

## MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH W PROCESIE NIWELOWANIA NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

Tomasz DYMYT

Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej, Jelenia Góra; tdymyt@wp.pl,  
ORCID: 0000-0002-5228-053X

**Streszczenie:** Powstałe w Polsce nierówności w zdrowiu są efektem funkcjonowania historycznie uwarunkowanego modelu udzielania świadczeń zdrowotnych. Brak spójnej polityki państwa w zakresie modelowania i wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia przyczynił się do utrwalenia nieefektywnej i nieadekwatnej do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jego struktury. W zakresie kreowania wiarygodnych narzędzi prognostycznych w sektorze ochrony zdrowia, powstanie map potrzeb zdrowotnych ma znaczenie fundamentalne. Biorąc pod uwagę ograniczoność zasobów, optymalizacja systemu ochrony zdrowia, przy wykorzystaniu narzędzi prognostycznych, jest procesem nieodzownym dla niwelowania nierówności społecznych w zdrowiu. Rezygnacja z regulacyjnej roli państwa w tym obszarze oraz przerwienie znaczącej części odpowiedzialności za system na niepowiązanych ze sobą jego uczestników (m.in. samorządy, MSWiA, MS, MZ, uniwersytety medyczne, podmioty prywatne) doprowadziły do znaczącej jego dekompozycji, utraty spójności i niejasnego podziału odpowiedzialności za zabezpieczenie zdrowotne populacji. Celem artykułu jest przedstawienie istoty i identyfikacja uwarunkowań nierówności w zdrowiu w ujęciu systemowym i historycznym oraz opisanie celów, przesłanek i roli map potrzeb zdrowotnych w modelowaniu systemu ochrony zdrowia. W artykule dokonano przeglądu literatury przedmiotu oraz analizy dokumentów i aktów prawnych dotyczących polityki zdrowotnej. Wobec rosnącego niedoboru zasobów przekształcenia i łączenie struktur lecznictwa szpitalnego, zarówno na określonych obszarach jak i w samych jednostkach, są procesem nieuniknionym. Przyszła efektywność kosztowa oraz jakościowa będzie ściśle uzależniona od racjonalności i kontrolowalności nadchodzących procesów konsolidacyjnych.

**Słowa kluczowe:** mapy potrzeb zdrowotnych, system opieki zdrowotnej, zdrowie publiczne, ochrona zdrowia, nierówności w zdrowiu.

## MAPPING HEALTH NEEDS TO SUPPORT THE PROCESS OF HEALTH INEQUALITIES LEVELING

**Abstract:** The inequalities in health that have arisen in Poland are the effect of the historically conditioned model of providing health services to the society. Lack of a coherent state policy, in the field of modeling and use of the health care system resources, contributed to the consolidation of inefficient and inadequate to identified health needs, its structures. In the area of creating reliable prognostic tools in the health care sector, the creation of health needs maps is of fundamental importance. Considering the limited resources, optimization of the health care system, using forecasting tools, is an indispensable process for eliminating social inequalities in health. The resignation from the regulatory role of the state in this area and transferring a significant part of responsibility for the system to unrelated participants (including local governments, Ministry of Interior and Administration, Ministry of Justice, Medical Universities, private entities) led to its significant decomposition, loss of coherence and unclear division of responsibility for health protection of the population. The aim of the article is to present the essence and identification of determinants of inequalities in health in systemic and historical terms and to describe the goals, premises and role of health needs maps in modeling the health care system. The article reviews literature and analysis of documents and legal acts regarding health policy. In the face of growing scarcity of resources, transformations and combining hospital treatment structures, both in specific areas and in the units themselves, are inevitable. Future cost and quality efficiency will be strictly dependent on the rationality and controllability of the incoming consolidation processes.

**Keywords:** maps of health needs, health care system, public health, health care, inequalities in health.

### 1. Wprowadzenie

W systemie opieki zdrowotnej dominują dwa obszary: zdrowie publiczne oraz ochrona zdrowia. Podstawową funkcją zdrowia publicznego, jako dziedziny wiedzy i praktyki, jest całokształt działań, które mają na celu zabezpieczenie zdrowotne sensu stricto (Kulik i in., 2002), podczas gdy system ochrony zdrowia, jako uporządkowany zbiór zasobów tworzących zorganizowaną całość, odpowiednio finansowany i zarządzany, mający na celu zapewnienie opieki medycznej oraz poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, zajmuje się organizacją oraz finansowaniem instytucjonalnej formy udzielania świadczeń (Wojtczak, 2015). Zatem za podstawowy cel systemu ochrony zdrowia uznaje się poprawę stanu zdrowia populacji, przy zapewnieniu powszechności i równości w dostępie do opieki zdrowotnej, wraz z efektywnym wykorzystaniem zasobów będących w dyspozycji podmiotów leczniczych (WHO, 2011).

Według Światowej Organizacji Zdrowia zdrowiem określa się stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrostan subiektywny), a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności (WHO, 1946). W ostatnich latach definicja ta została

uzupełniona o sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego, a także o wymiar duchowy (Chuengsatiansup, 2003).

