

*Bartłomiej Wrona*

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

## **Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia**

### **1. Wprowadzenie**

W polskim systemie ochrony zdrowia od kilku lat zachodzą istotne zmiany. Związane są przede wszystkim z reformą służby zdrowia, polegającą m.in. na zmianie sposobu finansowania opieki zdrowotnej. Reforma wprowadzona z dniem 1 stycznia 1999 r. zmieniła w istotny sposób strukturę finansowania służby zdrowia. System budżetowy zastąpiono powszechnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Do życia powołane zostały kasy chorych (zastąpione od 1 kwietnia 2003 r. Narodowym Funduszem Zdrowia), które stały się niezależnym płatnikiem świadczeń zdrowotnych zawierającym umowy na świadczenie usług zdrowotnych z konkretnymi podmiotami ochrony zdrowia.

Wzrost zapotrzebowania na opiekę szpitalną i rosnące koszty systemu opieki zdrowotnej powodują, że uzasadnione staje się dążenie do podnoszenia efektywności zarządzania placówkami ochrony zdrowia, jak również szukanie narzędzi regulujących w sposób systemowy finansowanie sektora ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest zaprezentowanie obowiązujących zasad finansowania ochrony zdrowia oraz próba wskazania możliwości poprawy obecnych regulacji prawnych w tym zakresie.

### **2. Finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce**

Ochrona zdrowia należy do tych obszarów funkcjonowania społeczeństw, w których działalność podmiotów państwowych jest niezbędna dla utrzymania

procesów reprodukcji na pożądanym, gwarantującym przetrwanie poziomie. Ochrona zdrowia jako działalność państwa i jego podmiotów realizowana jest poprzez świadczenie usług zdrowotnych przez zróżnicowane pod względem formy prawnej organizacje<sup>1</sup>.

System gospodarowania finansami publicznymi poddawany jest ciągłym zmianom<sup>2</sup> mającym na celu jak najlepsze wykorzystywanie środków publicznych, chociażby z racji licznych ograniczeń budżetowych czy wahań koniunktury rynkowej prowadzących do sytuacji kryzysowych. Środki publiczne winny być efektywnie i prawidłowo wydatkowane, niezależnie od sytuacji gospodarczej danego kraju. Konieczność zapewnienia bezpieczeństwa finansowego i właściwego wykorzystywania majątku jednostek sektora finansów publicznych, właściwe nim zarządzanie stają się obecnie sprawą nadrzędną. Zarządzanie mieniem publicznym powierzonym jednostkom powinno więc być ciągle kontrolowane i poddawane analizie w celu podniesienia efektywności gospodarowania środkami publicznymi, zwłaszcza w sytuacji kryzysu gospodarczego.

Zmiany, które zachodzą w służbie zdrowia w ostatnich latach, w szczególności dotyczące systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, usamodzielnienia publicznych zakładów opieki zdrowotnej i zwiększenia odpowiedzialności ich kierownictwa za osiągnięte wyniki oraz tworzenia rynku usług medycznych, postawiły przed publicznymi placówkami służby zdrowia nowe zadania. Jednostki te, znajdując się w nowej sytuacji ekonomiczno-prawnej, zostały zmuszone do poprawy efektywności gospodarowania ograniczonymi zasobami<sup>3</sup>.

Od 1 stycznia 1999 r. nastąpiła zasadnicza transformacja w finansowaniu ochrony zdrowia. Obowiązujący system budżetowy zastąpiony został systemem ubezpieczeniowym. Odstąpiono od nakazowo-rozdzielczego sposobu dystrybucji środków przekazywanych zakładom opieki zdrowotnej na rzecz systemu rynkowego, gdzie usługi są kupowane, a przepływ środków finansowych regulowany jest umowami handlowymi zawieranymi pomiędzy ubezpieczycielem a konkretną jednostką. Umowa taka zawierała opis i wycenę kupowanych świadczeń oraz warunki realizacji, precyzowała również procedury rozliczeń, co stanowiło prawną gwarancję systematycznego finansowania działalności jednostek ochrony

---

<sup>1</sup> *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna. Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 133.

<sup>2</sup> Ustawa o finansach publicznych z dnia 30 czerwca 2005 r., następnie istotnie znowelizowana ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. zastąpiła wielokrotnie nowelizowaną ustawę z dnia 26 listopada 1998 r., porządkując problemy dotyczące podmiotowego i przedmiotowego zakresu finansów publicznych.

<sup>3</sup> J. Kogut, *System informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej [w:] Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, red. T. Kiziukiewicz, Difin, Warszawa 2009, s. 266.

zdrowia. Kasa chorych określała parametr ilościowy kupowanych świadczeń na podstawie historycznej realizacji usług w latach poprzednich. Ostateczne zapisy umowy, a zwłaszcza liczba i cena zakontraktowanych świadczeń były efektem rokowań.

