

Beata Zaleska

Politechnika Koszalińska

FINANSOWANIE DZIAŁALNOŚCI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ LECZNICTWA STACJONARNEGO

1. Zakład opieki zdrowotnej jako podmiot systemu opieki zdrowotnej

Ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej są **świadczeniodawcy**. Zasady ich funkcjonowania zostały określone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 30 sierpnia...]. mianem tym określa się wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Może on być również utworzony w celu prowadzenia badań naukowych oraz prac badawczych i rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. proces realizacji świadczeń zdrowotnych jest celem zakładu opieki zdrowotnej i przebiega w obrębie jego szeroko pojętej organizacji.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi **zakładem opieki zdrowotnej** może być [Ustawa z dnia 30 sierpnia...]:

• szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń w odpowiednim pomieszczeniu;

- przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia;
- pogotowie ratunkowe;
- pracownia diagnostyczna;
- pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji;
- zakład rehabilitacji leczniczej;
- żłobek;
- inny zakład spełniający warunki określone w ustawie.

Wymienione **zakłady opieki zdrowotnej mogą być publiczne i niepubliczne**. pierwsze mogą być tworzone i utrzymywane ze środków publicznych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, zarząd PKP, jednostki samorządu terytorialnego, do których zalicza się województwo, powiat, gminę, z wyjątkiem zakładów utworzonych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych pracownikom urzędów tych organów. Jednostki te mają osobowość prawną, którą uzyskują przez wpis do rejestru sądowego. Ponadto muszą być zarejestrowane w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej. Są to jednostki samodzielne i samofinansujące się. Samofinansowanie przejawia się w obowiązku pokrywania, z własnych środków i uzyskiwanych przychodów kosztów działalności, zobowiązań oraz ujemnego wyniku finansowego. Zakład sam decyduje o podziale zysku. Warto dodać, że ujemny wynik finansowy nie może być podstawą do zaprzestania działalności ZOZ-u, jeżeli jego dalsze istnienie jest uzasadnione celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. Organ założycielski może pokryć ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych i określić formy dalszego jego funkcjonowania. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być ponadto właścicielem przekazanych mu przez organ założycielski ruchomości i nieruchomości. Organ założycielski może pozbawić zakład przydzielonych składników lub nabytego mienia w przypadku połączenia lub podziału. Po likwidacji ZOZ-u jego majątek staje się własnością Skarbu Państwa. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, jako osoba prawna, podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym, jeżeli jednak wypracowaną nadwyżkę przychodów nad kosztami przeznacza na statutową działalność, może się ubiegać o zwolnienie z płacenia podatku. Kierownik kieruje publicznym zakładem i reprezentuje go na zewnątrz. Jest on także przełożonym pracowników zakładu. Kierownik jest powoływany na zasadzie konkursu, ogłaszanego przez organ założycielski. W publicznym zakładzie opieki zdrowotnej musi być powołana **rada społeczna**. Działa ona jako organ inicjujący i opiniodawczy organu założycielskiego i doradczy dla kierownika zakładu. Publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką *non profit*, **a zatem jego celem nie jest wypracowanie zysku**. Podstawowe cechy publicznych zakładów opieki zdrowotnej przedstawiono w tab. 1.

Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą obejmować swoim działaniem:

- podstawową opiekę zdrowotną,
- ambulatoryjną opiekę stacjonarną,
- lecznictwo szpitalne,
- opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień,
- rehabilitację leczniczą,
- opiekę długoterminową,
- leczenie stomatologiczne,
- leczenie uzdrowiskowe,
- pomoc doraźną i transport sanitarny.

Tabela 1. Charakterystyka publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Kryteria charakterystyki	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
Regulacje prawne, którym podlega	Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ustawa o rachunkowości
Typ jednostki	<i>Quasi-non profit</i> – nie jest powołany do generowania zysku, ale zatrzymuje całą wypracowaną nadwyżkę finansową
Zakres samodzielności	Ma osobowość prawną, zarządza samodzielnie otrzymanym na własność od Skarbu Państwa lub samorządu terytorialnego majątkiem, sam ustala wielkość wynagrodzeń, może zaciągać kredyty bankowe, ma prawo do ustalania cen na świadczenia zdrowotne, może prowadzić dowolną działalność gospodarczą wpisaną w statut zakładu i dysponować samodzielnie uzyskanymi środkami
Cel działalności	Dostarczanie usług zdrowotnych z częściowym zwrotem kosztów (opłata przez pacjenta)
Sposób finansowania	Narodowy Fundusz Zdrowia, umowy cywilnoprawne (konkursy ofert na zasadach kontraktowania) na świadczenia medyczne, inni płatnicy
Podległość organizacyjna	Organ założycielski
Priorytety decyzyjne	Ratowanie zdrowia i życia pacjentów, a także racjonalne gospodarowanie
Formy organizacyjne	Zgodne z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Ustawa z dnia 30 sierpnia...]

