

Koordinacja podaży usług szpitalnych – doświadczenia międzynarodowe a sytuacja w Polsce

Katarzyna Dubas-Jakóbczyk

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, katarzyna.dubas@uj.edu.pl

Abstract

Methods of hospital services' supply coordination – international experiences and situation in Poland

The article provides a comparison of methods of hospital services' supply coordination in three European countries: the United Kingdom (on England example), Germany and France. The coordination methods are defined as both the processes of planning the current hospital services supply levels (e.g. number of hospitals' beds by speciality) and regulations regarding the investment projects within this sector. The results of the international comparison are then used in the context of analysis of the current situation in Polish hospital sector. Major (past and present) initiatives aimed at introduction of some form of hospital services supply coordination in Polish system are described. Shifting the emphasis from 'competition' to 'coordination' is presented as a basic recommendation for reforms.

Key words: coordination, hospitals, hospital beds supply, planning

Słowa kluczowe: koordynacja, planowanie, podaż łóżek szpitalnych, szpitale

Wstęp

Ile powinno być łóżek szpitalnych i jakiego rodzaju? Te z pozoru proste pytania nastrożają wiele trudności decydom systemów ochrony zdrowia w większości krajów. Podaż (rodzaj, liczba i rozmieszczenie) łóżek szpitalnych determinuje stopień zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji i znacząco wpływa na koszty sektora zdrowia. Zmiany czynników epidemiologicznych oraz demograficznych, rozwój nowych technologii, wzrost oczekiwań społecznych czy postępująca internacjonalizacja systemów zdrowotnych to tylko niektóre czynniki determinujące funkcjonowanie szpitali. W okresie ostatniego trzydziestolecia w wielu krajach europejskich podejmowano próby ograniczania kosztów sektora szpitalnictwa (i/lub publicznych wydatków na opiekę szpitalną) m.in. poprzez redukcję liczby łóżek, wzrost udziału świadczeniodawców prywatnych oraz wprowadzenie różnego rodzaju metod koordynacji podaży usług szpitalnych. W ramach niniejszego artykułu do-

konano analizy metod regulacji podaży usług szpitalnych w trzech krajach: Wielkiej Brytanii (na przykładzie Anglii), Niemczech oraz we Francji. Pod pojęciem „metod regulacji podaży” należy tu rozumieć zarówno procesy planowania rozmieszczenia dostępnych zasobów sektora szpitalnictwa (liczby i rodzaju łóżek, poziomu dostępności), jak i koordynacji inwestycji w tym sektorze. Uzyskane wnioski posłużyły następnie do oceny aktualnej sytuacji polskiego sektora szpitalnictwa w kontekście potrzeby wprowadzenia narzędzi regulacji podaży usług szpitalnych w skali makro (kraju) i/lub mezo (regionu).

1. Metody regulacji podaży usług szpitalnych na przykładzie Anglii, Niemiec oraz Francji

1.1. Podstawowe cechy sektorów szpitalnictwa

Determinanty oraz metody koordynacji funkcjonowania szpitalnictwa w poszczególnych krajach są w znacznym stopniu wypadkową zasad konstrukcji państwowych

systemów ochrony zdrowia. Te z kolei nieustannie ewoluują i podlegają procesowi reform. Metody finansowania systemu ochrony zdrowia oraz stopień jego decentralizacji wywierają duży wpływ na sposób organizacji oraz funkcjonowania sektora szpitalnictwa. W **Tabeli I** przedstawiono podstawowe cechy systemów zdrowotnych trzech krajów europejskich: Wielkiej Brytanii, Niemiec oraz Francji. Wybór tych państw został podyktowany cechującą je różnorodnością tradycyjnych zasad funkcjonowania systemów ochrony zdrowia¹. We wszystkich tych krajach w ostatnim dwudziestoleciu można było zaobserwować znaczny wzrost wydatków zdrowotnych ogółem, w strukturze wydatków na zdrowie przeważają wydatki publiczne, a ciężar decyzyjny w dużej mierze spoczywa na administracji regionalnej.

Cechy charakteryzujące sektory szpitalnictwa Wielkiej Brytanii (na przykładzie Anglii), Niemiec oraz Francji przedstawia **Tabela II**. Wszystkie trzy kraje znacznie ograniczyły w ostatnim dwudziestoleciu podaż łóżek szpitalnych. Jednocześnie poprawie uległy wskaźniki efektywności technicznej – m.in. nastąpiło skrócenie średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Zarówno w Niemczech, jak i we Francji, począwszy od 2000 r., oraz angielskiej NHS od 2004 r. wprowadzono systemy finansowania usług szpitalnych oparte na różnych modyfikacjach jednorodnych grup pacjentów (DRG – *Diagnosis Related Groups*). Niezależnie od specyfiki każdego z konstruowanych systemów i odmiennych uwarunkowań jego implementacji zawsze wśród przesłanek reform znajdował się postulat podniesienia efektywności funkcjonowania sektora szpitalnictwa [1].

Cecha	Wielka Brytania	Niemcy	Francja
% PKB na zdrowie (1990 → 2011 r.)	5,8% → 9,4%	8,3% → 11,3%	8,4% → 11,6%
Udział wydatków publicznych (2011 r.)	82,8%	76,5%	76,8%
Publiczne źródła finansowania	podatki	składka + podatki	składka + podatki
Ciężar decyzyjny	kraje członkowskie (Anglia, Walia, Szkocja i Irlandia Północna)	landy	centralno-regionalny

Tabela I. Systemy ochrony zdrowia Wielkiej Brytanii, Niemiec oraz Francji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2013, European Observatory on Health Systems and Policies – HiT Series.

Cecha	Wielka Brytania	Niemcy	Francja
Wskaźnik liczby łóżek ostrych na 1000 populacji (2000 → 2011 r.)	3,0 → 2,6	6,1 → 5,3	4,1 → 3,4
Średni czas pobytu (z powodu wszystkich przyczyn) w dniach (2000 → 2011 r.)	9,0 → 7,3	10,1 → 9,3	6,0 → 5,6
Wskaźnik wykorzystania łóżek w 2009 r.	84,2%	76,2%	74,4%
Forma własności szpitali	93% łóżek – publiczne trusty, z rosnącą liczbą fundacji i szpitali powstałych na zasadzie PPP	48% łóżek – publiczne, pozostałe prywatne zarówno <i>for-</i> , jak i <i>non-profit</i> (z przewagą <i>non-profit</i>)	66% łóżek – publiczne, pozostałe prywatne zarówno <i>for-</i> , jak i <i>non-profit</i> (z przewagą <i>for-profit</i>)
Płatnik usług szpitalnych	administracja lokalna (PCT do 2013 r., aktualnie CCG)	kasy chorych	kasy chorych
Metoda finansowania usług szpitalnych	PbR (<i>Payment by Results</i>) oparty na HRG (<i>Health Resource Group</i>)	G-DRG (<i>German-Diagnosis Related Groups</i>)	T2A (<i>Tarification a l'Activite</i>) oparty na GHM (<i>Groupe Homogene des Malades</i>)
Współpłacenie do usług szpitalnych (2007 r.)	brak	10 euro dziennie, lecz nie dłużej niż za 28 dni pobytu w roku	16 euro za każdy dzień pobytu
Udział sektora szpitalnictwa w całkowitych wydatkach na zdrowie (2000 → 2008 r.)	42,8% → b.d.	35,8% → 29,4%	39,9% → 35,0%
Katalog cen usług szpitalnych	centralny	centralny	centralny

Tabela II. Cechy sektorów szpitalnictwa w Wielkiej Brytanii, Niemczech oraz we Francji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2013; European Observatory on Health Systems and Policies, *The Health Policy Bulletin*, J. Cylus, R. Irwin, *The challenges of hospital payment system*, Autumn 2010; 12(3); HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*, France 2009.

Anglia

W angielskim systemie Narodowej Służby Zdrowia (NHS – *National Health Service*), począwszy od lat 90. ubiegłego wieku, funkcjonowała hierarchiczna struktura: ministerstwo – poziom regionalny – poziom lokalny. Poziom regionalny był reprezentowany przez tzw. strategiczne oddziały ds. zdrowia (SHA – *strategic health authority*), które odpowiadały za ustalanie priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej (w 2010 r. funkcjonowało 10 SHA). Poziom lokalny natomiast tworzyły grupy opieki podstawowej (PCT – *primary care trusts*) – około 150 jednostek, z których każda sprawowała opiekę nad około 340 tys. populacji [2]. PCT odpowiadały za dostarczenie opieki zdrowotnej swojej populacji – mogły bezpośrednio wytwarzać usługi lub je kontraktować (wykorzystywały w ten sposób około 80% budżetu NHS). W 2013 r. zapoczątkowano głębokie przemiany struktury NHS (na podstawie ustawy *Health and Social Care Act 2012*), które doprowadziły m.in. do likwidacji PCT i SHA oraz przejęcia roli instytucji kontraktującej usługi zdrowotne przez konsorcja lekarzy rodzinnych (CCG – *clinical commissioning groups*). W nowym systemie znacznemu wzmocnieniu uległa także rola władz lokalnych [3].