Istotną kwestią stała się również możliwość ubiegania się o kontrakty niepublicznych jednostek ochrony zdrowia, co w konsekwencji powodowało przekazywanie mniejszej ilości środków na rzecz publicznej służby zdrowia. Zaletą tego rozwiązania stał się wzrost dostępności do usług medycznych oraz zwiększenie konkurencyjności świadczonych usług medycznych, jak również ich jakość. Lawinowy wzrost liczby niepublicznych jednostek, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej, spowodował rozwój aktywnej promocji w zdobywaniu deklaracji ubezpieczeniowych, czyli listy aktywnych podopiecznych placówki, co stanowiło podstawę wypłaty środków z kasy chorych. Pacjent, który był niezadowolony z otrzymywanych usług mógł zmienić lekarza POZ (podstawowej opieki zdrowotnej), zatem postulat „pieniędzy idących za pacjentem” został zrealizowany<sup>4</sup>.

Zmiana systemu finansowania służby zdrowia, która miała miejsce w 1999 r., wprowadziła kontraktowanie usług na świadczenia zdrowotne. Nowego znaczenia nabrały informacje o kosztach całkowitych i kosztach jednostkowych świadczeń zdrowotnych. Negocjacje prowadzone z kasami chorych, obecnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, opierają się przede wszystkim na tych wskaźnikach. Celem nadrzędnym stała się budowa rachunku kosztów, który umożliwiłaby kalkulację kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych. Tym samym możliwa byłaby wiarygodna kalkulacja kosztów leczenia pacjentów. Jest to ważny problem, gdyż kasy chory rozpoczęły działalność bez ujednoczonych zasad kontraktacji świadczeń zdrowotnych. Dowolnie określały cenę jednej hospitalacji, nie było również cennika świadczeń ani maksymalnych cen za poszczególne procedury. Pomimo wieloletniej dyskusji dotychczas nie ustalono jasnych i czytelnych zasad.

W Polsce istnieje obecnie rozbudowany system opieki publicznej i niepublicznej oraz uzupełniająca go prywatna opieka zdrowotna. System ochrony zdrowia finansowany jest z publicznych środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu państwa, budżetów samorządów terytorialnych na szczeblu gminnym, powiatowym i wojewódzkim. W myśl powyższego wszystkie jednostki ochrony zdrowia funkcjonujące w nowej sytuacji ekonomicznej zostały zmuszone do racjonalnego i efektywnego działania, a także do odpowiedzialności finansowej za podejmowane decyzje, ponoszone koszty, osiągnięte przychody i realizowane zyski.

---

<sup>4</sup> Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do spraw wprowadzania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000, maszynopis, s. V/2.

Wprowadzenie do systemu finansowego publicznych zakładów opieki zdrowotnej elementów gospodarki rynkowej ma na celu przede wszystkim zwiększenie efektywności i racjonalności wykorzystywania środków publicznych przekazywanych na ochronę zdrowia.

Problematyka gromadzenia publicznych środków pieniężnych przeznaczonych na utrzymywanie i finansowanie ochrony zdrowia nie budzi takiego zainteresowania jak sposób wydatkowania tych środków. Publiczne zasoby pieniężne przeznaczone na ochronę zdrowia zależą od bieżącej i perspektywistycznej zdolności podatkowej i płatniczej gospodarstw domowych i przedsiębiorstw. Zdolność ta, przynajmniej w krótkim okresie, zależy od wydajności fiskalnej i sposobów gromadzenia tych środków za pomocą systemu podatkowego, podatków celowych, quasi-składek czy składki ubezpieczeniowej w ścisłym znaczeniu. Najważniejszym i dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej jest obecnie centralny fundusz celowy przeznaczany na opiekę zdrowotną (Narodowy Fundusz Zdrowia). Jest to fundusz parabudżetowy, gromadzący przy zastosowaniu składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego środki na utrzymanie systemu opieki zdrowotnej. Każdy obywatel stosownie do swojej zdolności podatkowej<sup>5</sup> przyczynia się do gromadzenia środków publicznych. Związane jest to z zasadą przewagi zdolności podatkowej nad zasadą ekwiwalencji. Państwo nie działa w imieniu tylko jednej osoby lub grupy osób płacących składki, ale każdy, kto z działalności państwa w zakresie opieki zdrowotnej czerpie korzyści (korzysta z opieki medycznej lub ma zapewniony dostęp do leczenia w przypadku zaistnienia takiej konieczności), musi za udział w tych korzyściach płacić. Odbywa się to za pomocą składki na powszechne i przymusowe ubezpieczenie zdrowotne, która godzi zasadę ekwiwalencji z zasadą zdolności płatniczej, a tym samym cel ekonomiczny z celem społecznym. Składka na ubezpieczenie zdrowotne ma znaczenie fiskalne, redystrybucyjne i alokacyjne, przy czym na pierwszy plan wysuwa się rola fiskalna<sup>6</sup>.

Uzupełnieniem środków gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia są fundusze zabezpieczenia społecznego (np. Fundusz Pracy), budżet państwa, budżety jednostek samorządu publicznego. Coraz większego znaczenia nabierają także dochody gospodarstw domowych oraz środki własne przedsiębiorstw (indywidualne bądź grupowe pakiety medyczne), za pomocą których również odbywa się transfer środków do systemu opieki zdrowotnej, oraz środki unijne.

Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej w nowym modelu finansowania w istotny sposób zmieniło zapotrzebowanie na informację o działalności

<sup>5</sup> Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne zależy od zdolności podatkowej.

