Ewelina Kanczor-Wiśniewska
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

ZMIANY W USTAWIE O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WPROWADZAJĄCE ROZWIĄZANIA W ZAKRESIE UTWORZENIA, TZW. SIECI SZPITALI I ICH POTENCJALNY WPŁYW NA KSZTAŁT OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PRZYKŁADZIE POWIATU WŁOCŁAWSKIEGO I MIASTA WŁOCŁAWEK

Amendments to the act on benefits of the health care financed from public means implementing solutions of the network in creating, so-called of hospitals and their potential impact in the shape of the health care on the example of the Wloclawek district and city of Wloclawek

Streszczenie:

Artykuł zawiera ogólny zarys publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, jaki ukształtował się po 2004 r. Omówiono podstawowych uczestników systemu oraz przedstawiono podstawy prawne funkcjonowania tegoż systemu. Następnie przedstawiono, jakie zmiany czekają świadczeniodawców po wejściu w życie nowych zasad zapewnienia opieki w zakresie leczenia szpitalnego. Odwołano się do zarówno już uchwalonej w dniu 23 marca 2017 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jak również do projektów rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy. Próbowano również przedstawić, w jaki sposób te zmiany mogą wpłynąć na zabezpieczenie mieszkańców Włocławka i powiatu włocławskiego w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Słowa kluczowe: sieć szpitali, reforma, leczenie szpitalne

Summary:

The article contains the overview of the public system of the health care in Poland which formed after 2004. Basic system participants were discussed as well as legal grounds of functioning of this system was presented. Next they presented what changes service providers are facing after the entry into force of new principles of providing the care in the hospital treatment. They appealed to both of act already passed on 23 March 2017 on the amendment to the act on benefits of the health care financed from public means as well as to drafts of implementation regulations to this act. They were trying also to present, in what way these changes can influence for securing residents of Wloclawek and the Wloclawek district in the hospital treatment and the clinic specialist care.

Keywords: network of hospitals, reform, hospital treatment

Ogólny zarys publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce

Zgodnie z przepisem art. 68 Konstytucji RP z 1997 r.[1] roku wszyscy obywatele polscy, niezależnie od ich statusu materialnego, mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. System obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje około 98% populacji, w tym członków rodzin osób płacących składki ubezpieczeniowe oraz pewne grupy społeczne, których składki pokrywane są z budżetu państwa[2]. Istnieje również możliwość dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego. Wszyscy objęci ubezpieczeniem zdrowotnym zwani są świadczeniobiorcami korzystającymi ze świadczeń finansowanych z środków publicznych.

Do drugiej stronie są świadczeniodawcy posiadający umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej NFZ), bądź finansowani na odrębnych zasadach m.in. przez samorządy terytorialne, bezpośrednio Ministra Zdrowia. Podmioty te wykonują działalność leczniczą na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[3].

Podmioty wykonujące działalność leczniczą możemy podzielić na:

---

1 Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 78 poz. 483 ze zm.) – sprostowanie Konstytucji

2 Katalog osób objętych obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnego zawarty jest art. 66 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1793 ze zm.).

3 Ustawa z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1638 ze zm.).

- podmioty lecznicze: przedsiębiorcy, Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, kościoły i związki wyznaniowe, jednostki wojskowe w zakresie działalności leczniczej,
- zawodowe praktyki indywidualne lub zbiorowe: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych[4].

Podmioty te mogą być zarówno publiczne, czyli ich właścicielami mogą być samorządy, Skarb Państwa czy uczelnie publiczne oraz niepubliczne, czyli takie, które są własnością kapitału prywatnego (zarówno polskiego jak i zagranicznego).

> Funkcje zarządcze, finansowania oraz nadzoru i kontroli nad systemem opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych rozdzielone są pomiędzy Ministerstwo Zdrowia, NFZ oraz samorządy terytorialne. NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej i kontraktuje je z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Nadzór nad działalnością NFZ sprawuje Ministerstwo Zdrowia (tj. minister właściwy do spraw zdrowia), natomiast nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje Ministerstwo Finansów (tj. minister właściwy do spraw finansów publicznych). Minister Zdrowia jest ponadto odpowiedzialny za wytyczanie polityki zdrowotnej, finansowanie i wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych i większych inwestycji, badania naukowe oraz kształcenie kadr medycznych. (…) Na każdym szczeblu administracji terytorialne władze samorządowe są odpowiedzialne za identyfikowanie potrzeb zdrowotnych swoich mieszkańców, planowanie podaży świadczeń zdrowotnych, promocję zdrowia, a w stosunku do publicznych jednostek opieki zdrowotnej, dla których są organami założycielskimi, pełnią pewne funkcje związane z zarządzaniem kadrami placówek, finansowaniem inwestycji, oraz funkcje nadzorcze i kontrolne w tym zakresie[5].