Proces reform dotyczy również sektora szpitalnictwa. Pomimo iż zdecydowana większość opieki szpitalnej jest dostarczana przez szpitale publiczne, w ostatnich latach można zauważyć oznaki większego pluralizmu w tym obszarze. W ostatnim dwudziestoleciu szpitale publiczne funkcjonowały w formie trustów – grup stanowiących podmioty prawa o szczególnym charakterze, swobodnie dysponujących środkami finansowymi, których wielkość zależała od liczby świadczeń zakupionych przez PCT. Według danych za 2010 r. w ramach angielskiej NHS funkcjonowało 231 szpitali, z których część posiadała więcej niż jedną lokalizację, dając ogółem 332 jednostki [2]. Aktualna reforma zakłada przekształcenie większości szpitali publicznych w fundacje (FT – *foundation trust*) do końca 2014 r. Fundację można określić jako organizację pożytku publicznego zarządzaną na poziomie lokalnym przez przedstawicieli zarządu [3]. Aby publiczny trust mógł ulec przekształceniu, musi spełnić wiele warunków (m.in. pozytywna ocena 5-letniego biznesplanu, strategii kadrowej i zasad zarządzania) – status fundacji nadawany jest w formie 30-letniej licencji. Szpitalne fundacje cechują się zdecydowanie większym zakresem autonomii w porównaniu z trustami. Uzyskują m.in. niezależność w kwestii sprzedaży majątku trwałego uznanego za występujący w nadmiarze w stosunku do potrzeb oraz większą niezależność organizacyjno-zarządczą.

W 2004 r. angielska NHS² wprowadziła system finansowania usług szpitalnych określony mianem „opłaty za rezultaty” (PbR – *Payment by Results*). Nadrzędną przesłanką takiego rozwiązania było wprowadzenie bodźców finansowych motywujących dostawców usług do sprawniejszego funkcjonowania. Cena usługi, uzależniona od jej zaklasyfikowania do danej grupy, jest dostosowywana do lokalnych warunków poprzez wykorzystanie wskaźnika sił rynkowych (MFF – *Market Forces Factor*), którego konstrukcja uwzględnia wpływ

trzech składowych: kosztów wynagrodzeń pracowniczych, wykorzystania gruntu oraz budynków [4]. Władze lokalne odpowiadają za zakontraktowanie odpowiedniej liczby i jakości świadczeń szpitalnych (niezależnie czy u dostawcy publicznego, czy prywatnego), jednakże cena (z lokalnym dostosowaniem włącznie) jest ustalana ogólnie.

Wielka Brytania charakteryzuje się stosunkowo niskim, w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej, wskaźnikiem liczby łóżek ostrych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – 2,6 w 2011 r. Cechą charakterystyczną jest również niski udział liczby łóżek prywatnych w liczbie łóżek szpitalnych. Ogółem w 2007 r. łóżka szpitali prywatnych stanowiły około 6% łóżek ogółem [2]. Ograniczenie zasobów skutkuje problemami związanymi z dostępnością do opieki specjalistycznej (w tym szpitalnej)³. Problem długich list oczekujących na przyjęcie do szpitala stanowi jeden z priorytetów podejmowanych działań reformatorskich⁴. NHS wspiera rozwój sektora prywatnych świadczeniodawców – począwszy od 2005 r. powstają tzw. niezależne centra opieki zdrowotnej (ISTC – *Independent Sector Treatment Centers*), które świadczą usługi kliniczne zgodnie z określonymi standardami i w określonym czasie. Umowa o świadczenie usług jest zawierana na okres 5 lat z możliwością przedłużenia za porozumieniem stron. Za pierwsze 5 lat dochód świadczeniodawcy jest określany na podstawie liczby skierowań do ISTC, przy czym świadczeniodawca nie ponosi ryzyka związanego z brakiem pacjentów, ponieważ przysługuje mu minimalny gwarantowany dochód. W przypadku przedłużenia umowy od świadczeniodawcy oczekuje się, że podejmie on ryzyko gospodarcze (tzn. NHS nie zapewnia minimalnego gwarantowanego dochodu). Ze względu na krótkotrwały charakter umowy, jakkolwiek wiąże się ona z gwarantowanym dochodem, niektórzy uważają, że ISTC to sponsorowana przez państwo szansa na uruchomienie przedsiębiorstwa, które w dłuższej perspektywie będzie mogło konkurować z innymi dostawcami usług medycznych [5]. Wszystkie szpitale publiczne natomiast, niezależnie od formy funkcjonowania, mogą świadczyć usługi na rzecz pacjentów prywatnych (tzw. *pay-beds*) oraz oferować usługi dla pacjentów opłacanych ze środków publicznych, lecz w wyższym standardzie – pacjent dopłaca jedynie do podwyższonego standardu pobytu w szpitalu, nie zaś do kosztów samej usługi medycznej (tzw. *amenity-beds*) [2].

NHS promuje rozwój partnerstwa publicznego-prywatnego (PPP). Utworzony w 1992 r. program inicjatywy prywatnego finansowania (PFI – *Private Finance Initiative*) ma na celu wspieranie prywatnych inicjatyw w zakresie finansowania inwestycji w sektorze publicznym. Przyjęty przez NHS w 2000 r. plan poprawy infrastruktury szpitalnej zakładał zastąpienie lub zmodernizowanie 100 szpitali do 2010 r. (założenie to udało się zrealizować już w 2008 r.). Do 2009 r. zastąpiono lub zmodernizowano 104 szpitale – zdecydowana większość, bo 77 spośród tych inwestycji, została zrealizowana z wykorzystaniem formuły PPP [2].

Problematyka efektywności funkcjonowania brytyjskich szpitali, zwłaszcza w wymiarze bezpośrednich

rezultatów zdrowotnych, jest przedmiotem licznych krajowych analiz i opracowań⁵. Korzystając z bazy danych NHS, każdy pacjent ma możliwość porównania wskaźników charakteryzujących poszczególne szpitale, odnoszących się m.in. do: jakości usług, czasu oczekiwania na określone zabiegi, występowania zakażeń wewnątrzszpitalnych, jakości pożywienia czy dostosowania wyposażenia do potrzeb osób niepełnosprawnych⁶. Jednym z kluczowych problemów sektora szpitalnictwa są natomiast znaczne różnice regionalne w dostępie do świadczeń spowodowane nierównomiernym rozmieszczeniem zasobów opieki stacjonarnej. Najnowsze działania reformatorskie skupiają się więc zarówno na kwestiach zwiększenia efektywności alokacyjnej, jak i kosztowej, m.in. poprzez rozwój różnych form opieki domowej [2].

Niemcy

Podstawy niemieckiego systemu opieki zdrowotnej są oparte na dwóch nadrzędnych zasadach: obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego uzależnionego od osiągniętych dochodów oraz autonomii i niezależności instytucji ubezpieczeniowych od organów administracji publicznej państwa. Władze publiczne – federalne i samorządowe – odpowiadają za zdrowie publiczne i finansują zadania w tym zakresie, jak również określają zasady wykonywania praktyki medycznej [6]. Na poziomie federalnym, począwszy od 2004 r., funkcjonuje tzw. Wspólny Komitet Federalny (*Federal Joint Committee*) odpowiedzialny za wydawanie ogólnych, krajowych regulacji dotyczących wszystkich podsektorów opieki zdrowotnej. W jego ramach funkcjonuje m.in. Komitet ds. Opieki Szpitalnej (*Committee for Hospital Care*) odpowiedzialny za kwestie oceny technologii medycznych stosowanych w szpitalnictwie oraz procesy zewnętrznej oceny jakości. Każdy land natomiast odpowiada za politykę szpitalną na własnym obszarze.

