

Andrzej Hurło*

ASPEKT EKONOMICZNY SYSTEMU SŁUŻBY ZDROWIA. OCENA WDROŻONYCH ZMIAN ORAZ WNIOSKI NA PRZYSZŁOŚĆ

Streszczenie

Artykuł dotyczy oceny funkcjonowania systemu służby zdrowia w Polsce pod względem ekonomicznym, biorąc pod uwagę wprowadzone od roku 2015 modyfikacje.

Celem przedmiotowej pracy jest ocena wdrożonych ostatnich modyfikacji systemu służby zdrowia w Polsce.

W pracy zastosowano analizę systemową i decyzyjną, a jako źródła danych wykorzystano: raporty, obowiązujące akty prawne, międzynarodowe dane statystyczne, oficjalne dane upublicznione przez podmioty publiczne.

Wprowadzane od 2015 roku reformy mają w założeniu usprawnienie organizacji systemu służby zdrowia, jak i poprawę zasad finansowania, wykazując jednocześnie odstępianie od zastosowania mechanizmów rynkowych. Tłumienie konkurencji sprowadza realne niebezpieczeństwo obniżenia efektywności i jakości opieki zdrowotnej dla pacjentów.

Najnowsze dane statystyczne dotyczące funkcjonowania systemu służby zdrowia (mające uzasadnić zasadność reformy) nie potwierdzają skuteczności wdrożonych rozwiązań, dodatkowo eksponując problemy istniejące od początku XXI wieku, a nawet od początku transformacji systemowej w Polsce.

Słowa kluczowe: system służby zdrowia, finansowanie systemu służby zdrowia.

* Dr n. ekon., Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Wydział Administracji i Nauk Społecznych.

Abstract

The reforms introduced since 2015 were supposed to improve the organization of the health care system, as well as modify its financing background, departing from the use of market mechanisms. Suppressing competition poses a real danger of reducing the effectiveness and quality of healthcare for patients.

The latest statistical data concerning the functioning of the healthcare system do not confirm the effectiveness of new solutions, additionally highlighting the problems existing since the beginning of the 21st century and even since the beginning of the system transformation in Poland.

The purpose of this work is to assess the recent modifications of the healthcare system implemented in Poland.

System and decision-making analysis was used in this paper, with the following data sources: reports, applicable legal acts, international statistical data and official data by public entities.

Keywords: healthcare system, financing of the healthcare system.

Wstęp

Ochrona zdrowia jest wyjątkowym rodzajem produktu (usługi), która posiada pewne cechy dobra prywatnego (nabywca ponosi określony koszt, ale i zyskuje korzyści). Jednak z racji swoich właściwości i przeznaczenia jest dostępna dla każdego obywatela danego państwa i finansowana ze źródeł publicznych (ponieważ słabe zdrowie społeczeństwa jako ogółu obniża wydajność pracy jako czynnika produkcji, co powoduje z kolei obniżenie wzrostu gospodarczego). Spowodowane jest to głównie przez charakterystykę dóbr udostępnionych przez sektor publiczny i prywatny. W przypadku gdyby cały sektor służby zdrowia były obsługiwany wyłącznie przez sektor prywatny, to podaż usług byłaby zbyt niska, aby zaspokoić popyt (nieefektywność ekonomiczna).

W krajach Europy Środkowo-Wschodniej procesy prywatyzacyjne po roku 1989 wykazują się dużą częstotliwością, jako że stały się ekonomiczną, społeczną i polityczną koniecznością w procesie transformacji politycznej¹. Transformacja własności publicznej poprawia efektywność przedsiębiorstw, co ma bezpośredni wpływ na wyniki gospodarki narodowej. Do chwili obecnej jednakże Polska charakteryzuje się wysokim stopniem zatrudnienia w sektorze publicznym (również w służbie zdrowia), co niekorzystnie wpływa na wydajność poszczególnych gałęzi gospodarki.

¹ J.M. Fiszer, *Efekty transformacji ustrojowej i integracji państw Europy Środkowo-Wschodniej z Unią Europejską*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2016, nr 2 (53), s. 97–124

Od strony prawnej finansowanie opieki zdrowotnej jest oparte o prawo do ochrony zdrowia zawarte w Konstytucji RP z 1997 roku². Natomiast regulacje szczegółowe oparte są na Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³ oraz Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej⁴.

Obecnie w Polsce obowiązuje system finansowania oparty na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, który jest dodatkowo finansowany ze środków z budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego. Głównym źródłem finansowania publicznej opieki zdrowotnej jest obowiązkowa składka zdrowotna, przekazywana do publicznego płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ). Przedmiotowa składka wynosi 9% wartości wynagrodzenia (7,75% od podatku dochodowego, 1,25% obciąża ubezpieczonego). Składki niektórych grup społecznych finansowane są z podatków lub funduszy celowych: studentów, rolników (KRUS), osób bezrobotnych, duchownych (Fundusz Kościelny). System finansowania służby zdrowia w Polsce jest również zróżnicowany, ze względu na poziom opieki i rodzaj świadczonych usług. Podstawowa opieka zdrowotna jest finansowana przez stawkę kapitacyjną. Ambulatoryjna opieka medyczna jest oparta o system jednorodnych grup pacjentów i opłaty za usługi⁵. W przypadku opieki szpitalnej finansowanie instytucji zakwalifikowanych do tzw. sieci szpitali jest realizowane w formie ryczałtu⁶.

Zmniejszenie liczby łóżek leczniczych i promowanie różnorodnych mechanizmów ograniczania kosztów opieki szpitalnej były powszechnymi trendami w europejskich systemach opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich dwóch dekad⁷. Szersza reorganizacja sektorów opieki szpitalnej – która obejmuje scentralizowanie świadczenia opieki szpitalnej, ograniczenie nadmiernej infrastruktury i odejście od systemów opieki skoncentrowanej na szpitalach do zintegrowanych systemów opieki – była celem reform w wielu krajach europejskich⁸.

² Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135.

⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 6786, ze zm.

⁵ J. Świerkot, *Zastosowanie jednorodnych grup pacjentów w zarządzaniu kosztami szpitala publicznego*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas” 2016, Zarządzanie, nr 2, s. 275–284.

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...

⁷ B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.

⁸ G. Byszewski, *Wprowadzenie sieci szpitali z punktu widzenia polityki publicznej*, „Studia z Polityki Publicznej” 2018, nr 2 (18), s. 25–36.

Należy odnotować, że doświadczenia płynące z innych krajów pokazują, że ochrona zdrowia oparta tylko i wyłącznie na zasadach rynkowych mimo wszystko nie zaspokaja potrzeb zdrowotnych obywateli. Istotnym przykładem państwa o najbardziej rozwiniętych formach rynkowej opieki zdrowotnej są Stany Zjednoczone, gdzie komplementarnie funkcjonują publiczne i prywatne koszty leczenia i ubezpieczenia zdrowotnego. Największym rządowym programem (Medicare oraz Medicaid) zarzuca się niekontrolowaną biurokrację oraz brak efektywności operacyjnej, które prowadzą do ciągłego braku środków finansowych. Mimo że wydatki na ochronę zdrowia w Stanach Zjednoczonych osiągnęły poziom 15,2% Produktu Krajowego Brutto (PKB) rocznie (ponad 1,6 bln USD)⁹, zwiększające koszty ochrony zdrowia nie są w stanie zaspokoić potrzeb wszystkich obywateli. Przykład Stanów Zjednoczonych wskazuje na niezbedność obecności aparatu państwowego w systemie służby zdrowia.

Natomiast w odniesieniu do jakości polskiego systemu służby zdrowia najczęściej pojawiają się negatywne oceny – świadczące o niestabilności, turbulentności i nieefektywności¹⁰.

Nieefektywność krajowego systemu służby zdrowia widać w rezultacie końcowym usługi – czyli statystycznej długości życia mieszkańców, średniego poziomu finansowania systemu oraz okresu oczekiwania na realizację świadczenia medycznego. Polski system służby zdrowia jest dodatkowo obciążony jednymi z najdłuższych czasów oczekiwania na wizyty u specjalistów i realizację zabiegów medycznych. W przypadku okresu oczekiwania pacjenta na przeprowadzenie operacji zaćmy i wszczepienia stawu biodrowego Polska jest w czołówce najgorszych wyników całej UE¹¹.

Celem niniejszej pracy jest ocena wdrożonych ostatnich modyfikacji systemu służby zdrowia w Polsce.

W pracy zastosowano analizę systemową i decyzyjną, a jako źródła danych wykorzystano: raporty, obowiązujące akty prawne, międzynarodowe dane statystyczne, oficjalne dane upublicznione przez podmioty publiczne.

⁹ D.A. Squires, *Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices, and Quality*, "Commonwealth Fund" 1995, vol. 10.

¹⁰ A. Wołoszyn, G. Lubieńczyk, *Normatywne uwarunkowania reformy systemu ochrony zdrowia*, [w:] E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.

¹¹ D. Wasilewski, *Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu*, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017, <https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2020/01/Siec-szpitali-2017.pdf> [dostęp: 15.11.2019].

System służby zdrowia w Polsce został oceniony pod względem ekonomicznym przy użyciu podstawowych mierników efektywności systemu: wydatki na system służby zdrowia w danym kraju, poniesione wydatki na szpitale, liczba szpitali i uprawnionych do zawodu lekarzy, łączna liczba łóżek szpitalnych w danym kraju oraz średni pobyt statystycznego pacjenta w szpitalu.

Problemy systemu służby zdrowia

W 2016 roku w Polsce funkcjonowało 957 szpitali ogólnych i 194 jednostki szpitalne pracujące wyłącznie w trybie dziennym. Struktura własnościowa szpitali publicznych jest rozdrobniona, podzielona na trzy poziomy samorządu terytorialnego (gminy, powiaty i województwa), ministerstwa i uniwersytety medyczne. Prywatne szpitale, choć liczne, są zwykle małymi jednostkami. Niezależnie od struktury własności znaczna większość usług świadczonych przez szpitale jest finansowana ze źródeł publicznych: 95% w 2015 roku.

System służby zdrowia boryka się również z typowo organizacyjnymi problemami, np. dostosowanie ograniczonych zasobów podaży do popytu¹². 77 z 400 oddziałów ginekologiczno-położniczych działających w Polsce realizuje mniej niż 400 porodów w skali roku. Oznacza to ponad jeden poród dziennie i wysokie koszty pozostawania w gotowości oddziału bez realizacji świadczeń.

Należy pamiętać, że w wielu polskich szpitalach nie negocjuje się z dostawcami cen mediów, telefonów czy elementarnych usług – ani nie prowadzi zamówień grupowych, choć jest to podstawowa praktyka przy kupowaniu hurtowych ilości produktów i usług.

Podobnie jak w wielu innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, jednym z głównych wyzwań związanych z reformą polskiego systemu służby zdrowia jest rozdrobnienie własności jednostek – kwestia funkcjonowania małych szpitali powiatowych i ich roli w polskim systemie jest od wielu lat głównym tematem debat decydentów¹³.

¹² S. Golinowska, Ch. Sowada i in., *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy*, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa, „Zeszyty mBank – CASE” 2018, nr 156.

¹³ B. Skóbel, R. Rudka, *Sytuacja szpitali powiatowych i perspektywy na przyszłość*. Raport z przeprowadzonych badań ankietowych: <http://zpp.pl/storage/files/2018-08//eec31605e-805ae9982aa5a34c0b75cd24053.pdf> [dostęp: 15.11.2019].

