



Ewa Hellich

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Kolegium Zarządzania i Finansów
Instytut Rachunkowości
ehelli@sgh.waw.pl

Anna Wierzowiecka

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Studia Doktoranckie
anna.wierzowiecka@wp.pl

NOWY MODEL FINANSOWANIA SZPITALI W POLSCE – SZANSE I ZAGROŻENIA

Streszczenie: Wzrost potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przy ograniczonych możliwościach finansowania stanowi wyzwanie, mające na celu znalezienie optymalnych mechanizmów finansowania świadczeń zdrowotnych. W opracowaniu przedstawiono kolejne etapy reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce od 1999 r. Wskazano najważniejszych uczestników systemu opieki zdrowotnej oraz oczekiwane efekty. Przeanalizowano kolejne etapy reformowania systemu opieki zdrowotnej, stanowiące punkt odniesienia do analizy szans i zagrożeń nowego mechanizmu finansowania szpitali. Kluczową zmianą w leczeniu szpitalnym ma być ustalenie sieci szpitali i zagwarantowanie określonego poziomu finansowania. Proponowane rozwiązania budzą nadzieje na poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie można zauważyć zagrożenia dla zachowania równowagi finansowej oraz efektywności w polskim systemie ochrony zdrowia. Badanie przeprowadzono metodą analizy aktów prawnych, danych statystycznych, studiów literaturowych i obserwacji bezpośredniej.

Słowa kluczowe: ekonomia zdrowia, system opieki zdrowotnej, finansowanie szpitali.

JEL Classification: I11, I18.

Wprowadzenie

Ekonomia zdrowia rozwija się jako samodzielna dyscyplina naukowa, której podstawy wywodzą się z teorii ekonomii. W Polsce wzrost zainteresowania ekonomicznymi analizami sektora opieki zdrowotnej nastąpił po dokonaniu transformacji ustrojowej. W latach 1999-2004 można wyróżnić trzy etapy reformowania systemu opieki zdrowotnej, które nie dały oczekiwanych efektów. Kolejne zmiany zmierzają w kierunku kolejnej znaczącej reformy. W 2016 r.

podjęto przygotowania systemowej poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej [Ustawa, 2016]. Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej [Ustawa, 2011] hamuje proces komercjalizacji szpitali i daje możliwość jednostkom samorządu terytorialnego wykupywania świadczeń zdrowotnych dla swoich mieszkańców. Kolejnym elementem nowego modelu będzie sieć szpitali i zmiany zasad finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Każde nowe rozwiązanie jest przygotowywane z założeniem osiągnięcia określonych efektów – budzi nadzieje poprawy dotychczasowej sytuacji. Powszechne dyskusje nad długimi kolejkami oczekiwania na świadczenia zdrowotne usuwają z pola widzenia inne aspekty reformowania opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej angażuje wielu graczy o różnych interesach, co wpływa na istotne ryzyka współdziałania, koordynacji, czy konkurencji.

Artykuł powstał na podstawie przeprowadzonych badań własnych, obejmujących badania literaturowe, analizę aktów prawnych i danych statystycznych oraz obserwacji bezpośrednich.

Celem prowadzonych badań była próba identyfikacji szans i zagrożeń wprowadzanego nowego modelu finansowania szpitali.

1. Przemiany systemowe opieki zdrowotnej w Polsce od 1999 r.

Zdowie jest nadrzędną wartością każdego człowieka. Wzbogacenie potencjału zdrowotnego członków społeczeństwa należy traktować jako inwestycję w kapitał ludzki, który dzięki korzystnym wewnętrznym czynnikom gospodarowania przyczynia się do rozwoju społeczno-gospodarczego [Jaworzyńska, 2010, s. 7].

