

Piotr Robakowski
Uniwersytet Gdański
piotr.robakowski@ug.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0003-1641-2643>

Katarzyna Pogorzalczyk
Gdański Uniwersytet Medyczny
katarzyna.pogorzalczyk@gumed.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0001-6200-1242>

Rola i zadania sieci szpitali publicznych w procesie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego

Abstrakt: System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej powstał w 2017 r. jako odpowiedź na potrzebę zwiększenia poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. Założenia projektu obejmowały zagwarantowanie kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zaopiekowanie się pacjentem na każdym etapie diagnostyki i leczenia, przez co obejmowały większość celów i priorytetów polityki zdrowotnej kraju. Przeprowadzone badania i kontrole wykazały, że sieć szpitali nie spełnia swoich funkcji na satysfakcjonującym poziomie. W związku z powyższym przedmiotem badania niniejszego artykułu stała się sieć szpitali jako kluczowy element polskiego bezpieczeństwa zdrowotnego. Celem pracy jest zbadanie roli i zadań sieci szpitali publicznych w kształtowaniu procesu bezpieczeństwa zdrowotnego, jak również stopień spełnienia jej funkcji zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom. Zastosowane metody badawcze obejmowały analizę literatury przedmiotu, obowiązujących aktów prawnych, dostępnych opracowań i artykułów naukowych oraz branżowych. Autorzy zadali następujące pytanie badawcze: czy sieć szpitali wywiązuje się z obowiązku zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu? Postawiono również tezę mówiącą, że obecny stan sieci szpitali nie jest satysfakcjonujący. Zawarte wnioski mogą być inspiracją do poprawy organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zawierają one rekomendacje dotyczące usprawnienia systemu oraz poprawy poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez m.in. wprowadzenie systemowego rozwiązania dla lepszego zarządzania bazą łóżek szpitalnych czy efektywniejsze wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zdrowotne, sieć szpitali, sieć szpitali publicznych, sieć szpitali a bezpieczeństwo zdrowotne, bezpieczeństwo zdrowotne RP.

Role and Tasks of Public Hospital Networks in the Process of Shaping Health Security

Abstract: The Primary Hospital Health Care Services Security System was established in 2017 as a response to the need to increase the level of health security in Poland. The assumptions of the project included ensuring the comprehensiveness and continuity of the provided health services and taking care of the patient at every stage of diagnosis and treatment, thus covering most of the objectives and priorities of the national health policy. The conducted research and inspections showed that hospitals' network does not perform its functions at a satisfactory level. Therefore, this article's subject has become the network of hospitals as a key element of Polish health security. The study aims to examine the role and tasks of the network of public hospitals in shaping the process of health security, as well as the extent to which it fulfills its function of providing health security to citizens. The research methods used included an analysis of the literature on the subject, legal acts in force, available studies, and scientific and industry articles. The authors asked the following research question: does a network of hospitals fulfill the obligation of providing health safety to society? There was also a thesis that the current state of the hospital network is not satisfactory. The conclusions may be an inspiration for improving the organization of the health care system in Poland. They contain recommendations on how to improve the system and improve the level of health security by, among other things, introducing a system solution for better management of the hospital bed base or more effective use of maps of health needs.

Keywords: health security, hospital network, public hospital network, hospital network versus health security, health security of the Republic of Poland.

Wstęp

Składnikiem najważniejszych obszarów życia człowieka jest bezpieczeństwo zdrowotne. Przez specjalistów jest ono uznawane za jedną z podstawowych funkcji państwa. Dodatkowo uważa się je za rodzaj dobra publicznego. Z tego względu wskazany jest interwencjonizm władz publicznych w tej dziedzinie życia społecznego. Najistotniejszym aspektem polskiego systemu bezpieczeństwa zdrowotnego jest sieć szpitali publicznych, którą utworzono w 2017 roku. Jej celem jest zagwarantowanie kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednostki zakwalifikowane do sieci mają obowiązek zapewnić całkowitą opiekę zdrowotną podczas pełnego cyklu leczenia. Sieć szpitali jest jednym z najważniejszych składników polityki zdrowotnej, ponieważ łączy w sobie większość jej celów i priorytetów. Sieć jest miejscem, które eliminuje zagrożenia zdrowotne populacji poprzez dostęp do diagnostyki, leczenia czy rehabilitacji. W sieci znajdują się czołowe podmioty badawcze, które umożliwiają korzystanie z najnowszych technologii medycznych. To również miejsce, gdzie współpracuje wiele organów publicznych, by zapewnić szpitalom finansowanie

i prawidłowe funkcjonowanie. Zapewnienie dobrej kondycji systemu szpitalnego jest kluczowe dla dostarczenia odpowiednio wysokiego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom. W niniejszej pracy podjęto temat roli sieci szpitali publicznych w procesie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego. Dokonano analizy założeń projektu sieci w kontekście bezpieczeństwa zdrowotnego kraju, jak również zbadano funkcjonowanie systemu po kilku latach działalności w przestrzeni publicznej. W ostatniej części artykułu zawarto rekomendacje, które mogą stać się inspiracją do poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce, jednocześnie zwiększając poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Bezpieczeństwo zdrowotne

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego (ang. *health security*) jest stosunkowo nowe, ponieważ pojawiło się na przełomie XX i XXI wieku. Zazwyczaj używa się go w stosunku do problemów zdrowotnych, które znacząco wpływają na bezpieczeństwo ludzi. W związku z tym można spotkać wiele terminów pokrewnych, które obejmują bezpieczeństwo zdrowia publicznego, globalne bezpieczeństwo zdrowotne, międzynarodowe bezpieczeństwo zdrowotne i globalne bezpieczeństwo zdrowia publicznego (Aldis, 2008, s. 369–375).