Kwestia znaczącego subiektywizmu w ocenie stanu zdrowia, zarówno jednostki, jak i zbiorowości, jest istotna w kontekście rozważań o możliwym niwelowaniu nierówności w zdrowiu, w oparciu o wybrane narzędzia prognostyczne (m.in. mapy potrzeb zdrowotnych), gdyż niezależnie od przyjętego modelu organizacji ochrony zdrowia oraz poziomu jego finansowania, nie istnieje we współczesnym świecie jeden docelowy, uznawany za sprawiedliwy, system ochrony zdrowia, który społeczeństwo byłoby w stanie powszechnie zaakceptować. Ponadto poszerzanie geograficznego obszaru analizy prowadzi do przenikania i nakładania się odmiennych rozwiązań stosowanych w funkcjonujących systemach ochrony zdrowia w Europie i na świecie, co również może zniekształcać obserwacje (także m.in. w wyniku stosowania Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej).

Pojęcie nierówności w zdrowiu opiera się na założeniu, iż nierówności te odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, które uważane są za niesprawiedliwe a jednocześnie ich zmniejszenie stanowi nakaz etyczny, akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw (WHO, 2011). Obserwowane nierówności w zdrowiu, będące między innymi konsekwencją nierównomiernej alokacji zasobów systemu ochrony zdrowia, skłaniają do wielopłaszczyznowej analizy tego zjawiska, która docelowo powinna być podstawą do podejmowania złożonych działań systemowych, mających na celu wyrównywanie różnic społecznych w tym obszarze. Istotne jest zatem wykorzystanie wiarygodnych narzędzi prognostycznych, pozwalających na modelowanie istniejącego systemu w oparciu o mierzalne kryteria. Powstanie map potrzeb zdrowotnych (wraz z ich kolejną już edycją) winno konsekwentnie znajdować coraz szersze odzwierciedlenie w decyzjach podejmowanych przez podmioty kreujące rynek ochrony zdrowia w Polsce.

Celem artykułu jest przedstawienie istoty i identyfikacja uwarunkowań nierówności w zdrowiu w ujęciu systemowym i historycznym oraz opisanie celów, przesłanek i roli map potrzeb zdrowotnych w modelowaniu systemu ochrony zdrowia. W artykule wykorzystano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa z obszaru zdrowia publicznego, w tym akty prawne oraz opracowania branżowe.

## **2. Istota nierówności w zdrowiu – uwarunkowania systemowe i historyczne**

W literaturze anglojęzycznej funkcjonuje wiele, jak się wydaje, równoległych pojęć określających nierówności (*health inequality*), nieuczciwości (*health unfairness*) czy niesprawiedliwości (*health inequity*) w zdrowiu. Niezależnie od różnic semantycznych dotyczą one tego samego zjawiska, mającego równocześnie charakter wertykalny oraz horyzontalny.

Nierówności pierwszego typu odnoszą się do braku dostępu do porównywalnych zasobów przez pacjentów definiujących swoje potrzeby w podobny sposób, podczas gdy horyzontalny charakter nierówności dotyczy dostępności do poszerzonych zasobów przez pacjentów z większymi potrzebami (Cianciara, 2015).

Doniosłą w tym kontekście staje się kwestia oceny porównywalności dostępnych świadczeń w aspekcie subiektywnych potrzeb pacjentów. Biorąc pod uwagę, iż żaden system ochrony zdrowia nie jest w stanie zapewnić nieograniczonego dostępu do swoich zasobów, ograniczenie nierówności o charakterze wertykalnym należałoby rozpatrywać głównie w odniesieniu do leczenia ambulatoryjnego (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja ambulatoryjna) oraz podstawowych zakresów leczenia szpitalnego (interna, pediatria, ginekologia z położnictwem oraz chirurgia ogólna).

W szerszym znaczeniu analizie poddaje się również dysproporcje w stanie zdrowia całej populacji, będące wynikiem wielorakich uwarunkowań, zarówno społecznych jak i ekonomicznych. Są to więc nierówności o charakterze społecznym, których – niezależnie od faktycznych możliwości ich uniknięcia – nie sposób uznać za sprawiedliwe.

Międzynarodowe organizacje analizujące omawianą problematykę, m.in. Amerykańskie Centra ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (Centers for Disease Control and Prevention), wyróżniają pięć podstawowych determinant zdrowia populacji (Centers, 2018):

- biologia i genetyka (np. płeć i wiek),
- indywidualne zachowania (np. spożywanie alkoholu, uzależnienie od narkotyków podawanych drogą dożylną, ryzykowne zachowania seksualne bez zabezpieczenia, palenie papierosów),
- otoczenie społeczne (np. dyskryminacja, poziom dochodu, płeć),
- otoczenie fizyczne (np. miejsce zamieszkania, gęstość zaludnienia),
- usługi zdrowotne (np. dostęp do opieki zdrowotnej na właściwym poziomie, posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego bądź jego brak).

Wymieniona systematyka stanowi doprecyzowanie koncepcji opublikowanej w 1974 roku w raporcie Lalonde'a. Podzielił on tzw. pole zdrowia na czynniki biologiczne, środowisko bytowania, styl życia oraz organizację opieki zdrowotnej (Cianciara, 2015). Niezależnie od faktu, iż za jedną z determinant zdrowia badacze uznają poziom dostępności do jakościowo adekwatnych usług zdrowotnych, to jednak nie ma ona znaczenia kluczowego. Biorąc pod uwagę, iż dotychczasowe badania szacują wpływ samego systemu ochrony zdrowia na zdrowie populacji w przedziale 10-15% (Wysocki, Miller, 2003), działania oparte w głównej mierze na celowanych programach profilaktycznych mają w tym obszarze znaczenie fundamentalne.