Landy (łącznie 16 jednostek regionalnych) są odpowiedzialne za opracowanie „planu opieki szpitalnej” na swoim obszarze (*Krankenhausplan*). Metodologia i zakres szczegółowości takiego planu mogą się znacznie różnić pomiędzy regionami, jednakże nadrzędną przesłanką jest zawsze uwzględnienie kryterium zapotrzebowania na usługi szpitalne [7]. Plan powinien zawierać oszacowanie potrzeb i możliwości dostarczenia opieki szpitalnej według rodzaju usług, w podziale na obszar gminy i/lub powiatu. Niektóre landy definiują poziom „dostarczenia opieki szpitalnej” jako zadowalający, jeśli wskaźnik wykorzystania łóżek w danej specjalności utrzymuje się na terenie danej gminy lub powiatu na poziomie poniżej 80%. Plan określa liczbę szpitali (oraz łóżek według specjalności) w danym landzie i jest opracowywany przez trójstronny komitet składający się z przedstawicieli administracji landów, szpitali i kas chorych. Każdy szpital ujęty w planie ma zagwarantowane otrzymanie kontraktu z kasami chorych. [7]

W 1972 r. wprowadzono w Niemczech swego rodzaju dualny system finansowania szpitali, który doprowadził do ogromnego rozwoju tego sektora. Polega on na niezależnym finansowaniu kosztów bieżących usług

szpitalnych ze środków kas chorych, a kosztów inwestycyjnych ze środków poszczególnych landów. W 1996 r. wprowadzono prospektywne stawki finansowania działalności bieżącej: „za przypadek” i „za procedurę”, co było wstępem do rozpoczęcia implementacji od 2000 r. systemu jednorodnych grup pacjentów określonego mianem niemieckiego DRG (G-DRG). Odpowiedzialność za wdrożenie nowego systemu finansowania usług szpitalnych spoczęła na władzach poszczególnych landów, a podstawy jego konstrukcji zostały opracowane przez powołany w tym celu Instytut ds. Finansowania Szpitali (*Institute for Hospital Reimbursement*), który odpowiada także za analizę danych dostarczanych przez szpitale w celu dokonywania corocznej kalkulacji cen⁷. W przypadku części skomplikowanych i kosztochłonnych procedur medycznych instytut ustala osobny katalog cen, kontraktowanych poza systemem G-DRG [8].

Struktura właścicielska niemieckich szpitali jest dość zróżnicowana. Wyróżnia się tu trzy główne typy szpitali: publiczne, prywatne niedziałające dla zysku – prowadzone przez stowarzyszenia i fundacje *non-profit*, oraz prywatne nastawione na zysk. W okresie ostatniego dwudziestolecia można zaobserwować spadek liczby szpitali publicznych oraz prywatnych typu *non-profit*, z jednoczesnym wzrostem liczby szpitali prywatnych *for-profit*. Według danych Niemieckiego Stowarzyszenia Szpitali (DKG – *Deutsche Krankenhausgesellschaft*) w 2011 r. funkcjonowało w Niemczech 2045 szpitali, w tym: 621 publicznych, 746 prywatnych *not-for-profit* i 678 prywatnych *for-profit*. Dla porównania w 1992 r. te same statystyki wynosiły odpowiednio: 2381 szpitali ogółem, w tym 1062 publicznych, 950 prywatnych *not-for-profit* i 369 prywatnych *for-profit* [9]. Pomimo iż liczba szpitali prywatnych zdecydowanie przeważa, to biorąc pod uwagę liczbę łóżek, sektor publiczny nadal odgrywa znaczącą rolę. W 2011 r. w strukturze łóżek ogółem udział łóżek szpitali poszczególnych kategorii wynosił odpowiednio: 48% szpitale publiczne, 36% prywatne *not-for-profit*, 17% prywatne *for-profit* [9]. Obserwowany w ostatnich latach trend spadku liczby szpitali publicznych jest związany ze zjawiskiem przejmowania szpitali publicznych przez inwestorów zarządzających sieciami jednostek prywatnych. Dotyczy to także dużych szpitali uniwersyteckich, w których przypadku państwo pozostaje właścicielem kilku procent udziałów, aby zabezpieczyć w ten sposób działalność w dziedzinie nauczania akademickiego [10]. Większość szpitali, niezależnie od formy własności, zajmuje się leczeniem osób ubezpieczonych, ustawowo podlegając takim samym regulacjom [11].

Do podstawowych problemów niemieckiego sektora zdrowotnego zalicza się przede wszystkim wysokie koszty opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym ograniczeniu wielkości wpływów z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, spowodowanym starzeniem się społeczeństwa oraz trudną sytuacją gospodarczą (rosnące bezrobocie). Szacuje się, iż w 2008 r. w Niemczech około 29,4% całkowitych wydatków zdrowotnych skonsumował sektor szpitalnictwa (widoczny jest trend ograniczania kosztów opieki szpitalnej, która jeszcze w 2000 r. pochłaniała około 36% całkowitych wydatków

zdrowotnych). Próba ograniczania kosztów jest widoczna m.in. w redukcji zasobów opieki stacjonarnej – wartość wskaźnika liczby łóżek ostrych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców spadła z 6,1 w 2000 do 5,3 w 2011 r.

Francja

Cechą francuskiego systemu opieki zdrowotnej jest duża złożoność i sfragmentaryzowanie systemu (wielość instytucji ubezpieczeniowych, jak również podmiotów świadczących usługi, często na zróżnicowanych zasadach). W ostatnich latach podjęto próby wzmocnienia roli samorządu terytorialnego w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, jednakże to władza rządowa odgrywa znaczącą rolę w definiowaniu norm i standardów medycznych, w tym także liczby łóżek szpitalnych i wysokospecjalistycznej aparatury, jak również w ustalaniu cen świadczeń zdrowotnych [12].

Na poziomie centralnym ministra zdrowia wspiera wiele instytucji, z których główną rolę odgrywają tzw. wysoki urząd ds. zdrowia (HAS – *Haute Autorite de Sante*) oraz krajowa agencja wsparcia działalności placówek zdrowotnych i medyczno-społecznych (ANAP – *Agence Nationale d'Appui a la Performance des etablissements de sante et medico-sociaux*) [5]. Pierwsza z instytucji odpowiada za opracowanie i aktualizację koszyka świadczeń (ocenia skuteczność terapeutyczną produktów i świadczeń oraz konieczność ich refundacji). Druga z kolei ma za zadanie m.in. wspierać placówki medyczne w poprawie ich funkcjonowania – pełni funkcje doradcze w kwestiach reorganizacji wewnętrznej podmiotów, zarządzania majątkiem i wdrażania reform.

Na poziomie regionalnym kluczową rolę odgrywają regionalne agencje zdrowia (ARS – *Agence Regionales de Sante*), które nie są jednostkami administracji publicznej, lecz organizacjami powołanymi celowo na rzecz realizacji zadań publicznych (łącznie 26 jednostek na terenie kraju) [5]. W skład rady nadzorczej ARS wchodzi przedstawiciele administracji państwowej, instytucji ubezpieczeniowych oraz społeczności lokalnych. Regionalne agencje są odpowiedzialne za wdrażanie krajowej polityki zdrowotnej w regionach oraz przygotowanie i wdrożenie regionalnego programu organizacji polityki zdrowotnej. Program taki wyznacza priorytety zdrowotne dla danego regionu oraz określa zakres oferty świadczeniodawców usług szpitalnych i ambulatoryjnych na poziomie zaspokajającym potrzeby pacjentów. Planowanie zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne podmioty odnosi się zarówno do jednostek publicznych, jak i prywatnych.

W sektorze szpitalnictwa, pomimo licznej reprezentacji szpitali prywatnych zorientowanych na zysk, dominująca rola przypada sektorowi publicznemu. Według danych za 2007 r. we Francji funkcjonowało 2840 szpitali, z czego 1/3 stanowiły szpitale publiczne. Biorąc jednak pod uwagę liczbę łóżek, szacuje się że 66% łóżek przypada na jednostki publiczne, 14% na prywatne *non-profit*, a pozostałe 20% na szpitale *for-profit*. Te ostatnie, najczęściej działające jako tzw. *Cliniques* i będące własnością lekarzy, specjalizują się zwykle w za-

biegach planowych, głównie w ortopedii, chirurgii oraz ginekologii i położnictwa. Szacuje się, iż ponad 50% wszystkich zabiegów chirurgicznych oraz 75% przeprowadzanych w trybie chirurgii jednego dnia jest wykonywanych w prywatnych klinikach działających dla zysku [13]. W ostatnich latach natomiast można zauważyć trend łączenia się tego typu szpitali w sieci i przejmowanie także takich dziedzin, jak radioterapia czy kardiochirurgia. Na przykładzie francuskiego systemu ochrony zdrowia można dostrzec swoiste dopełnianie się sektora publicznego i prywatnego w zakresie szpitalnictwa. Ten pierwszy ze względu na szerszy zakres usług oraz przyjmowanie pacjentów w cięższym stanie i ze złożonymi schorzeniami uzyskuje wyższy budżet ze środków publicznych. Sektor prywatny zaś skupia się na powtarzalnych i stosunkowo prostych procedurach. Rzadko zdarza się, aby szpitale prywatne świadczyły usługi w pełnym zakresie, tak jak robią to podmioty publiczne (stąd trudno mówić o konkurencji pomiędzy podmiotami publicznymi i prywatnymi) [5]. Należy tym samym podkreślić, iż elementem krytyki sektora prywatnego jest problematyka tzw. spijania śmietanki (*cream skimming*), a więc selekcji pacjentów w kierunku wyboru relatywnie zdrowszych, dobrze rokujących i pociągających za sobą niższe koszty dla szpitala [14].

