

PRAWO I PSYCHOLOGIA W OCHRONIE ZDROWIA

redakcja naukowa
Maria Danuta Głowacka
Ewa Mojs



ABC

a Wolters Kluwer business

AUTORZY

Krzysztof Gieburowski

Maria Danuta Głowacka

Ewa Mojs

Henryk Mruk

Piotr Pagórski

Elżbieta Prussak

Jolanta Sielska

Joanna Zdanowska

PRAWO I PSYCHOLOGIA W OCHRONIE ZDROWIA

redakcja naukowa
Maria Danuta Głowacka
Ewa Mojs



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2012

Stan prawny na 1 marca 2012 r.

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Małgorzata Jarecka

Opracowanie redakcyjne
JustLuk

Łamanie
JustLuk Łukasz Drzewiecki, Justyna Szumięł, Stanisław Drzewiecki

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych
Maciej Sadowski

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2012

ISBN: 978-83-264-3824-0

Wydane przez:
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Redakcja Książek
01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	9
Wprowadzenie	11
Rozdział 1	
System ochrony zdrowia w Polsce: stan obecny, wyzwania	
<i>(Jolanta Sielska, Joanna Zdanowska)</i>	13
1. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne	13
1.1. Uczestnicy systemu	13
1.2. Płatnik	14
1.3. Finansowanie sektora medycznego	16
2. Kierunki zmian	19
2.1. Kształtowanie polityki zdrowotnej w latach 2008–2010	19
2.2. Najważniejsze wyzwania	21
Literatura	23
Inne źródła	23
Rozdział 2	
Podmiot leczniczy jako organizacja (Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska) ...	
1. Aktualne regulacje prawne w systemie ochrony zdrowia	25
1.1. Działalność lecznicza	25
1.1.1. Uwagi ogólne	25
1.1.2. Systematyka podmiotów prowadzących działalność leczniczą	27
1.2. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	29
1.3. Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	30
1.4. Regulacje dotyczące pracowników podmiotów leczniczych	32
1.5. Kontrola i nadzór	33
2. Grupy osób uprawnionych do świadczeń szczególnych	34
2.1. Przywileje ustawowe	34
2.2. Dokumenty potwierdzające przynależność do grup uprzywilejowanych	35
2.3. Trudności w egzekwowaniu przywilejów w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej	36

Literatura	38
Akty prawne	38

Rozdział 3

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego – zakres działalności podmiotu leczniczego w świetle wymagań płatnika publicznego (<i>Elżbieta Prussak</i>)	40
1. Wstęp	40
2. Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce	40
3. Zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce	43
3.1. Świadczeniodawcy – wymogi	43
3.2. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej	45
3.3. Rozliczanie procedur medycznych	46
4. Podsumowanie	49
Akty prawne	49

Rozdział 4

Odpowiedzialność prawna (<i>Krzysztof Gieburowski</i>)	50
1. Odpowiedzialność zawodowa	50
2. Aspekt odpowiedzialności cywilnej	51
3. Aspekt odpowiedzialności pracowniczej	58
4. Odpowiedzialność zawodowa <i>sensu stricto</i>	61
Literatura	65

Rozdział 5

System oceniania pracowników w podmiocie leczniczym (<i>Maria Danuta Głowacka, Piotr Pagórski</i>)	67
1. Wstęp	67
2. Wybrane elementy teorii ocen pracowniczych	67
3. Prezentacja wybranych elementów systemu oceniania pracowników wybranego podmiotu leczniczego	69
4. Etapy wprowadzania systemu oceniania pracowników	77
Literatura	78

Rozdział 6

Wartościowanie stanowisk pracy (<i>Maria Danuta Głowacka, Piotr Pagórski</i>)	79
1. Pojęcie i istota wartościowania pracy	79
2. Funkcje i cele wartościowania pracy	80
3. Metody wartościowania pracy	83

4. Metody wartościowania pracy UMEWAP	86
5. Przebieg procesu wartościowania pracy	90
6. Wartościowanie stanowisk pracy wybranego oddziału w szpitalu specjalistycznym	92
7. Możliwości wykorzystania wyników wartościowania stanowisk pracy	102
Literatura	104

