

SYLWIA JAROSZ-ŻUKOWSKA

ORCID: 0000-0003-3270-710X

Uniwersytet Wrocławski

Katedra Prawa Konstytucyjnego

KONSTYTUCYJNE PRAWO DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH PO WPROWADZENIU „SIECI” SZPITALI. UWAGI O RACJONALNOŚCI USTAWODAWCY

Abstrakt: Niniejsze opracowanie podejmuje w pierwszej kolejności próbę odpowiedzi na pytanie, na ile założenia i cele wprowadzonej w 2017 roku reformy funkcjonowania i finansowania lecznictwa szpitalnego w Polsce sprzyjają realizacji konstytucyjnego prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ponaddwuletnie działania tak zwanej sieci szpitali skłaniają do oceny, na ile adekwatne okazały się instrumenty zastosowane przez ustawodawcę w kontekście zdiagnozowanych problemów w ochronie zdrowia i założonych celów ustawodawcy z punktu widzenia jego racjonalności. Dotychczasowe doświadczenia podmiotów leczniczych, a także ogłoszony w połowie 2019 roku raport Najwyższej Izby Kontroli o funkcjonowaniu nowego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej uzasadniają negatywne oceny jego efektów i postulaty dokonania koniecznych zmian.

Słowa kluczowe: art. 68 ust. 2 Konstytucji, dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, sieć szpitali, ryczałtowy system finansowania szpitali

1. DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIELE ART. 68 UST. 2 KONSTYTUCJI WOBEC ZAŁOŻEŃ SYSTEMU PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.s.o.z.)¹ z dnia 23 marca 2017 roku² wprowadzono

¹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020, 2473).

² Dz.U. z 2017 r. poz. 844.

nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [...], który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego³.

Jak podkreślono w uzasadnieniu projektu ustawy, decyzja ta była związana z negatywną oceną wcześniej obowiązującej zasady nieograniczonych postępowań konkursowych w postaci bardzo szerokiej możliwości ubiegania się wszystkich świadczeniodawców (spełniających określone prawem warunki) o zawarcie z Narodowym Funduszem Zdrowia umów o realizację świadczeń zdrowotnych⁴. Zdaniem projektodawcy mechanizm ten doprowadził w szczególności do „zachwiania” zasady „udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób kompleksowy i ciągły” poprzez „fragmentację procesu udzielania świadczeń”, niepewności szpitali co do warunków finansowania w efekcie okresowych zmian wynikających z postępowań konkursowych czy wreszcie, podporządkowywania struktury organizacyjnej szpitali (tworzenie dodatkowych oddziałów i pododdziałów szpitalnych) wymogom konkursowym, a nie potrzebom zdrowotnym pacjentów⁵. Ponadto, co również wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy:

Połączenie finansowania za „usługę” z rozliczeniem na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów⁶ powodowało [...] presję na rozliczanie świadczeń względnie lepiej taryfikowanych oraz ograniczanie kosztów własnych przez kierowanie bardziej skomplikowanych przypadków do innych podmiotów⁷.

W konsekwencji tej diagnozy wprowadzony nowelą z 23 marca 2017 roku system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tak zwanej sieci szpitali, dalej też: PSZ) miał w pierwszej kolejności zrealizować cele istotne z punktu widzenia „zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej” oraz zapewnienia konstytucyjnie gwarantowanego prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁸. Mianowicie poprawić dostęp pacjentów do świadczeń specjalistycznych przez kompleksowe i skoordynowane uzyskanie świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, podporządkowane cyklowi leczenia pacjenta, a nie potrzebom rozliczeniowym z NFZ. Następnie miał zagwarantować odpowiedni poziom finansowania świadczeń realizowanych

³ Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 1322), s. 4, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=1322> (dostęp: 20.12.2019).

⁴ *Ibidem*, s. 1.

⁵ *Ibidem*, s. 2–3.

⁶ Jednorodne grupy pacjentów: „system, w którym nośnikiem kosztów jest hospitalizacja konkretnego pacjenta, z konkretnym schorzeniem, w konkretnej sytuacji” — E. Hellich, A. Wierzowiecka, *Nowy model finansowania szpitali w Polsce — szanse i zagrożenia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Studia Ekonomiczne” 333, 2017, s. 81.

⁷ Uzasadnienie projektu ustawy..., s. 3.

⁸ *Ibidem*, s. 6.

w szpitalach, a także jego ciągłość i stabilność⁹. Poza tym zmiany w modelu finansowania leczenia szpitalnego miały — w założeniach projektodawców — doprowadzić do zoptymalizowania liczby oddziałów specjalistycznych, poprawy elastyczności zarządzania szpitalami, uporządkowania ich struktury oraz optymalizacji struktury kosztów leczenia.

Przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji statuuje zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a nadto dostępu niezależnie od ich sytuacji materialnej. Przepis ten nie rozwija jednak pojęcia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W literaturze jest on definiowany jako „możliwość korzystania z opieki zdrowotnej gwarantowanej w systemie, na co składa się dostęp do samego systemu oraz dostęp do opieki zdrowotnej dla uczestników systemu”¹⁰. Z wyraźnego brzmienia art. 68 ust. 2 Konstytucji wynika przy tym, że dostęp dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej, nie zaś świadczeń zdrowotnych. Nie są to bowiem pojęcia tożsame. Należy się zgodzić, że

pojęcie opieki ma charakter integrujący, szerszy oraz stanowi sumę niezbędnych świadczeń zdrowotnych, uzupełnionych świadczeniami zdrowotnymi rzeczowymi i towarzyszącymi. Beneficjentom systemu gwarantuje się opiekę zdrowotną, a nie pojedyncze świadczenia zdrowotne¹¹.

W konsekwencji w świetle tego poglądu:

Przedmiotem dostępu (i finansowania) jest opieka zdrowotna, której zakres będzie indywidualizowany w każdym konkretnym przypadku, a konieczne świadczenia zdrowotne, rzeczowe i towarzyszące zależeć będą od specjalistycznej oceny personelu medycznego¹².

