

**Małgorzata Gorzalczyńska-Koczkodaj**

Uniwersytet Szczeciński  
e-mail: m.g.koczkodaj@wzieu.pl

---

**FINANSOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE  
NA PRZYKŁADZIE SAMODZIELNYCH  
PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ**

---

**FINANCING HEALTH SERVICE IN POLAND  
ON THE EXAMPLE OF INDEPENDENT PUBLIC  
HEALTH CARE FACILITIES**

---

DOI: 10.15611/pn.2017.485.14

**Streszczenie:** Ochrona zdrowia jest istotnym elementem polityki każdego państwa. Jest także dużym problemem i wyzwaniem społecznym, ekonomicznym oraz politycznym. Znalezienie odpowiedniego modelu finansowania tak ważnej dziedziny życia jest niezmiernie trudne. W artykule opisano system podstawowej opieki medycznej, który funkcjonuje w Polsce. Przedstawiono także istotę finansowania podstawowych usług medycznych, jak również dokonano analizy podstawowych danych finansowych dotyczących finansowania i zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** opieka zdrowotna, ochrona zdrowia, system finansowania służby zdrowia, źródła finansowania.

**Summary:** Health protection is a significant element of policy of every country. It is also a considerable problem and a social, economic and political challenge. Finding a proper financing model in such an important area of life is extremely difficult. The article describes the system of the basic medical care which functions in Poland. Moreover, it presents the essence of financing basic medical services, as well as it contains the analysis of the essential financial data concerning financing and the debt of independent public health care facilities.

**Keywords:** health care, health protection, health service financing system, sources of financing.

## 1. Wstęp

Prawo do ochrony zdrowia dla wszystkich mieszkańców jest zagwarantowane w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Ochrona zdrowia jest nieprostym i jednocześnie niezwykle istotnym elementem polityki każdego państwa. Jest także dużym problemem i wyzwaniem społecznym, ekonomicznym

oraz politycznym każdego kraju. Znalezienie odpowiedniego modelu finansowania tak ważnej dziedziny życia jest niezmiernie trudne. Przyczynia się do tego paradoksalnie rozwój technologiczny i medyczny, który wymusza stosowanie coraz lepszej, skuteczniejszej, ale jednocześnie dużo droższej aparatury i artykułów medycznych. Nie bez znaczenia w tej kwestii są także zmiany demograficzne (wydłużenie życia i starzenie się społeczeństwa) zachodzące od wielu lat w Polsce.

Oprócz strony dochodowej należy też mieć na względzie, że finansowanie opieki zdrowotnej to nie tylko gromadzenie środków pieniężnych na ten cel, ale również odpowiednie ich rozdysponowanie i wydatkowanie zaspokajające potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

W artykule opisano system podstawowej opieki medycznej, który funkcjonuje w Polsce. Przedstawiono także istotę finansowania podstawowych usług medycznych, jak również dokonano analizy podstawowych danych finansowych dotyczących finansowania i zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

## **2. Podstawowy system opieki zdrowotnej w Polsce i źródła jego finansowania**

Po 1989 r. w Polsce rozpoczął się proces przekształcania systemu ochrony zdrowia, który przebiegał równoległe z procesem przejścia od gospodarki centralnie planowanej do rynkowej. Reforma wprowadzona 1 stycznia 1999 r. w istotny sposób zmieniła strukturę finansowania służby zdrowia. System „budżetowy” zastąpiono nowym, „ubezpieczeniowo-budżetowym” modelem finansowania, a system opieki zdrowotnej oparto na zasadzie solidaryzmu społecznego, powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przyjęcie mieszanego źródła finansowania służby zdrowia nie oznaczało zwolnienia państwa z obowiązku wspierania systemu ochrony zdrowia. Z budżetu państwa nadal finansowano m.in.: programy profilaktyczne (w tym szczepienia ochronne), wysokospecjalistyczne procedury medyczne (np. przeszczepy), programy polityki zdrowotnej, kształcenie personelu medycznego, badania naukowe i inwestycje centralne, stacje krwiodawstwa oraz stacje sanitarno-epidemiologiczne [www1].

W reformowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej bardzo istotne stało się również przejście przez struktury samorządu terytorialnego funkcji organu założycielskiego zakładów opieki zdrowotnej oraz ich obligatoryjne przekształcenie z jednostek budżetowych w samodzielne. W wyniku tego placówki służby zdrowia zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, utworzono również jednostki o charakterze samorządowym i niepublicznym. Zaczęła obowiązywać zasada rozdzielania funkcji płatnika za świadczenia zdrowotne od ich organizatora i dostawcy. Finansowanie określonego pakietu usług zdrowotnych

i świadczeń przejęły instytucje dotychczas nieistniejące w Polsce powojennej, czyli Kasy. Powstał także wewnętrzny rynek usług, gdzie o kontrakt ubiegały się podmioty zróżnicowane pod względem statusu prawnego (publiczne, prywatne, spółdzielnie itp.). W ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego utworzono 16 Regionalnych Kas Chorych, działających na terenie województw, oraz Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych. Były to instytucje samodzielne i samorządne. Gromadziły środki finansowe pochodzące ze składek osób przypisanych do danej Kasy, zarządzały nimi oraz zawierały z podmiotami leczniczymi umowy na udzielanie usług zdrowotnych – zarówno w zakresie profilaktyki, jak i leczenia. Wprowadzone zmiany miały zapewnić „podążanie pieniądza za pacjentem”. Oznaczało to, że każdy mógł wybrać swojego lekarza, przychodnię i szpital, w którym chciał się leczyć.

Kolejne zmiany w systemie ochrony zdrowia nastąpiły w 2003 r. Po czterech latach funkcjonowania Kas Chorych przekształcono je w Narodowy Fundusz Zdrowia (Centrala wraz z Wojewódzkimi Oddziałami NFZ). Dodatkowo zmienił się charakter prawny płatnika: Kasa Chorych była instytucją samorządną, zaś Fundusz – państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną [www1].

Obecnie w Polsce obowiązuje system powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego regulowany ustawą z 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Ustawa z 24 sierpnia 2004]. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) finansuje świadczenia zdrowotne oraz wydatki ponoszone między innymi na refundację leków, wyrobów leczniczych czy przedmiotów ortopedycznych, ze składek oraz innych źródeł wymienionych w ustawie w ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami. Finansowanie następuje na podstawie planu finansowego Funduszu. Usługi opieki zdrowotnej mogą być finansowane z dwóch źródeł: funduszy publicznych i prywatnych. W większości państw OECD finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się w oparciu o rozmaite źródła finansowania, wykorzystywane w różnych proporcjach [www2]. Źródła publiczne to głównie budżety państwa, budżety regionów i budżety lokalne oraz fundusze ubezpieczeń publicznych i fundusze parabudżetowe. Źródła prywatne to przede wszystkim dochody indywidualnych konsumentów usług opieki zdrowotnej i prywatne ubezpieczenia zdrowotne, zakłady pracy i organizacje charytatywne [Jaworzyńska 2010].

Obecnie głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w NFZ. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9% dochodów osobistych<sup>1</sup>, która odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ). Niektóre świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia, a nie ze środków NFZ. Od 1 stycznia 2007 r. z budżetu państwa finansowane jest również w całości przedszpitalne ratownictwo medyczne (pogotowie ratunkowe).

---

<sup>1</sup> 7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony.

W literaturze przedmiotu można spotkać się z czterema modelami finansowania opieki zdrowotnej [Łuniewska 2014, s. 70]:

- model Beveridge'a,
- model Bismarcka,
- model rezydualny,
- model Siemaszki.

Model Beveridge'a polega na tworzeniu Narodowego Systemu Zdrowia, którego źródłem finansowania są podatki, wpływające do budżetu państwa i budżetów samorządowych. W modelu tym za ochronę zdrowia odpowiedzialne jest państwo, które musi zapewnić obywatelom dostęp do podstawowego koszyka świadczeń. Ponieważ zapewnione są wyłącznie podstawowe świadczenia medyczne, konieczne jest istnienie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Model ten wywodzi się z Wielkiej Brytanii, a obecnie korzysta z niego system opieki zdrowotnej w Danii, Portugalii, Hiszpanii, Grecji, Szwecji, Finlandii oraz Norwegii.