Rozdział 7

Samoocena a nabywanie kompetencji menedżerskich

<i>(Ewa Mojs, Maria Danuta Głowacka)</i>	105
1. Wprowadzenie	105
2. Zasoby jako czynnik wpływający na podejmowanie decyzji o rozwoju	107
3. Styl życia, aktywność	109
4. Filozofia życiowa	110
5. Zagrożenia dla zmiany w człowieku	111
6. Problemy wynikające ze zmiany	111
7. Podsumowanie	112
Literatura	113

Rozdział 8

Zmiany otoczenia a komunikacja (Henryk Mruk)

1. Wprowadzenie	114
2. Analiza PEST	114
3. Czynniki polityczno-prawne	115
4. Uwarunkowania demograficzne	117
4.1. Uwagi ogólne	117
4.2. Różnice pokoleniowe	118
4.3. Komunikacja przełożonych i podwładnych	120
5. Czynniki ekonomiczne	121
6. Czynniki społeczne	123
7. Czynniki kulturowe	124
8. Czynniki technologiczne	125
9. Czynniki naturalne	126
10. Podsumowanie	126
Literatura	127
Akty prawne	127

Rozdział 9

Komunikacja marki na rynku zdrowia (<i>Henryk Mruk</i>)	128
1. Wprowadzenie	128
2. Korzyści z marki	128
3. Zasady budowania marki	129
4. Rola pracowników w budowaniu pozycji marki	130
5. Promocja marki	132
6. Opowiadanie historii	133
7. Instrumenty <i>public relations</i>	134
8. Media społecznościowe a marka	136
9. Metafory głębokie a marka	136
10. Uwagi końcowe	139
Literatura	139

Rozdział 10**Komunikacja lekarza z pacjentem – wybrane aspekty prawne**

(<i>Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska</i>)	141
1. Wstęp	141
2. Prawo do informacji	141
3. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych	145
4. Prawo do prywatności	149
4.1. Wprowadzenie	149
4.2. Prawo do poszanowania intymności	149
4.3. Tajemnica lekarska	150
4.4. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej i ochrony danych medycznych	151
Literatura	153
Akty prawne	154

Rozdział 11

Negocjacje w ochronie zdrowia (<i>Ewa Mojs, Maria Danuta Głowacka</i>)	155
1. Wprowadzenie	155
2. Konflikt	156
3. Negocjacje	157
3.1. Uwagi ogólne	157
3.2. Style negocjacyjne	161
3.3. Techniki negocjacyjne	162
3.4. Błędy negocjacyjne	163
4. Podsumowanie	164
Literatura	164

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

k.c.	– ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)
KEL	– Kodeks Etyki Lekarskiej
Konstytucja RP	– Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
k.p.	– ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.)
k.p.k.	– ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.)
r.r.z.d.m.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)
u.d.l.	– ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)
u.d.lab.	– ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.)
u.i.a.	– ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856 z późn. zm.)
u.i.l.	– ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.)
u.o.d.o.	– ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)
u.o.z.p.	– ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. Nr 36, poz. 332 z późn. zm.)
u.p.p.	– ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159)
u.s.p.p.	– ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarów i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038)

u.ś.o.z.	– ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
u.z.l.	– ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)
u.z.o.z.	– ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), uchylona dnia 1 lipca 2011 r.
u.z.p.p.	– ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)
zarządzenie nr 72/2011/DSOZ	– zarządzenie nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (NFZ 2011 r. Nr 42, poz. 72).

Inne

AOS	– ambulatoryjna opieka specjalistyczna
ETPC	– Europejski Trybunał Praw Człowieka
JGP	– jednorodne grupy pacjentów
NFZ, Fundusz	– Narodowy Fundusz Zdrowia
OSN	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNC	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
PKB	– produkt krajowy brutto
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
Prok. i Pr.-wkł.	– Prokuratura i Prawo – wkładka
SA	– sąd apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SOR	– szpitalny oddział ratunkowy
UMEWAP	– uniwersalna metoda wartościowania pracy
ZOZ	– zakład opieki zdrowotnej

WPROWADZENIE

W wyniku zachodzących zmian społeczno-gospodarczych podmioty lecznicze działające na rynku usług medycznych zmuszone są do szukania odpowiednich form oraz narzędzi komunikacji, i to zarówno wewnątrz placówki, jak i z jej otoczeniem. W ujęciu prawnym właściwa komunikacja jest gwarantem realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Tylko pacjent, który uzyskał informację o swoim stanie zdrowia, jest w stanie świadomie i dobrowolnie podjąć decyzję dotyczącą leczenia. Natomiast w ujęciu psychologicznym umiejętność komunikowania się stanowi podstawę kontaktów międzyludzkich. Pozwala na współdziałanie oraz wymianę wiedzy i doświadczeń. Bezsporne jest, iż właściwa komunikacja jest również istotnym elementem w zarządzaniu placówkami ochrony zdrowia.