System służby zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej

Nakłady na system ochrony zdrowia w Polsce, jak pokazują dane krajowe i międzynarodowe, są jednymi z najniższych w Europie¹⁴.

Potrzeba reformy systemu służby zdrowia nie jest argumentowana wyłącznie niskimi nakładami na system krajowy (tab. 1), ale również pozostałymi wskaźnikami wydolności systemu (np. wydatki na leczenie szpitalne, liczba lekarzy, liczba łóżek szpitalnych w systemie, średni pobyt w szpitalu statystycznego pacjenta). Powyższe wskaźniki nie służą ocenie efektywności służby zdrowia, gdyż nie uwzględniają analizy odniesienia nakładów w stosunku do przyjętych pacjentów (co w kwestii ekonometrii mogłoby być interesującym wyzwaniem). Natomiast autor artykułu stara się podjąć kwestię wydolności systemu, rozumianej jako ocenę zdolności do wykonywania zadań przy danym poziomie finansowania.

Tabela 1. Wydatki na służbę zdrowia per capita (według parytetu siły nabywczej, USD)

Kraj/Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Polska	1.496,6	1.578,6	1.670,8	1.687,1	1.803,0	1.915,1	2.047,7	2.056,4
Słowacja	1.974,8	2.097,4	2.153,7	2.010,1	2.059,7	2.187,4	2.187,8	2.290,3
Czechy	2.041,9	2.090,5	2.448,5	2.564,6	2.545,5	2.627,7	2.850,4	3.057,6
Szwecja	4.484,4	4.693,9	4.750,5	4.882,1	5.027,3	5.048,9	5.264,4	5.447,1

Źródło: OECD Health Statistics 2019.

Jednym z najbardziej kapitałochłonnych części systemu służby zdrowia są wydatki na leczenie szpitalne (ze względu na połączone koszty administracyjne, koszty zabiegów oraz koszty pozostania w gotowości).

W zestawieniu z systemami służby zdrowia w Czechach lub na Węgrzech, Polska wypada niekorzystnie (wydatki na szpitale w Polsce w całym okresie 2010–2017 utrzymują się ponad poziomem 33% łącznych wydatków na służbę zdrowia, z wyjątkiem roku 2011 [32,9%]). Czeski system notuje obniżenie wydatków na leczenie szpitalne (z 30% łącznych wydatków w roku 2010 do 24,4% w 2017), natomiast węgierski odpowiednik stale utrzymuje niski poziom wydatków na jednostki szpitalne (24,8% wydatków na system służby zdrowia [2010] i 28,1% [2017]). Dla pacjentów w Polsce oznacza to mniej środków na wyposażenie medyczne, gorsze wykorzystanie czasu pracy le-

¹⁴ S. Golinowska, Ch. Sowada i in., *Co dalej z ochroną zdrowia...*

karzy i specjalistów. Brak kontroli i analizy ich wykorzystania doprowadził, w obecnej postaci, do wyraźnego przerostu zatrudnienia w placówkach ochrony zdrowia, szacowanego nawet do 20%. Wskaźnik wykorzystania łóżek w większości szpitali oscyluje w granicach 60–75%, co wpływa na wzrost zadłużenia jednostek i pogarsza ich konkurencyjność wobec stale powiększającego się prywatnego rynku usług medycznych.

Tabela 2. Wydatki na szpitale (jako % łącznych wydatków na ochronę zdrowia kraju w danym roku)

Kraj/Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Polska	33,7	32,9	33,4	33,7	33,8	34,0	33,4	33,9
Czechy	30,0	29,9	29,1	25,8	24,9	24,4	24,0	24,4
Węgry	24,8	24,3	25,7	26,5	26,9	27,5	27,2	28,1

Źródło: Eurostat Database.

Tabela 3 wiele wyjaśnia w kwestii systemu służby zdrowia w Polsce – wskazuje niepohamowany przyrost jednostek w okresie 2009–2017. Niekontrolowany przyrost szpitali w systemie służby zdrowia nie tylko ma wpływ na większe koszty leczenia, ale wskazuje dodatkowo na istotny fakt – wprowadzenie sieci szpitali nie zadziałało. W przypadku sąsiadów lub państw o zbliżonym poziomie rozwoju, można zauważyć tendencje do zmniejszania liczby takich jednostek z racji rozwoju technologii, wykorzystania tańszych opcji (opieka ambulatoryjna, chirurgia jednego dnia, rozszerzone kompetencje lekarza rodzinnego, obecnie również telemedycyna). W Hiszpanii, kraju większym od Polski, liczba jednostek szpitalnych utrzymuje bardzo zbliżony poziom (770 w 2009 roku, 777 w 2017). W Słowacji liczba szpitali zmniejszyła się ze 140 jednostek w roku 2009 do 131 w 2017. Krajowy system zdrowia na Węgrzech również obniżył liczbę leczenia szpitalnego – ze 175 jednostek w roku 2009, do 165 szpitali w 2017.

Tabela 3. Liczba szpitali

Kraj/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Polska	916	953	968	1038	1085	1096	1067	1064	1058
Hiszpania	770	765	763	759	764	763	765	764	777
Słowacja	140	137	140	137	136	134	134	133	131
Węgry	175	175	173	176	173	174	168	168	165

Źródło: OECD Health Statistics 2019.

Autor artykułu uznaje, że sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ) jest właśnie odpowiedzialną na liczebność szpitali w Polsce. Założenia ustawy umożliwiały obniżenie liczebności szpitali przez ich regionalną centralizację, co jest wskazane z powodu rozwoju technologii i zmiany finansowania modelu.

Tabela 4. Liczba lekarzy

Kraj/ Rok	2004	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Polska	85.031	82.813	83.201	84.221	85.025	85.246	87.687	88.437	91.730	90.284

Źródło: Eurostat Database.

