

Ewa Pietryka*

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce w kontekście wprowadzenia systemu sieci szpitali

Wstęp

Jednym z istotnych zadań współczesnej polityki systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie społeczeństwu jak najlepszej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Dla większości krajów europejskich, w tym dla Polski, w których obserwuje się szybko rosnący odsetek osób starszych, częściej korzystających z usług medycznych niż ludzie młodzi, sprawne funkcjonowanie ochrony zdrowia jest poważnym wyzwaniem organizacyjnym i finansowym.

Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce na przestrzeni ostatnich lat ulegało zasadniczym przeobrażeniom. Dokonano zmiany bezpośredniego finansowania ochrony zdrowia ze środków budżetu państwa, wprowadzono system kas chorych, następnie finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, którego podstawą przychodów jest system składowy uzupełniany środkami z budżetu państwa na określone świadczenia zdrowotne.

W dniu 4 maja 2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [ustawa, 2017], która po raz pierwszy wprowadza nową instytucję, tzw. system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Celem ustawy jest między innymi [uzasadnienie do projektu ustawy, 2017]:

- zapewnienie pełnego, kompleksowego dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych,
- gwarancja poziomu finansowania szpitalnych świadczeń zdrowotnych na odpowiednim poziomie,
- poprawienie elastyczności zarządzania szpitalami przy optymalizacji kosztów,
- podział szpitali i ustalenie ich zakresów odpowiedzialności.

Ustawa ta wprowadza określone poziomy szpitali. Podstawowym wyznacznikiem poziomu szpitala są rodzaje udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich określenie przez wskazanie profili lub rodzajów komórek

* Mgr, doktorantka, Katedra Finansów i Ryzyka Finansowego, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański, ul. Armii Krajowej 101, 81-824 Sopot, ewa.pietryka@wp.pl

organizacyjnych. Do stworzenia modelu sieci szpitali nie są przypisane podmioty lecznicze, które nie spełniają wskazanych w ustawie wymogów, tj. nie realizują określonych świadczeń zdrowotnych, jak również nie posiadają w swoich strukturach wskazanych komórek organizacyjnych.

Celem artykułu jest scharakteryzowanie i ocena ekonomicznej zasadności zmian w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w latach 2010–2017, ze szczególnym uwzględnieniem wprowadzonej w życie w 2017 r. koncepcji sieci szpitali. Zakończenie artykułu przedstawia porównanie kluczowych zasad funkcjonowania polskiego systemu do 30 września 2017 r. i zasad wprowadzonych od 1 października 2017 r. Zawarte rozważania wynikają z analizy stanu obowiązującego przy wykorzystaniu przepisów prawnych i danych finansowych głównych instytucji państwowych biorących udział w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce.

1. Ochrona zdrowia jako podstawowe zadanie realizowane przez władze publiczne

Jednym z zadań podejmowanych przez władze publiczne jest ochrona zdrowia swoich obywateli. W ten sposób państwo realizuje politykę zdrowotną, która w najszerszym ujęciu jest formą aktywności człowieka w celu tworzenia, zachowania, poprawy ogólnych zasad życia. Częścią polityki państwa jest polityka społeczna, a jej fragmentem polityka zdrowotna lub – inaczej określana – polityka ochrony zdrowia. Polityka zdrowotna jest oparta na prawie do zdrowia. Prawo to zostało przyjęte jako jedno z podstawowych dóbr człowieka. Konsekwencją tego jest wpisanie go do większości, jeżeli nie do wszystkich, ustaw konstytucyjnych państw rozwiniętych. Prawo do zdrowia jest zawarte również w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 ust. 1 [ustawa, 1997].

Poza pojęciem polityki ochrony zdrowia doktryna ekonomii posługuje się pojęciem systemu ochrony zdrowia. Jest to fundamentalne pojęcie dla nauki zdrowia publicznego. Często w literaturze pojęcie systemu ochrony zdrowia i systemu zdrowia stosowane są zamiennie.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) system ochrony zdrowia zawiera w sobie wiele działań mających na celu promowanie, odtwarzanie i utrzymanie zdrowia jednostki [Health Report, 2000]. Zasięgiem obejmuje podmioty i instytucje, które powołano do funkcjonowania po to, aby organizowały, finansowały, udzielały świadczeń opieki zdrowotnej. WHO określa trzy podstawowe cele funkcjonowania systemu ochrony zdrowia [Kozierkiewicz, 2011, s. 11]:

- poprawa stanu zdrowia społeczeństwa,
- sprawiedliwy podział obciążenia finansowego związanego z chorobą,
- właściwa odpowiedź na oczekiwania społeczne.

Ciągła poprawa stanu zdrowia populacji nawiązuje do pojęcia zdrowia publicznego. Cel wskazuje na uwarunkowania, ponieważ ciągła poprawa zdrowia jest zadaniem wymagającym systematycznego nadzoru.