Jedną z pierwszych okoliczności zastosowania terminu było 25. Światowe Zgromadzenie Zdrowia organizowane przez WHO (ang. *World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia), które odbyło się 21 maja 2001 r. Konferencję zatytułowano następująco: *Global health security: epidemic alert and response* (pol. Światowe bezpieczeństwo zdrowotne: alarm epidemiologiczny i reagowanie). Taką samą nazwę otrzymała rezolucja, będąca pokłosiem zgromadzenia. Zawarto w niej ostrzeżenia na temat zjawisk globalizacyjnych, które mogą być uważane za zagrożenie światowego bezpieczeństwa zdrowotnego. Należą do nich wzmożone ruchy ludnościowe, urbanizacja, deforestacja. Niepożądane zdarzenia w zakresie zdrowia publicznego mogą szybko rozprzestrzenić się na inne kraje, ponieważ choroby zakaźne rozpowszechniają się niezależnie od granic państw (WHO, 2001, s. 1–2). Rezolucja nawoływała do ewaluacji Międzynarodowych przepisów zdrowotnych (ang. *International Health Regulations*, IHR), co stało się pierwszym mostem pomiędzy stosowaniem IHR a światowym bezpieczeństwem zdrowotnym. Uaktualnione Międzynarodowe przepisy zdrowotne z 2005 roku są aktem prawnym, który wdraża instrumenty chroniące przed rozprzestrzenianiem się zagrożeń zdrowotnym na świecie (Wojtczak, 2009, s. 26–61).

W 2007 roku WHO podała definicję globalnego bezpieczeństwa zdrowia publicznego w ramach monografii z konferencji *World Health Day 2007*: proaktywne i reaktywne działania, dążące do zminimalizowania podatności na wydarzenia, które zagrażają zbiorowemu zdrowiu populacji zamieszkującej dany region geograficzny, bez względu na obowiązujące granice państw (WHO, 2007, s. 10). W tym samym dokumencie przedstawiono sześć najważniejszych problemów, które dotyczą globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego: nowo pojawiające się choroby, HIV/AIDS, zmiany środowiska naturalnego, kryzys międzynarodowy i pomoc humanitarna, zagrożenie terroryzmem chemicznym, radioaktywnym i biologicznym, niestabilność gospodarcza.

W tym samym roku WHO opublikowało sprawozdanie *World Health Report 2007: A Safer Future*, które koncentrowało się na misjach nadzoru epidemiologicznego oraz na globalnej ochronie zdrowia publicznego. Raport badał zakres zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach funkcjonowania IHR. Podzielił zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego na trzy kategorie (WHO, 2007, s. 1–2):

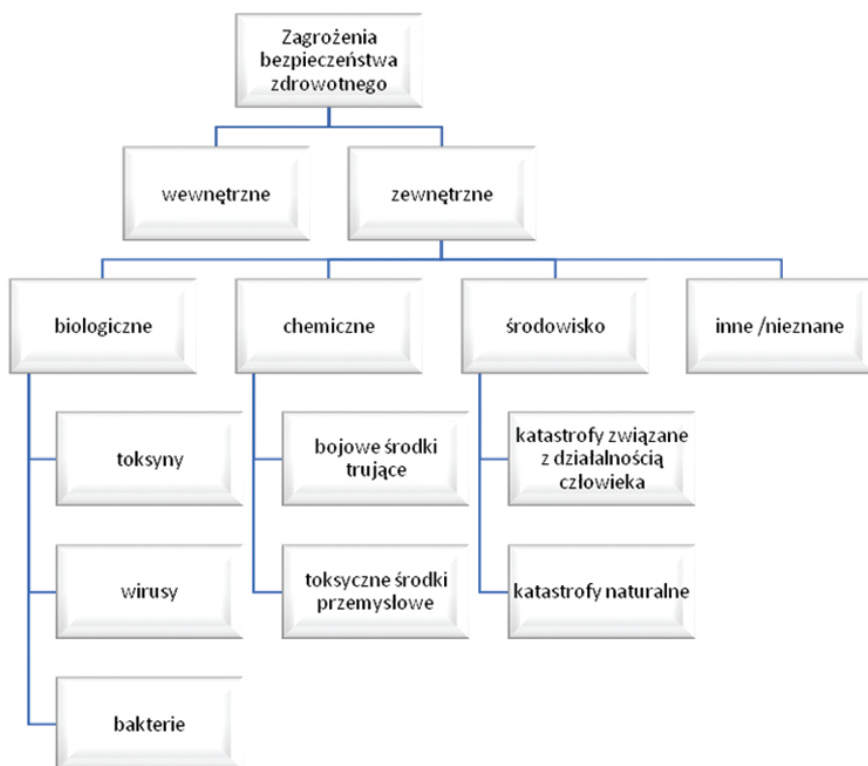
- 1) czynniki ludzkie powodujące brak bezpieczeństwa zdrowotnego:
 - a. niewystarczające inwestycje,
 - b. nieoczekiwane zmiany polityczne,
 - c. konsekwencje konfliktów rzutujące na zdrowie publiczne,
 - d. ewolucja drobnoustrojów i oporność na antybiotyki,
 - e. hodowla zwierząt i przetwórstwo żywności;
- 2) zdarzenia pogodowe i choroby zakaźne;
- 3) inne sytuacje kryzysowe dotyczące zdrowia publicznego:
 - a. zdarzenia chemiczne,
 - b. zdarzenia radioaktywne.