Kolejnym modelem ochrony zdrowia jest model Bismarcka. Źródłem finansowania są składki ubezpieczeniowe płacone przez pracownika i pracodawcę do niezależnych kas chorych. Powstają wówczas fundusze celowe, a nie tak jak w poprzednim modelu ogólne zasilane podatkami. Za organizację ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialne są władze publiczne. Usługi zdrowotne świadczone są przez publiczne oraz prywatne jednostki medyczne. Finansowanie oparte jest na podpisanych kontraktach. Osoby zamożne znajdują się poza systemem ubezpieczeń i w przypadku choroby kierowane są do jednostek prywatnych. Model ten jest podstawą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przede wszystkim w: Niemczech, Austrii, Belgii, Holandii, Szwajcarii i Francji.

W modelu rezydualnym natomiast państwo zwolnione jest z obowiązku zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych, przewidziane są jedynie szczątkowe dopłaty ze środków publicznych. Głównym źródłem finansowania są prywatni ubezpieczyciele, którzy działają pod silnym nadzorem organizacji lekarskich. Społeczeństwo samo bierze odpowiedzialność za swoje zdrowie, funkcjonują jedynie programy pomocowe dla ludzi nieposiadających lub posiadających niewielkie dochody. Model ten występuje w USA.

Kolejny model to tzw. model Siemaszki. Jest on całkowitym przeciwieństwem modelu rezydualnego, gdyż państwo bierze tu pełną odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa. Jedynym źródłem finansowania jest budżet państwa, zakłady opieki zdrowotnej są państwowe, brak sektora prywatnego w ochronie zdrowia, obywatele mają bezpłatny dostęp do pełnego pakietu usług świadczonych przez opiekę zdrowotną. Model ten obowiązywał w krajach socjalistycznych, również w Polsce do 1998 r. [Łuniewska 2014].

### 3. Zasady prowadzenia gospodarki finansowej w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 50a ustawy o działalności leczniczej utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, należy uwzględnić konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej [Ustawa z 15 kwietnia 2011].

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, po którym uzyskuje osobowość prawną. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika. Zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty swojej działalności i reguluje zobowiązania. W terminie do dnia 31 maja każdego roku kierownik sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej zarządzanego przez siebie zakładu. Przygotowywany jest on na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy i jej prognozę na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na jego sytuację.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe pochodzące m.in. [Ustawa z 15 kwietnia 2011, art. 55]:

- z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
- z innej wydzielonej działalności, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności,
- z odsetek od lokat,
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej samodzielnie decyduje o podziale zysku, powinien także, w razie wystąpienia, pokryć stratę netto<sup>2</sup>. Jeżeli tego nie uczyni, wówczas podmiot go tworzący jest obowiązany w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji<sup>3</sup> albo w ciągu 12 miesięcy zlikwidować zakład. W przypadku likwidacji zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami organu tworzącego<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Dodatkowo jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy na okres nie dłuższy niż 3 lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

<sup>3</sup> Strata netto i koszty amortyzacji dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

<sup>4</sup> Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

Jednostka samorządu terytorialnego może nałożyć na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej obowiązek wykonania określonego zadania. Musi jednakże na tę realizację zapewnić niezbędne środki pieniężne, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne (jednakże w wysokości nie wyższej niż realizacja całości zadania), z przeznaczeniem na [Ustawa z 15 kwietnia 2011, art. 114]:

- realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań,
- remonty,
- zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),
- cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych,
- realizację programów wieloletnich,
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Mimo że jednostki samorządu terytorialnego mogą ponosić i ponoszą koszty związane z działalnością publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, to w większości przypadków nie wymagają od ich kierownictwa podjęcia działań naprawczych, restrukturyzacyjnych, a co ważniejsze, uzyskania zaplanowanych efektów z przekazywanych środków. Bardzo często nadzór ze strony organów założycielskich ogranicza się głównie do weryfikacji dokumentów w zakresie niezbędnym do corocznego zatwierdzania sprawozdań finansowych, pomijając zupełnie przeprowadzanie kontroli, w tym kontroli gospodarki finansowej, oraz kwestię dążenia do równowagi bilansowej samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej [www3].