Na przestrzeni ostatnich 20 lat można zaobserwować wzrost potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, wynikający z procesu starzenia się ludności, z aspiracji związanych z wyższymi dochodami oraz oczekiwań wobec nowych technologii medycznych. Niestety wydatki na ochronę zdrowia w Polsce¹, zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i procent PKB (6,3%), pomimo relatywnego wzrostu nakładów, wciąż należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej (9,9%) [*Narodowy Rachunek Zdrowia*, 2014, 2016; Obwieszczenie, 2016]. Ponadto raporty o stanie opieki zdrowotnej wskazują na to, że w Polsce,

¹ Celem *Narodowego Rachunku Zdrowia* jest opisanie systemu zdrowia z perspektywy wydatków. Sporządzany jest w ramach Systemu Rachunków Zdrowia, stanowiącego międzynarodowe narzędzie analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Narodowe rachunki zdrowia umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej.

obok niewystarczających nakładów na leczenie, problemem jest hierarchia celów polityki zdrowotnej i ich realizacja oraz struktura wydatków.

Od wielu lat kolejne ekipy rządzące podejmują próby „naprawienia” systemu opieki zdrowotnej. Najważniejsze modyfikacje, jakim został poddany system finansowania opieki zdrowotnej, zostały przeprowadzone w latach 1999, 2003 oraz 2004.

1.1. Kształtowanie systemu opieki zdrowotnej

Do 1999 r. ochrona zdrowia była finansowana z budżetu państwa, tzn. z ogólnych wpływów podatkowych. Taki mechanizm finansowania jest określany jako system oparty na tzw. modelu zaopatrzeniowym, którego podstawą była zasada przejęcia przez państwo zadań dotyczących organizacji i finansowej odpowiedzialności, a głównymi cechami była centralizacja i hierarchiczny układ organizacyjny. Pomimo faktu objęcia systemu opieki zdrowotnej procedurą budżetową, nie działał on sprawnie. Koncentrowano się na kontroli limitu wydatków według klasyfikacji budżetowej, przez co system nie wymuszał racjonalnego działania w zakresie zużywania zasobów, brak było motywacji do optymalizacji ponoszonych kosztów, dbałości o poziom i jakość świadczonych usług [Wołowicz, 2003].

Zasadnicza zmiana w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia nastąpiła w końcu lat 90., bowiem z dniem 1 stycznia 1999 r. weszła w życie Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [Ustawa, 1997]. Na jej mocy powstał system ubezpieczeniowy, który opierał się w głównej mierze na finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, przy jednoczesnym zmniejszeniu udziału finansowania z budżetu centralnego oraz budżetu jednostek samorządu terytorialnego. Utworzono 17 Kas Chorych, których przychody pochodzące ze składek ubezpieczonych stały się głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce. W 2003 r., po zaledwie czterech latach działalności, na mocy Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia Kasy Chorych zastąpiono jedną instytucją ubezpieczeniową – Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) – obejmującym Centralę NFZ oraz 16 oddziałów wojewódzkich [Ustawa, 2003]. Wprowadzono jednolite procedury kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz limity punktowe na usługi, przy czym utrzymano główne zasady reformy z 1999 r., a więc rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy oraz autonomię świadczeniodawców, w tym funkcjonujących jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W związku z tym, że zasady organizacji finansowania budziły społeczne niezadowolenie, została przyjęta kolejna ustawa

zastępująca dotychczasowe rozwiązania, tj. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która funkcjonuje do dzisiaj i była wielokrotnie nowelizowana [Ustawa, 2004].

Równocześnie rozwija się rynek prywatnych świadczeń zdrowotnych. Środki publiczne na świadczenia zdrowotne są dostępne zarówno dla publicznych, jak i prywatnych świadczeniodawców.

Przeprowadzone zmiany legislacyjne określiły uczestników systemu opieki zdrowotnej, wyróżniając:

- publicznego płatnika świadczeń opieki zdrowotnej, tj. NFZ (w istocie płatników publicznych jest więcej, m.in. należą do nich: ZUS, KRUS, w pewnych okolicznościach – jednostki samorządu terytorialnego, Ministerstwo Zdrowia i inne podmioty publiczne),
- świadczeniodawców: publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze, które wykonują usługi zdrowotne na podstawie umów z płatnikami,
- właściciele (podmioty tworzące) publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- regulatory systemu opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim Ministra Zdrowia ustalającego zasady działania systemu oraz nadzorującego ich przestrzeganie,
- świadczeniobiorcę, czyli osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie – docelowo zatem pacjenta.