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego, pomimo ustalonych definicji przez takie organizacje jak WHO, wciąż ewoluuje. Obecnie obejmuje takie zagadnienia, jak walka z pojawiającymi się ogniskami epidemii i chorób, zapobieganie powstawania zagrożeń zdrowia, przeciwdziałanie bioterroryzmowi czy zdrowie jako narzędzie polityki. Zdarza się, że o znaczeniu terminu bezpieczeństwa zdrowotnego decyduje osoba, która go używa. Źródłem niejasności terminologicznych jest fakt, że nad tym zagadnieniem pracują specjaliści wielu dziedzin: stosunków międzynarodowych, studiów nad bezpieczeństwem, pracownicy agencji ONZ i lekarze. Wspólnym mianownikiem badań jest korelacja między zdrowiem

a szeroko pojętym bezpieczeństwem (Nowicka i Kocik, 2018, s. 103–121).

Zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego dzieli się na wewnętrzne i zewnętrzne, w zależności od źródła ich powstania. Zagrożenia wewnętrzne są skutkiem braku zorganizowanego, efektywnego wysiłku społecznego, realizowanego przez kooperację instytucji publicznych. Celem działań powinno być przywracanie, ochrona, promocja i polepszenie zdrowia społeczeństwa (WHO, 2020). Zagrożenia wewnętrzne są następstwem m.in. braku zapewnienia przez państwo wysokiej jakości opieki medycznej, tzn. z niezaspokojenia potrzeb związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją, profilaktyką i promocją zdrowia. Przykładem tego typu zagrożeń są powikłania okołoporodowe matek (Nowicka i Kocik, 2018, s. 103–121). Z kolei zagrożenia zewnętrzne są pochodzenia środowiskowego, chemicznego, biologicznego bądź nieznanego, co pokazuje Rysunek 1.

Rysunek 1. Podział zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego ze względu na źródło.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Nowicka i Kocik, 2018, s. 103–121.

Zagrożenia biologiczne intensywnie się rozprzestrzeniają przez zwiększoną mobilność mikroorganizmów, zwierząt oraz ludzi. Dzięki rozwiniętej logistyce i transportowi patogeny mogą okrążyć glob w zaledwie kilka-kilkanaście godzin. Parę wieków temu potrzebowaliby miesiące lub lata, by wyjść poza obręb regionu. Międzynarodowe połączenia lotnicze stały się światową siecią transportową chorób zakaźnych. Mikroorganizmy mogą znaleźć się na obszarach, na których wcześniej nie były spotykane. Sprzyja to mutacjom patogenów oraz rozprzestrzenianiu się nowych, trudnych w leczeniu ich form (Martin i Boland, 2018). Przykładami biologicznych, zewnętrznych zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego są zakażenie drobiu wirusem H5N1 w 2003 roku, epidemia gorączki krwotocznej Ebola w 2014 roku czy obecna epidemia COVID-19, z którą świat mierzy się od grudnia 2019 roku.

Zagrożenia chemiczne dotyczą rozprzestrzeniania się substancji, które wpływają pośrednio lub bezpośrednio na zdrowie ludności. Przykładem takiego niebezpieczeństwa jest powtarzające się łamanie konwencji o zakazie broni chemicznej w Syrii, gdzie w 2013 roku w Ghucie zastosowano sarin – trujący gaz bojowy (BBC News, 2013). Kolejny przykład odnosi się jednocześnie do zagrożeń środowiskowych i chemicznych. W 2006 roku doszło do katastrofy spowodowanej ludzkim działaniem. Na Wybrzeżu Kości Słoniowej (w Abidżanie) wyrzucono ok. 500 ton odpadów petrochemicznych. Doszło do zatrucia ok. 90 tys. osób oraz zanieczyszczenia rzeki, która przepływa przez kilka państw (The New York Times, 2006).

Zagrożeniami środowiskowymi są m.in. tornada, cyklony, tsunami, erupcje wulkanów, trzęsienia ziemi, ekstremalne temperatury. Z kolei do innych zagrożeń zalicza się takie czynniki, jak zintensyfikowane tempo uprzemysłowienia i urbanizacji czy zwiększenie prawdopodobieństwa powodzi poprzez nasilony proces wycinania lasów (Wojtczak, 2009, s. 26–61).

Warto pamiętać, że pomiędzy zagrożeniami wewnętrznymi i zewnętrznymi istnieje korelacja. Z zagrożenia zewnętrznego często wynikają zagrożenia wewnętrzne. Obserwuje się zależność między bezpieczeństwem zdrowotnym a możliwością udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie danego państwa (Nowicka i Kocik, 2018, s. 103–121). Pokazuje to, jak szerokim i istotnym zagadnieniem jest bezpieczeństwo zdrowotne, zarówno w perspektywie krajowej, jak i ogólnoświatowej.