W 2004 r. wprowadzono francuską odmianę DRG, określoną mianem „opłaty opartej na aktywności” (T2A – *Tarifcation a l'Activite*). W nowym systemie dochód każdego szpitala został uzależniony od liczby i sklasyfikowania pacjentów w ramach tzw. homogenicznych grup pacjentów (GHM – *Groupe Homogene des Malades*). Wysokość cen poszczególnych usług jest kalkulowana corocznie na poziomie centralnym [15]. Występują jednak zasadnicze różnice w taryfach opłat stosowanych w odniesieniu do szpitali z sektora publicznego i prywatnego. Te pierwsze, do których zalicza się także szpitale niepubliczne *non-profit*, są finansowane za pomocą stawek uwzględniających wszystkie koszty związane z pobytem pacjenta (włączając wynagrodzenie personelu medycznego, koszty przeprowadzanych procedur i testów). W przypadku szpitali prywatnych stawka nie pokrywa kosztów wynagrodzenia personelu, które są opłacane na zasadzie „za usługę”, jak również osobno rozliczanych kosztów testów biochemicznych i obrazowych. Dodatkowo szpitale zarówno publiczne, jak i prywatne, spełniające tzw. publiczną misję, tj. prowadzące działalność edukacyjną, badawczą bądź realizujące różnego rodzaju zadania spójne z priorytetami krajowymi i/lub regionalnymi, mogą liczyć na dodatkowe źródła finansowania [15].

Należy podkreślić, że najnowsze propozycje reform francuskiego systemu ochrony zdrowia zakładają m.in. wprowadzenie jednolitych zasad finansowania dla szpitali publicznych i prywatnych, funkcjonujących zarówno *non-profit*, jak i *for-profit*. Początkowo nowe przepisy miały wejść w życie od 2012 r., jednakże znaczne różnice w strukturze i wielkości kosztów generowanych przez szpitale publiczne i prywatne wywołały szeroką debatę na temat zasadności jednolitych stawek finansowych, wskutek czego termin ich wprowadzenia przesunięto na 2018 r. [13]. Jako nadrzędną przesłankę tych działań

wymienia się wprowadzenie bodźców proefektywnościowych w odniesieniu do szpitali publicznych, jak również potrzebę stopniowej harmonizacji i ustrukturyzowania zasad współpracy pomiędzy obydwoma sektorami. Działania reformatorskie odnoszą się także do metod zarządzania szpitalami publicznymi, dążąc do wprowadzenia większej autonomii i organizacyjnej elastyczności tych jednostek. Nowe regulacje przyjęte w 2009 r. doprowadziły m.in. do znacznego wzmocnienia i uniezależnienia pozycji dyrektora szpitala publicznego, ograniczając jednocześnie rolę rady administracyjno-doradczej, w skład której wchodzi głównie przedstawiciele władz lokalnych i pracowników szpitala [13].

Francja od wielu już lat należy do krajów, w których notuje się najwyższe nakłady na ochronę zdrowia, i zajmuje w tym względzie jedno z czołowych miejsc na świecie (po Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, w Europie ma pozycję porównywalną jedynie ze Szwajcarią i Niemcami). Udział opieki szpitalnej w całkowitych wydatkach zdrowotnych uległ obniżeniu z 39,9% w 2000 do 35,0% w 2008 r. Próby ograniczenia kosztów opieki szpitalnej przekładają się we Francji m.in. na działania w kierunku rozwoju różnych form opieki domowej. Ośrodki zapewniające usługi z zakresu tzw. hospitalizacji w warunkach domowych (HAD – *hospitalisation à domicile*) to podmioty działające głównie jako jednostki przyszpitalne lub prywatne, stowarzyszenia *non-profit*. Świadczą one usługi o charakterze zarówno medycznym, jak i opiekuńczym, głównie w zakresie opieki paliatywnej, chorób nowotworowych oraz opieki perinatalnej. Zgodnie z definicją przyjętą przez francuskie ministerstwo ds. zdrowia „opieka szpitalna w warunkach domowych” dotyczy pacjentów z poważnymi, przewlekłymi lub niestabilnymi stadiami choroby, którzy wymagają zapewnienia technicznej opieki medycznej o określonym poziomie złożoności i intensywności. Celem tej opieki jest uniknięcie/opóźnienie przyjęcia lub skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu, jak również stworzenie warunków rozwoju kompleksowych planów opieki oraz współpracy sektora medycznego i społeczno-opiekuńczego [13].

1.2. Narzędzia koordynacji inwestycji

Szczególną rolę w procesie koordynacji podaży usług szpitalnych odgrywają narzędzia regulacji inwestycji, których główne cechy w odniesieniu do trzech omawianych krajów przedstawiono w **Tabeli III**. Zarówno w Wielkiej Brytanii, Niemczech, jak i we Francji funkcjonują krajowe i/lub regionalne programy/plany dotyczące inwestycji w sektorze szpitalnym. Mogą one przyjmować różne formy i zakres szczegółowości, niemniej jednak wspólną i nadrzędną przesłanką ich opracowywania jest koordynacja podaży łóżek szpitalnych.

Anglia

W angielskiej NHS pomimo braku na poziomie centralnym programu dotyczącego rozmieszczenia jednostek szpitalnych rząd ma pośredni wpływ na decyzje inwestycyjne poprzez kontrolę rozmieszczenia funduszy NHS. Zdolność lokalnej społeczności do utrzymania i/lub budowy nowego szpitala zależy od kwoty środków finansowych otrzymanych od NHS. Władze regionalne (reprezentowane do 2013 r. przez SHA) ustalają priorytety polityki zdrowotnej, w tym także założenia dotyczące podaży usług szpitalnych – w postaci corocznie aktualizowanych planów inwestycyjnych. Władze lokalne (reprezentowane do 2013 r. przez PCT) zainteresowane podjęciem inwestycji w zakresie infrastruktury szpitalnej (np. zmiany zakresu świadczonych usług, zamknięcia/budowy szpitala) opracowują wspólnie z danym podmiotem biznesplan, który powinien m.in. uzasadniać potrzebę wprowadzenia zmian. Schemat i zawartość takiego biznesplanu jest z góry ustalona we właściwym przewodniku NHS (*NHS Capital Investment Manual*). Biznesplan musi następnie uzyskać akceptację władz regionalnych, a w niektórych przypadkach także centralnych – Departamentu Zdrowia (gdy oszacowana wartość inwestycji przekracza kwotę 35 mln GBP). Każdy szpital publiczny ma dodatkowo obowiązek raportowania informacji na temat stanu posiadanych urządzeń i infrastruktury tech-

Cecha	Wielka Brytania	Niemcy	Francja
Funkcjonowanie krajowego/regionalnego programu na rzecz inwestycji w sektorze szpitalnym	tak	tak	tak
Źródło finansowania inwestycji	– procent przychodów – pożyczki z sektora prywatnego – pożyczki od rządu	– administracja landów – pożyczki z sektora prywatnego	– budżet państwa – pożyczki z sektora prywatnego
Wymagana zgoda na poziomie centralnym w przypadku dużych inwestycji	tak	nie	nie

Tabela III. Narzędzia koordynacji inwestycji w sektorze szpitalnictwa w Wielkiej Brytanii, Niemczech oraz we Francji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Thompson C.R., McKee M., *Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union*, „Health Policy” 2004; 67: 281–291; Thompson C.R., McKee M., *An analysis of hospital capital planning and financing in three European countries: using the principal-agent approach to identify the potential for economic problems*, „Health Policy” 2011; 99: 158–166; *European Observatory on Health Systems, United Kingdom (England) – Health System Review 2011*, WHO, Copenhagen 2011.

nicznej. Dane te są zbierane przez wyspecjalizowaną jednostkę w ramach Departamentu Zdrowia, a następnie wykorzystywane do opracowywania raportów w sprawie stanu infrastruktury NHS [2]. Począwszy od lat 90. dominującym źródłem finansowania inwestycji w sektorze szpitalnym w Wielkiej Brytanii były fundusze NHS, wykorzystywane głównie z zastosowaniem formuły PPP. Po przekształceniu szpitali publicznych w fundacje nastąpiły zasadnicze zmiany. Szpitalne fundacje mogą finansować inwestycje z uzyskiwanych zysków oraz pożyczek zaciągniętych w sektorze prywatnym – bankach komercyjnych – lub publicznym – specjalnym rządowym funduszu (*Foundation Trust Financing Facility*). W przypadku tego ostatniego niezależna agencja ocenia zdolność finansową danego szpitala i ustala zasady udzielenia pożyczki ze środków publicznych [2].