1.2. Mechanizmy rozliczeń finansowych świadczeń zdrowotnych

Mechanizmy dystrybuowania środków publicznych na świadczenia zdrowotne są dość złożone. Kontrakty na realizację świadczeń gwarantowanych są regulowane przez Kodeks cywilny, a zasady ich zawierania są zdefiniowane w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, natomiast postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń są uregulowane zarządzeniami prezesa NFZ. Wojewódzkie oddziały NFZ odpowiadają zatem za realizację całego procesu kontraktowania: przeprowadzają konkursy ofert, prowadzą negocjacje, zawierają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, monitorują proces ich realizacji i ostatecznie rozliczają je. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje wyłącznie świadczenia gwarantowane zrealizowane przez świadczeniodawcę wybranego w toku postępowania ofertowego na podstawie zawartej umowy, z zastrzeżeniem, że przepisów dotyczących

konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami, m.in. udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, oraz wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej.

Zgodnie z przepisami, NFZ jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń [Rozporządzenie MZ, 2015]. Umowa bowiem określa liczbę i rodzaj świadczeń, ich cenę jednostkową oraz maksymalny poziom finansowania usług medycznych wykonywanych przez świadczeniodawcę.

W przepisach dotyczących ogólnych warunków umów określono 3 sposoby rozliczania świadczeń z NFZ: kapitałową stawkę, cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej oraz ryczałt. Za jednostkę rozliczeniową przyjmuje się w szczególności: punkt, poradę, osobodzień. W zakresie leczenia szpitalnego obowiązuje przede wszystkim rozliczenie na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej. Przez ryczałt rozumie się z kolei określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania w określonym czasie. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

- proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczałtu dobowego,
- stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczałtu miesięcznego.

Dodatkowo świadczeniodawca po upływie każdego kwartału ma prawo złożyć wniosek do oddziału wojewódzkiego NFZ, który może zawierać propozycje przesunięć kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń lub zakresów. Przedmiotowe wnioski są stosowane przez świadczeniodawców w sytuacji niedostosowania wysokości kontraktu do rzeczywistej realizacji, mowa tutaj o pojawieniu się nadwykonań lub niedowykonań świadczeń. Akceptacja wniosku daje możliwość okresowego kompensowania nadwykonań za pomocą środków finansowych wynikających z niedowykonań. Możliwość zrealizowania tego typu wniosków jest obwarowana konkretnymi warunkami wynikającymi z obowiązku zapewnienia dostępności do świadczeń, ciążącego na Funduszu.

Istotną zmianą, jaka nastąpiła w 2008 r., było wdrożenie systemu finansowania opieki szpitalnej na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który obowiązuje w skali całego kraju. Jest to system, w którym nośnikiem kosztów jest hospitalizacja konkretnego pacjenta, z konkretnym schorzeniem, w konkretnej sytuacji. JPG jest polskim odpowiednikiem systemu DRG (Diagnosis Rela-

ted Group). Wyodrębnione grupy uwzględniają takie informacje, jak: rozpoznanie główne (ICD10), zrealizowane procedury (ICD9), rozpoznanie chorób współistniejących (ICD9), wiek pacjenta, czas pobytu, tryb przyjęcia oraz tryb wypisu [Golinowska, red., 2012]. System DRG jest stosowany w wielu krajach Unii Europejskiej, a uzasadnieniem do jego wdrożenia była m.in. potrzeba standaryzacji produktów i usług medycznych oraz przyporządkowanie im najbardziej odpowiadających wartości zużycia poszczególnych zasobów materiałowych, rzeczowych, personalnych i finansowych. Tym samym system DRG zastępuje powszechnie stosowany system rozliczania na podstawie tzw. osobodnia, który jest uważany za nieefektywny oraz nieodzwierciedlający złożoności chorób pacjentów. Jako cele pozafinansowe wdrożenia systemu DRG uznaje się możliwość zwiększenia przejrzystości funkcjonowania szpitali, wzrost ich aktywności oraz efektywności w obsłudze pacjenta, a w konsekwencji doprowadzenie do sytuacji, aby „pieniądz szedł za pacjentem”. Jednym z ważniejszych ograniczeń wpływającym istotnie na finansowanie działalności świadczeniodawców, a tym samym na sposób zarządzania podmiotem leczniczym, jest fakt, że oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia określa maksymalny poziom finansowania świadczeń realizowanych przez poszczególnych świadczeniodawców – mowa tutaj o tzw. limitach. W praktyce poziom zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ludności przez oddziały wojewódzkie NFZ jest uzależniony od możliwości finansowych NFZ, który jednocześnie działa z uwzględnieniem zasady zakazującej przekroczenia wysokości kosztów przewidzianych w planie finansowym na pokrycie zobowiązań wobec świadczeniodawców.

