Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu
2015, t. 59, nr 2

Halina Buk

Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu, Wydział Zamiejscowy w Chorzowie
Katedra Finansów i Rachunkowości
e-mail: halina.buk@neostrada.pl
tel. 601 428 001

Modele i metody finansowania działalności leczniczej

Streszczenie. *W ostatnich latach szczególnie dużo kontrowersji na gruncie nauki i praktyki wzwołuje problem finansowania działalności leczniczej. W różnych krajach na świecie funkcjonują odmienne modele i metody finansowania usług zdrowotnych w zależności od systemów politycznych czy rozwoju ekonomicznego poszczególnych państw. W Polsce nie wypracowano do tej pory takiego modelu, który stanowiłby konsensus różnych grup interesu, a zwłaszcza świadczeniobiorców i świadczeniodawców. W artykule dokonano przeglądu modeli i metod finansowania tego zakresu świadczeń, wskazano na zalety i wady, a także ograniczenia makroekonomiczne. Odniesiono te kwestie do dokonywanej komercjalizacji jednostek prowadzących działalność leczniczą, mając na uwadze bardzo zróżnicowany charakter usług zdrowotnych.*

Słowa kluczowe: *działalność lecznicza, jednostki ochrony zdrowia, modele finansowania, komercjalizacja szpitali*

Wstęp

Działalność lecznicza wyróżnia się spośród wszystkich innych rodzajów działalności człowieka nie tylko z uwagi na specyfikę charakteru usług zdrowotnych, ale przede wszystkim ze względu na rozmaitość możliwych modeli jej finansowania z uwzględnieniem interesu ogólnospołecznego, ale także interesu

ekonomicznego usługodawców. Działalność leczniczą prowadzą instytucje non profit, ale z uwagi na ograniczone możliwości ich finansowania, w coraz szerszym zakresie tego rodzaju działalność prowadzi się na zasadach komercyjnych.

Celem naukowym artykułu jest wskazanie zalet i wad różnych modeli finansowania działalności leczniczej z perspektywy finansowania świadczeń zdrowotnych i komercjalizacji jednostek ochrony zdrowia w Polsce. Jak w żadnej innej działalności gospodarczej, a więc wymagającej kierowania się zasadami racjonalnego gospodarowania, w działalności leczniczej te elementarne zasady ekonomii kłócą się z podmiotowym prawem do ochrony zdrowia i finansowymi ograniczeniami instytucji chcących tego rodzaju usługi świadczyć, nawet w przypadku posiadania przez te instytucje odpowiedniej bazy kadrowej i infrastruktury technicznej. Naturalne jest, że przy nieograniczoności zapotrzebowania na ochronę zdrowia, należy racjonalnie wydatkować ograniczone środki finansowe, a więc wypracowywać optymalny model finansowania działalności leczniczej, czyli doprowadzać do wykreowania rynkowego modelu świadczenia usług zdrowotnych.

Założony cel teoriopoznawczy osiągnięto, stosując metodę badawczą polegającą na krytycznej analizie literatury przedmiotu. Dokonano także weryfikacji praktycznej poprzez syntetyczną analizę porównawczą źródeł finansowania działalności leczniczej w Polsce w okresie reformowania służby zdrowia i komercjalizacji jednostek ochrony zdrowia w świetle obowiązujących w tym przedmiocie przepisów prawa.

1. Przegląd modeli finansowania ochrony zdrowia

Z wykreowaniem modeli finansowania ochrony zdrowia w praktyce mamy do czynienia dopiero w drugiej połowie XIX w., odkąd niektóre państwa zaczęły formalnie przejmować pewne obowiązki w tym zakresie. Niewątpliwie w krajach europejskich wzorcem stał się **model Bismarcka** o charakterze ubezpieczeniowego finansowania opieki zdrowotnej, będący w ogóle pierwszym na świecie uregulowanym w 1883 r. ustawą o ubezpieczeniach chorobowych, a rok później ustawą o ubezpieczeniach osób starszych i inwalidów. Ustawy te zabezpieczały dwa rodzaje świadczeń:

1) świadczenia lecznicze pokrywające koszty leczenia oraz
2) zasiłki pieniężne pokrywające utracone zarobki w czasie leczenia.

System ten generalnie funkcjonuje do dzisiaj, ma przymusowy charakter i opiera się na następujących zasadach[1]:

[1] J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne: ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2004, s. 22.