Ramy prawne funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia w Polsce oparte są na kilku podstawowych regulacjach prawnych:

- ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[6],
- ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[7]
- przepisach harmonizujących prawo polskie z prawem UE.

Celem ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r., było przekształcenie publicznych świadczeniodawców w spółki prawa handlowego, co miało doprowadzić do poprawy zarządzania ich gospodarką finansową

---

4 Art. 4-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1638 ze zm.).

5 Golinowska S. (red.), *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, Drukarnia Open Eyes, Warszawa 2012, s. 43-44.

6 tj. Dz. U. 2016 poz. 1793 ze zm.

7 tj. Dz. U. 2016 poz. 1638 ze zm.

oraz redukcję zadłużenia. W przepisie art. 8 tej ustawy określono rodzaje działalności leczniczej. Podział ten wygląda następująco:

1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
   a) szpitalne,
   b) inne niż szpitalne;
2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Ustawa to określa również bardzo dokładnie sposób funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą zarówno pod względem technicznym (pomieszczenia, instalacje), zasobów ludzkich (czas pracy pracowników) jak i nadzoru.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r. zajmowała się i zajmuje świadczeniami, czyli, do czego świadczeniobiorca ma lub nie ma prawa w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Pierwotnie zawierała tzw. negatywny koszyk świadczeń (tzn. wskazała świadczenia, które nie były finansowane ze środków publicznych). Wszystkie inne świadczenia, które nie zostały wymienione w koszyku negatywnym, przysługiwały pacjentom. Nowelizacja tej ustawy w 2009 r. całkowicie zmieniła sposób określania uprawnień. Zobowiązała ona Ministra Zdrowia do utworzenia i ogłoszenia pozytywnych koszyków świadczeń, czyli takich, które przysługują pacjentom. W związku, z czym do końca września 2009 r. wydano trzynaście aktów wykonawczych dotyczących gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, które są ciągle zmieniane i nowelizowane. Aktualnie świadczeniobiorcom przysługują świadczenia gwarantowane z następujących zakresów[8]:

1) podstawowej opieki zdrowotnej;
2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
3) leczenia szpitalnego;
4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
5) rehabilitacji leczniczej;
6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
7) leczenia stomatologicznego;
8) lecznictwa uzdrowiskowego;
9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;
10) ratownictwa medycznego;
11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
12) świadczeń wysokospecjalistycznych;
13) programów zdrowotnych;
14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji;

[8] Art. 15 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1793 ze zm.).

16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;
17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, pod warunkiem, że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

NFZ w celu zapewnienia opieki zdrowotnej prowadził zakup świadczeń na rynku usług zdrowotnych. Proces zakupu świadczeń zdrowotnych oparty jest na zasadzie selektywnego kontraktowania poszczególnych świadczeń, ich typów czy rodzajów pomiędzy płatnikiem - NFZ a świadczeniodawcami. Kontrakty są regulowane przez Kodeks cywilny, a zasady ich zawierania są zdefiniowane w ustawie z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[9]. Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń konkretyzują zarządzenia prezesa NFZ i zgodnie z nimi, to wojewódzkie oddziały NFZ odpowiadają za realizację całego procesu kontraktowania: przeprowadzają konkursy ofert, prowadzenia negocjacji, zawierają umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, monitorują proces ich realizacji. Aby zapewnić przejrzystość tego procesu, NFZ publikuje informacje o wszystkich zawartych kontraktach na swojej stronie internetowej.

