

**Dr Małgorzata Paszkowska**

Katedra Prawa

Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

## **Finansowanie świadczeniodawców ryнку usług medycznych w Polsce**

### **Wprowadzenie**

Przyjęty w danym państwie sposób finansowania systemu zdrowotnego związany jest bezpośrednio ze stosowanym w nim modelem systemu zdrowotnego. Podstawowe źródła finansowania usług zdrowotnych w każdym państwie są bowiem pochodną przyjętego w nim modelu opieki zdrowotnej. W Polsce od roku 1999 (tj. od wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) przyjęto model ochrony zdrowia typu bismarckiego. Model ten oparty jest na ubezpieczeniach, których celem jest ochrona ludzi (pracowników) przed nieprzewidywalnym zdarzeniem (chorobą) i wynikającą z niego utratą bezpieczeństwa materialnego rodziny<sup>1</sup>. W rezultacie głównym źródłem finansowania opieki medycznej jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne<sup>2</sup>.

W praktyce finansowanie ochrony zdrowia w Polsce zależy w dużym stopniu od tego, do jakiej sfery należy świadczeniodawca: publicznej czy też niepublicznej. Przedmiotem niniejszego artykułu jest przedstawienie źródeł i zasad finansowania poszczególnych świadczeniodawców polskiego rynku usług medycznych. Do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w Polsce, zgodnie z obowiązującym prawem, należą zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), indywidualne oraz grupowe praktyki medyczne. Artykuł obejmuje swym zasięgiem analizę finansowania wszystkich powyższych świadczeniodawców, ze szczególnym uwzględnieniem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako kluczowego i podlegającego największym ograniczeniom prawnym dostawcy usług medycznych.

### **Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych**

Rynek usług medycznych, rozpatrywany w aspekcie świadczeniodawców, nie jest rynkiem ogólnie dostępnym dla każdego podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą. Prawo polskie zawęża kategorię uczestników powyższego rynku do ściśle określonych przez siebie podmiotów. Ograniczenie takie jest niewątpliwie zasadne z uwagi na przedmiot usług, którymi są świadczenia zdrowotne. Definicję świadczeń zdrowotnych odpowiednią dla całej dziedziny prawa ochrony zdrowia czy też prawa medycznego odnajdziemy w ustawie z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 3. wyżej wymienionej ustawy świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia i inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, rehabilitacją leczniczą, badaniem diagnostycznym, pielęgnacją

---

<sup>1</sup> Por. M. Kautsch, J. Klich, M. Whitfeld, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 33.

<sup>2</sup> Szerzej podstawowe źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce w: M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse” 2006, nr 3.

chorych, opieką paliatywno-hospicyjną). Zgodnie z obowiązującym prawem świadczeń zdrowotnych w Polsce mogą udzielać następujące jednostki organizacyjne:

- zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne),
- indywidualne praktyki (lekarskie, pielęgniarские, położnych), ogólne i specjalistyczne,
- grupowe praktyki (lekarskie, pielęgniarские, położnych), ogólne i specjalistyczne.

Zakładem opieki zdrowotnej jest wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia<sup>3</sup>. Zakładem opieki zdrowotnej jest:

- 1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inny niewymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu,
- 2) przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium,
- 3) pogotowie ratunkowe,
- 4) medyczne laboratorium diagnostyczne,
- 5) pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- 6) zakład rehabilitacji leczniczej,
- 7) żłobek,
- 8) stacja sanitarno-epidemiologiczna,
- 9) ambulatorium jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, PSP, BOR, ABW,
- 10) wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej,
- 11) jednostka organizacyjna publicznej służby krwi,
- 12) inny zakład, spełniający warunki określone w ustawie<sup>4</sup>.

Zakłady opieki zdrowotnej dzielą się na:

- publiczne,
- niepubliczne.

Podział powyższy związany jest z tym, kto jest podmiotem tworzącym ZOZ<sup>5</sup>. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być utworzony tylko przez:

- ministra lub centralny organ administracji rządowej,
- wojewodę,
- jednostkę samorządu terytorialnego,
- publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Natomiast niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ) mogą być utworzone przez:

- kościół lub związek wyznaniowy,
- pracodawcę,
- fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
- inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną,
- spółkę niemającą osobowości prawnej.

Zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności, ludności określonego obszaru lub określonej grupie. ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych: bezpłatnie, za częściową odpłatność, odpłatnie. Żadne okoliczności (np. brak ubezpieczenia pacjenta) nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdro-

<sup>3</sup> Art. 1. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>4</sup> Art. 2. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>5</sup> Por. art. 8. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

wotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia<sup>6</sup>. Chodzi o taką sytuację, kiedy ze względu na bezpośrednie oraz nagłe zagrożenie zdrowia i życia, wymagające natychmiastowej reakcji, omija się ustaloną kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych. Czy ustawodawca nałożył na ZOZ obowiązek bezpłatnego udzielania powyższych świadczeń, czy też mogą być one traktowane jako tzw. świadczenia ponadlimitowe (możliwość zwrotu przez NFZ)<sup>7</sup>? Jest to kwestia wymagająca głębszej analizy i odrębnego opracowania. Niewątpliwie dla pacjenta świadczenia w sytuacji określonej w art. 7. ustawy o zoz będą bezpłatne.

Szczegółową organizację i ustrój ZOZ określa statut, który nadaje organ założycielski. W statucie zakładu opieki zdrowotnej określa się w szczególności:

- 1) nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi udzielanych świadczeń,
- 2) cele i zadania zakładu,
- 3) siedzibę i obszar działania,
- 4) rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 5) organy zakładu i strukturę organizacyjną,
- 6) formę gospodarki finansowej.

