnych i przesuwanie świadczeń z trybu ambulatoryjnego na szpitalny). Działania te prowadziły do nadwykonań.

Oparcie finansowania o konkursy uznano za niewłaściwe także dla samych świadczeniodawców ze względu na niepewność co do przyszłych warunków finansowania utrudniających właściwe zarządzanie (min. w zakresie racjonalnej inwestycji i właściwej polityki kadrowej).

Wymienione mankamenty wpłynęły na decyzje, że postępowania konkursowe mają mieć wyłącznie charakter uzupełniający.

Potrzebę wprowadzenia PSZ uzasadniono specyficznością opieki specjalistycznej, a szczególnie leczenia szpitalnego (kosztochłonność inwestycji, konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej w kraju i w poszczególnych regionach, potrzeba planowania w celu zapewnienia optymalnego wykorzystania zasobów).

Uznano, że wspomniana specyficzność opieki specjalistycznej wpływa na potrzebę koordynacji opieki szpitalnej, ambulatoryjnej i rehabilitacyjnej, które mają zapewnić poprawę dostępności. określoną jako jeden z podstawowych celów wprowadzania ustawy.

Do kolejnych celów należy zaliczyć: zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń w szpitalach (warunek bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce), zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych (przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom). Pozostałe cele to: poprawienie dostępności do szpitalnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych, uelastycznienie zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia, a także uporządkowanie struktury szpitali i określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali.

Ostatni cel to stworzenie mechanizmu przenoszącego wąskospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych.

Przy ustaleniu ryczałtu mają zostać uwzględnione dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za rok 2015, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej.

Do ustawy zaprojektowano trzy rozporządzenia: Pierwsze dotyczy określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W rozporządzeniu oprócz wspomnianych kryteriów wskazano dodatkowe profile systemu zabezpieczenia, obejmujące zakresy i rodzaje świadczeń, a także kryteria, które należy spełniać aby ich udzielać oraz porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom [11].

W rozporządzeniu zapisano minimalne liczby i rodzaje profili dla poszczególnych poziomów.

Dla szpitali I stopnia przewidziano 2 profile spośród profili im przyporządkowanych, natomiast dla szpitali II stopnia 6 profili dla poziomu szpitali I i II stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu szpitali II stopnia, natomiast dla szpitali III stopnia przewidziano 8 profili z profili dla poziomu szpitali I-III stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu III stopnia.

Dla szpitali onkologicznych przewidziano 6 profili, a dla pulmonologicznych 2 profile spośród profili przyporządkowanych tym szpitalom.

Dla szpitali pediatrycznych przewidziano 3 profile spośród profili im przyporządkowanych, a dla szpitali ogólnopolskich jeden profil ze wszystkich profili leczenia szpitalnego.

W rozporządzeniu określono szereg wyjątków zgodnie z którymi mimo braku spełniania wyżej wymienionych wymogów szpitale mogą być zakwalifikowane do poszczególnych poziomów ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń w określonym profilu i na danym terenie. Szpitalom I-III stopnia oraz pulmonologicznym do kwalifikacji wystarczy posiadanie tylko 1 profilu charakteryzującego ich poziom (np. jeżeli szpital posiada tylko jeden oddział a jest jedynym w powiecie może być zakwalifikowany do I poziomu). W przypadku szpitali onkologicznych muszą to być co najmniej 3 profile.

Innymi warunkami kwalifikacji są: posiadanie odpowiedniej struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i zapewnienie kompleksowości opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń, w tym także w ramach różnych profili. Przykładowo: szpitale muszą udzielać co najmniej 50% wszystkich udzielanych świadczeń: w pro-

filu choroby wewnętrzne (dla szpitali I stopnia,) w profilu choroby zakaźne (dla szpitali III stopnia) a także w profilu choroby onkologiczne (dla szpitali onkologicznych).

Kolejny wyjątek jest warunkowany minimalną wartością realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu (np. jeżeli w przypadku szpitali II stopnia łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ w ramach profili chirurgia plastyczna, chirurgia ogólna oraz w ramach profili anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci i dla dorosłych wyniosła co najmniej 20 mln zł.

W drugim rozporządzeniu w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania wymieniono szeroki zakres świadczeń dla których ustalono odrębne finansowanie ze względu na konieczność zabezpieczenia do nich właściwego dostępu [12].

