

Ustawa o działalności leczniczej – podsumowanie dwóch lat funkcjonowania

Próba oceny skutków regulacji

11 czerwca 2013 r.



IOWZ

INSTYTUT ORGANIZACJI OCHRONY
ZDROWIA UCZELNI ŁAZARSKIEGO



I Domański Zakrzewski Palinka

Autorzy raportu

Maciej Dercz

Uczelnia Łazarskiego

Małgorzata Gałązka-Sobotka

Uczelnia Łazarskiego

Mariusz Ignatowicz

PwC

Michał Kulesza

Kancelaria Prawna DZP

Paweł Kaoka

PwC

Marcin Matczak

Kancelaria Prawna DZP

Ewelina Nojszewska

Szkoła Główna Handlowa

Piotr Pawłowski

Kancelaria Prawna DZP

Bernard Waśko

PwC

Anna Wójcik

PwC

Spis treści

Wstęp	5
Tło analizy	5
Cel raportu	6
Struktura raportu	6
Metodologia pracy	7

Kryteria oceny systemu opieki zdrowotnej	8
Uwagi ogólne	8
Jakość w ochronie zdrowia	8

Analiza systemu opieki zdrowotnej w Polsce pod kątem wybranych kryteriów przed i po wejściu w życie Ustawy.....	11
Jakość	11
Efektywność ekonomiczna.....	16
Efektywność mikroekonomiczna podmiotów leczniczych	24
Stabilność i spójność systemu.....	29
„Zła konkurencja”	30
Rzeczywistość a przyjęte kryteria oceny	32

Próba oceny skutków regulacji Ustawy o działalności leczniczej.....	33
Uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych, w których działają podmioty lecznicze. Nowa klasyfikacja podmiotów leczniczych.	33
Definicja podmiotu leczniczego	35
Definicja przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.....	36
Regulacja bieżącego funkcjonowania podmiotów leczniczych	37
Kwestia sposobu „prowadzenia” pacjenta w podmiocie leczniczym oraz między podmiotami	38
Problem zapewniania świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego.....	39
Status SPZOZ w Ustawie o działalności leczniczej	39
Nieprzyznanie osobowości prawnej SPZOZ-om	40
Pozbawienie SPZOZ-u statusu przedsiębiorcy	41
Wypłacanie dodatkowych składników wynagrodzenia pracownikom SPZOZ	42
Brak możliwości pobierania przez SPZOZ opłat za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	42
Nieokreślenie zasad współpracy między SPZOZ-em a zakładami ubezpieczeń	43
Marnotrawstwo systemowe	44
Przekształcenia SPZOZ-ów w spółki kapitałowe – ogólna ocena regulacji prawnej	44
Faktyczny przymus przekształcenia SPZOZ-ów – nowe obciążenia samorządów	45

Koncepcja finansowania i organizacji ochrony zdrowia	47
Koncepcja finansowania systemu opieki zdrowotnej.....	48
Koncepcja organizacji systemu opieki zdrowotnej	52

Wnioski i rekomendacje	54
------------------------------	----

Podsumowanie	56
--------------------	----

Tło analizy

Mijają dwa lata od uchwalenia Ustawy o działalności leczniczej. Ustawa została przyjęta ostatecznie przez Sejm 15 kwietnia 2011 r. i weszła w życie 1 lipca 2011 r. Zgodnie z założeniem jej autorów i Ministerstwa Zdrowia stanowiła ona element tzw. pakietu zdrowotnego, w którego skład wchodziły m.in. ustawa refundacyjna oraz – pozostająca w fazie projektu – ustawa o dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Ustawa miała być odpowiedzią na konieczność wprowadzenia zmian, zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i sposobu funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą

Ustawa o działalności leczniczej („Ustawa”) – zgodnie z zamysłem ustawodawcy – miała być odpowiedzią na konieczność wprowadzenia zmian, zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i sposobu funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Jak wynika z uzasadnienia projektu Ustawy, potrzeba modyfikacji zrodziła się między innymi z wymogu zapewnienia możliwości realizacji postanowień art. 68 Konstytucji RP, statuującego prawo do ochrony zdrowia. Do jego zapewnienia nie jest wystarczające bowiem samo określenie zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych przez władze publiczne, niezbędne jest także ustanowienie ram ustawodawczych dla takiej organizacji systemu opieki zdrowotnej, który pozwoliłby na rzeczywistą realizację świadczeń z tego zakresu.

Zadaniem, jakie postawiono przed Ustawą o działalności leczniczej, było przezwyciężenie poważnych trudności, z którymi od lat boryka się polski system ochrony zdrowia. Zdaniem ustawodawcy należały do nich:

1. ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,
2. niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej,
3. ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Dlatego też wśród podstawowych celów wprowadzenia do systemu prawa Ustawy o działalności leczniczej wymieniono: uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych, w jakich udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej, oraz objęcie jednym aktem prawnym (kompleksowo regulującym zasady prowadzenia działalności leczniczej) wszystkich podmiotów prowadzących taką działalność.

Załączona do uzasadnienia projektu Ustawy formalna ocena skutków regulacji („OSR”) stwierdzała wprost, że **projektowana ustawa nie będzie miała bezpośredniego wpływu na zdrowie ludności**, gdyż dotyczy w głównej mierze zasad organizacji systemu ochrony zdrowia. Ponadto wspomniany dokument zakładał (optymistycznie), iż przedmiotowa ustawa przyczyni się do uelastycznienia zarządzania w ochronie zdrowia i poprawy jego efektywności.

W opinii autorów OSR załączonej do projektu Ustawa powinna mieć pozytywny wpływ na funkcjonowanie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, ponieważ zawiera „**rozwiązania upraszczające, a w konsekwencji usprawniające prowadzenie działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych**”. Ustawa powinna także przyczynić się do podniesienia poziomu konkurencyjności gospodarki (w domyśle – głównie w obszarze zdrowia). W szczególności przybliżenie zasad wykonywania działalności leczniczej do ogólnych założeń prowadzenia działalności gospodarczej miało zgodnie z OSR sprzyjać efektywnemu zarządzaniu, otworzyć nowe możliwości uzyskiwania przychodów oraz zrationalizować gospodarowanie posiadanymi zasobami.

Niniejszy raport jest wynikiem próby weryfikacji **rzeczywistej realizacji** wskazanych wyżej zamierzeń ustawodawcy oraz podejmuje próbę oceny, czy i w jakim zakresie zmaterializowały się przewidywane skutki przyjęcia Ustawy. Przeprowadzona analiza zawiera ponadto syntetyczną próbę wskazania pozostałych obszarów funkcjonowania sektora ochrony zdrowia w Polsce, które zdaniem autorów **w dalszym ciągu wymagają istotnych zmian**, mających pomóc w zbliżeniu się do modelowego systemu opieki zdrowotnej.

Cel raportu

Celem raportu jest ocena Ustawy jako narzędzia reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Intencją autorów raportu było również oszacowanie wpływu Ustawy o działalności leczniczej na kształt i efektywność systemu opieki zdrowotnej w Polsce w kontekście postulowanych rozwiązań modelowych, rzeczywistego stanu sektora w przeddzień wprowadzenia zmian oraz deklarowanych w Ustawie założeń. W tym celu autorzy raportu, opierając się na swojej praktycznej i teoretycznej wiedzy o organizacji systemu ochrony zdrowia, podjęli próbę odpowiedzi na następujące kluczowe pytania:

- Czy cele Ustawy zostały w pełni zrealizowane?
- Czy cele Ustawy okazały się wystarczające w kontekście istniejących potrzeb?
- Czy istnieją cele nieuwzględnione przez ustawodawcę, które warunkują optymalizację systemu ochrony zdrowia?

Odpowiedzi na ww. pytania, uzupełnione o syntetyczną listę postulowanych obszarów dalszych reform, powinny się stać w intencji autorów przyczynkiem do pogłębionej dyskusji pomiędzy wszystkimi uczestnikami systemu, ekspertami i regulatorem.

Struktura raportu

Celowi raportu podporządkowano jego strukturę, wyodrębniając cztery części odpowiadające poruszonym zagadnieniom. W pierwszej przedstawiono kryteria oceny systemu opieki zdrowotnej, uwzględniając jego otoczenie polityczne, społeczne, makroekonomiczne oraz kontekst moralno-etyczny i edukacyjny. Część druga raportu zawiera charakterystykę systemu opieki zdrowotnej w Polsce przed wejściem w życie Ustawy. Została w niej dokonana ocena

efektywności sektora w odniesieniu do kryteriów zarysowanych w części pierwszej. W części trzeciej raportu podjęto próbę oceny rzeczywistych i potencjalnych skutków regulacji Ustawy o działalności leczniczej. Pracę kończą wnioski i rekomendacje podsumowujące rezultaty analizy oraz przedstawiające najważniejsze wpływające z nich wnioski dla polskiego systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do systemu modelowego.

Metodologia pracy

W raporcie wykorzystano metody jakościowe i ilościowe, w tym metody heurystyczne (ekspercką oraz burzy mózgów) oraz metody służące prognozowaniu, w tym analizę trendów oraz analizę wahań cyklicznych.

Analizy zawarte w niniejszym opracowaniu opierają się na informacjach zawartych w następujących źródłach:

- publicznie dostępnych danych publikowanych przez NFZ, MZ, GUS, CSIOZ
- wywiadach przeprowadzonych przez ekspertów PwC, Uczelni Łazarskiego oraz Kancelarii Prawnej Domański Zakrzewski Palinka z przedstawicielami interesariuszy rynku ochrony zdrowia.

Kryteria oceny systemu opieki zdrowotnej

Uwagi ogólne

Każda próba oceny złożonego systemu, jakim jest sektor ochrony zdrowia, wymaga precyzyjnego zdefiniowania kryteriów, według których będzie ona dokonywana. Będą one stanowić punkt odniesienia dla wartościowania przyjętych założeń i rozwiązań oraz określenia, jak bardzo odbiegają one od wzorca zdefiniowanego jako model optymalny. Dla potrzeb niniejszego opracowania przyjęte zostały trzy kryteria powszechnie stosowane w opracowaniach dotyczących ochrony zdrowia:

- jakość,
- efektywność ekonomiczna,
- stabilność i spójność systemu¹.

Każdemu kryterium odpowiada istotny aspekt funkcjonowania sektora ochrony zdrowia, jaki powinien podlegać ocenie dokonywanej w miarę możliwości za pomocą narzędzi numerycznych, które stanowiłyby obiektywną podstawę do porównań dokonywanych z perspektywy czasu, jak również odnoszących się do rozwiązań stosowanych w innych systemach.

Oczywiście nie wszystko można badać narzędziami numerycznymi i dlatego wskazane jest zachowanie ostrożności przy wyciąganiu wniosków wprost z analiz statystycznych. W tym kontekście najwrażliwszym obszarem dla wnioskowania jakościowego jest przełożenie regulacji prawnych na zachowania uczestników rynku, w szczególności tak wrażliwego społecznie jak rynek ochrony zdrowia. Z drugiej strony zróżnicowanie przyjętych kryteriów wymusza odrębne podejście do ich każdorazowej analizy. Co więcej, waga poszczególnych kryteriów jest różna w zależności od celów analizy.

Jakość w ochronie zdrowia

O jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia decyduje jego **konstrukcja** będąca pochodną regulacji prawnych determinujących właściwie wszystkie jego aspekty organizacyjne oraz rozwiązania instytucjonalne. Na jakość systemu ochrony zdrowia wpływa w równym stopniu także skuteczność przeprowadzania wszelkich **procesów** w nim zachodzących.

Kryterium jakości odnosi się do oceny funkcjonowania podmiotów jako uczestników sektora z punktu widzenia ich wpływu na ostateczny produkt, jakim jest status zdrowotny całego społeczeństwa i poszczególnych jednostek. Uznając istotność wszystkich wymiarów oceny jakości, dla potrzeb niniejszego

¹ Autorzy zastrzegają, że nie są to w żadnym wypadku jedyne kryteria, które należałoby stosować, niemniej jednak z uwagi na charakter i ograniczenia niniejszego opracowania podjęta została decyzja o skoncentrowaniu się na tych wybranych parametrach.

opracowania koncentrujemy się na aspekcie dostępności do świadczeń, którą można próbować mierzyć czasem oczekiwania na poszczególne świadczenia i odnosić zarówno do danych historycznych, jak i do informacji o standardach oferowanych w ramach innych systemów.

Oceniając jakość w ochronie zdrowia, nie sposób także abstrahować od zagadnienia **kompleksowości oferowanego leczenia**, która przekłada się na skuteczność leczenia. Obejmuje to w szczególności prowadzenie pacjenta przez system, a nie pozostawianie go własnym decyzjom i poszukiwaniom w jego meandrach na każdym etapie leczenia (opieka podstawowa, specjalistyczna, leczenie szpitalne). W przypadku pacjentów z wieloma schorzeniami, a więc przede wszystkim osób starszych, istotne jest także zapewnienie odpowiedniej przejrzystości i łatwości w migracji pomiędzy specjalistami. Ze względu na niewielką podatność na kwantyfikację trudno jednak znaleźć obiektywny miernik dla oceny systemu z punktu widzenia tego kryterium. Oczywiście brak kompleksowości przekłada się na obniżenie innych parametrów określających stan zdrowia populacji. Można też szukać wzorców w innych systemach oraz odnosić się do dostępnych danych historycznych.

Efektywność ekonomiczna

Podjęcie ekonomiczne wciąż traktowane jest przez znaczną część środowiska politycznego i medycznego oraz część pacjentów jako swego rodzaju profanacja

Podjęcie ekonomiczne traktowane jest przez znaczną część środowiska politycznego i medycznego oraz część pacjentów jako swego rodzaju profanacja. Niemniej jednak w obliczu **zjawiska rzadkości**, czyli zbyt małej ilości zasobów niezbędnych do zaspokojenia wszystkich potrzeb, analiza ekonomiczna staje się koniecznością, gdyż efektywne gospodarowanie gwarantuje lepsze wykorzystanie istniejących zasobów na potrzeby ochrony zdrowia.

Analiza ekonomiczna na poziomie mikro powinna dotyczyć wszystkich podmiotów leczniczych, a przede wszystkim szpitali, gdyż to właśnie koszty leczenia szpitalnego dominują w wydatkach NFZ. Analiza ta nie może być przy tym oderwana od wniosków natury prawnej, gdyż to przepisy prawne determinują zachowania świadczeniodawców, czasami wbrew zdrowemu rozsądkowi (i ekonomii). Dlatego też dopiero przeprowadzenie analizy pośredniej tego typu pozwoli na ocenę podmiotów działających na rynku pod względem efektywności ekonomicznej, a tym samym może dać odpowiedź na pytanie o wpływ Ustawy na ten właśnie parametr.

Analiza makroekonomiczna powinna z kolei traktować system ochrony zdrowia jako sektor gospodarki współtworzący PKB, gdzie działające w jego ramach podmioty są często jedynym lub najważniejszym pracodawcą w regionie, nierzadko więc mają istotny wpływ na poziom bezrobocia. Ponadto system ochrony zdrowia przyczynia się do kształtowania stopy inflacji, gdyż wydatki na ochronę zdrowia, szczególnie produkty lecznicze i wyroby medyczne, stanowią znaczący udział w wydatkach gospodarstw domowych. Z drugiej strony świadczeniodawcy są uczestnikami rynków finansowych i realizują inwestycje, co również przekłada się na wskaźniki makroekonomiczne w skali regionu i kraju.

Stabilność i spójność systemu

Niestabilność regulacji prawnej, jej oddziaływanie na poszczególnych interesariuszy i decyzje przez nich podejmowane najdobitniej ilustrują potencjalne zagrożenia stojące przed polskim systemem opieki zdrowotnej. Akty prawne wyznaczają zręby systemu, w tym także zasady zarządzania nim. Tak więc bezpieczeństwo zdrowotne oraz jakość i dostępność świadczeń są wypadkową regulacji prawnych. Efektywność ekonomiczna świadczeniodawców, którzy jednocześnie są podmiotami gospodarczymi, również zależy od sensowności regulacji prawnej. Nierzadko przyjęte rozwiązania prawne (tj. wymogi, wyceny, kary itd.) wymuszają określone działania uczestników rynku prowadzące do „pozornej” racjonalizacji podejmowania decyzji. Jednak jest to racjonalizacja nieracjonalnych kryteriów, a więc mogąca prowadzić do pogarszania zarówno skuteczności klinicznej, jak i efektywności ekonomicznej. Niemniej to prawo decyduje o kompleksowości leczenia i gospodarowaniu zasobami podczas leczenia.

Dlatego też jakościowa **analiza skutków regulacji prawnych**, które przyjmują postać decyzji świadczeniodawców dotyczących struktury, procesów i efektów podejmowanych przez nich działań, jest kluczowa z punktu widzenia realizacji stawianych przed Ustawą celów, stanowiąc tym samym bardzo istotny element niniejszego opracowania.

Kolejny rozdział zawiera próbę wstępnej oceny systemu opieki zdrowotnej funkcjonującego w Polsce przed wejściem w życie Ustawy o działalności leczniczej (na podstawie zdefiniowanych powyżej kryteriów).

Niestabilność regulacji prawnej, jej oddziaływanie na poszczególnych interesariuszy i decyzje przez nich podejmowane najdobitniej ilustrują potencjalne zagrożenia stojące przed polskim systemem opieki zdrowotnej

Analiza systemu opieki zdrowotnej w Polsce pod kątem wybranych kryteriów przed i po wejściu w życie Ustawy

„Marnotrawstwo systemowe” rozumiemy jako nieefektywną alokację zasobów w ramach systemu, będącą rezultatem wadliwości mechanizmów tego systemu.

Podjmując próbę oceny stanu systemu opieki zdrowotnej w Polsce odnieśliśmy się do sytuacji przed wejściem w życie Ustawy z dwóch perspektyw: makro- i mikroekonomicznej. Ocena systemu z perspektywy makroekonomicznej została dokonana na podstawie trzech kryteriów zidentyfikowanych w pierwszej części raportu, tj.: jakości, efektywności ekonomicznej oraz stabilności i spójności systemu.

Równocześnie w niniejszym rozdziale poruszone zostało kluczowe zagadnienie opisujące wybrane elementy systemu z perspektywy mikroekonomii nazwane przez nas „złą konkurencją” oraz wynikające z niej zjawisko określane „marnotrawstwem systemowym”. Zdaniem autorów takie spojrzenie w najefektywniejszy sposób pozwala na zdefiniowanie rzeczywistości, w którą ingerowała Ustawa, a co za tym idzie – na najpełniejsze zdefiniowanie jej skutków (mierzonych wpływem na zastaną rzeczywistość).

Jakość

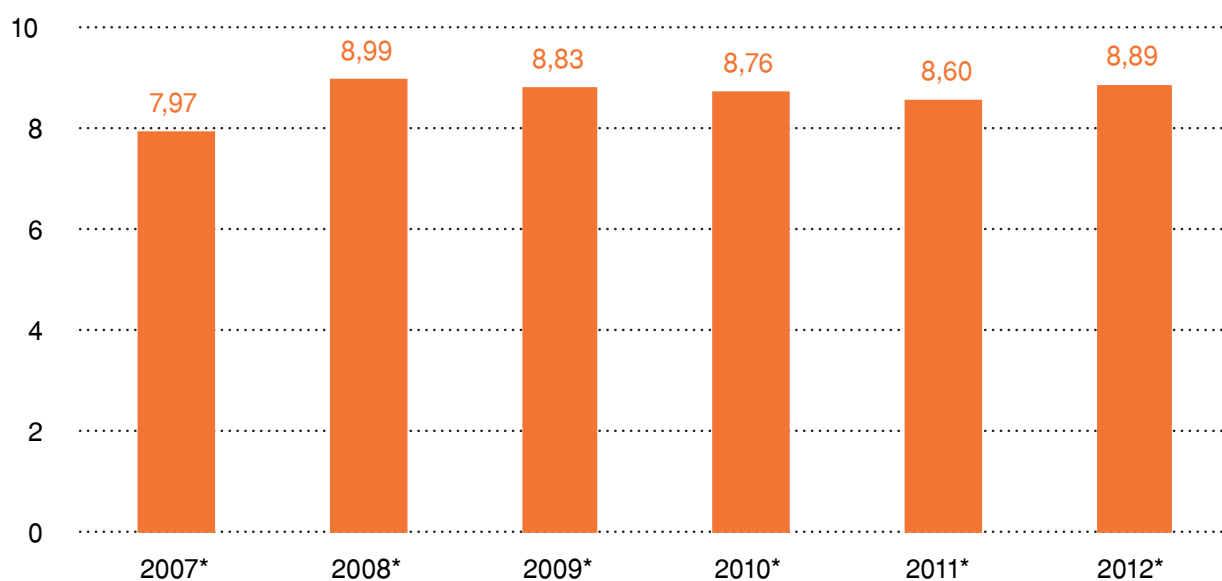
Jakość w opiece zdrowotnej co do zasady należy oceniać na podstawie efektów, na które składają się z jednej strony dostarczone przez system produkty (ang. outputs), np. liczba hospitalizowanych, liczba badań, liczba oczekujących; z drugiej zaś wyniki osiągnięte w ramach systemu (ang. outcomes), tj. wskaźniki umieralności, oczekiwanej długości życia, stopy zachorowań.

Analizując dane opisujące efekty z perspektywy produktów, można stwierdzić, że jakość systemu opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnich kilku latach przed wejściem w życie Ustawy pogarszała się.

W analizowanym okresie obserwujemy niewielkie wahania poziomu liczby wykonywanych hospitalizacji oraz liczby porad ambulatoryjnych (powiązane zapewne również ze zmianą sposobu rozliczania świadczeń w specjalistycy ambulatoryjnej).

Znaczących zmian nie widać także z perspektywy wskaźników opisujących wyniki, gdyż przykładowo zarówno wskaźniki dotyczące oczekiwanej planowanej długości życia, jak i te odnoszące się do lat życia w zdrowiu zmieniały się w niewielkim stopniu (choć liczba zgonów zmniejszała się z roku na rok) ponieważ mają one charakter długookresowy.