Należy zwrócić uwagę na to, że w statucie każdego ZOZ należy obligatoryjnie określić formę jego gospodarki finansowej. W praktyce w statucie w odniesieniu do powyższej jego części określa się podstawę prawną gospodarki finansowej oraz źródła, z jakich dany ZOZ może uzyskiwać środki finansowe (np. działalność gospodarczą).

Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym. Szczegółowe wymogi w powyższym zakresie uregulowane są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia oraz urządzenia zakładu opieki zdrowotnej<sup>8</sup>. W zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające określone przepisami wymagania zdrowotne. Zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do odpowiedniego rejestru (województwa, ministra zdrowia, KRS). Rejestr jest jawny i dostępny do wglądu dla osób trzecich.

Nowelizacja z 14 maja 2004 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wprowadziła istotne ograniczenia dla działalności szczególnie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dotyczące przede wszystkim prowadzenia działalności gospodarczej na terenie ZOZ. ZOZ ani inne podmioty na terenie zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności uciążliwej dla pacjenta lub przebiegu jego leczenia albo innej działalności, która nie służy zaspokajaniu potrzeb pacjenta i realizacji jego praw, w szczególności reklamy lub akwizycji skierowanych do pacjenta oraz działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych<sup>9</sup>. Ponadto na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być prowadzona działalność konkurencyjna (tj. polegająca na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, których udziela zakład) przez NZOZ, indywidualne i grupowe praktyki (lekarskie, pielęgniarskie i położnych). Zakaz działalności konkurencyjnej nie dotyczy dwóch rodzajów świadczeń: z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii. Wprowadzenie powyższych ograniczeń należy uznać za zasadne szczególnie z uwagi na dobro pacjentów, jednakże będzie to miało negatywny wpływ na pozyskiwanie przez szczególnie SPZOZ-y dochodów z działalności gospodarczej (np. wynajmu gabinetów indywidualnym praktykom lekarskim). Jeśli chodzi o ograniczenia działalności konkurencyjnej względem konkretnego

<sup>6</sup> Por. art. 7. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>7</sup> Szerzej ponadlimitowe świadczenia zdrowotne w: Z. Kubot, *Spory o ponadlimitowe świadczenia zdrowotne*, Klemar, Wrocław 2004.

<sup>8</sup> DzU nr 116, poz. 985.

<sup>9</sup> Art. 1., ust. 4. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

ZOZ, to regulacja prawna nie powinna budzić wątpliwości czy też przysparzać problemów w praktyce, natomiast ograniczenia działalności gospodarczej na terenie ZOZ poza wprost wymienionymi reklamą i usługami pogrzebowym mają charakter ocenny i mogą wzbudzać wątpliwości w praktyce. Przykładowo, sprzedaż artykułów kosmetycznych może być traktowana jako działalność uciążliwa dla pacjentów (tych, którzy nie chcą lub nie mogą dokonać zakupu) z jednej strony, a z drugiej – dopuszczalna, bo niektórzy pacjenci potrzebują zakupić środki kosmetyczne.

Poza ZOZ świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarские i położnicze. Praktyki te dzielą się na ogólne (np. prywatny gabinet lekarza lub pielęgniarки, nieposiadających specjalizacji) i specjalistyczne (np. gabinet laryngologiczny, kardiologiczny). Indywidualne i grupowe praktyki są formą działalności gospodarczej tzw. regulowanej w rozumieniu ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Prowadzący je profesjonaliści medyczni mają obecnie (od 2004 r.) w polskim prawie status przedsiębiorcy<sup>10</sup>. Zgodnie z art. 50 ustawy o zawodzie lekarza lekarz może wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk albo rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonych przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.

Lekarz wykonujący indywidualną praktykę jest obowiązany spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu,
- 2) nie może być zawieszony w prawie wykonywania zawodu albo ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych,
- 3) posiadać pomieszczenie wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny, w którym będzie wykonywana praktyka, a także posiadać opinię organu sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych.

Natomiast lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązany posiadać dodatkowo specjalizację w dziedzinie medycyny, odpowiadającą wykonywanej praktyce.

Zgodnie z art. 50a. ustawy o zawodzie lekarza lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę lekarską w formie spółki cywilnej lub partnerskiej po uzyskaniu wpisów do odpowiednich rejestrów (prowadzonego przez okręgową radę lekarską i ewidencji działalności gospodarczej lub KRS). W ramach grupowej praktyki lekarskiej mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez lekarzy będących współnikami spółki. Z tego przepisu wynika, że lekarze mogą wykonywać wolny zawód w ramach spółki partnerskiej tylko wspólnie z innymi lekarzami. Tym samym, nie ma możliwości, aby lekarze zakładali spółki partnerskie razem z pielęgniarkami. Okręgowa rada lekarska po sprawdzeniu spełnienia warunków wykonywania działalności w zakresie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej dokonuje wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub grupowych praktyk lekarskich oraz wydaje lekarzowi lub grupowej praktyce lekarskiej zaświadczenie o wpisie do rejestru. Zgodnie z art. 25. ustawy o zawodach pielęgniarки i położnej pielęgniarка położna może wykonywać indywidualną praktykę pielęgniarки, położnej lub indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarки, położnej po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk albo rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Pielęgniarka, położna wykonująca indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki posiadać:

<sup>10</sup> Por. ustawa z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (DzU nr 173, poz. 1807).

- 1) prawo wykonywania zawodu,
- 2) pomieszczenie wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny, w którym będzie wykonywana praktyka, a także posiadać opinię organu sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarka, położna wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana spełniać dodatkowy warunek w postaci posiadania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Zgodnie z art. 25a. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarki położne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę w formie spółki cywilnej lub partnerskiej. W ramach grupowej praktyki pielęgniarek, położnych mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki, położne będące współnikami danej spółki.