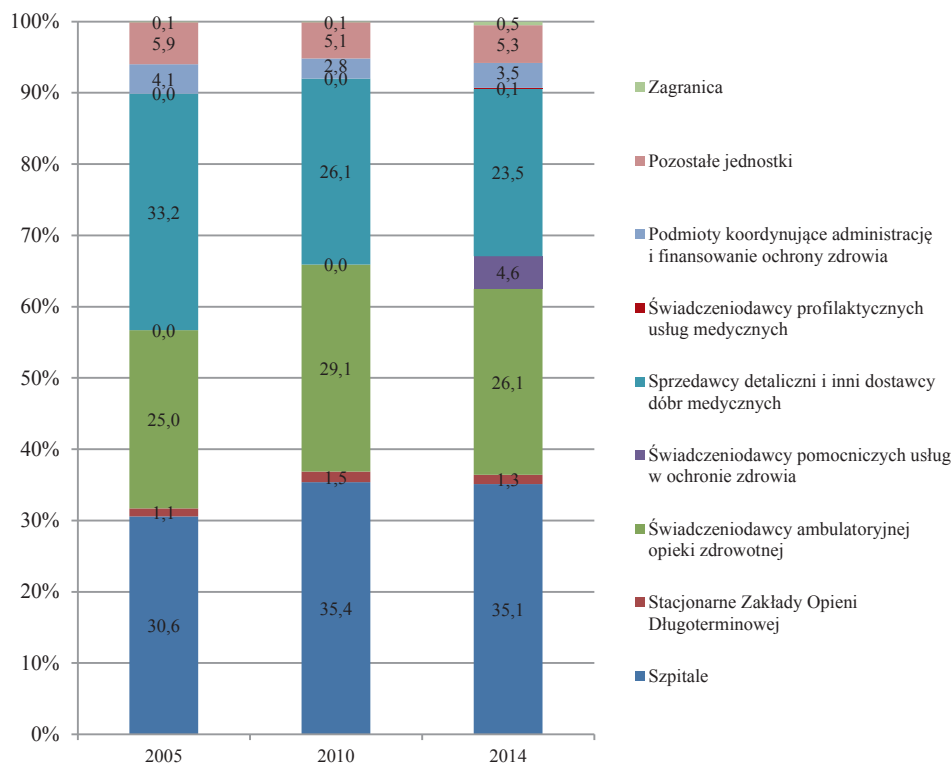
Dodatkowo Najwyższa Izba Kontroli wskazuje w swoich raportach [www3], że brak skutecznego nadzoru doprowadza także do licznych nieprawidłowości i nawet naruszenia przepisów o finansach publicznych i rachunkowości. W szczególności chodzi o sporządzanie planów finansowych szpitali, a zwłaszcza dokonywanie ich korekt. Ponadto wskazano na fakt prezentowania w sprawozdaniach finansowych danych o stanie zobowiązań niezgodnie z ewidencją księgową lub zaniżanie tych danych poprzez wykazywanie zadłużenia w wartościach nominalnych, tj. bez odsetek należnych wierzycielom.

Z raportu NIK wynika też, że pomoc przekazana szpitalom ze środków publicznych, na ograniczenie ich zadłużenia, nie wymuszała konsekwentnej realizacji planów restrukturyzacji. Z kolei pomoc finansowa i rzeczowa przekazywana szpitalom przez podmioty publiczne nie była uzależniona od wdrożenia działań naprawczych. W efekcie zewnętrzne wsparcie nie wpływało znacząco na poprawę wyników finansowych szpitali.

Powyższe działania, zarówno władz państwowych, samorządowych, jak i zakładów opieki zdrowotnej, należy ocenić bardzo negatywnie. Wydatkowane w taki sposób środki publiczne w żadnej mierze nie przyczyniły się do poprawy sytuacji finansowej obdarowanych podmiotów oraz wprowadzenia w nich działań restrukturyzacyjnych i obniżenia ich zadłużenia.