– składka ubezpieczeniowa finansowana przez pracodawcę i pracownika; są także dodatkowe dotacje państwa,

– systemem ochrony zdrowia zarządzają kasy chorych, czyli wspólnoty ubezpieczonych, działające na zasadach konkurencyjnych; występowały kasy branżowe, zawodowe lub terytorialne,

– ma miejsce kontraktowanie świadczeń zdrowotnych z kasami chorych bądź z innymi usługodawcami takich świadczeń, a pacjenci mogą dokonywać wyboru z grona tych usługodawców, którzy podpisali stosowne umowy.

System przewiduje pełny lub częściowy zwrot kosztów leczenia. Istotną jego cechą jest zasada standaryzowania świadczeń rzeczowych, a kontrakty są podstawą finansowania systemu. Usługi medyczne mogą być świadczone zarówno przez publiczne, jak i prywatne jednostki medyczne. Rolą władzy publicznej jest tylko sprawowanie nadzoru nad organizacją ochrony ubezpieczeniowej[2].

Tabela 1. Zalety i wady podstawowych modeli finansowania ochrony zdrowia

Rodzaje modeli finansowania	Zalety	Wady
Model Bismarcka	– konkurencyjność i autonomia kas chorych, – swoboda wybory świadczeniodawcy, – swoboda zawierania umów ze świadczeniodawcami	– tendencja do nadkonsumpcji świadczeń medycznych, – rosnące koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, – niepełny zwrot kosztów leczenia w każdym przypadku
Model rezydualny	– oparcie na gospodarce rynkowej, – indywidualna odpowiedzialność obywateli za swoje zdrowie, – niewydatkowanie środków budżetowych na indywidualną ochronę zdrowia, – odpowiedzialność organów publicznych za dostęp do świadczeń zapobiegawczych	– niezapewnienie obywatelom dostępu do świadczeń leczniczych, – ograniczenie wejścia na rynek usług medycznych niektórym jednostkom, – odmowa ubezpieczenia klientów o zbyt dużym ryzyku
Model Siemaszki	– finansowanie przez budżet, – działanie prospołeczne, – symboliczne opłaty za leki	– centralne nieefektywne planowanie, – znikomo rozwinięty sektor prywatny

Źródło: opracowanie własne.

Na drugim biegunie plasuje się **model rezydualny**, oparty na gospodarce rynkowej, gdzie państwo nie bierze żadnej odpowiedzialności za finansowanie i organizację opieki zdrowotnej, nie uwzględnia też szczególnych nagłych

[2] A. Przybyłka, *Systemy ochrony zdrowia*, Wyd. UE w Katowicach, Katowice 2011, s. 30-31.

przypadków. Świadczenia lecznicze są przedmiotem transakcji handlowych. Źródłem finansowania są prywatne fundusze ubezpieczeniowe, występuje dobrowolność ubezpieczania się obywateli. Taki model występuje w Stanach Zjednoczonych. Osoby najuboższe i starsze objęte są programami pomocowymi (Medicare, Medicaid). Usługodawcami świadczeń leczniczych są przede wszystkim prywatne firmy nastawione na zysk. Mogą odmówić wykonania usługi, jeżeli ubezpieczalnia nie zapewni sfinansowania świadczenia[3].

Warto jeszcze zasygnalizować funkcjonowanie **modelu Siemaszki**, wdrożonego w latach 30. XX w. w Związku Radzieckim, opartego na scentralizowanej służbie zdrowia finansowanej z budżetu państwa. Model taki przez całe dziesięciolecia po II wojnie światowej funkcjonował w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i w ograniczonym zakresie funkcjonuje w Polsce do chwili obecnej. Obywatele mają bezpłatny dostęp do pakietu usług medycznych.

Syntetyczne zestawienie zalet i wad stosowanych na świecie modeli finansowania ochrony zdrowia przedstawiono w tabeli 1.

Decyzja każdego kraju o wyborze określonego modelu finansowania ochrony zdrowia jest bardzo trudna. Główną determinantą wydaje się kulturowe podejście obywateli do korzystania z różnych usług. W Stanach Zjednoczonych, będących dotąd potęgą gospodarczą, funkcjonuje model rynkowy, aczkolwiek ogranicza się w nim dostęp świadczeniodawcom, jednakże nie oczekuje się od państwa finansowania ochrony zdrowia indywidualnych obywateli. W Niemczech od lat działa przymusowy system ubezpieczeniowy oparty na zasadzie solidaryzmu społecznego, istnieje swobodny rynek usług zdrowotnych, z punktu widzenia społecznego i ekonomicznego to system racjonalny i efektywny. Aktualnie w Polsce mamy do czynienia z mieszanym modelem Bismarcka i Siemaszki. Trudno jednak uznać za racjonalne centralizowanie składek ubezpieczenia zdrowotnego i dystrybucję środków finansowych poprzez nieczytelne zasady kontraktowania świadczeń medycznych.