Z przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji wynika ponadto, że także finansowanie ze środków publicznych dotyczy opieki zdrowotnej, a nie — jak przewiduje to u.s.o.z. (już w jej tytule) — świadczeń zdrowotnych¹³. Takie ustawowe ujęcie przedmiotu finansowania mogłoby w konsekwencji prowadzić do jego ograniczenia.

W świetle tak rozumianego „dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej” cel wyrażony w uzasadnieniu noweli z 2017 roku w postaci zapewnienia pacjentom kompleksowego i skoordynowanego dostępu do świadczeń ambulatoryjnych,

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 367.

¹¹ *Ibidem*, s. 178. Tak również M. Śliwka, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009, s. 46; K. Baka, *Komentarz do art. 5, [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 124–125; czy M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej, Komentarz*, Warszawa 2012, s. 41. Inaczej natomiast W. Śniecikowski, *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publicznego prawa podmiotowego*, „Państwo i Prawo” 2003, nr 11, s. 61.

¹² D.E. Lach, *op. cit.*, s. 146, 367.

¹³ Por. uwagi J. Jończyka, *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2004, nr 11, s. 6; oraz D.E. Lacha, *op. cit.*, s. 146.

szpitalnych i rehabilitacyjnych (podporządkowanych cyklowi leczenia pacjenta) ma bez wątplenia uzasadnienie konstytucyjne. Niemniej kwestią zasadniczą jest powiązanie tak sformułowanego celu z właściwymi narzędziami (instrumentami) jego realizacji. Ich skuteczność w praktyce i adekwatność do zakładanych przez ustawodawcę celów jest bowiem warunkiem realizacji równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 roku (sygn. K 14/03) zarówno dostępność świadczeń, „stanowiąca realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia”, jak i równość w dostępie ma być bowiem rzeczywista, a nie jedynie formalna, deklarowana¹⁴.

Wystarczy jedynie przypomnieć, że począwszy od pierwszych prób reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, z początkiem okresu transformacji ustrojowej punktem wyjścia wszelkich debat było przekonanie o potrzebie realizacji konstytucyjnych gwarancji równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵. Kolejne etapy reformowania systemu ochrony zdrowia były przygotowywane z założeniem osiągnięcia określonych efektów, przy czym — jak się słusznie podkreśla — powszechne dyskusje nad długimi kolejkami oczekiwania na usługi medyczne usuwały z pola widzenia inne aspekty reformowania opieki zdrowotnej¹⁶, wymuszając następne zmiany jej funkcjonowania. Negatywna ocena systemu ubezpieczeniowego opartego na 17 kasach chorych, wprowadzonego ustawą z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁷, doprowadziła bardzo szybko, bo już w 2003 roku, do uchwalenia nowej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁸, w której utrzymano jednak zasadnicze cechy systemu ubezpieczeniowego, w szczególności rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy¹⁹. Wobec stwierdzenia niekonstytucyjności tej ustawy w całości z uwagi na dysfunkcjonalność całego systemu w wyroku TK w sprawie K 14/03 zaledwie po roku uchwalono nową ustawę, to jest obowiązującą ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wielokrotnie już nowelizowaną, w tym na drodze omawianej tutaj noweli z 2017 roku.

Zasadniczą przyczyną zmienności ustawodawstwa realizującego gwarancje art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji jest bez wątpienia brak wystarczającego namysłu towarzyszącego procesowi opracowywania kolejnych projektów ustaw. Wydaje się, że podobnie stało się przy okazji przygotowywania założeń reformy wprowadzo-

¹⁴ Por. S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 679 n.

¹⁵ E. Hellich, A. Wierzowiecka, *op. cit.*, s. 82.

¹⁶ *Ibidem*, s. 78.

¹⁷ Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153.

¹⁸ Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391.

¹⁹ E. Hellich, A. Wierzowiecka, *op. cit.*, s. 80.

nej omawianą nowelą z 2017 roku. Co więcej, nie była to reforma kompleksowa²⁰, ponieważ wprowadzenie tak zwanej sieci szpitali oraz nowego systemu ich finansowania stanowiło jeden z elementów opracowanej w 2016 roku strategii zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce²¹. Kolejnym krokiem reformy miała być likwidacja na przełomie 2017/2018 roku Narodowego Funduszu Zdrowia²² oraz jego oddziałów wojewódzkich i przekształcenie ich w wojewódzkie urzędy zdrowia (podległe ministrowi zdrowia oraz wojewodom), a następnie wprowadzenie od 2018 roku budżetowego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce (narodowej służby zdrowia). Konsekwencją tego ostatniego miałyby być rezygnacja z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz powszechnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli zamieszkujących na stałe w RP oraz osób mających prawo pobytu w Polsce²³, a w efekcie dalej idąca realizacja gwarancji art. 68 ust. 2 Konstytucji²⁴. Można mieć nadzieję, że przyczyną odejścia od planu likwidacji NFZ była negatywna ocena tego rozwiązania przez ekspertów. Wskazano chociażby na nieracjonalność i kosztochłonność tworzenia nowych struktur organizacyjnych, gdy istniejące mogą zostać poddane koniecznym zmianom systemowym i funkcjonalnym²⁵, a także nierealność powrotu do rozwiązań sprzed 1999 roku oraz niezapewnienie transparentności redystrybucji środków w sytuacji, gdyby zadanie to zostało powierzone wojewodom²⁶.

Aktualne pozostało natomiast inne ważne założenie ogłoszonej w 2016 roku strategii zmian w systemie ochrony zdrowia²⁷, to jest sukcesywny wzrost nakładów publicznych na zdrowie — do 6% PKB w 2025 roku, przy obecnym na poziomie 4,5% PKB²⁸, łącznie zaś ze środkami prywatnymi około 7%. Nie budzi bowiem wątpliwości, że wraz z rozwojem nowych technologii, nowoczesnych

²⁰ Por. *ibidem*, s. 86.

²¹ *Narodowa Służba Zdrowia — strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, lipiec 2016.

²² Por. zarządzenie Ministra Zdrowia (2017) z dnia 24 marca 2017 roku w sprawie powołania Zespołu do opracowania zmian organizacyjnych w związku z planowaną likwidacją Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.Urz. MZ z 2017 r. poz. 44).