Piśmiennictwo obfituje w dyskusje nad przyczynami nierówności w zdrowiu, niemniej jednak najpowszechniejszą jest teza, iż powodowane są one poprzez czynniki strukturalne, będące konsekwencją polityki publicznej (McCartney i in., 2013).

W Polsce zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, poprzez określenie zadań z zakresu zdrowia publicznego, stało się po raz kolejny jednym z nadrzędnych celów

Narodowego Programu Zdrowia (aktualnie na lata 2016-2020) oraz uchwalonej 11 września 2015 roku ustawy o zdrowiu publicznym. Cel ten ma zostać osiągnięty poprzez szczegółowe doprecyzowanie celów operacyjnych, określenie podmiotów zobowiązanych do ich realizacji oraz wskazanie źródeł finansowania zadań. Niemniej jednak, niezależnie od formalno-prawnych podstaw realizacji celów, mających prowadzić do zmniejszenia nierówności w zdrowiu, każdorazowo materialną podstawę ich realizacji stanowią zasoby istniejącego systemu ochrony zdrowia.

Kluczową kwestią w analizie systemu ochrony zdrowia jest ocena jego funkcjonowania w obszarze zarówno efektywnego wykorzystania zasobów, jak i wpływu poszczególnych jego elementów na równomierną, niegenerującą różnic społecznych alokację posiadanych aktywów. Badając zasadność fizycznego umiejscowienia zasobów w określonym miejscu systemu nie wolno zapominać o jego złożoności (m.in. wielości funkcjonujących w jego ramach zakresów), różnicach w poziomie finansowania, stopniach referencyjności oddziałów, umiejscowieniu w systemie państwowego ratownictwa medycznego, przyjętych zasadach rozliczeniowych czy relacjach wydatków publicznych i prywatnych.

W omawianym kontekście istotnego znaczenia nabierają instrumenty niwelujące poziom społecznych nierówności w zdrowiu we wszystkich wyżej opisanych obszarach je determinujących. O ile w zakresie czynników związanych z otoczeniem społecznym, fizycznym oraz indywidualnych zachowań, związanych ze wzrostem świadomości prozdrowotnej, obserwowany jest znaczący postęp (mierzony m.in. PKB per capita, wskaźnikiem umieralności noworodków czy średnią długością życia), to pomimo trwających od 1999 roku dynamicznych przekształceń sektora ochrony zdrowia, nie nastąpiła istotna optymalizacja zasobów służących udzielaniu świadczeń.

Brak spójnej polityki państwa w zakresie kształtowania struktury sieci podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych sprzyjał ich ewoluowaniu w kierunku organizacji fraktalnych. Podmioty tego typu charakteryzuje strukturalne podobieństwo, duża swoboda decyzyjna, względnie niezależne funkcjonowanie w długim okresie oraz samonawigowanie zorientowane na kreowanie wartości dodanej dla klienta (Perechuda, 2000). Fraktalny charakter podmiotów leczniczych, bez zoptymalizowania ich geograficznego rozmieszczenia, drenuje zasoby systemu, przy jednoczesnym podniesieniu kosztów jego funkcjonowania.

Rezygnacja z regulacyjnej roli państwa w tym obszarze oraz przerzucenie znaczącej części odpowiedzialności za system na niepowiązanych ze sobą jego uczestników (m.in. samorządy, MSWiA, MS, MZ, uniwersytety medyczne, podmioty prywatne) doprowadziły do znaczącej jego dekompozycji. Nadmierna autonomia poszczególnych jego elementów wykreowała utratę jego spójności, a co za tym idzie przyczyniła się do niejasnego podziału odpowiedzialności w procesie udzielania świadczeń. W sytuacji niedoboru zasobów (m.in. ludzkich i kapitałowych) nieefektywny i niekoherentny system opieki ambulatoryjnej (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, diagnostyka laboratoryjna i obrazowa)

przesunął ciężar odpowiedzialności za zabezpieczenie zdrowotne populacji w najdroższe miejsce systemu, tj. do lecznictwa zamkniętego, m.in. na szpitalne oddziały ratunkowe.

Charakter świadczenia zdrowotnego, jego złożoność i oczekiwana przez świadczeniobiorcę kompleksowość sprawia, iż pożądanym kierunkiem rozwoju systemu ochrony zdrowia, niwelującym istniejące nierówności w zdrowiu, jest jego docelowe przekształcenie w organizację sieciową. Charakterystyczne dla sieci międzyorganizacyjnej jest nie tylko integralne, ale również kolektywne podejmowanie decyzji w sprawie zasobów przez współpracujące strony. Również przepływ zasobów pomiędzy współpracującymi partnerami ma charakter powtarzalny a wzajemne oczekiwania stron kształtowane są w dłuższym horyzoncie czasowym. Istotnym aspektem funkcjonowania organizacji sieciowej, w pewnej mierze mającej już miejsce w systemie ochrony zdrowia, jest wymiana informacji pomiędzy współpracującymi stronami oraz koordynacja działań przy pomocy porozumień a nie zachowań konkurencyjnych (Perechuda, 2000).