Każdy wojewódzki oddział NFZ odpowiada za zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ludności na swoim terenie w ramach posiadanych zasobów finansowych. Podziału środków ze składki zdrowotnej dokonuje centrala NFZ w zależności od wpływów z danego województwa korygując je o wskaźniki migracji, zapotrzebowania na świadczenia w danym województwie (tzw. mapy potrzeb zdrowotnych). Do tej pory wszyscy świadczeniodawcy, którzy spełniali określone kryteria (takie jak standardy sanitarne i epidemiologiczne, wyposażenia, kadra), mogły przystąpić do ogłaszanego przez NFZ konkursu ofert.

Reforma systemu opieki zdrowotnej

W dniu 23 marca 2017 r. przyjęto ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[10], która to wprowadziła nowe pojęcie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach systemu zabezpieczenia wyróżniono następujące poziomy:
1) szpitale I stopnia,
2) szpitale II stopnia,
3) szpitale III stopnia,
4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne,

[9] tj. Dz. U. 2016 poz. 1793 ze zm.
[10] Dz. U. 2017 poz. 844.

5) szpitale pediatryczne,
6) szpitale ogólnopolskie.

Szpitale są kwalifikowane do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na podstawie wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Każda jednostka ma obowiązek wpisania do rejestru wszystkich komórek organizacyjnych, w których prowadzi działalność leczniczą. Komórki te posiadają odpowiednie oznaczenia identyfikujące rodzaj świadczeń w nich wykonywanych. I tak np. aby szpital znalazł się w poziomie pierwszego stopnia musi posiadać w swojej strukturze, co najmniej oddziały o profilach:

a) chirurgia ogólna,
b) choroby wewnętrzne,
c) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
d) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
e) pediatria.

Zaś już na poziomie II – wszystkie oddziały z poziomu pierwszego oraz dodatkowo oddziały o profilach:

a) chirurgia dziecięca,
b) chirurgia plastyczna,
c) kardiologia,
d) neurologia,
e) okulistyka,
f) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
g) otorynolaryngologia,
h) reumatologia,
i) urologia.

Jednocześnie szpital, aby w ogóle był brany pod uwagę w tworzeniu wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do jakiegokolwiek poziomu musi spełnić łącznie następujące warunki:

a) udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi, co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe (profile dla dorosłych);
b) udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi, co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – (profile dla dzieci);
c) spełniać kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów na podstawie szczególnych przepisów - jeżeli będzie zachodzić obawa o zapewnienie ciągłości

jakiś świadczeń na danym terenie szpital pomimo nie spełnienia wszystkich wymogów może zostać zakwalifikowany do systemu;

d) do dnia ogłoszenia wykazu, posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:
   - okres trwania umowy, w zakresie profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, musi wynosić, co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,
   - umowa, w odniesieniu do wszystkich profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.

Podmioty, które zakwalifikują się do systemu będą otrzymywały umowy z NFZ w trybie pozakonkursowym, będę je miały zagwarantowane. Jednocześnie otrzymają w tym samym trybie kontrakty na przyszpitalne poradnie opieki specjalistycznej w celu jak to nazywa ustawodawca – zapewnienia ciągłości opieki.

Umowy zawierane do tej pory obejmowały wycenę poszczególnych świadczeń w punktach oraz liczbę punktów, jaką NFZ zakupi u danego świadczeniodawcy w określonym czasie. Świadczeniodawca otrzymywał jedynie zapłatę za wykonane świadczenia.

Po zmianie ustawy szpitale zakwalifikowane do systemu będą otrzymywały ryczałt płatny w miesięcznych ratach, ustalany na rok kalendarzowy. Niestety nadal nie wiadomo dokładnie jak będzie ustalana wysokość ryczałtu.

Ryczałt oznacza, że szpital zakwalifikowany do sieci będzie otrzymywał rodzaj budżetu globalnego, z którego będzie zapłatą NFZ za znaczną część świadczeń szpitalnych (w tych zakresach, w których będzie zakwalifikowany do sieci), ale ponadto również za świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w odpowiednich przychodniach przyszpitalnych, świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, a nawet świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Z kwoty ryczałtu zostaną wydzielone środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Wykaz takich świadczeń, oraz sposób określania kwot na nie przypadających, zostanie określony w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia[11].

Kwalifikacja szpitala do poszczególnego poziomu będzie dokonywana na okres 4 lat. Pierwszy wykaz szpitali włączonych do sieci zostanie ogłoszony przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ i ogłoszony w Biuletynie Informacji Publicznej

[11] Informacja ze strony internetowej Ministerstwa Zdrowia: *Sieć szpitali Oficjalna strona rządowego projektu sieci szpitali* (http://siecszpitali.mz.gov.pl dostęp z dnia 12.05.2017 r.).