Kolejny problem w systemie służby zdrowia w Polsce dotyczy zasobów ludzkich – liczba szpitali powiększyła się o ponad 16% w okresie 2009–2017, natomiast liczba lekarzy, którzy mają prawo do wykonywania zawodu wzrosła tylko ponad 6% (tab. 4). Oznacza to w praktyce zwiększenie zatrudnienia pracowników administracyjnych obsługujących i zarządzających poszczególnymi jednostkami, wzrost liczby małych, nierentownych jednostek szpitalnych oraz coraz rzadszy kontakt lekarza z pacjentem. Dla porównania, w Słowacji liczba lekarzy wzrosła z 4.279 w roku 2000 do 6.408 w 2017. Węgry zwiększyły zatrudnienie personelu lekarskiego w krajowym systemie o ponad 5 tys. lekarzy w analogicznym okresie, natomiast liczba lekarzy praktykujących w Czechach wzrosła z 34.604 do 38.776 w tym samym okresie.

Na niekorzyść systemu ochrony zdrowia działa fakt, że coraz większa liczba chorych leczy się w większej liczbie szpitali, ale przy zbliżonej liczbie lekarzy jako zasobu pracy. Prowadzi to do swoistego zatoru organizacyjnego przez brak możliwości zwiększenia wydajności pracy jako czynnika produkcji (jakim są lekarze), co z kolei uniemożliwia szpitalowi pełne wykorzystanie przekazanego ryczałtu¹⁵.

Tabela 5. Liczba łóżek w krajowym systemie służby zdrowia

Kraj/ Rok	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Polska	255.168	253.815	251.456	252.281	252.352	251.383	251.904	252.029	252.136	251.537

Źródło: Eurostat Database.

¹⁵ B. Skóbel, R. Rudka, *Sytuacja szpitali powiatowych i perspektywy na przyszłość...*

Wzrost liczby szpitali powinien być skorelowany ze wzrostem liczby łóżek szpitalnych (tab. 5). Jednakże w Polsce liczba dostępnych łóżek w szpitalach zmniejszyła się o ponad 1,7%, co w połączeniu z niewielkim wzrostem zatrudnienia lekarzy i znacznym zwiększeniem liczby jednostek szpitalnych określa główny problem systemu służby zdrowia w Polsce. Potwierdza to po raz kolejny, że system jest obciążony mniejszymi jednostkami, które ponosząc wymagane koszty (również trudno mierzalne koszty utrzymania gotowości do realizacji świadczeń medycznych), leczą mniejszą liczbę pacjentów.

Kraje Europy Środkowo-Wschodniej dawno rozpoczęły proces redukcji liczby łóżek szpitalnych¹⁶ – Czechy (zmniejszenie z 79.985 łóżek do 70.214 łóżek), Węgry (zmniejszenie z 83.271 do 68.702) i Słowacja (zmniejszenie z 42.333 do 31.659) potwierdzają zasadność zmian w krajowych systemach służby zdrowia.

Ostatnie dane dotyczą średniego pobytu w szpitalu statystycznego pacjenta. W tym przypadku system służby zdrowia w Polsce notuje jeden z lepszych wyników w całej Europie Środkowo-Wschodniej (tab. 6). W 2017 roku statystyczny pacjent leżał w polskim szpitalu 7 dni, natomiast – dla porównania – w Czechach leżał 9,3 dnia, na Węgrzech 9,6 dnia, na Słowacji 7,3 dnia oraz na Słowenii 6,9 dnia.

Tabela 6. Średni pobyt w szpitalu

Kraj/ Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Polska	7,4	7,2	7,1	6,9	7,1	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0

Źródło: Eurostat Database.

Średni okres pobytu w szpitalu jest jednym z niewielu czynników, które pozytywnie oddziałują na system. Zasada w tym przypadku jest prosta: wydłużenie okresu średniego pobytu pacjenta w szpitalu oznacza dłuższe oczekiwanie na realizację świadczenia medycznego.

¹⁶ J. Baranowski, A. Windak, *Hospitals in Europe: Healthcare data*, HOPE Publications, Brussels 2018, http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/07/2018_Hospitals-in-EU-28-Synthesis-final-for-publication-002.pdf [dostęp: 5.11.2019].

Ostatnie zmiany w systemie służby zdrowia

Ostatnie reformy służby zdrowia wydatnie podnoszą rolę państwa jako regulatora systemu (wprowadzone zmiany wyraźnie sprzyjają własności publicznej), przy jednoczesnym obniżeniu konkurencji w sektorze¹⁷. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zasadny wydaje się pomysł ustawodawcy, aby obowiązujący model finansowania z wykorzystaniem stawki kapitałowej został wsparty dodatkami motywacyjnymi (za realizację profilaktyki, promocji zdrowia, koordynacji opieki w chorobach przewlekłych)¹⁸.

Pierwszą zasadniczą zmianę wprowadzono wraz z nowelizacją ustawy o działalności leczniczej w dniu 28 listopada 2018 roku.

Celem ustawy było zatrzymanie komercjalizacji szpitali, określenie sposobu pokrycia długu (przez organ założycielski, zazwyczaj jednostka samorządu terytorialnego) oraz określenie przeznaczenia zysku szpitali (wypracowany zysk nie może być przeznaczony na nic innego niż inwestycje lub podwyżki płac pracowników). Był to pierwszy krok w celu zmniejszenia atrakcyjności sektora służby zdrowia dla właścicieli prywatnych¹⁹.

Wdrożenie modyfikacji finansowania w systemie służby zdrowia w Polsce rozpoczęło się pod kierownictwem ministra Konstantego Radziwiłła od przygotowania ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (czyli tzw. sieć szpitali – PSZ), uchwalonej przez Sejm 23 marca 2017 roku i obowiązującej do 30 czerwca 2021 roku²⁰.