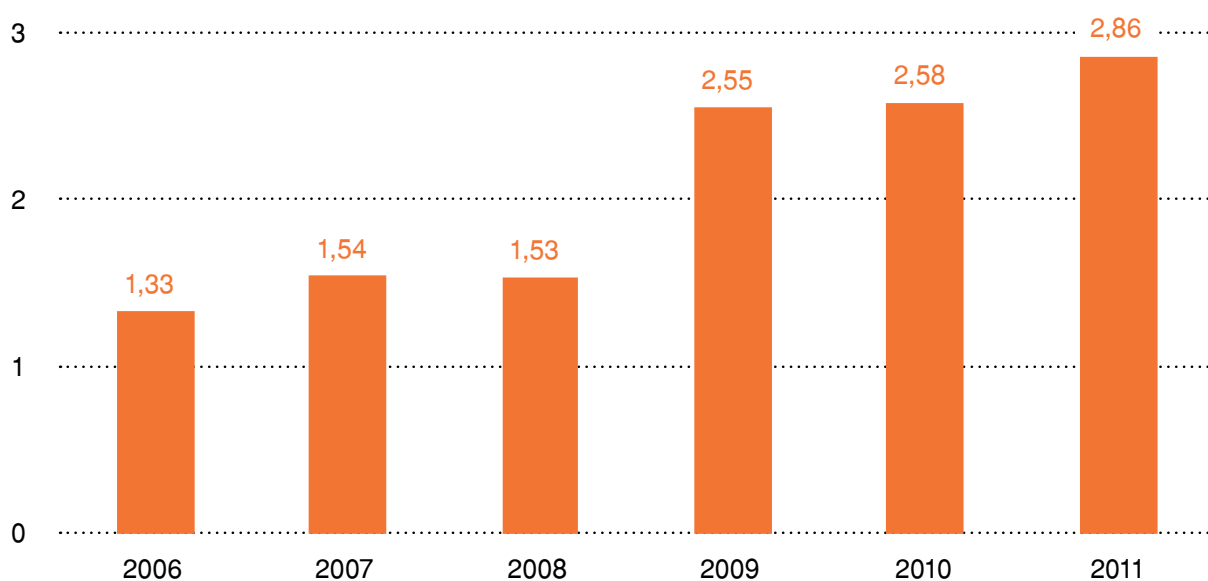
Wykres 1: Liczba hospitalizacji w Polsce w latach 2007–2012 (w mln)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

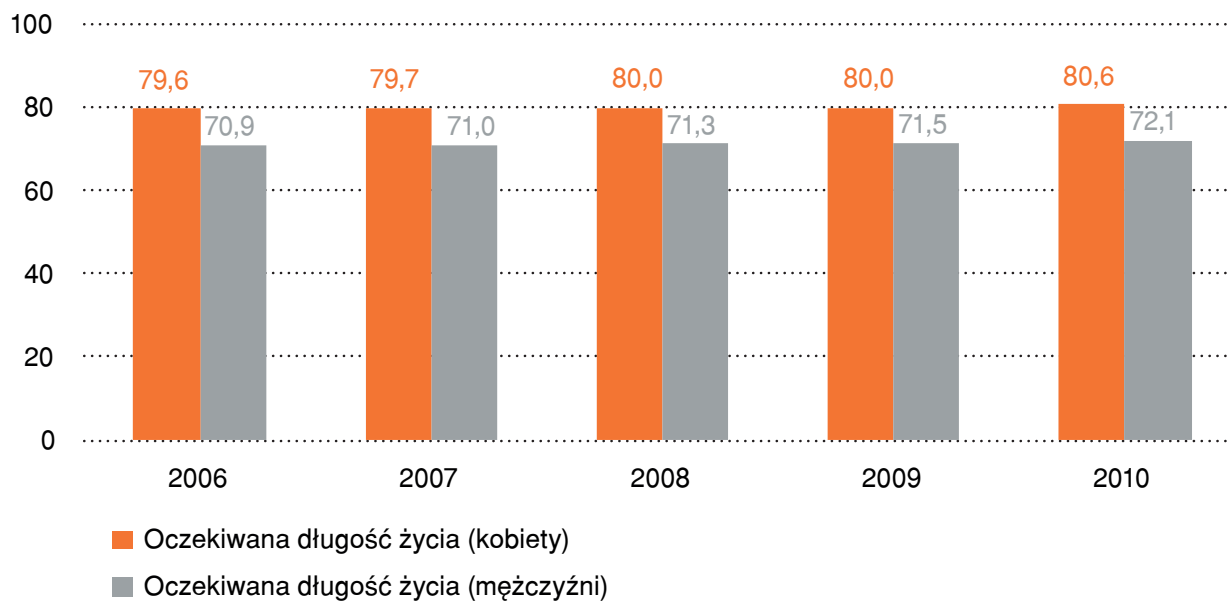
* Dane pochodzą ze sprawozdań kwartalnych z działalności NFZ

Wykres 2: Liczba badań przeprowadzonych w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce w latach 2006-2011 (w mln)



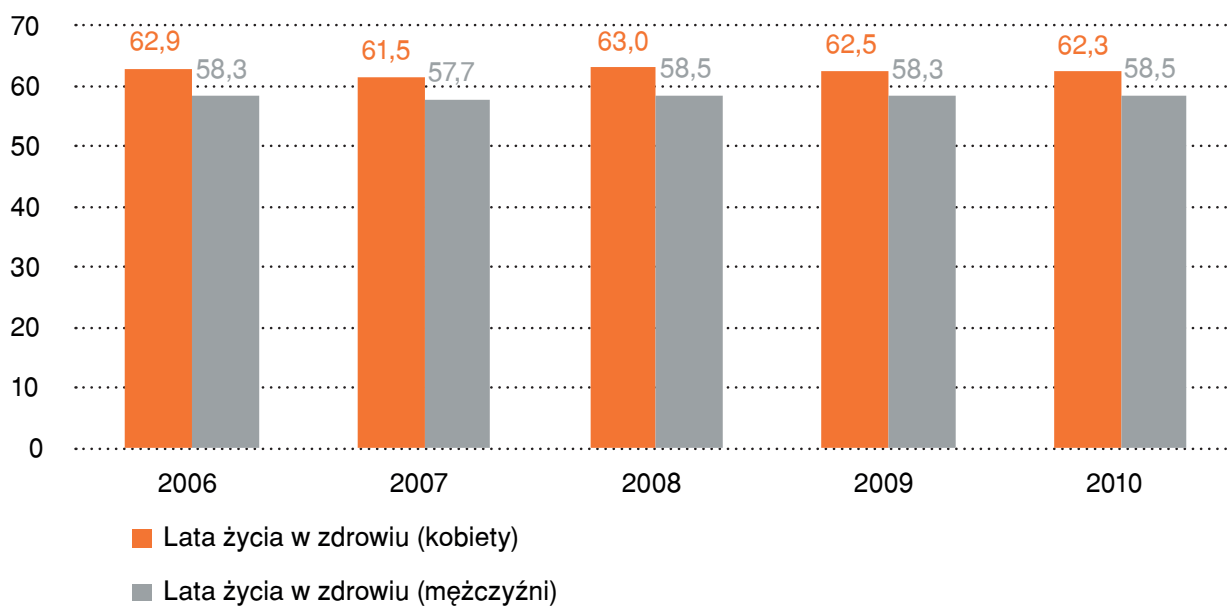
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Wykres 3: Oczekiwana długość życia kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2006-2010



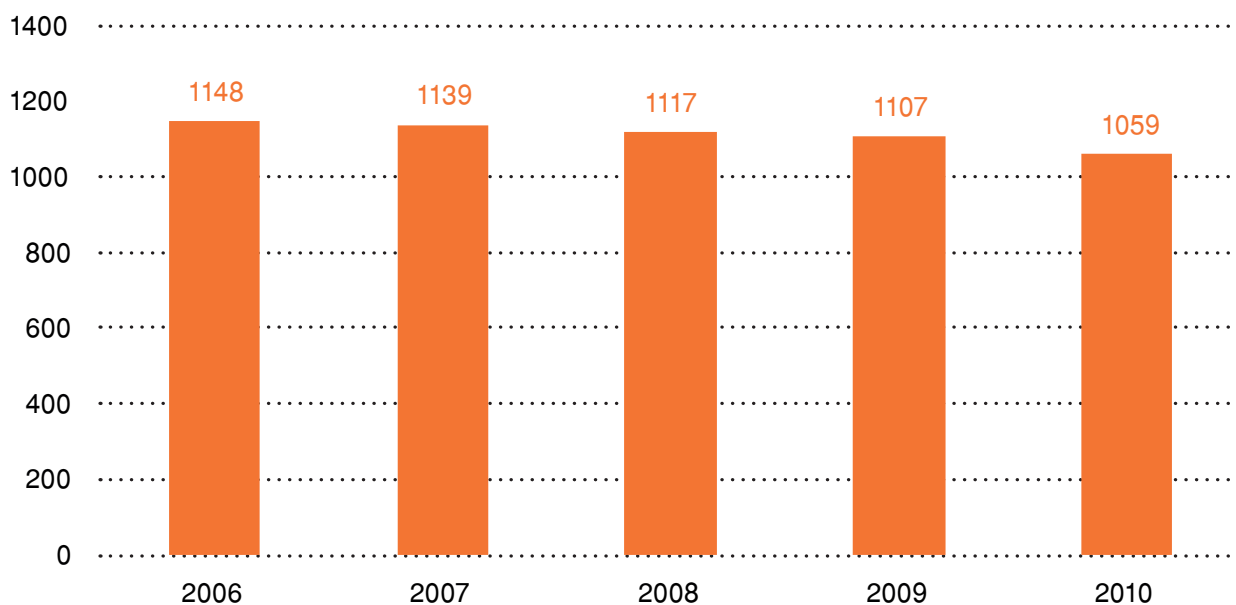
Źródło: OECD

Wykres 4: Długość życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2006-2010



Źródło: Eurostat

Wykres 5: Liczba zgonów na 100 tys. populacji w Polsce w latach 2006-2010



Źródło: OECD

Przedstawione powyżej wskaźniki w dużej mierze związane są z ogólnoświatowym postępowaniem technologii w medycynie oraz jego następstwem – wzrostem kosztów systemu opieki zdrowotnej. W dalszej części raportu prezentujemy zmiany (wzrost) w wysokości nakładów na system opieki zdrowotnej, potencjalnie związane z utrzymywaniem omawianego tu stałego poziomu jakości w odniesieniu do zapewnienia dostępności do świadczeń.

Podejmując próbę oceny jakości z perspektywy dostępności świadczeń (przy wykorzystaniu danych udostępnianych przez NFZ), warto zauważyć, że mimo opisanego w raporcie wzrostu nakładów na świadczenia medyczne liczba osób oczekujących na nie z roku na rok dynamicznie rośnie.

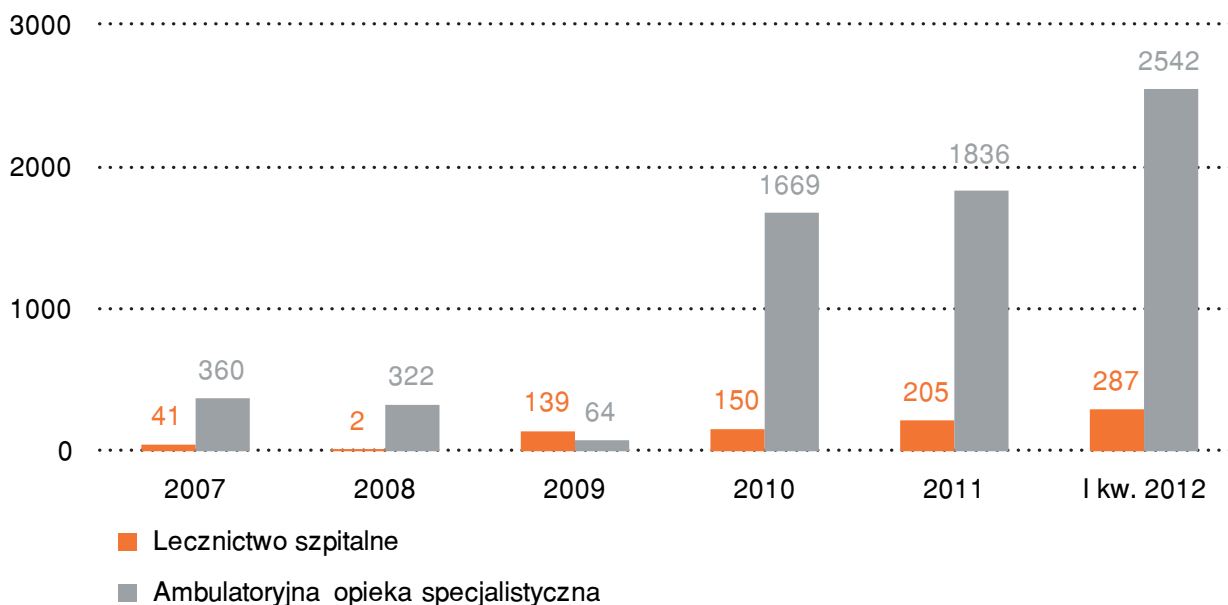
Biorąc pod uwagę wyniki szóstej edycji Euro Health Consumer Index za 2010 r.², gdzie Polska zajęła 27. pozycję na 34 analizowane kraje europejskie (spadek o jedno miejsce w porównaniu z zestawieniem z 2009 r.), **uważamy, że sytuacja polskiego systemu opieki zdrowotnej pogorszyła się.**

Czy zatem Ustawa miała wpływ na jakość systemu opieki zdrowotnej? Nie takie były stawiane przed nią cele bezpośrednie, jednak pośrednio powinna mieć ona wpływ zarówno na dostępność, jak i kompleksowość świadczeń w dłuższej perspektywie. Związane jest to z faktem jej „odroczonego działania”, którego najbardziej spektakularnym przejawem może być przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego (opisane szczegółowo w kolejnych częściach raportu).

Warto zauważyć, że mimo opisanego w raporcie wzrostu nakładów na świadczenia medyczne liczba osób oczekujących na nie z roku na rok dynamicznie rośnie

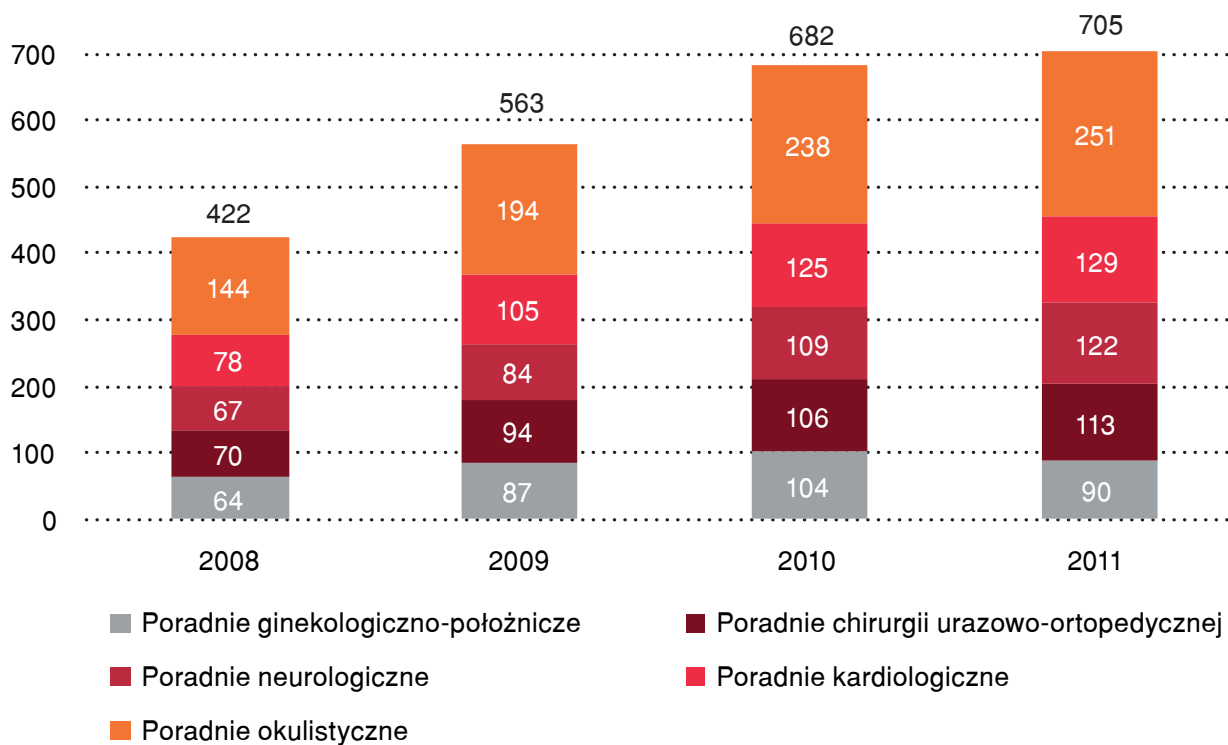
² Jest to wypadkowa wielu wskaźników mających za zadanie opisanie jakości w ochronie zdrowia, uwzględniająca częściowo kryteria opisanego na wstępie modelowego systemu ochrony zdrowia.

Wykres 6: Liczba oczekujących na świadczenia w latach 2007-2012 w ramach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w tys.)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Wykres 7: Liczba oczekujących w wybranych poradniach z największą liczbą oczekujących w latach 2008-2011 (w tys.)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Niezależnie od powyższego należy zadać sobie pytanie, czy utrzymanie obecnego stanu rzeczy i poziomu /jakości jest wystarczające? Czy podejmowane działania regulacyjne mają wpływ na zmianę obecnej sytuacji?

Pojawia się bowiem kwestia, jak długo Polacy będą chcieli (i mogli) w dłuższej perspektywie płacić coraz więcej za praktycznie niezmienny od lat, a nawet pogarszający się poziom jakości i dostępności do usług? Na to pytanie nie sposób znaleźć odpowiedzi w regulacjach objętych Ustawą, lecz odpowiedzi tej zarówno ustawodawca, jak i pozostali uczestnicy systemu będą zmuszeni poszukać jak najszybciej.

Jak długo Polacy będą chcieli (i mogli) w dłuższej perspektywie płacić coraz więcej za praktycznie niezmienny od lat, a nawet pogarszający się poziom jakości i dostępności do usług?

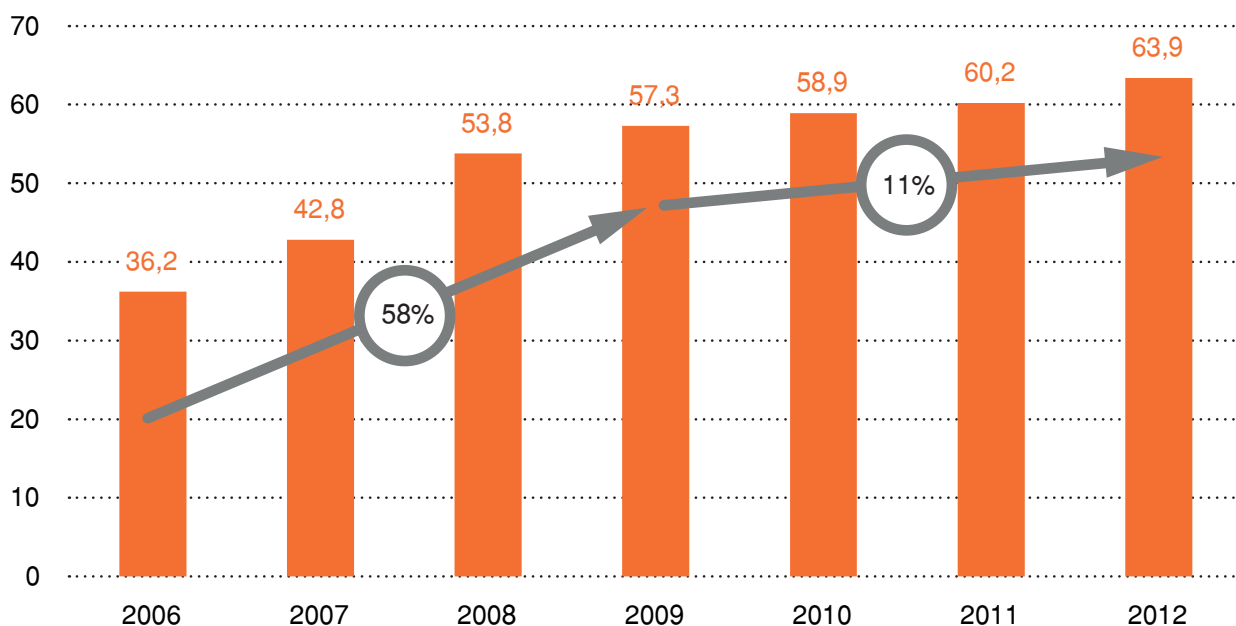
Efektywność ekonomiczna

W sytuacji dobrej koniunktury gospodarczej w latach 2006-2008 następował bardzo dynamiczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia, a tym samym wzrost przychodów po stronie świadczeniodawców oraz wynagrodzeń personelu medycznego. Trend ten został dość gwałtownie spowolniony wraz z zahamowaniem wzrostu gospodarczego od 2009 roku.

Mimo tak dużej dynamiki wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2006-2009, nadal pozostają one na poziomie jednym z najniższych w Unii Europejskiej.

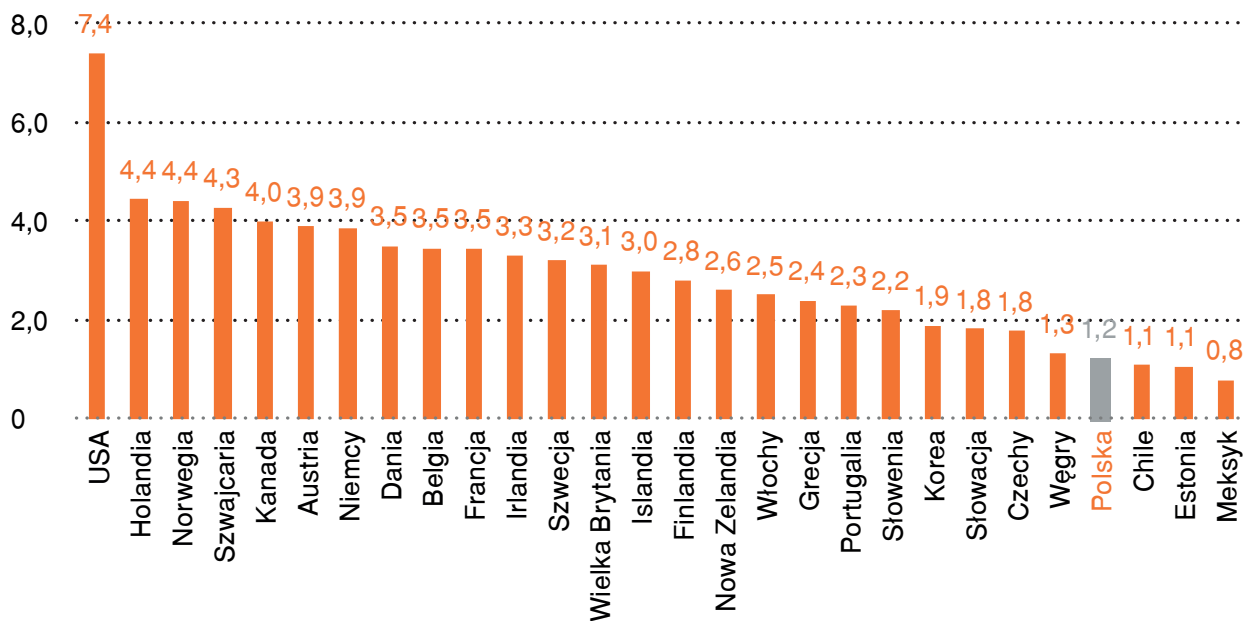
Z uwagi na brak dostępności danych opisujących wydatki w Europie po 2010 r. nie możemy odnieść się do sytuacji w okresie spadku koniunktury. Wydaje się jednak, iż nie uległa ona znaczącej zmianie i Polska nadal zajmuje jedną z najniższych pozycji w Europie (pośrednio świadczyć o tym mogą wyniki przywołanego wcześniej Euro Health Consumer Index).