Niemcy

W Niemczech landy są odpowiedzialne za planowanie i finansowanie inwestycji szpitalnych, tak w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Każdy szpital uwzględniony w planie regionalnym ma zagwarantowany kontrakt z kasą chorych na finansowanie działalności bieżącej. Kontrakt pokrywa także koszty utrzymania i wymiany sprzętu o okresie eksploatacji do 3 lat – kwota przyznanych na ten cel środków jest liczona jako procent całkowitego budżetu danego szpitala (w 2003 r. był 1,1%) [7]. Pozostałe inwestycje są finansowane bezpośrednio z budżetu danego landu. Zarówno publiczne, jak i prywatne szpitale (uwzględnione w planie) mogą aplikować o środki publiczne na inwestycje. Szpitale mogą również zaciągać pożyczki na cele inwestycyjne w sektorze prywatnym – wymagana jest tu jednak formalna zgoda ze strony administracji landu [16]. Jej wydanie jest uzależnione od oceny zapotrzebowania na usługi szpitalne (czy inwestycja jest niezbędna dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych) oraz oceny kosztochłonności finansowania prywatnego (czy wykorzystanie środków publicznych nie byłoby tańsze).

Francja

W systemie francuskim inwestycje szpitalne realizowane są w ramach wieloletnich planów inwestycyjnych opracowywanych na poziomie centralnym. Dotychczas zrealizowano dwa takie plany: *Plan Hôpital 2007* i *Plan Hôpital 2012*, obejmujące odpowiednio lata: 2003–2007 oraz 2007–2012. O uzyskanie dotacji inwestycyjnej ze środków takiego planu mogły się ubiegać zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne. Przy wyborze projektów oceniano m.in.: możliwości poprawy efektywności placówki (w tym możliwości optymalizacji struktur organizacyjnych, wielkość projektu, poprawność założeń finansowych), znaczenie strategiczne projektu, wymiar społeczny oraz stopień, w jakim inwestycja stanowi odpowiedź na potrzeby lokalne. Placówki realizujące projekty w ramach planu *Hôpital 2012* mogły liczyć na wsparcie odpowiednich instytucji doradczych w zakresie kwestii finansowych, organizacyjnych i technicz-

nych projektu. Środki na realizację planu *Hôpital 2012* wynosiły około 10 mld euro i pochodziły bezpośrednio z budżetu państwa, a instytucjami odpowiedzialnymi za ocenę projektów i przyznawanie dotacji były i pozostają w dalszym ciągu regionalne agencje zdrowia (ARS).

2. Funkcjonowanie sektora szpitalnictwa w Polsce – konkurencja *versus* koordynacja

2.1. Ogólna charakterystyka polskiego sektora szpitalnictwa

Sektor szpitalnictwa w Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, musi sprostać obecnie wielu wyzwaniom. Do podstawowych kwestii należy zaliczyć m.in. problematykę poprawy efektywności kosztowej funkcjonowania oraz dostosowanie do potrzeb zdrowotnych populacji (wskaźniki epidemiologiczne i demograficzne). W przypadku polskiego sektora trudno jednak mówić o metodach koordynacji podaży usług szpitalnych. Występują oczywiście ogólne zapisy prawne mówiące o roli administracji rządowej i samorządowej w tworzeniu warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz ocenie potrzeb zdrowotnych populacji: zgodnie z art. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa [17]; z kolei ustawa o samorządzie województwa zobowiązuje władze tego poziomu samorządu terytorialnego do opracowania strategii rozwoju województwa (art. 11) oraz wykonywania zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia (art. 14) [18]. Brakuje natomiast uregulowań odnoszących się bezpośrednio do koordynacji podaży usług szpitalnych i/lub planowania inwestycji w tym sektorze.

W Polsce, podobnie jak w całej Europie, zauważalny jest wieloletni już trend spadku liczby łóżek szpitalnych z jednoczesną poprawą wskaźników efektywności technicznej (**Tabela IV**). W latach 1990–2012 całkowita liczba łóżek szpitalnych zmalała z 218 tys. do 185 tys., a wartość wskaźnika liczby łóżek w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców spadła z 5,72 do 4,80. Jednocześnie można zaobserwować wzrost liczby przyjmowanych pacjentów oraz skrócenie średniego czasu pobytu.

Sytuację odwrotną można natomiast zauważyć w przypadku długoterminowej opieki stacjonarnej. Liczba łóżek ogółem w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjach wzrosła w ostatnim dziesięcioleciu ponadtrzykrotnie (z około 9 tys. łóżek w 1999 do ponad 29 tys. na koniec 2012 r.).

Podobnie jak w trzech omawianych w niniejszym artykule krajach w Polsce można zaobserwować w ostatnich latach trend stopniowego wzrostu udziału sektora prywatnego w podaży usług szpitalnych. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w grupie 830 szpitali ogólnych funkcjonujących w 2011 r.⁸ – 517 stanowiły jednostki publiczne, a 313 niepubliczne. Wśród szpitali publicznych zdecydowaną większość (440 jednostek) stanowiły podmioty, dla których organem założycielskim były jed-

Rok	Liczba jednostek	Liczba łóżek		Liczba leczonych		Przeciętna długość pobytu pacjenta (w dniach)
		ogółem (w tys.)	na 1 tys. mieszkańców	ogółem (w tys.)	na 1 łóżko	
1990	677	218,6	5,72	4597	21,3	12,5
1991	686	217,5	5,68	4680	21,5	12,3
1992	684	214,2	5,58	4742	22,1	11,8
1993	698	214,8	5,58	4934	23,0	11,4
1994	701	215,1	5,58	5094	23,8	11,1
1995	705	214,0	5,54	5143	24,1	10,8
1996	710	211,9	5,49	5237	24,8	10,6
1997	717	210,0	5,43	5210	24,9	10,4
1998	715	205,2	5,31	5339	26,0	10,1
1999	715	198,7	5,14	5685	28,6	9,3
2000	752	191,3	4,95	6278	32,6	8,5
2001	774	188,8	4,89	6353	33,7	8,4
2002	777	190,5	4,98	6652	34,9	8,0
2003	767	187,5	4,91	6881	36,7	7,5
2004	790	183,3	4,80	7001	38,2	6,9
2005	781	179,5	4,70	6949	38,7	6,7
2006	742	176,7	4,63	7168	40,6	6,4
2007	748	175,0	4,59	7143	40,8	6,2
2008 ²⁾	732	183,6	4,81	7957	43,3	5,9
2009	754	183,0	4,80	8031	43,9	5,8
2010	795	181,1	4,74	7912	43,7	5,7
2011	830	184,5	4,80	8054	43,7	5,6
2012	891	185,0	4,80	8157	44,1	5,5

¹⁾ Bez MON, MSWiA i MS.

²⁾ Wzrost liczby łóżek wynika ze zmiany sposobu ich liczenia – począwszy od 2008 r. łącznie z łóżkami na oddziałach neonatologicznych.

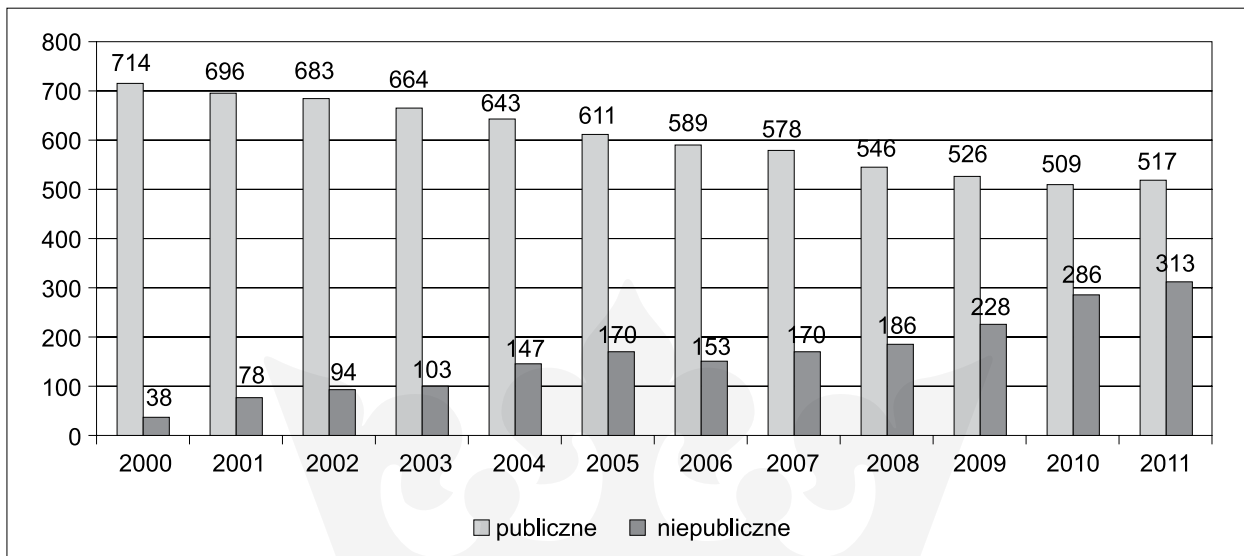
Tabela IV. Szpitale ogólne oraz wybrane wskaźniki ich funkcjonowania w latach 1990–2012¹⁾.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie Małych Roczników Statystycznych GUS (dane za lata 1990–1999) oraz Biuletynów Statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za lata 2001–2013 (dane za lata 2000–2012).