²³ D. Kaczmarczyk, *Od 2018 roku Narodowa Służba Zdrowia*, <http://www.wotuwstanomino.pl/wp-content/uploads/2016/11/REFORMA-S%C5%81U%C5%BBY-ZDROWIA-2017.pdf> (dostęp: 10.01.2020).

²⁴ Por. E. Hellich, A. Wierzowiecka, *op. cit.*, s. 84–86.

²⁵ D. Kaczmarczyk, *op. cit.*

²⁶ Por. np. *Reforma systemu ochrony zdrowia — z deszczu pod rynnę* [rozmowa z Markiem Balickim], <https://krytykapolityczna.pl/kraj/reforma-systemu-ochrony-zdrowia-z-deszczu-pod-rynne-rozmowa-z-markiem-balickim/> (dostęp: 10.01.2020); *Balicki o sieci szpitali PIS: I tym możesz zostać kosztem niechcianym*, <https://krytykapolityczna.pl/kraj/balicki-o-sieci-szpitali-pis/> (dostęp: 15.01.2020).

²⁷ Por. *Narodowa Służba Zdrowia — strategia...*

²⁸ O potrzebie wzrostu nakładów na służbę zdrowia zob. P. Lenio, *Reforms of the health care financing system in Poland introduced between 2016 and 2018*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu” 2 (7), 2019, s. 112–113.

metod leczenia, wzrastających potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i jego aspiracji, a także presji na wzrost wynagrodzeń kadry medycznej (w sytuacji jej niedoboru) koszty w ochronie zdrowia będą tylko rosły²⁹.

Jakkolwiek zakres zmian wprowadzonych z dniem 1 października 2017 roku jest ograniczony, to należy zgodzić się z poglądem, że „waga tych zmian jest zasadnicza przede wszystkim dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz pacjentów”³⁰. Szpitale „absorbują” największą część środków publicznych³¹, dlatego ich racjonalne wydatkowanie wymaga szczególnych i dobrze przygotowanych rozwiązań³². Już tylko ta okoliczność pozwala na negatywną ocenę tempa prac nad projektem noweli z 2017 roku oraz sposobu przygotowania reformy³³. Tym bardziej że — jak słusznie wskazywano w opiniach do projektu ustawy — bardzo szybkie tempo wprowadzenia zmian (sześć miesięcy) nie zostało poparte

szczegółową analizą ich skutków, zarówno dla systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu objętego zakładanymi zmianami, jak i również dla samych świadczeniobiorców³⁴.

Projekt został skierowany do konsultacji społecznych przez Ministerstwo Zdrowia we wrześniu 2016 roku, natomiast czas od ostatecznego przyjęcia projektu ustawy przez Radę Ministrów (21 lutego 2017 roku) i złożenia go w Sejmie (22 lutego 2017 roku) do uchwalenia ustawy (przez Sejm — 23 marca 2017 roku i Senat — 30 marca 2017 roku, bez żadnych poprawek)³⁵ — uwzględnia-

²⁹ Por. *Balicki o sieci szpitali...*

³⁰ G. Ciura, Opinia merytoryczna do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk sejmowy nr 1322) z 7 marca 2017 roku, s. 1, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=1322> (dostęp: 20.12.2019). Por. podobną ocenę A. Karczmarek, Opinia prawna dotycząca rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 1322) z 7 marca 2017 roku, s. 2, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=1322> (dostęp: 20.12.2019).

³¹ Jak wskazywano bowiem w opiniach do projektu ustawy, zmiany wprowadzone nowelą z 2017 roku „dotyczyć będą ponad 50% wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2015 r. (będzie to rok bazowy dla ustalania ryczałtowych budżetów szpitali w 2018 r.) koszt realizacji świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego wyniósł 33,2 mld zł, a liczba świadczeniodawców posiadających umowy na te świadczenia wyniosła 1069. [...] Jak wskazywano w Ocenie Skutków Regulacji, na finansowanie świadczeń w systemie zabezpieczenia PSZ planuje się wydatkować około 91% środków NFZ przeznaczonych na leczenie szpitalne oraz prawie 40% środków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną i 27% na rehabilitację leczniczą” — G. Ciura, *op. cit.*, s. 8.

³² E. Hellich, A. Wierzowiecka, *op. cit.*, s. 83.

³³ Por. też *Ustawa o sieci szpitali była pisana na kolanie*, „Kultura Liberalna” 528, 2019, nr 7, <https://kulturaliberalna.pl/2019/02/19/arlukowicz-opieka-zdrowotna-siec-szpitali-nfz/> (dostęp: 10.01.2020).

³⁴ G. Ciura, *op. cit.*, s. 1.

³⁵ Por. G. Byszewski, *Wprowadzenie sieci szpitali z punktu widzenia polityki publicznej*, „Studia z Polityki Publicznej” 2018, nr 2, s. 30, <http://kolegia.sgh.waw.pl/pl/KES/czasopisma/>

jąc jej wagę i kontrowersyjność — był bardzo krótki, przy jedynie siedmiodniowym okresie *vacatio legis*³⁶. Jednocześnie w niewielkim stopniu uwzględniono uwagi zgłaszane w trakcie trwania konsultacji społecznych³⁷, w tym postulujące wydłużenie okresu pozwalającego na przygotowanie się przez szpitale do zmian oraz krytycznie oceniające retroaktywny skutek przepisów noweli, określających kryteria kwalifikacji placówek do PSZ. Jak wskazywano w opiniach do projektu ustawy, warunki kwalifikacji do sieci szpitali zostały tak sformułowane, że już na etapie projektu można było wskazać podmioty, które tych wymogów nie spełniały³⁸, przede wszystkim podmioty prywatne. Zasadnie zatem kwestionowano to rozwiązanie także z punktu widzenia dochowania zasad prawidłowej legislacji, to jest zasady zaufania obywateli do państwa oraz niedziałania prawa wstecz³⁹.