<sup>6</sup> J. Sobiech, *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „Monokasy”* [w:] *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej*, red. S. Owsiak, Wydawnictwo AE w Krakowie, Kraków 2004, s. 444–446.

jednostki, zarówno przez kadre zarządzającą, jak i użytkowników zewnętrznych. Zmiany w systemie finansowania wymusiły na publicznych zakładach opieki zdrowotnej większą dbałość w gospodarowaniu środkami finansowymi. Nastąpiło odejście od gospodarowania podmiotowego na rzecz finansowania przedmiotowego, uwzględniającego poziom kosztów i rezultatów działalności. W okresie, gdy środki na finansowanie działalności zakładów opieki zdrowotnej pochodziły z budżetu państwa, zainteresowanie jednostek służby zdrowia koncentrowało się nie na racjonalności wydatkowania środków, ale na uzyskaniu jak największej ich ilości. Zmiany w systemie ochrony zdrowia miały więc zapewnić opiekę medyczną osobom ubezpieczonym na odpowiednim poziomie, zwiększyć stabilność finansową całego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych oraz doprowadzić do decentralizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej poprzez przekazanie własności zakładów opieki zdrowotnej samorządom. Istotną kwestią stała się również systematyczna poprawa jakości udzielanych świadczeń, wzrost dostępności do świadczeń zdrowotnych i rozszerzenie rynku usług medycznych oraz racjonalne wykorzystywanie posiadanych środków.

W Polsce obecnie finansowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej odbywa się poprzez kontraktowanie usług zdrowotnych. Kontrakt odgrywa szczególną rolę w relacjach pomiędzy nabywcą usług a usługodawcą – pozwala wpływać na zachowanie usługodawcy. Niezbędna jest identyfikacja bodźców oraz odpowiedni ich dobór. Ważny jest sposób, w jaki usługodawca (szpital) reaguje na stosowane przez nabywcę (Narodowy Fundusz Zdrowia) bodźce, co przykładowo zależy od zakresu funkcji pełnionych przez szpital, jego rodzaju, stopnia autonomiczności w podejmowaniu decyzji oraz struktury rynku. Celem kontraktów na zakup świadczeń opłacanych ze środków publicznych jest wykorzystanie potencjału świadczeniodawców do zwiększenia efektywności środków publicznych przez ich przejrzyste i odpowiednie podzielenie oraz rozliczenia. W Polsce do 1998 r. warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych wynikały z przepisów prawa budżetowego. W ustawie o finansach publicznych zaliczono samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej do sektora finansów publicznych oraz ujęto ich zadłużenie w kategoriach powiększania deficytu całego sektora finansów publicznych. W wyniku reformy państwo zrezygnowało z wyłącznego monopolu w ochronie zdrowia. Zrezygnowano z wyłącznego prawa do planowania, zapewniania i organizowania powszechnej oraz bezpłatnej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zachowaniu obowiązku jej finansowania i kontroli. Kontraktowanie stało się nowym elementem systemu opieki medycznej. Przepływ środków pieniężnych uregulowany został odpowiednimi umowami prawnymi. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w sierpniu 1993 r. określił ogólne warunki

i tryb zawierania i rozwiązywania umów o usługi zdrowotne<sup>7</sup>. W wydanym rozporządzeniu nałożono na zleceniodawców ważne obowiązki do wykonania, z których za najważniejsze, biorąc pod uwagę tematykę pracy, należy uznać analizowanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów<sup>8</sup>.

Lata 1999–2003 związane były z funkcjonowaniem kas chorych, wprowadzonych w życie ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>9</sup>. System ubezpieczeń społecznych zastąpił system zabezpieczeniowy. Za główny cel postawiono wydzielenie środków finansowych na funkcjonowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa i przekazanie do redystrybucji niezależnym instytucjom (kasom chorych), które w sposób bardziej efektywny miały zarządzać środkami. Kasy zarządzały zgromadzonymi funduszami, pełniąc funkcję płatnika, który na podstawie kontraktów zawieranych z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej odpowiedzialny był za podaż świadczeń zdrowotnych. Wartość kontraktów limitowana była wysokością budżetu danej kasy. Stąd ograniczenia w dostępie do pewnych usług pojawiały się w momencie, gdy wartość kontraktu nie odpowiadała zapotrzebowaniu na dany rodzaj usług zdrowotnych. Kasy chorych odpowiedzialne były za finansowanie świadczeń zdrowotnych, podczas gdy za politykę zdrowotną odpowiadały organy samorządu. Kasy chorych, zapewniając ubezpieczonemu świadczenia, czyniły to poprzez kupowanie odpowiedniego produktu, którym mogło być świadczenie zdrowotne, procedura medyczna, pakiet świadczeń i procedur medycznych<sup>10</sup>. Rozwiązanie takie, dzięki wyróżnieniu nośników kosztów, było możliwe w związku z uchwaleniem rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Kasy chorych funkcjonowały cztery lata; zostały zastąpione Narodowym Funduszem Zdrowia, który rozpoczął działalność 1 kwietnia 2003 r. Fundusz obejmuje swoim zasięgiem obszar całego kraju i podzielony jest na oddziały wojewódzkie. Fundusz ten również zawierał kontrakty z podmiotami świadczącymi usługi medyczne, określając zakres usług (procedur) oraz górny limit ilościowy świadczeń udzielanych w danym roku. Sposób kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia przyczynił się do powstania problemów finansowych samo-

---

<sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia, Dz.U. nr 76, poz. 363.