#### 4. Analiza wybranych danych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej

Wydatki bieżące są podstawową częścią wydatków bezpośrednio związanych z ochroną zdrowia. Finansowane są one z różnych źródeł, z których podstawowym są obowiązkowe składkowe ubezpieczenia zdrowotne. Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne finansują znaczną większość wszystkich wydatków bieżących, natomiast na drugim miejscu plasują się środki wydatkowane przez gospodarstwa domowe.

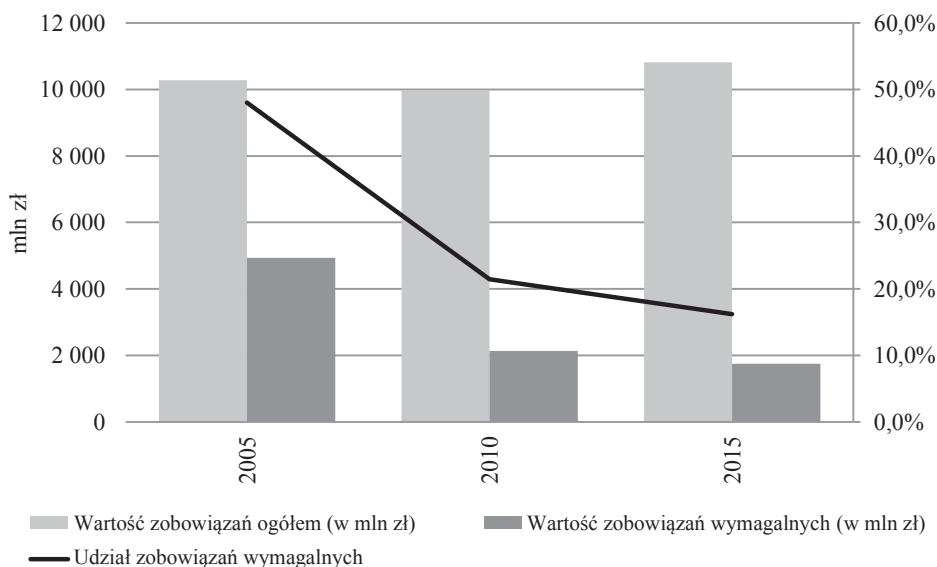


Rys. 1. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia według świadczeniodawców w latach 2005, 2010 i 2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Narodowy Rachunek Zdrowia 2005, Narodowy Rachunek Zdrowia 2010 oraz Narodowy Rachunek Zdrowia 2014.

Na rysunku 1 przedstawiona została struktura wydatków bieżących w ochronie zdrowia według finansowanych podmiotów. Najwięcej środków w każdym roku przypada na szpitale, ambulatoryjną opiekę zdrowotną oraz dla dostawców dóbr medycznych. Na przestrzeni ostatnich lat struktura tego finansowania nie uległa znacznym zmianom. Pojawiło się finansowanie pomocniczych usług w ochronie zdrowia, które w 2014 r. stanowiło 4,6% całkowitych wydatków bieżących. Na moment składania artykułu nie były dostępne dane za rok 2015.