2. SIEĆ SZPITALI I RYCZAŁTOWY SYSTEM ICH FINANSOWANIA WOBEC ZAŁOŻENIA RACJONALNOŚCI USTAWODAWCY

Racjonalny ustawodawca w ramach pełnej i spójnej wiedzy w dziedzinie, która ma zostać poddana regulacji prawnej, diagnozuje w pierwszej kolejności dostrzegany problem, określa cele i kierunki proponowanych rozwiązań oraz środki (instrumenty) niezbędne do ich realizacji (osiągnięcia pożądanego stanu rzeczy), przewidywane skutki prawne, ekonomiczne i społeczne proponowanych zmian, a także pożądane postawy adresatów norm prawnych⁴⁰. Można w związku z tym zadać pytanie, czy wskazane cechy (a przynajmniej niektóre z nich) można przypisać ustawodawcy po raz kolejny reformującemu w 2017 roku zasadnicze elementy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

kwartalnik_szpp/Documents/nr%20(18)2018/ (dostęp: 10.01.2020); przebieg prac nad projektem ustawy — <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1322> (dostęp: 20.12.2019).

³⁶ W świetle uzasadnienia projektu ustawy skrócenie terminu *vacatio legis* miało być podyktowane koniecznością zapewnienia dotrzymania przewidzianego w niej terminu ogłoszenia pierwszego wykazu świadczeniodawców. Zgodzić się należy, że nie jest to argument przekonujący, ponieważ termin ten mógł zostać przesunięty — A. Karczmarek, *op. cit.*, s. 10.

³⁷ Na 325 uwag zgłoszonych przez 83 organizacje w ciągu 30 dni konsultacji społecznych jedynie 24 uwagi (około 7%) zostały uwzględnione; zob. G. Byszewski, *op. cit.*, s. 30.

³⁸ G. Ciura, *op. cit.*, s. 1.

³⁹ Por. A. Karczmarek, *op. cit.*, s. 8. Podobne krytyczne uwagi pod adresem omawianych rozwiązań wyrażał Sąd Najwyższy, uznający za nieuzasadnione wykluczenie z systemu tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, ale okres jej obowiązywania był krótszy niż dwa lata (por. art. 95m ust. 3 u.ś.o.z.) — Uwagi Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2017 roku do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, s. 3, https://www.senat.gov.pl/senat/senatposiedzeniemataty/druki_sejmowe (dostęp: 20.12.2019).

⁴⁰ K. Załucki, *Ostateczny krach racjonalnego prawodawcy w Polsce: analiza prawno-politologiczna*, [w:] *Antynomie polityczności: artykuły, eseje i szkice dedykowane Profesor Barbarze Goli*, red. K. Minkner, L. Rubisz, Opole 2013, s. 117; por. G. Byszewski, *op. cit.*, s. 33.

Jak wskazano wcześniej, jednym z problemów, którego rozwiązaniu — zdaniem projektodawcy — służyć miała tak zwana sieć szpitali, była nieograniczona konkurencja przy ubieganiu się o kontrakt na świadczenie usług medycznych z NFZ. Zgodzić się należy z poglądem, że: „Analiza Ministerstwa Zdrowia nie jest poparta żadnymi dowodami, obliczeniami czy też próbą pełnego i przekrojowego spojrzenia na istniejące problemy systemu ochrony zdrowia”⁴¹. Określając arbitralnie jedyne możliwe rozwiązanie zdiagnozowanego problemu, w uzasadnieniu projektu skoncentrowano się na wskazaniu — wymienionych już — celów, jakie projektodawca zamierzał osiągnąć za pomocą nowych rozwiązań⁴². Zgodzić się należy w pełni z G. Byszewskim, że „do żadnego z założonych zadań nie zostało przyporządkowane działanie, które ma umożliwić jego realizację. Odpowiedzią na wszystkie te zagadnienia jest wprowadzenie tzw. sieci szpitali [...]”⁴³.

Po ponad dwóch latach funkcjonowania sieci szpitali (na półmetku obowiązywania pierwszego wykazu świadczeniodawców⁴⁴) wyraźnie można dostrzec wadliwości konstrukcji tego założenia. Słuszne zastrzeżenia były zresztą zgłaszane na etapie opiniowania i konsultowania noweli z 2017 roku. Potwierdza je także raport Najwyższej Izby Kontroli o funkcjonowaniu PSZ⁴⁵, wskazujący, że przy wprowadzaniu systemu zmian w finansowaniu szpitali

nie uwzględniono sytuacji demograficznej oraz epidemiologicznej na obszarach ich funkcjonowania. Jako kryterium tworzenia systemu nie wzięto pod uwagę również znaczenia placówki w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności, stopnia dostosowania jej infrastruktury do obowiązujących przepisów czy jakości udzielanych świadczeń⁴⁶. Nie uwzględniono także potencjału szpitali, w tym ich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych⁴⁷.

Jak już wspomniano, na etapie prac nad nowelą do ustawy z 2017 roku kryteria kwalifikacji szpitali do sieci budziły kontrowersje. Wskazywano, że nie spełni ich wiele dobrze funkcjonujących szpitali publicznych, a prawo pacjenta do wyboru szpitala stanie się fikcją⁴⁸, poczynione zaś inwestycje ze środków publicznych

⁴¹ G. Byszewski, *op. cit.*, s. 33.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ Pierwszy wykaz świadczeniodawców miał być ogłoszony do 27 czerwca 2017 roku i obowiązywać od 1 października 2017 do 30 czerwca 2021 roku.

⁴⁵ Informacja o wynikach kontroli. Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z 19 czerwca 2019 roku, <https://www.nik.gov.pl/kontrola> (dostęp: 20.12.2019).

⁴⁶ Jak wskazywano w uwagach SN do projektu ustawy, nie uwzględniono innych kryteriów kwalifikacji, w tym „brak np. odniesienia do jakości zarządzania, akredytacja podmiotów weryfikowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowie z siedzibą w Krakowie stałaby się zatem bez znaczenia” — Uwagi Sądu Najwyższego..., s. 2.

⁴⁷ Informacja o wynikach kontroli..., s. 9; por. *Sieć szpitali nie rozwiązała problemów sektora zdrowia*, <https://pulsmedycyny.pl/siec-szpitali-nie-rozwiazala-problemow-sektora-zdrowia-972425> (dostęp: 10.01.2020).