Sieć szpitali publicznych w Polsce

Sieć szpitali to potoczna nazwa Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, który został utworzony na podstawie ustawy z 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 844). Jego celem jest zagwarantowanie kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednostki, które zostają zakwalifikowane do sieci, mają obowiązek zapewnić całkowitą opiekę zdrowotną podczas pełnego cyklu leczenia. Pacjent skierowany do takiego szpitala powinien uzyskać (w zależności od potrzeb) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, świadczenia szpitalne i świadczenia rehabilitacyjne. Dostęp do usług medycznych powinien być uzależniony od potrzeb pacjenta. Szpital należący do sieci nie powinien rozpatrywać pobytu pacjenta w aspekcie rozliczeniowym, tzn. oferować usług, które są najbardziej „opłacalne” dla jednostki ochrony zdrowia. Kolejnymi funkcjami systemu są optymalizowanie kosztów leczenia, poprawa elastyczności zarządzania szpitalem, uporządkowanie struktury polskich szpitali oraz określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnego poziomu. Dla szpitali znajdujących się w sieci wprowadzono rozliczenia ryczałtowe, z których jednak wyłączono część świadczeń medycznych, m.in. świadczenia wysokospecjalistyczne, procedury o długim czasie oczekiwania czy pakiet onkologiczny (Molęda i Dyda, 2017).

Szpital zostaje zakwalifikowany do systemu na okres czterech lat. Włącza się go do jednego z sześciu poziomów referencyjności, które różnią się profilem, zakresem oraz rodzajem udzielanych świadczeń. Trzy podstawowe poziomy (I, II i III stopnia) są dedykowane szpitalom o lokalnym lub regionalnym zasięgu. Jeden poziom specjalistyczny jest poświęcony szpitalom pulmonologicznym i onkologicznym. Odrębny poziom posiadają również szpitale pediatryczne. Najwyższy, ogólnopolski poziom dotyczy szpitali klinicznych i instytutów badawczych. Tabela 1 prezentuje warunki kwalifikacji szpitala do poszczególnego poziomu referencyjności.

Tabela 1. Warunki zakwalifikowania szpitala do poszczególnego poziomu referencyjności.

Poziom referencyjności	Realizowane świadczenia opieki zdrowotnej	Warunki kwalifikacji
szpitale I stopnia	chirurgia ogólna, interna, ginekologia i położnictwo, neonatologia, pediatria	<ul style="list-style-type: none"> – udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, – udzielanie świadczeń w ramach min. dwóch profili określonych dla I stopnia, – posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji
szpitale II stopnia	chirurgia dziecięca, chirurgia plastyczna, kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otolaryngologia, reumatologia, urologia	<ul style="list-style-type: none"> – udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych lub dzieci, – udzielanie świadczeń w ramach min. sześciu profili określonych dla I i II stopnia, w tym min. trzech dla II st. – posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji

szpitale III stopnia	<p>torakochirurgia, torakochirurgia dziecięca, chirurgia naczyniowa, choroby płuc, choroby płuc dzieci, choroby zakaźne, choroby zakaźne dzieci, kardiochirurgia, kardiochirurgia dzieci, kardiologia dziecięca, nefrologia, neurochirurgia dorosłych i dzieci, neurologia dziecięca, okulistyka dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dzieci, otolaryngologia dziecięca, toksykologia kliniczna, transplantologia kliniczna dorosłych i dzieci, urologia dziecięca</p>	<ul style="list-style-type: none"> – udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych lub dzieci, – udzielanie świadczeń w ramach min. ośmiu profili określonych dla I, II i III stopnia, w tym min. trzech dla III st. – posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji
szpitale onkologiczne lub pulmo- nologiczne	<p>a) dla szpitali onkologicznych: brachyterapia, ginekologia onkolog., chemioterapia hospitalizacyjna, chirurgia onkologiczna dorosłych i dzieci, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia, terapia izotopowa, transplantologia kliniczna dorosłych i dzieci;</p> <p>b) dla szpitali pulmonologicznych: chemioterapia hospitalizacyjna, torakochirurgia dorosłych i dzieci, choroby płuc dorosłych i dzieci</p>	<ul style="list-style-type: none"> – udzielanie świadczeń w ramach min. sześciu profili (dla szpitali onkologicznych) lub dwóch profili (dla szpitali pulmonologicznych) określonych dla tego poziomu referencyjności, – posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji

szpitale pedi- atryczne	wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego	<ul style="list-style-type: none"> – udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, – udzielanie świadczeń w ramach min. trzech profili określonych dla tego stopnia referencyjności, – posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji
szpitale ogólnopolskie	wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego	<ul style="list-style-type: none"> – jednostka jest podmiotem utworzonym przez uczelnię medyczną lub Skarb Państwa albo instytutem prowadzącym prace rozwojowe i badania naukowe w dziedzinie nauk medycznych, – udzielanie świadczeń w ramach min. jednego profilu określonego dla tego stopnia referencyjności, – posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020, poz. 1398).

Wspólnym mianownikiem warunków przyjęcia jednostki do sieci szpitali jest posiadanie kontaktu z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego. Współpraca powinna trwać co najmniej od 2015 roku. W większości przypadków są to szpitale publiczne. W czerwcu 2017 roku w sieci znajdowało się 593 jednostek, z czego tylko 61 było szpitalami prywatnymi (UEHP, 2019, s. 58). Z tego względu można przyjąć, że pojęcia „sieć szpitali” i „sieć szpitali publicznych” są tożsame.

Wprowadzenie sieci szpitali dawało nadzieję za zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ustrukturyzowano sektor lecznictwa szpitalnego, dzięki czemu poprawiono koordynację i ciągłość opieki nad pacjentem. Lepiej dostosowano zasoby podmiotów leczniczych do aktualnych

potrzeb pacjentów. Dzięki ryczałtowemu rozliczeniu zwiększono stabilność finansową jednostek, co jednocześnie poprawiło warunki do inwestowania w ich rozwój. Przejrzysta hierarchia stworzona przez sieć zakładała efektywniejsze wykorzystywanie podmiotów w sytuacjach kryzysowych i innych, które zagrażają bezpieczeństwu zdrowotnemu państwa.