Instytucjonalna forma udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (szpitalnych i pozaszpitalnych) stanowi twór uwarunkowany w głównej mierze historycznie. Zarówno likwidacja podmiotów leczniczych w dotychczasowych lokalizacjach, jak i budowa nowych obiektów, ma charakter incydentalny i w przeważającej mierze dotyczy łączenia istniejących podmiotów bądź ich przenoszenia, niż inwestycji typu greenfield. Potencjalna modyfikacja funkcjonującej dotychczas struktury, i to zarówno geograficznej jak i w zakresie asortymentowym udzielanych świadczeń, już od początku wejścia w życie w Polsce systemu ubezpieczeniowego w 1999 roku napotykała na szereg barier, które utrwały istniejące ramy instytucjonalne i blokowały mechanizmy optymalizujące realizację potrzeb zdrowotnych.

Do historycznie uwarunkowanego rozmieszczenia zasobów systemu ochrony zdrowia w Polsce, niegwarantującego równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, odniosła się jednoznacznie negatywnie m.in. Najwyższa Izba Kontroli w postępowaniu nr KZD.430.008.2017, przeprowadzonym w latach 2017-2018. Wielopłaszczyznowa analiza istniejących zasobów systemu, przeprowadzona przez NIK, wykazała strukturalną nieadekwatność wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń potencjału w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji. Wykazano również nadmierną bezwładność polskiego systemu ochrony zdrowia w kontekście trendów i rozwiązań stosowanych w wiodących, w zakresie polityki zdrowotnej, państwach Unii Europejskiej (NIK, 2018).

Funkcjonujący w latach 1999-2003 system finansowania świadczeń zdrowotnych poprzez instytucję Kas Chorych doprowadził na niektórych obszarach (m.in. w województwie dolnośląskim) do nieracjonalnego rozrostu bazy łóżkowej, a co za tym idzie do sztucznego generowania podaży świadczeń (poprzez zwiększenie ich dostępności), co w konsekwencji przełożyło się na obniżenie jednostkowej ich wyceny. Kasy Chorych nie funkcjonowały w roli regulatora rynku a jedynie dystrybuowały środki w proporcji do ilości udzielonych świadczeń. Wobec nielimitowania świadczeń, przy równoczesnym braku mechanizmu ograniczającego rosnącą podaż usług zdrowotnych, poprzez dążenie do maksymalizacji przychodów przy

niezmienności środków będących przedmiotem podziału, system w dużej mierze doprowadzony został do utraty efektywności.

Na tak zniekształconą strukturę udzielanych świadczeń w 2003 roku nałożono zmodyfikowane zasady finansowania. Na bazie Kas Chorych, poprzez ich konsolidację, utworzono Narodowy Fundusz Zdrowia, wprowadzając jednocześnie ograniczenia w podaży usług poprzez mechanizm ich limitowania oraz populacyjnego równoważenia nakładów w poszczególnych zakresach świadczeń. Działania te przyczynić miały się do odbudowania mechanizmów pozwalających na niwelowanie zjawiska nierówności w zdrowiu, m.in. poprzez centralizację decyzji dotyczących wyceny świadczeń.

Kamieniem milowym w zakresie ujednoczenia zasad finansowania w zreformowanym systemie było wprowadzenie z dniem 1 lipca 2008 roku rozliczeń z płatnikiem opartych o jednorodne grupy pacjentów, co zbliżyło rozwiązania krajowe do modelu powszechnie stosowanego w Europie (Busse i in., 2011). Narzędzie to poprzez ujednoczenie metodologii rozliczania świadczeń zdrowotnych służyć ma znalezieniu wspólnego mianownika dla poprawy przejrzystości, wydajności i jakości w szpitalach funkcjonujących na terenie całej Unii Europejskiej.

Bierna postawa instytucji płatnika (w zakresie kreowania polityki zdrowotnej) skutkowałą ograniczoną ilością prowadzonych postępowań konkursowych w poszczególnych zakresach udzielania świadczeń (niejednokrotnie brakiem możliwości kontraktowania przez kolejne lata), uniemożliwiając tym samym nowym świadczeniodawcom rozpoczęcie działalności, a funkcjonującym już na rynku na ich modyfikację. Wiązało się to z kolei z dalszym utrwaleniem istniejącej struktury instytucjonalnej oraz rzeczowej udzielanych świadczeń.

Wprowadzona w czwartym kwartale 2017 roku, na podstawie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tzw. sieć szpitali, tworząca system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w założeniu również premiuje podmioty historycznie tych świadczeń udzielające. Poziom niezbędnego finansowania podmiotów, które znalazły się w systemie, został określony w oparciu o zrealizowane świadczenia w 2015 roku, abstrahując przy tym od faktycznego zapotrzebowania na usługi zdrowotne (wynikającego m.in. z map potrzeb zdrowotnych) oraz od zmian w zakresach i ilościach udzielanych świadczeń, które miały miejsce w roku 2016 oraz do września 2017 r. Zakresy funkcjonowania podmiotów leczniczych obowiązujące na dzień 31.12.2015 roku zostały jednoznacznie utrwalone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