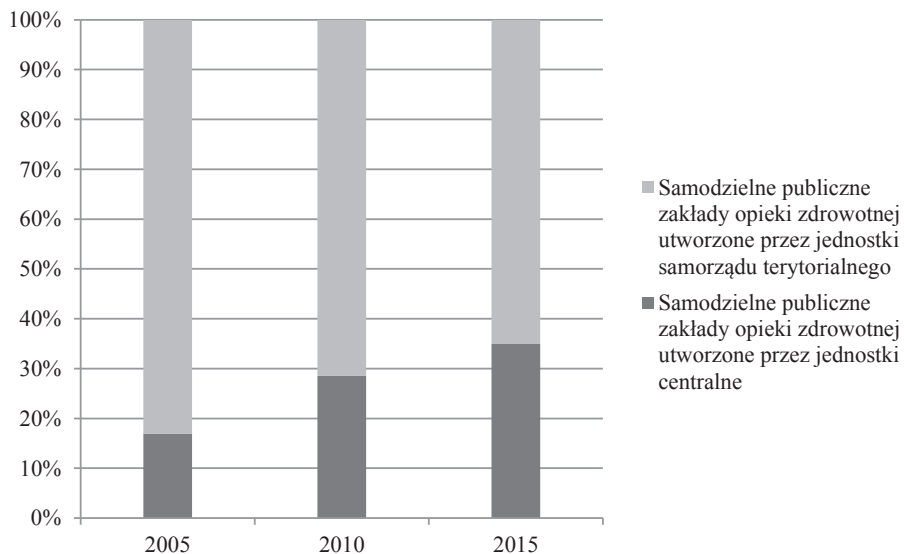
Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej od wielu lat pozostaje na wysokim poziomie. Pomimo przeznaczenia znacznych środków publicznych na odciążenie, łączne zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (wśród których największy udział mają szpitale) wynosi ponad 10 mld zł. Inna jest natomiast struktura zobowiązań: zauważalny jest spadek zobowiązań wymagalnych i wzrost zobowiązań długoterminowych. Sytuacja ta została przedstawiona na rys. 2. Udział zobowiązań wymagalnych spadł w analizowanym okresie z ponad 60% do niecałych 20%. Analiza zobowiązań samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazuje, że stan ich zobowiązań nie ulega istotnym zmianom (7,6–7,8 mld zł w latach 2010–2014). Ustalenia kontroli NIK wskazują, że zmniejszający się stan zobowiązań wymagalnych w większości przypadków wynika nie z poprawy sytuacji szpitali ulepszających sposób zarządzania, ale z restrukturyzacji zadłużenia, czyli finansowania długów nowymi zobowiązaniami długoterminowymi.



**Rys. 2.** Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2005, 2010 i 2015

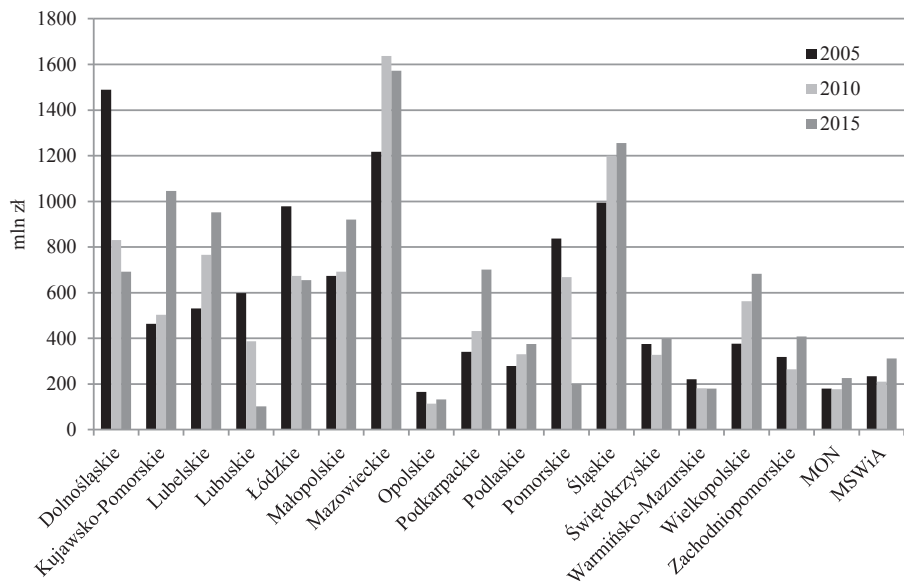
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.





**Rys. 3.** Struktura zobowiązań wymagalnych SP ZOZ w latach 2005, 2010 i 2015

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.



**Rys. 4.** Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach w okresie 2005–2015

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Na rysunku 3 widać, że wraz ze spadkiem łącznej wartości zobowiązań wymagalnych zmniejszył się udział takich zobowiązań przypadających na SP ZOZ utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego. Wynika to z faktu, że to głównie w tych podmiotach zobowiązania wymagalne malały (między 2005 a 2015 r. o 71,7%), natomiast w SP ZOZ utworzonych przez jednostki centralne spadek był zdecydowanie mniejszy (o 25,5% w analizowanym okresie). W efekcie czego udział zobowiązań wymagalnych SP ZOZ utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego spadł z ponad 80% w 2005 r. do ok. 65% w 2015 r.