Pomimo wprowadzenia kolejnej zmiany/reformy, nie uzyskano zakładanego efektu poprawy funkcjonalności sektora ochrony zdrowia oraz efektów finansowych w postaci relatywnego wzrostu nakładów. Nie poprawiła się również w sposób satysfakcjonujący dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich jakość.

2. Ewolucyjne zmiany w systemie służby zdrowia²

Wiele dyskusji wokół systemu opieki zdrowotnej toczy się na gruncie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Argumenty, że równy dostęp nie oznacza nieograniczonego dostępu stanowią podstawę do budowy nowego, sprawnie funkcjonującego systemu zarządzania służbą zdrowia oraz zagwarantowanie obywatelom powszechnego dostępu do pomocy medycznej.

² Zmiana terminu „opieka zdrowotna” na określenie „służba zdrowia” ma podkreślić istotę zmian w systemie ochrony zdrowia – publiczny charakter działalności oraz odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli.

2.1. Zmiany w zasadach organizacji i finansowania szpitali

Współcześnie szpitale jako instytucje świadczące różne usługi zdrowotne (diagnostyka, opieka szpitalna, rehabilitacja, przychodnie przyszpitalne, opieka ambulatoryjna) absorbują największą część środków publicznych. Z tego względu szczególne rozwiązania w przygotowywanej systemowej reformie służby zdrowia dotyczą leczenia szpitalnego.

Reformę zapoczątkowała nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która zatrzymała komercjalizację i prywatyzację szpitali publicznych [Ustawa, 2016]. Zmiany w strukturze własnościowej szpitali publicznych mogą być dokonywane pod warunkiem utrzymania pakietu większościowego – czyli zachowania kontroli nad placówką. W przypadku wystąpienia straty netto nie mogą być przekształcane w spółki prawa handlowego. W istniejących spółkach kapitałowych, w których podmioty publiczne mają ponad 50% udziałów, nie będą wypłacane dywidendy.

Dla poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych na mocy kolejnej nowelizacji Ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w 2017 r. dokonano niezwykle istotnej zmiany polegającej na wprowadzeniu nowej instytucji prawnej w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), tzw. sieci szpitali. System ten będzie główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego [Ustawa, 2017]. W ramach systemu wyróżniono sześć poziomów szpitali:

- szpitale I stopnia – to szpitale powiatowe wykonujące najczęstsze świadczenia o najbardziej podstawowym charakterze,
- szpitale II stopnia – to były szpitale wojewódzkie (49 województw),
- szpitale III stopnia – to wieloprofilowe szpitale specjalistyczne spełniające najszersze wymagania,
- szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne,
- szpitale pediatryczne,
- szpitale ogólnopolskie.

Rolą trzech pierwszych typów szpitali będzie zagwarantowanie podstawowego poziomu zabezpieczenia, a kolejnych trzech typów – zapewnienie specjalistycznego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem włączenia szpitali do systemu zabezpieczenia oraz zakwalifikowania do poszczególnych poziomów będzie spełnienie kryteriów określonych w ustawie. Podmioty lecznicze włączone do tego systemu będą finansowane w głównej mierze na podstawie rozliczenia ryczałtowego.