Wykres 8: Wydatki NFZ na ochronę zdrowia w latach 2006-2012



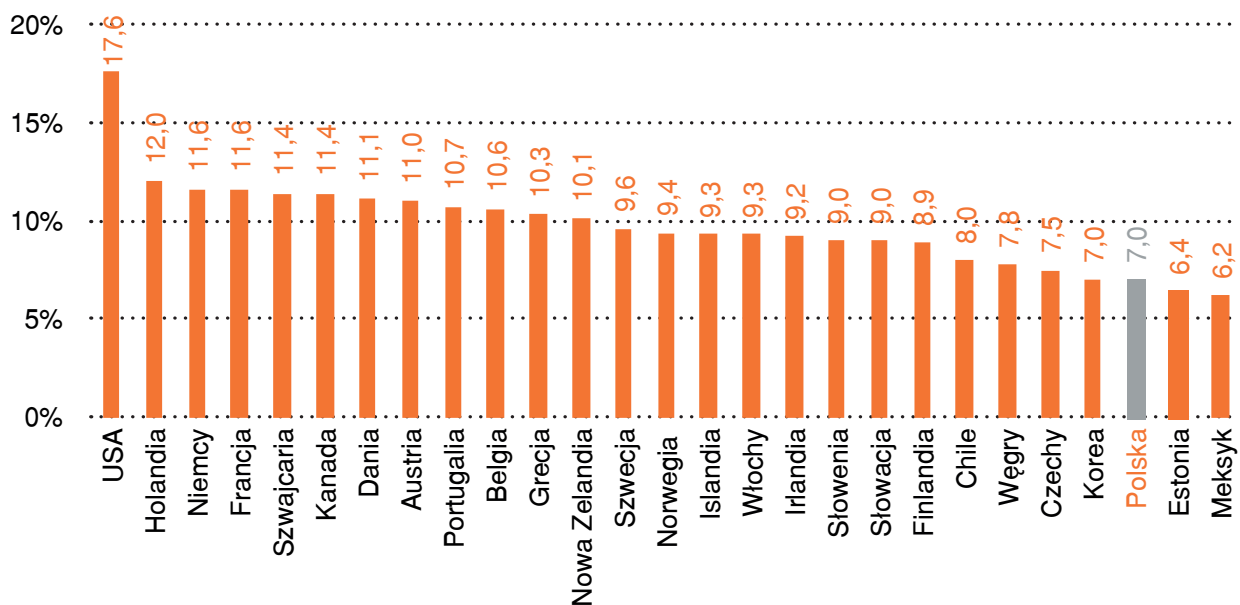
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Wykres 9: Wielkość wydatków na ochronę zdrowia (USD według PPP) w 2010 r. (w tys. USD)



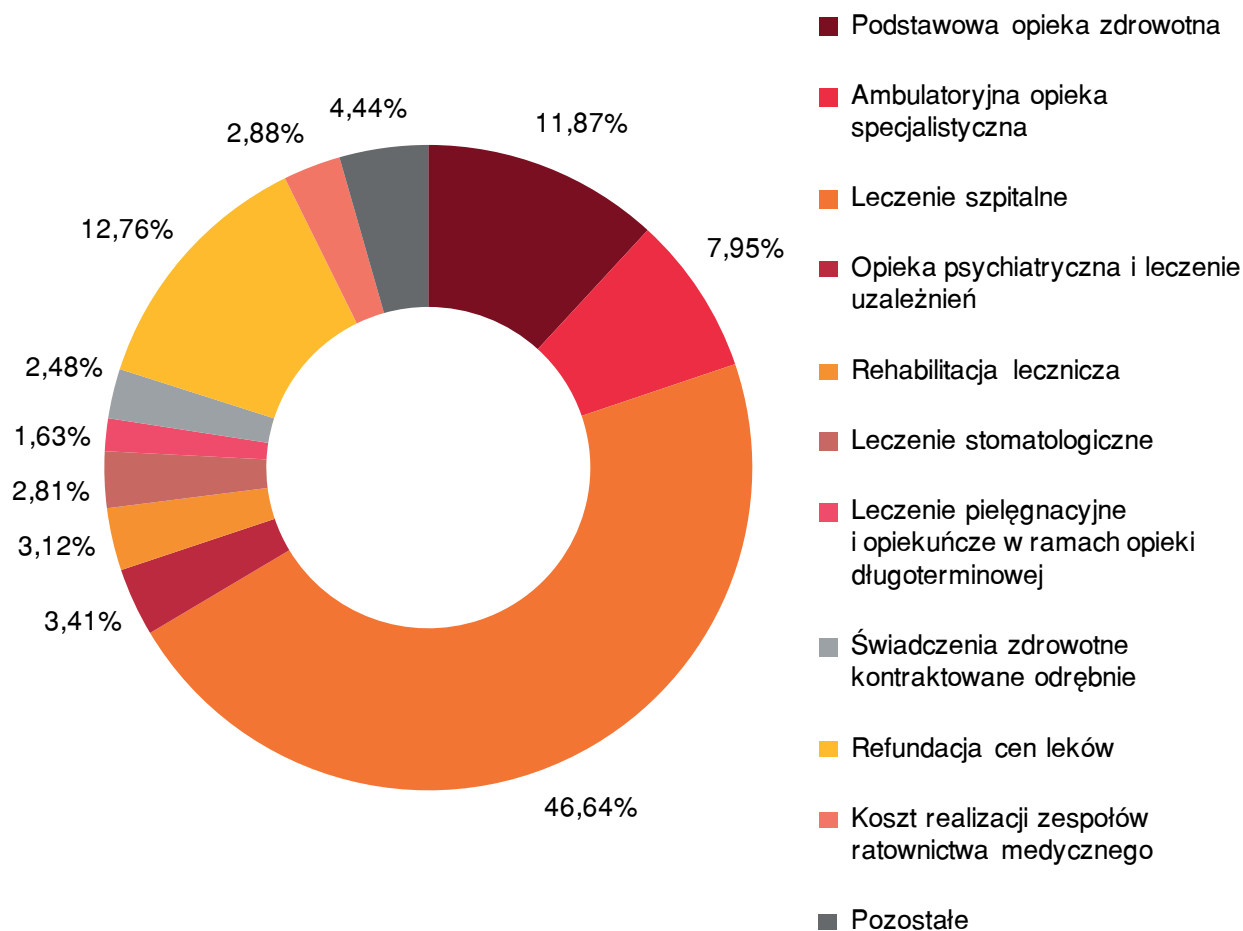
Źródło: World Health Organization

Wykres 10: Wielkość wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB w 2010 r.



Źródło: World Health Organization

Wykres 11: Podział kosztów realizacji zadań NFZ w 2012 r. (według planu finansowego NFZ na 2012 r.)



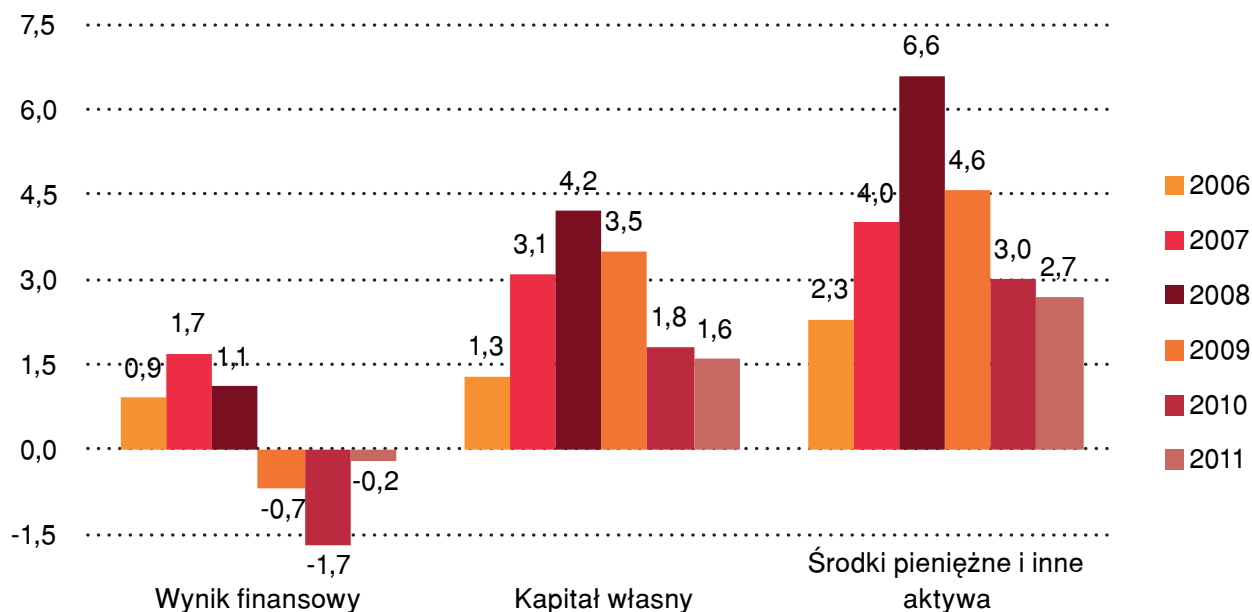
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Strumień pieniądza w systemie ochrony zdrowia opisuje struktura wydatków NFZ. Dominującą, lecz niezmiennie malejącą pozycję kosztową (wyrażoną jako udział procentowy w wydatkach NFZ) stanowią wydatki na leczenie szpitalne. Wydaje się, że ten trend zostanie utrzymany również w następnych latach. Podejmowane działania zmierzające do zatrzymania wzrostu kosztów w tej grupie świadczeń, jak np. wprowadzenie systemu rozliczeń JGP w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, czy też zwiększenie nakładów na leczenie w ramach opieki długoterminowej, już w samym odniesieniu do planu wydatków na lata 2013-2015 nie wydają się być wystarczające.

Odnosząc się do efektywności ekonomicznej należy uwzględnić sytuację głównego płatnika, jakim był i jest obecnie NFZ. Osłabienie koniunktury wraz z obowiązującymi regulacjami i przyzwyczajeniami świadczeniodawców, wymuszających ciągły, często nieuzasadniony wzrost nakładów (brak powiązania ze zdefiniowanymi osiąganymi wskaźnikami) mają swoje odbicie w pogarszającym się wyniku finansowym NFZ.

Sytuacja ekonomiczna najważniejszego podmiotu dystrybuującego środki finansowe na świadczenia medyczne w Polsce ulega od 2009 r. ciągłemu

Wykres 12: Wynik finansowy, kapitał własny, środki pieniężne i inne aktywa pieniężne NFZ w latach 2006-2011 (w mld PLN)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

pogorszeniu. Nie podejmowano bowiem żadnych znaczących działań zmierzających do poprawy efektywności wykorzystania wydatkowanych środków, wprowadzano natomiast narzędzia postrzegane jako próba przerzucania kosztów na pacjenta, jak w przypadku zmian w refundacji leków. Co więcej, wraz ze wzrostem przychodów podmiotów leczniczych zwiększano wydatki głównie na płace personelu ZOZ-ów, co ma przełożenie na ich obecną sytuację ekonomiczną.

Sytuacja ekonomiczna najważniejszego podmiotu dystrybuującego środki finansowe na świadczenia medyczne w Polsce ulega od 2009 r. ciągłemu pogorszeniu

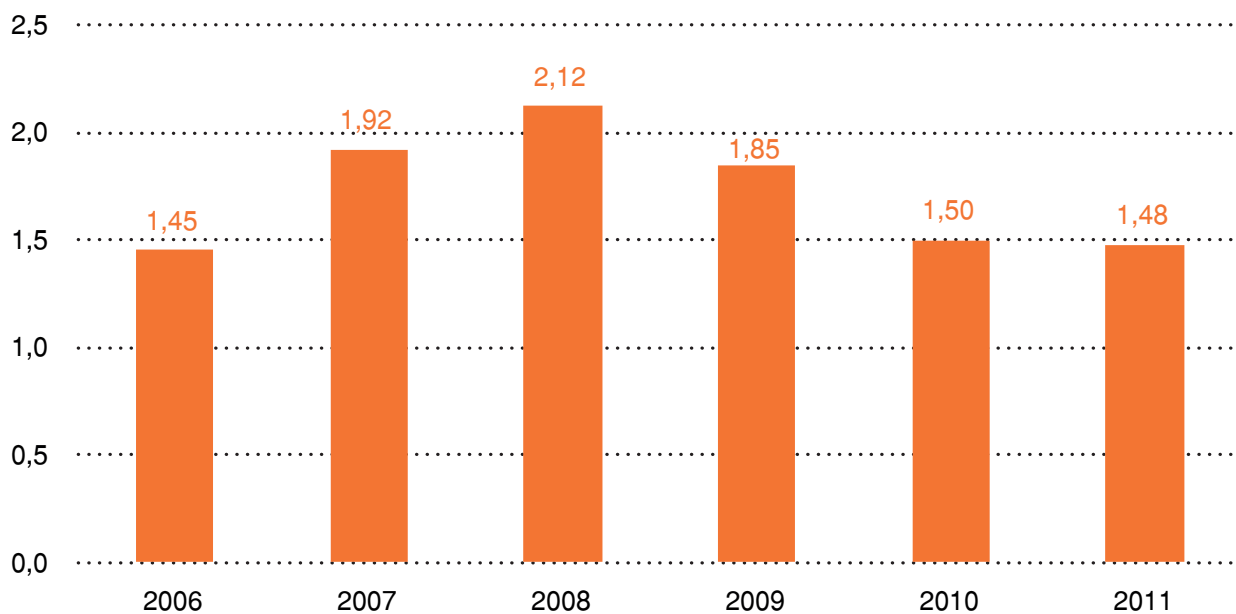
W ostatnich latach NFZ podejmuje jedynie działania zmierzające do ograniczenia kosztów, np. poprzez wzmocnienie kontroli wydatkowanych środków, zwiększając nacisk na weryfikację sprawozdawanych przez podmioty świadczeń. Nie są to jednak działania wystarczające, by pokryć rosnące potrzeby.

Już dzisiaj na skutek istotnie mniejszych od planowanych przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne w 2013 r. widać realne zagrożenie płatności za świadczenia ponadlimitowe (do czego niestety świadczeniodawcy zdążyli się przyzwyczaić, zwłaszcza w niektórych województwach), a w dalszej perspektywie coraz bardziej realne wydawać się może zagrożenie utraty płynności NFZ.

Wydatki na opiekę zdrowotną stanowiły istotny element w wydatkach gospodarstw domowych. W sytuacji grożącej nam niewydolności płatnika państwowego należy ocenić praktyczne możliwości **alternatywnego źródła finansowania** opieki zdrowotnej w Polsce.

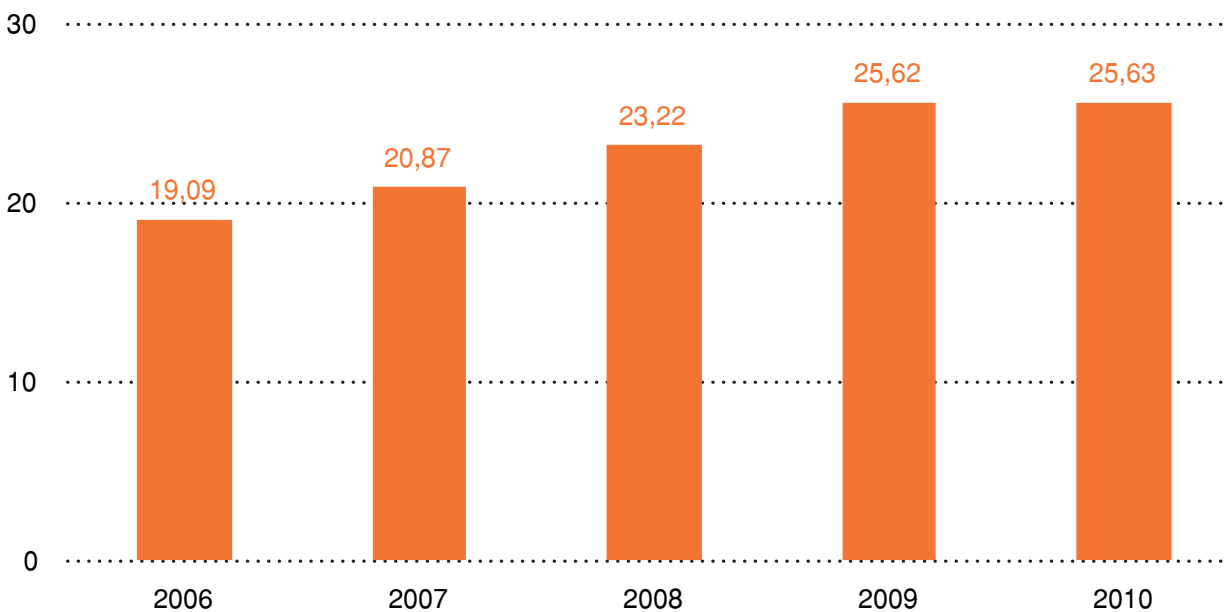
Niezależnie od ponoszonych obowiązkowych wydatków na ochronę zdrowia w ogólnej puli kosztów opieki zdrowotnej w Polsce ok. 1/3 wydatków stanowią wydatki prywatne gospodarstw domowych (ok. 30 mld PLN). Są to w szczególności wydatki na leki (2/3 wydatków na leki finansowane jest ze

Wykres 13: Wskaźnik płynności bieżącej NFZ w latach 2006-2011



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Wykres 14: Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w latach 2006-2010 (w mld PLN)



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

źródeł prywatnych) oraz świadczenia medyczne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (głównie diagnostyki), finansowane zarówno bezpośrednio z kieszeni pacjenta, jak również przez pracodawców. Prywatne wydatki na świadczenia medyczne związane są w szczególności z płaceniem za **szybką dostępność usługi**.

Całkowita liczba personelu medycznego w Polsce utrzymuje się na stabilnym poziomie. Ograniczone zasoby w zetknięciu z rosnącymi apetytami na dobrze wycenione świadczenia medyczne skutkują rosnącą konkurencją podmiotów leczniczych o kadre i wpływają na wzrost kosztów ich funkcjonowania – głównie kosztów pracy.

Jak wskazywano powyżej, wzrost przychodów związany z dobrą koniunkturą gospodarczą wiązał się ze wzrostem wydatków, w dużej mierze konsumowanych przez rosnące wynagrodzenia personelu medycznego, które stanowiły kluczową pozycję w kosztach podmiotów leczniczych (od 40 do 80%).

Lata wzrostu gospodarczego to również okres wzrostu tempa inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie podstawowych usług opieki zdrowotnej. W latach 2007-2009 powstało szereg inwestycji podmiotów prywatnych, jak np. grupy Lux Med, Medicover i Swissmed. Działania inwestorów ukierunkowane były na konsolidację podmiotów prywatnych oraz na stworzenie alternatywy dla opieki medycznej. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę skalę działalności podmiotów prywatnych, oczekiwać należy, iż w najbliższej perspektywie nie będą one miały kluczowego znaczenia dla sytuacji na rynku, choć nadal będą stanowić punkt odniesienia dla dobrych praktyk w dziedzinie podniesienia efektywności ekonomicznej działalności prowadzonej przez jednostki ochrony zdrowia.

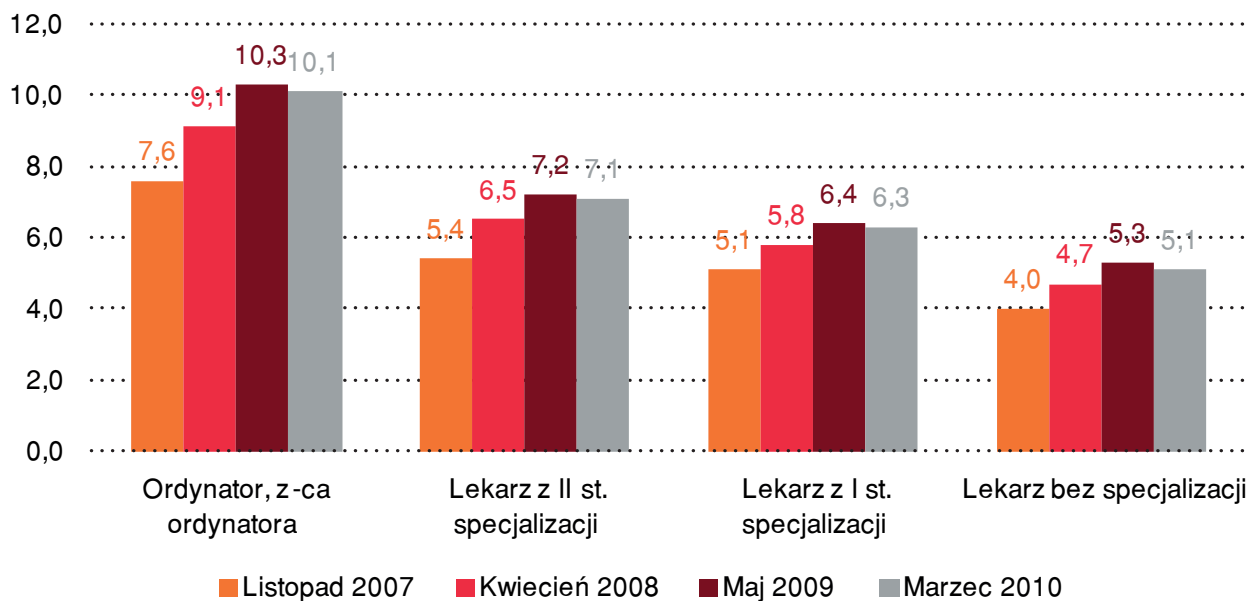
Należy spodziewać się dalszego spowolnienia tempa wzrostu wydatków w najbliższych latach. Potwierdza to zarówno prognoza przedstawiona przez NFZ (sporządzona przed rokiem, aktualnie wydaje się przeszacowana), jak i obecny – gorszy od prognoz – wpływ składki ubezpieczeniowej

Polski rynek usług medycznych charakteryzuje się nadal dużą aktywnością inwestorów, przede wszystkim finansowych, ukierunkowanych na wzrost wartości przedsiębiorstw. Obecnie z uwagi na wzrost nakładów w wybranych grupach świadczeń specjalistycznych następuje rozwój tej grupy świadczeń. Przykładem są zakończone i jeszcze realizowane inwestycje: Centrum Medyczne Mavit (ośrodki okulistyczne), Medi System (opieka długoterminowa i rehabilitacja), Grupa Diagnostyka, Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca. Rośnie również zainteresowanie podmiotami szpitalnymi, czego przykładem jest np. szpital powiatowy w Żywcu (PPP), GNS.