Sieć szpitali publicznych a kształtowanie bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce

Bezpieczeństwo zdrowotne kraju jest nierozzerwalnie związane z polityką zdrowotną państwa. Przyjmuje się, że politykę zdrowotną państwa determinującą poziom bezpieczeństwa zdrowotnego rozumie się jako rozwiązania organizacyjno-prawne, regulacje i zalecenia, które kształtują zdrowie jednostek i populacji. Jest aktywną formą ochrony zdrowia, która tworzy podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego, współpracując z prawie wszystkimi organami administracji publicznej (Bober, 2016, s. 33–64). Jej działalność opiera się na oczekiwaniach, potrzebach i potencjale społeczeństwa, aktualnych standardach leczenia, dostępnych zasobach oraz współpracy z różnymi podmiotami. Priorytetami i najważniejszymi elementami polityki zdrowotnej są:

- 1) eliminowanie zagrożeń zdrowotnych poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem opieki długoterminowej,
- 2) budowanie infrastruktury: badawczo-dydaktycznej, finansowej, organizacyjnej i prawno-instytucjonalnej, które umożliwią dostęp do najnowszych technologii medycznych dla pacjentów i podmiotów publicznych,
- 3) harmonizowanie działań sektorów w zakresie kształtowania warunków zdrowotnych społeczeństwa (Bober, 2016, s. 33–64).

Sieć szpitali jest jednym z najważniejszych składników polityki zdrowotnej, ponieważ łączy w sobie większość jej celów i priorytetów. Sieć jest miejscem, które eliminuje zagrożenia zdrowotne populacji poprzez dostęp do diagnostyki, leczenia czy rehabilitacji. W sieci znajdują się czołowe podmioty badawcze, które umożliwiają korzystanie z najnowszych technologii medycznych. To również miejsce, gdzie współpracuje wiele organów publicznych, by zapewnić szpitalom finansowanie i prawidłowe funkcjonowanie. Sieć, poprzez skupienie prawie wszystkich szpitali w kraju, stała się kluczowym elementem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Poziom bezpieczeństwa zdrowotnego kraju jest uzależniony od kondycji

infrastruktury medycznej państwa. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej został wprowadzony w wyniku następujących zjawisk systemowych (NIK, 2019) (Bukowski i Pogorzelszyk, 2019, s. 43–46):

- 1) zachwianie zasady ciągłego i kompleksowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez okresowe przeprowadzanie postępowań konkursowych i rozliczanie usług na podstawie jednorodnych grup pacjentów – prowadziło to do fragmentacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) kształtowanie sieci zarówno świadczeniodawców funkcjonujących w systemie publicznym, jak i ich wewnętrznej struktury organizacyjnej, przede wszystkim w oparciu o zakresy świadczeń i produkty rozliczeniowe;
- 3) niepewność finansowania działalności szpitali, co utrudniało racjonalne inwestowanie, planowanie długofalowej polityki kadrowej oraz przyczyniało się do marnotrawstwa zasobów;
- 4) świadczeniodawcy nie budowali struktur organizacyjnych na podstawie potrzeb społeczeństwa, ale dostosowując się do warunków zwiększonego finansowania, przez co oddziały i pododdziały nie były dostosowane do lokalnych potrzeb.

Opieka szpitalna powinna zapewniać ciągłość i kompleksowość udzielanych świadczeń, jak również wprowadzać mechanizmy pobudzające koordynację i integrację usług medycznych, zarówno w trybie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym. Świadczenia powinny być dostosowane do potrzeb społeczeństwa, a także optymalnie je zabezpieczać. W tym celu konieczne jest zapewnienie stabilnej bazy szpitalnej na terytorium regionów i kraju. Odpowiedzią na powyższe wskaźniki jest sieć szpitali, która udostępnia pacjentom usługi w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, programów lekowych, rehabilitacji leczniczej, chemioterapeutyków oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Założeniem powstania systemu było zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

Poziom rozwoju sieci szpitali zależy od czynników zewnętrznych (zależnych od otoczenia) oraz wewnętrznych (uzależnionych od poszczególnych podmiotów w systemie). Aktywność rozwoju sieci jest dynamiczna, ponieważ środowiska wewnętrzne podmiotów publicznych oraz otoczenie mają zmienny charakter. Oddziaływanie powyższych czynników jest złożone i często występują sprzężenia zwrotne. Procesy restrukturyzacyjne zależą od czynników wewnętrznych (np.

niematerialnych składników majątkowych, pracowników) oraz od determinant zewnętrznych (np. nowego kierunku polityki zdrowotnej kraju). Strukturę i liczbę szpitali publicznych kształtują również czynniki geograficzne (np. liczba ludności, struktura wieku, obciążenie ekonomiczne społeczeństwa) i strukturalne (np. wzrost konkurencji, zmiany struktur organizacyjno-funkcjonalnych, public relations) (Grzywna, 2017, s. 39–66).