<sup>8</sup> I. Witczak, *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa 2009, s. 131.

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.

<sup>10</sup> J. Klich, *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoczniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 128–131.

dzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wynikało to z redukcji stawek za wykonane świadczenia oraz zmniejszenia liczby świadczeń kontraktowanych z publicznych środków na ochronę zdrowia. Dla szpitali publicznych, jako instytucji mających wysoki poziom kosztów stałych, zmiany te okazały się trudne, zwłaszcza że ich możliwość dostosowania do zmienionych warunków finansowych była ograniczona. Ponadto popełniono szereg błędów związanych z zarządzaniem szpitalami, w tym z prowadzeniem odpowiedniej polityki finansowej i płacowej. Ceny oferowane przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) nie odzwierciedlały pełnych kosztów ponoszonych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej<sup>11</sup>. Dlatego 15 kwietnia 2005 r. Sejm uchwalił ustawę mającą na celu wsparcie restrukturyzacji zobowiązań publicznych zakładów opieki zdrowotnej ze środków publicznych<sup>12</sup>. Niestety ustawa ta nie przyniosła spodziewanych efektów. Umorzono ponad 1 mld zł, jednak w miejsce umorzonych zobowiązań powstawały nowe, większe.

Od 2008 r. trwają dalsze prace mające na celu poprawę sposobu finansowania w ochronie zdrowia. Pierwszym z narzędzi, który ma unormować sytuację w opiece zdrowotnej, jest zaprezentowany przez Ministerstwo Zdrowia koszyk usług gwarantowanych<sup>13</sup>. To narzędzie, za pomocą którego wprowadza się pewien zestaw świadczeń zapewnianych przez publicznego płatnika każdemu ubezpieczonemu w powszechnym systemie ubezpieczeniowym. Koszyk taki ma przyczynić się do racjonowania opieki zdrowotnej<sup>14</sup>. Konstrukcja koszyków świadczeń gwarantowanych może być rozumiana trojako<sup>15</sup>:

- jako koszyk w sensie negatywnym – przedstawia zbiór usług opieki zdrowotnej, których koszty nie będą pokrywane przez płatnika,
- jako koszyk w sensie pozytywnym – to zaakceptowany publicznie wzorzec wykorzystania usług opieki zdrowotnej, określonych co do rozmiarów, struktury asortymentowej, standardu i technologii opłacanych przez płatnika,
- jako reguły reglamentacji (racjonowania) – dostęp do usług opieki zdrowotnej według określonych, opisanych i przyjętych kryteriów (np. według kolejności

<sup>11</sup> E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak, *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008, s. 73–74.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.

<sup>13</sup> Z dniem 31 sierpnia 2009 r. weszło w życie 13 rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>14</sup> J. Sobiech, *Problemy konstrukcji tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w możliwych do zastosowania mechanizmach podziału usług opieki zdrowotnej* [w:] *Finanse publiczne*, red. A. Pomorska, Lublin 2006, s. 330.

<sup>15</sup> *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 81.

zgłaszania lub czasu oczekiwania, nagłości przypadku, zasad współżycia społecznego).

Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych to wykaz świadczeń, które będą w całości lub w części finansowane w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie jest to niestety rozwiązanie rewolucyjne. Koszyk pokazany przez resort zawiera bowiem to, co obecnie leczone jest ze składek. Koszyk świadczeń gwarantowanych zawiera kilka tysięcy świadczeń już finansowanych ze środków publicznych, m.in. świadczenia: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne, rehabilitacji, ratownictwa medycznego, programów profilaktycznych i zdrowotnych. W koszyku znalazły się również świadczenia częściowo finansowane ze środków publicznych, m.in.: refundacja leków, opieka stomatologiczna, lecznictwo uzdrowiskowe, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, świadczenia paliatywno-hospicyjne. Koszyk usług niegwarantowanych ma zawierać ok. 300 procedur medycznych, które również obecnie są płatne przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Koszyk ma stać się więc mechanizmem finansowym do zarządzania systemem ochrony zdrowia. Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM) zajmuje się oceną celowości wprowadzania leku lub nowej terapii leczniczej.

Wadą koszyka w obecnej wersji jest brak realnej wyceny świadczeń medycznych. Wycena została sporządzona bez uwzględniania rzeczywistych danych płynących z funkcjonującego w zakładach opieki zdrowotnej rachunku kosztów. Bez takiej wiarygodnej wyceny niemożliwe staje się wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń medycznych oraz prywatyzowanie szpitali.

### **3. Wycena świadczeń zdrowotnych oraz ich kontraktowanie**

Charakterystyczną cechą polityki zdrowotnej w większości krajów na świecie jest powszechne zjawisko reformowania opieki zdrowotnej. W wielu państwach system zdrowotny uznawany jest za niewydolny i niewystarczający do zapewnienia opieki wszystkim na najwyższym poziomie. Ochrona zdrowia to jeden z najbardziej palących problemów współczesnych czasów. Zwiększone zapotrzebowanie na usługi zdrowotne nie przekłada się na wzrost zaangażowania środków pieniężnych.