Kwalifikacji dokonuje dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, a wykaz świadczeniodawców jest ogłaszany w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ. Okres zakwalifikowania do systemu wynosi 4 lata, z możliwością zmiany kwalifikacji przez dyrektora OW NFZ w przypadku stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu lub określonego poziomu. Jednocześnie ustawa przewiduje sytuację wyjątkową odnoszącą się do świadczeniodawców, którzy nie zostali włączeni do systemu zabezpieczenia z uwagi na nieudzielanie świadczeń w ramach profili charakteryzujących poszczególne poziomy. W przypadku stwierdzenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ konieczności zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zasobów takiego świadczeniodawcy, to wówczas może on zostać zakwalifikowany do systemu. Ponadto istotnym ograniczeniem kwalifikacji do sieci oraz poszczególnych poziomów jest wymóg posiadania przez świadczeniodawcę, do dnia ogłoszenia wykazu, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili kwalifikujących do danego poziomu, przez okres co najmniej 2 ostatnich lat kalendarzowych. Dodatkowym ograniczeniem jest wymóg udzielania w ramach poszczególnych profili leczenia szpitalnego świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji, tj. przyjmowania pacjentów w trybie planowym oraz nagłym. Ministerstwo Zdrowia prezentuje stanowisko, iż przedmiotowe wymaganie wyklucza możliwość zaliczenia do ryczałtu świadczeń realizowanych przez szpitale wyłącznie w trybie planowym, czy jednodniowym, pomimo spełnienia wymagań co do zakresu świadczenia. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że nie wszystkie poradnie specjalistyczne zostaną włączone do systemu zabezpieczenia z uwagi na występowanie dwóch ograniczeń, tj. lokalizacji poradni oraz wykazu porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom zabezpieczenia. Regulacje prawne określają szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz zakres dodatkowych świadczeń, jakie świadczeniodawcy będą mogli realizować w ramach poszczególnych poziomów.

Dla określonych grup pacjentów zostanie wprowadzona opieka kompleksowa (skoordynowana), co ma poprawić jakość i efektywność leczenia.

Poza zmianami w systemie lecznictwa szpitalnego, reforma obejmuje zmiany w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Od 2018 r. wszyscy pacjenci będą mieli równy dostęp do pomocy medycznej, planowane jest odejście od zasady ubezpieczenia zdrowotnego.

2.2. Rewolucyjne zmiany systemu rozliczeń finansowych

Kolejnym krokiem reformy jest planowana likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia na przełomie 2017/2018 r. [Zarządzenie MZ, 2017]. Rząd chce, aby fundusze były gromadzone w Państwowym Funduszu Celowym „Zdrowie”. Byłby on zasilany jednak nie ze składek zdrowotnych, jak do tej pory NFZ, ale z PIT oraz dotacji budżetowych. Część z obowiązków NFZ, jak choćby rozdzielanie środków finansowych między regiony, rozliczanie leczenia zagranicą i świadczeń dla obcokrajowca, czy też finansowanie świadczeń medycznych oraz leków, przejdzie w kompetencje Ministerstwa Zdrowia. Lokalne oddziały NFZ zostaną zlikwidowane, a ich dotychczasowe kompetencje zostaną przesunięte na stopień wojewódzki. Wojewódzkie Urzędy Zdrowia (WUZ-y) będą m.in. wybierać świadczeniodawców, pełnić funkcję nadzorczą nad placówkami medycznymi, czy kontrolować wydawanie recept oraz zwolnień lekarskich. W sumie większość z tego, czym dotychczas zajmowały się oddziały NFZ.

Na wysokość przyznawanych środków finansowych dla poszczególnych regionów będzie miała wpływ tzw. mapa potrzeb zdrowotnych, która uwzględni liczbę mieszkańców, strukturę wiekową, czy też zachorowalność.

Założenia zmian w organizacji finansowania służby zdrowia są poddane konsultacjom społecznym. Z uwagi na brak ostatecznych rozwiązań skupiono uwagę na identyfikacji podstawowych kierunków reformy finansowania świadczeń zdrowotnych.

3. Ocena skutków zmian finansowania szpitali

Wskazany cel reformy – wdrożenie zmian dotyczących zagwarantowania kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń oraz stabilności finansowania – jest odpowiedzią na potrzeby pacjentów oraz zidentyfikowane problemy systemu ochrony zdrowia [Ustawa, 2017]. Istotną jednak kwestią są szczegółowe rozwiązania, które zostały lub dopiero zostaną uregulowane, a z którymi będą musiały się zmierzyć szpitale funkcjonujące obecnie w ramach innych zasad.