Ciągła poprawa jakości obsługi konsumentów i realizacji usług nawiązuje do pojęcia satysfakcji pacjentów oraz spełnienia oczekiwań konsumentów. Pojęcie jakości w ochronie zdrowia dotyczy realizowanych świadczeń zdrowotnych i satysfakcji pacjenta. W niekończącej się poprawie tej jakości nie istnieje jeden uzgodniony i powszechnie obowiązujący standard pomiaru.

System ochrony zdrowia pełni również inne role, do których zaliczyć możemy funkcje [Leowski, 2009, s. 73]:

1. Pracodawcy, który jest fundamentalny z punktu widzenia gospodarki i rynku pracy.
2. Kreatora, który jest realizowany poprzez zapotrzebowanie na dobra konsumpcyjne i infrastrukturę.
3. Edukacyjną, odpowiedzialną za proces kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników placówek medycznych i jednostek, których działalność jest związana z systemem.
4. Zarządczą, związaną z planowaniem, organizacją, nadzorem, kontrolą nad realizacją systemu.
5. Polityczną, dotyczącą realizacji przez władze publiczne różnego szczebla oczekiwań społecznych.

System ochrony zdrowia powiązany jest z innymi systemami w kraju, np. systemem ekonomicznym, i jego powiązanie z gospodarką jest dwukierunkowe. Chodzi o to, iż cykl koniunkturalny określa jego możliwości, tj. środki finansowe i zasoby, zaś funkcjonowanie determinuje kształt kapitału ludzkiego, który jest głównym czynnikiem rozwoju gospodarczego kraju [Nojszewska, 2013, s. 25]. Środki finansowe pełnią bardzo ważną rolę w każdym systemie opieki zdrowotnej. Wyznaczają poziom i zakres finansowanych świadczeń zdrowotnych, możliwości kadrowe, sprzętowe. Według WHO finansowanie opieki zdrowotnej to system generowania i kredytowania środków finansowych oraz ich wydatkowania i przepływu, wykorzystywany do wsparcia systemu dostarczania świadczeń zdrowotnych [Łyszczarz, 2013, s. 162]. Gromadzenie środków zawiera w sobie takie elementy, jak: podmioty finansujące, formy finansowania, instytucje dokonujące poboru środków finansowych. Publiczne formy finansowania posiadają cechę przymusowości, zaś prywatne z reguły mają charakter dobrowolny: w formie przedpłat lub płatności w chwili korzystania z usługi [Łyszczarz, 2013, s. 163]. Konsolidacja finansów związana jest z łączeniem środków finansowych i odpowiednim ich wydatkowaniem. Refundacja natomiast jest metodą płatności świadczeniodawcom za

zrealizowane usługi medyczne. Rozróżniamy dwa systemy refundacji: stały i zmienny. Metody różnią się od siebie sposobem prowadzonych rozliczeń, tj. system stały to metoda niezależna od wykonanej ilości świadczeń, zaś zmienna jest zależna od wysokości zrealizowanych usług medycznych.

Ochrona zdrowia jest znaczącym sektorem produkcji usług, który ma za zadanie zapewnić społeczeństwu stabilność finansową systemu ochrony zdrowia. Przychody systemu stanowią ważny element Produktu Krajowego Brutto (PKB). Rozwój sektora opieki zdrowotnej stanowi taką samą korzyść jak rozwój każdego innego sektora gospodarki, pod warunkiem że nie jest związany wyłącznie z transferami środków publicznych, gdyż korzyści ekonomiczne są niwelowane przez obciążenia fiskalne. Ciągły rozwój i innowacyjność sektora, której efektem będzie konkurencja przy niewielkim obciążeniu pozostałych gałęzi gospodarki, wynikającym z finansowania publicznego jest celem gospodarczym stawianym przed systemem ochrony zdrowia.

W Polsce w systemie ochrony zdrowia do czasu uchwalenia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pojęcie systemu ochrony zdrowia w ustawodawstwie nie funkcjonowało. Określenie to wprowadzono dopiero w 2004 r. (do rozdziału 2, art. 6 pkt 1 ustawy), w którym wskazano, iż zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia [ustawa, 2004].

2. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce – organizacja i finansowe uwarunkowania

Po 1989 r. w następstwie transformacji systemowej w Polsce w zakresie systemu ochrony zdrowia wypracowano model systemu ubezpieczeniowego. Efektem prac komisji sejmowych było uchwalenie w 1997 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [ustawa, 1997], która weszła w życie w 1999 r. Na podstawie ustawy dokonano w Polsce zmiany struktury organizacji systemu. Centralne finansowanie z budżetu państwa zostało zastąpione powszechnym ubezpieczeniem wzorowanym na rozwiązaniach funkcjonujących w Niemczech. Wprowadzono powszechnie obowiązujące ubezpieczenia zdrowotne oparte na zasadach: solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy i płatnika – kasy chorych, działalności nie dla osiągnięcia zysku, zapewnienia równego dostępu do świadczeń, gospodarności i celowości działania, gwarancji państwa. „Kluczowym elementem reformy było wprowadzenie zasady rozdziału płatnika i świadczeniodawcy, gdzie ich wzajemna relacja sprowadzona została do zasady kontraktowania

przez kasy chorych, świadczeń wykonywanych przez działające na rynku placówki” [Krajewski-Siuda i inni, 2010, s. 75–90]. Utworzono 16 regionalnych kas chorych i jedną branżową, do których przypisano służby mundurowe. Kasy chorych miały za zadanie gromadzić środki finansowe, zarządzać nimi, dokonywać podziału środków finansowych pomiędzy świadczeniodawców.