2. Specyfika gospodarki finansowej podmiotu świadczącego usługi lecznicze

Usługi lecznicze, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, mogą w Polsce świadczyć rozmaite podmioty, jak: przedsiębiorcy komercyjni, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia, kościoły, kościelne osoby prawne, związki wyznanio-

[3] *Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia: wybrane aspekty*, red. M. Syrkiewicz-Świtała, R.N. Hanisz, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2010, s. 66-67.

we[4]. To jednak sprawia, że podmioty będące przedsiębiorcami i te nimi niebędące, z natury rzeczy kierują się innymi celami finansowymi, mają zróżnicowany dostęp do źródeł finansowania, a także inne są preferencje założycieli bądź właścicieli tych podmiotów. Niewątpliwie nie ma odwrotu od postępującego urynkowienia usług leczniczych i zwiększania roli komercyjnych usługodawców w tym obszarze. Państwo powinno jednak stosować i doskonalić odpowiednie regulatory rynku usług zdrowotnych.

Kluczową kwestią dla każdego podmiotu świadczącego usługi lecznicze w Polsce jest partycypacja w środkach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia bądź jednostek samorządu terytorialnego, gdyż daje to pewne zabezpieczenie ekonomiczne prowadzonej działalności i możliwość wykorzystania potencjału usługowego. Zdecydowana większość wydatków na ochronę zdrowia w Polsce, bo około 70%, pochodzi ze środków publicznych. Świadczą o tym dane zamieszczone w tabeli 2.

Tabela 2. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2006-2012

Rok	Wydatki bieżące (w mln zł)			Struktura (w %)	
	ogółem	publiczne	prywatne	wydatki publiczne	wydatki prywatne
2006	62 057	42 968	19 089	69,2	30,8
2007	70 888	50 016	20 872	70,6	29,4
2008	83 438	60 214	23 224	72,2	27,8
2009	90 385	64 763	25 623	71,7	28,3
2010	92 775	66 500	26 374	71,7	28,4
2011	97 673	69 224	28 450	70,9	29,1
2012	101 042	70 770	30 271	70,0	30,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Narodowe rachunki zdrowia*, www.stat.gov.pl [3.09.2014].

Rosnący popyt na odpłatne usługi zdrowotne ze względu na czynniki ekonomiczne i socjotechniczne jest ograniczony. Nie bez znaczenia jest też rosnąca konkurencja międzypodmiotowa oraz wieloetatowość i praca lekarzy w nadmiernej liczbie godzin. Komercyjne świadczenie usług leczniczych wymaga operatywności kierownictwa, aktywności w pozyskiwaniu pacjentów i odpowiedniej jakości świadczonych usług. Podejście biznesowe podmiotów leczniczych świadczących usługi komercyjne nie różni się niczym od prowadzenia biznesu w innych sferach działalności.

[4] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 654.

Inna jest sytuacja zakładów opieki zdrowotnej budżetowanych przez państwo, które podlegają rygorom dyscypliny finansów publicznych[5]. W tego rodzaju podmiotach szczególne miejsce zajmuje plan finansowy, który obejmuje przychody i wydatki, będący jednocześnie podstawą podejmowania decyzji o charakterze medycznym i finansowym. Plan finansowy określa cele i zadania, jakie mają być realizowane w określonym czasie oraz kluczowe zasoby czynników produkcji niezbędne do realizacji postawionych celów. Planowanie finansowe pomaga określić wpływ alternatywnych sposobów działania na wynik finansowy. Wynik finansowy tego typu podmiotów stał się kluczowym kryterium ekonomicznym. Jednostki samorządu terytorialnego nadzorujące dotychczasowe samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej muszą pokryć ujemny wynik finansowy w ciągu trzech miesięcy od daty zatwierdzenia sprawozdania finansowego, jeżeli nie dokonano przekształcenia takiego zakładu w spółkę prawa handlowego. Należy zaznaczyć, że od chwili wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej nie ma możliwości tworzenia nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