Ministerstwo Zdrowia zamierza, dzięki wdrożeniu sieci szpitali, wpłynąć na²¹:

1. koordynację leczenia pacjenta – lepsza dostępność poradni przyszpitalnych i kompleksowa opieka nad pacjentem, także w przypadku wystąpienia powikłań;

¹⁷ K. Dubas-Jakóbczyk, I. Kowalska-Bobko, Ch. Sowada, *The 2017 Reform of the Hospital Sector in Poland – The Challenge of Consistent Design*, „Health Policy” 2019, vol. 123, no. 6, p. 538–543.

¹⁸ J. Baranowski, A. Windak, *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*, Sprawne Państwo – Program Ernst & Young, Warszawa 2012, [dostęp: 10.11.2019], [https://www.ey.com/Publication/vwLuAssets/Sprawne_Panstwo_Optymalizacja_POZ/\\$FILE/Sprawne-Panstwo-Optymalizacja-POZ-05092012.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLuAssets/Sprawne_Panstwo_Optymalizacja_POZ/$FILE/Sprawne-Panstwo-Optymalizacja-POZ-05092012.pdf)

¹⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej...

²⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...

²¹ Za: <http://siecszpitali.mz.gov.pl> [dostęp: 12.11.2019].

2. skrócenie czasu oczekiwania na SOR i w izbach przyjęć – przy SOR-ach i izbach funkcjonują przychodnie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, które mają rozładować kolejki na SOR i izbach przyjęć;

3. zapewnienie rehabilitacji pacjentowi – zapewnienie pacjentowi leczenia szpitalnego, odpowiedniej poradni specjalistycznej i rehabilitacji.

Wprowadzenie PSZ zakłada grupowanie szpitali w poszczególnych województwach do jednej z sześciu grup zaszerogowania: pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne (czwarty poziom), szpitale pediatryczne (piąty poziom) i szpitale ogólnopolskie (instytuty i pozostałe szpitale kliniczne – szósty poziom). Do warunków kwalifikacji zaliczono: udzielanie świadczeń medycznych w formie hospitalizacji oraz nieprzerwaną realizację umowy z NFZ w ciągu dwóch ostatnich lat²².

Wprowadzenie ryczałtu dla szpitali ma dodatkowy efekt – zlikwidowano dotychczasowe świadczenie usług medycznych w ramach konkursów ofert i proces kontraktowania realizacji świadczeń medycznych. Na finansowanie sieci szpitali przeznaczone zostało ok. 91% wszystkich środków zaplanowanych na szpitale oraz około 37% środków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną – AOS²³. Kwota wsparcia może podlegać zmianom, poprzez uwzględnienie liczby faktycznie zrealizowanych świadczeń. Niemniej jednak w każdym sektorze gospodarki kwestia zagwarantowania finansowania dla podmiotu publicznego powoduje obniżenie jakości usług i efektywności działania instytucji²⁴.

Kolejnym rozwiązaniem, przydatnym zwłaszcza w kwestii ograniczonych zasobów kadrowych, jest podział dyżurów szpitali na ostre i tępe. Pełna obsada wszystkich bloków operacyjnych w większych miastach jest zbędna przez 24 godziny na dobę. Umożliwi to nie tylko ograniczenie kosztów, ale również bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami ludzkimi (lekarze, pielęgniarki). W tym przypadku potencjalne oszczędności sięgają co najmniej kilku-kilkunastu tysięcy złotych na jeden oddział w szpitalu w okresie miesięcznym (w skład wchodzi nie tylko koszt wynagrodzenia pielęgniarek, lekarzy operatorów, lekarzy asystujących – czyli całego personelu bloku operacyjnego), ale jest to również transfer zagospodarowania pozosta-

²² K. Dubas-Jakóbczyk, I. Kowalska-Bobko, Ch. Sowada, *The 2017 Reform of the Hospital...*

²³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...

²⁴ P. Augustynowicz, G. Kwiatkowski, *Znaczenie przedsiębiorstw państwowych w światowej gospodarce – uwarunkowania i kierunki zmian*. IX Kongres Ekonomistów Polskich: Ekonomia dla przyszłości. Odkrywając naturę i przyczyny zjawisk gospodarczych, Warszawa 2013.

tych zasobów w najbardziej racjonalne miejsce, czyli do szpitala, który i tak pełni ostry dyżur. Harmonogram dyżurów jest ustalony przez wojewodów i samorządy, przy współdziałaniu NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Dyspozytornie ratownictwa medycznego, posiadające pełną informację nt. harmonogramu dyżurów, kierują poszczególne zespoły medyczne do jednostek, które pełnią dyżury ostre²⁵. Oczywiście każdy podwykonawca w systemie ochrony zdrowia, jak i pojedynczy pacjent, powinien dokładnie wiedzieć, który szpital pełni dyżur – a to jest znaczny wysiłek (i koszt) informacyjno-promocyjny.

Dodatkowo, oprócz reorganizacji w ostatnim czasie, pojawiło się kilka pomysłów modyfikacji finansowania systemu służby zdrowia – m.in. zmiana instytucji płatniczej w systemie. Dla przykładu w Polsce, gdzie funkcjonują wyłącznie publiczne ubezpieczenia, koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia wynoszą ponad 1% całego budżetu (Sprawozdanie z Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2014 rok). Należy zaznaczyć, że administracyjna zmiana instytucji nie usprawni wydolności systemu, dopóki nie będzie związana z demonopolizacją sektora ubezpieczeń zdrowotnych. Likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia i ustanowienie agencji działających przy wojewodach oraz wprowadzenie finansowania ochrony zdrowia przez system budżetowy przy obecnym stanie systemu służby zdrowia, w opinii autora, nie jest najbardziej pożądana. Argumentem za wdrożeniem reformy NFZ są wysokie koszty poboru składek zdrowotnych i dofinansowania dla grup, które składek nie odprowadzają (choć to właśnie system budżetowy będzie promował pracę „na czarno”, ze względu na brak obowiązkowego zobowiązania składkowego w wynagrodzeniu). Natomiast co do kosztów, to w roku 2016 budżet NFZ wyniósł powyżej 69 mld złotych, w tym koszty poboru składek z ZUS wyniosły 131 mln, a koszty organizacyjne NFZ to prawie 735 mln²⁶. Czy są to wysokie koszty organizacji systemu? Dla przykładu, z prawie 45 mld euro przeznaczonych na krajowe programy unijne w perspektywie 2013–2020, na Program Pomoc Techniczna (jako narzędzie wzmacniania administracji oraz wsparcie instytucji odpowiedzialnych za realizację projektów) zaplanowano 700,12 mln euro²⁷.