### **Finansowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej**

Zakłady opieki zdrowotnej mogą być tworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę i jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatu i gminy. Są to publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Tworzenie, przekształcanie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego. Rozporządzenie lub uchwała o utworzeniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej określa nazwę zakładu, siedzibę, formę gospodarki finansowej, podstawowe kierunki działalności, obszar działania oraz organ sprawujący nadzór nad zakładem.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być prowadzony w formie:

- zakładu budżetowego,
- jednostki budżetowej,
- samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością<sup>11</sup>. Generalnie PZOZ udziela świadczeń uprawnionym pacjentom (tj. przede wszystkim ubezpieczonym) nieodpłatnie, jednakże kwestia szczegółowych zasad odpłatności za świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych związana jest z rodzajem świadczenia zdrowotnego. W stosunku do pacjentów ubezpieczonych zasady odpłatności za świadczenia zdrowotne udzielane przez ZOZ należy rozważać w bezpośrednim związku z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z przepisami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie. Powyższe akty normatywne określają zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu bezpłatnie, za częściowo odpłatnością lub odpłatnie<sup>12</sup>. Specyficzną kategorię stanowią świadczenia stomatologiczne, w zakresie których występują wszystkie trzy sposoby finansowania świadczeń udzielanych w ZOZ. Świadczenia lekarza dentysty i materiały stomatologiczne to dziedziny świadczeń zdrowotnych, gdzie występuje mieszane źródło finansowania: z jednej strony – ubezpieczenie zdrowotne, a z drugiej – bezpośrednie opłaty wnoszone przez pacjenta. Zakres świadczeń stomatologicznych gwarantowanych (opłacanych ze środków publicznych) określa rozpo-

<sup>11</sup> Art. 33. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>12</sup> Szerzej zakres i finansowanie świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w: M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, op.cit.



ządzenie Ministra Zdrowia z 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń<sup>13</sup>.

Ponadto, od generalnej zasady bezpłatnych świadczeń udzielanych przez PZOZ ubezpieczonym pacjentom istnieją dwa podstawowe wyjątki przewidziane w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Pierwszy z nich dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nietrzeźwym, a drugi – pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym. Za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości publiczny zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby. W celu stwierdzenia stanu nietrzeźwości lekarz kieruje pacjenta na badanie w celu ustalenia zawartości alkoholu we krwi. Odmowa poddania się takiemu badaniu jest brana pod uwagę przy ustalaniu opłaty za udzielenie świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.

Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym<sup>14</sup>. Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie osoby skierowanej do zakładu albo w nim przebywającej jest ustalana na okres roku. Powyższą opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w zakładzie albo osób obowiązanych do ponoszenia opłat za pobyt w zakładzie. Ponadto miesięczną opłatę za pobyt w zakładzie obniża się odpowiednio o liczbę dni nieobecności w danym miesiącu w zakładzie. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określił w drodze rozporządzenia, sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowe zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach<sup>15</sup>.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, jeżeli prowadzenie tego zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby niecelowe lub przedwczesne<sup>16</sup>. Decyzję w tej sprawie podejmuje organ, który utworzył zakład, po dokonaniu analizy zakresu i charakteru działalności zakładu opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych określonego obszaru lub określonej grupy ludności oraz oceny możliwości pozyskiwania przez zakład opieki zdrowotnej dodatkowych środków finansowych przy nieograniczeniu praw ludności do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Jednostkami budżetowymi są takie jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych, które pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek podmiotu tworzącego<sup>17</sup>. Jednostka budżetowa działa na podstawie statutu i prowadzi gospodarkę finansową według zasad określonych w ustawie o finansach publicznych<sup>18</sup>. Jednostki budżetowe prowadzą gospodarkę finansową na podstawie planu dochodów i wydatków (planu finansowego). Źródła dochodów jednostek budżetowych określa art. 22. ustawy o finansach publicznych, na podstawie którego jednostki budżetowe uzyskują dochody m.in. ze:

<sup>13</sup> DzU nr 261, poz. 2601.

<sup>14</sup> Art. 34a. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>15</sup> Por. rozporządzenie MZiOS z 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (DzU nr 166, poz. 1265).

<sup>16</sup> Art. 35c. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>17</sup> Art. 20., ust. 1. ustawy z 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych.

<sup>18</sup> DzU nr 249, poz. 2104.

- spadków, zapisów i darowizn w postaci pieniężnej na rzecz jednostki budżetowej,
- działalności wykraczającej poza zakres działalności podstawowej, określonej w statucie,
- za czynności polegające na zapewnieniu bezpieczeństwa imprez masowych,

Narodowego Funduszu Zdrowia za udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i podstawowych świadczeń lekarza dentysty w jednostkach utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych(kontrakt).

Zakładami budżetowymi są takie jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych, które:

- 1) odpłatnie wykonują wyodrębnione zadania,
- 2) pokrywają koszty swojej działalności z przychodów własnych<sup>19</sup>.

Podstawą gospodarki finansowej zakładu budżetowego jest roczny plan finansowy. Zakład budżetowy może otrzymywać z budżetu dotację przedmiotową, także otrzymywać dotację podmiotową lub celową na dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji. Dotacje jednakże nie mogą przekroczyć 50% kosztów działalności zakładu<sup>20</sup>.

Powyższe definicje dwóch form organizacyjnych PZOZ określają również sposób jego finansowania. Żadna z nich nie została wyposażona w odróżnienie od SPZOZ w osobowość prawną. Osobowość prawną, uzyskiwaną z chwilą wpisu do rejestru (KRS), umożliwia SPZOZ posiadanie własnego budżetu i nakłada na niego obowiązek samodzielnego bilansowania środków finansowych. Negatywny aspekt powyższej samodzielności SPZOZ związany jest z ograniczeniem możliwości jego swobodnego zasilania przez organ tworzący.