### 3. Przesłanki wdrażania map potrzeb zdrowotnych

Z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa oraz systemu finansów publicznych kluczową w rozważaniach na temat nierówności w zdrowiu jest kwestia optymalizacji wydatków na leczenie stacjonarne i całodobowe (w tym przede wszystkim szpitalne), gdyż to ten zakres udzielanych świadczeń stanowi podstawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, będąc jednocześnie najbardziej kosztochłonnym jego elementem. Wypracowanie rozwiązań modelowych przede wszystkim w tym obszarze ma znaczenie fundamentalne. Udział w planie finansowym NFZ z dnia 11 stycznia 2018 r. wydatków na leczenie szpitalne wyniósł 51% (Plan, 2018). Pozostałe obszary systemu (m.in. podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie stomatologiczne) są już w dużej mierze sprywatyzowane i mocno rozproszone, co istotnie utrudnia rozważania nad efektywnością wydatkowania w nich środków publicznych, jak również pozbawia możliwości wpływu na określone zachowania podmiotów w tych obszarach funkcjonujących. Pomoc doraźna i transport sanitarny kształtowane są w oparciu o kryteria dostępności, pokrycia geograficznego terenu (z uwzględnieniem szpitali pierwszego wyboru dla poszczególnych zakresów świadczeń) czy czasów dojazdu zespołów ratownictwa medycznego a ich udział w ww. planie NFZ jest nieistotny.

Nieustannie wzrastające nakłady na sektor ochrony zdrowia (OECD Health Statistics, 2017) w sposób oczywisty skłaniają do pytań o efektywność wykorzystania tych środków w kontekście zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i niwelowania nierówności w zdrowiu. Popyt na świadczenia zdrowotne jest de facto nieograniczony. Sektor, pomimo iż boryka się z negatywnymi skutkami zmian demograficznych (coraz większa część społeczeństwa będzie dłużej żyła w chorobie), niedoborem kadr, rosnącymi kosztami utrzymania placówek (zarówno w sensie materialnym jak i terapeutycznym) z uwagi na mechanizm limitowania świadczeń, jest w stanie elastycznie generować zadaną ich ilość. Fundamentalne znaczenie kosztów stałych w sektorze ochrony zdrowia, przy jednoczesnym niedoszacowaniu procedur medycznych, powoduje, iż niewielkie zwiększenie nakładów generuje nieproporcjonalny wzrost udzielonych świadczeń. Wysoka elastyczność podaży świadczeń zdrowotnych jest uzyskiwana m.in. poprzez skracanie kolejek pacjentów oczekujących, jak to ma miejsce m.in. w zakresie operacji usuwania zaćmy czy endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

Wobec rosnącego niedoboru zasobów przekształcenia i łączenie struktur lecznictwa zamkniętego, zarówno na określonych obszarach jak i w samych jednostkach, są procesem nieuniknionym. Przyszła efektywność kosztowa oraz jakościowa będzie ściśle uzależniona od racjonalności i kontrolowalności nadchodzących procesów konsolidacyjnych.

Z punktu widzenia podmiotów tworzących podmioty lecznicze pojęcie efektywności sprowadzało i nadal sprowadza się przede wszystkim do kategorii wyniku finansowego



i poziomu zobowiązań poszczególnych jednostek, co m.in. związane jest z koniecznością częściowego (na podstawie art. 59, ust. 2 Ustawy o działalności leczniczej) pokrywania ujemnego wyniku finansowego tych jednostek i obciąża bezpośrednio budżet jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast dla płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, istotne jest zabezpieczenie poszczególnych obszarów kontraktowania w określone usługi zdrowotne, przy możliwie najmniejszym zróżnicowaniu wydatków per capita w zakresach kontraktowanych świadczeń, jak również dla poszczególnych obszarów (NIK, 2014).

Istniejący system ewidentnie pomija relację kosztów jego funkcjonowania i pożądanego dobrostanu społeczeństwa na rzecz, którego działa. W tej sytuacji jedynym regulatorem pozostaje algorytm podziału środków pomiędzy poszczególne oddziały NFZ, który z kolei już na poziomie oddziału przekłada się na minimalizowanie różnicowania wydatkowania środków w poszczególnych zakresach pomiędzy obszarami kontraktowania. Ponadto omawiany algorytm nie bierze pod uwagę liczby podmiotów (w tym liczby łóżek lecznictwa stacjonarnego i całodobowego) funkcjonujących na terenie poszczególnych województw, co wynika z zasad określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.11.2009 roku w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Węgrzyn, Wasilewski, 2015). Skutkiem takiego podziału środków jest naturalne powstawanie różnic w przychodach będących w dyspozycji poszczególnych podmiotów leczniczych, na obszarach funkcjonowania różnych oddziałów wojewódzkich NFZ, a w konsekwencji (przy jednakowej wycenie procedur medycznych) tworzenie ewidentnych rozbieżności w ilościach możliwych do udzielenia przez te podmioty świadczeń.

Dotychczasowa metodologia podziału środków finansowych w oczywisty sposób przyczyniła się do powstawania nierówności w zdrowiu na obszarze kraju. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dokumenty strategiczne Funduszy Europejskich (Krajowe ramy, 2015) wymusiły działania mające na celu poprawę jakości zarządzania zasobami systemu ochrony zdrowia poprzez opracowanie i popularyzację narzędzi prognostycznych.

Tym samym opracowany został, w szerokim obszarze rynku usług zdrowotnych (nie dla wszystkich grup chorób w pierwszym etapie przygotowano mapy), dokument będący podstawą tworzenia rozwiązań modelowych, docelowo mający doprowadzić do zwiększenia efektywności wydatkowania środków poprzez identyfikację w sposób policzalny rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w populacji.