Czy Ustawa miała wpływ na efektywność makroekonomiczną? Zmiany, jakie nastąpiły w analizowanym okresie, były efektem osłabienia koniunktury gospodarczej i braku działań zmierzających do usprawnienia organizacji całego systemu opieki zdrowotnej. Należy spodziewać się dalszego spowolnienia tempa wzrostu wydatków w najbliższych latach. Potwierdza to zarówno prognoza przedstawiona przez NFZ (sporządzona przed rokiem, aktualnie wydaje się przeszacowana), jak i obecny – gorszy od prognoz – wpływ składki ubezpieczeniowej.

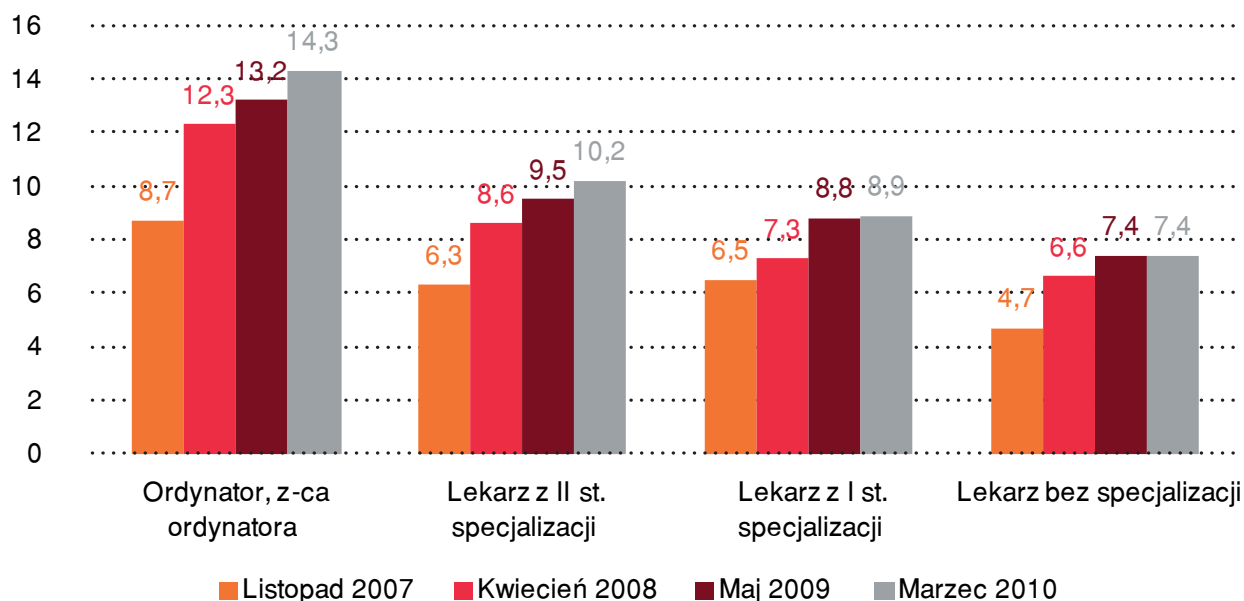
Struktura planowanych wydatków na opiekę zdrowotną utrzyma stabilne tempo zmian, z lekkim wzrostem wydatków we wszystkich rodzajach świadczeń z wyłączeniem wydatków na refundację leków, gdzie estymuje się spadek nakładów środków publicznych. Z drugiej strony spodziewane jest zwiększenie dynamiki wzrostu wydatków w zakresie ambulatoryjnych

Wykres 15: Średnie wynagrodzenie lekarzy z tytułu umowy o pracę w okresie listopad 2007 – marzec 2010 (w tys. PLN)



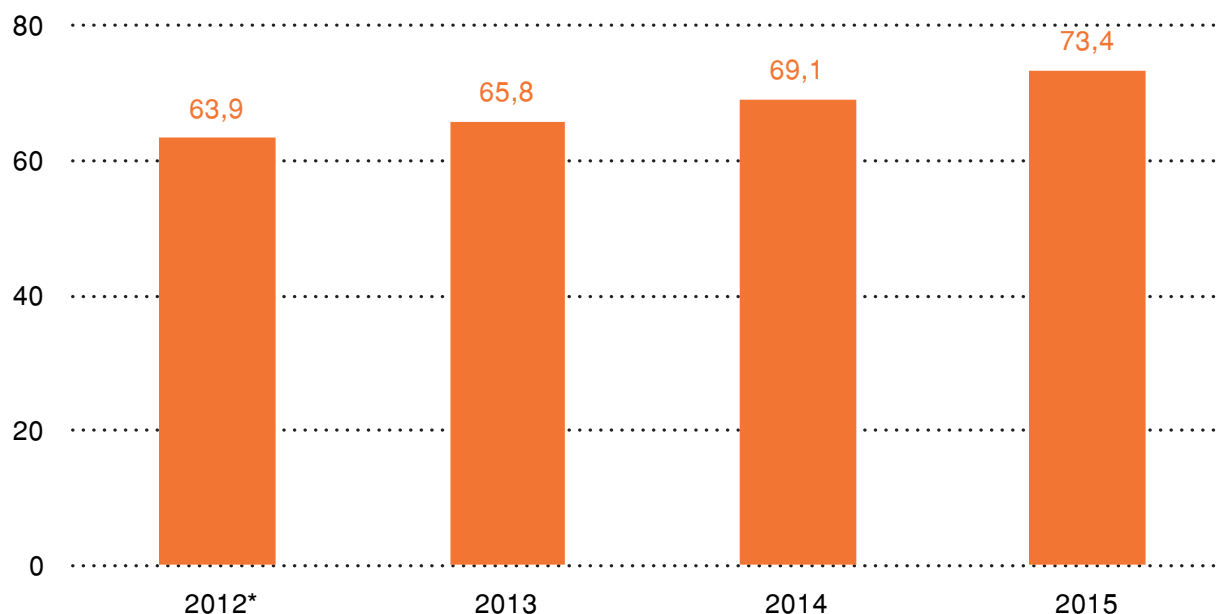
Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Wykres 16: Średnie wynagrodzenie lekarzy z tytułu wszystkich umów w okresie listopad 2007 – marzec 2010 (w tys. PLN)



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Wykres 17: Prognozowane wydatki NFZ na ochronę zdrowia w latach 2012-2015 (w mld PLN)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

* Rzeczywista realizacja planu finansowego w roku 2012

świadczeń specjalistycznych, rehabilitacji i leczenia psychiatrycznego oraz opieki długoterminowej.

Ustawa nie wprowadziła możliwości dopływu dodatkowego strumienia pieniądza przez np. dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, możliwość pobierania opłat przez podmioty publiczne, ponowne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych itp

Z tego punktu widzenia wejście w życie Ustawy **nie miało istotnego wpływu na efektywność systemu**. Nie doszło bowiem do żadnych fundamentalnych zmian w strukturze przychodów systemu ochrony zdrowia (Ustawa nie wprowadziła możliwości dopływu dodatkowego strumienia pieniądza przez np. dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, możliwość pobierania opłat przez podmioty publiczne, ponowne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych itp). Wprowadziła natomiast szereg zmian na poziomie mikro, czego odzwierciedleniem jest stopniowo zmieniająca się sytuacja podmiotów leczniczych i podmiotów tworzących.

W dłuższej perspektywie dzięki w pewnym sensie wymuszonemu Ustawą otwarciu się podmiotów leczniczych i ich podmiotów tworzących na kapitał inwestycyjny należy spodziewać się wzrostu poziomu konkurencyjności, a co za tym idzie – poprawy efektywności wykorzystywania zasobów. W tym celu istotne jest, aby ustawodawca wprowadził narzędzia (m.in. przez zdefiniowanie koszyka świadczeń opartego na filarach czy dopuszczenie współpłacenia) umożliwiające otwarcie rynku opieki zdrowotnej w kierunku świadczenia komercyjnych usług medycznych przez wszystkie podmioty w równym stopniu niezależnie od formy prawnej.

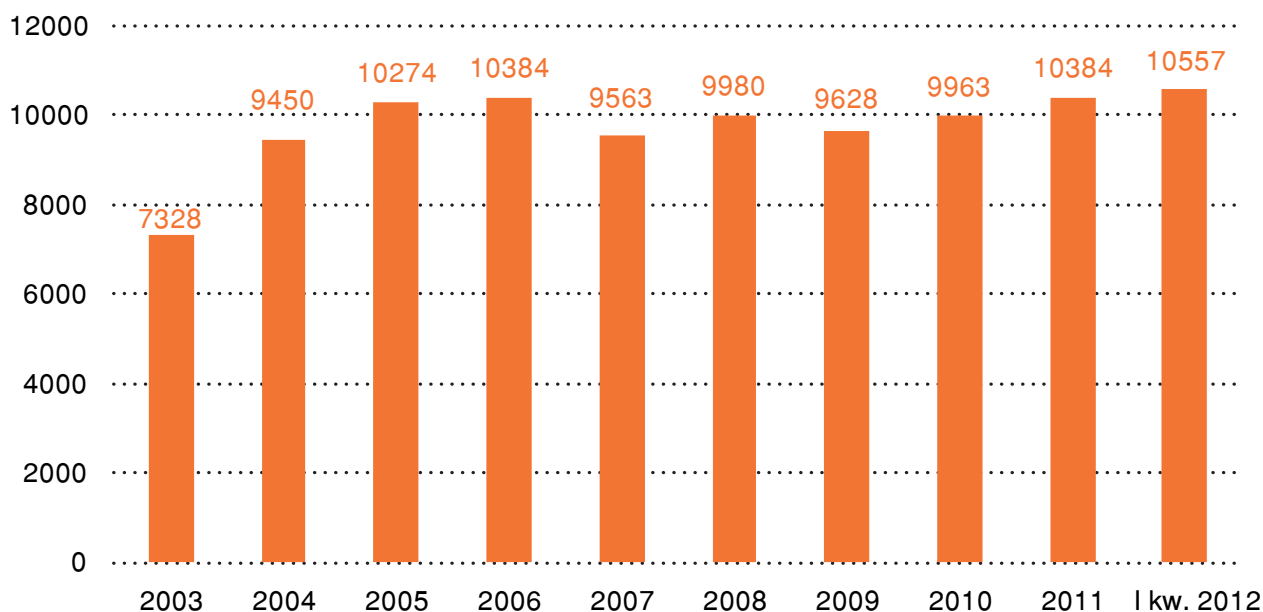
Efektywność mikroekonomiczna podmiotów leczniczych

Wejście w życie Ustawy **nałożyło na podmioty tworzące jednostek ochrony zdrowia nowe obowiązki**, w przypadku gdy podlegające im podmioty lecznicze generują ujemny wynik finansowy i osiągają istotny poziom zadłużenia. Trudna sytuacja jednostek ochrony zdrowia, która często była efektem długoletnich zaniedbań oraz utrzymywanej nieefektywności w tym sektorze z dnia na dzień stała się palącym problemem nie tylko samych podmiotów leczniczych, ale przede wszystkim ich podmiotów tworzących. Stały się one bowiem odpowiedzialne nie tylko politycznie/administracyjnie, ale również materialnie (i to w znacznie większym stopniu niż to miało miejsce w ustawie o ZOZ) za wynik i zadłużenie bezpośrednio im podległych podmiotów leczniczych. Deficyt po stronie publicznego płatnika, który przez długi okres był transferowany na świadczeniodawców i kumulowany w tych jednostkach w postaci rosnących zobowiązań (w 2012 r. osiągnęły one rekordowo wysoki poziom), z dnia na dzień stał się jednym z potencjalnie najistotniejszych problemów finansowych m.in. dla samorządów. Okazało się bowiem, że poziom zobowiązań podległych im podmiotów leczniczych w wielu przypadkach stanowi istotną pozycję w stosunku do budżetu danej jednostki samorządu terytorialnego, a w niektórych samorządach ów budżet przekracza.

Aby zrozumieć istotę problemów podmiotów leczniczych w związku z wejściem w życie Ustawy, stojące przed nimi wyzwania oraz potencjał usprawnień, warto przeanalizować zarówno strukturę przychodów, jak również najistotniejsze pozycje kosztowe publicznych szpitali ogólnych, czyli podmiotów, które

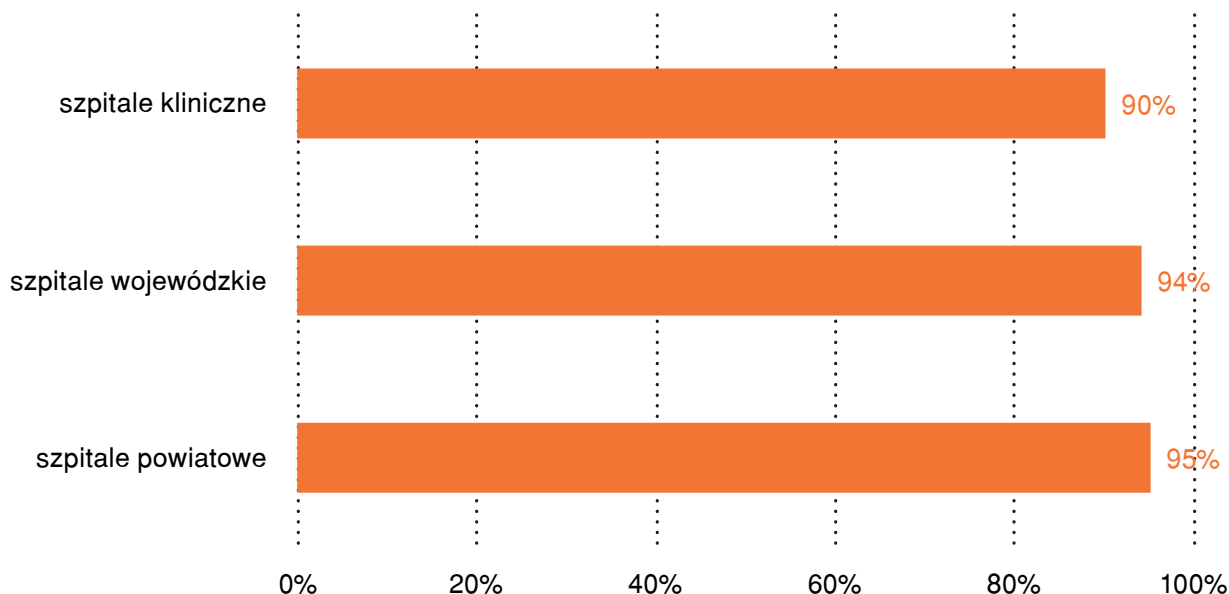
Podmioty tworzące stały się odpowiedzialne nie tylko politycznie/administracyjnie, ale również materialnie za wynik i zadłużenie bezpośrednio im podległych podmiotów leczniczych

Wykres 18: Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003 – I kwartał 2012 (w mln PLN)



Źródło: MZ

Wykres 19: Udział przychodów z NFZ w przychodach netto ze sprzedaży produktów w szpitalach ogólnych



Źródło: PwC na podstawie danych CSIOZ za 2010 r.

w potencjalnie największym stopniu mogły zostać dotknięte przez wejście w życie Ustawy.

Dominującym źródłem przychodów ze sprzedaży dla szpitali publicznych nadal pozostaje Narodowy Fundusz Zdrowia, choć odsetek ten nieznacznie maleje wraz ze wzrostem poziomu referencyjności oraz kompleksowości świadczonych usług. Chodzi tu w szczególności o szpitale kliniczne, które posiadają często bogate zaplecze naukowe oraz diagnostyczne, dzięki czemu są lepiej niż inne szpitale przygotowane do czerpania korzyści np. z badań klinicznych, sprzedaży usług diagnostycznych, a także z tytułu świadczenia usług wysokospecjalistycznych finansowanych bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia.

Zmiana formy organizacyjno-prawnej będąca jedną z intencji ustawodawcy może umożliwić podmiotom leczniczym komercyjną sprzedaż usług medycznych, co było dotychczas ograniczone w przypadku funkcjonowania w formie SPZOZ. Możliwość świadczenia usług komercyjnych pacjentom ubezpieczonym **nie jest jednak równoznaczna z automatycznym zwiększeniem przychodów ze sprzedaży o określoną kwotę**. Podmioty lecznicze, przez długi czas finansowane w ogromnej większości ze środków publicznych, nie zawsze rozumieją, że pacjenci płacący za usługi medyczne często znacząco różnią się od tych, z którymi miały do czynienia do tej pory. Pacjent bezpośrednio finansujący koszty świadczeń jest świadomym i bardziej wymagającym „konsumentem usług medycznych”, który oczekuje możliwie najwyższej jakości za przystępną cenę. Pacjent komercyjny nie jest również kolejnym „petentem” czekającym na wejście do systemu, chronicznie borykającego się z deficytem finansowania. Pacjent jest gotów zapłacić za usługę medyczną, jeśli w zamian otrzyma świadczenia przewyższające standardowe

Deficyt po stronie publicznego płatnika przez długi okres był transferowany na świadczeniodawców i kumulowany w tych jednostkach w postaci rosnących zobowiązań, które w 2012 r. osiągnęły rekordowo wysoki poziom

usługi gwarantowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przykładowo: szybszy dostęp do badań bądź specjalisty, dodatkowe usługi, wyższą jakość usług (np. lepsze warunki pobytu w szpitalu). Trzeba na marginesie przyznać, że wymagania pacjentów dotyczące jakości często jednak przewyższają obecny standard (m.in. w dziedzinie infrastruktury czy obsługi klienta) wielu podmiotów leczniczych. Niemniej jednak możliwość odpłatności za usługi w systemie ochrony zdrowia może umożliwić wygenerowanie dodatkowych prywatnych środków, trafiających do tej pory do niego w postaci tzw. opłat nieformalnych, które dalej stanowią istotny wydatek na ochronę zdrowia w budżetach gospodarstw domowych.

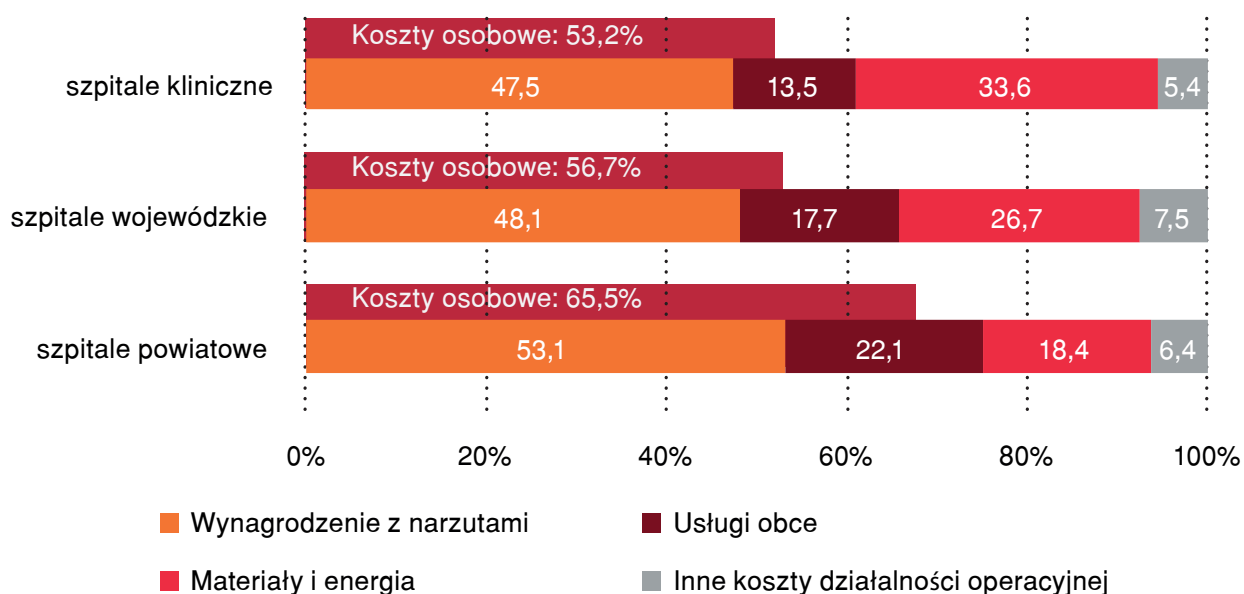
Możliwości czerpania przychodów komercyjnych uzależnione są w istotny sposób od lokalizacji oraz potencjału danego szpitala. Na pewno łatwiej jest znaleźć klientów komercyjnych na wybrane badania, świadczenia ambulatoryjne czy dodatkowe usługi medyczne szpitalom wielospecjalistycznym, wyposażonym w bogate zaplecze diagnostyczne, które funkcjonują w dużych ośrodkach miejskich, niż jednostkom powiatowym świadczącym zwykle usługi w ograniczonym zakresie dla lokalnej społeczności dysponującej statystycznie niższymi dochodami.

Czy zatem dodatkowe przychody komercyjne w przypadku komercjalizacji, która jest jedną z intencji ustawodawcy, uzdrowią polskie szpitale? Dotychczasowe doświadczenia szpitali przekształcanych w spółki prawa handlowego wskazują, że potencjał ten jest raczej ograniczony i choć może prowadzić do efektywniejszego wykorzystania zasobów szpitali, **na pewno nie jest sam w sobie przełomem**, który rozwiąże problem deficytu finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Pacjenci w dalszym ciągu – jeśli nie muszą – niechętnie wydają pieniądze z własnej kieszeni na coś, co w ich opinii w przeważającej mierze należy im się z racji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Trudno się zresztą temu dziwić, albowiem pogląd taki jest systematycznie wspierany oficjalnymi, politycznie poprawnymi stanowiskami różnych partii czy też konkretnych polityków. Kluczową barierą dla znaczącej dywersyfikacji przychodów szpitali jest nadal brak rozwiązań umożliwiających demonopolizację publicznego płatnika (np. przez wdrożenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych), która – jak wskazują doświadczenia innych krajów europejskich – mogłaby w istotny sposób zmienić oblicze ochrony zdrowia w Polsce.