Polski system ochrony zdrowia określa się jako niestabilny, turbulentny i nieefektywny [Wołoszyn, Lubieńczuk, 2011, s. 563], uniemożliwiający właściwe planowanie działań w dłuższej perspektywie. Owe ograniczenia dotyczą w szczególności samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), które mają ograniczone możliwości zwiększenia przychodów spoza Narodowego Funduszu Zdrowia. Planowane zmiany instytucji płatnika mogą wpłynąć na stabilizację przychodów, jednakże na z góry określonym poziomie. Nie zmniejszy to zadłużenia.

Ograniczenia w zakresie swobody dysponowania majątkiem i funduszami dotyczą także podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego utworzonych na podstawie SPZOZ, dla których działalność lecznicza jest w głównej mierze finansowana ze środków publicznych.

Ową niestabilność można upatrywać w licznych próbach reformowania systemu opieki zdrowotnej o różnej skali zmian przez ekipy rządzące. Metodą małych kroczków były to zmiany, nowelizacje dotychczasowych ustaw oraz ustanawianie nowych regulacji prawnych i wytycznych. Zapowiadana systemowa reforma nie jest kompleksowo ukształtowana. Wprowadzana jest poprzez nowelizacje ustaw bez szczegółowych rozporządzeń, które są w fazie konsultacji. W perspektywie jest przyjęcie ustawy o Narodowej Służbie Zdrowia.

Ponadto, niezwykle istotnym ograniczeniem w zapewnieniu efektywnego funkcjonowania sektora ochrony zdrowia jest zapewnienie właściwego poziomu finansowania zrealizowanych procedur medycznych, co z kolei jest uzależnione od właściwej wyceny tych procedur przez płatnika. Nieadekwatna wysokość przychodów w stosunku do ponoszonych kosztów jest katalizatorem powstawania patologicznych rozwiązań, polegających m.in. na nadmiernym rozwijaniu bardzo dobrze wycenionych usług medycznych, np. kardiologia inwazyjna, przy jednoczesnym ograniczaniu realizacji świadczeń nisko wycenionych. Wprowadzenie ryczałtowego finansowania nie rozwiązuje wszystkich problemów w zakresie struktury świadczeń zdrowotnych. Może stanowić ograniczenie możliwości wyboru nowoczesnych metod leczenia, np. w przypadku ich znacznej kosztochłonności. Jednocześnie wprowadzenie ryczałtu zmniejszy rolę płatnika w kształtowaniu podaży świadczeń zdrowotnych. Większy wpływ na rodzaj świadczeń będą mieli świadczeniodawcy, kierując się w decyzjach poprawą wskaźników w zakresie wykorzystania posiadanych zasobów, czasu pobytu pacjenta. Rozwiązywanie tych dylematów będzie zależeć od sposobu wyliczania wysokości ryczałtu.

Poza tym, problemem, z którym szpitale będą musiały się zmierzyć, jest właściwe określenie wysokości planowanych, w ramach przyznanego ryczałtu, przychodów komórek medycznych uczestniczących w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjenta, przy uwzględnieniu planowanych kosztów. Istotnym ryzykiem, które może „zmaterializować się”, jest utrzymanie nieracjonalnych i nieekonomicznych rozwiązań w zakresie funkcjonowania poszczególnych oddziałów, które były wymuszane przez limitowanie przychodów przez NFZ.

Ryczałtowe finansowanie nie przewiduje możliwości zrealizowania nadwykonań, za które szpitale mogłyby dochodzić zapłaty na drodze sądowej, co początkowo może wpłynąć na ograniczenie przyjęć pacjentów, z uwagi na ryzyko

poniesienia kosztów, które nie znajdują pokrycia w przychodach wynikających z ryczałtu. Rozwiązanie to ujawnia konflikt interesów pacjentów i SPZOZ, który z jednej strony powinien wypełniać cele użyteczności publicznej związane z realizacją świadczeń medycznych dla wszystkich potrzebujących osób, a z drugiej strony – być jednostką, która prowadzi gospodarkę finansową zgodnie z zasadami rachunku ekonomicznego.

Wiele konfliktów wokół polityki zdrowotnej wynika z różnej perspektywy najważniejszych graczy: pacjenta, płatnika, rządu, dostawców, społeczeństwa.