⁴⁸ Por. Uwagi Sądu Najwyższego..., s. 5.

(również prywatnych) zostaną zmarnowane. Podnoszono także argumenty o ograniczeniu dostępności do świadczeń blisko miejsca zamieszkania, a w konsekwencji kolejkach w dużych ośrodkach specjalistycznych⁴⁹.

Ostatecznie w PSZ⁵⁰, po części zapewne z przyczyn politycznych, znalazły się niemal wszystkie oddziały szpitali publicznych bez względu na ich jakość i potrzeby zdrowotne na danym terenie⁵¹, co — jak się podkreśla — „może oznaczać, iż władza tym samym rezygnuje z rzeczywistej reformy i akceptuje utrzymywanie zbyt dużej liczby łóżek szpitalnych” przy jednoczesnym niskim ich wykorzystaniu⁵². Ocenę tę potwierdza również przywołany już raport NIK, w którym negatywnie oceniono fakt, iż przy kwalifikacji poszczególnych profili leczenia szpitalnego do PSZ nie uwzględniono liczby i wartości realizowanych świadczeń⁵³, a także stopnia wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych. W konsekwencji do sieci zakwalifikowano oddziały szpitalne „zaspakajające potrzeby zdrowotne populacji jedynie w niewielkim stopniu, co potwierdza niski stopień wykorzystania łóżek szpitalnych w kontrolowanych szpitalach”⁵⁴.

Przyczyną tego stanu rzeczy jest przede wszystkim zaniechanie przygotowania tak zwanej mapy potrzeb⁵⁵ jako etapu poprzedzającego rzetelną reformę lecznictwa szpitalnego. Jak wskazywano w trakcie konsultacji społecznych projektu ustawy:

Powstanie sieci szpitali powinno być determinowane zapotrzebowaniem zdrowotnym i gęstością zaludnienia poszczególnych miejsc na mapie administracyjnej Polski. Proponowana „sieć” to wyłącznie próba wyeliminowania z publicznego finansowania niektórych szpitali⁵⁶.

Opracowanie tego rodzaju mapy potrzeb⁵⁷ wymagałoby czasu, zarówno po stronie szpitali, jak i pacjentów. Ci ostatni w szczególności nie powinni być zaskakiwani likwidacją danej placówki⁵⁸.

⁴⁹ Stanowisko Przedstawicieli Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego, Związku Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz Organizacji Pacjentów w sprawie organizacji sieci szpitali oraz planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia z 10 lutego 2017 roku, s. 3, <http://izba-lekarska.pl/stanowisko-w-sprawie-projektu-organizacji-sieci-szpitali-oraz-planowanych-zmian-w-systemie-ochrony-zdrowia/> (dostęp: 20.12.2019).

⁵⁰ Do tak zwanej sieci włączono w sumie 594 jednostki szpitalne (145 tysięcy łóżek), w tym 516 szpitali publicznych — *Czy sieć szpitali działa? Pierwsze oceny*, „Prawo, Finanse, Zarządzanie” 2018, nr 4, <https://dlaszpitali.pl/strefa-wiedzy/czy-siec-szpitali-dziala-pierwsze-oceny/> (dostęp: 15.01.2020).

⁵¹ E. Cichocka, *Sieć szpitali ministra Radziwiłła. Gdzie tu korzyść dla pacjentów?*, <https://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/7,137474,21959122,siec-szpitali-ministra-radziwilla-gdzie-tu-korzysc-dla.html> (dostęp: 15.01.2020).

⁵² G. Byszewski, *op. cit.*, s. 31, 34. Por. podobnie *Balicki o sieci szpitali...*

⁵³ Te wartości były uwzględniane dopiero przy ustaleniu wysokości ryczałtu.

⁵⁴ Informacja o wynikach kontroli..., s. 9, 12.

⁵⁵ Por. *Balicki o sieci szpitali...*

⁵⁶ Stanowisko Przedstawicieli Okręgowej Izby Lekarskiej..., s. 3.

⁵⁷ Planowane zresztą i zarzucone przez kolejne ekipy rządzące; por. *Balicki o sieci szpitali...*

⁵⁸ *Ibidem*.

Już choćby wskazane wadliwości, leżące u podstaw konstrukcji sieci szpitali, musiały stać się przeszkodą w realizacji zakładanych celów. Jak słusznie podkreślono w opinii do projektu ustawy:

Nie wystarczy jakieś rozwiązanie nazwać „systemem”. Jego podstawy prawnoorganizacyjne i finansowe muszą zapewniać, że poszczególne elementy będą realizowały zakładane cele. Zarówno mapy [potrzeb zdrowotnych — S.J.Ż], jak i sieć szpitali mają za zadanie optymalizować udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających potrzebom świadczeniobiorców, którzy finansują ten system⁵⁹.

Wbrew założeniom projektodawców prognozowano, że wprowadzenie sieci szpitali i związane z tym zmiany w całym systemie

bardzo mocno ograniczy dostępność do leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego dla obywateli. Radykalnie ograniczona konkurencja w ramach tego systemu w sposób nieuchronny doprowadzi również do obniżenia jakości leczenia finansowanego ze środków publicznych⁶⁰.

Tych radykalnych prognoz nie potwierdził wprawdzie wspomniany raport NIK, w szczególności nie odnotowano znaczącej liczby odmów przyjęcia do szpitala, niemniej wprowadzenie PSZ nie poprawiło także — zgodnie z celami ustawodawcy — dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych i ich jakości⁶¹. W uzasadnieniu projektu ustawy nie wskazano zresztą żadnych narzędzi służących realizacji tego celu. Słusznie zatem na etapie prac nad projektem ustawy wskazywano, że

pozytywne skutki projektu dla świadczeniobiorców w dużej mierze uzależnione są od zachowań szpitali. W projekcie brak jest instrumentów oddziaływania na świadczeniodawców przez NFZ, które zwiększałyby prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych zmian w dostępie do świadczeń zdrowotnych objętych nowelizacją ustawy⁶².