Na rysunku 4 przedstawiono zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach w latach 2005, 2010 oraz 2015.

Na przestrzeni 10 lat były województwa, gdzie funkcjonują SP ZOZ, których łączne zadłużenie znacząco w tym okresie wzrosło: kujawsko-pomorskie (z 464 mln zł do 1,04 mld zł), lubelskie (z 531 mln zł do ok. 951 mln zł), podkarpackie (z 341 mln zł do 701 mln zł) czy wielkopolskie (z 376 mln zł do 683 mln zł). Są też województwa, w których łączne zadłużenie SP ZOZ w analizowanym okresie zmniejszyło się: dolnośląskie (z 1,5 mld zł do 692 mln zł), lubuskie (z 599 mln zł do 102 mln zł), łódzkie (z 979 mln zł do 655 mln zł) czy pomorskie (z 837 mln zł do 199 mln zł).

Zadłużenie szpitali utrzymuje się przede wszystkim dlatego, że część podmiotów leczniczych nie bilansuje ponoszonych kosztów uzyskanymi przychodami. W 2015 r. samorządy przeznaczyły ponad 177 mln zł na pokrycie ujemnego wyniku finansowego zarządzanych szpitali za 2014 r. Dotyczyło to 13,5% szpitali samorządowych.

## 5. Zakończenie

Cechą charakterystyczną większości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest ich zła kondycja finansowa wynikająca z nierównowagi pomiędzy wydatkami a ich przychodami. W rezultacie zadłużenie wciąż wzrasta i może doprowadzić do utraty płynności finansowej wielu z nich. W celu sfinansowania zobowiązań większość jednostek, poza kontraktem z NFZ, poszukuje dodatkowych źródeł finansowania. Najczęściej są to fundusze unijne, dodatkowe usługi komercyjne oraz pożyczki od jednostek samorządowych, banków czy instytucji finansowych. W części zakładów przeprowadzane są programy restrukturyzacyjne, przede wszystkim w zakresie redukcji kosztów operacyjnych, w tym optymalizacji zatrudnienia.

Może się okazać, że brak środków w Narodowym Funduszu Zdrowia uzupełnić będą musiały samorządy, bo do tego sprowadza się konieczność pokrycia ujemnego wyniku finansowego szpitali. To z kolei może spowodować zdecydowane zmniejszenie inwestycji i zakupów inwestycyjnych finansowanych ze środków jednostek samorządu terytorialnego. Zważywszy dodatkowo na dużo mniejsze środki unijne przeznaczone na modernizację szpitali, sytuacja może się okazać bardzo zła.

W finansowaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej występuje wiele słabych stron i wyzwań. Do najistotniejszych można zaliczyć:

- niedostosowanie sposobu funkcjonowania ochrony zdrowia oraz struktury kadrowej i materialnej systemu do zmieniających się warunków społeczno-demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych,
- nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych alokacja zasobów ochrony zdrowia,
- brak skutecznych mechanizmów zarządzania i nadzoru właścicielskiego,
- wysokie koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, generowane m.in. przez brak nadzoru nad ordynacją leków,
- systematyczne zadłużanie się części zakładów opieki zdrowotnej,
- pogorszenie stanu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli,
- niedostosowanie leczenia stacjonarnego do zjawisk związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

Dodatkowo także w międzynarodowych raportach<sup>5</sup> podkreślane jest, że w Polsce wydatki na ochronę zdrowia są dramatycznie niskie. Z opublikowanego raportu Komisji Europejskiej i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wynika, że Polska jest wśród krajów UE o najniższych wydatkach na ochronę zdrowia – oszacowano, że sięgają 1259 euro rocznie na jednego mieszkańca<sup>6</sup>. Mniej w UE przeznaczają na ten cel jedynie Chorwacja, Bułgaria, Łotwa i Rumunia. Jest to wielkie wyzwanie przed Polską, która musi wydawać więcej na zdrowie.