NFZ w terminie do 27 czerwca 2017 r., obowiązywać zaś będzie od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. Umowy ze świadczeniodawcami zostaną zawarte najpóźniej do dnia 30 października[12].

Na funkcjonowanie tego systemu przeznaczone będzie ok. 91 proc. środków do tej pory przeznaczanych przez NFZ na zakup świadczeń szpitalnych[13]. Placówki, które nie zostaną zakwalifikowane do sieci, nadal będą mogły zawierać kontrakty w drodze postępowania konkursowego[14], w ramach pozostałych środków pozostających na świadczenia zdrowotne.

W dniu 08.05.2017 r. na stronie Rządowego Centrum Legislacji pojawiły się trzy projekty dotyczące rozporządzeń wykonawczych do ustawy z dnia 23 marca 2017 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*[15]. Są to:

- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[16];
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy[17];
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania[18].

W pierwszym z wymienionych rozporządzeń znajduje się wzór umożliwiający wyliczenie kwoty ryczałtu dla danego świadczeniodawcy. Kwota ryczałtu zależeć będzie od ilości świadczeń udzielnych w roku 2015 przez świadczeniodawcę, ich taryfy wg stanu na dzień wejścia w życie ustawy o sieci szpitali, ceny świadczeń wg stanu na dzień wejścia w życie ustawy o sieci szpitali, a także współczynników

---

[12] Art. 136c Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1793 ze zm.).

[13] Informacja ze strony internetowej Ministerstwa Zdrowia: *Sieć szpitali Oficjalna strona rządowego projektu sieci szpitali* (http://siecszpitali.mz.gov.pl/ dostęp z dnia 12.05.2017 r.).

[14] A. Frankowska *Sieć szpitali według PiS. Nie milkną sprzeciwy i krytyka,* http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artykul/siec-szpitali-komisja-zdrowia-sejm-poprawki,91,0,2285915.html (dostęp z dnia 12.05.2017 r.).

[15] (Dz. U. 2016 poz. 844).

[16] Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298052 (dostęp z dnia 10.05.2017 r.).

[17] Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy, http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298054 (dostęp z dnia 10.05.2017 r.).

[18] Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298053, (dostęp z dnia 10.05.2017 r.).

korygujących. Współczynniki korygujące określone dla danego świadczeniobiorcy zarówno w zakresie leczenia szpitalnego jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zostaną określone dla każdego świadczeniobiorcy indywidualnie. Zaś sposób ustalania współczynników nadal nie jest określony, podano jedynie, że zostanie on określony w drodze kolejnego rozporządzenia ministra o ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Całość ryczałtu zostanie również skorygowana o planowany wzrost wydatków NFZ na świadczenia szpitalne i ambulatoryjne w danym okresie rozliczeniowym. Istnieje także możliwość wprowadzenia dodatkowej korekty ryczałtu ze względu na inne uzasadnione sytuacje związane ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy w okresie od 2015 r. do chwili obliczania ryczałtu.

Drugi z wymienionych projektów rozporządzeń dookreśla sposób kwalifikowania szpitali do sieci. I tak np. w przypadku I poziomu stopnia to szpital udzielający świadczeń, z co najmniej dwóch zakresów wymienionych w ustawie dla tego poziomu lub posiada profil chorób wewnętrznych i jest jedynym świadczeniodawcą posiadającym umowę z NFZ w tym zakresie na obszarze powiatu lub posiada, co najmniej 50% udział w zakresie tych świadczeń w ramach NFZ w powiecie. W projekcie zostały również określone poradnie, jakie będą finansowane w ramach ryczałtu w przypadku, jeżeli szpital będzie otrzymywał ryczałt na świadczenia szpitalne z danego profilu.