Obecnie system opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [ustawa, 2004] i ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. [ustawa, 2011]. Jest to system mieszany. Posiada bowiem cechy modelu ubezpieczeniowego pod względem sposobu realizacji świadczeń i reguł działania świadczeniodawców (podmioty prywatne i publiczne), jak również możliwość wyboru realizatora świadczeń. Ostatnia cecha ograniczona jest jednak limitem zakontraktowanych punktów. Mając na uwadze rozwiązania dotyczące płatnika, tj. monopol ubezpieczyciela ustalającego warunki umów kontraktów i stawki, system posiada cechy modelu budżetowego.

System ochrony zdrowia wymaga finansowania przez:

- świadczeniobiorców, tj. osoby pobierające świadczenia, pacjentów,
- płatnika, czyli instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, tj. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),
- Ministerstwo Zdrowia.

Ponadto ujęte w Konstytucji RP normy określają prawa i obowiązki obywateli w zakresie opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 68 ust. 2 obywatelom przysługuje równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych bez względu na ich sytuację materialną. Zasady, na których oparte jest funkcjonowanie ubezpieczeń zdrowotnych, zawarte zostały w art. 65 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z którego wynika, iż ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadzie zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, z pewnymi zastrzeżeniami. Oznacza to, że każdy ubezpieczony ma zagwarantowany równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ubezpieczenia mają charakter powszechny. Jednak istnieją jedynie dwie formy, w ramach których można do nich przystąpić, tj. obowiązkowe i dobrowolne [Podstawka, 2010, s. 433].

Źródła środków finansowych systemu w Polsce można podzielić na dwie grupy – środki pochodzenia publicznego i niepublicznego. Do środków pochodzenia publicznego zaliczamy finanse NFZ, budżetu centralnego: dotacje na realizację zadań określonych w art. 97 ust. 3 ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, np. programów polityki zdrowotnej, budżety jednostek samorządów terytorialnych, tj. środki finansowe pozyskiwane z podatków lokalnych. W zakresie środków prywatnych możemy wyróżnić dwie formy: bezpośrednią i partycypację w kosztach świadczeń. Płatności bezpośrednio dotyczą korzystania z komercyjnych świadczeń zdrowotnych. Praktyka pokazuje, że społeczeństwo przeznacza środki finansowe na świadczenia, które albo nie są finansowane przez publicznego płatnika, albo jedynie w niewielkim stopniu, np. chirurgia kosmetyczna, stomatologia. Partycypacja w kosztach związana jest natomiast z uzyskiwaniem świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, zarówno publicznego, jak i prywatnego ubezpieczyciela. Jest modelem, w którym pacjent pokrywa ze swoich prywatnych środków część kosztu wykonywanego świadczenia.

Zasadniczą rolę w środkach pochodzenia publicznego odgrywiają składki osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Katalog takich osób określa art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Są to między innymi: pracownicy objęci obowiązkiem wynikającym z zasady ubezpieczeń społecznych, rolnicy, osoby prowadzące działalność pozarolniczą, osoby z nimi współpracujące, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej itp. Są to również osoby, które podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu, ale nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu z innego tytułu, między innymi: osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, służby mundurowe, posłowie pobierający uposażenie poselskie, sędziowie, prokuratorzy itp. Razem z osobami ubezpieczonymi do katalogu zaliczają się członkowie tych osób, o ile nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu z innego tytułu.

W przepisach zawarto również wykaz osób, które nie podlegają z mocy prawa obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu i nie posiadają warunków do zgłoszenia ich jako członków rodzin. W ich skład zalicza się [ustawa, 2004]:

- twórców i artystów,
- osoby pozyskujące dochody z wynajmu lokali lub realizujące umowy o dzieło, jeśli nie są zawierane w ramach prowadzonej działalności pozarolniczej,
- tak zwanych rentierów, tj. osoby utrzymujące się tylko ze zgromadzonych oszczędności,
- osoby, które np. w związku z utratą pracy lub trwającym dłużej niż 30 dni urlopem bezpłatnym bądź z powodu rezygnacji z prowadzonej

działalności pozarolniczej i nieistnienia przesłanek do zgłoszenia jako członków rodziny pozostają poza systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z powodu niepodejmowania nowej pracy bądź też niezgłaszania się do urzędu pracy w celu rejestracji jako bezrobotnego. W zakresie dobrowolnych ubezpieczeń możliwe jest przystąpienie, jeśli osoba posiada miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej z pewnymi wyjątkami.

Osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego w ramach NFZ są uprawnione do otrzymania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w momencie ich faktycznego udzielenia. Do grupy tej należą osoby, które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, jak również wszystkie nieubezpieczone dzieci, które nie ukończyły 18 roku życia; wszystkie nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu i w okresie poporodowym; osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków w okresie leczenia odwykowego; osoby z zaburzeniami psychicznymi w trakcie leczenia psychiatrycznego; osoby zakażone niektórymi chorobami zakaźnymi oraz więźniowie.

Gromadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) składki zdrowotne przekazywane są do NFZ i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Objęcie ubezpieczeniem jest zależne od faktu opłacania składki. W 1999 r. i 2000 r. wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła 7,50% i sukcesywnie ulegała zwiększeniu o 0,25% podstawy wymiaru składki rocznie. W 2007 r. osiągnęła wysokość 9% i do 2015 r. nie uległa modyfikacjom.

Platnikami składek są [Górski, Dzieńis, 2006, s. 157]:

- za osobę pozostającą w stosunku pracy lub w stosunku służbowym – pracodawca,
- za osobę pobierającą emeryturę lub rentę – Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- za osobę bezrobotną pobierającą zasiłek dla bezrobotnych – powiatowy urząd pracy.

W 2018 r. planowana wysokość środków finansowych NFZ osiągnie 83,2 mld zł [załącznik do zarządzenia Prezesa NFZ], w tym: 75,9 mld zł zaplanowano ze składek pozyskiwanych przez ZUS, zaś 3,4 mld ze składek z KRUS. Pozostałe przychody to przychody wynikające z przepisów o koordynacji, dotacje z budżetu państwa na realizację zadań. W 2017 r. ostateczna wielkość przychodów wyniosła łącznie 79,8 mld zł [roczny plan finansowy NFZ, 2017]. W latach 2010–2018 wartość przychodów NFZ wzrosła ok. 25,3 mld zł, co stanowi 31% [sprawozdania z działalności NFZ, 2010–2016, roczne plany finansowe 2017–2018].

„Składka na ubezpieczenie zdrowotne ma charakter alokacyjny, fiskalny i redystrybucyjny. Alokacyjna forma odgrywa bardzo małą rolę w polskim systemie opieki zdrowotnej, dlatego że nie ma ścisłego związku między świadczeniem a składką, a powiązanie wydatków z dochodami praktycznie nie występuje. Wobec tego znaczenia nabiera rozdział pomiędzy oddziałami publicznych środków pieniężnych. Redystrybucyjne znaczenie składki polega na tym, że jest ona płacona od wszystkich przychodów ubezpieczonego, według tej samej stopy bez względu na liczbę członków rodziny, którzy również na mocy ubezpieczenia podlegają ochronie ubezpieczeniowej. Jednak największą rolę odgrywa znaczenie fiskalne składki. Jej wysokość zależy bowiem od zdolności podatkowej ubezpieczonych, która z kolei w dużej mierze wynika ze stanu polskiej gospodarki” [Rudawska, Urbańczyk, 2012, s. 43]. Prawo do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego posiadają osoby, które nie opłacają składek z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia. Wysokość takiej opłaty uzależniona jest od okresu pomiędzy rezygnacją z obowiązkowego ubezpieczenia a zgłoszeniem dobrowolnego.

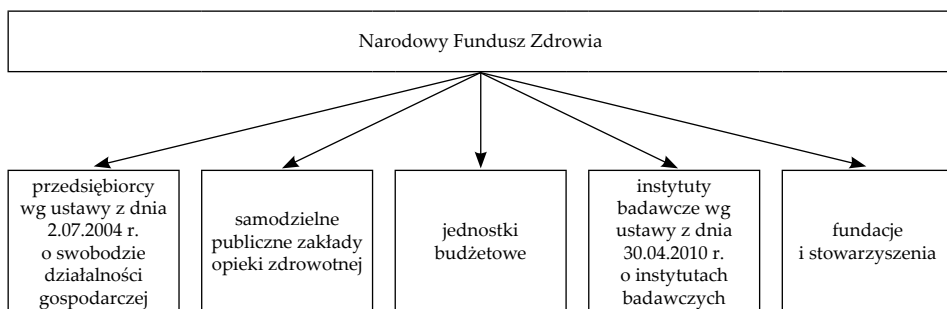
3. Działania Narodowego Funduszu Zdrowia w systemie finansowania usług medycznych w kontekście wprowadzenia systemu sieci szpitali

3.1. Działania Narodowego Funduszu Zdrowia do 30 września 2017 r.

Płatnikiem systemu opieki zdrowotnej od 2004 r. jest Narodowy Fundusz Zdrowia na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej z pobranych składek ubezpieczeniowych dla osób uprawnionych.