PZOZ prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych. PZOZ gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia państwowego lub komunalnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania na zasadach określonych w ustawie z 2005 r. o finansach publicznych z zastrzeżeniem obowiązku pozostawiania w swojej dyspozycji:

- 1) 70% środków budżetowych niewykorzystanych w danym roku, jeżeli jest prowadzony w formie jednostki budżetowej,
- 2) 70% wpłaty przeznaczonej dla budżetu, jeżeli jest prowadzony w formie zakładu budżetowego<sup>21</sup>.

W przypadku likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej jego majątek po zaspokojeniu wierzytelności staje się własnością Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego albo własnością publicznej uczelni medycznej, a o jego przeznaczeniu decyduje podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej.

W ramach publicznych zakładów opieki zdrowotnej wyodrębnioną prawnie kategorię stanowią samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Obecnie przeważającą liczebnie część publicznych ZOZ stanowią SPZOZ-y. Istotą SPZOZ jest to, że pokrywa on samodzielnie z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty swej działalności i zobowiązań. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej decyduje sam o podziale zysku. SPZOZ pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy<sup>22</sup>. Ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione jest celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie może być pokryty samodzielnie przez ZOZ, organ, który utworzył samodzielny pu-

<sup>19</sup> Art. 24. ustawy z 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych.

<sup>20</sup> Ograniczenie nie dotyczy dotacji inwestycyjnych i zadań współfinansowanych z funduszy strukturalnych UE.

<sup>21</sup> Por. art. 50. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>22</sup> Por. art. 59.-60. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

bliczny zakład opieki zdrowotnej, wydaje rozporządzenie lub podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu albo o jego likwidacji. Organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych i może określić formę dalszego finansowania zakładu. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego albo odpowiednio publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

SPZOZ prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie o rachunkowości<sup>23</sup>. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym). Zbycie aktywów trwałych SPZOZ, oddanie go w dzierżawę, najem oraz użyczenie może nastąpić tylko na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład (np. wymóg zgody organu założycielskiego). Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy, ustalany przez kierownika zakładu. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Z chwilą wpisania do rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną, co oznacza, że może podejmować działania we własnym zakresie i na własny rachunek<sup>24</sup>.

Zgodnie z art. 54. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

- 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
- 2) na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym,
- 3) na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej,
- 4) z wydzielonej działalności gospodarczej, innej niż wymieniona w pkt 1. i 2., jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności,
- 5) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego<sup>25</sup>,
- 6) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami.

Zadania, o których mowa w pkt 1. i 2., mogą być finansowane ze środków publicznych, pozostających w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów. Zasady realizacji i finansowania programów zdrowotnych, o których mowa powyżej, określają przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych.

Podstawowym źródłem uzyskiwania środków finansowych przez SPZOZ jest umowa (tzw. kontrakt) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarty z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, czyli NFZ. Zasady zawierania powyższej umowy określa przede wszyst-

<sup>23</sup> Por. ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości (DzU z 2002 r., nr 76, poz. 694).

<sup>24</sup> S. Paździoch, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004, s. 310.

<sup>25</sup> Z zastrzeżeniem, że PZOZ może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury i sprzętu medycznego wyłącznie o przeznaczeniu i standardzie określonym przez podmiot, który zakład utworzył, oraz na zasadach określonych przez ten podmiot (art. 42. ustawy o zoz).



kim ustawa z 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>26</sup>. Przyjmuje się, że ok. 88-95% ogółu swoich środków finansowych SPZOZ pozyskuje z kontraktu z NFZ.

Dział VI ustawy z 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych został poświęcony umowom o udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiącym podstawę finansowania usług medycznych przez NFZ. Ponadto przebieg postępowania konkursowego został szczegółowo uregulowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań<sup>27</sup>.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą (ZOZ) a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu<sup>28</sup>. Przedmiotem powyższej umowy mogą być w szczególności następujące rodzaje świadczeń:

- podstawowa opieka zdrowotna,
- leczenie szpitalne,
- ambulatoryjne leczenie specjalistyczne,
- programy zdrowotne,
- rehabilitacja lecznicza,
- opieka długoterminowa,
- leczenie stomatologiczne,
- leczenie uzdrowiskowe,
- pomoc doraźna ,
- zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny<sup>29</sup>.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne. Fundusz realizuje zasadę jawności umów poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń. Zgodnie z art. 136. omawianej ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) wymagania dla podwykonawców inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach,
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami,
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy,
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych,
- 7) postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia chyba, że strony postanowią inaczej.

Na podstawie art. 137. ustawy ubezpieczeniowej Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z 6 października 2005 r. w sprawie warunków ogólnych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>30</sup>. Rozporządzenie powyższe w załączniku ustala ogólne warunki umów

<sup>26</sup> Por. art. 132.-161. ustawy z 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>27</sup> DzU nr 273, poz. 2719.

<sup>28</sup> Por. art. 132. ustawy z 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>29</sup> Por. § 3. załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>30</sup> DzU nr 197, poz. 1643.

o udzielanie świadczeń zdrowotnych, czyli kontraktów, jakie zawierają świadczeniodawcy z Funduszem. Rozporządzenie określa w szczególności:

- przedmiot umowy,
- odpowiedzialność świadczeniodawcy,
- warunki udzielania świadczeń,
- sposób finansowania świadczeń.

Powyższe ogólne warunki umów stanowią dla świadczeniodawcy podstawowy zbiór zasad dotyczących wykonywania i finansowania świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktu.

Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów m.in. ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej<sup>31</sup>. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Standardowo zawierana jest ona na czas od roku do lat trzech (zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Prezesa Funduszu). Ze środków publicznych otrzymanych z kontraktu świadczeniodawca finansuje koszty wykonania procedury medycznej.

Refundacja kosztów leczenia z ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje tylko leczenie prowadzone przez zakłady opieki zdrowotnej, z którymi Fundusz zawarł odpowiednie umowy. Przy pomocy tych podmiotów państwo realizuje konstytucyjny obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia swym obywatelom. Fundusz zaspokaja potrzeby ubezpieczonych, zapewniając pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia poprzez zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami<sup>32</sup>. NFZ stosuje wobec świadczeniodawców następujące formy płatności za świadczenia zdrowotne:

- cena jednostkowa (kwota określająca wartość jednostki rozliczeniowej) jednostki rozliczeniowej (jednostką rozliczeniową jest np. punkt, porada, osobodzień),
- roczna stawka kapitacyjna (np. podstawowa opieka zdrowotna),
- ryczałt<sup>33</sup>.

Większość ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowana jest w oparciu o przypisaną im przez instytucję ubezpieczenia wartość punktową (np. konsultacja ginekologa może być za 1 lub 4 punkty zależnie od typu porady). Natomiast z zawartego z konkretnym świadczeniodawcą kontraktu wynika kwestia wyceny punktów poszczególnych świadczeń (np. 6 zł = 1 punkt w ginekologii). Lekarz rodzinny (podstawowej opieki zdrowotnej) nie otrzymuje płatności za swoje poszczególne usługi medyczne, tylko globalną kwotę (ok. 60-80 zł) na jednego zapisanego do niego pacjenta na rok (stawka kapitacyjna)<sup>34</sup>.

Ponadto SPZOZ może zawierać umowy z pracodawcami o wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy. Kodeks pracy nałożył na pracodawcę i pracownika obowiązek wykonywania lekarskich badań profilaktycznych<sup>35</sup>. Pracodawca ma umożliwić swoim pracownikom wykonanie tego obowiązku i pokryć koszty tego badania, a pracownik jest zobowiązany poddać się badaniu i zastosować do wskazań lekarskich. Art. 12., ust. 1. ustawy o służbie medycyny pracy stanowi, że badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne są wykonywane na podstawie umowy zawartej

<sup>31</sup> Por. art. 159. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>32</sup> T. Zimna, *Zawieranie umów na świadczenia medyczne*, ABC, Warszawa 2004, s. 25.

<sup>33</sup> Por. § 15. załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>34</sup> M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, op.cit.

<sup>35</sup> Por. art. 229. kodeksu pracy.

przez podmiot zobowiązany do ich zapewnienia z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Pracodawca musi zawrzeć umowę o sprawowanie opieki lekarskiej nad pracownikami z podstawową jednostką służby medycyny pracy (czyli z zakładem opieki zdrowotnej lub uprawnionym lekarzem wykonującym indywidualną bądź grupową praktykę lekarską). Pracodawca zawiera umowę cywilnoprawną z podstawową jednostką służby medycyny pracy o sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami<sup>36</sup>. Medycyna pracy jest bardzo dochodową dziedziną usług dla jednostek ochrony zdrowia z uwagi na jej ustawowe źródła finansowania. Płatność za badania jest obligatoryjna, bezpośrednia i o realnej wartości (na podstawie wyceny wykonującego). Dominującym źródłem finansowania medycyny pracy jest pracodawca. Możliwe jest też zawieranie umów dotyczących tzw. abonamentów pracowniczych. Pracodawca z własnych środków może wykupić w ZOZ abonament medyczny dla swoich pracowników. Abonament może obejmować zależnie od wariantu różny zakres usług – świadczeń zdrowotnych<sup>37</sup>.

SPZOZ w ramach umowy z NFZ może otrzymać pieniądze na realizację programów zdrowotnych. Chodzi tu przede wszystkim o programy profilaktyczne związane np. z wczesnym wykrywaniem raka piersi czy szyjki macicy<sup>38</sup>. Definicję programu zdrowotnego odnajdujemy w art. 5., pkt 30. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych. Adresatami programów zdrowotnych są wyodrębnione (szczególnie pod względem wieku) grupy pacjentów, dla których badania są bezpłatne, a ZOZ otrzymuje na nie środki od NFZ. Przykładowo na terenie woj. podkarpackiego w roku 2006 realizowano następujące programy profilaktyczne:

- [Program profilaktyki chorób układu krążenia,](#)
- [Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,](#)
- [Program profilaktyki raka szyjki macicy,](#)
- [Program profilaktyki raka piersi,](#)
- [Program wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie,](#)
- [Program profilaktyki gruźlicy](#) (powiaty o najwyższej zachorowalności od 1 czerwca 2006 r.),
- [Program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży](#) (od sierpnia 2006 r.),
- [Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry](#) (od sierpnia 2006 r.)<sup>39</sup>.

W Polsce od kilku lat próbuje się stworzyć system ratownictwa medycznego według nowych zasad. Dla ZOZ mających uczestniczyć w tym systemie jest to możliwość dodatkowego pozyskania publicznych środków finansowych.

Novum w ustawie związanym z integracją Polski z Unią Europejską jest uregulowanie możliwości pozyskiwania przez SPZOZ środków finansowych z budżetu Unii Europejskiej. Przepis ten sankcjonuje występujące od kilku lat w praktyce czerpanie środków z Funduszy

<sup>36</sup> Por. art. 12., ust. 2. ustawy o służbie medycyny pracy.

<sup>37</sup> Szerzej abonamenty medyczne dla pracowników w: M. Paszkowska, *Rola pracodawcy w finansowaniu rynku usług medycznych*, „e-Finanse” 2006, nr 4.