Idea tworzenia map potrzeb zdrowotnych ma w wielu krajach głębokie tradycje i stanowi nieodzowne narzędzie wspierające w podejmowaniu decyzji, opartych na podstawie obiektywnych analiz, zapewniając jednocześnie trwałość działań uniezależnionych od procesu politycznego, co w obszarze polityki zdrowotnej, będącej domeną działań i odpowiedzialności państwa, jest niezmiernie trudne. Komisja Europejska wspierając mapowanie potrzeb

zdrowotnych wprowadziła tzw. wymogi *ex ante*. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. oraz uchylającego Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 uruchomienie środków strukturalnych było uzależnione od zapewnienia wykonania określonych warunków wejściowych (w omawianej sytuacji stworzenia narzędzi prognostycznych, będących podstawą podejmowania decyzji finansowych), umożliwiających efektywną realizację programów współfinansowanych ze środków europejskich (Więckowska, 2017).

Warunkowość *ex ante* w zakresie sektora ochrony zdrowia została uznana przez Komisję Europejską za spełnioną w całości, co oznaczało brak zagrożenia dla płatności okresowych na rzecz priorytetów zdrowotnych, a tym samym usankcjonowało wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych, jako wiarygodnego narzędzia prognostycznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa.

#### **4. Mapy potrzeb zdrowotnych w modelowaniu systemu ochrony zdrowia**

Kształtowanie systemu opieki zdrowotnej, który będzie w stanie analizować i niwelować nierówności w zdrowiu, wymaga holistycznego podejścia do kwestii struktury udzielanych świadczeń oraz ich zabezpieczenia w ujęciu geograficznym. Modyfikacja struktury geograficznego rozmieszczenia podmiotów systemu ochrony zdrowia jest procesem skomplikowanym z uwagi na uwarunkowania materialne, finansowe, społeczne oraz polityczne. Niezbędna jest jednak wiarygodna podstawa dla formułowania wniosków o konieczności ograniczenia lub poszerzenia zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych na określonych obszarach zabezpieczenia. Do grudnia 2015 r. (publikacja pierwszych map w zakresie kardiologii i onkologii) nie istniał żaden formalny punkt odniesienia, na podstawie którego możliwa byłaby ocena racjonalności struktury wydatków na zabezpieczenie zdrowotne, zarówno w wymiarze inwestycyjnym, jak i bieżącego funkcjonowania jednostek.

Podstawowym celem, dla którego opracowuje się mapy potrzeb zdrowotnych, jest kompleksowe wsparcie procesów decyzyjnych w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa. W szerokim ujęciu mapy winny stać się narzędziem wykorzystywanym przez decydentów, na każdym szczeblu zarządzania sektorem ochrony zdrowia, m.in. w celu identyfikacji istniejącego w populacji ryzyka, oceny trafności alokacji zasobów oraz monitorowania a w jego konsekwencji planowania docelowej struktury systemu do zidentyfikowanych trendów (O'Neill, Meert, 2007).

W Polsce podejmowano już wcześniej próby kwantyfikowania zapotrzebowania na usługi zdrowotne w postaci planów zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (1999 r.), wojewódzkich planów zdrowotnych (2003 r.) oraz wewnętrznych planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych (2003 r.). Jednakże w konsekwencji zmian

legislacyjnych oraz uznania niekonstytucyjności ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zaprzestano działań prognostycznych i już od 2004 roku nie istniał w Polsce żaden mechanizm mapowania potrzeb zdrowotnych.

Na podstawie delegacji zawartej w art. 95a ust. 11 wspomnianej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia Rozporządzeniem z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, zdefiniował de facto w polskim porządku prawnym pojęcie mapy potrzeb zdrowotnych. Co do zasady mapy podzielono na mapy regionalne (wojewódzkie) oraz mapę ogólnopolską. Każda z map składa się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych.

Zakres pierwszych (przygotowanych i opublikowanych do 1 kwietnia oraz do 31 maja 2016 r.) map z uwagi na obiektywne trudności z dostępem do wiarygodnych i kompletnych danych objął jedynie lecnicstwo szpitalne. Kompletnie mapy, zawierające również ambulatoryjną oraz podstawową opiekę zdrowotną (dla wybranej grupy chorób – A) opublikowane do 31 grudnia 2016 r., stanowiły już materiał pozwalający, na poziomie podmiotów tworzących oraz samych jednostek, na przygotowywanie planów wieloletnich oraz podejmowanie decyzji strategicznych modelujących strukturę istniejącej bazy. W konsekwencji możliwe staje się kreowanie liczby udzielanych świadczeń w oparciu o posiadane dane prognostyczne (na okres obowiązywania oraz na 10 i 15 lat).

Z punktu widzenia konieczności oraz skłonności do wykorzystywania narzędzi prognostycznych w modelowaniu systemu ochrony zdrowia istotna jest ich wiarygodność. Powtarzalność procesu mapowania potrzeb zdrowotnych w określonych interwałach czasowych winna eliminować błędy ujawnione we wcześniejszych publikacjach, co omawiane narzędzie uwzględnia. Wśród najistotniejszych nieprawidłowości ujawnionych przy sporządzaniu pierwszych edycji map, które w sposób bezpośredni mogły negatywnie wpływać na procesy optymalizacyjne w systemie ochrony zdrowia, a co za tym idzie zaburzać wyrównywanie nierówności społecznych w tym obszarze uznano m.in. (NIK, 2018):

- wykorzystanie szeregu nierzetelnych danych dotyczących zjawisk epidemiologicznych oraz zasobów systemu ochrony zdrowia,
- opracowanie analiz na podstawie informacji historycznych, pochodzących z lat 2012-2013,
- niezapewnienie przez Ministra Zdrowia optymalnych warunków organizacyjnych służących prawidłowemu tworzeniu map potrzeb zdrowotnych, w szczególności zakładanego wsparcia ekspertów zewnętrznych,
- wydłużenia o rok budowy Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – narzędzia wspierającego proces tworzenia i aktualizacji map.