Podobnie jak w przypadku struktury przychodów, również struktura kosztów szpitali ogólnych różni się w zależności od stopnia referencyjności oraz kompleksowości świadczonych usług. Rosnący poziom kosztów materiałów w szpitalach klinicznych wynika przede wszystkim z realizacji świadczeń kosztochłonnych (m.in.: terapeutyczne programy lekowe, chemioterapia, transplantologia czy wybrane świadczenia inwazyjne, gdzie największym kosztem są materiały wszczepienne), które w marginalnym stopniu realizowane są np. w szpitalach powiatowych. Podobnie różni się poziom kosztów usług obcych ponoszonych przez omawiane podmioty, co z kolei determinuje liczba wydzielonych funkcji medycznych oraz niemedycznych w poszczególnych rodzajach szpitali. Na decyzję o tym, czy daną funkcję wydzielać na zewnątrz, czy utrzymywać wewnątrz, ma wpływ szereg uwarunkowań, w tym terytorialnych. Chodzi tu zarówno o dostępność firm świadczących dane usługi i wysokość ich cen, która w dużej mierze wynika ze skali dostępnych na danym obszarze zasobów (np. centralnych sterylizatorni

Kluczową barierą dla znaczącej dywersyfikacji przychodów szpitali jest nadal brak rozwiązań umożliwiających demonopolizację publicznego płatnika (np. przez wdrożenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych), która – jak wskazują doświadczenia innych krajów europejskich – mogłaby w istotny sposób zmienić oblicze ochrony zdrowia w Polsce

Wykres 20. Struktura kosztów działalności operacyjnej w szpitalach ogólnych



Źródło: PwC na podstawie danych CSIOZ za 2010 r.

czy laboratoriów w dużych ośrodkach miejskich), jak również o czynniki indywidualne, jak np. funkcjonalność infrastruktury czy jakość posiadanych zasobów. Niezależnie od powyższych, najistotniejszym wydatkiem szpitali ogólnych od wielu lat pozostają koszty osobowe, które stanowią ponad 53% kosztów rodzajowych w szpitalach klinicznych oraz ponad 65% w szpitalach powiatowych.

Jak pokazują w praktyce zjawiska zachodzące w zadłużających się szpitalach, skutki zadłużenia w pierwszej kolejności odczuwają dostawcy i pacjenci, a w dalszej perspektywie pracownicy; prawie nigdy – decydenci sprawujący nadzór nad funkcjonowaniem jednostek

W powszechnej opinii obserwatorów sektora ochrony zdrowia w szpitalach istnieje znaczący potencjał do redukcji kosztów działalności operacyjnej, w szczególności w obszarze kosztów osobowych, który szacowany jest w zależności od źródeł na 5-25% poziomu obecnych kosztów. Przez wiele lat poziom zatrudnienia w wybranych szpitalach utrzymywał się na stabilnym poziomie (lub wręcz rósł) pomimo spadku albo liczby przyjmowanych pacjentów, albo ograniczenia skali działalności, wdrożenia rozwiązań poprawiających efektywność pracy (m.in. informatyzacja, nowoczesny sprzęt medyczny) czy wydzielenia wielu procesów pomocniczych na zewnątrz, jak sprzątanie, pranie, ochrona i usługi remontowe. Gotowość szpitali do **dostosowania skali zatrudnienia do obecnie prowadzonej działalności** oraz relatywnie niskiej dynamiki wzrostu przychodów z NFZ w ostatnich latach jest często mocno ograniczona. Szczególnie w regionach/miastach, gdzie szpital jest jednym z kluczowych pracodawców, restrukturyzacja zatrudnienia pozostaje problemem trudnym, który jest często unikany ze względów politycznych. W dłuższej perspektywie prowadzi to do rosnącego zadłużenia, które uniemożliwia rozwój i zagraża stabilności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia.

Decydenci nie zawsze zdają sobie sprawę, że rolą szpitali jest zapewnienie jak najwyższej jakości oraz dostępności usług medycznych dla społeczeństwa, a nie ograniczanie bezrobocia poprzez zapewnienie stabilnych i niezłe

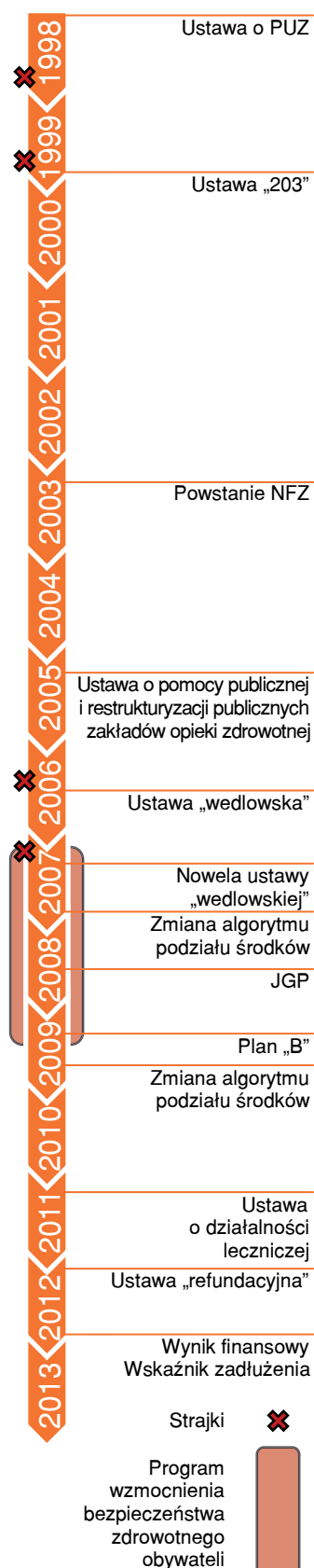
opłacanych miejsc pracy w danym mieście czy regionie. W większości przypadków wszelkie zmiany (jakkolwiek zasadne) postrzegane są jako zamach na „dobro pacjenta”, które zarówno przez przeciwników, jak i zwolenników zmian, jest artykułowane jako dobro nadrzędne. Po ten argument-slogan sięga się niemal przy każdej okazji, tak często, że ulega on znacznej deprecjacji. Tymczasem dostosowanie zatrudnienia w szpitalach do skali i profilu prowadzonej działalności określonych m.in. wielkością kontraktu z NFZ jest niezbędne do zapewnienia stabilności ekonomicznej oraz możliwości dalszego rozwoju i ciągłej poprawy jakości świadczonych usług. Jak pokazują w praktyce zjawiska zachodzące w zadłużających się szpitalach, skutki zadłużenia w pierwszej kolejności odczuwają dostawcy i pacjenci, a w dalszej perspektywie pracownicy; prawie nigdy – decydenci sprawujący nadzór nad funkcjonowaniem jednostek.

Podobnie jak w przypadku przychodów, **na poziom kształtowania się kosztów osobowych kluczowy wpływ ma również płatnik, który przez określenie minimalnych wymagań kadrowych** do prowadzenia danej działalności z góry określa dolny próg kosztów. Sprawia to, że często minimalne wymogi kadrowe przy określonej wycenie świadczeń uniemożliwiają osiągnięcie rentowności tej działalności, chyba że przy nadmiernie obniżonym poziomie wynagrodzeń personelu fachowego (m.in. pediatria, rehabilitacja ogólnoustrojowa czy psychiatria ogólna).

Ustawa stawia przed podmiotami leczniczymi/podmiotami tworzącymi jasny cel: doprowadzenie do trwałej rentowności tych jednostek; zakłada zatem, że podmioty lecznicze będą w stanie prowadzić rentowną działalność. Ostrożne prognozy dotyczące kształtowania się wydatków NFZ na najbliższe lata zmuszają podmioty lecznicze przede wszystkim do redukcji kosztów w niemal każdej sferze prowadzonej działalności. Ustawodawca nie daje jednak narzędzi umożliwiających poprawę efektywności po stronie kosztowej. **Dodatkowe obowiązki** wynikające z Ustawy w postaci ubezpieczeń od zdarzeń medycznych oznaczają dla podmiotów leczniczych konieczność udźwignięcia wręcz nowych obciążeń. Poszukiwanie oszczędności już dziś wyzwala zatem trendy konsolidacyjne w sektorze między różnymi podmiotami leczniczymi oraz motywuje publiczne podmioty tworzące do poszukiwania partnerów prywatnych. Pojawienie się takich tendencji może okazać się głównym efektem przyjęcia Ustawy. Co więcej, wielką niewiadomą pozostaje nadal możliwość swobodnego kształtowania strony przychodowej. Konserwatywne stanowisko Ministerstwa Zdrowia, konsekwentnie odmawiającego uznania możliwości komercyjnej sprzedaży usług medycznych „na zewnątrz” nieprzekształconym w spółki prawa handlowego podmiotom leczniczym, zdaje się w jasny sposób popychać te zainteresowane działalnością komercyjną w stronę takiego przekształcenia oraz ewentualnej prywatyzacji.

W większości przypadków wszelkie zmiany (jakkolwiek zasadne) postrzegane są jako zamach na „dobro pacjenta”, które zarówno przez przeciwników, jak i zwolenników zmian, jest artykułowane jako dobro nadrzędne. Po ten argument-slogan sięga się niemal przy każdej okazji, tak często, że ulega on znacznej deprecjacji

Stabilność i spójność systemu



System ochrony zdrowia w Polsce przechodził szereg reform, od wprowadzenia w 1998 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (PUZ) do ostatnich zmian związanych z wprowadzeniem omawianego na wstępie „pakietu ustaw zdrowotnych”. Pierwsza z wymienionych zmian miała charakter fundamentalny, albowiem wiązała się z odesłaniem w niebyt anachronicznego i skrajnie nieefektywnego budżetowego modelu finansowania ochrony zdrowia i zastąpienie go modelem ubezpieczeniowym. Warto też przypomnieć, że w ustawę o PUZ z 1998 r. wpisano już wtedy konkretny kalendarz reformowania ubezpieczeń zdrowotnych w kierunku ubezpieczeń dodatkowych i alternatywnych. Na kolejne istotne zmiany legislacyjne – pakiet ustaw reformujących ochronę zdrowia z 2011 r. – przyszło nam czekać 13 lat, gdyż to, co się działo w tym okresie (w latach 1998-2011) bardziej przypominało działania **destabilizujące niż regulujące**. Częste, pospieszne i mało precyzyjne zmiany prawa, zwykle **były działaniami o charakterze akcyjnym, służącymi jako doraźne remedium na pojawiające się okresowe i nawracające problemy systemu**, wyrażające się jego pogłębiającym się zadłużeniem i/lub protestami pracowników wraz żądaniami o charakterze płacowym. Pozostając tylko przy najważniejszych przykładach, należy wspomnieć o:

- I. czterech akcjach oddłużeniowych szpitali w latach: 1999, 2005, 2007-2009, 2009
- II. czterech akcjach podwyżkowych dla pracowników ZOZ-ów w latach: 1999, 2006, oraz dwóch adjustacjach w 2007 i 2011 r.
- III. monopolizacji instytucji płatnika/dysponenta ubezpieczenia zdrowotnego w 2003 r.
- IV. trzykrotnych zmianach zasad alokacji na województwa środków ze składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach: 2003, 2007, 2009.

Z bagażem tych i innych „specjalnych” rozwiązań przyszło i jeszcze przyjdzie się zmierzyć reformatorom systemu, jego obecny stan jest bowiem wynikiem **braku stabilnej, wieloletniej i konsekwentnie realizowanej polityki strategicznej**. Trzeba przyznać, że ustawy uchwalone w 2011 r. nie miały już tak przełomowego charakteru i znaczenia jak te w 1998 r. Ich niewątpliwą zaletą jest dążenie do kompleksowego uporządkowania prawa w ochronie zdrowia oraz fakt, iż prace legislacyjne nie były prowadzone pod presją czasu i doraźnych potrzeb politycznych. Nie uchroniło to niestety ustaw przed błędami i potrzebą szybkiej nowelizacji (w tym jedną znów „pod wycelowanym w Rząd RP pistoletem”). Uczciwie należy jednak zaznaczyć, że niespójności i wątpliwości interpretacyjne przy tak ambitnym zadaniu i zakresie nowych regulacji mogły się zdarzyć, a niewątpliwą cnotą jest szybkie naprawianie dostrzeżonych błędów (choć nie wszystkich), zamiast ich ignorowanie lub bagatelizowanie.

Czas pokaże, czy politycy oprą się pokusie ponownego „majstrowania” przy dopiero co uchwalonych ustawach, kiedy pojawi się np. **zapotrzebowanie na złagodzenie niektórych rozwiązań** dotyczących przekształceń szpitali w spółki (lub ich odsunięcie w czasie). Wtedy, (po wielu latach destabilizacji) los dopiero co podjętych systemowych i spójnych działań reformatorskich może być zagrożony.

„Zła konkurencja”

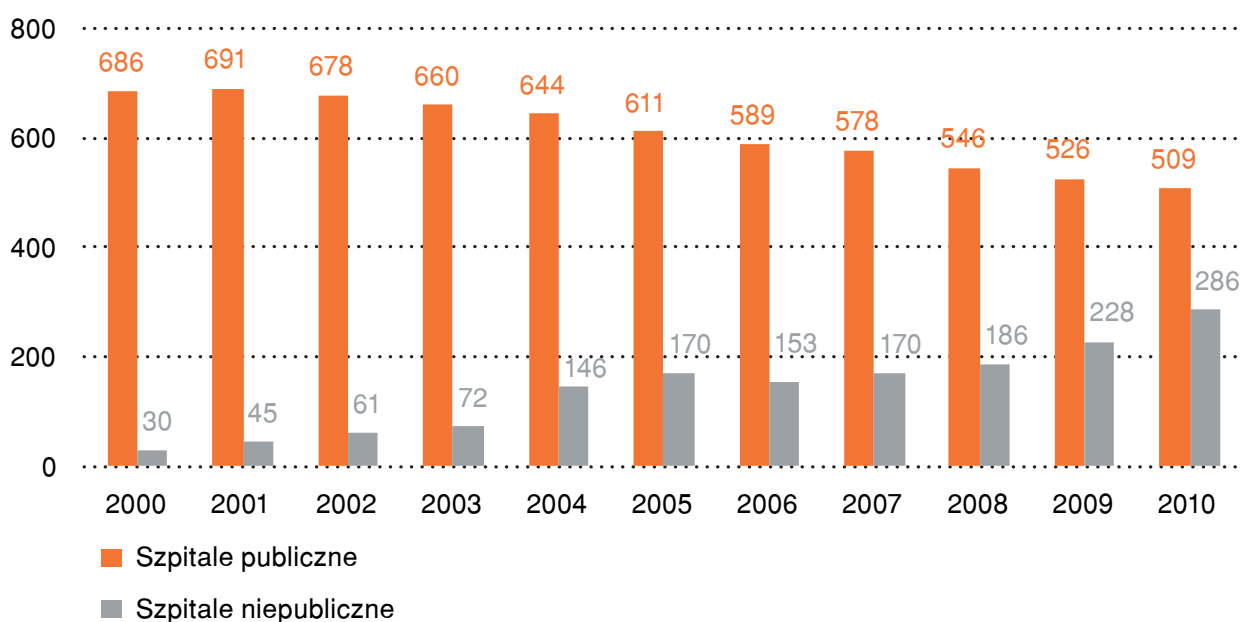
W Polsce w 2010 r. funkcjonowało blisko 26 tys. jednostek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki lekarskie), 795 szpitali oraz 900 podmiotów świadczących inne usługi stacjonarnej opieki medycznej (m.in.: szpitale psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria itd.) Mimo **rosnącej roli podmiotów niepublicznych** (która znalazła odbicie m.in. w coraz większej ich liczbie), publiczny właściciel podmiotów leczniczych w sektorze ochrony zdrowia w lecznictwie szpitalnym, które jest głównym konsumentem publicznych wydatków na świadczenia zdrowotne, pozostaje dalej dominujący.

Mnogość jednostek leczniczych oraz ich podmiotów tworzących (m.in.: samorządy różnego szczebla, uczelnie medyczne, ministerstwa), rosnąca liczba podmiotów prywatnych (które często koncentrują się na działalności medycznej o ponadprzeciętnej rentowności) oraz relatywnie niski wzrost środków na świadczenia zdrowotne w latach 2009-2012 (w porównaniu np. do lat 2006-2008) sprawiają, że coraz **bardziej widoczna staje się konkurencja o ograniczone środki**.

Istotne różnice w wycenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia poszczególnych zakresów świadczeń zmusza poszczególne jednostki do optymalizacji portfela usług medycznych w celu zapewnienia trwałej rentowności oraz stabilności funkcjonowania. Nie zawsze jednak optymalizacja portfela oferowanych usług medycznych – korzystna ekonomicznie z perspektywy jednego podmiotu leczniczego – prowadzi do optymalnego wykorzystania zasobów z perspektywy systemu opieki zdrowotnej w danym województwie czy regionie.

Nie zawsze optymalizacja portfela oferowanych usług medycznych – korzystna ekonomicznie z perspektywy jednego podmiotu leczniczego – prowadzi do optymalnego wykorzystania zasobów z perspektywy systemu opieki zdrowotnej w danym województwie czy regionie

Wykres 21: Liczba szpitali ogólnych w Polsce w latach 2000-2010



Źródło: GUS

Podmioty lecznicze tego samego podmiotu tworzącego, jak np. szpitale wojewódzkie czy kliniczne, podejmują działania konkurencyjne wobec innych podmiotów tego samego właściciela, przez otwieranie oddziałów o tym samym profilu, konkurowanie o wykwalifikowaną kadrę czy też o środki na zbliżone profilem inwestycje ze źródeł zewnętrznych

Szpitala powiatowe, które przez wiele lat w dużej mierze koncentrowały się na czterech podstawowych zakresach medycznych (choroby wewnętrzne, pediatria, położnictwo i ginekologia oraz chirurgia ogólna), ze względu na relatywnie niską wycenę tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia poszukują możliwości rozwoju w innych, bardziej rentownych zakresach, m.in. w kardiologii inwazyjnej czy ortopedii. To samo dotyczy szpitali wojewódzkich, oferujących coraz częściej świadczenia na najwyższym poziomie referencyjności, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne, które przez wiele lat były domeną przede wszystkim szpitali klinicznych. Co więcej, obserwowane są również sytuacje, kiedy podmioty lecznicze tego samego podmiotu tworzącego, jak np. szpitale wojewódzkie czy kliniczne, podejmują działania konkurencyjne wobec innych podmiotów tego samego właściciela, przez otwieranie oddziałów o tym samym profilu, konkurowanie o wykwalifikowaną kadrę czy też o środki na zbliżone profilem inwestycje ze źródeł zewnętrznych.

Rosnąca konkurencja wśród podmiotów zabiegających o środki publiczne w rentownych zakresach świadczeń prowadzi do **rozdrobienia kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia** oraz tworzy presję na wzrost wynagrodzeń w szczególne deficytowych specjalizacjach. A to przy często wysokich kosztach gotowości, wynikających m.in. z minimalnych wymagań kadrowych dla świadczenia danej działalności, sprawia, że teoretycznie rentowne oddziały nie osiągają skali działalności umożliwiającej uzyskanie zakładanej rentowności. „Zła konkurencja” między podmiotami leczniczymi uniemożliwia zatem osiągnięcie ekonomicznej efektywności systemu opieki zdrowotnej, zaś „zwiększenie konkurencji między podmiotami leczniczymi o pacjenta” czy „rosnąca dostępność” danych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pozostają często mitem, gdyż zwiększonej liczbie świadczeniodawców w danych zakresach medycznych towarzyszy często minimalny wzrost poziomu finansowania.

Czy Ustawa w jakikolwiek sposób odnosi się zatem do problemów związanych ze „złą konkurencją”? Zapisy Ustawy nie wprowadzają bezpośrednio podziału kompetencji między poszczególnymi rodzajami szpitali, nie poruszają one również problemu rozdrobienia kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednakże wprowadzona przez Ustawę odpowiedzialność podmiotów tworzących za wynik finansowy, poziom zobowiązań podmiotów leczniczych oraz zmiana ich formy organizacyjno-prawnej, która jest jedną z intencji ustawodawcy, pośrednio stwarzają mechanizmy zmuszające do szukania efektywności, co jest możliwe dzięki współpracy zarówno podmiotów leczniczych tego samego publicznego właściciela, jak również samych podmiotów tworzących. Korzyści z potencjalnej współpracy jest oczywiście wiele. Poczynając od lepszego wykorzystania środków z Narodowego Funduszu Zdrowia, przez **podział zadań i kompetencji między podmiotami leczniczymi**, na lepszym wykorzystaniu zaplecza diagnostycznego, centralizacji zakupów, koordynacji realizowanych inwestycji czy też wspólnej realizacji funkcji wsparcia kończąc. Skala i korzyści ze współpracy różnią się oczywiście w zależności od jej formy i zakresu (m.in.: połączenia podmiotów leczniczych, stworzenie grupy zakupowej, wspólne działania lobbujące), są jednak w każdym wypadku na tyle duże, że coraz więcej podmiotów tworzących oraz leczniczych decyduje się na realizację niektórych z powyższych działań.

Zbyt wcześnie jeszcze, by oceniać, na ile wpływ Ustawy wyznaczył nowe trendy w ochronie zdrowia w Polsce, a na ile działania podejmowane przez zainteresowane strony są jedynie pozorne (np. połączenia jednostek o trudnej sytuacji finansowej z podmiotami w relatywnie dobrej sytuacji), obliczone jedynie na **uniknięcie ustawowych konsekwencji dla podmiotów tworzących** w przypadku przekroczenia przez podmioty lecznicze wskaźników określonych w Ustawie. Tylko czas jest bowiem w stanie dać odpowiedź na pytanie, czy Ustawa ma szansę stać się „kroplą drażącą skałę”, która powoli, ale nieuchronnie przybliży polski sektor ochrony zdrowia do bardziej racjonalnych rozwiązań uwzględniających zasady regulowanego rynku, oparte na grze popytu (potrzeb) i podaży (oferty), oraz do wypracowania efektywniejszych form funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Niezależnie od powyższych, **kluczowa rola oraz narzędzia do kształtowania systemu opieki zdrowotnej pozostają nadal w rękach monopolistycznego płatnika**. NFZ – przez podział publicznych środków oraz w dużej mierze kształtowanie minimalnych wymagań oraz warunków kontraktowania świadczeń – pozostaje głównym graczem decydującym często o efektywności oraz sytuacji finansowej poszczególnych jednostek ochrony zdrowia.

Rzeczywistość a przyjęte kryteria oceny

Podsumowując, należy stwierdzić, iż analiza polskiego systemu opieki zdrowotnej w kontekście określonych na wstępie kryteriów nie pozostawia zbyt wielu wątpliwości. Zarówno rozwiązania prawne, jak i instytucjonalne oraz rynkowa praktyka w znaczącym stopniu odbiegają od rozwiązań modelowych.

Dotyczy to w równym stopniu kwestii jakości i stabilności oraz spójności systemu, obciążonego bagażem historycznych doraźnych rozwiązań prawnych i praktyk mających z definicji przejściowy charakter.