Niedobór finansowania był, jest i pozostanie problemem sektora ochrony zdrowia. Prowadzi to do tzw. przesuwania środków przeznaczonych na finansowanie jednych obszarów terapeutycznych na inne. Dzieje się tak poprzez modyfikację wyceny świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Niemniej jednak placówki medyczne i Narodowy Fundusz Zdrowia są na siebie skazane, a finansowanie zdrowia ze środków publicznych, z uwagi na wciąż niski zakres usług prywatnych, jest gwarantem stabilizacji. Placówki prywatne nie mogą pozwolić sobie na działanie poza systemem publicznym. Przed samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, niezależnie od ich formy prawnej, stoi poważne wyzwanie, jak efektywnie zarządzać finansami w sytuacji niedoboru środków i wciąż rosnącego zapotrzebowania na wysokospecjalistyczne usługi medyczne<sup>7</sup>.

Obecnie trwają prace nad zmianami ustawowymi w zakresie finansowania służby zdrowia [www4]. Ma zostać wprowadzony ryczałt dla poszczególnych szpitali, którego wysokość będzie uzależniona od liczby wykonywanych świadczeń (jeśli szpital wykona mniej świadczeń, jego ryczałt zostanie obniżony, natomiast jeśli wykona więcej świadczeń, otrzyma więcej pieniędzy). Dodatkowo placówki certyfiko-

---

<sup>5</sup> Raport OECD i KE: dramatycznie niskie wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, [http://pulsmedycyny.pl/4649494,68457,raport-oecd-i-ke-dramatycznie-niskie-wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-polsce-?utm\\_source=copyPaste&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=IE\\_](http://pulsmedycyny.pl/4649494,68457,raport-oecd-i-ke-dramatycznie-niskie-wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-polsce-?utm_source=copyPaste&utm_medium=referral&utm_campaign=IE_)

<sup>6</sup> W Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 2,3 lekarza. Jest to najmniej w UE.

<sup>7</sup> Por. <http://www.pwc.pl/>, 10 trendów w polskiej ochronie zdrowia na najbliższe lata.

wane dostaną więcej pieniędzy, w związku z czym zakłady opieki zdrowotnej będą motywowane do podnoszenia jakości świadczonych usług.

Zdaniem wielu ekspertów [www5] niezbędne jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Jednakże dostrzegają oni, że oprócz problemów i niedoborów finansowych jest inna, równie istotna kwestia – starzejące się kadry medyczne i emigracja młodych pracowników. Powszechnie spotykany jest pogląd, że proponowana reforma ochrony zdrowia nie odpowiada na potrzeby kraju, a jedynie ma na celu ukrycie prawdy, że przy obecnych nakładach finansowych na ochronę zdrowia nie da się dalej proponować pacjentom równego dostępu do świadczeń.

## Literatura

- Jaworzyńska M., 2010, *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*, CeDeWu, Warszawa.
- Łuniewska P., 2014, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Contemporary Economy, vol. 5, issue 1, s. 67–75, Electronic Scientific Journal, ISSN 2082-677X, [www.wspolczesnagospodarka.pl](http://www.wspolczesnagospodarka.pl).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- www1, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-drowotne/historia/>.
- www2, <http://www.caspin.eu/pl/finansowanie-w-ochronie-zdrowia>.
- www3, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-restrukturyzacji-szpitali-korzystajacych-ze-srodkow-publicznych.html>.
- www4, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Radziwill-ryczalt-szpitali-bedzie-uzalezniiony-od-liczby-wykonanych-swiadczen,171179,14.html>.
- www5, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania>.
- www6, <http://www.pwc.pl>.
- www7, [http://pulsmedycyny.pl/4649494,68457,raport-oecd-i-ke-dramatycznie-niskie-wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-polsce?utm\\_source=copyPaste&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=IE](http://pulsmedycyny.pl/4649494,68457,raport-oecd-i-ke-dramatycznie-niskie-wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-polsce?utm_source=copyPaste&utm_medium=referral&utm_campaign=IE).