Istotnym zagadnieniem jest wyróżnienie sfer działania – takich, które powinny pozostać domeną rządu; tych, które najlepiej pozostawić mechanizmom rynkowym; oraz takich, które wykorzystują współdziałanie prywatnych i publicznych instytucji.

Próba oceny szans i zagrożeń jest uzasadniona niezakończonym procesem systemowej reformy służby zdrowia. Przedstawione wyniki badań nie wyczerpują szerokiego spektrum problemów wynikających z różnych modeli finansowania systemu opieki zdrowotnej. Należy zauważyć, że poszczególne rozwiązania mogą stanowić zarówno szanse, jak i zagrożenia. Każda próba wprowadzenia publicznych rozliczeń, skutecznej kontroli kosztów wymaga pewnego rodzaju kompromisów, których nie sposób opisać szczegółowo w regulacjach prawnych.

Podsumowanie

Specyfika sektora opieki zdrowotnej determinuje zakres stosowania analiz ekonomicznych i prawnych. Świadczenia zdrowotne w przewarżającej większości są finansowane ze środków publicznych. Przy ograniczonych zasobach rzeczowych i finansowych spełnienie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia wymaga ustawowego określenia zakresu świadczeń gwarantowanych oraz organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Stan zadłużenia szpitali oraz wydłużające się kolejki oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych unaoczniają niedostatki kolejnych reform systemu opieki zdrowotnej. Przyjęcie określonych rozwiązań systemowych zależy od tego, czyja perspektywa decyzyjna dominuje w ustalaniu kierunku reform. Doświadczenia wielu państw potwierdzają tezę, że nie ma optymalnego modelu organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. Często są to uwarunkowania historyczno-kulturowe i ekonomiczno-społeczne.

Rozwój wiedzy i technologii medycznych jest przesłanką do dalszego prowadzenia interdyscyplinarnych badań w zakresie efektywności systemu opieki zdrowotnej, rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych oraz przepływów finansowych.

Literatura

- Golinowska S., red. (2012), *Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska 2012*, Drukarnia Open Eyes, Warszawa.
- Jaworzyńska M. (2010), *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*, CeDeWu, Warszawa.
- Narodowy Rachunek Zdrowia 2014*, Notatka informacyjna, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 25.11.2016.
- Obwieszczenie (2016) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 30 czerwca 2016 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 r., MP 2016 r., poz. 635.
- Rozporządzenie (2015) Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2015 r., poz. 1138.
- Ustawa (1997) z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 28, poz. 153.
- Ustawa (2003) z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.
- Ustawa (2004) z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.
- Ustawa (2011) z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.
- Ustawa (2016) z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych ustaw, Dz. U. 2016, poz. 960.
- Ustawa (2017) z dnia z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2017, poz. 844.
- Wołoszyn A., Lubieńczuk G. (2011), *Normatywne uwarunkowania reformy systemu ochrony zdrowia* [w]: E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Wołowicz T. (2003), *Zmiana systemu opieki zdrowotnej w Polsce elementem reformy finansów publicznych (wybrane aspekty)*, „Antidotum”, nr 9, s. 12.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia (2017) z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do opracowania zmian organizacyjnych w związku z planowaną likwidacją Narodowego Funduszu Zdrowia, Dz. Urz. MZ z 2017 r., poz. 44.

A NEW FUNDING MODEL HOSPITALS IN POLAND – OPPORTUNITIES AND THREATS

Summary: Increase in the health needs of society with limited funding opportunities provides challenges for searching for optimal mechanisms for financing health services. The study shows the successive stages of health care reform in Poland from 1999. Indicated the most important participants in the health care system, and the expected results.

Examined the steps of reforming the health care system, which is a reference point for the analysis of opportunities and risks of a new mechanism for financing health care. A key change in the treatment of the hospital should be to establish a network of hospitals and to ensure a certain level of funding. Proposed solutions to raise hopes for improving accessibility to health services. At the same time, the threat can be observed for the sake of financial stability and efficiency in the Polish health system. The study was conducted by the analysis. The study was conducted by analysis of legislation, statistics, literature studies and direct observation.

Keywords: health economics, health care system, the financing of hospitals.