Wobec braku decyzji o zwiększeniu nakładów na leczenie szpitalne wraz z wprowadzeniem PSZ „polepszenie dostępu do tych świadczeń może być związane z lepszą i tańszą ich organizacją na poziomie świadczeniodawcy”⁶³. System wprowadzony w 2017 roku ma jednak tę wadę — co potwierdza raport NIK — że z powodu swojej nieelastyczności nie pozwala szpitalom reagować na potrzeby zdrowotne mieszkańców danego terenu. Przejawia się to choćby w tym, że szpital funkcjonujący na III poziomie zabezpieczenia⁶⁴ zobowiązany jest do utrzymania przez cały okres trwania umowy (cztery lata) wszystkich oddziałów, które

⁵⁹ G. Ciura, *op. cit.*, s. 1.

⁶⁰ Por. Stanowisko Przedstawicieli Okręgowej Izby Lekarskiej..., s. 1.

⁶¹ Informacja o wynikach kontroli..., s. 9, 15.

⁶² G. Ciura, *op. cit.*, s. 9.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ U.ś.o.z. w ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia poziomy szpitali I, II i III stopnia, określane przez świadczenia opieki zdrowotnej, realizowane w ramach wskazanych profili systemu zabezpieczenia; por. art. 951 ust. 2–4.

zgłosił, niezależnie od zmieniających się potrzeb zdrowotnych⁶⁵. Zakładana elastyczność w wykorzystaniu ryczałtu (w postaci możliwości przenoszenia środków z oddziałów, w których udziela się mniej świadczeń, do oddziałów, w których zapotrzebowanie na świadczenia jest większe) również okazała się czysto teoretyczna. Jak wskazuje raport NIK, szpitale nie wprowadziły istotnych zmian w zakresie organizacji wewnętrznej oraz alokacji środków, ponieważ podejmowane działania „były związane przede wszystkim z potrzebą ograniczenia strat finansowych, występującymi problemami kadrowymi, a także staraniami dotyczącymi rozszerzenia zakresu udzielanych świadczeń”⁶⁶. W konsekwencji — jak wspomniano — nie udało się też zoptymalizować wykorzystania łóżek szpitalnych⁶⁷.

Z perspektywy pacjenta zmiany wynikające z ponaddwuletniego funkcjonowania sieci szpitali i ryczałtowego systemu ich finansowania są co najwyżej neutralne⁶⁸. Niemniej z uwagi na przypadki włączenia do sieci także oddziałów szpitalnych bez zapewnienia co najmniej jednego odpowiadającego im zakresu świadczeń ambulatoryjnych⁶⁹ trudno mówić o zagwarantowaniu pacjentom kompleksowej opieki. Wyraźnie negatywnie wypada natomiast ocena realizacji celu reformy w postaci zagwarantowania odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń udzielanych w szpitalach. Już w trakcie prac nad projektem ustawy wskazywano, zresztą słusznie, że

ten cel nie jest jasno sformułowany w przepisach projektu, ponieważ nie zakłada zwiększenia przychodów Funduszu ani też istotnych przesunięć w strukturze wydatków NFZ, będzie zatem ten sam wolumen środków na lecnictwo szpitalne tylko inaczej wydatkowany⁷⁰.

W świetle uzasadnienia projektu ustawy jedynym narzędziem realizacji tego celu miała być gwarancja zawarcia umowy ze szpitalem zakwalifikowanym do

⁶⁵ Por. na przykładzie Szpitala Bielańskiego w Warszawie, za: *Szpitale wyszły z sieci...*; por. też *Sytuacja szpitali w Polsce po wprowadzeniu sieci*, „Prawo, Finanse, Zarządzanie” 2020, nr 1, <https://dlaaszpitali.pl/strefa-wiedzy/sytuacja-szpitali-w-polsce-po-wprowadzeniu-sieci/> (dostęp: 5.02.2020).

⁶⁶ Informacja o wynikach kontroli..., s. 9.

⁶⁷ *Sieć szpitali nie rozwiązała problemów sektora zdrowia*, <https://pulsmedycyny.pl/siec-szpitali-nie-rozwiazala-problemow-sektora-zdrowia-972425> (dostęp: 10.01.2020).

⁶⁸ G. Byszewski, *op. cit.*, s. 32.

⁶⁹ Fakt ten stwierdzono w raporcie NIK w 6 na 29 kontrolowanych podmiotów leczniczych; por. Informacja o wynikach kontroli..., s. 11.

⁷⁰ G. Ciura, *op. cit.*, s. 7. Podobnie w raporcie NIK podkreślono, że samo wprowadzenie zmian bez zwiększenia środków nie mogło przynieść rezultatów. W pierwszych trzech kwartałach 2018 roku przychody kontrolowanych szpitali były wyższe niż w analogicznym okresie 2017 roku o prawie 13%, ale koszty wzrosły o ponad 17% — Informacja o wynikach kontroli..., s. 13; por. *Sieć szpitali nie przynosi żadnych efektów. Miała być wielka reforma, a jest po staremu*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1426366,siec-szpitali-co-sie-zmienilo-kontrola-nik.html> (dostęp: 15.01.2020).

PSZ, natomiast zmiana modelu rozliczania w ramach umowy z PSZ (system ryczałtowy w miejsce systemu *fee for service*) miała być narzędziem uzupełniającym⁷¹.

Dyskusyjne założenie projektodawcy, że gwarancja zawarcia umowy ze szpitalem miałyby być tożsamy z zagwarantowaniem odpowiedniego poziomu jego finansowania⁷², bez jednoczesnego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, a w obliczu wzrostu kosztów działalności leczniczej⁷³, potwierdza po raz kolejny pogląd, iż:

Jedną z największych wad przyjętego rozwiązania jest brak określonych i zoperacjonalizowanych celów, które mają zostać osiągnięte, wskazania instrumentów, które pozwolą do nich dojść, a także przyjęcia wskaźników monitorujących. To skutkuje tym, że tę zmianę trudno nazwać reformą, a kluczowe kwestie polskiego systemu ochrony zdrowia nie zostały właściwie zaadresowane⁷⁴.