Prawidłowa komunikacja w placówkach ochrony zdrowia może napotkać wiele problemów. Pokonanie ich jest konieczne do utrzymania się na rynku oraz zapewnienia pacjentom jak najlepszej opieki i satysfakcji z leczenia.

Niniejsza publikacja została poświęcona aspektom prawnym i psychologicznym związanym z komunikacją oraz jej znaczeniu dla zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Autorzy kolejnych rozdziałów skupili swoją uwagę na obecnym stanie systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz wyzwaniach przed nim stawianych. Wskazali aktualne regulacje prawne będące podstawą funkcjonowania podmiotów leczniczych na rynku usług medycznych oraz zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto omówione zostały zasady ponoszenia odpowiedzialności prawnej przez pracowników służby zdrowia.

W dalszej części autorzy zwrócili uwagę na ważną rolę samooceny w kontekście nabywania kompetencji menedżerskich. Podkreślono również wagę sprawnego funkcjonowania systemu oceniania pracowników w podmiocie leczniczym jako wieńczącego procedurę doskonalenia systemu zarządzania kadrami w każdej organizacji, a także wartościowania stanowisk pracy. Ponadto poruszono kwestę komunikacji w kontekście zachodzących zmian społeczno-gospodarczych.

Na koniec wskazano na znaczącą rolę właściwej komunikacji lekarza z pacjentem w świetle obowiązujących przepisów prawa.

Zamiarem autorów było zwrócenie uwagi na problemy związane z komunikacją w placówkach ochrony zdrowia w ujęciu prawnym i psychologicznym.

Książka ma być pomocna w budowaniu sprawnego systemu zarządzania tymi placówkami, gwarantującego im silną i stabilną pozycję na rynku.

Publikacja jest przeznaczona dla wszystkich osób zainteresowanych problematyką komunikacji w systemie ochrony zdrowia w ujęciu prawnym i psychologicznym oraz zarządzania podmiotami leczniczymi – zarówno praktyków, teoretyków, jak i studentów zdrowia publicznego, zarządzania i innych kierunków.

Oddaję w ręce Czytelników książkę z życzeniami owocnej lektury.

Maria Danuta Głowacka

Rozdział 1

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE: STAN OBECNY, WYZWANIA

1. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne

1.1. Uczestnicy systemu

Do roku 1999 działalność publicznych zakładów opieki zdrowotnej finansowana była z budżetu państwa za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia oraz wojewodów.

Od 1 stycznia 1999 r., czyli z datą wprowadzenia reformy ochrony zdrowia, w Polsce zaczął obowiązywać system ubezpieczeniowo-budżetowy. Ze względu na zadania i role w systemie jego uczestnicy przyporządkowani zostali do czterech podstawowych kategorii:

- 1) organizatorzy systemu,
- 2) świadczeniodawcy,
- 3) płatnicy,
- 4) świadczeniobiorcy (pacjenci).

Organizatorzy systemu ochrony zdrowia to instytucje tworzące podstawy organizacyjno-prawne i kontrolne. Obok rządu i parlamentu wymieniane są tu jednostki samorządu terytorialnego.

Świadczeniodawcy definiowani są jako podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Są to zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne, które związane są kontraktami z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) (wcześniej z kasami chorych)¹.

Analizując formę organizacyjno-prawną podmiotów specjalizujących się w udzielaniu świadczeń medycznych, warto skupić się na danych dotyczących podmiotów świadczących usługi zdrowotne w rodzajach kluczowych dla budżetu NFZ. Są to świadczenia w rodzaju: lecznictwo szpitalne, podsta-

¹ Art. 5 ust. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

wowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Nadmienić tu należy, że lecznictwo szpitalne od lat zajmuje drugą, po wydatkach na refundację leków, najpod względem znaczenia pozycję w planach finansowych NFZ, zarówno w odniesieniu do całego kraju, jak i do poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Świadczenia zdrowotne w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wykonywane są w większości przypadków przez podmioty niepubliczne, działające w formie indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich oraz indywidualnych bądź grupowych praktyk pielęgniarek i położnych. Inną formą prawną funkcjonującą w POZ jest zakład opieki zdrowotnej. W tym miejscu warto zauważyć, że jednym z kluczowych założeń reformy ochrony zdrowia w Polsce było zrównanie dostępu do umów z płatnikiem podmiotów publicznych i niepublicznych. Narodowy Fundusz Zdrowia podczas kontraktowania zobowiązany jest do równego traktowania wszystkich podmiotów biorących udział w konkursie ofert, bez względu na ich formę prawną i strukturę własnościową².