Podstawowym celem każdego zakładu opieki zdrowotnej jest świadczenie usług zdrowotnych (medycznych) stosownie do posiadanej aparatury i sprzętu medycznego oraz kwalifikacji kadr medycznych.

Wśród zakładów opieki zdrowotnej szczególne miejsce zajmują szpitale. Leczenie szpitalne jest niezwykle kosztowne i pochłania większą część środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lecznictwa stacjonarnego

Szpital „jest zakładem opieki zdrowotnej charakteryzującym się stałą gotowością do przyjęcia i umieszczenia w nim pacjentów oraz zapewniającym przebywanie w nim pacjentów, a także całodobową, wszechstronną i kwalifikowaną opiekę zdrowotną, polegającą na obserwacji, rozpoznawaniu i leczeniu” [Jachimowicz 1970, s. 23]. Szpitale świadczą usługi z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentom, których stan wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Ich usługi mogą być wykonywane tylko w warunkach stacjonarnych. Część świadczeń może być także udzielana w warunkach ambulatoryjnych. W opracowaniach Głównego Urzędu Statystycznego szpitale są podzielone na ogólne, specjalistyczne i kliniczne. W szpitalach ogólnych udzielane są świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa, ginekologii i chorób dziecięcych. Mogą w nich być od-

działy gruźlicy i chorób płuc. Szpitale specjalistyczne mają oddziały o jednej specjalności lub wielu specjalnościach. Szpitale kliniczne podlegają akademiom medycznym albo określonej jednostce badawczo-rozwojowej. Zapewniają one opiekę wysoko specjalistyczną i podstawową oraz realizują zadania badawcze i dydaktyczne.

Zależnie od rodzaju i zakresu oferowanych świadczeń szpitale dzieli się na:

- **rejonowe, miejskie i powiatowe** – świadczące usługi w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, położnictwa i ginekologii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii, opieki paliatywnej, psychiatrycznej i świadczeń rehabilitacyjnych;

- **wojewódzkie** – świadczące usługi jak wyżej, a także w zakresie co najmniej czterech spośród następujących specjalności, kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, opieki psychiatrycznej;

- **kliniczne** – zapewniające wysoko specjalistyczne świadczenia medyczne, a także podejmujące zadania badawcze, dydaktyczne oraz szkolenie młodej kadry medycznej.

Wynika z tego, że szpitale są mocno zróżnicowane. Wszystkie jednak wykonują podstawowe zadanie, czyli udzielają świadczeń zdrowotnych. Oprócz tego muszą również efektywnie wykorzystywać posiadane zasoby zgodnie z zasadą racjonalnego gospodarowania. Jest to bowiem warunkiem ich przetrwania w dobie ograniczonych środków finansowych oferowanych przez płatnika.

3. Finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lecznictwa stacjonarnego

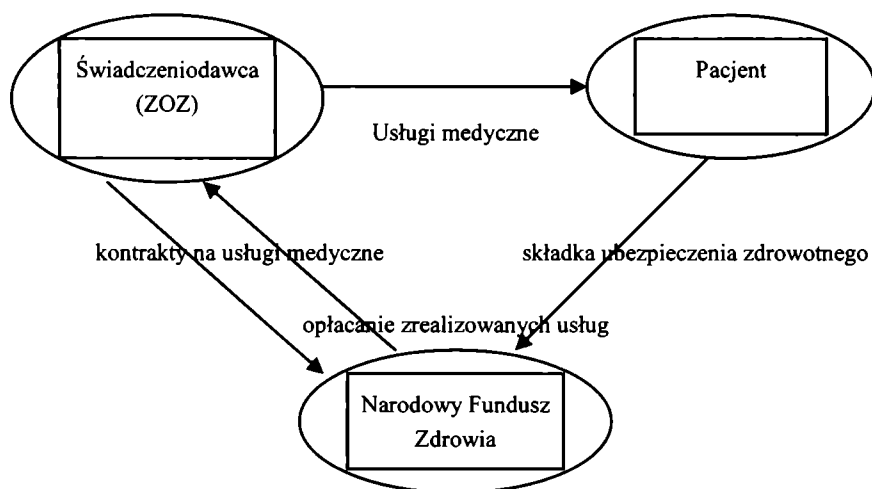
W Polsce do 1999 r. obowiązywał system uspołecznionej opieki zdrowotnej. Głównym źródłem finansowania był budżet państwa, a więc środki publiczne. Wprowadzenie od 1 stycznia 1999 r. powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych spowodowało zmianę dysponentów środków finansowych na poziomie centralnym. Nowy system ubezpieczeniowy charakteryzuje się finansowaniem usług przez fundusze ubezpieczeniowe gromadzone z obowiązkowych składek pracowników i pracodawców. W tym systemie państwo tworzy ramy jego funkcjonowania i pełni nad nim nadzór. Prawo do świadczeń medycznych wynika z umowy ubezpieczeniowej. Warunkiem udzielenia świadczenia jest płacenie składki przez ubezpieczonego. Ideą tego systemu jest ochrona przed skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych, w których wyniku może się pogorszyć sytuacja materialna obywatela. Do głównych założeń tego systemu należą:

- finansowanie oparte na obowiązkowych dla pracodawców i pracobiorców składkach (o proporcjach zmieniających się w różnym czasie i miejscu), uzupełnianych budżetowymi dotacjami państwa;
- zarządzanie przez niezależne od rządu instytucje;
- kontraktowanie świadczeń medycznych [Leowski 2004, s. 22].

Relacje między podmiotami w systemie ubezpieczeniowym przedstawiono na rys. 1.

W nowym systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce środki pochodzące ze składek ubezpieczeń społecznych (gromadzone od 1999 r. w kasach chorych, które od 31 marca 2003 r. zostały zastąpione przez Narodowy Fundusz Zdrowia) zastąpiły budżetowe finansowanie świadczeń zdrowotnych. Warto dodać, że wysoko specjalistyczne procedury medyczne są finansowane z budżetu państwa. Świadczeniodawcy (ZOZ-y) mogą zatem pozyskiwać środki finansowe na prowadzoną działalność medyczną z następujących **źródeł finansowania** opieki zdrowotnej [Golińska i in. 2002, s. 165-166]:

- Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie umów cywilnoprawnych;
- Ministerstwa Zdrowia (budżet państwa), które przeznacza środki na wykup procedur wysoko specjalistycznych i na programy zdrowotne; ze środków budżetowych finansowana jest pewna część wydatków na szpitale ogólne, kliniczne, leczenie psychiatryczne oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze; w budżecie tworzone są rezerwy celowe na działania osłonowe i restrukturyzację;
- budżetów samorządów terytorialnych, z których finansowane są programy profilaktyki zdrowia i jego promocji.



Rys. 1. Relacje między podmiotami w systemie ubezpieczeniowym

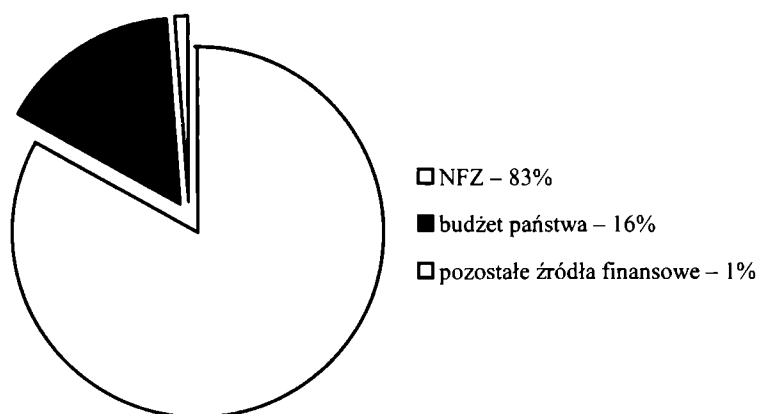
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Ustawa z dnia 6 lutego...].

Oprócz wymienionych publicznych źródeł finansowania świadczeniodawcy (zakłady opieki zdrowotnej) mogą pozyskiwać środki:

- z dopłat pacjentów do świadczeń ponadstandardowych lub świadczeń medycznych nieopłaconych przez NFZ;

- ze sprzedaży świadczeń medycznych przedsiębiorstwom oraz innym instytucjom publicznym i niepublicznym;
- z fundacji, darowizn, przychodów finansowych;
- ze sprzedaży zbędnych składników majątku trwałego.