Z punktu widzenia całego systemu najbardziej widoczny jest jednak brak ekonomicznej efektywności tak w obszarze makro, jak i mikro. Złym perspektywom ekonomicznym oraz dogmatycznemu podejściu do kwestii kształtowania przychodów podmiotów leczniczych towarzyszy bowiem **upolitycznienie** kwestii związanych z kosztami funkcjonowania placówek oraz **systemowe marnotrawstwo** przejawiające się w szczególności „złą konkurencją” na poziomie mikroekonomicznym. W tym kontekście rozwiązania proponowane przez Ustawę stanowią jedynie drobny krok w pożądanym kierunku i nie gwarantują niestety sukcesu.

„Zła konkurencja” między podmiotami leczniczymi uniemożliwia osiągnięcie ekonomicznej efektywności systemu opieki zdrowotnej, zaś „zwiększenie konkurencji między podmiotami leczniczymi o pacjenta” czy „rosnąca dostępność” danych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pozostają często mitem, gdyż zwiększonej liczbie świadczeniodawców w danych zakresach medycznych towarzyszy często minimalny wzrost poziomu finansowania

Próba oceny skutków regulacji Ustawy o działalności leczniczej

Uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych, w których działają podmioty lecznicze. Nowa klasyfikacja podmiotów leczniczych

Jednym z celów, jakie przyświecały twórcom Ustawy o działalności leczniczej, było ustanowienie ram prawnych dla takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, która pozwoli na rzeczywistą realizację świadczeń zdrowotnych. Elementem tego procesu było uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych, w których działają podmioty lecznicze, oraz wprowadzenie nowej klasyfikacji tych podmiotów. Poniżej sprawdzimy, czy zadanie to się powiodło, oraz jaki to miało wpływ na poprawę systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Do chwili wejścia w życie Ustawy o działalności leczniczej podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej (prowadzące działalność leczniczą) można było podzielić na kilka grup:

1. zakłady opieki zdrowotnej – publiczne lub niepubliczne,
2. indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie lub grupowe praktyki lekarskie,
3. indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych, indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych lub grupowe praktyki pielęgniarek i położnych,
4. osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Zakłady opieki zdrowotnej funkcjonowały – na gruncie Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – w następujących formach organizacyjno-prawnych:

1. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,
2. jednostka budżetowa,
3. instytucja gospodarki budżetowej,
4. państwowy instytut badawczy,
5. niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.

Ustawa o działalności leczniczej niewiele zmieniła w dotychczasowych formach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (prowadzenia działalności leczniczej). W zasadzie zachowała wszystkie te formy. Wprowadziła natomiast nowe

nazewnictwo oraz klasyfikację podmiotów, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej (prowadzą działalność leczniczą).

W Ustawie o działalności leczniczej wszystkie podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych, zostały określone mianem **podmiotów wykonujących działalność leczniczą**. Jest to novum w stosunku do poprzedniej regulacji – Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Nie posługiwała się ona takim zbiorczym określeniem, poprzestając na wyróżnieniu zakładów opieki zdrowotnej oraz innych jednostek organizacyjnych, których zadaniem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadza jednocześnie, inaczej niż poprzednio obowiązująca Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, podział wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dwie kategorie, tj. **podmioty lecznicze** oraz **praktyki zawodowe**.

Podmiotami leczniczymi – zgodnie z Ustawą – są:

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3. jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
4. instytuty badawcze,
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
6. Kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Z kolei do praktyk zawodowych zaliczymy:

1. praktykę zawodową wykonywaną przez lekarzy,
2. praktykę zawodową wykonywaną przez pielęgniarki.

Analiza przedstawionych wyżej regulacji pozwala zauważyć, iż począwszy od 1 lipca 2011 r. można zakładać również:

1. indywidualną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
2. indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Wskazane wyżej dwa nowe typy praktyk, nieznane dotychczas, pozwalają na uelastycznienie form wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki. Pewną zmianą – w stosunku do dotychczasowego stanu prawnego – jest także wprowadzenie możliwości wykonywania praktyki lekarskiej, pielęgnarskiej i położniczej w formie spółki jawnej. Trudno jednak zmianę tę uznać za rewolucyjną.

Analizując przytoczone powyżej regulacje stwierdzić zatem należy, że w Ustawie o działalności leczniczej:

1. nadano zbiorczą nazwę dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, czego nie czyniła poprzednio obowiązująca Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej;
2. zrezygnowano ze stosowania nazwy zakładu opieki zdrowotnej i zastąpiono go terminem „podmiot leczniczy”; działanie to zapobiega pomyłkom, do jakich wcześniej dochodziło, gdy z jednej strony ustawa posługiwała się zbiorczym określeniem „zakład opieki zdrowotnej”, a z drugiej – wyróżniała określoną formę zakładu opieki zdrowotnej, jaką był „samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej”;
3. sklasyfikowano dotychczas istniejące formy wykonywania działalności leczniczej, nie likwidując jednak żadnej z nich, ale też nie tworząc możliwości wykonywania działalności gospodarczej w innych, jakościowo nowych formach.

Z pewnością **tych zmian nie można określić mianem rewolucyjnych**. Trudno także oczekiwać, że w jakiś znaczący sposób przyczynią się one do poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, zwłaszcza w kontekście jego jakości czy skuteczności klinicznej.

Definicja podmiotu leczniczego

Ustawodawca zdefiniował podmiot leczniczy jako podmiot wykonujący działalność leczniczą, a więc działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczeniem zdrowotnym jest natomiast działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania.

Wskazane wyżej zestawienie pozwala wysnuć wniosek, że co do zasady jedynie jednostki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych mogą zostać uznane za podmioty lecznicze.

Niestety, wskazane wyżej słuszne założenie musi zostać zmodyfikowane, gdyż działalność lecznicza może również polegać na:

1. promocji zdrowia lub
2. realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Objęcie terminem „działalność lecznicza” także promocji zdrowia rodzi niebezpieczeństwo nadmiernego rozszerzenia kręgu osób, do których Ustawa znajduje zastosowanie. Można bowiem dojść do wniosku, że także stowarzyszenia czy nawet osoby fizyczne, wykonujące działalność w zakresie promocji zdrowia, posiadają status podmiotu leczniczego, a zatem podlegają, dla przykładu, obowiązkowi rejestracji. Widoczne jest zatem, że jeden z podstawowych celów ustawodawcy, jakim było **uporządkowanie terminologii, nie powiodło się**. Klarowne konstrukcje prawne stosowane w jednych przepisach ustawy ulegają niepotrzebnie modyfikacjom w innych przepisach. Utrudnia to wykładnię Ustawy, a w konsekwencji udzielenie odpowiedzi na pytanie, w stosunku do kogo i na jakich zasadach znajduje ona zastosowanie. Należy jednak pamiętać, że zadania z promocji zdrowia jako bardzo istotny element systemu ochrony zdrowia powinny zostać jak najszybciej precyzyjnie uregulowane w osobnej ustawie o ustroju zdrowia publicznego.

Definicja przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

Do najistotniejszych zmian, jakie wprowadziła Ustawa o działalności leczniczej, zaliczyć należy ustawowe rozróżnienie terminów: **podmiot leczniczy** oraz **przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego**. W dotychczasowym stanie prawnym ustawodawca nie czynił bowiem **rozzróżnienia między podmiotem prowadzącym przedsiębiorstwo, w którym udziela się świadczeń zdrowotnych, a samym przedsiębiorstwem. Posługiwał się on jedynie pojęciem zakładu opieki zdrowotnej** definiowanym jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych. Niejasny był status tego zakładu. Z pewnością zakład opieki zdrowotnej nie był jedynie przedsiębiorstwem, za pomocą którego dany podmiot prawa (np. spółka prawa handlowego) prowadziła działalność leczniczą, gdyż ustawodawca wskazywał wyraźnie, iż poza zespołem składników majątkowych zakład opieki zdrowotnej jest także zespołem osób. Zakład opieki zdrowotnej nie był nawet traktowany jako przedmiot prawa. W Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej był bowiem nie podmiot prowadzący zakład opieki zdrowotnej, a sam zakład opieki zdrowotnej.

Uprawniony jest zatem pogląd, że zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu dawnych przepisów był szczególnym tworem prawnym, nieznajującym odpowiednika w żadnych innych przepisach prawa.

Inaczej sprawa przedstawia się w przypadku przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Początkowo, bezpośrednio po wejściu w życie Ustawy o działalności leczniczej, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego definiowano tak jak w Kodeksie cywilnym. W chwili obecnej ustawodawca posługuje się jednak inną definicją, stwierdzając, iż przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego jest zespół składników majątkowych, za pomocą których podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Zmiany tej z pewnością nie można uznać za trafną, gdyż stanowi odstępstwo od wcześniejszej koncepcji posługiwania się klarownymi, dobrze znanymi prawu pojęciami i terminami, na rzecz używania pojęć nieznanych. Powyższe nie ma tylko teoretycznego znaczenia. Przeciwnie, rodzi bardzo poważne konsekwencje praktyczne. Gdyby ustawodawca poprzestał na definiowaniu przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w taki sposób, jak czyni się to na gruncie Kodeksu cywilnego,

można byłoby rozporządzać przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego w łatwy sposób, poprzez dokonanie jednej czynności prawnej.

W chwili obecnej takie proste zbycie czy wydzierżawienie całego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego nie jest już możliwe. Dokonując jednej czynności prawnej, zbyć można co najwyżej wszystkie składniki majątkowe przedsiębiorstwa, powstaje natomiast pytanie, jak dokonać przeniesienia praw do składników niemajątkowych, z których korzystał podmiot leczniczy? Wydaje się, że będzie to musiało następować w drodze odrębnych czynności prawnych, w których z osobna należałoby określić wszystkie przenoszone składniki niemajątkowe.

Takie rozwiązanie z pewnością nie sprzyja zachowaniu spójności systemu ochrony zdrowia.

Regulacja bieżącego funkcjonowania podmiotów leczniczych

Poza podjęciem próby uporządkowania nazewnictwa i pojęć prawnych ustawodawca wprowadził **stosunkowo niewiele zmian dotyczących wykonywania działalności leczniczej**. Widoczne jest to zwłaszcza wtedy, gdy analizuje się przepisy dotyczące bieżącego funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. W zasadzie ustawodawca jedynie powtórzył rozwiązania przewidziane w poprzednio obowiązującej Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Nie uregulował natomiast w sposób kompleksowy i wyczerpujący tak ważnych zagadnień, jak: sposób, warunki i tryb przyjmowania pacjentów do podmiotu leczniczego, organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu, zasady współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie niezbędnym dla realizacji prawidłowej diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości udzielanych świadczeń. Te niezwykle istotne kwestie mają być ujęte przede wszystkim w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego. Tymczasem ważne jest, aby w procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej standardy współpracy między podmiotami leczniczymi oraz ich jednostkami organizacyjnymi zostały określone bezpośrednio w Ustawie. Niemożliwe jest powstanie efektywnego systemu współpracy w sytuacji, w której każdy ze szpitali oddzielenie, bez obowiązku przeprowadzenia konsultacji z pozostałymi podmiotami leczniczymi, ustala zasady współpracy z tymi podmiotami. Brak w Ustawie o działalności leczniczej omawianych regulacji **obniża poziom zintegrowania** procesu leczenia, co odbija się negatywnie na jakości systemu, ale może mieć także wpływ na skuteczność kliniczną.

Zachodzi zatem potrzeba wprowadzenia regulacji bezpośrednio normujących:

1. sposób przyjmowania i „prowadzenia” pacjenta w podmiocie leczniczym oraz między podmiotami;
2. zapewnianie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego.

.....
Ważne jest, aby w procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej standardy współpracy między podmiotami leczniczymi oraz ich jednostkami organizacyjnymi zostały określone bezpośrednio w Ustawie

Oczywiście przepisy powinny zawierać jedynie ogólne regulacje poświęcone wskazanym wyżej zagadnieniom, nie pozbawiając podmiotów leczniczych możliwości szczegółowego unormowania owych kwestii w regulaminach organizacyjnych.

Kwestia sposobu „prowadzenia” pacjenta w podmiocie leczniczym oraz między podmiotami

Nieuregulowane w Ustawie lub statucie sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika podmiotu leczniczego. W regulaminie organizacyjnym określa się w szczególności:

1. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;
2. organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
3. warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Oczywiście nie sposób zanegować konieczności unormowania sposobu „prowadzenia” pacjenta w podmiocie leczniczym w regulaminie organizacyjnym. Regulamin powinien być jednak miejscem, w którym pewne zagadnienie są jedynie uszczegóławiane. Natomiast ramy prawne dla „prowadzenia” pacjenta w procesie udzielania mu świadczeń zdrowotnych powinny być unormowane w Ustawie o działalności leczniczej. Uregulowania w akcie rangi ustawowej lub w rozporządzeniu do Ustawy wymaga w szczególności kwestia współdziałania podmiotów leczniczych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Trudno bowiem **osiągnąć wysoki poziom współdziałania** w sytuacji, w której każdemu podmiotowi leczniczemu z osobna pozostawiono unormowanie warunków owego współdziałania.

Brak wyczerpującej regulacji prawnej poświęconej współdziałaniu podmiotów leczniczych nie może pozostawać bez wpływu na jakość, skuteczność kliniczną oraz spójność systemu opieki zdrowotnej.

Problem zapewniania świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego

W Ustawie o działalności leczniczej wiele miejsca poświęcono problemom restrukturyzacji podmiotów leczniczych. Niestety, i w tej sferze ustawodawca pozostawił wiele luk. Jedną z nich jest brak unormowania kwestii zachowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą (np. SPZOZ, jednostka budżetowa). Warto w tym miejscu wyjaśnić, że poprzednio obowiązująca Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wyraźnie wskazywała, że rozporządzenie lub uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinny określać sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalsze, nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości, oraz podawać termin zakończenia działalności, nie wcześniejszy niż trzy miesiące od daty wydania rozporządzenia lub podjęcia uchwały o likwidacji. Powyższa regulacja prawna odnosiła się także do przypadków, w których w wyniku przekształcenia miała nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Brak w Ustawie wyraźnej regulacji nakazującej zapewnienie uprawnionym dostępu do świadczeń oraz zagwarantowanie źródła ich finansowania, przy jednoczesnym braku precyzyjnego określenia zadań jest w zakresie obowiązku zapewnienia opieki zdrowotnej może okazać się niewystarczającym zabezpieczeniem formalnym dla zapewnienia ciągłości i stabilności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Status SPZOZ w Ustawie o działalności leczniczej

Wśród regulacji Ustawy o działalności leczniczej największe rozczarowanie wzbudza unormowanie statusu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ).

Ustawodawca **nie dokonał żadnych zmian**, by poprawić funkcjonowanie tej kategorii podmiotów leczniczych, w szczególności nie zawarł regulacji, które w sposób jednoznaczny umożliwiłyby SPZOZ-om udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych oraz doprowadziłyby do rozwoju współpracy między samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej a zakładami ubezpieczeń oferującymi prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Przeciwnie, legislator pozostawił w Ustawie o działalności leczniczej szereg unormowań, które wręcz **dyskryminują** tę kategorię podmiotów leczniczych. Zaliczyć do nich należy zwłaszcza:

1. brak przyznania osobowości prawnej SPZOZ-om,
2. pozbawienie ich statusu przedsiębiorców,
3. obowiązek wypłacania dodatkowych składników wynagrodzenia.

Nieprzyznanie osobowości prawnej SPZOZ-om

Jedną z najpoważniejszych luk prawnych, którą można wykryć w Ustawie o działalności leczniczej, jest nieprzyznanie samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej osobowości prawnej. Fakt ten ma niebagatelne znaczenie dla praktyki obrotu. Jednostka organizacyjna mająca osobowość prawną posiada również zdolność prawną (zdolność do bycia podmiotem praw i obowiązków) oraz zdolność do czynności prawnych. Ponadto jednostce takiej przysługuje również – na podstawie Kodeksu postępowania cywilnego – zdolność sądowa (zdolność występowania w procesie jako strona) oraz zdolność procesowa (do dokonywania czynności procesowych). Zatem jednostka organizacyjna, której nie przyznano osobowości prawnej, a przy tym ustawodawca nie postanowił, że przysługuje jej na podstawie szczególnego przepisu tzw. zdolność procesowa, nie może być samodzielnie aktywnym uczestnikiem obrotu prawnego.

Zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego osobami prawnymi są Skarb Państwa i **jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególne przyznają osobowość prawną (art. 33 Kodeksu cywilnego)**. Widoczne jest zatem, że dana jednostka posiada osobowość prawną tylko wtedy, gdy przepis prawa tak wyraźnie stanowi, gdyż „osobowości prawnej nie można domniemywać”. W przepisach dotyczących powstania SPZOZ-u, zawartych w poprzednio obowiązującej Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, istniał przepis wskazujący wprost, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej posiada osobowość prawną. Mowa tutaj o art. 35b, który stanowił: „Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Z chwilą wpisania do rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną”.

W obecnie obowiązującej Ustawie o działalności leczniczej nie znajdujemy podobnego przepisu. Ustawodawca postanowił jedynie, że w przypadku połączenia SPZOZ-ów, z chwilą wpisania nowo powstałego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do KRS, uzyskuje on osobowość prawną. Brak jednak przepisu, który wprost stanowiłby, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej posiada osobowość prawną.

Brak wyraźnego wskazania w Ustawie o działalności leczniczej, że SPZOZ posiada osobowość prawną sprawił, że powstały liczne kontrowersje co do tego, czy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest osobą prawną. Przeciwnicy uznania, że SPZOZ jest osobą prawną podkreślają, iż wobec braku wyraźnej podstawy prawnej nie można przyznać samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej statusu osoby prawnej. Pogląd ten legł u podstaw wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 7.12.2011 r. (sygn. akt I ACa 569/11), w którym czytamy: „Z dniem wejścia w życie ustawy z 15.4.2011 r. o działalności leczniczej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utraciły osobowość prawną”. Co jednak znamienne, sąd ten nie odmówił SPZOZ-owi przymiotu strony, stwierdzając, że zakłady uczestniczą w obrocie cywilno-prawnym i są w związku z tym jednostkami, do których stosuje się odpowiednio przepisy o osobach prawnych (są tzw. ułomnymi osobami prawnymi) i stosuje się do nich art. 33¹ Kodeksu cywilnego.

Zwolennicy przyznania SPZOZ-om statusu osoby prawnej podnoszą, że każdy istniejący i wpisany do KRS SPZOZ musi posiadać osobowość prawną.

Brak wyraźnego wskazania w Ustawie o działalności leczniczej, że SPZOZ posiada osobowość prawną sprawił, że powstały liczne kontrowersje co do tego, czy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest osobą prawną

Podkreślają, że brak wskazania w ustawie, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej posiada osobowość prawną, jest skutkiem tego, iż Ustawa zasadniczo nie przewiduje już możliwości tworzenia nowych SPZOZ-ów, a regulacja Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przyznająca samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej osobowość prawną zawarta była właśnie w unormowaniach dotyczących powstawania SPZOZ-ów. W nowym stanie prawnym, w przypadku gdy utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest jeszcze możliwe (jak wskazaliśmy powyżej, Ustawa zna tylko jeden taki przypadek – połączenie dwóch SPZOZ-ów), także przewidziano, że nowo utworzony SPZOZ posiada osobowość prawną. Ponadto podkreśla się, że trudno uznać za racjonalne rozwiązanie, w którym jeden SPZOZ (powstały w wyniku połączenia dwóch lub większej liczby samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej) posiadałby osobowość prawną, a inny nie.

Osobiście skłaniamy się do przyjęcia pierwszej koncepcji. Jeżeli przepisy prawa wprost nie stanowią, że SPZOZ-y posiadają osobowość prawną (poza tymi utworzonymi w wyniku połączenia dwóch lub większej liczby samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), to nie można uznać ich za osoby prawne. Przepis art. 33 Kodeksu cywilnego jest w tym zakresie jasny. Postulować należy pilną nowelizację przepisów Ustawy o działalności leczniczej, która tę kwestię rozstrzygnie. Rozumiemy, że ustawodawca uznał SPZOZ za formę schyłkową prowadzenia działalności leczniczej, nie powinien jednak samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej odbierać jednego z podstawowych warunków funkcjonowania w obrocie prawnym.

Pozbawienie SPZOZ-u statusu przedsiębiorcy

Ustawa o działalności leczniczej podała w wątpliwość status SPZOZ-u jako przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Utrudnia to SPZOZ-om korzystanie z praw, które w polskich przepisach zostały zagwarantowane przedsiębiorcom. W przypadku SPZOZ-ów nie będą znajdowały zastosowania regulacje dotyczące przede wszystkim ograniczeń w kontroli przedsiębiorców, odnoszących się do takich zagadnień, jak czas trwania kontroli, możliwości równoczesnego podejmowania i prowadzenia więcej niż jednej kontroli działalności przedsiębiorcy. SPZOZ nie ma również prawa wystąpienia o wydanie pisemnej interpretacji co do zakresu i sposobu zastosowania przepisów, z których wynika obowiązek świadczenia przez przedsiębiorcę daniny publicznej oraz składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne. Problem posiadania przez SPZOZ statusu przedsiębiorcy jest tym istotniejszy, że do niego ma zastosowanie art. 16 Ustawy, z którego wynika, że SPZOZ prowadzi **regulowaną działalność gospodarczą**.

Wypłacanie dodatkowych składników wynagrodzenia pracownikom SPZOZ

Ustawa o działalności leczniczej gwarantuje pracownikom SPZOZ nagrody jubileuszowe (maksymalnie trzykrotność miesięcznego wynagrodzenia po 40 latach pracy), odprawy emerytalno-rentowe (maksymalnie trzykrotność wynagrodzenia po 20 latach pracy) oraz dodatek za wysługę lat, który rośnie o 1% za każdy kolejny rok pracy aż do osiągnięcia 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatkowo, pomimo uchylecia Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do 31 grudnia 2012 r. pozostawał w mocy przepis, zgodnie z którym w przypadku wzrostu kwoty zobowiązania NFZ wobec SPZOZ-u (w porównaniu z kwotą wynikającą z poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej tego samego rodzaju lub zakresu świadczeń opieki zdrowotnej) kierownik SPZOZ-u ma obowiązek przeznaczyć co najmniej 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie, na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym zakładzie, z czego $\frac{3}{4}$ ma przeznaczyć na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Autorzy niniejszego raportu wskazują jedynie, iż **obciążenie wskazanymi wyżej obowiązkami** tylko jednej grupy podmiotów leczniczych oznacza ich dyskryminację, a tym samym naruszenie konstytucyjnej zasady równości.

Brak możliwości pobierania przez SPZOZ opłat za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Najdalej idącym przejawem dyskryminacji SPZOZ-ów jest jednak zakaz pobierania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, wchodzących w skład koszyka świadczeń gwarantowanych, co wynika bardziej ze stanowiska organów władzy publicznej, a nie z treści norm prawnych.