Funkcjonowanie sieci szpitali opiera się na zapewnieniu dostępności do usług medycznych na satysfakcjonującym poziomie, co jest koncepcją bezpieczeństwa zdrowotnego. Osiągnięcie tego celu jest uzależnione m.in. od kadry zarządzającej, rozmieszczenia infrastruktury i kadry medycznej. Dysproporcje między potrzebami a możliwościami organizacji sieciowej ochrony zdrowia przekładają się na jakość oraz kompleksowość świadczonych usług zdrowotnych. Dynamiczny rozwój technologii i wiedzy medycznej (zabiegi rekonstrukcyjne, nowe leki etc.) tylko zwiększają rozdźwięk pomiędzy potrzebami zdrowotnymi a możliwościami ich zaspokojenia. Według B. Bobera, „(...) nie można uniknąć pewnych form racjonowania usług zdrowotnych - uzyskanie skutecznych relacji między kosztami a korzyściami zdrowotnymi w skali populacyjnej. Leczenie w szpitalach publicznych w odczuciu społecznym jest najbardziej istotną składową systemu ochrony zdrowia, ponieważ decyduje o indywidualnym poziomie bezpieczeństwa zdrowotnego (...)” (Bober, 2016, s. 33–64). Dylemat pełnej dostępności świadczeń mógłby zostać rozwiązany poprzez wprowadzenie dopłat do usług medycznych przez pacjentów. Dzięki temu część kosztów zostałaby przeniesiona na użytkowników, jak również ograniczone zostałoby zjawisko tzw. hazardu moralnego (nadużywanie świadczeń zdrowotnych, brak współpracy z personelem medycznym etc.).

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli z 2019 roku wykazała, że wprowadzenie sieci szpitali nie poprawiło kondycji finansowej szpitali ani nie zwiększyło dostępu do świadczeń zdrowotnych. Projektując i implementując zmiany systemowe w finansowaniu szpitali, nie wzięto pod uwagę sytuacji epidemiologicznej i demograficznej na terenie ich działania. Nieuwzględniono również znaczenia danej placówki w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności, jakości udzielanych świadczeń, stopnia dostosowania infrastruktury do obowiązującej legislacji, jak również potencjału szpitala i jego możliwości diagnostyczno-terapeutycznych. Nie wszyscy pacjenci zostali objęci kompleksowymi usługami szpitalnymi, ambulatoryjnymi czy rehabilitacyjnymi. Badanie Najwyższej Izby

Kontroli wykazało, że tylko 66,2% pacjentów zrealizowało zalecane świadczenia pohospitalizacyjne w jednostce, w której odbyli leczenie. Powodem tego stanu było nieudzielanie świadczeń w zakresach niezbędnych dla danej jednostki oraz niezgłaszanie się na kontynuację leczenia do jednostki, w której pacjenci byli początkowo hospitalizowani (NIK, 2019, s. 18–51).

Kontrola NIK wykazała, że żaden z analizowanych podmiotów leczniczych nie wprowadził zmian organizacyjnych, które dostosowałyby jednostkę do funkcjonowania w systemie zabezpieczenia zdrowotnego ludności. Tłumaczono to brakiem potrzeby zmiany dotychczasowej struktury podmiotu. Jedynie 27,6% skontrolowanych podmiotów zdecydowało się na zmianę zakresu świadczonych usług ambulatoryjnych lub szpitalnych. Wprowadzone innowacje dotyczyły m.in. wygaśnięcia umowy o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poza PSZ), rezygnacji ze świadczenia poszczególnych usług (w tym w związku z brakiem odpowiedniego personelu medycznego) oraz rozpoczęcia udzielania świadczeń w nowym zakresie, podyktowanym postępowaniem o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NIK, 2019, s. 11).

Badanie funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wykazało niezadowalający poziom wykorzystania łóżek szpitalnych. Stopień zagospodarowania łóżek w kontrolowanych jednostkach był niski, utrzymywał się na średnim poziomie poniżej 60% miejsc ogółem. Pomijając konieczność utrzymania rezerwy wolnych łóżek oraz specyfikę wybranych oddziałów (charakteryzujących się np. sezonowością zachorowań), wartość wskaźnika jest zbyt niska. Przekłada się to na wyższe koszty działalności jednostek ochrony zdrowia. Najniższe wykorzystanie łóżek szpitalnych odnotowano na oddziałach okulistycznym, pediatrycznym, neonatologicznym i ginekologiczno-położniczym (NIK, 2019, s. 12–13).

W warunkach kwalifikacji do poszczególnych profili sieci nie brano pod uwagę takich czynników jak stopień wykorzystania łóżek szpitalnych czy wartość i liczba realizowanych usług medycznych. Skutkowało to podczepieniem do systemu podmiotów, które tylko w niewielkim stopniu zaspokajały potrzeby ludności. Przekłada się to na nieuzasadnione i nadmierne koszty dla podmiotów leczniczych, a w skali kraju generuje większe koszty dla całego systemu ochrony zdrowia. Sieć nie zagwarantowała również odpowiedniego poziomu finansowania usług wykonywanych w szpitalach. Na koniec III kwartału 2018 roku większość

skontrolowanych podmiotów wykazywała stratę na działalności leczniczej i wynik finansowy gorszy niż rok wcześniej, pomimo wzrostu przychodów z tytułu realizowanych umów. Działo się tak, ponieważ koszt działalności leczniczej odnotował znacznie szybszy wzrost niż przychody. Rosnąca różnica w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów skutkowałą wzrostem zobowiązań szpitali, jak również przełożyła się na pogorszenie ich wyników finansowych (NIK, 2019, s. 18–51).