3. FUNKCJONOWANIE SIECI SZPITALI W PRAKTYCE — KILKA UWAG

Negatywną ocenę apriorycznego uznania przez ustawodawcę sieci szpitali jako podstawowego narzędzia rozwiązania problemów w polskiej ochronie zdrowia i realizacji założonych celów potwierdza fakt, że po dwóch latach obowiązywania nowych rozwiązań (z dniem 1 października 2019 roku) pięć szpitali zrezygnowało z działania w PSZ⁷⁵ i funkcjonują poza tym systemem. Przyczyną takiej niełatwej decyzji — jak podkreślają dyrektorzy tych placówek — była pogarszająca się sytuacja finansowa szpitali⁷⁶, prowadząca do ich lawinowego zadłużania się. Jej powodem są w znacznej mierze założenia, które legły u podstaw PSZ, mianowicie zasady ustalania wysokości ryczałtu dla szpitali, na podstawie którego rozliczane są świadczenia z NFZ⁷⁷, a także brak możliwości ubiegania się — jak wcześniej — o zwrot kosztów tak zwanych nadwykonań (czy też świad-

⁷¹ Uzasadnienie projektu ustawy..., s. 7.

⁷² Na niezasadność tego założenia wskazywał G. Ciura, *op. cit.*, s. 7.

⁷³ Por. Informacja o wynikach kontroli..., s. 9.

⁷⁴ G. Byszewski, *op. cit.*, s. 35.

⁷⁵ Według danych NFZ są to następujące szpitale: Szpital Powiatowy w Rykach, Szpital Świętego Ducha w Rawie Mazowieckiej, Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim, Szpital w Pszczynie na Śląsku i jedna placówka w województwie warmińsko-mazurskim — *Szpitaly wyszły z sieci, ale nie wszystkie sobie to chwala*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/szpitaly-wyszly-z-sieci-szpitali-i-zwykle-sobie-to-chwala,481354.html> (dostęp: 20.01.2020).

⁷⁶ Por. wyniki ankiety na temat sytuacji finansowej szpitali powiatowych — *Szpitaly powiatowe alarmują o swojej trudnej sytuacji*, <https://pulsmedycyny.pl/szpitaly-powiatowe-alarmuja-o-swojej-trudnej-sytuacji-971274> (dostęp: 20.01.2020).

⁷⁷ *Balicki o sieci szpitali...*

czeń wykonanych ponad przyznany ryczałt)⁷⁸, w tym w przypadku wykonania ponadryczałtowych świadczeń z kategorii ratujących życie⁷⁹. Co więcej, dodatkowe świadczenia nie dają gwarancji podwyższenia ryczałtu w przyszłości, tak zwane nadwykonania zaś powiększają straty szpitali i skłaniają je do dalszego zadłużania się na pokrycie bieżących wierzytelności⁸⁰.

W 2018 roku rozważano decyzję o rezygnacji z funkcjonowania w sieci wszystkich szpitali powiatowych, którą ostatecznie zarzucono wobec podwyższenia ryczałtu w 2019 roku⁸¹. Nie poprawiło to jednak sytuacji finansowej szpitali powiatowych wobec rosnących kosztów działalności leczniczej, w tym związanych z podwyżkami wynagrodzeń dla kadry medycznej, wynikającymi również ze stosownych regulacji prawnych (według raportu NIK o 15,4%). Jednocześnie wzrostowi kosztów nie towarzyszyły odpowiednie do ich wysokości zmiany wyceny świadczeń⁸².

Szpitala, które opuściły PSZ, zmuszone są do udziału w konkursach ofert ogłoszonych przez wojewódzkie oddziały NFZ. Z jednej strony — jak podkreślają dyrektorzy placówek, które wyszły z sieci — warunki oferowane przez NFZ w ramach konkursu ofert są korzystniejsze, szpitala mogą występować o tak zwane nadwykonania, a zasady funkcjonowania szpitala są bardziej elastyczne niż w sieci (możliwość ograniczenia personelu i obniżenia kosztów). Z drugiej jednak — w sytuacji nieogłoszenia konkursu ofert szpital, który wyszedł z sieci, dysponując kadrami i sprzętem, nie może funkcjonować wobec braku środków finansowych, a tym samym pacjenci dotychczas korzystający ze świadczeń w takiej placówce (oddziale) taką możliwość tracą. Budzi to daleko idące wątpliwości w świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji, nawet jeśli założyć, że sytuacja jest przejściowa i leczenie pacjentów danego oddziału przejmie inny szpital ze zwiększonym ryczałtem i liczbą miejsc⁸³. Niemniej zmniejszenie

⁷⁸ Niemniej część szpitali występuje z pozwami o zwrot kosztów z tytułu nadwykonań (świadczeń ponadryczałtowych), wskazując, że w przepisach u.s.o.z. po nowelizacji w 2017 roku nie wykluczono wprost możliwości dochodzenia o zapłatę za świadczenia, których ryczałt nie pokrył — *Pierwszy szpital z sieci chce walczyć o zapłatę za nadwykonania*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/nadwykonania-w-sieci-szpitali-pierwszy-pozew-zlozyl-szpital-z,483192.html> (dostęp: 20.01.2020). Na fakt nieuwzględnienia problemu nadwykonań zwracano także uwagę w opinii SN do projektu ustawy — *Uwagi Sądu Najwyższego...*, s. 5.

⁷⁹ Por. *Szpitala powiatowe alarmują...*

⁸⁰ Por. *Szpitala wyszły z sieci...* Potwierdza to także raport NIK, w świetle którego na koniec III kwartału 2018 roku wartość zobowiązań SPZOZ wynosiła 12 685,6 mln złotych i była najwyższa od 15 lat; por. Informacja o wynikach kontroli..., s. 9. Spośród 29 kontrolowanych przez NIK placówek na koniec września 2018 roku 23 (79,3%) odnotowały ujemny wynik finansowy, a w porównaniu z wrześniem 2017 roku pogorszyła się sytuacja ekonomiczna 22 szpitali — *ibidem*, s. 14.

⁸¹ Por. wypowiedź Prezesa Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych Waldemara Malinowskiego — *Szpitala wyszły z sieci...*

⁸² NFZ zmienił wysokość wyceny świadczeń w okresie objętym kontrolą NIK tylko raz, w 2017 roku, o 4% — Informacja o wynikach kontroli..., s. 14.