nostki samorządu terytorialnego (JST). W grupie szpitali niepublicznych natomiast występują zarówno podmioty prywatne, jak i szpitale funkcjonujące w formie spółek kapitałowych, w których jednostki samorządu terytorialnego mają całościowy lub większościowy udział. Jednostki te często są określane mianem „niepublicznych samorządowych”, przez co już sama nazwa, poprzez zestawienie dwóch niejako przeciwstawnych pojęć („niepubliczny” i „samorządowy” – a więc przynależy do administracji publicznej), wzbudza kontrowersje. Niestety nie ma kompleksowych danych statystycznych pokazujących udział podmiotów – spółek kapitałowych z całościowym lub większościowym udziałem JST w liczbie szpitali niepublicznych ogółem. W okresie ostatniego dziesięciolecia liczba szpitali publicznych systematycznie malała, natomiast niepublicznych rosła (**Wykres 1**). Trend ten wynikał zarówno z otwierania nowych szpitali prywatnych, jak i przekształcania szpitali publicznych, dla których organem założycielskim były JST, w spółki

(szpitale niepubliczne). Pomimo iż liczba szpitali niepublicznych wzrasta dynamicznie – powiększanie ich udziału w ogólnej podaży łóżek szpitalnych następuje stopniowo. Według danych za 2011 r. łóżka w ogólnych szpitalach niepublicznych stanowiły 15,8% całkowitej liczby łóżek.

Szpitale publiczne i niepubliczne podlegają takim samym wymogom sanitarno-klinicznym i mogą konkurować o środki publicznego płatnika. Zgodnie z raportem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w latach 2009–2011 udział wartości kontraktów w rodzaju „leczenie szpitalne” zawartych z podmiotami niepublicznymi wzrósł z 7,38 do 9,15% całkowitej wartości zawartych w tym zakresie umów z publicznym płatnikiem [19]. Szacuje się również, iż w 2011 r. ponad 75% szpitali niepublicznych posiadało podpisany kontrakt z NFZ [20]. Dowodzi to, że w odniesieniu do sektora szpitalnictwa, charakteryzującego się wysokimi kosztami świadczonych usług, najważniejsze dla utrzymania się na rynku



* bez szpitali podległych MON, MSWiA i MS.

Wykres 1. Liczba szpitali ogólnych – publicznych i niepublicznych w latach 2000–2011.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za lata 2001–2012.

pozostaje finansowanie publiczne, niezależnie od formy własności szpitala [21].

Aktualna struktura polskiego sektora szpitalnictwa została oparta na zasadzie konkurencji. Szpitale (zarówno publiczne, jak i niepubliczne) konkurując o kontrakt z NFZ, dokonują reorganizacji wewnętrznych, ponoszą znaczne nakłady inwestycyjne, realizują procesy na rzecz poprawy jakości oraz różnego rodzaju strategii marketingowe. Nie ma żadnej instytucji w skali kraju i/lub regionów, która koordynowałaby proces inwestycji szpitalnych. W konsekwencji mogą występować znaczne różnice regionalne m.in. w dostępie do nowoczesnych technologii. Jako przykład może tu posłużyć rozmieszczenie tomografów pozytronowych (PET-CT) w skali kraju. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w 2012 r. 19 występujących w kraju aparatów było rozmieszczonych w 9 województwach (w tym w 2 województwach znajdowały się po 4 aparaty). Na terenie 7 województw natomiast nie funkcjonował żaden szpital wyposażony w tomograf pozytronowy [22]. Brak koordynacji inwestycji w sektorze szpitalnym sprawia, że znaczne środki finansowe wydatkują się bez długofalowej analizy zasadności poszczególnych inwestycji⁹.

W okresie 2007–2013 znaczące środki finansowe na inwestycje w ochronie zdrowia zostały pozyskane ze środków funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Szacuje się, iż w ramach krajowych oraz regionalnych programów operacyjnych na lata 2007–2013 zrealizowano ponad 1000 inwestycji infrastrukturalnych w zakresie ochrony zdrowia¹⁰ o łącznej wartości przekraczającej 6 mld zł (w tym kwoty dofinansowania UE wyniosły ponad 4 mld zł) [23]. Inwestycje te bez wątpienia przy-

czyniły się do polepszenia stanu infrastruktury placówek opieki zdrowotnej, wspomogły proces dostosowania do najnowszych wymogów sanitarno-technicznych oraz wyposażenia w nowoczesną aparaturę. Niemniej jednak z uwagi na brak strategicznego podejścia i odpowiedniej koordynacji nie udało się uniknąć przypadków nieefektywnego wykorzystania środków. Jako przykłady można tu podać: sfinansowanie utworzenia podmiotów leczniczych o analogicznym profilu działalności w sąsiadujących miejscowościach lub zakup wyspospecjalistycznej aparatury medycznej dla placówek konkurujących o środki tego samego oddziału NFZ, co w konsekwencji prowadziło do niskiego poziomu kontraktu na wykorzystanie nowej aparatury [24–26]. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli (NIK) na temat zakupów i wykorzystania aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych [27] poważnym problemem jest brak rzetelnej analizy potrzeb zdrowotnych danej populacji oraz czynników powodujących ich zmiany (która to analiza powinna być dokonywana przez JST) oraz brak kompletnych i aktualnych danych dotyczących rozmieszczenia aparatury medycznej na danym terenie [27].

2.2. Dotychczasowe inicjatywy z zakresu regulacji podaży usług szpitalnych

Najbardziej znamienne dotychczas próby wprowadzenia mechanizmów regulacji podaży usług szpitalnych w Polsce podjęto w 2006 r. Ministerstwo Zdrowia przedłożyło wówczas projekt stworzenia ogólnokrajowej **sieci szpitali**¹¹. Projekt ten zakładał stworzenie ogólno-

krajowej sieci szpitali umożliwiającej dostosowanie ich struktury organizacyjnej oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych do rzeczywistych potrzeb wynikających z warunków demograficznych i epidemiologicznych. Główne znaczenie miało tu określenie wartości wskaźnika optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych województw w podziale na poszczególne specjalności medyczne. Oddziały szpitalne miały być sklasyfikowane do jednego z trzech poziomów referencyjnych (podstawowego, rozszerzonego lub wysokospecjalistycznego). Projekt zakładał także opracowanie na poziomie województw tzw. regionalnych planów opieki – pięcioletnich strategii określających kierunki rozwoju opieki szpitalnej (planowana liczba łóżek, harmonogram działań dostosowanych wraz z szacunkowymi kosztami tych działań oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych). Wojewoda miał być odpowiedzialny za monitorowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci. Na podstawie dokonanej oceny szpitale miały być sklasyfikowane do jednej z pięciu „kategorii stabilności sytuacji ekonomiczno-finansowej”. Wojewódzki oddział NFZ miał być z kolei odpowiedzialny za monitorowanie jakości świadczeń szpitalnych z wykorzystaniem specjalnej ankiety, której wyniki miały służyć klasyfikacji szpitala do jednej z trzech „kategorii jakości”. Zgodnie z założeniami ocena uzyskana przez dany szpital miała się przekładać na przyznawaną mu kwotę kontraktu z NFZ.