Ustawodawca został również zmuszony przez protest rezydentów do zmiany ustawy o świadczeniach i wzrostu nakładów finansowych na sys-

²⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...

²⁶ Finanse NFZ, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz> [dostęp: 9.04.2020].

²⁷ Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Program Operacyjny: Pomoc Techniczna 2014–2020, Warszawa 2014, <https://www.popt.gov.pl> [dostęp: 10.11.2019].

tem ochrony zdrowia w perspektywie 2018–2023 w relacji do PKB: w 2018 – 4,78% PKB, w 2019 – 4,86% PKB, w 2020 – 5,03% PKB, w 2021 – 5,30% PKB, w 2022 – 5,55% PKB, a w 2023 – 5,80% PKB. Oczywiście największa skala wzrostów jest oddalona w perspektywie czasowej. Ustawa gwarantuje środki na podwyżkę wynagrodzeń zasadniczych na lata 2018–2020 do wysokości 6.750 zł brutto miesięcznie dla lekarzy i lekarzy dentyków posiadających specjalizację²⁸. Istotny w tym przypadku jest fakt, że plan finansowy określono do roku 2023, natomiast zabezpieczenie podwyżek do 2020.

Ustawodawca ma w planach również zmianę podstawy finansowania systemu służby zdrowia z systemu ubezpieczeniowego na system budżetowy²⁹. W systemie ubezpieczeniowym składka jest pieniądzem oznaczonym, czyli jest transferowana przy pomocy ZUS i NFZ na konkretny cel (system służby zdrowia), natomiast system budżetowy i finansowanie systemu przez podatki prowadzi do upolitycznienia zakresu transferu zasobów na ochronę zdrowia. Jednakże system budżetowy nie jest lekarstwem na każdą niedoskonałość systemu ochrony zdrowia – w czasach kryzysu finansowego kraje posiadające budżetowy system finansowania obniżyły od kilku do kilkunastu procent nakłady na krajowe systemy służby zdrowia. Ponadto brak systemu ubezpieczeniowego będzie korzystny dla osób pracujących w szarej strefie, z racji tego, że niezależnie od źródła nierejestrowanych dochodów jednostka jest ubezpieczona przez państwo.

Dyskusja

W opinii autora, nawet w obecnych czasach kontrowersyjna jest prywatyzacja sektora ochrony zdrowia, która otwiera wiele możliwości rozwoju dla krajowego systemu. W skali całej gospodarki potencjalne oszczędności w nakładach na publiczną służbę zdrowia sięgają poziomu ok. 2% PKB³⁰.

²⁸ Ministerstwo Zdrowia, Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania> [dostęp: 15.11.2019].

²⁹ E. Hellich, A. Wierchowska, *Nowy model finansowania szpitali w Polsce – szanse i zagrożenia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, seria: Studia Ekonomiczne, nr 333, s. 77–89.

³⁰ Economics Department Organisation for Economic Co-operation and Development, *Health Care Systems: Getting More Value for Money*, OECD “Economics Department Policy Notes” 2010, no. 2.

Oznacza to, że w jednostkach sektora ochrony zdrowia istnieją znaczne możliwości optymalizacji procesów. Co ciekawe, z badań ekspertów OECD wynika, że dzięki bezkosztowej reorganizacji można wpłynąć na przeciętną długość życia statystycznego obywatela Polski w sposób nieinwazyjny – może być wydłużone o prawie dwa lata. Nie trzeba w tym przypadku inwestować w infrastrukturę, w drogie urządzenia, w szkolenia specjalistów – do osiągnięcia tego celu wystarczy poprawa efektywności służby zdrowia, gruntowna restrukturyzacja archaicznego w dzisiejszych czasach systemu. Dodatkowe pompowanie środków w system wydaje się nieuzasadnione – jeżeli rząd podniósłby nakłady na ochronę zdrowia o 10%, osiągnięto by efekt w postaci wydłużenia długości życia tego samego obywatela o zaledwie 3–4 miesiące.

Niebezpieczeństwem, patrząc na formę ryczałtowego finansowania instytucji z jej perspektywy, jest fakt, że pacjent staje się kosztem szpitala (pieniądz jest transferowany przed wykonaniem świadczenia). Obecny model finansowania świadczeń medycznych w Polsce opiera się o zasadę *fee for service*, plus stawka kapitacyjna w podstawowej opiece zdrowotnej³¹. Prowadzi to do sytuacji maksymalizacji przedmiotu opłaty, czyli liczby usług, a nie na efekty leczenia. W przypadku ryczałtu szpitala nie interesuje większa liczba przyjętych pacjentów, czy liczba i rodzaj realizowanych świadczeń i jej zróżnicowanie regionalne, gdyż podstawą kwalifikacji w sieci szpitali jest posiadana przez jednostkę infrastruktura. Ryczałt nie motywuje wyższej jakości usług, wyższego poziomu opieki dla pacjenta – zwłaszcza w środowisku zdominowanym przez instytucje publiczne. Dodatkowo dochodzi jeszcze kwestia zaniku mechanizmów konkurencyjnych i brak bodźców wymuszających poprawę jakości usług – w tym przypadku również transfer realizacji prostych świadczeń medycznych z ambulatoriów do szpitali – wysokie koszty opieki szpitalnej w porównaniu z opieką ambulatoryjną.