<sup>38</sup> Powołane programy profilaktyczne dotyczą kobiet w grupie najwyższego ryzyka. W przypadku raka szyjki macicy są to panie w wieku 25-59 lat, w przypadku raka piersi - 50-69 lat. Badania wykonywane w ramach programów są całkowicie bezpłatne. Aby skorzystać z bezpłatnych badań, nie jest potrzebne skierowanie. Kobieta, która spełnia kryteria programu, może zgłosić się osobiście lub umówić telefonicznie z wybraną placówką, by ustalić termin wizyty. [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

<sup>39</sup> [www.nfz-rzeszow.pl](http://www.nfz-rzeszow.pl).

UE, szczególnie wykorzystywanych na modernizację budynków i zakup specjalistycznego sprzętu. Pozyskiwanie środków unijnych przez SPZOZy staje się coraz bardziej popularne, a związane to jest z upowszechnieniem wiedzy w przedmiotowym zakresie wśród menedżerów ochrony zdrowia.

Działalność gospodarcza, niezwiązana z odpłatnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy, może stanowić źródło pozyskiwania środków finansowych przez SPZOZ pod warunkiem jednak, że prowadzenie powyższej działalności będzie przewidziane (zapisane) w jego statucie. Podstawowe przychody w tej sferze dotyczą najmu i dzierżawy pomieszczeń oraz sprzętu medycznego<sup>40</sup>. Zmiany ustawy o zakładach opieki zdrowotnej znacznie ograniczyły prowadzenie działalności konkurencyjnej, a w praktyce możliwość prowadzenia działalności gospodarczej na terenie PZOZ w szczególności z uwagi na dobro pacjenta. Nowelizacja z 14 maja 2004 r. ma na celu m.in. ukrócenie nagannych etycznie (choć dochodowych dla ZOZ) praktyk wynajmowania gabinetów lekarskich pracownikom w celu wykonywania przez nich indywidualnych praktyk medycznych (tzw. prywatnych gabinetów), jak również akwizycji usług pogrzebowych. W rezultacie zmiany przepisów bardzo zawężono zakres możliwej do prowadzenia działalności gospodarczej. Pomieszczenia PZOZ mogą być wynajmowane właściwie tylko na działalność w interesie pacjenta (np. barek, kiosk) oraz na gabinety POZ (lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarki, położnej) lub stomatologiczne (również ortodontyczne). Przy działalności gospodarczej ZOZ musi kierować się poszanowaniem godności i spokoju swoich pacjentów.

Kolejna kategoria możliwych do pozyskania środków finansowych związana jest z specyficznymi czynnościami prawnymi z zakresu prawa cywilnego, tj. darowizną, spadkiem i zapisem<sup>41</sup>. Definicja darowizny uregulowana jest w art. 888. k.c. Przez umowę darowizny darczyńca zobowiązuje się do bezpłatnego świadczenia na rzecz obdarowanego kosztem swego majątku. Oświadczenie darczyńcy powinno być złożone w formie aktu notarialnego, jednakże umowa darowizny zawarta bez zachowania tej formy staje się ważna, jeżeli przyrzeczone świadczenie zostało spełnione (np. w momencie wpływu środków od darczyńcy na konto SPZOZ). Pojęcie spadku i zasady jego nabywania reguluje księga IV kodeksu cywilnego. Spadek to ogół praw i obowiązków należących do spadkodawcy w chwili jego śmierci i przechodzących na jego następców prawnych. Spadkobierca (spadkobiercy) w zasadzie wchodzi w sytuację prawną, w jakiej pozostawał spadkodawca. Dziedziczeniu podlegają prawa i obowiązki wynikające ze stosunków cywilnoprawnych, a więc mające charakter cywilnoprawny. Nie wchodzi w skład spadku prawa i obowiązki wynikające z innych stosunków prawnych. Do spadku nie należą prawa i obowiązki wynikające ze stosunków karnoprawnych, administracyjnoprawnych, finansowoprawnych<sup>42</sup>. Powołanie do dziedziczenia następuje z ustawy lub na podstawie testamentu. W przypadku SPZOZ możliwe jest tylko dziedziczenie testamentowe, gdyż nie należy on do kręgu spadkobierców ustawowych<sup>43</sup>. Żeby SPZOZ został spadkobiercą osoby fizycznej, musi zostać przeprowadzone postępowanie sądowe o stwierdzenie nabycia spadku. Testament będący podstawą nabycia spadku musi być sporządzony według zasad określonych przez prawo, aby był skuteczny (ważny)<sup>44</sup>. Spadkobiercą może być osoba fizyczna lub prawna (SPZOZ) pod warunkiem, że żyje lub istnieje w chwili śmierci spadkodawcy. Instytucja zapisu związana jest też z dziedziczeniem. Jego definicję określa art. 968. kodeksu cywilnego. Spadkodawca może przez rozrządzenie testa-

<sup>40</sup> Por. art. 659.-692. (najem) i 693.-670. (dzierżawa) kodeksu cywilnego.

<sup>41</sup> Por. art. 888.-902. (darowizna), 922.-1057. (spadek), 968.-981. (zapis) kodeksu cywilnego.

<sup>42</sup> Por. E. Skowrońska-Bocian, *Komentarz do art. 922 kc*, „Lex Polonica Maxima” 2006, nr 10 (wydawnictwo elektro-niczne).

<sup>43</sup> Por. art. 931.-935. kodeksu cywilnego.

<sup>44</sup> Por. 941.-958. kodeksu cywilnego.

mentowe zobowiązać spadkobiercę ustawowego lub testamentowego do spełnienia określonego świadczenia majątkowego na rzecz oznaczonej osoby (zapis). Spadkodawca może obciążyć zapisem także zapisobiercę (dalszy zapis). W braku odmiennej woli spadkodawcy zapisobierca może żądać wykonania zapisu niezwłocznie po ogłoszeniu testamentu.