Trzeci projekt wymienia świadczenia, dla których w ramach ryczałtu zostaną wydzielone konkretne kwoty. Są to świadczenia, które wymagają zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego do nich dostępu. Projekt wymienia wśród nich m.in. tomografię komputerową, medycynę nuklearną, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe przewodu pokarmowego, leczenie i diagnostykę onkologiczną, ednoportezoplastykę stawu kolanowego i biodrowego, świadczenia w zakresie porodu i opieki nad noworodkiem, ostrego zawału serca, przeszczepów, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, usunięcia zaćmy oraz innych wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wejdzie w życie z dniem 1 października 2017 r. Choć pozostało już bardzo mało czasu jest nadal dużo nierozstrzygniętych kwestii, chciałby, co do podziału środków. Wykaz szpitali wchodzących do sieci też nie jest jeszcze znany, a wszystkim świadczeniodawcom umowy w zakresie leczenia szpitalnego wygasają po 30 września. Dla szpitali, które nie wejdą do sieci NFZ musi przeprowadzić konkursy ofert, ale przecież jeszcze nie wiadomo, kto do nich przystąpi ani jakie zakresy świadczeń będą kontraktowane. Po wtóre jak zostanie wydzielone owe 91% na sieć, czy podział będzie dotyczył ogólnie województwa czy poszczególnych powiatów? Na chwilę obecną jest więcej pytań i niepewności niż odpowiedzi.

Możliwe zmiany w systemie opieki zdrowotnej we Włocławku i powiecie włocławskim

Warto jednak spojrzeć jak wygląda sytuacja w zakresie świadczeń szpitalnych w powiecie włocławskim i w mieście Włocławek.

W planie finansowym na 2017 r. Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie szpitalne przeznaczył kwotę 1 882 372 000 złotych[19]. W tym zakresie zostały zawarte umowy 152, umowy z 64 świadczeniodawcami w województwie.[20] W mieście i powiecie włocławskim umowy w zakresie leczenia szpitalnego posiadają 4 placówki:

- Diaverum Polska sp. z o.o. (w zakresie szpitalnych programów terapeutycznych),
- Centrum Diagnostyczno-Lecznicze „Barska" (w zakresie szpitalnych programów terapeutycznych oraz leczenia szpitalnego),
- Diagmed Plus sp. z o.o. (w zakresie leczenia szpitalnego),
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku (w zakresie szpitalnych programów terapeutycznych, leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapia).

Jedyną placówką, która zostanie zakwalifikowana do sieci szpitali będzie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny. Pozostaje jednak pytanie, do którego stopnia zostanie zakwalifikowany. Jeżeli wziąć pod uwagę projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[21], to zostanie zaliczony do szpitali II stopnia. Oznacza to, że w ramach ryczałtu otrzyma umowę z NFZ na następujące profile świadczeń: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria, chirurgia dziecięca, kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, reumatolog, urologia. Otrzyma również kwoty wydzielone z ryczałtu na szpitalny oddział ratunkowy oraz w ramach świadczeń ratujących życie umowę na anestezjologię i intensywną terapię Pozostaje niewiadomą jak NFZ postąpi w przypadku nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Do chwili obecnej świadczeń tych udziela Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w budynku przy ul. Kilińskiego. Jednak zgodnie z założeniami reformy a w celu odciążenia szpitalnych oddziałów

[19] Plan finansowy NFZ na 2017 r. stanowiący załącznik do zarządzenia nr 10/2017/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia z dnia 16 lutego 2017 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 rok, http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-102017def,6559.html (dostęp z dnia 02.05.2017 r.).

[20] Informator o zawartych umowach, https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=02 (dostęp z dnia 02.05.2017 r.).

[21] Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298052 (dostęp z dnia 10.05.2017 r.).

ratunkowych nocna i świąteczna opieka zdrowotna powinna być zlokalizowana w tym samym miejscu świadczenia usług, co szpitalne oddziały ratunkowe. Może to oznaczać, że po pomoc w nagłych przypadkach włocławianie będą musieli udawać się aż na ulicę Wieniecką i to już po 1 października 2017 r.