Także świadczenia w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizowane są w większości przez świadczeniodawców niepublicznych. Inna sytuacja ma miejsce w przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej. Świadczenia w tym rodzaju realizowane są przede wszystkim przez podmioty publiczne, przy czym liczba szpitali niepublicznych z roku na rok rośnie. Z informacji rządu na temat sytuacji w ochronie zdrowia przygotowanej w roku 2008 wynika, że z 742 zarejestrowanych szpitali tylko 153 stanowiły podmioty niepubliczne³. Tymczasem dane z roku 2011 mówią już o 629 szpitalach niepublicznych znajdujących się w rejestrach ZOZ w całym kraju⁴.

1.2. Płatnik

Ramy prawne działalności Narodowego Funduszu Zdrowia określają:

- 1) ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161 z późn. zm.).

² Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³ Informacja rządu na temat obecnej sytuacji w ochronie zdrowia z dnia 22 stycznia 2008 r., www.mz.gov.pl [dostęp 12.12.2011].

⁴ A. Mądrala, *Spór wokół kontraktowania*, Raport Rynek Usług Medycznych 2011, wydanie specjalne magazynu Med-info 2011, nr 7, www.medicalnet.pl [dostęp 20.12.2011]

Wewnętrzną organizację Funduszu określają regulaminy organizacyjne centrali oraz oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Ubezpieczenie zdrowotne ma charakter obligatoryjny. Wysokość składki określona została w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wynosi 9% podstawy wymiaru naliczenia składki⁵. Środki ze składek na ubezpieczenie zdrowotne stanowią dominującą pozycję w strukturze przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia i kształtują się na poziomie powyżej 95% wszystkich przychodów Funduszu. Drugim znaczącym źródłem wpływów do NFZ jest dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, która w strukturze przychodów na rok 2010 stanowiła 3%⁶.

Pozostałe pozycje w przychodach NFZ stanowią:

- 1) przychody ze składek z lat ubiegłych,
- 2) przychody wynikające z przepisów o koordynacji,
- 3) przychody z tytułu realizacji zadań zleconych,
- 4) dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b u.ś.o.z., uwzględniające koszty administracyjne,
- 5) pozostałe przychody (np. darowizny, otrzymane odszkodowania i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych).

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia opieki zdrowotnej w kilkunastu zakresach. Są to: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, lecznictwo szpitalne, chemioterapia, programy terapeutyczne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza, świadczenia odrębnie kontraktowane, pomoc doraźna i transport sanitarny, ratownictwo medyczne, opieka stomatologiczna, programy profilaktyczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznictwo uzdrowiskowe.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że z dniem 1 lipca 2011 r. zaczął obowiązywać nowy system finansowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – grupy świadczeń specjalistycznych. Wcześniej usługi w tym rodzaju rozliczane były na podstawie porady o określonej, stałej wartości punktowej. Obowiązywały trzy typy porad: zachowawcze, w tym recepturowa (której przypisane były 2 pkt), specjalistyczna (4 pkt), kompleksowa

⁵ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁶ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r., www.nfz.gov.pl [dostęp 14.12.2011].

(9 pkt); porady zabiegowe (rozliczane według odrębnego katalogu, w którym znajdowało się 87 pozycji); pozostałe.

System grup świadczeń specjalistycznych wyróżnił cztery rodzaje porad: specjalistyczne, specjalistyczne kompleksowe (w sytuacji gdy pacjent zgłasza się do specjalisty po raz pierwszy), pohospitalizacyjne oraz świadczenia w domu pacjenta. Katalog procedur zabiegowych został zwiększony do 490 pozycji, natomiast świadczenia specjalistyczne oraz specjalistyczne kompleksowe zostały usystematyzowane zgodnie z liczbą i kosztocłonnością wykonanych lub zleconych procedur na cztery odrębne grupy⁷.