Za podstawową wartość dodaną powyższego projektu należy uznać stworzenie rzeczywistych możliwości skoordynowania funkcji planistycznych oraz nadzorczych na poziomie regionalnych systemów leczenia stacjonarnego. Stanowił on tym samym odpowiedź na problem rozproszenia odpowiedzialności za organizację i poziom dostępności do leczenia zamkniętego, wynikający z wielości podmiotów stanowiących organy założycielskie i/lub właścicieli szpitali. Kluczowe znaczenie miała tu także modyfikacja roli NFZ, który z racji zarządzania środkami publicznymi, obok funkcji agencji refundacyjnej, zostałby wyposażony w narzędzia służące skutecznemu kształtowaniu strategicznego rozwoju systemu¹². Niestety zmiany na poziomie ministerialno-politycznym¹³, pomimo wysokiego stopnia zaangażowania prac nad projektem, uniemożliwiły wprowadzenie ustawy. Oczywiście występowały tu także przesłanki o charakterze merytoryczno-funkcyjnym (m.in. brak precyzyjnych propozycji aktów wykonawczych, zarzuty co do niedoszacowania kosztów wdrożenia systemu), niemniej jednak ustawa stwarzała rzeczywistą możliwość wprowadzenia mechanizmu koordynacji podaży usług szpitalnych. Całkowite zarzucenie idei sieci szpitali należy więc ocenić negatywnie.

Najnowsze propozycje Ministerstwa Zdrowia, w postaci projektu ustawy o instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego¹⁴, zakładają m.in. wprowadzenie mechanizmów planowania podaży usług zdrowotnych. Zgodnie z założeniami projektu wojewodowie mają być odpowiedzialni za opracowywanie **map potrzeb zdrowotnych**, na których podstawie regionalni płatnicy (projekt zakłada także decentralizację NFZ) mają tworzyć plany zaku-

pów świadczeń zdrowotnych. Szpital, który nie zostanie uwzględniony na mapie potrzeb zdrowotnych, nie otrzyma kontraktu z publicznym płatnikiem. Zadaniem wojewody ma być także wydawanie opinii co do celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturze medycznej.

Plany wprowadzenia tego rodzaju regulacji należy ocenić pozytywnie, podstawowe znaczenie będzie miał jednak proces opracowania szczegółów wdrażania nowych regulacji. Niezwykle ważna jest rola Ministerstwa Zdrowia, które powinno przygotować wystandaryzowaną i szczegółową metodologię opracowywania map. Niezależnie od tego, kto zostanie finalnie zobowiązany do opracowania mapy potrzeb zdrowotnych dla danego regionu, priorytetowe znaczenie ma przygotowanie odpowiednich narzędzi. Chodzi tu o dostęp do odpowiednich danych epidemiologicznych, demograficznych, danych dotyczących potencjału infrastruktury placówek zdrowotnych, jak również (co najtrudniejsze) dostępu do odpowiednich wytycznych postępowania klinicznego. Niezbędne jest aktywne zaangażowanie ekspertów poszczególnych specjalności medycznych (np. konsultantów krajowych i wojewódzkich) w opracowanie wytycznych zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji. Chodzi tu o konkretne wskaźniki: wyposażenia szpitali, liczby łóżek poszczególnych specjalności czy liczby personelu medycznego, do których mogłyby się odnosić regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Bez przygotowania właściwych podstaw systemowych istnieje obawa, iż podobnie jak to miało miejsce w przypadku projektu sieci szpitali, dobra idea projektu zostanie zarzucona przez trudności związane z praktycznymi aspektami implementacji¹⁵.

Podsumowanie

Koordynacja podaży usług szpitalnych to niewątpliwie trudny i wielostronnie uwarunkowany proces. Niemniej jednak, jak pokazują doświadczenia międzynarodowe – w świetle aktualnych wyzwań, przed jakimi stoją systemy zdrowotne, jest to także proces bezwzględnie potrzebny. We wszystkich trzech omawianych w ramach niniejszego artykułu krajach władze centralne i/lub regionalne odgrywają kluczową rolę w koordynacji podaży usług szpitalnych. Podstawowe znaczenie ma proces planowania – poziomu dostarczania usług oraz niezbędnych inwestycji w celu zabezpieczenia realizacji potrzeb zdrowotnych populacji. Proces planowania jest w niektórych przypadkach bardzo szczegółowy i zakłada m.in. liczbę łóżek poszczególnych specjalizacji we wszystkich szpitalach uwzględnionych w planie. Realizacja inwestycji w sektorze szpitalnym jest koordynowana na poziomie regionalnym, a proces podejmowania decyzji (np. odnośnie do przyznania dotacji publicznej na inwestycje) najczęściej uwzględnia element konsultacji z przedstawicielami władz lokalnych. Kluczowe znaczenie ma kwestia zagwarantowania kontraktu z publicznym płatnikiem (np. pięcioletnie kontrakty dla nowo powstałych prywatnych dostawców w angielskiej NHS czy gwarancja kontraktu dla każdego szpitala ujętego w tzw. planie opieki szpitalnej w Niemczech). Na uwagę zasługuje także funk-

cjonowanie różnego rodzaju instytucji doradczych (np. francuskie agencje oferujące szpitalom doradztwo techniczne i finansowe) i/lub ustrukturalizowanych wytycznych postępowania dla szpitali planujących realizację inwestycji (np. angielski *NHS Capital Investment Manual*).

W poszczególnych krajach odpowiedzialność za planowanie podaży usług szpitalnych może przypadać na władze regionalne i/lub rządowe współpracujące z różnego rodzaju agencjami i przedstawicielami władz lokalnych¹⁶. Proces planowania obejmuje zarówno infrastrukturę publiczną, jak i prywatną. Występujący w krajach europejskich w ostatnich latach trend zwiększenia liczby szpitali prywatnych doprowadził do wzrostu znaczenia złożonych publiczno-prywatnych struktur (*public-private mix*) [28]. Zjawisko to ma istotne znaczenie dla kompleksowości obowiązujących w danym kraju metod regulacji podaży usług szpitalnych.

Wprowadzenie mechanizmów koordynacji podaży usług szpitalnych w polskim systemie jest szczególnie istotne w świetle procesu dostosowania placówek do najnowszych wymogów sanitarno-technicznych [29], który pociąga za sobą potrzebę nowych nakładów inwestycyjnych. Niezwykle ważne jest, aby podejmowane inwestycje stanowiły odpowiedź na rzeczywiste potrzeby zdrowotne i były ujęte w planie finansowym publicznego płatnika. Porównując doświadczenia międzynarodowe do warunków polskiego sektora, celowe wydaje się przejście od zasady „konkurencji” do „koordynacji”. Część ekspertów podważa zasadność wykorzystywania mechanizmu konkurencji w odniesieniu do sektora finansowanego głównie ze środków publicznych. Pojęcie tzw. zawodności rynku w ochronie zdrowia odnosi się do wielu zmiennych uniemożliwiających m.in. pełne wykorzystanie klasycznie rozumianej zasady swobodnej konkurencji w systemie zdrowotnym [28, 30]. Podkreśla się tu rolę państwa, które poprzez proces rządzenia (*governance*) powinno stwarzać warunki umożliwiające zapewnienie obywatelom dobrostanu zdrowotnego. Szczególna rola przypada Ministerstwu Zdrowia – w jednym z opracowań podjęto się oceny roli tej instytucji w sprawowaniu funkcji przywódczych (*stewardship*) w systemach zdrowotnych krajów europejskich. Autorzy wyróżnili sześć zakresów zadań, które powinny być realizowane przez instytucje ministerstw zdrowia, w obrębie **funkcji przywództwa**:

- opracowanie wizji, długookresowej strategii działań na rzecz poprawy zdrowia populacji;
- oddziaływanie na pozostałe sektory w celu promowania działań prozdrowotnych;
- opracowanie sprawnego systemu koordynacji działań na rzecz poprawy zdrowia;
- zapewnienie spójności struktury systemu zdrowotnego z wyznaczonymi celami;
- wykorzystywanie instrumentów prawnych, regulacyjnych i politycznych w celu sterowania działalnością systemu zdrowotnego;
- gromadzenie, upowszechnianie oraz wykorzystywanie właściwych informacji i dowodów naukowych w zakresie zdrowia [31].

Każdy z powyższych zakresów można odnieść do roli władz publicznych w procesie koordynacji podaży usług zdrowotnych. W warunkach polskiego sektora szpitalnictwa natomiast zakresy te można potraktować jako działania rekomendowane do realizacji na poziomie centralnym. Istotne znaczenie ma wprowadzenie (i egzekwowanie) obowiązku:

- diagnozy potrzeb zdrowotnych populacji łącznie z zagwarantowaniem odpowiednich narzędzi/instytucji wspierających podmioty odpowiedzialne za ten proces;
- opracowania regionalnych planów podaży usług szpitalnych uwzględniających liczbę, rodzaj oraz rozmieszczenie łóżek szpitalnych, które będą odpowiadać zdiagnozowanym potrzebom zdrowotnym;
- koordynacji inwestycji w sektorze szpitalnym, tak aby ponoszone nakłady inwestycyjne odpowiadały z jednej strony na potrzeby zdrowotne populacji, a z drugiej uwzględniały możliwości finansowania świadczonych usług przez publicznego płatnika.