3. Metody finansowania różnego rodzaju usług leczniczych w Polsce

Świadczenia lecznicze mają różnorodny charakter, także sposób ich finansowania jest zróżnicowany. W zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze składek ubezpieczenia zdrowotnego wchodzą[6]: świadczenia specjalistyczne dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia stacjonarne oraz ambulatoryjne. Niestety nie funkcjonuje jeden kompleksowy sposób odpłatności dla świadczeniodawców za realizowane usługi zdrowotne. Natomiast współpraca pomiędzy NFZ a podmiotami leczniczymi odbywa się na podstawie zawieranych kontraktów. Kontrakty są najważniejszym elementem wiążącym finansowo dwie grupy podmiotów w procesie świadczenia usług zdrowotnych, tj. nabywców tych świadczeń (pacjentów) i świadczeniodawców publicznych oraz niepublicznych (zakłady zdrowotne). Zawarte kontrakty są gwarancją sprzedaży konkretnej wartości usług medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej, dlatego też stanowią dla nich duży zawór bezpieczeństwa finansowego. Wyróżnia się kilka typów kontraktów[7]:

---

[5] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 885, art. 9.

[6] Por. art. 96-112 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027.

[7] *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych – od teorii do praktyki. Podręcznik dla lekarzy*, red. A. Windak, M. Chawla, M. Kulis, Vesalius, Kraków 1998, s. 32-45.

1. Kontrakty blokowe – polegające na finansowaniu zakładów opieki zdrowotnej na zasadzie stałych opłat, których wysokość zależy od liczby ubezpieczonych pacjentów. Świadczeniodawca dysponuje budżetem globalnym i rozdysponowuje środki pieniężne według własnego uznania.

2. Kontrakty oparte na prospektywnych opłatach za przypadek – świadczeniodawca uzyskuje *ex ante* konkretną pulę pieniędzy na realizację odpowiednich pakietów usług. Tego rodzaju kontrakty wyzwalają dużą konkurencyjność zakładów opieki zdrowotnej realizujących podobne pakiety usług, sprzyjają planowaniu rozwoju zakładów zdrowotnych.

3. Kontrakty oparte na retrospektywnych opłatach za przypadek – opłaty są uiszczane po wykonaniu odpowiednich świadczeń. Takie opłaty pokrywają wszystkie poniesione przez świadczeniodawcę rzeczywiste koszty, pozwalają tym samym na lepsze wykorzystanie posiadanego potencjału rzeczowego i kadrowego.

Zasady zawierania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktów usług zdrowotnych są regulowane przez stosowne akty prawne[8]. Nadzór nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia oraz nad świadczeniodawcami usług zdrowotnych w zakresie realizacji zawartych kontraktów sprawuje Minister Zdrowia, stosując kryteria rzetelności, celowości i legalności. Usługi medyczne mogą być także finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, ubezpieczycieli czy inne placówki medyczne. Dość pokaźne jest finansowanie świadczeń zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty i zwłaszcza województwa). W budżetach tych jednostek planuje się trzy grupy wydatków na ochronę zdrowia, tj. na opiekę zdrowotną, na zdrowie publiczne i na opiekę społeczną. Metody finansowania różnych świadczeń leczniczych syntetycznie zestawiono na schemacie 1.

Dla odpłatności za różnego rodzaju świadczenia lecznicze przyjmuje się różne jednostki rozliczeniowe, jak np. liczbę osobodni leczenia, liczbę hospitalizowanych pacjentów, liczbę udzielonych porad, leczone jednostki chorobowe, liczbę i rodzaj procedur medycznych, liczbę mieszkańców objętych kompleksową opieką medyczną.

Każda forma finansowania usług medycznych ma zalety i wady, które należy rozpatrywać zarówno z punktu widzenia świadczeniodawcy, jak i płatnika czy też pacjenta[9]. Finansowanie konkretnych zrealizowanych świadczeń