Z negatywną oceną Najwyższej Izby Kontroli zgadza się ekspert Uczelni Łazarskiego, J. Gryglewicz. W wywiadzie udzielonym portalowi „Zarządzanie placówką medyczną” stwierdził, iż sieć szpitali nie zrealizowała pierwotnych założeń. Uważa on, że brak stabilizacji finansowej szpitali jest spowodowany zbyt wysokimi kosztami za zrealizowane usługi medyczne. Przewyższyły one poniesione nakłady, głównie związane ze wzrostem wynagrodzeń personelu medycznego. Kolejnym niepowodzeniem sieci w opinii Gryglewicza jest wydłużenie kolejek do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Trzecim aspektem, który według eksperta można uznać za porażkę sieci szpitali, jest spadek liczby świadczeń ambulatoryjnych oraz zwiększenie się liczby świadczeń zdrowotnych, co jest odwrotnym efektem w stosunku do pierwotnych założeń. Gryglewicz podał kilka rozwiązań ograniczających negatywne rezultaty projektu Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Jednym z nich jest radykalne cięcie kosztów funkcjonowania szpitali nierentownych oraz rozważenie przekształcenia ich w zakłady opieki długoterminowej. Następnie ekspert sugeruje zwrócenie uwagi na bardziej efektywne wykorzystanie i dostosowanie dostępnej infrastruktury szpitalnej (Pokrzycka-Walczak, 2019).

O stopniu efektywności sieci szpitali w obliczu sytuacji kryzysowej może świadczyć raport Centrum Badania Opinii Społecznych (CBOS) przygotowany w lipcu 2020 roku. Dokument jest podsumowaniem badania opinii Polaków na temat funkcjonowania opieki medycznej w czasie pandemii SARS-Cov-2, ze szczególnym uwzględnieniem pierwszych miesięcy sytuacji kryzysowej. Z badania CBOS wynika, że z powodu pandemii COVID-19 leczenie szpitalne było przekładane lub odwoływane zdecydowanie rzadziej niż wizyty u lekarza specjalisty czy zaplanowane badania diagnostyczne i zabiegi niezwiązane z pobytem w szpitalu dłuższym niż 24 godziny. Jedynie 4% ankietowanych (spośród 16%, których ta kwestia dotyczyła) doświadczyło przełożenia lub odwołania leczenia szpitalnego. Dla porównania z wizyty u lekarza specjalisty musiało

zrezygnować 30% respondentów, a z badania diagnostycznego – 12% badanych. Dodatkowo stosunkowo niewielu respondentom odmówiono porady bądź przyjęcia na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – ten problem dotknął jedynie 1% spośród 13% badanych pacjentów (CBOS, 2020, s. 1–5). Powyższe dane pokazują, że pomimo nie najlepszej oceny kondycji sieci szpitali wystawionej przez specjalistów, w pierwszej fazie pandemii SARS-Cov-2 pacjenci nie odczuli braku zabezpieczenia medycznego na poziomie szpitalnym. Doniesienia o braku miejsc na oddziałach zakaźnych i tzw. „covidowych”, przepelnionych szpitalach oraz niemożności przyjmowania pacjentów na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych zaczęły pojawiać się jesienią 2020 roku, gdy rozpoczęła się tzw. druga fala pandemii w Polsce (Polsat News, 2020) (Godusławski, 2020).

Dnia 14 sierpnia 2020 r. wprowadzono w życie zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu ds. przygotowania założeń nowych zasad funkcjonowania sieci szpitali (Zarządzenie, 2020). Jest ono następstwem negatywnych rezultatów dotychczasowej pracy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zadaniem powołanego zespołu jest opracowanie i przedstawienie założeń przepisów prawnych dotyczących nowych zasad funkcjonowania sieci szpitali. Członkowie zespołu mają w szczególności skupić się na strukturze systemu, zasadach finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach sieci oraz na zasadach kwalifikacji do systemu sieci szpitali. W skład powołanego zespołu wchodzi podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych, dyrektor Departamentu Systemu Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, przedstawiciel Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, dwóch przedstawicieli Departamentu Systemu Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, przedstawiciel Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia, przedstawiciel Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności w Ministerstwie Zdrowia, przedstawiciel Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia oraz pięciu przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo w obradach zespołu mogą uczestniczyć przedstawiciele szpitali, jednostek samorządu terytorialnego czy organizacji pacjentów, którzy pełnią funkcje doradców i ekspertów. Według rozporządzenia zespół powinien zakończyć swoją działalność najpóźniej 30 września 2020 r. (Zarządzenie, 2020). Dokładne wyniki pracy zespołu nie zostały przedstawione do publicznej wiadomości w dniu ukończenia niniejszego artykułu, tj. 18 listopada 2020 r. W mediach można

odnaleźć wzmianki o wprowadzeniu z początkiem 2021 roku systemu nadzoru, który miałby opierać się na określonych wskaźnikach do osiągnięcia (Klinger, Sikora, 2020). Jednakże powyższa informacja nie ma poparcia legislacyjnego (stan na dzień 18 listopada 2020 r.).