Zmiany umożliwiły przesunięcie do gabinetów specjalistycznych niektóre z zabiegów wykonywanych wcześniej jedynie w trybie stacjonarnym. Cele wprowadzenia systemu grup świadczeń specjalistycznych to: alokacja środków z lecznictwa szpitalnego do AOS oraz poprawa dostępności zabiegów wykonywanych stacjonarnie.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych przez płatnika publicznego może odbywać się jedynie na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stronami umów są: świadczeniodawca i dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Od lat NFZ największą liczbę umów zawiera w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (w roku 2010 – 16 759 umów). Najwięcej podmiotów, które w roku 2010 udzielały świadczeń na podstawie kontraktów z NFZ, funkcjonuje w województwie śląskim (4281). Pod względem liczby świadczeniodawców wyróżniają się też rejony, które obejmują swoim zasięgiem: Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ (3662 podmioty) i Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ (2918 podmiotów)⁸.

1.3. Finansowanie sektora medycznego

Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne kształtowane są przez kilka czynników: procentową wysokość składki, poziom aktywności zawodowej obywateli oraz poziom wynagrodzeń.

Postulaty środowiska menedżerów ochrony zdrowia, aby zwiększyć finansowanie lecznictwa, w szczególności lecznictwa zamkniętego, dały sygnały do rozpatrzenia przez rząd możliwości podniesienia poziomu obowią-

⁷ J. Paszkiewicz, *Grupy Świadczeń Specjalistycznych (GSS). Nowy system rozliczania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, Służba Zdrowia 2011, nr 51–59.

⁸ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r...

zującej składki zdrowotnej. Odpowiedzią na te głosy było wskazanie, że pomimo znaczącego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne z 29 mld zł w 2003 r. do 47 mld w roku 2008 (po kolejnych zmianach w planie finansowym NFZ, wynikających z większych, niż pierwotnie zakładano, wpływów ze składki zdrowotnej, było to 49 mld zł), nie nastąpił oczekiwany wzrost dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowych ze środków publicznych. Rząd nie podjął decyzji o podniesieniu obowiązującej składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zapowiedział natomiast wprowadzenie mechanizmów poprawiających racjonalizację wydatków w sektorze ochrony zdrowia⁹. W kolejnych latach dynamika wzrostu budżetu NFZ spadła. W roku 2009 do Funduszu spłynęło ze składek 55 mld zł, a w roku 2010 – 56,6 mld zł.

Jako wyraz niedostatecznego wykorzystania instrumentów, których celem jest wzrost efektywności wydatków w sektorze ochrony zdrowia, Ministerstwo Zdrowia podało też w roku 2008 dane obrazujące znaczący wzrost nakładów na ochronę zdrowia z dochodów indywidualnych ludności. Podobne analizy zawiera raport *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, gdzie pada stwierdzenie, iż wydatki ludności na ochronę zdrowia w roku 2006 stanowiły 33,9% wydatków bieżących na ochronę zdrowia¹⁰. W roku 2011 wartość rynku medycznego w Polsce oceniana była na 102 mld zł, z czego wydatki prywatne (wraz z abonamentami oraz kosztami leków) stanowiły 31,4% (najwięcej po wydatkach NFZ, które stanowią 57,5% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia). Wydatki z budżetu państwa i funduszy unijnych stanowiły 9,9%, a wydatki z budżetów jednostek samorządu terytorialnego – 2,5%¹¹.

W odniesieniu do struktury wydatków na ochronę zdrowia z budżetu państwa autorzy raportu ocenili negatywnie sukcesywne (w latach 2004–2007) zmniejszanie środków na zdrowie publiczne oraz programy polityki zdrowotnej. Wśród zmian pozytywnych wymienili natomiast rozpoczęcie finansowania z budżetu państwa ratownictwa medycznego¹².

Wydatki samorządów na sektor ochrony zdrowia związane są bezpośrednio z zadaniami, jakie jednostki samorządu terytorialnego otrzymały na skutek reformy ochrony zdrowia i reformy samorządowej, stając się

⁹ Informacja rządu na temat obecnej sytuacji...

¹⁰ Raport *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Warszawa, listopad 2008, s. 38–53, www.mz.gov.pl [dostęp 15.11.2011].

¹¹ Ł. Zalicki, *Droga ochrona zdrowia* (w:) Raport. Rynek Usług Medycznych 2011, wydanie specjalne magazynu Med-info 2011, nr 7, www.medicalnet.pl [dostęp 20.12.2011].

¹² Raport *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...*, s. 38–53.