Ministerstwo Zdrowia zarówno przed wejściem w życie Ustawy o działalności leczniczej, jak po jej wejściu w życie, konsekwentnie stoi na stanowisku, jakoby w SPZOZ zakazane było pobieranie opłat za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych i objętych umową z NFZ.

Pod rządem Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowisko przemawiające za niedopuszczalnością pobierania przez SPZOZ opłat za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyrażono w polemice Ministerstwa Zdrowia z artykułem Z. Kubota pt. „Status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej a komercyjne usługi medyczne”, opublikowanej w nr 3/2010 „Prawa i Medycyny”.

Wśród nowszych wypowiedzi, już pod rządem Ustawy o działalności leczniczej, warto wskazać na komunikat rzecznika prasowego Ministerstwa Zdrowia z 21 maja 2012 r., w którym wykluczono możliwość pobierania opłat za świadczenia udzielane przez SPZOZ. W posiadaniu autorów raportu znalazło się również pismo departamentu prawnego Ministerstwa Zdrowia z 29 listopada 2011 r., adresowane do dyrektora Urzędu Miasta Łodzi, departamentu spraw społecznych, wydziału zdrowia i spraw społecznych, w którym zakaz pobierania opłat przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Zakaz pobierania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, wchodzących w skład koszyka świadczeń gwarantowanych, wynika bardziej ze stanowiska organów władzy publicznej, a nie z treści norm prawnych

wywiedziono z art. 44 Ustawy o działalności leczniczej, stosownie do którego podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

Powyższe stanowiska Ministerstwa Zdrowia wzbudzają wiele wątpliwości. Warto przede wszystkim zwrócić uwagę na fakt, że w Ustawie o działalności leczniczej zniesiono przepis art. 38 ust. 5 poprzednio obowiązującej Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który przewidywał, iż „Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być obciążane opłatami za ich udzielanie, nawet gdy świadczeń zdrowotnych udziela publiczny zakład opieki zdrowotnej niebędący właściwym ze względu na obszar lub rejon swojego działania”. Przepis ten wyraźnie stanowił, że osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej w żadnym przypadku nie może zostać obciążona opłatami za udzielenie tych świadczeń, nawet w sytuacji, gdy publiczny zakład opieki zdrowotnej nie podpisał kontraktu z NFZ, albo kontrakt ten już wcześniej zrealizował. Zatem usunięcie owego przepisu powinno być pożytywane jako otwarcie drogi do udzielania świadczeń komercyjnych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w opisanych sytuacjach. Jedynym bowiem przepisem, który – jak można sądzić – w chwili obecnej limituje możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych, jest art. 193 pkt 4 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w myśl którego „Kto pobiera od ubezpieczonych nienależne opłaty za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podlega karze grzywny”.

Ten ostatni przepis pozwala wysnuć wniosek, że zakazane jest wyłącznie pobieranie opłat za świadczenia objęte kontraktem z NFZ. Zatem dozwolone jest pobieranie opłat za świadczenia, które nie są objęte umową z Funduszem, tzn. wówczas, gdy SPZOZ w ogóle nie zobowiązał się do udzielania tego rodzaju świadczenia bądź też zobowiązał się do jego udzielenia, ale wyczerpał już limit na realizację. Zatem zupełnie inaczej powinno interpretować się przywoływany przez Ministerstwo Zdrowia art. 44 Ustawy o działalności leczniczej. Gdy przepis ten mówi o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, nie chodzi o świadczenia w ogóle finansowane ze środków publicznych (znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych), lecz o świadczenia w danym przypadku finansowane ze środków publicznych, na podstawie umowy zawartej między SPZOZ-em a Funduszem.

Nieokreślenie zasad współpracy między SPZOZ-em a zakładami ubezpieczeń

Wśród źródeł przychodów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Ustawa wskazuje umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które SPZOZ może zawrzeć z zakładem ubezpieczeń działającym na podstawie Ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Niestety, do chwili obecnej ustawodawca **nie stworzył ram prawnych** dla nawiązania między SPZOZ-ami a zakładami ubezpieczeń współpracy w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ramy powinny przede wszystkim uregulować sposób postępowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

w sytuacji, w której zakład ten miałby udzielać świadczeń opieki zdrowotnej osobie posiadającej zarówno polisę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i status ubezpieczonego w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wobec przedstawionych wcześniej wątpliwości co do tego, czy w ogóle samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej wolno udzielać świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych, łatwo zrozumieć obawy SPZOZ-ów oraz zakładów ubezpieczeń przed nawiązywaniem takiej współpracy.

Marnotrawstwo systemowe

Polityka dyskryminacji SPZOZ-ów, przejawiająca się w szczególności w zakazie pobierania opłat za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także brak regulacji dotyczących współpracy między samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej a zakładami ubezpieczeń skutkują tym, że SPZOZ pozbawiony zostaje możliwości wykorzystania swoich wolnych zasobów osobowych i rzeczowych, które mogłyby zostać użyte do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom gotowym zapłacić za te świadczenia. Dochodzi w konsekwencji do sytuacji **wpisanego w system ochrony zdrowia marnotrawstwa i niskiej efektywności**. Środki, którymi dysponuje samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, **nie mogą być wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem, mimo że są dostępne**. System staje się przez to mało efektywny. Co więcej, uszczerbku doznaje również spójność systemu: na rynku ochrony zdrowia funkcjonują bowiem podmioty mające różne uprawnienia, jedne faworyzowane przez organy władzy publicznej, drugie dyskryminowane. Zaburza to konkurencję między nimi. Co więcej, system staje się mniej przejrzysty dla pacjentów.

Daje się więc zauważyć pewną niekonsekwencję ustawodawcy. Z jednej strony wśród głównych przyczyn złej kondycji systemu ochrony zdrowia w Polsce widzi on „nieefektywną, ułomną” formę prawną, w jakiej działają podmioty lecznicze – SPZOZ-y, ale z drugiej strony ustawodawca nie wprowadza żadnych zmian, aby poprawić warunki prawne funkcjonowania podmiotów leczniczych w tej formie. Przeciwnie, powtarza stare rozwiązania, które je upośledzają.

Przekształcenia SPZOZ-ów w spółki kapitałowe – ogólna ocena regulacji prawnej

Lepiej niż przepisy normujące status SPZOZ-ów należy ocenić unormowania dotyczące trybu oraz skutków przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Pod rządem Ustawy o działalności leczniczej **proces ten został znacznie uproszczony**. Nie trzeba bowiem, tak jak poprzednio, najpierw likwidować SPZOZ-u, na czas całego procesu tworzyć jednostki budżetowej odpowiedzialnej za tymczasowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom, a następnie wyposażać w mienie zlikwidowanego SPZOZ-u nowo powołanej do życia spółki. Przekształcenie SPZOZ-u w spółkę na gruncie nowego prawa nie zakłada bowiem konieczności jego likwidacji, lecz polega na zmianie formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego. Zatem szpital przed przekształceniem oraz po przekształceniu jest tym samym podmiotem

prawnym, lecz działającym w innej formie. Spółka powstała w wyniku przekształcenia SPZOZ-u jest kontynuatorem wszelkich praw i obowiązków, jakie przysługiwały przed przekształceniem samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej. Zatem spółka taka jest stroną wszystkich stosunków cywilnoprawnych oraz regulowanych prawem pracy, których stroną był SPZOZ. Z kolei prawa i obowiązki wynikające z decyzji administracyjnych adresowanych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stają się prawami i obowiązkami nowo powstałej spółki.

Dzięki temu, że przekształcenie SPZOZ-u w spółkę nie wymaga przeprowadzenia likwidacji podmiotu leczniczego, nie istnieją jakiegokolwiek zagrożenia dla ciągłości udzielania pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Moment, w którym podmiot leczniczy przyjmuje postać prawną spółki kapitałowej, jest jednocześnie chwilą, w której podmiot ten przestaje funkcjonować w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Powyższe na pewno ułatwia dokonywanie procesu przekształceń. Analizowana regulacja służy więc realizacji jednego z celów ustawy – doprowadzenia do przekształcenia SPZOZ-u w bardziej efektywną (w ocenie prawodawcy) formę prawną – spółki kapitałowej.

Faktyczny przymus przekształcenia SPZOZ-ów – nowe obciążenia samorządów

Art. 60 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowił, że ujemny wynik finansowy SPZOZ-u nie mógł być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze jego istnienie było uzasadnione celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie mógł przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. Przepis ten współgrał niewątpliwie ze **społecznym i politycznym przyzwoleniem na zadłużanie podmiotów leczniczych**, które co jakiś czas otrzymywały „zastrzyk” środków z budżetu państwa na oddłużenie.

.....
Wskutek niezagwarantowania przez państwo środków niezbędnych na sfinansowanie bieżącej działalności szpitali Ustawa w istocie przerzuca na jednostki samorządu terytorialnego dodatkowe zadania w zakresie finansowania opieki zdrowotnej

Przepisom z art. 60 przywołanej wyżej ustawy odpowiadają przepisy art. 59 Ustawy o działalności leczniczej, które wprowadziły daleko idące zmiany w odniesieniu do kwestii pokrywania ujemnego wyniku finansowego.

Ustawa o działalności leczniczej stanowi, że SPZOZ (analogicznie jak w Ustawie o ZOZ) pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Podmiot tworzący może jednak w terminie trzech miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego pokryć jego ujemny wynik finansowy. Jeżeli tego nie uczyni, to w ciągu 12 miesięcy od upływu wskazanego wyżej terminu będzie zmuszony do podjęcia decyzji o likwidacji bądź przekształceniu SPZOZ-u (przy czym pierwsza opcja ze względów politycznych jest raczej mało prawdopodobna). Przepis ten wprowadza automatyzm działania – nie pozwala na dalsze zadłużanie się SPZOZ-ów i przynajmniej w teorii umożliwia ich likwidację nawet w sytuacji, gdy inny podmiot nie będzie w stanie zapewnić ludności właściwej opieki, co wydaje się racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia, lecz jest jednocześnie rozwiązaniem niekorzystnym wobec potencjalnego ryzyka dla społeczności lokalnej.

Wskutek niezagwarantowania przez państwo środków niezbędnych na sfinansowanie bieżącej działalności szpitali Ustawa w istocie przerzuca na jednostki samorządu terytorialnego dodatkowe zadania w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Zapisy Ustawy w obecnym kształcie prowadzą do sytuacji, kiedy to samorząd jako podmiot tworzący poniesie te koszty funkcjonowania szpitali, które nie zostały pokryte przez NFZ, na skutek np. braku zapłaty za całość udzielonych świadczeń zdrowotnych lub nieadekwatnej wyceny świadczeń zdrowotnych. **Zaniżona wycena procedur w poprzednich latach oddziałuje również negatywnie na obecny wynik finansowy SPZOZ-ów, generując znaczne koszty obsługi zadłużenia.** Należy pamiętać, że dokonanie przekształcenia zadłużonego szpitala może się wiązać z koniecznością przejścia przez podmiot tworzący części zadłużenia, w przypadku gdy jego wskaźnik przekracza 0,5. Trzeba przy tym mieć świadomość, że zadłużenie niektórych szpitali przekracza roczną wysokość budżetów ich podmiotów tworzących (samorządów). Przepisy art. 59 spowodują więc, że jednostki samorządu terytorialnego staną się de facto znaczącymi płatnikami w systemie ochrony zdrowia. Na wynik finansowy Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej negatywnie wpływa również usankcjonowana w Ustawie polityka dyskryminacji tych podmiotów w stosunku do innych podmiotów leczniczych.

Podkreślić należy, że możliwość swobodnego decydowania przez podmioty tworzące o pokryciu ujemnego wyniku finansowego podległych im szpitali jest w wielu wypadkach iluzoryczna. SPZOZ-y w wielu wypadkach nie mają możliwości zaciągnięcia kredytów, jak również nie dysponują majątkiem, który mogłyby zbyć w celu pokrycia straty finansowej. Samorządy natomiast często nie są w stanie udźwignąć kosztów funkcjonowania lub przekształcania tych podmiotów leczniczych, zwłaszcza że możliwości ich dalszego zadłużania się zostały poważnie ograniczone w związku ze zmianą przepisów dotyczących wyliczania współczynników zadłużenia wskazanych w ustawie o finansach publicznych. A zatem Ustawa w istocie zmusza samorządy do likwidacji bądź przekształcenia SPZOZ-ów. Nałożenie na samorządy nowych obowiązków przy jednoczesnym niezapewnieniu im odpowiedniego finansowania np. w postaci dotacji może dodatkowo stanowić naruszenie konstytucyjnej zasady adekwatności określonej w art. 167 Konstytucji, zgodnie z którą jednostkom samorządu terytorialnego zapewnia się udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań, a zmianom w zakresie ich zadań i kompetencji powinny towarzyszyć odpowiednie zmiany w podziale dochodów publicznych.

Przepisy art. 59 spowodują, że jednostki samorządu terytorialnego staną się de facto znaczącymi płatnikami w systemie ochrony zdrowia

Jednostkom samorządu terytorialnego zapewnia się udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań, a zmianom w zakresie ich zadań i kompetencji powinny towarzyszyć odpowiednie zmiany w podziale dochodów publicznych

Koncepcja finansowania i organizacji ochrony zdrowia

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej powiązane jest z wieloma innymi sferami życia społecznego i ogniskuje w sobie największe emocje ludzkie i napięcia społeczne. **Powiązanie sektora ochrony zdrowia z gospodarką** jest dwukierunkowe, gdyż faza cyklu koniunkturalnego określa jego finanse i zasoby, a więc również jakość i dostępność świadczeń, zaś jego funkcjonowanie kształtuje kapitał ludzki, który jest najważniejszym czynnikiem rozwoju gospodarczego w krajach rozwiniętych. Jakość regulacji prawnych ma więc fundamentalny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

Próba oceny skutków regulacji omawianej Ustawy wymaga wprowadzenia pewnego punktu odniesienia w postaci **koncepcji finansowania i organizacji systemu ochrony zdrowia**, w stosunku do którego dokonywana będzie ocena. Koncepcja ta stanowi w tym przypadku konstrukcję intelektualną wykorzystującą dorobek piśmiennictwa teoretycznego i doświadczenia, która ma posłużyć do konfrontacji stanu, w jakim obecnie funkcjonuje polski system opieki zdrowotnej, z proponowanymi rozwiązaniami.

Konstruując zaproponowaną koncepcję, uwzględniono poniższe **uwarunkowania**, które w swym realnym wydaniu dalekie są od sprawności, a mianowicie:

1. Wymiar polityczny, który na poziomie centralnym determinuje legislację regulującą finansowanie systemu opieki zdrowotnej, i oddziałujące na niego otoczenie.

Obecna legislacja ogranicza możliwości rozwoju rynku dodatkowych, komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych przez brak regulacji prawnych w sposób jednoznaczny umożliwiających samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej sprzedaż świadczeń poza kontraktem z NFZ. Istotnym elementem wpływającym na brak spójności systemu jest ponadto istnienie odrębnych regulacji określających zasady ubezpieczenia rolników. Równie silnie wymiar polityczny zaznacza się na poziomie samorządowym, gdzie samorządy są właścicielami około 90% szpitali publicznych i nierzadko kształtują politykę zdrowotną na danym obszarze przez pryzmat lokalnych uwarunkowań, takich jak bezrobocie czy niechęć do uszczuplenia będących w ich posiadaniu zasobów. Tym samym można przyjąć, że zmiana formuły własnościowej powinna, ale nie musi uruchamiać myślenia efektywnościowego w szpitalach.

2. Wymiar społeczny – postawy obywateli.

Brak zdecydowanych działań informacyjnych i edukacyjnych odnoszących się zarówno do przysługujących pacjentowi świadczeń oraz ich wyceny, jak i do możliwości finansowych płatnika, połączony z brakiem alternatywnych rozwiązań, powoduje społeczne frustracje oraz zwiększony poziom zachowań o charakterze roszczeniowym przy istniejącym jednocześnie przyzwoleniu na niekontrolowane zadłużanie się szpitali.

3. Wymiar makroekonomiczny – przekładanie się stanu gospodarki na funkcjonowanie finansów systemu ochrony zdrowia.
4. Wymiar moralno-etyczny, np. postawa samorządów korporacji zawodów medycznych, a przede wszystkim lekarzy. Wymiar „edukacyjny” – odnoszący się zarówno do menedżerskiego kształcenia kadry zarządzającej wyższego i średniego szczebla, jak i do właściwego kształcenia kadr medycznych, a także kształtowanie właściwych postaw u samych pacjentów.
5. Konsensus społeczny – określenie, ile państwa, a więc solidaryzmu społecznego, a ile suwerenności konsumenta, a więc odpowiedzialności jednostki za własne zdrowie, ma być w systemie ochrony zdrowia.
6. Organizacja – czytelny podział odpowiedzialności i zadań między organami władzy publicznej, w szczególności organami administracji rządowej i samorządu terytorialnego różnego szczebla.

Koncepcja finansowania systemu opieki zdrowotnej

W zaproponowanej koncepcji finansowania systemu spotykają się trzy uczestnicy: świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy i płatnicy.

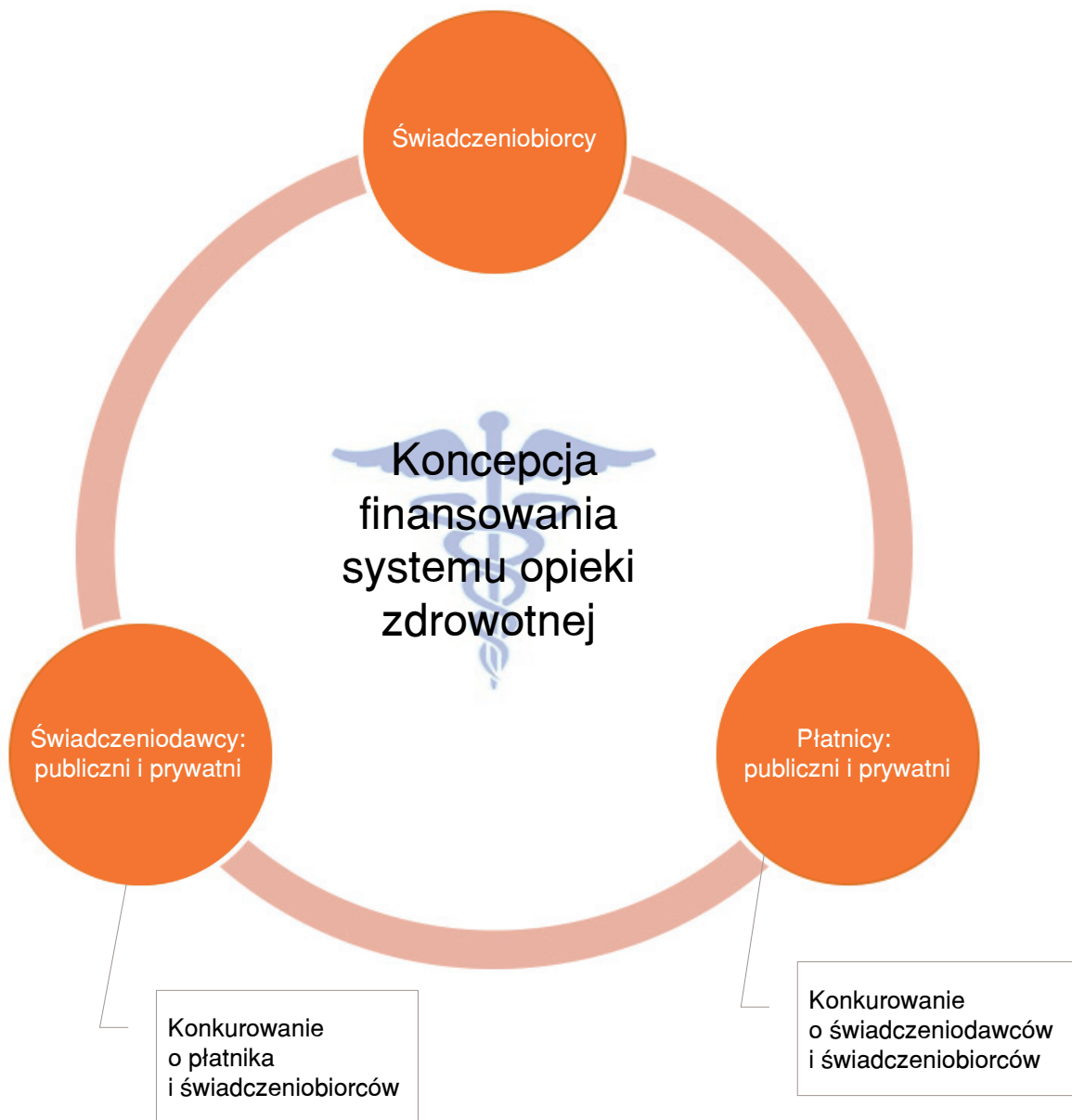
1. **Świadczeniobiorcami** są osoby ubezpieczone, które płacą składkę zarówno na obowiązkowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne, jak i na dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne.
2. **Świadczeniodawcy** publiczni i niepubliczni działają w takiej samej formie organizacyjno-prawnej i konkurują między sobą o pieniądze od płatników.
3. **Płatnicy** – publiczni i prywatni; konkurują między sobą o świadczeniodawców, gdyż dzięki temu zdobywają składki świadczeniobiorców.

Uczestników koncepcji finansowania systemu opieki zdrowotnej przedstawia rys. 1.