Kolejną nierozstrzygniętą kwestią jest zapewnienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Do tej pory świadczenia lekarzy specjalistów były kontraktowane oddzielnie w ramach umów typu AOS. W budżecie NFZ zajmowały odrębną pozycję. W celu zapewnienia kompleksowości świadczeń, opieki po leczeniu szpitalnym podczas oceny ofert złożonych w konkursie placówki otrzymywały dodatkowe punkty, jeżeli w ich strukturach znajdował się oddział o odpowiednim profilu. Po zmianach, w przypadku szpitali należących do sieci ambulatoryjna opieka specjalistyczna będzie finansowana w ramach ryczałtu. Czy spowoduje to zmniejszenie dostępności do świadczeń szpitalnych lub ambulatoryjnych? To niestety pokaże dopiero przyszłość. Z komunikatu NFZ wynika, że świadczeniodawcy, którzy nie wejdą do sieci szpitali będę mieli przedłużone umowy w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do 30 czerwca 2018 r., zaś pozostałym umowy wygasną po 30 września 2017 r., gdyż te świadczenia wejdą w zakres ryczałtu[22].

Tabela 1. Wielkość kontraktów z NFZ we Włocławku i powiecie włocławskim w I półroczu 2017 roku.

Nazwa placówki	Typ umowy	Wartość umowy na I półrocze 2017 w PLN	Udział %
Diaverum	**SZP-T**	**96 664**	0,18%
Centrum Diagnostyczno-Lecznicze"Barska"	SZP-T	1 716 692	
	SZP	113 060	
	Razem	**1 829 752**	3,41%
Diagmed Plus	**SZP**	**293 780**	0,55%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	SZP	50 616 781	
	SZP-CH	109 466	
	SZP-T	689 400	
	Razem	**51 415 647**	95,86%
Wartość kontraktów		**53 635 843**	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora o zawartych umowach, https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=02 (dostęp z dnia 02.05.2017 r.)

Po zapoznaniu się ze strukturą kontraktów na tym obszarze można zauważyć, że w chwili obecnej udział Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego jest prawie 5% większy od zakładanego w reformie 91% udziału szpitali z sieci w zakresie leczenia szpitalnego.

[22] Komunikat NFZ z dnia 08.05.2017 r. nr 290847 dot. przedłużenia umów.

Wynika z tego, że pozostałe placówki posiadające na dzień dzisiejszy umowę z NFZ w zakresie szpitalnictwa powinny również po zmianach otrzymać kontrakty na podobnym poziomie. Pacjentom tych placówek zapewniłoby to kontynuację zaplanowanego leczenia w tym zakresie. Pozostaje jednak pytanie jak po uwzględnieniu wartości kontraktu poradni przyszpitalnych ten udział będzie wyglądał oraz jak zostaną zaplanowane środki na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną po 30 września 2017 r. Czy z uwagi na włączenia tych świadczeń do ryczałtu nie zostaną dokonane przesunięcia w planie finansowym z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na leczenia szpitalne? Jeśli się tak właśnie stanie to jak będzie wyglądało zapewnienie opieki specjalistycznej, czy wszystkie placówki, które do tej pory świadczyły tego typu usługi nadal otrzymają kontrakty i na jakim będą poziomie? Jak po tych wszystkich zmianach będzie wyglądało zapewnienie leczenia w na terenie miasta i powiatu?

Niestety jak to bywa przy większości reform wprowadzanych w Polsce jest więcej pytań niż odpowiedzi?

Bibliografia:

Literatura:

Golinowski S. (red.) *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia* pod red., wyd. Drukarnia Open Eyes, Warszawa 2012.

Akty prawne:

Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 78 poz. 483 ze zm.)

Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1638 ze zm.).

Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017 poz. 844).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1793 ze zm.).

Zarządzenia nr 10/2017/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lutego 2017 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 rok, http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-102017def,6559.html (dostęp z dnia 02.05.2017 r.).

Inne źródła:

Frankowska A., *Sieć szpitali według PiS. Nie milkną sprzeciwy i krytyka*, http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artykul/siec-szpitali-komisja-zdrowia-sejm-poprawki,91,0,2285915.html (dostęp z dnia 12.05.2017 r.).

Informatora o zawartych umowach, https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=02 (dostęp z dnia 02.05.2017 r.).

Komunikat NFZ z dnia 08.05.2017 r. nr 290847 dot. przedłużenia umów.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego

sposobu finansowania, http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298053, (dostęp z dnia 10.05.2017 r.).

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298052 (dostęp z dnia 10.05.2017 r.).

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy, http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12298054 (dostęp z dnia 10.05.2017 r.).

Sieć szpitali. Oficjalna strona rządowego projektu sieci szpitali http://siecszpitali.mz.gov.pl/ (dostęp z dnia 12.05.2017 r.).