Fundusz ten przeprowadza publiczne postępowanie o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, tj. ogłasza konkurs ofert, który ma charakter otwarty, tzn. każdy podmiot spełniający odpowiednie kryteria kadrowe, epidemiologiczne, techniczne może złożyć ofertę. Kolejnym etapem postępowania są negocjacje z podmiotem, który złożył najkorzystniejszą ofertę. Tym podmiotem może być każdy uprawniony do prowadzenia działalności zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej [ustawa, 2011]. Przepływ środków w tym zakresie przedstawia rysunek 1.

Rysunek 1. Przepływ środków finansowych z Narodowego Funduszu Zdrowia do świadczeniodawców



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [ustawa, 2011].

W wyniku negocjacji zostaje zawarta umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych. Podpisywane umowy są specyficznymi umowami cywilnoprawnymi. Zakontraktowaniu podlega precyzyjnie określona ilość świadczeń zdrowotnych, wyznaczająca limit realizacji. Określenie limitów jest pochodną ograniczonej ilości środków w tym systemie.

W praktyce świadczeniodawca nie planuje liczby wykonanych świadczeń zdrowotnych na podstawie limitów określonych w umowie z płatnikiem. Wynika to głównie z większego zapotrzebowania na świadczenia określonego rodzaju niż podmiot może wykonać, zgodnie z limitem umowy. Ważnym czynnikiem jest również fakt, że świadczeniodawca realizuje wszystkie świadczenia, które jest w stanie wykonać przy zadeklarowanym potencjale, kierując się maksymalizacją przychodów celem pokrycia kosztów działalności. Taka sytuacja powoduje powstanie świadczeń określanych jako nadlimitowe. Roszczenia o zapłatę takich świadczeń podmiot kieruje do płatnika, uzasadniając przekroczenia koniecznością przyjmowania przypadków nagłych. Spór ten ma charakter cywilnoprawny, jest więc rozstrzygany przez sąd powszechny lub na drodze ugody między stronami.

Rozliczenie wykonywania świadczeń przebiega według kilku modeli, w zależności od zakresu świadczeń, których dotyczy umowa z NFZ. Jednostkę rozliczeniową, tj. miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie, określa Prezes NFZ. Może być to ryczałt, kapitacyjna stawka roczna, cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej [rozporządzenie, 2015]. Ryczałt to kwota środków finansowych przeznaczona na realizację świadczeń w określonym zakresie, rodzaju lub zapewnienia gotowości. Kapitacyjna stawka roczna to kwota przeznaczona na opiekę jednego pacjenta w czasie jednego roku. Przez cenę jednostkową rozumie się kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej.

Podmioty działające w ramach podstawowej opieki zdrowotnej otrzymują stawkę kapitacyjną na każdego zapisanego pacjenta. W odniesieniu do szpitali od 2008 r. stosowany jest mechanizm rozliczania według tzw. jednorodnych grup pacjentów (JPG), który w 2011 r. został poszerzony o niektóre ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Jednorodne grupy pacjentów to system grupujący świadczenia na podstawie międzynarodowych klasyfikacji, tj. ICD-10 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizji Dziesiątej), wydanej przez WHO, i ICD-9 Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, która obejmuje choroby, procedury medyczne, płeć, powikłania, efekty leczenia i inne. JPG przedstawia danego pacjenta z konkretnym schorzeniem oraz koszt jego leczenia.

Stawki kapitacyjne w podstawowej opiece zdrowotnej są zróżnicowane ze względu na grupy wiekowe, z uwzględnieniem wskaźnika demograficznego. Dzieci i osoby starsze mają zwiększoną stawkę kapitacyjną o określone wskaźniki, ze względu na większą zachorowalność w tym wieku, większe zapotrzebowanie na badania diagnostyczne oraz na częstsze wizyty u lekarza rodzinnego. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej otrzymuje roczną stawkę kapitacyjną na jednego pacjenta zapisanego do tego lekarza. Lekarz musi z niej pokryć również koszty zleconych przez siebie badań.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna finansowana jest według wartości wynikającej z iloczynu ceny za punkt świadczenia i ilości wykonanych świadczeń. Cena za punkt świadczenia określana jest w załącznikach do Zarządzeń Prezesa NFZ. W przypadku finansowania świadczeń poradni hematologicznej cena za 1 punkt wynosi aktualnie 9,90 zł.

W przypadku świadczeń realizowanych w ramach pobytów w szpitalu może to być iloczyn wartości ceny za punkt i ilości punktów wskazanych za realizację procedury lub wartość porady jednego osobodnia. Obie te wartości określa również Zarządzenie Prezesa NFZ i tak np. cena za punkt świadczenia szpitalnego realizowanego w ramach oddziałów pulmonologicznych lub radioterapii wynosi 52,00 zł.