Należą do nich min.: świadczenia w trakcie wykonywania których odbywa się poród; endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego; zabiegi usunięcia zaćmy; świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych; chemioterapia, radioterapia; świadczenia wysokospecjalistyczne realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć oraz w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; diagnostyka i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego; rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych; kompleksowa opieka nad pacjentem.

W rozporządzeniu wymieniono więc różne grupy świadczeń: min. charakteryzujące się kosztocłonnością i kompleksowością opieki (chemioterapia, programy lekowe), dużą liczbą podmiotów ich udzielających: (endoprotezoplastyka, usunięcie zaćmy), a także świadczenia wysokospecjalistyczne.

Planowany udział wszystkich świadczeń przejawia się następująco: programy lekowe (ok. 18%), świadczenia związane porodem i opieką nad noworodkiem (ok. 13%). Poziom finansowania wskazanych świadczeń określono na 46% wartości wszystkich świadczeń sfinansowanych w ramach PSZ.

W trzecim rozporządzeniu w sprawie sposobu ustalania ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy określono szczegółowy wzór wyliczania kwoty zobowiązania [13].

Prawdopodobne skutki ustawy

Zmiana metody finansowania świadczeń proponowana w ustawie wpływa zasadniczo na zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Metoda finansowania oparta na Jednorodnych Grupach Pacjentów mimo wad wskazanych

w uzasadnieniu do wprowadzenia ustawy (których efektem były nadwykonania) wiązała się też z kilkoma korzyściami do których można zaliczyć: jednoznaczność definicji i opis świadczenia, uproszczenie zasad i zmniejszenie liczby pozycji katalogowych, ograniczenie możliwości oderwania rozliczeń od faktycznie realizowanej terapii [14].

Ponadto powiązanie ilości otrzymanych środków z liczbą pacjentów motywowało szpital do zwiększonej ilości świadczeń (wpływając na poprawę dostępności w wysoko wycenionych dziedzinach min. w kardiologii).

Z punktu widzenia świadczeniodawcy w przypadku finansowania ryczałtowego pacjent nie jest przychodem lecz kosztem (pieniądz przed pacjentem). Przyznana z góry kwota wpływa więc na brak czynników motywujących do zwiększenia ilości usług i tym samym przyjęcia większej liczby pacjentów. Finansowanie ryczałtowe prowadzi do obniżenia kosztów systemu ale nie wpływa na poprawę dostępności co było deklarowane w uzasadnieniu projektu .

Specyfiką finansowania opartego na ryczałcie i odejścia od formuły konkursowej jest także praktyczne likwidowanie mechanizmów konkurencyjnych i obniżenie bodźców podnoszących efektywność działania. Wynika ono z włączenia podmiotu leczniczego w strukturę sieci i tym samym gwarancji finansowania. Wyłączenie z sieci podmiotów już w niej funkcjonujących przy kolejnej kwalifikacji (które miało mieć charakter proefektywnościowy) wydaje się być mało prawdopodobne szczególnie w przypadku braku innych podmiotów spełniających wymogi formalne.

Zarówno więc liczba przyjętych pacjentów, jak i ilość i rodzaj wykonanych procedur nie są dla szpitali najistotniejsze, gdyż nie decydują o ilości uzyskanych od płatnika środków finansowych.

Ryczałt nie motywuje w dodatku szpitali do podnoszenia jakości usług, ponadto w samych zasadach kwalifikacji szpitala do tzw. „sieci” brak bodźców wpływających na poprawę jakości usług (co zresztą miało miejsce już przy rozliczaniu na podstawie kontraktu). Podstawą kwalifikacji jest więc wymagana infrastruktura od której posiadania przewidziano zresztą wspomniane już liczne wyjątki. Dlatego też nowelizacja wprowadzająca PSZ wymaga uporządkowania kwestii standardów jakości (praktycznie w nieobecnych zdecydowanej większości rodzajów opieki) o czym wspomina się też w samym projekcie ustawy.

Pozytywnym aspektem ryczałtu jest uproszczenie finansowania, jednakże ustawa nie likwiduje procedur biurokratycznych gdyż szpitale nadal są zobowiązane do sprawozdawczości mimo , że nie jest ona warunkiem kwalifikacji do sieci.