Kolejną kwestią jest założenie skrócenia kolejek, które z racji ograniczonych organizacyjnych zasobów po prostu nie może wystąpić. Fakt, że pacjenci zapisani w jednostkach, które nie zostały zakwalifikowane do sieci szpitali, zostaną przetransferowani do jednostek ujętych w sieci (bez straty lub wydłużenia terminu), wpłynie na harmonogram realizacji świadczeń medycznych.

W kwestii oszczędności uzyskanych dzięki wprowadzeniu PSZ, Ministerstwo Zdrowia pośpieszyło się, identyfikując trend malejących zobowią-

³¹ M. Kolwitz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Sztetynensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, z. 56, nr 3, s. 131–143.

zań wymagalnych szpitali. Rzeczywiście, po pierwszym kwartale 2018 roku suma zobowiązań wymagalnych wszystkich szpitali zmalała do 1,47 mld zł, jednakże potem nastąpił ponowny wzrost zobowiązań do poziomu powyżej 2 mld zł³² (najwyższy poziom od roku 2015), co podaje w wątpliwość skuteczność implementacji zmian.

W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów zawieranych z tymi podmiotami, i w rezultacie pogorszenia ich sytuacji finansowej. Część procedur medycznych – wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym – można realizować w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, co umożliwiłoby diametralne obniżenie kosztów hospitalizacji. Skrócenie czasu pobytu w szpitalu to nie tylko komfort pacjenta, ale również oszczędności w wykorzystywanej powierzchni szpitali, co umożliwiłoby połączenie jednostek.

W przypadku powszechnych patologii organizacyjnych systemu znamienne są dane wicewojewody opolskiego, który potwierdził, że liczba pielęgniarek i położnych obecnie zarejestrowanych powinna zaspokoić wszystkie potrzeby placówek w regionie. Problemem jest to, że np. w oddziale położniczym w jednym ze szpitali jest 20 pielęgniarek, a w placówce rocznie przychodzi na świat niespełna trzysta dzieci. Dodatkowo istnieją w Polsce szpitale, gdzie obłożenie łóżek w oddziale sięga zaledwie kilkunastu procent.

Jako kolejny punkt w kwestii potrzeb systemu służby zdrowia dochodzi aktualność wyceny świadczeń medycznych, czyli taryfikacja świadczeń. Koszt wyliczany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oparty jest na danych udostępnianych przez szpitale (brak odniesienia i analizy odchylenia od modelu optymalnego), nawet wskaźnik wzrostu kosztów nie uwzględnia istotnych kosztów płacowych. Algorytm AOTMiT nie uwzględnia kosztów pozostawania w gotowości bez realizacji świadczeń – należy oddzielić koszty utrzymania szpitala w gotowości (personelu, media, ubezpieczenia etc.) od wyceny świadczeń.

Biorąc pod uwagę cztery podstawowe funkcje zarządzania, należy również zaznaczyć miejsce motywacji w systemie, zwłaszcza w kwestii przyznawania funduszy. Potrzebna kwestią z punktu widzenia efektywności systemu jest wdrożenie dodatkowej odpłatności za parametry leczenia, a nie za samo wykonanie – pozwoli to na realizację świadczeń medycznych szybciej i efektywniej, np. taryfikacja chirurgicznego leczenia otyłości nie uwzględnia

³² Za: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz> [dostęp: 8.11.2011].

wielowariantowości ścieżki leczenia pacjenta w szpitalu, który w przypadku przedmiotowego zabiegu w częstej liczbie przypadków potrzebuje opieki psychologicznej.

Główną kontrowersją nowych przepisów jest brak w kryteriach włączenia do sieci jakości opieki oraz wyników zdrowotnych i/lub środków efektywności. Ważne będzie dokładne monitorowanie jego skutków, dostosowanie regulacji w razie potrzeby i włączenie jej w bardziej kompleksową strategię przyszłego rozwoju sektora szpitalnego w Polsce. Należy wprowadzić elementy motywacyjne do sieci szpitali: w przypadku niezrealizowania określonej liczby świadczeń medycznych – obniżenie kontraktu lub likwidację nierentownego oddziału. W przypadku przekroczenia liczby świadczeń istotnych dla województwa lub celów NFZ – premię finansową.

Nowoczesne rozwiązania telekomunikacyjne i informatyczne oferują zwiększenie produktywności przy ograniczonych zasobach – i w tym przypadku służba zdrowia nie jest żadnym wyjątkiem. Telemedycyna jako najnowocześniejsza forma świadczenia usług medycznych wykorzystująca zaawansowane osiągnięcia informatyki i telekomunikacji do monitorowania pacjentów na odległość jest jedną z możliwości produktywności, ale i obniżenia kosztów i ułatwienia pacjentowi kontaktu z lekarzem.

Poprawę funkcjonowania systemu również będzie można uzyskać przez ukończenie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (systemu P1) oraz pełną funkcjonalność elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Umożliwi to przesłanie wyników badań medycznych do rejestrów epidemiologicznych, żeby dokonać analizy efektów leczenia. Umożliwi to Ministerstwu Zdrowia kształtowanie i prognozę koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych, przy uwzględnieniu potwierdzonego badaniami rachunku kosztów.

Podsumowanie

Kwestia efektywności służby zdrowia jest dogłębnie analizowana w literaturze naukowej. Co ciekawe, własność publiczna w niektórych wypadkach jest niezbędna. W niektórych przypadkach (np. wodociągi, armia, policja itp.), które mają fundamentalne znaczenie dla państwa, nie ma możliwości, aby prywatny dostawca mógł nie tylko dorównać jakością publicznemu odpowiednikowi, ale również zaoferować klientowi atrakcyjną cenę.