Podsumowanie

Stan bezpieczeństwa zdrowotnego kraju jest uzależniony od sprawnego funkcjonowania sieci szpitali, która w swym założeniu powinna kompleksowo zaspokajać potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Obecny stan sieci nie jest satysfakcjonujący. Dodatkowo osłabiła go pandemia SARS-CoV-2, która zawładnęła światem od grudnia 2019 r. Aby sytuacja się poprawiła, należy podjąć szereg środków zaradczych. Administracja rządowa, a w szczególności Ministerstwo Zdrowia, powinna wdrożyć systemowe rozwiązania, które stymulowałyby lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych. Ich liczba powinna być zwiększana zgodnie z sytuacją epidemiologiczną i demograficzną danego regionu. Narzędziem, które pomoże zrealizować ten cel, a jak dotąd nie było dostatecznie wykorzystywane, jest mapa potrzeb zdrowotnych. Dodatkowo w proces racjonalizowania wykorzystania łóżek szpitalnych powinni być zaangażowani kierownicy podmiotów leczniczych. Rząd powinien również rozważyć zmianę finansowania szpitali, tak by liczba środków była adekwatna do tempa wzrostu kosztów leczenia. Wylimitowane również powinno być zjawisko, które polega na działalności oddziałów szpitalnych bez zapewnienia im minimum jednego odpowiadającego ich pracy zakresu świadczeń rehabilitacyjnych lub ambulatoryjnych. Osoby zarządzające jednostkami powinny zapewnić poprawne raportowanie danych do takich instytucji, jak Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą czy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Informacje tam zawarte są niezbędne do poprawnej identyfikacji i interpretacji potrzeb zdrowotnych, jak również tworzenia strategii rozwiązywania powyższych problemów.

Bibliografia

- Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy and Planning*, 23(6), 369–375. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czn030>
- BBC News. (2013, September 24). *Syria chemical attack: What we know*. Dostęp: <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-23927399> [25.08.2020].
- Bober, B. (2016). Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa. *Studia nad Bezpieczeństwem*, (1), 33–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.34858/snb.1.2016.002>

- Bukowski, H. i Pogorzelski, K. (2019). *Polish healthcare sector: overview evolution and opportunities*. Warszawa: Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju. Dostęp: <https://www.innowo.org/userfiles/publikacje/Polish%20Healthcare%20Sector.pdf> [29.08.2020].
- CBOS. (2020). *Opieka medyczna w czasie pandemii*. Komunikat z badań nr 88/2020. Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznej. Dostęp: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_088_20.PDF [18.11.2020].
- Godusławski, B. (2020, 16 października). Dramatyczny zapis rozmów dyspozytorek pogotowia z zespołami ratunkowymi. Mamy nagrania. *Business Insider Polska*. Dostęp: <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/koronawirus-w-polsce-brak-miejsc-w-szpitalach-nagranie-dyspozytorni/907gz4n> [18.11.2020].
- Grzywna, P. (2017). *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Klinger, K. i Sikora, D. (2020, 12 października). Rewolucja w szpitalach. Zmiany w ochronie zdrowia już od przyszłego roku. *Gazeta Prawna.pl*. Dostęp: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1493162,zmiany-w-szpitalnictwie-nadzor-nad-szpitalami-dyrektorzy.html> [18.11.2020].
- Martin, G. i Boland, M. (2018). Planning and preparing for public health threats at airports. *Globalization and Health*, 14 (28). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0323-3>
- Mołęda, S. i Dyda N. (2017). *Sieć szpitali w pigułce. Syntetyczne omówienie ustawy*. Prawo Medyczne - porady i opinie ekspertów. Dostęp: <http://prawo-medyczne.info/siec-szpitali-w-pigulce> [26.08.2020].
- NIK. (2019). *Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*. (Informacja o wynikach kontroli nr 29/2019/P/18/059/KZD). Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli. Dostęp: <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/18/059/> [25.08.2020].
- Nowicka, P. i Kocik, J. (2018). Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski. *Studia BAS*, 4(56), 103–121. DOI: <https://doi.org/10.31268/StudiaBAS.2018.26>
- Pokrzycka-Walczak, M. (2019, 21 października). Jerzy Gryglewicz: Czego potrzebuje system ochrony zdrowia. *Zarządzanie placówką medyczną*, (129). Dostęp: <https://zpm.wip.pl/129/jerzy-gryglewicz-czego-potrzebuje-system-ochrony-zdrowia-2566.html> [18.11.2020].
- Polsat News. (2020, 15 października). *Sytuacja w szpitalach. Gdzie brakuje łóżek dla pacjentów?* Dostęp: <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-10-15/sytuacja-w-szpitalach-gdzie-brakuje-lozek-dla-pacjentow/> [18.11.2020].
- The New York Times. (2006, 2 października). *Global Sludge Ends in Tragedy for Ivory Coast*. Dostęp: <https://www.nytimes.com/2006/10/02/world/africa/02ivory.html> [25.08.2020].
- UEHP. (2019). *Stan sektora szpitali prywatnych w Polsce na podstawie informacji i dokumentów finansowych szpitali prywatnych, członków Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych*. Gdynia: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych. (edycja IV). Dostęp: http://www.szpitale.org/wp-content/uploads/2019/09/OSSP_zeszyt_2019-1.pdf [25.08.2020].
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz. U. 2020, poz. 1398).
- Ustawa z 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz. U. 2017, poz. 844).
- WHO. (2001). *Global health security: epidemic alert and response*. (54th World Health Assembly WHA, Agenda item 13.3). Geneva: World Health Organization. Dostęp: http://archives.who.int/prioritymeds/report/append/microb_wha5414.pdf [24.08.2020].
- WHO. (2007). *World Health Day 2007 - issues paper: invest in health, build a safer future*. Geneva: World Health Organization. Dostęp: https://www.who.int/world-health-day/previous/2007/files/issuespaper_final_lowres_en.pdf [24.08.2020].

- WHO. (2020). *Universal Health Coverage*. World Health Organization. Dostęp: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 [25.08.2020].
- Wojtczak, A. (2009). *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania założeń rozwiązań legislacyjnych dotyczących nowych zasad funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, (Dz. Urz. Ministra Zdrowia 2020, poz. 58).