Inny pozytywny aspekt ustawy czyli możliwość zwiększenia kwoty ryczałtu w następnym okresie rozliczeniowym zostaje zniwelowany w przypadku przekroczenia przez szpital ryczałtu otrzymanego w roku bieżącym (przyjęcie większej liczby pacjentów), problem nadwykonań nie zostaje więc rozwiązany.

W dodatku z samych projektów rozporządzeń wynika, że wzrost nakładów finansowych nie będzie proporcjonalny do zwiększonych kosztów (zwiększenie realizacji świadczeń o 40% będzie się wiązało ze wzrostem budżetu o 15%) [15].

Wśród dyrektorów niektórych szpitali kwestia nowy system finansowania wzbudza niepokój także w innych kwestiach.

Pierwszą są ewentualne podwyżki dla pracowników ochrony zdrowia. Zachodzą obawy, że dyrektorzy będą zmuszeni je finansować z przyznanego ryczałtu co ograniczy budżet szpitala i mniej środków będzie mogło być przeznaczone na świadczenia.

Druga kwestia dotyczy szpitali dofinansowanych w ramach środków pochodzących z funduszy Unii Europejskiej. Przyznanie tym szpitalom budżetu w formie ryczałtu może być uznane za pomoc publiczną i skutkować cofnięciem tych funduszy .

Dodatkowo istnieją wątpliwości co braku zakwalifikowania niektórych procedur do odrębnego sposobu finansowania. Jako świadczenia, które powinny być finansowane w takim trybie wymienia się min: geriatrię.

Tworzenie sieci wpłynęło i może w dalszej kolejności wpłynąć na zmiany w sektorze szpitali. Pierwszą zmianą są procesy konsolidacyjne, które objęły część szpitali nie mogących samodzielnie spełnić wymogów kwalifikacji do PSZ. Konsolidacja jednakże nie musi jednak zmieniać istniejącej struktury, szpitale stanowiące uprzednio odrębne jednostki ,a po połączeniu jeden organizm zachowują swoje oddziały w dotychczasowych miejscach. Niekiedy jeden podmiot może być rozmieszczony w różnych czasem odległych od siebie o kilkanaście czy kilkadziesiąt km miejscach (przykładem jest włączenie Szpitala Rehabilitacyjno - Kardiologicznego Kowanówku do Szpitala Wojewódzkiego Poznaniu). Rozproszenie oddziałów (w tym także poradni przyszpitalnych) nie rozwiąże więc całkowicie problemu dostępności, co prawda może poprawić się stabilność finansowania ale pacjenci będą mieli dostęp do placówek ciągle w tych samych miejscach.

Spodziewanym skutkiem wprowadzanych zmian jest zwiększenie liczby pacjentów w szpitalach włączonych do PSZ. Zostaną oni „przerzuceni” z podmiotów , które znalazły się poza siecią, poza tym niektóre z tych podmiotów staną przed koniecznością likwidacji.

Inna negatywną konsekwencją ustawy może być przesunięcie niektórych świadczeń (np. udzielanych w ramach chirurgii jednego dnia) z AOS do szpitali. Jest to nie tylko proces odwrotny od pożądanego (ze względu na wysokie koszty opieki szpitalnej w stosunku do opieki ambulatoryjnej), ale powtarzający mankament finansowania na podstawie JGP.

Krytyczne opinie wobec ustawy o sieci są podnoszone także przez środowisko lekarskie. Naczelna Rada Lekarska w swym stanowisku podkreślając brak bodźców podnoszących jakość i efektywność uznała, że radykalność dokonanej zmiany będzie prowadzić do pogłębienia chaosu, zmniejszenia dostępności do świadczeń i realnego zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Oceniając szczegółowe rozwiązania projektu ustawy NRL postulowała stworzenie osobnego profilu dla szpitali rehabilitacyjnych. Wskazano również na faktyczny brak możliwości wejścia do „sieci” nowopowstałych podmiotów (obowiązek posiadania dwuletniego kontraktu), a także faktyczną możliwość likwidacji (co można odnieść do mniejszych jednostek , a także tych które nie posiadają umowy na SOR) [16].

Ostatni zarzut NRL potwierdza duża liczba podmiotów , które nie znalazły się w ogłoszonym 27 czerwca wykazie (391 placówek), co w praktyce oznacza zagrożenie funkcjonowania wielu podmiotów, głównie prywatnych [17].

ze składek (w 2017 r. nakłady będą większe o 3,4 mld zł niż w 2016 roku). Nakłady mają rosnąć systematycznie aż do osiągnięcia 6% w 2025 roku [18].