Systemy finansowane ze środków publicznych działają według zasady „od każdego według możliwości, dla każdego wedle jego potrzeb”. Publiczne finansowanie nie musi być powiązane z publicznym wytwarzaniem świadczeń. Istnieje wiele różnych systemów płacenia usługodawcom i można je oceniać ze względu na skuteczność kontroli kosztów oraz ze względu na efektywność, traktowaną



w tym przypadku jako osiągnięcie celów społecznych w zakresie dystrybucji świadczeń opieki zdrowotnej. Aby osiągnąć ten cel, wiele systemów ochrony zdrowia<sup>16</sup> wprowadza konkurencję między usługodawcami w formie rynków wewnętrznych lub rozdzielania nabywców od usługodawców. Ideą takiego systemu jest monopol po stronie nabywcy (płatnika) i konkurencja po stronie usługodawców. Wzmacnia to pozycję płatnika w stosunku do usługodawcy, zwiększając m.in. kontrolę kosztów. System taki wymaga zapewnienia szpitalom odpowiednich bodźców finansowych po to, by były zainteresowane współuczestnictwem w realizacji celów nabywcy oraz tym, by podmioty reprezentujące stronę popytową (rząd, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia) miały wystarczające informacje o działaniach i wynikach usługodawców<sup>17</sup>.

Zadania władz publicznych w zakresie opieki zdrowotnej określone w polskich rozwiązaniach legislacyjnych dotyczą zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Potrzeby zdrowotne stanowią określoną liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy osób korzystających z opieki medycznej.

Proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej realizowany jest poprzez programy zdrowotne, które stanowią zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające w określonym terminie osiągnięcie założonych celów polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowanych ze środków publicznych<sup>18</sup>.

Potrzeby zdrowotne zaspokajane są poprzez świadczenia opieki zdrowotnej (rys. 1). Świadczenie opieki zdrowotnej to termin nowy, niewystępujący w poprzednich aktach prawnych dotyczących ustroju opieki zdrowotnej<sup>19</sup>. Termin ten zawarty jest natomiast w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej<sup>20</sup>: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Określenie „świadczenia opieki zdrowotnej” jest pojęciem szerszym niż „świadczenia zdrowotne”. Z rys. 1 wynika, że na świadczenie opieki zdrowotnej

<sup>16</sup> Przykładowo NHS w Wielkiej Brytanii.

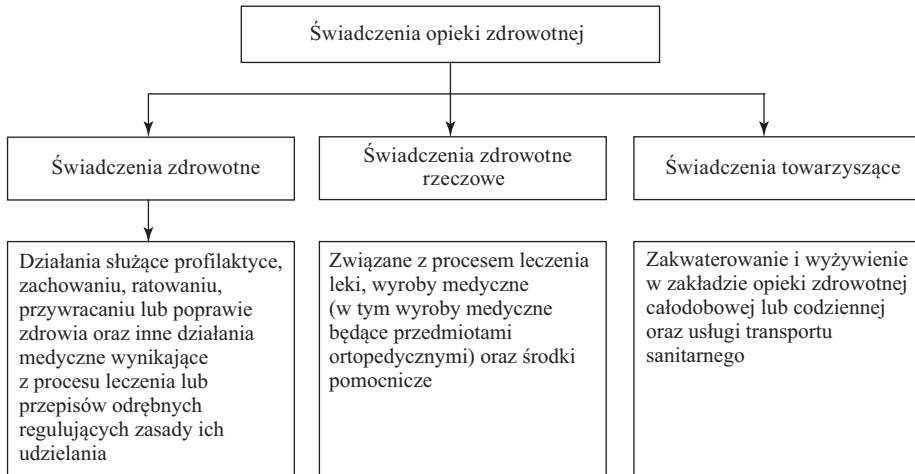
<sup>17</sup> P. Dolan, J.A. Olsen, *Dystrybucja usług medycznych. Zagadnienia ekonomiczne i etyczne*, CeDeWu, Warszawa 2008, s. 172–173.

<sup>18</sup> Art. 5 pkt 30 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027; ostatecznie zmiany: Dz.U. z 2009 r. nr 178, poz. 1374).

<sup>19</sup> Pojęcie to nie występowało ani w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ani w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia.

<sup>20</sup> Art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

finansowanej ze środków publicznych składa się nie tylko świadczenie zdrowotne (dotychczas definiowane w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia poprzez odesłanie do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), ale również inne świadczenia niezwiązane bezpośrednio z procesem leczenia<sup>21</sup>.



Rys. 1. Klasyfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej...

Procedura medyczna definiowana jest jako postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze uwzględniające wskazania do jego przeprowadzenia. Realizowane jest w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej z zastosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych. Próbując jeszcze inaczej zdefiniować pojęcie procedury medycznej, można powiedzieć, że jest to takie elementarne świadczenie zdrowotne, które jest nośnikiem kosztów w ośrodku je wykonującym, a równocześnie jest świadczeniem powtarzalnym i możliwym do samodzielnego wyodrębnienia<sup>22</sup>. Kryterium ekonomiczne umieszczania procedury na liście procedur medycznych sprowadza się do rozpatrywania jej jako spe-

<sup>21</sup> K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sikorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 164.

<sup>22</sup> M. Ziegman, J. Zwierowicz, F. Gajek, *Metoda oznaczania kosztów jednostkowych procedur medycznych*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej”, nr 9–10, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Warszawa 1996, s. 15.

cyficznego „towaru”, który może podlegać sprzedaży albo może być zamówiony w jednostce organizacyjnej zakładu<sup>23</sup>.