⁸³ Tego rodzaju sytuacja dotyczyła oddziału chorób wewnętrznych Powiatowego Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim, które z końcem czerwca 2019 roku wypowiedziało

liczby łóżek szpitalnych w takiej sytuacji może narazić bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców miasta (powiatu), pozbawiając ich na nieznaną bliżej okres prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Sytuacja byłaby szczególnie poważna, gdyby szpital opuszczający PSZ był jedynym szpitalem świadczącym określone usługi medyczne na danym terenie⁸⁴. Procedura awaryjna przewidziana w art. 95n ust. 3 u.ś.o.z. nie ma bowiem zastosowania do sytuacji, w której dana placówka rezygnuje z funkcjonowania w PSZ⁸⁵.

PODSUMOWANIE

Negatywna ocena skutków wprowadzenia sieci szpitali dla ich kondycji finansowej, jak też brak spodziewanych korzyści reformy z 2017 roku w zakresie dostępności pacjentów do kompleksowej i skoordynowanej opieki medycznej skłania do formułowania postulatów poczynienia koniecznych korekt. Uwzględniając fakt, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje wprowadzenia zmian w zasadniczym modelu finansowania opieki szpitalnej⁸⁶, proponuje się zwiększenie finansowania podmiotów leczniczych poprzedzone analizą i ustaleniem dziedzin⁸⁷, które tego zwiększenia wymagają, systematyczne uwzględnianie zmian ustawowych (zwłaszcza dotyczących wzrostu wynagrodzeń) w wysokości ryczałtu, wyłączenie z ryczałtu świadczeń zdrowotnych ratujących życie (intensywnej terapii oraz leczenia udarów), podjęcie działań na rzecz zwiększenia liczby lekarzy, pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych oraz wreszcie — ustabilizowanie prawa⁸⁸.

Dostrzegając wady zarówno systemu finansowania za usługi medyczne (generowanie kolejek i dodatkowych wizyt, brak kompleksowości leczenia), jak i systemu ryczałtowego (ograniczenie dostępności leczenia, obniżenie jakości świadczeń medycznych, ograniczenie możliwości wyboru nowoczesnych metod

umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia i z dniem 1 października 2019 roku funkcjonuje poza PSZ — *Szpitale wyszły z sieci...*

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ Por. P. Kaźmierczyk, za: *Szpitale wyszły z sieci...*

⁸⁶ Por. odpowiedź Ministra Zdrowia J. Cieszyńskiego na interpelację B. Dolniak, nr 33548 w sprawie raportu NIK dotyczącego sieci szpitali z 30 sierpnia 2019 roku.

⁸⁷ Jak wskazuje MZ, w 2019 roku w porównaniu z rokiem 2015 planowane nakłady na świadczenia zdrowotne wzrosły o około 32%, czyli o kwotę około 22 mld złotych, przy czym nakłady na leczenie szpitalne wzrosły o około 40%, to jest o kwotę około 13 mld złotych. Planowane jest także dalsze zwiększanie środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym NFZ na 2020 roku w porównaniu z pierwotnym planem finansowym NFZ na rok 2019, o około 8 mld złotych, w tym na leczenie szpitalne o około 4,1 mld złotych — odpowiedź Ministra Zdrowia..., por. *Szpitale wyszły z sieci...*

⁸⁸ Raport opracowany na zlecenie Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych; por. *Szpitale powiatowe alarmują...*

leczenia w wypadku ich znacznej kosztocłonności)⁸⁹, dalej idącym postulatem byłoby rozważenie wprowadzenia systemu mieszanego, a więc finansowania częściowo z ryczałtu, a częściowo według stawek za usługi. Wymagałoby to jednak — jak już wspomniano — rzetelnego przygotowania tak zwanej mapy potrzeb, a następnie odpowiadającej jej sieci szpitali⁹⁰.

CONSTITUTIONAL RIGHT TO ACCESS HEALTHCARE SERVICES FINANCED FROM PUBLIC FUNDS AFTER THE INTRODUCTION OF THE HOSPITAL “NETWORK” (COMMENTS ON THE RATIONALITY OF THE LEGISLATOR)

Summary

This study attempts to answer the question to what extent the assumptions and objectives of the reform of functioning and financing of hospital treatment, introduced in 2017, support the constitutional right to access publicly-funded healthcare services. Over two years of operation, hospital networks induced to assess to what extent the instruments used by the legislator in the context of diagnosed problems in health care and the assumed goals of the legislator from the point of view of its rationality proved to be adequate. The experience of medical entities to date, as well as the report of the Supreme Audit Office announced in mid-2019 the functioning of the new healthcare services security system justify negative assessments of its effects and demands for necessary changes.

Keywords: art. 68 paragraph 2 of the Constitution, access to healthcare services, hospital network, flat-rate hospital financing system

BIBLIOGRAFIA

- Baka K., *Komentarz do art. 5, [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Byszewski G., *Wprowadzenie sieci szpitali z punktu widzenia polityki publicznej*, „Studia z Polityki Publicznej” 2018, nr 2.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Hellich E., Wierzowiecka A., *Nowy model finansowania szpitali w Polsce — szanse i zagrożenia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Studia Ekonomiczne” 333, 2017.
- Jarosz-Żukowska S., *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, [w:] Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.
- Jończyk J., *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2004, nr 11.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.

⁸⁹ G. Byszewski, *op. cit.*, s. 31; E. Hellich, A. Wierzowiecka, *op. cit.*, s. 86.

⁹⁰ Por. *Balicki o sieci szpitali...*

- Lenio P., *Reforms of the health care financing system in Poland introduced between 2016 and 2018*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu” 2 (7), 2019.
- Śliwka M., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009.
- Śniecikowski W., *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publicznego prawa podmiotowego*, „Państwo i Prawo” 2003, nr 11.
- Załucki K., *Ostateczny krach racjonalnego prawodawcy w Polsce: analiza prawno-politologiczna*, [w:] *Antynomie polityczności: artykuły, eseje i szkice dedykowane Profesor Barbarze Goli*, red. K. Minkner, L. Rubisz, Opole 2013.