Należy podkreślić, że podstawowym źródłem finansowania działalności statutowej zakładów opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia i budżet państwa, a reszta pochodzi z pozostałych źródeł finansowania. Strukturę finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce przedstawiono na rys. 2.



Rys. 2. Struktura finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Źródło: [Fedorowska, Niżankowski 2002, s. 41].

W nowym systemie finansowania opieki zdrowotnej główną rolę odgrywa płatnik, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Oddziały NFZ kontraktują¹ usługi medyczne z różnymi świadczeniodawcami na terenie ich działania. W wyniku zreformowania finansowania opieki zdrowotnej dokonanej w 1999 r. nastąpiło odejście od finansowania podmiotowego do przedmiotowego. Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest głównym płatnikiem na rynku usług medycznych, kontraktuje usługi zdrowotne według katalogu procedur rozliczeniowych wycenianych punktowo. Ponadto dokładnie bada potrzeby zdrowotne ludności według wieku, płci itd. i na tej podstawie ustala liczbę kontraktowanych usług medycznych. Finansowanie świadczeń w lecznictwie szpitalnym jest oparte na cenie jednostkowej, która jest wyrażona w punktach, oraz gotowości dobowej opłacanej ryczałtowo. Ogólna liczba

¹ Pojęcie „kontraktowanie” pojawiło się w systemie opieki zdrowotnej w Polsce w 1999 r. wraz z wprowadzeniem reformy służby zdrowia. Sposoby kontraktowania świadczeń medycznych są szeroko prezentowane w literaturze przedmiotu, np. w pracy [Czupryna i in. 2001].

zakontraktowanych punktów obejmuje zarówno procedury medyczne według międzynarodowej klasyfikacji ICD-9, jak i jednostki chorobowe według wykazu świadczeń szpitalnych w Katalogu NFZ. Każda procedura ma przypisaną wartość punktową. Wartość kontraktu składa się z iloczynu punktów poszczególnych procedur i ceny punktu. Płatnik narzuca więc ceny usług medycznych. Ważne jest zatem, aby w zakładzie opieki zdrowotnej dokładnie obliczono, ile kosztuje dana procedura lub jednostka chorobowa, aby umieć określić, czy cena zakontraktowanej usługi w pełni pokrywa koszty, czy też jest niedoszacowana. Kontraktowanie usług zdrowotnych ma więc zasadniczy wpływ na sposób prowadzenia rachunku kosztów w SPZOZ.

Na świecie jest wiele sposobów kontraktowania świadczeń zdrowotnych (czyli finansowania przedmiotowego zakładów opieki zdrowotnej). Mogą to być różnego rodzaju kontrakty cywilnoprawne, które oferują trzy podstawowe **sposoby płacenia za usługi medyczne**:

- kontrakty blokowe,
- płacenie za tzw. case-miksy (przypadki mieszane),
- płacenie za poszczególne przypadki.

W kontraktach blokowych płacenie za świadczenia zdrowotne odbywa się w sposób uśredniony. Mogą być one zdefiniowane za pomocą takich wielkości, jak osobodzień leczenia, hospitalizowany pacjent, udzielona porada, leczona jednostka chorobowa, kompleksowa opieka medyczna nad potencjalnym pacjentem. Oznacza to płacenie za określoną usługę. Charakterystykę kontraktowania blokowego usług medycznych przedstawiono w tab. 2.

Płacenie za case-miksy, inaczej przypadki mieszane. Inna nazwa tej metody to DRG². Pacjenci są klasyfikowani do jednorodnych grup pod względem kosztów, z których każda ma przypisaną liczbę punktów. punkty mają określoną wartość w rozliczeniach z płatnikiem. W metodzie tej konieczny jest podział wszystkich diagnoz zasadniczych na główne kategorie diagnostyczne, a następnie na poszczególne przypadki według sposobów leczenia. Głównym kryterium klasyfikowania do określonej grupy diagnostycznej jest konieczność zastosowania zabiegu operacyjnego. Następnie klasyfikuje się kategorie chirurgiczne i medyczne na podstawie specyfiki diagnozy szczegółowej i typu zabiegu chirurgicznego. W klasyfikacji należy wziąć pod uwagę różnice w zużyciu zasobów do świadczenia usługi medycznej. W klasyfikacji DRG wykorzystuje się aspekt medyczny i ekonomiczny. Ponadto opiera się ona na informacjach o [Grabowski, Kozierkiewicz, Gajek 2001]:

- diagnozie (chorobie głównej),
- przebiegu leczenia (zastosowanych procedurach medycznych),

² DRG (*diagnosis related groups*), czyli grupy zróżnicowane diagnostycznie. Metoda opracowana w latach sześćdziesiątych polega na finansowaniu świadczeniodawców na podstawie zryczałtowanych stawek za leczenie każdego pacjenta, który jest przypisany do jednej z grup powiązanych diagnostycznie. Odmienne warianty DRG zastosowano m.in. w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Stanach Zjednoczonych, Australii, Nowej Zelandii, Danii, Finlandii, we Francji i w Irlandii.

- powikłaniach, chorobach współistniejących,
- dodatkowych cechach demograficznych wpływających na przebieg leczenia (płeć i wiek, waga urodzeniowa noworodków).

Tabela 2. Metody kontraktowania blokowego

Nazwa metody	Charakterystyka
Osobodzień leczenia	Stosowana w lecnictwie zamkniętym i oddziałach lecnictwa otwartego . Nie wymaga bardzo dokładnej ewidencji ani skomplikowanego rachunku kosztów. Dla płatnika prosty sposób rozliczenia, niewymagający monitorowania. Wadą jest ryzyko wydłużenia czasu leczenia pacjenta
Hospitalizowany pacjent	Stosowana w lecnictwie zamkniętym . Wadą jest możliwość wyodrębniania różnych oddziałów szpitalnych w celu uzyskania kontraktu. Zaletą jest dostępność usług, co może zwiększyć liczbę leczonych pacjentów
Udzielona porada	Stosowana w ambulatoryjnym lecnictwie specjalistycznym . W cenę porady wlicza się średni koszt diagnostyki
Leczona jednostka chorobowa	Stosowana w lecnictwie zamkniętym i lecnictwie otwartym . Umożliwia realizację zasady współmierności przekazywania środków finansowych na leczenie z kosztami tego leczenia. Wymaga dobrze rozwiniętego systemu sprawozdawczego
Kompleksowa opieka medyczna nad mieszkańcami	Stosowana zarówno w podstawowej opiece , jak i w ambulatoryjnym lecnictwie specjalistycznym, a nawet w opiece zintegrowanej

Źródło: [Kautsch, Whitfield, Klich 2001, s. 72-78].

Każda grupa ma określoną wartość punktową. Kwotę, jaką zakład opieki zdrowotnej otrzyma za leczenie pacjenta, ustala się jako iloczyn liczby punktów i wartości jednego punktu. Metodę tę można wprowadzić tylko wtedy, gdy klasyfikacja finansowa lub punktowa jest jednolita dla całego kraju. W systemie tym pojedynczy pacjent jest obiektem rachunku kosztów. aby można było zastosować ten system, konieczne jest posiadanie systemu informatycznego, integrującego systemy informacji medycznej i ekonomicznej, generujące medyczne i finansowe informacje o pacjencie. Bardzo ważna jest także wycena procedur medycznych, rozumianych jako „całość lub wyodrębniona medycznie część świadczenia zdrowotnego, która pociąga za sobą skutki finansowe” [Rozporządzenie MZiOŚ...]. Można również powiedzieć, że procedura medyczna to „takie elementarne świadczenie zdrowotne, które jest nośnikiem kosztów w ośrodku je wykonującym, a równocześnie jest świadczeniem powtarzalnym i możliwym do samodzielnego wyodrębnienia” [Kulis, Kulis, Styło 1999, s. 78]. Wycena procedur medycznych musi być oparta na rzetelnej kalkulacji kosztów, obejmującej wszystkie rodzaje kosztów; powinna być także realna wobec przychodów płatnika. System DRG pozwala na opisanie działalności szpitala za pomocą jednostek z homogenym wykorzystywaniem zasobów szpitala

[Fetter, Shin, Frejman 1980, s. 1-53]. Warto zaznaczyć, że w Polsce w 2000 r. rozpoczęto prace nad wyłonieniem Jednorodnych Grup Pacjentów (JPG jest odpowiednikiem amerykańskiego DRG)³, lecz dotychczas projekt ten nie został wprowadzony. Narodowy Fundusz Zdrowia bowiem finansuje nie poszczególnych pacjentów, lecz procedury medyczne⁴.