Począwszy od połowy 2008 r. zmieniony został również sposób rozliczania się szpitali z Narodowym Funduszem Zdrowia za udzielone świadczenia. Nastąpiło odejście od katalogu świadczeń medycznych<sup>24</sup> na rzecz 472 jednorodnych grup pacjentów<sup>25</sup>. Chory kwalifikowany jest do jednej z nich na podstawie rozpoznania, wieku i płci, wszystkich wykonanych procedur medycznych oraz czasu pobytu w szpitalu. Leczenie wiąże się z podobnymi kosztami i podobnym podejściem diagnostycznym. Nowy system wymusić ma na zakładach opieki zdrowotnej zwiększenie efektywności pracy. Kwalifikacja odbywa się z wykorzystaniem specjalnego programu komputerowego, a szpital otrzymuje pieniądze ryczałtem. W odrębny sposób można rozliczać urazy kosztowne wielonarządowe lub intensywną terapię. Zadaniem nowego systemu jest uproszczenie zasad rozliczania szpitali z Narodowym Funduszem Zdrowia przez zmniejszenie liczby pozycji katalogowych oraz wprowadzenie jednoznacznych definicji i opisów świadczeń. Doprowadzić ma to w konsekwencji do poprawienia rentowności publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Kolejną ważną przesłanką przemawiającą za wprowadzeniem tego systemu w polskich szpitalach jest fakt, że system jednorodnych grup pacjentów jest zalecany do rozliczania ze szpitalami przez Unię Europejską.

Mechanizm finansowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej z wykorzystaniem systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP) opiera się na założeniu, że możliwe jest zarejestrowanie i opisanie procesu leczenia w wymiarze klinicznym przez stworzenie ujednoliconej i całościowej klasyfikacji procedur medycznych oraz w wymiarze ekonomicznym przez opracowanie zestawu kosztów stosowania poszczególnych procedur medycznych<sup>26</sup>. Podstawą prawną jego stosowania jest Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne<sup>27</sup>. System JGP jest narzędziem, za pomocą którego następuje kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standary-

<sup>23</sup> F. Gajek, *Nowy rachunek kosztów w opiece zdrowotnej*, Key Text, Warszawa 1999, s. 21.

<sup>24</sup> Czyli spisu kilku tysięcy procedur, badań, porad i operacji.

<sup>25</sup> System ten stosowany jest w wielu krajach, w których zauważono, że koszt leczenia chorego zależy nie tylko od przyjętej metody leczenia, ale również od jego wieku i innych chorób, na które cierpi.

<sup>26</sup> I. Witczak, *op. cit.*, s. 110.

<sup>27</sup> Zarządzenie nr 93/2008/ DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

zowanego czasu pobytu oraz innych uznanych parametrów. Obejmuje on następujące elementy:

1) charakterystykę JGP, czyli zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w szczególności:

– rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10),

– procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),

– wiek pacjenta,

– czas pobytu;

2) algorytm JGP, czyli określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP;

3) grupę JGP, czyli jedną z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębnioną zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadającą: kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami;

4) gruper JGP, czyli program informatyczny kwalifikujący określoną hospitalizację do jednej z grup systemu JGP, o ile rozliczenie tej hospitalizacji nie odbywa się w inny sposób.

Hospitalizacja obejmuje całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny od chwili przyjęcia pacjenta do momentu jego wypisu lub zgonu. Hospitalizacja obejmuje kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem pacjenta w oddziale lub oddziałach szpitalnych, w tym usługę transportu sanitarnego.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierana jest na mocy porozumienia, po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań. Publiczny zakład opieki zdrowotnej musi spełnić wymagania zawarte w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz w innych regulacjach, określających m.in. wymagania dotyczące kadry medycznej, jej kwalifikacji, bezpieczeństwa świadczonych usług i warunków lokality.

Przy obowiązujących obecnie rozwiązaniach prawnych negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczą liczby świadczonych procedur medycznych, liczby punktów oraz ceny za punkt. Stawka za punkt może podlegać negocjacji, w zależności od konkretnego szpitala, w praktyce jest ustalana na podobnym poziomie przez centrale Funduszu. W 2009 r. stawka za punkt oscylowała wokół

kwoty 51 zł, w 2010 r. – 55 zł. Umowa rozliczana jest rocznie, przy czym niewykorzystane limity mogą przejść na następne miesiące. Ubezpieczyciel płaci za konkretną procedurę wykonaną w jednostce na podstawie składanych miesięcznych raportów. Nadwykonania nie są wypłacane, jednak publiczny zakład opieki zdrowotnej może się ubiegać o ich wypłacenie na drodze postępowania sądowego. Nadwykonania to ryzyko, które bierze na siebie publiczny zakład opieki zdrowotnej. Można spotkać się jednak z opiniami, że nadwykonania mogą być „przydatne” w kolejnych negocjacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia, który może wtedy zakontraktować więcej świadczeń medycznych niż w roku poprzednim. To swoista próba przekonania Funduszu, że potrzeby w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych są większe, niż wynikało to z wcześniejszych planów. Gdyby szpital nie wykonał kontraktu (przeprowadził np. mniej operacji, niż wynikałoby to z kontraktu), w kolejnym roku prawie na pewno jego kontrakt będzie mniejszy.