W praktyce wymienione wyżej źródła nie mają istotnego znaczenia, gdyż występują bardzo rzadko. Czasem zdarzają się darowizny, np. na zakup konkretnego sprzętu. Należy pamiętać, że darowizny na cele ochrony zdrowia związane są z odliczeniami podatkowymi. Darowizny mogłyby być wykorzystywane w większym stopniu do „zasilenia” budżetu PZOZ, jednak wymaga to efektywnego działania kierownika jednostki.

Zgodnie z art. 55. ustawy o zoz samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

- 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
- 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
- 3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- 4) cele szczególne, określone w odrębnych przepisach (np. na restrukturyzację).

W praktyce SPZOZ niezbyt często korzysta z dotacji budżetowych z uwagi na ograniczoną ilość środków budżetowych (najczęściej na zakup drogiej aparatury typu np. tomograf czy rezonans magnetyczny). Ponadto przepis art. 55. ma charakter fakultatywny („może otrzymywać”), a nie obligatoryjny. Omawiany przepis przewiduje możliwość uzyskiwania dotacji budżetowych przez SPZOZ na konkretne, określone w nim cele, poszerzając tym samym zakres źródeł finansowania SPZOZ, jednakże nie wprowadza obowiązku przekazywania środków budżetowych. Dotacje powyższe przyznaje organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej określają:

- 1) fundusz założycielski,
- 2) fundusz zakładu.

Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego, lub mienia publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego<sup>45</sup>. Fundusz założycielski samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zwiększają przekazane z budżetu państwa dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakup sprzętu medycznego i aparatury, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe.

Analizując finansowanie SPZOZ, na koniec należy wspomnieć także o finansowym udziale podmiotu tworzącego (organu założycielskiego), niezwiązanym z dotacjami przewidzianymi w art. 55. ustawy o zoz. Organ założycielski odgrywa istotną rolę na etapie początkowym – tworzenia zakładu opieki zdrowotnej, ponieważ może wyposażyć go w składniki majątkowe<sup>46</sup>. Poza tym organ założycielski ma ograniczone możliwości uczestniczenia w finansowaniu ZOZ. Nie ma przykładowo bezpośredniej możliwości udzielenia pomocy finansowej utworzonemu przez siebie SPZOZ, mającemu problemy finansowe (może ewentualnie udzielić poręczenia lub pożyczki). Korzystniej przedstawia się sytuacja PZOZ (szczególnie prowadzonych w formie zakładów budżetowych) – mają one przewagę na SPZOZ w zakresie możliwości finansowania przez organ założycielski (np. ustawa o finan-

<sup>45</sup> Art. 56. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>46</sup> Por. A. Sieńko, *Prawo ochrony zdrowia*, ABC, Warszawa 2006, s. 75.



sach publicznych reguluje instytucje dotacji budżetowych, z których wynika możliwość dotowania według przedmiotu lub celu zakładów budżetowych).

### **Finansowanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej**

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być tworzone przez kościoły, związki wyznaniowe, fundacje, związki zawodowe, samorząd zawodowy, stowarzyszenia, inne krajowe lub zagraniczne osoby prawne albo osoby fizyczne oraz spółki niemające osobowości prawnej (spółki cywilne i spółki osobowe prawa handlowego). NZOZ to, podobnie jak PZOZ, wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. NZOZ nie jest wyposażony w osobowość prawną i stanowi jedynie formę organizacyjną prowadzenia działalności. Prawną formą prowadzenia działalności na rynku usług medycznych jest w opisywanym przypadku sam podmiot tworzący<sup>47</sup>. W stosunku do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej nie istnieją żadne szczególne ograniczenia prawne, dotyczące zasad czy też źródeł finansowania przez właściciela (organ założycielski) lub inne podmioty. Właściciel swobodnie decyduje o czasie, wysokości i przeznaczeniu środków finansowych, przekazywanych utworzonej przez siebie jednostce. Nie jest on ograniczony przepisem art. 55. ustawy o zoz, a jedynie ogólnymi regułami prawa (np. podatkowego). NZOZ może korzystać z różnorodnych funduszy unijnych i to nie tylko jak PZOZ przeznaczonych dla podmiotów zawodowo zajmujących się ochroną zdrowia, ale także przeznaczonych dla przedsiębiorców (w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej). Generalizując można stwierdzić, że NZOZ może pozyskiwać środki finansowe:

- od podmiotu tworzącego,
- bezpośrednio od pacjenta za wykonywanie świadczeń zdrowotnych,
- za udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy (z NFZ, pracodawcą, pacjentem),
- z funduszy unijnych,
- od innych podmiotów (np. najemcy lokalu).

Podmiot tworzący, o czym była już mowa, może bez ograniczeń dotować finansowo NZOZ zarówno na początku jego działalności, jak i w jej trakcie (np. kupować specjalistyczny sprzęt, premiować pracowników). Podstawowy dochód NZOZ z reguły (gdy nie mają kontraktu z NFZ) jest związany z bezpośrednim ponoszeniem opłat za świadczenia zdrowotne przez pacjentów (według ustalonych cenników). NZOZ może zawrzeć z przyczyn ekonomicznych umowę z NFZ (wtedy może ona stanowić zasadnicze źródło dochodów). W zakresie powyższej umowy oraz umów zawieranych z pracodawcą (medycyna pracy, abonamenty pracownicze) pozostaje całkowicie aktualne znajdujące się wcześniej w niniejszym artykule omówienie dotyczące SPZOZ. NZOZ może zawierać indywidualne umowy z pacjentami o abonament medyczny (jeżeli ma go w swej ofercie).