Stworzenie odpowiednich podstaw systemowych w połączeniu z regionalnym planowaniem podaży usług szpitalnych mają znaczenie priorytetowe.

Przypisy

¹ Wielka Brytania to kraj, w którym stworzono i rozwinięto klasyczny model narodowej służby zdrowia; Niemcy są przedstawicielem tradycyjnego systemu ubezpieczenia społecznego, Francja zaś, w której występuje dość specyficzny, silnie sfragmentaryzowany model ubezpieczeniowy stanowiący podstawę systemu opieki zdrowotnej, od wielu już lat pozostaje w czołówce światowych rankingów systemów zdrowotnych (według Raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 r. francuski raport opieki zdrowotnej zajął pierwsze miejsce w rankingu 191 krajów).

² Ale nie walijska, szkocka ani NHS Irlandii Północnej (należy jednak zaznaczyć, iż sama angielska NHS obejmuje swym zasięgiem ponad 80% populacji Wielkiej Brytanii i konsumuje ponad 80% budżetu całej NHS).

³ Według danych Departamentu Zdrowia NHS (NHS Statistical Press Note – Inpatient and Outpatient waiting Times, 31 December 2009, www.dh.gov.uk) na koniec 2009 r. tylko 9,2% pacjentów oczekiwało dłużej niż 13 tygodni na przyjęcie do szpitala, podczas gdy jeszcze trzy lata wcześniej było to 23,8%. Na uwagę zasługuje również fakt, iż brytyjskie szpitale charakteryzują się jednym z najwyższych w Europie poziomem wskaźnika wykorzystania łóżek – w 2007 r. ukształtował się on na poziomie 83,6%, przy średniej europejskiej na poziomie 75% (HOPE – European Hospital and Healthcare Federation, *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*, France 2009, s. 102).

⁴ Jest to kwestia stanowiąca priorytet działań reformatorskich, m.in. powołanej w celu nadzorowania wskaźników funkcjonowania NHS Komisji ds. Postępu Zdrowotnego – *Commission for Health Improvement*.

⁵ Przykładem może tu być coroczny ranking funkcjonowania szpitali *Hospital Guide*, <http://drfosterintelligence.co.uk>, dostęp: 04.04.2014.

⁶ Bazy danych dostępne on-line na stronie internetowej NHS (www.nhs.uk).

⁷ Część badaczy jest zdania, iż wprowadzenie finansowania usług szpitalnych na podstawie opłaty „za przypadek” uderza przede wszystkim w mniejsze jednostki, które w przeciwieństwie do dużych, wieloprofilowych szpitali nie mogą korzystać z „efektu skali” i posiadają relatywnie wyższe koszty działalności operacyjnej (A. Tuffs, *One in three German hospitals faces bankruptcy*, „BMJ” 2006; 332(7550): 1114).

⁸ Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za 2012 r. Począwszy od 2013 r., Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia nie podaje już informacji o liczbie szpitali w podziale na publiczne i niepubliczne.

⁹ Wypowiedzi ekspertów dotyczące m.in. wydatkowania środków na inwestycje szpitalne pozyskanych z funduszy unijnych w okresie 2007–2013 (Portal Rynek Zdrowia, *Czas przerwać inwestycyjny wyścig zbrojeń: konieczna mapa potrzeb i konsolidacja*, 28.06.2013).

¹⁰ Suma projektów zrealizowanych w ramach POiŚ oraz RPO w latach 2007–2013.

¹¹ Przekazany do uzgodnień zewnętrznych 10.11.2006 r., natomiast konferencja uzgodnieniowa miała miejsce 02.02.2007 r. (www.mz.gov.pl).

¹² Argumenty przywołane w uzasadnieniu do projektu ustawy o sieci szpitali – Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, listopad 2006 r.

¹³ Po zmianie koalicji rządzącej projekt ustawy został odrzucony podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia w styczniu 2009 r. – ustawę negatywnie zaopiniował rząd jako „niezgodną z założeniami i kierunkiem reformy systemu ochrony zdrowia przyjętym przez Radę Ministrów”. Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia z dnia 21.02.2009 r., Biuletyn nr 1778/VI, pos. nr 79 (www.orka.sejm.gov.pl).

¹⁴ Szczegóły projektu miały być wstępnie zaprezentowane w styczniu 2014 r., jednak prace w Ministerstwie Zdrowia uległy przedłużeniu. Według stanu na dzień pisania niniejszego artykułu znane są tylko ogólne założenia na podstawie wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (Portal Rynek Zdrowia, *Mapy potrzeb zdrowotnych – czy będą gotowe przed kolejnym kontraktowaniem?*, PAP 19.04.2014).

¹⁵ Obawy co do trudności z wdrożeniem systemu map potrzeb zdrowotnych i ich roli w procesie koordynacji podaży usług szpitalnych zostały wyrażone m.in. przez ekspertów Banku Światowego w raporcie pt. *Improving financial sustainability of the hospital sector: towards systemic approach*, World Bank, April 2014.

¹⁶ Analiza procesu planowania podaży usług szpitalnych w 9 krajach dokonana została w opracowaniu S. Ettelt et al., *Planning health care capacity: whose responsibility?*, w: B. Rechel et. al., *Investing in hospitals of the future*, European Observatory on Health System and Policies, WHO 2009.

Piśmiennictwo

- European Observatory on Health Systems and Policies, The Health Policy Bulletin, Scheller-Kreinsen D., Geissler A., Busse R., *The ABC of DRGs*, Winter 2009, t. 11, nr 4.
- European Observatory on Health Systems, *United Kingdom (England) – Health System Review 2011*, WHO, Copenhagen 2011.
- NHS, The NHS structure explained, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>; dostęp: 30.01.2014.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer, Boyle S., *Payment by results in England*, Winter 2005, t. 7, nr 4.
- Kalecińska J., Herbst I., *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Warszawa 2011: 65.
- Włodarczyk C., Poździejch S., *Systemy zdrowotne – zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001: 134.
- Busse R., Riesberg A., *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer, Schreyogg J., Tiemann O., Busse R., *The DRG reimbursement system in Germany*, Winter 2005, t. 7, nr 4.
- DKG, Key-data on German hospitals, January 2013, http://www.dkgev.de/media/file/13675.Key-data_of_Germany%27s_hospitals.pdf; dostęp 02.02.2014.
- Tuffs A., *Germany privatizes university hospital*, „BMJ” 2006; 332(7532): 8.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004.
- European Observatory on Health Systems and Policies, *Health Systems in Transition – France*, Denmark 2004.
- European Observatory on Health Systems and Policies, *France – health system review 2010*, WHO, Copenhagen 2010.
- Kozierkiewicz A. (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali*, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2008.
- European Observatory on Health Systems and Policies, The Health Policy Bulletin, Or Z., *Activity based payment in France*, Winter 2009, t. 11, nr 4.
- Thompson C.R., McKee M., *Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union*, „Health Policy” 2004; 67: 287.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz.U. 1998, Nr 9, poz. 576 z późn. zm.
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia, *Kompleksowa analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009–2011 w rodzaju: lecznictwo szpitalne na terenie całej Polski*, Warszawa 2012, www.nfz.gov.pl.
- PMR, *Rynek szpitali niepublicznych w Polsce 2012, Analiza porównawcza województw i perspektywy rozwoju*, Warszawa 2012.
- Dubas K., *Szpitaly niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz znaczenie w systemie lecznictwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, VIII(1): 137–148.
- Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za rok 2013.
- Dubas-Jakóbczyk K., *Rola funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w finansowaniu inwestycji w obszarze ochrony zdrowia w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.

- Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, wydanie 2014 – tekst przyjęty do druku.
24. Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 Krajowe Strategiczne Ramy*, skrót, Warszawa, marzec 2014: 71.
 25. Ministerstwo Zdrowia, *Badanie ewaluacyjne: „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”*, Warszawa 2012: 38.
 26. CASE-Doradcy Sp. z o.o., *Raport do badania ewaluacyjnego: Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII POIŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia*, Warszawa 28.12.2011: 52–53.
 27. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), *Informacja o wynikach kontroli – zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych*, KZD-4101-03/2012, opublikowany w czerwcu 2013 r.
 28. Golinowska S., *Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia i reformy systemu ochrony zdrowia*, „Ekonomista”, 2013; 6: 771–794.
 29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 739.
 30. Sowada Ch., *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2013.
 31. Veillard J.H.M., Brown A.D., Baris E., Permanand G., Klazinga N.S., *Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concept, functions and assessment Framework*, „Health Policy” 2011; 103: 191–199.
 32. World Bank, *Improving financial sustainability of the hospital sector: towards systemic approach*, April 2014.
 33. Rechel B. et. al., *Investing in hospitals of the future*, European Observatory on Health System and Policies, WHO 2009.