Płacenie za przypadki – metoda stosowana do nielicznych świadczeń zdrowotnych, gdy między świadczeniodawcą a płatnikiem nie była podpisana umowa kontraktowa. Płatnik płaci za świadczenie zdrowotne, nie mając wpływu na sposób leczenia i jego koszty. Świadczeniodawca, który ma dobrze policzone koszty leczenia pacjenta, uzyskuje ich zwrot.

Zakłady opieki stacjonarnej mogą być finansowane metodą [Jacobs 1987, s. 137]:

- **retrospektywną**, polegającą na zwrocie poniesionych kosztów na leczenie pacjentów, co może skutkować brakiem zainteresowania obniżaniem kosztów;
- **prospektywną**, w której opłata za świadczenia jest oparta na wcześniej ustalonej cenie (np. za osobodzień leczenia na oddziałach szpitalnych, wykonane procedury medyczne, liczbę leczonych pacjentów, leczone przypadki chorobowe).

Finansowanie świadczeń stacjonarnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez kasy chorych, funkcjonujące w Polsce do 2003 r., przedstawiono w tab. 3.

Obecnie, podobnie jak kasy chorych, Narodowy Fundusz Zdrowia ogłasza konkursy na świadczenie usług medycznych na zasadach kontraktowania. Przedmiotem kontraktowania są procedury medyczne proste i złożone (np. porada udzielana przez lekarza, zabieg wykonywany w ambulatorium, wykonanie badania w pracowni, operacji w bloku operacyjnym itd.). Stosuje się przy tym kody chorób zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób. Finansowanie procedur medycznych odbywa się po cenach ustalanych przez płatnika.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wprowadzono wycenę punktową (każdy punkt ma określoną wartość w złotych, którą ustala NFZ) poszczególnych typów porad i podział ich na grupy o zróżnicowanych współczynnikach kory-

³ Podstawowy cel projektu to przygotowanie zestawu Jednorodnych Grup Pacjentów do potencjalnego wykorzystania do finansowania szpitali w Polsce. Projekt rozpoczął się w grudniu 2000 r. spotkaniem grupy roboczej w Warszawie. Wdrażano go w województwach dolnośląskim i podkarpackim. Wybrano 23 szpitale w obu tych regionach. Przeszkolono personel w zbieraniu danych dotyczących kosztów leczenia. Oparto się na austriackim grupowaniu LKF, które przetłumaczono na język polski. Dane przetwarzano z użyciem tabeli ICD9CM-MEL w celu przypisania wyników pacjenta z zastosowaniem procedur wykonywanych na jego rzecz. Opracowanie systemu JPG obejmuje aspekty kliniczny i kosztowy. Więcej na ten temat na stronie internetowej (www.bpz.gov.pl).

⁴ Wyceniono ponad 1400 procedur medycznych, ale niejasne są zasady kalkulacji ich wag kosztowych. W rzeczywistości procedury medyczne są wyceniane poniżej rzeczywistych kosztów leczenia deklarowanych przez dyrektorów szpitali. NFZ ogranicza górne kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawców, co przypomina ich finansowanie na podstawie szczegółowo opracowanych budżetów.

gujących (od 1,14 do 0,92)⁵. Wyodrębniono pięć grup w zależności od kosztochłonności. współczynnik umożliwia korygowanie w górę lub w dół ceny porady.

Tabela 3. Zalety i wady metod finansowania lecznictwa stacjonarnego przez kasy chorych