Formułując koncepcję finansowania systemu opieki zdrowotnej, należałoby uwzględnić następujące elementy:

- Po pierwsze, **ubezpieczeni mają ustawowy obowiązek płacenia składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**. W docelowym modelu powinna być rozważona możliwość wyboru alokacji obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne przez podział publicznego płatnika i/lub powstanie alternatywnych operatorów tej składki. W takim przypadku kwestia ta, jako szczególnie istotna, powinna podlegać precyzyjnej regulacji i nadzorowi ze strony państwa.
- Po drugie, trzeba określić **zakres i poziom refundacji kosztów świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia** obowiązkowego i dobrowolnego oferowanego przez płatnika publicznego i prywatnego (firmy ubezpieczeniowe). Należy rozpocząć od dokonania podziału,

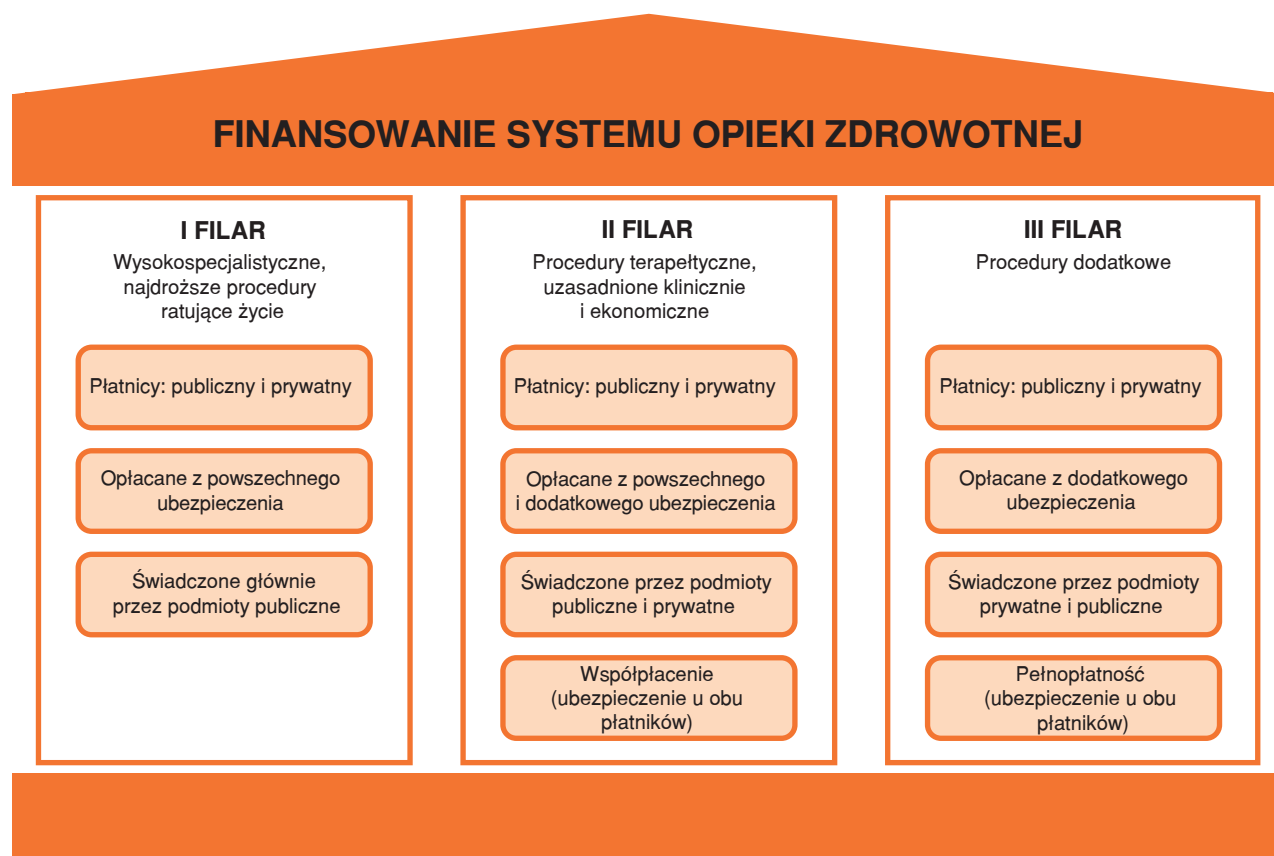
Rysunek 1. Uczestnicy koncepcji finansowania systemu opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne

jakie świadczenia należą do poszczególnych zakresów. Koniecznością wydaje się również wprowadzenie współpłacenia, którego poziom trzeba odpowiedzialnie i precyzyjnie skalkulować.

- Po trzecie, **publiczny i prywatny płatnik powinni mieć docelowo dostęp do finansowania świadczeń** we wszystkich zakresach. Oferta dodatkowych ubezpieczeń powinna elastycznie dostosowywać się do potrzeb konsumentów, obejmując również np. ryzyko kosztów współpłacenia czy też zakupu leków.



Źródło: Opracowanie własne

- Po czwarte, świadczeniodawcy bez względu na formę organizacyjno-prawną powinni mieć możliwość realizacji procedur w ramach wszystkich zakresów.

Aby mogły zaistnieć dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, konieczne jest jednoznaczne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach systemu powszechnego. Ze względu na ograniczone zasoby finansowe całego systemu opieki zdrowotnej i nieograniczone potrzeby zdrowotne konieczne jest podjęcie decyzji, które świadczenia są dostępne bezpłatnie w ramach ubezpieczenia obowiązkowego, a za jakie trzeba dopłacić czy też zapłacić w całości. Dlatego w koszyku świadczeń zostały wyróżnione trzy filary. Konstrukcję takiego systemu przedstawia rys. 2.

Pierwszy filar zawiera koszyk świadczeń gwarantowanych, który tworzą wysokospecjalistyczne procedury ratujące życie, na opłacenie których nie byłoby stać ubezpieczonych. Zaliczyć do nich należy np. procedury onkologiczne, transplantologiczne, kardiochirurgiczne. Ich listę ułożą specjaliści działający w ramach podmiotu powołanego do oceny technologii medycznych. Procedury te świadczone będą w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przede wszystkim przez świadczeniodawców publicznych, ale bez wyłączenia prywatnych.

Aby mogły zaistnieć dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, konieczne jest jednoznaczne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach systemu powszechnego

Drugi filar tworzy koszyk standardowych świadczeń zdrowotnych, a więc procedury klinicznie i ekonomicznie uzasadnione, finansowane przez obu płatników z ubezpieczenia powszechnego i dodatkowego, a także świadczone przez wszystkie podmioty lecznicze. Wybrane świadczenia z tego filaru mogą zostać objęte współpłaceniem, od którego jednakże można się dodatkowo ubezpieczyć. Listę tych procedur ułożą również specjaliści zajmujący się oceną technologii medycznych.

Trzeci filar zawiera procedury dodatkowe, za które pacjenci muszą wносить pełną opłatę, lub finansowane są z dobrowolnego ubezpieczenia. Procedury te świadczone będą przede wszystkim przez świadczeniodawców prywatnych, ale bez wyłączenia publicznych.

Taki model zakłada z jednej strony konkurencję płatników o świadczeniodawców i z drugiej – świadczeniodawców o płatników, co powinno przełożyć się na lepszą kontrolę nad kosztami, zmniejszenie skali marnotrawstwa, a także większą dbałość o jakość świadczeń zdrowotnych i ich dostępność. Wzrośnie więc wrażliwość systemu, dzięki czemu większe będzie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Każdy **obywatel powinien ponosić współodpowiedzialność za stan swojego zdrowia**. Prowadzenie zdrowego trybu życia i stosowanie profilaktyki powinny przekładać się np. na premie w wysokości składek. Prywatni ubezpieczyciele mogą pomóc w podniesieniu świadomości społecznej dotyczącej znaczenia dbałości o własne zdrowie, czy wręcz we wzbudzeniu współodpowiedzialności za nie. Bodźcem finansowym ku wzmocnieniu takiej postawy jest również konieczność współpłacenia za niektóre świadczenia zdrowotne. Uświadamiając obywatelom wysokość kosztów poszczególnych procedur i całego leczenia, wymóg współpłacenia wymusi jednocześnie konieczność zastanowienia się nad zasadnością korzystania ze świadczeń, gdyż bywa, że nie zawsze ma to uzasadnienie medyczne.

.....
W tak skonstruowanej koncepcji finansowania systemu opieki zdrowotnej określona jest jednoznacznie rola państwa oraz przestrzeń dla wolności konsumenckiej jego obywateli

W tak skonstruowanej koncepcji finansowania systemu opieki zdrowotnej określona jest jednoznacznie rola państwa oraz przestrzeń dla wolności konsumenckiej jego obywateli. Państwo tworzy kodeks prawa ochrony zdrowia zgodnie z zasadą jawności, przejrzystości i odpowiedzialności za podjęte decyzje i działania. Państwo odpowiada też za zorganizowanie systemu opieki zdrowotnej i nadzór nad jego funkcjonowaniem (np. przez specjalnie do tego powołany urząd nadzoru). Polityka socjalna podlega władzom samorządowym, a pomoc socjalna, np. w opłacaniu obowiązkowych składek ubezpieczeniowych za osoby żyjące w ubóstwie, nie następuje „z urzędu”, ale trzeba o nią wystąpić. Konieczność wystąpienia z takim wnioskiem do lokalnego samorządu powinna stanowić dodatkowy bodziec do samodzielnego zajęcia się własnym zdrowiem.

Każdy może wykupić ubezpieczenie dodatkowe oferowane również przez różnych płatników-ubezpieczycieli. Część procedur z drugiego koszyka **może wymagać współpłacenia**, a z trzeciego – uiszczania pełnej opłaty, przy jednoczesnej możliwości wykupienia ubezpieczenia dodatkowego, niwelującego ciężar ewentualnych kosztów ponoszonych przez obywateli.

Jak już wspomniano, w docelowym modelu obywatele powinni mieć również możliwość wyboru płatnika, do którego odprowadzą obowiązkową składkę ubezpieczeniową lub przynajmniej jej część. Wymaga to jednak precyzyjnej regulacji prawnej i jako newralgiczny punkt systemu – **wnikliwego nadzoru państwa** oraz akceptacji społecznej.

Koncepcja organizacji systemu opieki zdrowotnej

Ze względu na występowanie **próżni kompetencyjnej w podziale zadań** z opieki zdrowotnej między poszczególnymi jednostkami władzy publicznej, ich przedstawiciele przerzucają się we wzajemnych oskarżeniach o zaniechania i błędy. Konieczne jest zatem ponowne zdefiniowanie zakresu zadań i ich podziału wobec wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej – zwłaszcza odgrywających w nim główne role władz publicznych.

W wyniku rozmycia odpowiedzialności w organizacji władz publicznych, odpowiedzialnych za zapewnienie opieki zdrowotnej, NFZ stał się w tym zakresie nie tylko płatnikiem, ale i głównym kreatorem polityki zdrowotnej państwa, bez jednoznacznego umocowania konstytucyjnego. Jednak zadania związane z planowaniem ilościowym i terytorialnym zapewnieniem dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych ze środków publicznych winny być podejmowane przez te podmioty władzy publicznej, które mają do tego ustrojowe podstawy i ponosić mogą za to odpowiedzialność polityczną oraz społeczną.

Obecny podział zadań między administrację rządową a samorządową w sferze ochrony zdrowia nie jest zgodny z wytycznymi wynikającymi z konstytucyjnych zasad pomocniczości i decentralizacji. Z tych zasad wynika, że pozycja jednostek samorządu terytorialnego w całej sferze ochrony zdrowia, a zwłaszcza w zakresie opieki zdrowotnej, winna być wzmocniona i doprecyzowana m.in. przez:

- zunifikowanie zadań własnych samorządu terytorialnego w sferze ochrony zdrowia, tak by nie zależały one tylko od dobrej woli i możliwości finansowych danego samorządu;
- określenie formalnych mechanizmów koordynacji działań poszczególnych władz publicznych, tak aby łącznym ich wynikiem była spójna polityka zdrowotna całego państwa;
- poświęcenie szczególnej uwagi precyzyjnemu przyporządkowaniu samorządom terytorialnym zadań organizatora opieki zdrowotnej;
- określenie dla każdego szczebla samorządu obligatoryjnego zadania własnego dotyczącego zapewnienia dostępności do określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej;
- zapewnienie odpowiedniego źródła finansowania tak określonym zadaniom;
- przyjęcie ustrojowej ustawy o zdrowiu publicznym, która zredefiniuje zadania z zakresu promocji i profilaktyki zdrowotnej;
- ponowne określenie statusu szpitali klinicznych oraz instytutów medycznych; podjęcie decyzji o pozostawieniu ich w gestii administracji rządowej bądź też przekazaniu części do samorządów województw.

Ponadto należałoby się zastanowić, czy 16 regionalnych oddziałów NFZ nie przekształcić w kilka działających samodzielnie instytucji finansowo-

NFZ stał się nie tylko płatnikiem, ale i głównym kreatorem polityki zdrowotnej państwa, bez jednoznacznego umocowania konstytucyjnego

.....
Oddziały płatnika publicznego byłyby zobligowane do realizowania polityki tego szczebla samorządu terytorialnego, który odpowiadałby za rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej

rozliczeniowych. Administrowałyby one trafiającymi do nich środkami publicznymi, nie prowadziłyby jednak własnej polityki zdrowotnej. Byłyby zobligowane do realizowania polityki tego szczebla samorządu terytorialnego, który odpowiadałby za rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej. Na każdym poziomie samorządu przyjmowane byłyby wieloletnie plany zabezpieczenia odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej.

Administracja rządowa miałaby za zadanie nadzorowanie i koordynowanie realizacji lokalnych/regionalnych polityk zdrowotnych z przyjętymi na poziomie krajowym strategicznymi programami zdrowotnymi. Do niej należałaby nadal ta część zadań opieki zdrowotnej, która związana jest m.in. z obronnością, wymiarem sprawiedliwości i sprawami wewnętrznymi.

Powyższe ogólne założenia odnoszą się do organizacji opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Wnioski i rekomendacje

1. Uchwalenie Ustawy o działalności leczniczej było **krokiem w dobrym kierunku**, nakierowanym na rozwiązanie niektórych problemów ochrony zdrowia w Polsce.
2. Ustawa **zawiera dobre rozwiązania**, w szczególności poprawia jakość otoczenia prawnego, w którym funkcjonują podmioty lecznicze, technicznie ułatwia proces restrukturyzacji i stanowi istotną zachętę (przez niektórych postrzeganą jako przymus) do umiarkowanego urynkowienia ochrony zdrowia, dzięki procesowi przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego.
3. Ustawa nie jest pozbawiona wad, które ujawniły się w okresie jej dwuletniego funkcjonowania. Są wśród nich wady o charakterze technicznym, takie jak pominięcie przepisu przyznającego SPZOZ-om osobowość prawną, jak również wady o charakterze systemowym.
4. Największą wadą Ustawy nie jest to, co pozostaje w niej nieprecyzyjnie lub błędnie uregulowane, ale to, **czego w niej brakuje**. Ustawa nie rozwiązuje żadnego z trzech wielkich problemów koordynacyjnych polskiej służby zdrowia – zwłaszcza braku kompleksowości udzielanych świadczeń oraz marnotrawstwa systemowego.
5. Problem **złej konkurencji** polega na braku koordynacji geograficzno-medycznej między podmiotami leczniczymi, która prowadzi do oferowania przez blisko siebie położone podmioty podobnych usług, przy jednoczesnym braku dostępu do innych, potrzebnych pacjentom. Ustawa nie zawiera praktycznie żadnych rozwiązań, które mogłyby temu przeciwdziałać. Problem braku kompleksowości udzielanych świadczeń dotyczy w szczególności prowadzenia pacjenta przez system na każdym etapie leczenia, bez zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń.
6. Problem **marnotrawstwa systemowego** polega m.in na niewykorzystywaniu potencjału polskich placówek ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ, przez praktyczną (a nie prawną) niemożliwość świadczenia usług finansowanych przez podmioty inne niż płatnik publiczny, mimo posiadanych zasobów kadrowych i sprzętowych. Także w tym przypadku Ustawa nie zawiera rozstrzygnięć, które pozwalałyby na uniknięcie tego problemu w przyszłości.
7. Wskazane problemy stanowią jedne z głównych przeszkód w poprawie jakości polskiego systemu ochrony zdrowia. Ich usunięcie powinno nastąpić albo przez nowelizację Ustawy, albo przez uchwalenie ustaw towarzyszących, z których niektóre (np. Ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych) była elementem tzw. pakietu zdrowotnego, ale została przez rząd zarzucona.
8. Ustawa zasługuje także na pewną krytykę w zakresie jej flagowego rozwiązania systemowego, jakim jest przekształcenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Choć wsparcie dla

idei przekształceń należy pochwalić jako odejście od nieprawdziwego przekonania, że państwo jest w stanie rozwiązać problemy ochrony zdrowia bez pomocy rynku, wiele z zaproponowanych rozwiązań jest nie do końca przemyślanych.

9. Podstawowym problemem przekształceń w ujęciu Ustawy jest praktyczne przerzucenie na samorząd terytorialny, który jest właścicielem większości szpitali, obowiązku pokrycia strat finansowych, które szpitale ponoszą ze względu na niewydolność systemu publicznego finansowania.
10. Wyjście z powstałej sytuacji jest możliwe dzięki całościowemu i mądrym uregulowaniu niepublicznego rynku świadczeń zdrowotnych, które powinno nastąpić przez wsparcie rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz zlikwidowanie przeszkód w zgodnym z prawem kontraktowaniu podmiotów leczniczych z innymi niż NFZ płatnikami, w szczególności przez dookreślenie koszyka świadczeń gwarantowanych, a tym samym dookreślenie tego, co gwarantowane nie jest i może być oferowane przez podmioty lecznicze poza systemem ubezpieczenia powszechnego.
11. Uregulowanie kwestii **dodatkowych** ubezpieczeń zdrowotnych powinno nastąpić mimo populistycznego oporu politycznego, ponieważ istnieje wiele dostępnych rozwiązań legislacyjnych, które zapewniają możliwość swobodniejszego kształtowania przychodów przez podmioty lecznicze bez zagrożenia dla realizacji przez nie misji publicznej.

Podsumowanie

Odnosząc się do przedstawionej jako możliwy punkt odniesienia koncepcji organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, należy stwierdzić, iż istniejące w Polsce rozwiązania dalekie są od przedstawionych w niej założeń. Stanu tego w istotnym stopniu nie zmieniła też analizowana w niniejszym raporcie Ustawa, która nawet w dziedzinach będących przedmiotem jej regulacji **nie osiągnęła deklarowanych przez autorów celów.**

Biorąc to pod uwagę, wydaje się, iż proces zbliżania się do rozwiązań modelowych może okazać się procesem żmudnym i długotrwałym. Przede wszystkim jednak proces ten powinien być zakrojony na znacznie szerszą skalę i zainicjowany możliwie jak najszybciej.

Działania postulowane na gruncie nowelizacji obowiązującej Ustawy to:

a. **usunięcie wad** polegających na

- funkcjonowaniu w nieokreślonej ramami czasowymi przyszłości kategorii podmiotów leczniczych o nierównych prawach i obowiązkach, o ułomnej osobowości prawnej lub wręcz dyskryminowanych (pozbawionych praw przedsiębiorców lub obarczonych dodatkowymi obowiązkami),
- nieprecyzyjnej definicji podmiotu leczniczego i przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;

b. **uzupełnienie Ustawy** o istotne brakujące elementy warunkujące lepsze funkcjonowanie systemu w zakresie

- zewnętrznego współdziałania podmiotów leczniczych w systemie ochrony zdrowia na wspólnym obszarze oddziaływania (np. podział zadań, utrzymanie rezerw),
- ramowej regulacji najważniejszych kwestii organizacyjnych podmiotów leczniczych, mających kluczowy wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i jakość udzielanych świadczeń (proces i tryb przyjęcia bądź odmowy, zapewnienie ciągłości procesu leczenia, w tym skierowania i/lub transportu do innego świadczeniodawcy, precyzyjne określenie kwestii świadczeń towarzyszących w szpitalach),
- jednoznacznie określonych zasad współpracy podmiotów leczniczych z zakładami ubezpieczeń oferującymi dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne osobom podlegającym jednocześnie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu finansowanemu ze środków publicznych,
- podziału zadań i odpowiedzialności władz publicznych, tj. administracji rządowej i samorządowej różnych szczebli.

.....
W razie zaniechania istotnych reform narastający i nasilony spowolnieniem gospodarczym niedobór środków w publicznym systemie będzie ujawniał się przez opisane zjawiska ilościowe i jakościowe

Niezależnie od powyższego do realizacji celów Ustawy wymagane jest **przygotowanie bardziej kompleksowych** rozwiązań istniejących i narastających problemów, być może w postaci dodatkowych regulacji ustawowych, uwzględniających nawet powrót do zawartych w 2011 r. w pakiecie ustaw reformujących ochronę zdrowia kwestii dotyczących wprowadzenia i uregulowania rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Zagadnienie to pozostaje w ścisłym związku z koniecznością przededefiniowania koszyka świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach powszechnego systemu finansowanego ze środków publicznych oraz wiarygodnego i rzetelnego wyliczenia, na jaki zakres finansowania wystarczą środki pobierane od obywateli w ramach obowiązkowej składki zdrowotnej. W innym przypadku narastający i nasilony spowolnieniem gospodarczym niedobór środków w publicznym systemie będzie ujawniał się przez takie zjawiska ilościowe, jak:

- kolejki i długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- narastające zadłużenie i pogorszenie płynności podmiotów leczniczych,
- narastające zadłużenie podmiotów tworzących (w szczególności jednostek samorządu terytorialnego), na których od bieżącego roku spoczą obowiązek uzupełniania niedoboru środków w podmiotach leczniczych w przypadku braku ich przekształcenia w spółki kapitałowe, co oznacza wtórnie ograniczenie zdolności kredytowej/inwestycyjnej, szczególnie istotne na progu aplikowania o środki z nowego budżetu UE,

oraz jakościowe:

- problemy kadrowe, problemy z zapewnieniem ciągłości dostaw w zadłużonych podmiotach leczniczych,
- spadek zaufania do jakości świadczeń oferowanych w ramach systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego,
- nieracjonalna migracja pacjenta traktowanego jako nośnik kosztów między poszczególnymi piętrami systemu opieki zdrowotnej,
- zdarzenia niepożądane jako efekt niedoboru środków albo doraźnych prób lub samodzielnych działań świadczeniodawców, podejmowanych dla ograniczenia tego niedoboru,
- niepokoje społeczne związane z procesami „wymuszonych” ekonomicznie przekształceń w spółki kapitałowe i ich polityczne eskalowanie.

.....
Działania legislacyjne minimalizujące skalę zjawisk, o których mowa powyżej, powinny mieć charakter zapobiegawczy, kompleksowy, a przy tym odważny i długofalowy, aby uniknąć grzechów akcyjnego i doraźnego „reformowania” systemu ochrony zdrowia popełnionych w przeszłości

Niezbędne działania legislacyjne minimalizujące skalę zjawisk, o których mowa powyżej, powinny mieć charakter zapobiegawczy, kompleksowy, a przy tym odważny i długofalowy, aby uniknąć grzechów akcyjnego i doraźnego „reformowania” systemu ochrony zdrowia popełnionych w przeszłości, gdzie zwłaszcza niektóre „specjalne” rozwiązania prawne i ich odległe skutki powinny stanowić cenne źródło wiedzy i doświadczenia zebranego w trudnym procesie tworzenia i reformowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce po 1998 r.

© 2013 PricewaterhouseCoopers Sp. z o.o. Wszystkie prawa zastrzeżone.
W tym dokumencie nazwa «PwC» odnosi się do PricewaterhouseCoopers Sp. z o.o.,
firmy wchodzącej w skład sieci PricewaterhouseCoopers International Limited,
z których każda stanowi odrębny i niezależny podmiot prawny.