3.2. Modyfikacja systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w następstwie wprowadzonego od dnia 1 października 2017 r. systemu sieci szpitali

26 kwietnia 2017 r. opublikowano ustawę dotyczącą tzw. systemu sieci szpitali [ustawa, 2017]. Weszła ona w życie 1 października 2017 r. W rezultacie zmienia zasady finansowania świadczeń w ramach lecznictwa szpitalnego, a częściowo również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ustawa ta wprowadza tzw. system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (SPSZ), w ramach którego

podmioty lecznicze danego województwa będą kwalifikowane do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia. Ustawodawca bowiem tworzy nowy podział szpitali, tj. [ustawa, 2017]:

- szpitale I stopnia,
- szpitale II stopnia,
- szpitale III stopnia,
- szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne,
- szpitale pediatryczne,
- szpitale ogólnopolskie.

Spełnienie warunków dla danego profilu wymaga w szczególności nieprzerwanego na przestrzeni dwóch lat kalendarzowych posiadania kontraktu z NFZ. Wprowadzany system kwalifikacji jest rozbudowany i zakłada wyjątki od wymaganych ilości profili, np. możliwe będzie przyporządkowanie podmiotu do szpitala III stopnia po spełnieniu jednego tylko profilu, zamiast wymaganych ośmiu. Jednym z dodatkowych wymogów, który znacząco zawęży możliwość uwzględnienia szpitala w nowym systemie jest posiadanie w swoich strukturach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć (dotyczy to szpitali I, II, III stopnia i pediatrycznych). Warunek ten eliminuje z nowego systemu podmioty komercyjne, które posiadały dotychczas umowy na niektóre świadczenia szpitalne.

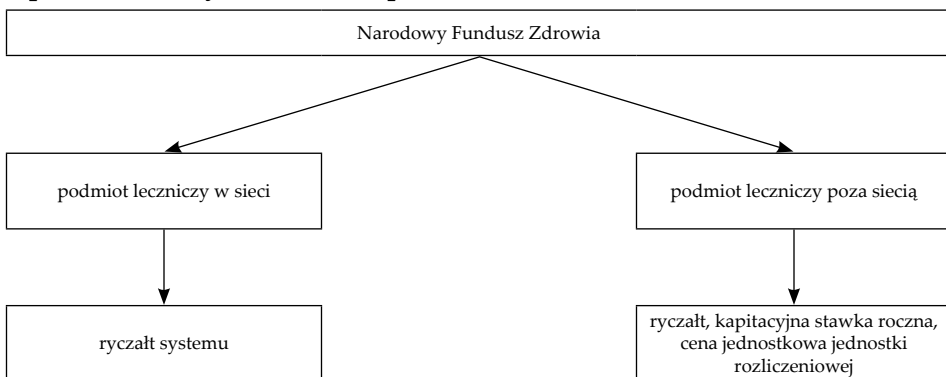
Powyższy system ma zapewnić świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wyspospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosownych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

Dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich NFZ publikują w Biuletynie Informacji Publicznej wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, ze wskazaniem wszystkich profili systemu zabezpieczenia oraz zakresów lub rodzajów dodatkowych zabezpieczeń, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej. Wykazy te będą publikowane co 4 lata w terminie do 27 marca i obowiązywać będą od 1 lipca. Wyjątek stanowi pierwszy wykaz, który opublikowano 27 czerwca 2017 r. i obowiązuje od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. Wykaz ten będzie co do zasady niezmienny przez cały okres kwalifikacji, czyli nie będzie mógł do niego przystąpić żaden nowy świadczeniodawca, a dotychczasowi nie będą mogli rozszerzać określonych w nim profili i świadczeń. Świadczeniodawcom niezadowolonym z treści wykazu przysługują środki

odwoławcze w postaci protestu składanego do dyrektora oddziału NFZ w terminie 7 dni od jego opublikowania.

Pozostałe środki, tj. nieobjęte w ramach SPSZ, rozdysponowywane są pomiędzy innych świadczeniodawców w drodze konkursu ofert lub rokowań. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej mają zapewnione finansowanie wszystkich profili i świadczeń określonych w wykazie, poprzez zawieranie na okres kwalifikacji kompleksowych umów z dyrektorami oddziałów NFZ. Co istotne, świadczeniodawcy nie mogą wybierać profili i świadczeń, które zamierzają realizować. Umowa jest zawierana bowiem na wszystkie świadczenia zakwalifikowane, przy jednoczesnym zakazie zawierania dodatkowych umów na te same świadczenia. Zasady, na których będą rozliczane świadczenia, przedstawia rysunek 2.

Rysunek 2. Formy rozliczania świadczeń zdrowotnych w ramach wprowadzenia systemu sieci szpitali



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [ustawa, 2017].