### **Finansowanie prywatnych praktyk medycznych**

Lekarz ma prawo wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską (jeśli posiada specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej wykonywanej praktyce) po uzyskaniu zezwolenia i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej. Lekarze w celu udzielania świadczeń

---

<sup>47</sup> *Ibidem*, s. 51.

zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę prywatną w formie spółki cywilnej lub spółki partnerskiej. Także pielęgniarki i położne mogą zakładać indywidualne praktyki po uzyskaniu zezwolenia okręgowej rady pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce jej wykonywania. Grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych może być wykonywana w formie spółki prawa cywilnego albo spółki partnerskiej. Tworzenie i funkcjonowanie spółki cywilnej uregulowane jest w art. 860.-875. kodeksu cywilnego. Jest to zasadniczo najprostsza do założenia spółka osobowa. Natomiast tworzenie i funkcjonowanie spółek partnerskich uregulowane jest w art. 86.-101. kodeksu spółek handlowych. Ponieważ spółka partnerska jest spółką hybrydową, to stosuje się do niej również odpowiednio przepisy k.s.h. o spółce jawnej. Jest to bardziej elitarna spółka – mogą ją tworzyć tylko osoby fizyczne, uprawnione do wykonywania wolnych zawodów określonych w kodeksie (m.in. lekarze, pielęgniarki) i podlega wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego. Poza tym korzystniej kształtują się zasady odpowiedzialności za zobowiązania spółki niż w spółce cywilnej<sup>48</sup>.

Indywidualne i grupowe praktyki medyczne mogą być w sposób dowolny, jednak nie-sprzeczny z ogólnymi regułami prawa, finansowane przez swych właścicieli, a także pozyskiwać środki finansowe bezpośrednio od pacjentów za świadczenia zdrowotne. Świadczeniodawca w rozumieniu ustawy ubezpieczeniowej to nie tylko zakład opieki zdrowotnej, wykonujący zadania określone w jego statucie, ale także grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych oraz osoba wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki<sup>49</sup>. W związku z powyższym indywidualne i grupowe praktyki mogą zawierać z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na identycznych zasadach jak zakłady opieki zdrowotnej. Praktyki, jeżeli mają do tego uprawnienia, mogą zawierać umowy o udzielanie świadczeń (w rozumieniu art. 12. ustawy o służbie medycyny pracy) w zakresie medycyny pracy. Reasumując, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie i położnych mogą pozyskiwać środki finansowe (podobnie zresztą jak NZOZ):

- od właściciela,
- od pacjentów,
- z umów o wykonywanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych.
- z funduszy unijnych.

Pozyskiwanie tych ostatnich środków ułatwia przyznanie prywatnym praktykom medycznym statusu przedsiębiorcy. Pamiętać należy o tym, że pojęcie właściciela omawianych podmiotów pokrywa się z samym podmiotem (właścicielem indywidualnej praktyki jest lekarz, który ją zarejestrował i wykonuje).

## Podsumowanie

Rynek usług medycznych w Polsce jest ograniczony pod względem podmiotowym. Zgodnie z obowiązującym prawem świadczeń zdrowotnych w Polsce mogą udzielać zasadniczo następujące podmioty:

- zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne),
- indywidualne praktyki (lekarskie, pielęgniarskie, położnych),
- grupowe praktyki (lekarskie, pielęgniarskie, położnych).

Są to świadczeniodawcy rynku usług medycznych. Prawo różnicuje źródła ich finansowania. Najbardziej ograniczone prawnie możliwości pozyskiwania środków finansowych

<sup>48</sup> Por. art. 95. kodeksu spółek handlowych.

<sup>49</sup> Por. art. 5., pkt 41. ustawy z 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

mają publiczne zakłady opieki, natomiast niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i prywatne praktyki medyczne mają dużą swobodę w pozyskiwaniu środków finansowych. Generalizując, dochody świadczeniodawców rynku usług medycznych mogą pochodzić:

- od podmiotu tworzącego (właściciela),
- z opłat bezpośrednio płaconych przez pacjentów,
- z umów o udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych.

Konkretne źródła finansowania świadczeniodawców zależą przede wszystkim od ich formy organizacyjno-prawnej.

Jeśli chodzi o publicznych świadczeniodawców należy zauważyć raczej niekorzystną polaryzację ich źródeł finansowania. Znacznie korzystniej przedstawia się finansowanie ochrony zdrowia w sferze niepublicznej, ponieważ prawo dopuszcza tutaj dywersyfikację przychodów. Zróżnicowanie przez prawo pozycji świadczeniodawców publicznych i niepublicznych na korzyść tych ostatnich prowokuje pytanie o naruszenie zasad Konstytucji, a w szczególności art. 32., w którym określono zasadę równości wszystkich wobec prawa.

Podstawowym źródłem dochodów dla PZOZ (ale często też NZOZ) pozostaje kontrakt z NFZ, a dla indywidualnych i grupowych praktyk – opłaty wnoszone bezpośrednio za świadczenia przez pacjentów. Ważną szansą do wykorzystania przez wszystkich świadczeniodawców rynku usług medycznych jest pozyskiwanie funduszy z Unii Europejskiej.

## **Literatura**

Kautsch M., Klich J., Whitfeld M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001.

Paszkowska M., *Rola pracodawcy w finansowaniu rynku usług medycznych*, „e-Finanse” 2006, nr 4.

Paszkowska M., *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse” 2006, nr 3.

Poździuch S., *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004.

Sieńko A., *Prawo ochrony zdrowia*, ABC, Warszawa 2006.

Zimna T., *Zawieranie umów na świadczenia medyczne*, ABC Warszawa 2004.

[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

[www.nfz-rzeszow.pl](http://www.nfz-rzeszow.pl).