Biorąc pod uwagę systematycznie rosnące koszty opieki zdrowotnej , można mieć jednak wątpliwości czy wspomniane nakłady, a tym samym ustalone za ryczałt stawki okażą się wystarczające.

Piśmiennictwo:

1. Kuszewski K, Krysińska M, Różycka A. Planowanie sieci szpitali. Historia pewnej inicjatywy. *Zdrowie Publ i Zarządz.* 2014; 12 (2): 129–133.
2. Włodarczyk WC. Współczesna polityka zdrowotna .Wybrane zagadnienia.Wyd.2 .Lex Wolters Kluwer Business. Warszawa , 2014:269.
3. Wyszowska Z., Michalska A.: Zarządzanie zasobami pracy w szpitalu. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management* 2011;(38):273-287.
4. Duraj J. Podstawy ekonomiki przedsiębiorstwa. Wyd. 2. PTE Warszawa, 2004:116-119.
5. Projekt ustawy o sieci szpitali. http://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/2029_p.html, [Data dostępu: 30.06.2017].
6. Stanowisko Nr/20/06/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 grudnia 2006 w sprawie projektu sieci szpitali http://nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0004/3892/rs-0020-06-V.pdf, [Data dostępu: 30.06.2017].
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654.
8. *Zdrowie, Praca, Rodzina. Program Prawa i Sprawiedliwości* 2014,s.115-119.
9. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z dnia 26 kwietnia 2017 r. Poz. 844, [Data dostępu: 30.06.2017].
10. Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12285950>, [Data dostępu: 30.06.2017].
11. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298052>, [Data dostępu: 30.06.2017].
12. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298053>, [Data dostępu: 30.06.2017].
13. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298054>, [Data dostępu: 30.06.2017].
14. *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań.* red. Hass-Symotiuk M. Wyd. Nauk. US. Szczecin,2011:186.
15. Janiszewski R. Cuda, wzory, sieć szpitali. *Menedżer Zdrowia* 2017; (2):26-28

Podsumowanie

Należy stwierdzić, że uchwalona ustawa różni się dość znacząco od wcześniejszej koncepcji sieci szpitali (tzw. projektu Religii). W jeszcze większym stopniu ogranicza działanie mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia. Wydaje się że jej ostateczny kształt ma na celu umocnienie dużych publicznych szpitali przy jednoczesnej eliminacji z systemu publicznego sektora prywatnego.

Oceniając możliwość realizacji najistotniejszych deklarowanych celów ustawy należy stwierdzić że zarówno poprawa dostępności (biorąc pod uwagę wymienione mankamenty) jak i zagwarantowanie stabilności finansowania (biorąc pod uwagę ogólną wysokość nakładów) wydają się wątpliwe.

Uelastycznienie zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia mogą być osiągnięte jednakże tylko w pewnym stopniu (biorąc pod uwagę ciągle istniejący obowiązek sprawozdawczości).

Kluczowy wpływ na funkcjonowanie systemu po wprowadzeniu nowej ustawy wydaje się mieć kwestia wysokości nakładów przeznaczonych na ochronę zdrowia. Ministerstwo Zdrowia zapowiada ich systematyczny wzrost zarówno jeśli chodzi o środki budżetowe (wzrost o 600 mln czyli 4,8% w stosunku do 2016 r.) jak i wpływy

16. Stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej: Nr 15/16/VII z dnia 4 listopada 2016 r. oraz Nr 3/17/VII z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów. <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-i-apele-naczelnaj-rady-lekarskiej-podjete-13-stycznia-2017-r.> [Data dostępu: 30.06.2017].
17. Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ Narodowy Fundusz Zdrowia. Biuletyn Informacji Publicznej. <http://www.nfz.gov.pl/bip/oddzialy-wojewodzkie-nfz/>, [Data dostępu: 30.06.2017].
18. Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania. Finansowanie służby zdrowia. <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania/>, [Data dostępu: 30.06.2017].

pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania/, [Data dostępu: 30.06.2017].

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:

Marcin Kolwicz
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel.(91) 4800930
tel. 880-781-403
email:rutinex@pum.edu.pl