Podstawowym sposobem rozliczania świadczeń w ramach SPSZ jest tzw. ryczałt systemu. Ryczałt określany jest corocznie, przy czym w pierwszym roku podstawą obliczenia są świadczenia sprawozdane i rozliczone przez świadczeniodawców w roku 2015, z uwzględnieniem wycen za okres 2015–2017. Ryczałt ten będzie ulegał zmianom w kolejnych okresach rozliczeniowych poprzez uwzględnienie ilości świadczeń sprawozdanych za poprzedni rok. Pomimo takiego rozliczania większości świadczeń zachowane zostały wszystkie wymogi dotyczące sprawozdawczości. Wysokość ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy zależy od liczby oraz struktury świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach. Ryczałt oznacza, że dany szpital otrzymuje rodzaj budżetu. Z kwoty ryczałtu wyodrębnia się środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia

odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Wykaz świadczeń wymagających wyodrębnienia przeznaczonych na nie kwot finansowania zawiera rozporządzenie.

Przewidziano również, obok ryczałtu systemu, możliwość wprowadzenia świadczeń rozliczanych odrębnie, na dotychczasowych zasadach, tj. ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej [rozporządzenie, 2015]. Taki system rozliczeń dotyczy m.in.: zabiegów endoprotezoplastyki, zabiegów usunięcia zaćmy, programów lekowych, chemioterapii, szpitalnych oddziałów ratunkowych, świadczeń udzielanych w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO).

Zakończenie

System ochrony zdrowia jest systemem, który podlega ciągłym przeobrażeniom. Zasadniczy problem to niedoszacowanie rzeczywistych kosztów niezbędnych do jego prawidłowego funkcjonowania.

Przeprowadzona w tym opracowaniu analiza zmian w finansowaniu ochrony zdrowia, wynikająca z nowelizacji ustawy, prowadzi do następujących wniosków:

1. Zwiększona zostanie rola szpitali publicznych, ich uprzywilejowanie w systemie ochrony zdrowia.

Umieszczenie podmiotów medycznych na liście systemu sieci szpitali spowoduje zwiększenie ich atrakcyjności na rynku usług medycznych. W wyniku organizacyjnego połączenia ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń polepszeniu ulegnie koordynacja realizacji kompleksowości.

2. Szpitale publiczne funkcjonujące w systemie sieci szpitali uzyskają stabilność finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Dotychczas szpitale po zakończonym czasie trwania umowy z NFZ ubiegały się o publiczne finansowanie w trybie konkursowym. Nowelizacja ustawy stwarza zasadę gwarancji posiadania środków finansowych na okres 4 lat. Takie rozwiązanie pozwala na możliwość kreowania ich stabilnej polityki, np. inwestycyjnej, kadrowej. Gwarancja finansowania szpitali będzie miała też wpływ na politykę zdrowotną i finansową jednostek samorządu terytorialnego [ustawa, 1990].

Jak każda zmiana systemu tak i ta rodzi wiele pytań, na które odpowiedź uzyskamy w czasie jej funkcjonowania. Nowelizacja ustawy skupia się tylko na świadczeniach zdrowotnych, organizacyjnie umiejscowionych w strukturach szpitali i przychodni, pomijając w ten sposób świadczenia realizowane dotychczas przez inne podmioty. Tworzy sześć poziomów szpitali, wyłączając świadczenia z zakresu kardiologii i kardiochirurgii. W przypadku szpitali objętych siecią zakłada także inny system rozliczeń, tj. ryczałt i dotychczasową konstrukcję – świadczenia odrębnie

kontraktowane. Z nowelizacji ustawy wynikają kwestie budzące kontrowersje z uwagi na brak ich konkretnego unormowania, tj.:

1. Wprowadzana sieć szpitali może przyczynić się do powolnego ograniczania rynku usług medycznych. Dotyczyć to może placówek funkcjonujących dotychczas na zasadach zbliżonych do założeń opieki koordynowanej, które z powodu zawartego w ustawie katalogu stracą możliwość działalności. Źródłem ich utrzymania będą jedynie przychody ze świadczeń komercyjnych. Taka sytuacja w efekcie może doprowadzić do zamknięcia placówek i tym samym utraty miejsc pracy.
2. Dwa sposoby finansowania szpitali w sieci, tj. w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia i wyodrębnionych środków na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Przyjęte rozwiązanie eliminuje finansowanie konkretnych procedur medycznych i zastępuje je ryczałtem. Nie dokonuje rozróżnienia finansowania na przypadki uzależnione od stanu pacjenta, co niesie za sobą ryzyko przekraczania wysokości ryczałtów przez szpitale, bez gwarancji refundacji wykonanych świadczeń spoza ryczałtu. Nawet w sytuacji, w której ustawodawca przyjmie za wyjściowe dane finansowe z 2015 r., będą one niewspółmierne do wysokości bieżącego wykonania świadczeń.