System ochrony zdrowia w Polsce wymaga nie tylko gruntownych zmian, ale również ciągłości modyfikacji w celu zapewnienia finansowania³³. Żadna poważna reforma (zwłaszcza jednego z głównych sektorów gospodarki krajowej) nie może być starannie zaplanowana, wdrożona i jej skutki nie mogą zostać w pełni oszacowane podczas jednej kadencji Sejmu. Jednakże, w opinii autora, wydatne podniesienie jakości realizacji usług medycznych wymusza uczestnictwo kapitału prywatnego – chociażby po to, aby wymusić motywację doskonalenia efektywności działania. Placówki systemu ochrony zdrowia, które działają skutecznie i zapewniają bezpieczeństwo procedur, powinny być dodatkowo premiovane za realizację określonych przez Ministerstwo Zdrowia wybranych efektów leczenia.

Istnieje kilka wniosków na przyszłość w odniesieniu do systemu służby zdrowia w Polsce. Społeczeństwo polskie starzeje się, a średnie wydatki NFZ na jednego ubezpieczonego powyżej 65 roku życia są około 3-krotnie wyższe niż dla młodszej części populacji³⁴. To spowoduje lawinowy wzrost wydatków na opiekę zdrowotną, a utrzymanie uniwersalnego modelu opieki zdrowotnej wymaga racjonalności oraz konsolidacji placówek opieki zdrowotnej. Kolejne rządy będą musiały stawić czoła biurokracji i liberalizacji przepisów, które ograniczają rolę pracowników służby zdrowia i sztucznie podnoszą koszty badań medycznych.

Bibliografia

- Augustynowicz P., Kwiatkowski G., *Znaczenie przedsiębiorstw państwowych w światowej gospodarce – uwarunkowania i kierunki zmian*. IX Kongres Ekonomistów Polskich: Ekonomia dla Przyszłości. Odkrywając naturę i przyczyny zjawisk gospodarczych, Warszawa 2013.
- Baranowski J., Windak A., *Hospitals in Europe: Healthcare data*, HOPE Publications, Brussels 2018, http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/07/2018_Hospitals-in-EU-28-Syn-thesis-final-for-publication-002.pdf.
- Baranowski J., Windak A., *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*, Sprawne Państwo – Program Ernst & Young, Warszawa 2012, [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Sprawne_Panstwo_Optymalizacja_POZ/\\$FILE/Sprawne-Panstwo-Optymalizacja-POZ-05092012.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Sprawne_Panstwo_Optymalizacja_POZ/$FILE/Sprawne-Panstwo-Optymalizacja-POZ-05092012.pdf).
- Byszewski G., *Wprowadzenie sieci szpitali z punktu widzenia polityki publicznej*, „Studia z Polityki Publicznej” 2018, nr 2 (18), s. 25–36.

³³ NIK, Departament Zdrowia, Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i porządane kierunki zmian, Warszawa 14.05.2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> [dostęp: 10.11.2019].

³⁴ NFZ, Dane, <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje> [dostęp: 7.01.2020].

- Dubas-Jakóbczyk K., Kowalska-Bobko I., Sowada Ch., *The 2017 Reform of the Hospital Sector in Poland – The Challenge of Consistent Design*, „Health Policy” 2019, vol. 123, no. 6, p. 538–543.
- Economics Department Organisation for Economic Co-operation and Development, *Health Care Systems: Getting More Value for Money*, OECD “Economics Department Policy Notes” 2010, no. 2.
- Fiszler J.M., *Efekty transformacji ustrojowej i integracji państw Europy Środkowo-Wschodniej z Unią Europejską*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2016, nr 2 (53), s. 97–124.
- Golinowska S., Sowada Ch. i in., *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy*, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa, „Zeszyty mBank – CASE” 2018, nr 156.
- GUS, 2018, *Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w I kwartale 2018 r.*, ZWSGUS, Warszawa, <<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacyzatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/zatrudnienie-i-wynagrodzenia-w-gospodarce-narodowej-w-pierwszymkwartale-2018-r-,1,30.html>>
- Hellich E., Wierzchowska A., *Nowy model finansowania szpitali w Polsce – szanse i zagrożenia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, seria: Studia Ekonomiczne, nr 333, s. 77–89.
- Kolwicz M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, z. 56, nr 3, s. 131–143.
- Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Program Operacyjny: Pomoc Techniczna 2014–2020, Warszawa 2014, <https://www.popt.gov.pl>.
- Ministerstwo Zdrowia, *Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania*, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania>.
- NFZ, Dane, <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje>.
- NIK, Departament Zdrowia, *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 14.05.2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>.
- Skóbel B., Rudka R., *Sytuacja szpitali powiatowych i perspektywy na przyszłość*. Raport z przeprowadzonych badań ankietowych: <http://zpp.pl/storage/files/2018-08//eec31605e-805ae9982aa5a34c0b75cd24053.pdf>.
- Squires D.A., *Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices, and Quality*, “Commonwealth Fund” 1995, vol. 10.
- Świerkot J., *Zastosowanie jednorodnych grup pacjentów w zarządzaniu kosztami szpitala publicznego*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas” 2016, seria: Zarządzanie, nr 2, s. 275–284.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. Nr 112, poz. 6786, ze zm.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008, nr 164, poz. 1027 z zm.
- Wasilewski D., *Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu*, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017, <https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2020/01/Siec-szpitali-2017.pdf>.

- Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.
- Wołoszyn A., Lubieńczuk G., *Normatywne uwarunkowania reformy systemu ochrony zdrowia*, [w:] E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.

Źródła internetowe

- <http://siecszpitali.mz.gov.pl>
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz>
<https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz>
<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje>.