Metody	Zalety	Wady
Liczba hospitalizowanych pacjentów na konkretnym oddziale lub według osobodni	Prosta w stosowaniu	Gdy płatnik płaci pełną cenę za każdego dodatkowo leczonego pacjenta, możliwy jest nieuzasadniony wzrost kosztów (możliwe przedłużanie pobytu pacjentów lub ponowne ich przyjmowanie)
Liczba hospitalizowanych (osobodni) z zapewnieniem pokrycia kosztów stałych szpitala (dla zakontraktowanej liczby hospitalizowanych) i kosztów zmiennych (dla faktycznie hospitalizowanych)	Ograniczenie wzrostu kosztów poprzez zwrot tylko kosztów zmiennych dla faktycznie wykonanej liczby jednostek działalności i kosztów stałych dla zakontraktowanej liczby jednostek działalności. Redukcja kosztów stałych przez szpital, a nie liczby przyjęć. Lepsze wykorzystanie zasobów szpitala. Wzrost dostępności opieki szpitalnej. Zapewnia pokrycie kosztów stałych szpitala	Możliwy nieuzasadniony wzrost kosztów poprzez generowanie zbytecznej liczby usług, przedłużanie pobytu pacjenta, powtórne przyjęcie. Możliwe jest funkcjonowanie szpitala na poziomie poniżej zakontraktowanej liczby jednostek działalności, ponieważ szpital ma zagwarantowany zwrot kosztów stałych
Liczba zakontraktowanych osobodni lub hospitalizowanych, z zapewnieniem korygowania płatności w zależności od faktycznej działalności (pokrycie tzw. kosztu końcowego dla dodatkowo leczonych pacjentów)	Zapewnia przychód na poziomie kosztów całkowitych zakładu. Dla wykonanej ilości działalności ponad zakontraktowaną otrzymuje dokładnie zwrot kosztów, które poniósł. Bardziej preferowana niż dwie wcześniej prezentowane metody	Znaczna trudność w wyliczeniu kosztu końcowego

Źródło: [Kissimova-Skarbek 2001, s. 31-36].

W opiece szpitalnej procedury są wyceniane na podstawie *Katalogu procedur medycznych*, w którym znajdują się też takie pozycje, jak hospitalizacja z przyczyn nieujętych w katalogu oraz procedury wykonane za zgodą płatnika. w lecznictwie zamkniętym na niektóre procedury został nałożony limit, ale możliwe jest przesuwanie środków finansowych (do 30% wartości umowy) przez daną jednostkę między wybranymi rodzajami świadczeń. Pozwala to na płynny przepływ środków w przypadku powstania tzw. nadwykonań. Szpital może wykonywać wiele wysoko

⁵ Dane są prezentowane na podstawie umów kontraktowych zawartych na 2005 r.

specjalistycznych badań diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym, bez konieczności hospitalizacji. W Polsce zasady kontraktowania, wycena punktowa poszczególnych świadczeń zdrowotnych i limity przyjęć zmieniają się w każdym roku. Utrudnia to zakładom opieki zdrowotnej prowadzenie działalności i długoterminowe planowanie.

Literatura

- Czupryna A., Poździoch S., Włodarczyk W.C. (red.), *Zdrowie publiczne*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
- Fedorowska J.J., Nizankowski R., *Ekonomika medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- Fetter R.B., Shin Y., Freeman J.L., *Case Mix Definition by Diagnosis Related Groups*, „Medical Care” 1980, December.
- Golinowska S. i in., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Wydawnictwo Case, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Fundacja Naukowa, Warszawa 2002.
- Grabowski J., Kozierkiewicz A., Gajek F., *Polski system jednorodnych grup pacjentów*, „Służba Zdrowia” 2001, nr 80-81.
- Jachimowicz R., *Zarys technologii współczesnej szpitala*, PZWL, Warszawa 1970.
- Jacobs P., *The Economics of Health and Medical Care*, An Aspen Publication 1987.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Kissimova-Skarbek K., *Finansowanie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie publiczne*, t. 2., red. A. Czupryna, S. Poździoch, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
- Kulis I., Kulis M., Styło W., *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2004.
- Rozporządzenie MZiOŚ z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (DzU 1998, nr 2164, poz. 1194).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 1991, nr 91, poz. 408).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU 1997, nr 28, poz. 153).

FUNDING OF THE INDEPENDENT PUBLIC UNITS OF STATIONARY MEDICAL CARE

Summary

National health insurance system, introduced on 1st January 1999, has brought about a change in the administrators of the finances at a central level. What is characteristic of the new system is the financing of the medical service by the insurance funds which collect money from the premiums, compulsory payments by employers and employees. The health insurance system makes the state act as

a supervisor creating the frames of the system's functioning. The only way to obtain the entitlement to the service provided by the health funds is to sign an insurance contract and, in consequence, to pay the premiums.

The introduction of the system has also influenced the way health care centres are financed, among which medical care units of stationary treatment or else hospitals play a vital role. The institutions in question absorb the majority of financial resources allocated for the health care system. The funding of the hospitals is based on a contract system. It is indispensable to set the rules and the ways of contracting so that the hospital could fully perform the functions it is made for, in other words to cater for everyone in need.

The article presents the ways in which hospitals all over the world (Poland included), are financed.