Reformując system opieki zdrowotnej, warto byłoby opracować koncepcję włączenia w system sieci szpitali placówek, których zakresy nie zostały w niej zawarte, tj. opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, podstawowej opieki zdrowotnej oprócz nocnej pomocy lekarskiej. Docelowa sieć powinna uwzględniać wszelkie formy własności podmiotów leczniczych funkcjonujących na polskim rynku usług medycznych. Należałoby wypracować takie rozwiązania systemowe, które umożliwiłyby kooperację publicznych i prywatnych placówek medycznych.

Literatura

- Górski A., Dzienis P. (2006), *Regulacje prawne ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku, Białystok.
- Grycner S. (2015), *Polityka zdrowotna*, CeDeWu, Warszawa.
- Health Report 2000* (2000), WHO, Geneva.
- <http://nfz.gov.pl/bip/dzialalnosc-nfz>, dostęp: 3.05.2017.
- <http://nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp: 3.05.2017.
- <http://www.zdrowie.abc.com.pl/zmiany-w-prawie/ustawa-o-sieci-szpitali-zostala-ogloszona-w-dzienniku-ustaw,110553.html>, dostęp: 2.05.2017.

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483.
- Kozierkiewicz A. (2011), *Konsolidacja i integracji opieki zdrowotnej*, http://www.nzzoz.mz.gov.pl/uploads/static/01_Konsolidacja_i_integracja_opieki_zdrowotnej.pdf, dostęp: 11.06.2017.
- Krajewski-Siuda K., Romaniuk P., Pomierna I. (2010), *Reformy zdrowotne w Polsce a problem korupcji – w poszukiwaniu determinantów przebiegu procesów reformatorskich*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Nr 1–2.
- Leowski J. (2009), *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa.
- Lyszczarz B. (2013), *System finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice.
- Nojszewska E. (2013), *Zmieniające się otoczenie systemu ochrony zdrowia determinantą jego przyszłości*, „Problemy zarządzania”, nr 1, cz. 2.
- Podstawka M. (2010), *Finanse*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146.
- Rudawska I., Urbańczyk E. (2012), *Opieka zdrowotna zagadnienia ekonomiczne*, Difin, Warszawa.
- Ustawa o sieci szpitali ogłoszona w Dzienniku Ustaw*, <http://www.zdrowie.abc.com.pl/zmiany-w-prawie/ustawa-o-sieci-szpitali-zostala-ogloszona-w-dzienniku-ustaw,110553.html>, dostęp: 2.05.2017.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. poz. 844.
- Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <http://sejm.gov.pl>, dostęp: 2.05.2017.
- Załącznik do zarządzenia Nr 10/2017/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lutego 2017 r., <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-102017def,6559.html>, dostęp: 2.05.2017.
- Załącznik do zarządzenia Nr 113/2017/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2017 r., <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1132017def,6687.html>, dostęp: 19.03.2018.

Streszczenie

System opieki zdrowotnej jest jednym z najistotniejszych systemów funkcjonujących w każdym państwie. Stanowi bardzo istotny element w kształtowaniu

polityki rozwoju kraju. Zdrowie społeczeństwa determinuje bowiem rozwój gospodarczy. Jednak możliwości zapewnienia korzystającym odpowiedniego poziomu świadczeń opieki zdrowotnej uzależnione jest od przeznaczonych na ten cel środków finansowych. Stąd w artykule poruszono problematykę ochrony zdrowia w zakresie finansowania systemu, w tym podmiotów leczniczych w kontekście funkcjonowania ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jej nowelizacji. W pierwszej części określono pojęcia fundamentalne tego systemu. W drugiej przedstawiono mechanizm gromadzenia w tym systemie środków. Następnie dokonano omówienia systemu finansowania podmiotów leczniczych w ramach nowych regulacji. W zakończeniu zawarto najważniejsze wnioski, odnoszące się do możliwych konsekwencji (korzyści i zagrożeń) reformy tego systemu. Przedstawiane w nowelizacji założenia są bowiem niejednoznaczne i mogą powodować pewne dysfunkcje.

Słowa kluczowe

system ochrony zdrowia, sieć szpitali, zdrowie publiczne

Financing the health care system in Poland in the context of the implementation of a network of hospitals (Summary)

Health care system is one of the most important systems in every country. Moreover, it is a crucial element in shaping the development policy of the country. The health of society determines economic development. However, the possibilities of providing an appropriate level of health care depends on the financial resources allocated for this purpose. Hence, the topic of health protection in the area of system financing, including the medical entities, was discussed in the context of the functioning of the Act of 27 August 2004 on publicly funded health care and its amendment. In the first part fundamental concepts of this system were defined. The second concerns the mechanism of collection of the means in this system. Next, the system of financing the medicinal entities under the new regulations was discussed. In the end, the main issues of reform of this system were identified, since the assumptions presented in the amendment are ambiguous and can cause some dysfunctions.

Keywords

health care system, network of hospitals, public health care