Kolejna edycja map (2018), bazując na danych z roku 2016, prezentuje szereg wskaźników opartych na danych aktualnych, dostępnych na moment prowadzonych analiz. Tym samym część formułowanych wobec map zarzutów, wraz z publikacją kolejnych ich edycji traci na

aktualności. Szerokie wykorzystanie kolejnych edycji mapowania potrzeb zdrowotnych, docelowo wskaże trendy w zakresie kształtowania się nierówności społecznych w zdrowiu, co z kolei winno stanowić podstawę tworzenia oraz implementacji modelu optymalizującego zasoby systemu ochrony zdrowia, niwelującego obserwowane nierówności.

Istotnym elementem map jest prezentacja danych na poziomie pojedynczych świadczeniodawców, co już na wstępnym etapie analizy zaspokajania potrzeb zdrowotnych subpopulacji pozwala na ocenę efektywności wykorzystania zasobów systemu. Dysponując dodatkowo danymi dotyczącymi migracji pacjentów, można również wyodrębnić zasoby unikalne w skali kraju czy województwa, których większa koncentracja (także świadczeń) u większego świadczeniodawcy mogłaby polepszyć wyniki leczenia przy jednoczesnej optymalizacji kosztów systemu.

Nowatorskość prezentowanego podejścia polega na odwróceniu relacji, ponieważ przyjmowane cele zdrowotne będą docelowo wynikać z popytu na świadczenia (oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli), a nie jak to dotychczas miało miejsce, ze strategii inwestycyjnej poszczególnych świadczeniodawców jako niezależnych podmiotów leczniczych (Więckowska, 2017).

Dodatkowego znaczenia w omawianym kontekście nabiera zmieniony w 2016 r. ust 4, art. 59 ustawy o działalności leczniczej obligujący kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w przypadku wystąpienia straty, do sporządzenia programu naprawczego i przedstawienia go podmiotowi tworzącemu ten zakład, w celu zatwierdzenia.

Drugim i niemniej ważnym instrumentem kreowania polityki zdrowotnej państwa winno okazać się narzędzie oceny inwestycji w ochronie zdrowia, pn. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ), wprowadzone również wspomnianą wyżej ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Narzędzie wykorzystywane jest do oceny wniosków i wydawania opinii w sprawie celowości realizacji konkretnych inwestycji i wydatkowania na nie środków publicznych, a w konsekwencji finansowania świadczeń udzielanych w wyniku realizacji tych inwestycji. Opinia wydawana jest przez Ministra Zdrowia bądź wojewodów, po zasięgnięciu stanowiska Prezesa bądź poszczególnych dyrektorów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Współistnienie map potrzeb zdrowotnych oraz instrumentu oceny wniosków inwestycyjnych w ochronie zdrowia inicjuje na przełomie lat 2016/2017 fundamentalną zmianę podejścia do wydatkowania środków na zdrowie. W istniejącej strukturze pojawiają się instrumenty regulacyjne, które w założeniu mają tę strukturę modyfikować w kierunku zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Niemniej jednak przebudowie systemu, w oparciu o istniejące narzędzie prognostyczne, oraz niezbędnej optymalizacji wykorzystania zasobów, nie sprzyja fakt, iż przebudowa ta, zmierzająca w kierunku systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki

zdrowotnej, dokonana została na podstawie kryteriów formalnych, wskazanych przez Ministra Zdrowia, bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych i wynikających z nich rekomendacji.

Dla zapewnienia sprawności procesów decyzyjnych w zakresie kształtowania optymalnej struktury udzielanych na poszczególnych obszarach świadczeń, sprzyjających niwelowaniu nierówności społecznych w zdrowiu niezbędne jest poszerzenie zakresu analizowanych danych. Mapy potrzeb zdrowotnych muszą zatem być uzupełniane danymi dotyczącymi w szczególności: długości kolejek i czasów oczekiwania na udzielenie świadczenia, dostępności zasobów ludzkich (m.in. lekarzy o unikalnych specjalnościach oraz pozostałych profesjonalnych pracowników medycznych), liczby hospitalizacji odbytych w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych (które mogłyby być wykonane w lecznictwie otwartym) (Holecki i in., 2018).

Pomimo faktu, iż sama Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje wykorzystanie map m.in. do ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, wydawania opinii o celowości inwestycji oraz obliuguje do ich uwzględnienia przez wojewódzki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, to ich wykorzystanie jako narzędzia szeroko rozumianej polityki publicznej w celu niwelowania społecznych nierówności w zdrowiu jest nieodzwone.