Rozpoznaniu choroby (klasyfikowanemu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10) przyporządkowywana jest procedura medyczna klasyfikowana według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9). Informuje ona o zabiegu lub badaniu wykonanym u pacjenta. W pewnych rzadkich sytuacjach wartość punktowa może ulec zmianie, w przypadku gdy na jakość wykonania procedury wpływa wiek chorego lub dodatkowe komplikacje towarzyszące chorobie. Odnajdując odpowiednią procedurę, poznajemy wartość punktową jej przyporządkowaną. Wartość punktowa mnożona jest przez stawkę za punkt i w ten sposób dowiadujemy się, ile zapłaci Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wprowadzenie nowego systemu jednorodnych grup pacjentów w praktyce oznaczać będzie otrzymanie zapłaty nie za leczenie chorób, ale za pacjenta. Stawka zależeć będzie od wieku chorego i towarzyszących mu chorób. Ministerstwo Zdrowia nie będzie wyliczało, jakie procedury pacjentowi się należą. Zakłada się, że wszystko, co służy ratowaniu życia i poprawie zdrowia, powinno należeć się pacjentowi.

Należy jednak zauważyć, że wycena procedur medycznych z zastosowaniem jednorodnych grup pacjentów stanowi pozasystemową kalkulację wyliczania kosztu wytworzenia usługi medycznej.

## **4. Podsumowanie**

Jednostki ochrony zdrowia na całym świecie zmuszone są do prowadzenia działalności w sytuacji ciągłego braku środków finansowych. Odpowiednie zarządzanie finansami staje się zagadnieniem o znaczeniu strategicznym. W Pol-

sce środki otrzymywane z Narodowego Funduszu Zdrowia z reguły zapewniają tylko bieżące finansowanie jednostki pozwalające na zabezpieczenie procesu leczenia. Prowadzi to do dekapitalizacji majątku zakładów opieki zdrowotnej oraz ciągłego zwiększania się zadłużenia i wchodzenia w spiralę długów.

Obawy budzi sposób budowy i wyceny procedur. Wycena taka została sporządzona w sposób uśredniony, nie zawsze odpowiadający prawdziwym kosztom. Podejście ukierunkowane na diagnozowanie i leczenie pacjenta z uwzględnieniem wszystkich towarzyszących chorobie powikłań i innych schorzeń jest słuszne, wymaga jednak rozległej wiedzy statystycznej o schorzeniach i procedurach, którym przypisano poszczególne wartości kosztowe. Prawidłowe zdefiniowanie tak wszechstronnego postępowania będzie możliwe dopiero po kilku latach gromadzenia danych<sup>28</sup>. System jednorodnych grup pacjentów zakłada rejestrowanie i opisywanie systemu leczniczego w wymiarze klinicznym i kosztowym. Opis procesu leczniczego dotyczy podstawowych danych medycznych. Opis procesu w kategoriach kosztowych wymaga wprowadzenia w placówkach medycznych rachunku kosztów umożliwiającego ustalenie kosztów jednostkowych oraz gromadzenie danych o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów<sup>29</sup>.

Aby poprawić efektywność funkcjonowania systemu wyceny procedur medycznych, celowa wydaje się zmiana obowiązującego rozporządzenia dotyczącego rachunku kosztów publicznych zakładów opieki zdrowotnej w takim kierunku, by sposób wyceny kosztu wytworzenia usług zdrowotnych ustalany był w systemie rachunkowości jednostki. Dokładne i precyzyjne wyliczenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wydaje się potrzebne zwłaszcza w sytuacji kryzysu finansów państwa, która prowadzić może do zmniejszenia transferu środków publicznych ze składek do systemu ochrony zdrowia.

Widoczny jest również brak wizji reformy nie tylko sposobu ewidencji i rozliczania kosztów opieki zdrowotnej, ale reformy polegającej na znalezieniu rozwiązań systemowych w skali makroekonomicznej dotyczących finansowania tego tak ważnego dla społeczeństwa sektora, jakim jest ochrona zdrowia. Nie wiadomo również, jaki podmiot taką reformę mógłby całościowo przeprowadzić. Narodowy Fundusz Zdrowia spełnia tylko funkcję płatnika, przekazującego środki budżetowe przeznaczone na działanie systemu ochrony zdrowia. Ministerstwo Zdrowia nie jest gotowe do podjęcia radykalnych kroków systemowych, głównie z powodów koniunkturalnych i politycznych.

---

<sup>28</sup> M. Kamiński, *Szpitala muszą liczyć koszty swojego funkcjonowania według jednolitych zasad*, „Gazeta Prawna”, 29.07.2008.

<sup>29</sup> A. Warelis, *System jednorodnych grup pacjentów jako nowoczesna metoda sterowania kosztami zakładu opieki zdrowotnej* [w:] *Problemy współczesnej rachunkowości*, Zeszyty Naukowe nr 552 Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009, s. 380.

Brakuje również prywatnej konkurencji dla Narodowego Funduszu Zdrowia, choć obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace związane z jego likwidacją. Miałyby on zostać zastąpiony przez regionalne kasy chorych. Jest więc to praktycznie powrót do sytuacji z 2003 r., w którym kasy chorych zostały zlikwidowane.