## 5. Podsumowanie

Potencjalnie kreowany w sposób skwantyfikowany rynek świadczeń zdrowotnych od 1.10.2017 r. został zmodyfikowany, poprzez istotną zmianę sposobu finansowania podmiotów lecznictwa zamkniętego, w wyniku wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – tzw. sieci szpitali. System zapewnia finansowanie określonej grupie podmiotów, spełniających zadane kryteria, w zakresie wybranej grupy świadczeń. Podmioty, które w wybranych zakresach uzyskały gwarancję ich finansowania, utrwaliły po raz kolejny historyczną ich strukturę, a płatnik (NFZ), zabezpieczając na okres czterech lat udzielanie świadczeń na dotychczasowych obszarach kontraktowania i w dotychczasowych zakresach nie odniósł się w żaden sposób do map potrzeb zdrowotnych. Pewną elastyczność systemu zagwarantowano poprzez łączne finansowanie grupy zakresów świadczeń tzw. ryczałtem, co w zamierzeniu ma powodować przesunięcie odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb zdrowotnych w poszczególnych zakresach (finansowanych w sposób ryczałtowy) na obszarze zabezpieczenia na dyrektorów podmiotów leczniczych.

Dotychczasowe zamierzenia optymalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych nie zakończyły się sukcesem, a podejmowane w ostatnich latach próby kreowania otoczenia

prawnego, finansowego oraz instytucjonalnego, sprzyjającego modyfikacjom struktur i zakresów w jakich funkcjonuje system ochrony zdrowia są historycznie unikalne, gdyż po raz pierwszy będą mogły one bazować na zidentyfikowanych potrzebach zdrowotnych populacji.

Kluczowym wyzwaniem dla sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest konieczność identyfikowania i uwzględniania potrzeb zdrowotnych oraz ich konfrontacja z historycznie i formalnie utrwaloną strukturą podaży świadczeń zdrowotnych. W tym celu, w procesie niwelowania nierówności w zdrowiu, niezbędne jest ciągłe analizowanie potrzeb zdrowotnych w populacji i ich faktyczne wykorzystanie w podejmowaniu adekwatnych decyzji w zakresie kształtowania i optymalnego wykorzystania potencjału podmiotów leczniczych.

Z uwagi na szereg barier wejścia oraz poziom kosztów bieżącego funkcjonowania, jedynie leczenie zamknięte (głównie szpitalne) pozostaje domeną świadczeniodawców publicznych. Faktem jest, iż w państwach Unii Europejskiej systematycznie zmniejszana jest liczba łóżek w placówkach całodobowej opieki stacjonarnej, co związane jest z przesuwaniem trzonu opieki zdrowotnej z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnego, które jest istotnie mniej kosztowne. W Polsce natomiast nie obserwuje się takiego trendu ani w kontekście zmniejszania liczby łóżek, ani przesuwania środków finansowych, co dodatkowo prowokuje do analizy tego zjawiska i modelowania zmian systemowych, zmierzających do niwelowania różnic społecznych w zdrowiu, w oparciu o doskonalone w kolejnych publikacjach mapy potrzeb zdrowotnych.

## Bibliografia

1. Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (2011). *European Observatory on Health Systems and Policies Series. Diagnosis-Related Groups in Europe*.
2. Centers for Disease Control and Prevention. *Social determinants of health* (2018, 07 15). <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>.
3. Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 23, 1.
4. Cianciara, D. (2015). Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. *Hygeia Public Health*, 50(3).
5. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.
6. Holecki, T., Romaniuk, P., Woźniak-Holecka, J., Szromek, A.R., Syrkiewicz-Świłała, M. (2018). Mapping Health Needs to Support Health System Management in Poland. *Frontiers in Public Health*, 6, 82. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00082>.

7. Krajowe ramy strategiczne „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (2015). <https://www.gov.pl/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper>. Warszawa, 2018.08.12.
8. Kulik, B.T., Latański, M. (2002). *Zdrowie publiczne*. Lublin: Wyd. CZELEJ Sp. z o.o.
9. McCartney, G., Collins, C., Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy*, 113(3), 221-227.
10. Najwyższa Izba Kontroli (2014). Kontrola „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia” (nr ewid. 15/2014/P/12/145/LKR).
11. Najwyższa Izba Kontroli (2018). Kontrola „Tworzenie map potrzeb zdrowotnych” (nr ewid. KZD.430.008.2017).
12. O’Neill, K, Meert, J.-P. (2007). *Putting People and Health Needs on the Map*. Geneva: World Health Organisation.
13. OECD Health Statistics (2017). <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, 2018.06.15.
14. Perechuda, K. (2000). *Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości, koncepcje modele, metody*. Warszawa: AW Placet.
15. Plan finansowy NFZ na 2018 rok, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, 2018.08.12.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17.11.2009 roku w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (DzU 2009, poz. 1495).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (DzU 2017, poz. 1783).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (DzU 2015, poz. 458).
19. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.
20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (DzU 2016, poz. 1492).
21. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (DzU 2015, poz. 1916).
22. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU 2011, poz. 654).
23. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU 2017, poz. 1938).
24. Węgrzyn, M., Wasilewski, D. (2015). Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej. Nadzór i kontrola zarządcza. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.
25. Więckowska, B. (2017). Mapy potrzeb zdrowotnych jako narzędzie evidence based management w systemie ochrony zdrowia w Polsce. W M. Jarosiński (red.), *Współczesne wyzwania organizacji ochrony zdrowia*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.

26. Wojtczak, A. (2009). *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: PZWL.
27. World Health Organization (1946). Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.
28. World Health Organization (2011). *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*. Copenhagen, Denmark: Regional Office for Europe.
29. Wysocki, M.J., Miller, M. (2003). Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57(3), 505-512.