Sposób finansowania systemu ochrony zdrowia zależeć będzie przede wszystkim od ustalenia przez decydentów priorytetów zdrowotnych, obejmujących w pierwszej kolejności zawartość tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych. Istotną kwestią stanie się refundacja leków oraz procedur wysokospecjalistycznych. Ich wiarygodna i oparta na rzeczywistych kosztach wycena stanie się kwestią priorytetową dla stabilności funkcjonowania systemu finansowania służby zdrowia.

Świadczenia medyczne muszą być wyceniane w sposób jednolity we wszystkich publicznych zakładach opieki zdrowotnej, jak również w tych niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, które na prowadzenie działalności otrzymują środki publiczne. Tylko takie rozwiązanie zapewni porównywalność wykonywanych usług zdrowotnych, pozwoli na zaproponowanie identycznych wzorów sprawozdań finansowych w zakresie świadczonej działalności medycznej, jak również umożliwi rzeczywiste konkurowanie jednostek, zwłaszcza w sytuacji, gdy coraz częściej mówi się o częściowej odpłatności za świadczone usługi zdrowotne<sup>30</sup>.

Reforma służby zdrowia powinna skupić się na ostatecznym określeniu modelu finansowania jednostek służby zdrowia, któremu odpowiadałby odpowiedni model rachunku kosztów, wykorzystywany przede wszystkim przy wycenie kosztów procedur medycznych<sup>31</sup>.

## Literatura

- Baka K., Machulak G., Pietraszewska-Macheta A., Sikorko A., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Dolan P., Olsen J.A., *Dystrybucja usług medycznych. Zagadnienia ekonomiczne i etyczne*, CeDeWu, Warszawa 2008.
- Gajek F., *Nowy rachunek kosztów w opiece zdrowotnej*, Key Text, Warszawa 1999.
- Kamiński M., *Szpitala muszą liczyć koszty swojego funkcjonowania według jednolitych zasad*, „Gazeta Prawna”, 29.07.2008.

<sup>30</sup> Odpłatność mogłaby być dokonywana indywidualnie przez pacjentów lub przez wyspecjalizowane firmy ubezpieczeniowe.

<sup>31</sup> Por. B. Micherda, *Funkcje współczesnej rachunkowości w jednostkach służby zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 51–52.

- Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Kogut J., *System informacji kosztowej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej [w:] Zasoby i procesy w rachunkowości jednostek gospodarczych*, red. T. Kiziukiewicz, Difin, Warszawa 2009.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M., *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008.
- Micherda B., *Funkcje współczesnej rachunkowości w jednostkach służby zdrowia [w:] Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
- Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna. Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia, Dz.U. nr 76, poz. 363.
- Sobiech J., *Problemy konstrukcji tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w możliwych do zastosowania mechanizmach podziału usług opieki zdrowotnej [w:] Finanse publiczne*, red. A. Pomorska, Lublin 2006.
- Sobiech J., *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „Monokasy” [w:] Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej*, red. S. Owsiak, Wydawnictwo AE w Krakowie, Kraków 2004.
- Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do spraw wprowadzania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000, maszynopis.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027; ostatecznie zmiana: Dz.U. z 2009 r. nr 178, poz. 1374).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.
- Warelis A., *System jednorodnych grup pacjentów jako nowoczesna metoda sterowania kosztami zakładu opieki zdrowotnej [w:] Problemy współczesnej rachunkowości*, Zeszyty Naukowe nr 552 Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009.
- Witczak I., *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa 2009.
- Zarządzenie nr 93/2008/ DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.



Ziegman M., Zwierowicz J., Gajek F., *Metoda oznaczania kosztów jednostkowych procedur medycznych*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej”, nr 9–10, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Warszawa 1996.

### **State Regulatory Activities in the Area of Financing Health Care Protection**

Changes to health care services over the recent years have been mainly related to the process of reforming the system for financing health care entities. The budget-based system has been replaced by the universal health insurance system, while Health Care Funds (replaced by the National Health Fund) have financed medical services resulting from contracts concluded with selected health protection entities. The settlement of health protection services is based on the groups of uniform patients who are qualified on the basis of medical diagnoses, age and gender, medical procedures and the duration of inpatient treatment. The identification of uniform patient groups results from the assumption that the clinical and economic registration and description of medical treatment is facilitated by the evaluation of the particular medical procedures. Controversy is caused by the procedures and their evaluation based on average figures which do not always reflect the actual costs. It would be necessary to re-calculate and update the costs of the particular health care services. The cost-based description of medical treatment requires medical centres to determine unit costs and collect data to improve the system for setting unit cost levels and gathering information for uniform patient groups for the years to come. Therefore, it would be advisable to update the current ruling of the Ministry of Health and Social Services with respect to the special principles of preparing cost accounts by health care entities and to apply a new ruling to all the organizations which use public funds.

**Bartłomiej Wrona** – doktor, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Wydział Finansów, Katedra Rachunkowości Finansowej.

*Zainteresowania naukowo-badawcze:* rachunek kosztów zakładów opieki zdrowotnej, międzynarodowe i krajowe standardy rachunkowości, wykorzystanie rachunku kosztów w zarządzaniu jednostkami.

*e-mail:* wronab@uek.krakow.pl