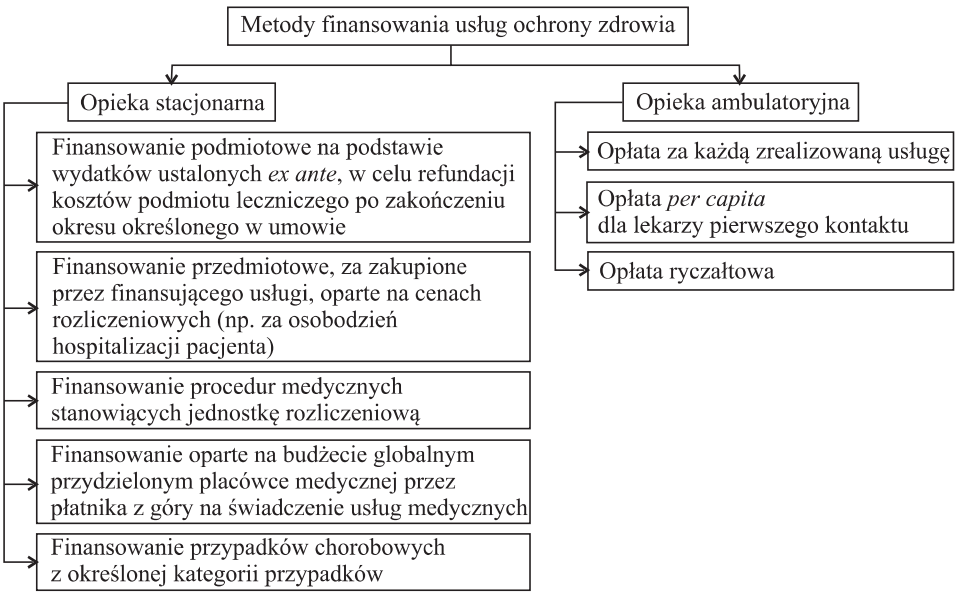
---

[8] Por. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 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, Dz.U. nr 273, poz. 2719.

[9] Szerzej na ten temat: M. Jaworzyńska, *Metody finansowania świadczeń zdrowotnych,* „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia" 2012, t. XLVI/4, sectio H, s. 279-285.

jest zdecydowanie efektywniejsze od finansowania globalnego o charakterze podmiotowym. Warunkiem jednak jest optymalne wartościowanie jednostki rozliczeniowej usług, a więc ani nie nadszacowanej, ani nie niedoszacowanej. Zastosowanie odpowiedniej jednostki rozliczeniowej w rozliczeniach finansowych stron działalności leczniczej jest kluczowe. Przykładowo, wynagradzanie oparte na liczbie osobodni leczenia jest korzystne dla świadczeniodawcy, może jednak nie być efektywne z punktu widzenia medycznego, a zwłaszcza płatnika. Takie rozwiązanie może prowadzić do przetrzymywania pacjentów ponad niezbędny czas leczenia. Podobnie oparcie wynagradzania za usługi lecznicze na podstawie liczby hospitalizowanych pacjentów może prowadzić do mnożenia oddziałów nowych, nieposiadających nowoczesnych urządzeń medycznych czy doświadczonego personelu medycznego. Coraz powszechniejszy w praktyce jest mechanizm finansowania oparty na systemie jednorodnych grup pacjentów. System ten dokonuje kategoryzacji pacjentów pod względem medyczno-ekonomicznym, mając na uwadze zapewnienie porównywalności wykorzystanych zasobów do ponoszonych kosztów na leczenie różnych przypadków chorobowych. Jednak także ta metoda finansowania rodzi dyskusje, zwłaszcza co do limitowania określonych procedur.

Schemat 1. Metody finansowania usług zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, PWN, Warszawa 2012, s. 89-95; E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 46-49; M. Kludacz, *Metody finansowania usług medycznych i ich zastosowanie w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego" 2007, nr 30, s. 147-157.

Brak limitowania może być przyczyną sztucznego popytu na pewne świadczenia zdrowotne, podczas gdy pozostanie niedofinansowanie innych rodzajów procedur. Rozmaitość przypadków chorobowych i różnorodność świadczeń leczniczych sprawiają jednak, że mnogość stosowanych rozwiązań finansowania działalności leczniczej ma swoje uzasadnienie.

Kwestią ciągle otwartą w Polsce pozostaje współudział pacjentów w finansowaniu usług zdrowotnych. Niestety na razie brak społecznej akceptacji dla takiego rozwiązania. Doświadczenia innych krajów europejskich pokazują, że współfinansowanie tego rodzaju usług przez świadczeniobiorców, nawet na bardzo niskim poziomie, przyczynia się do racjonalizacji wykorzystania takich świadczeń. Przykładowo, w Niemczech od 2014 r. pacjent jest zobowiązany do płacenia 10 euro za pierwszą wizytę u lekarza w każdym kwartale[10]. Nie do przecenienia jest fakt, że wprowadzenie w Polsce współfinansowania przez pacjentów świadczeń medycznych stanowiłoby dodatkowe źródło dochodów dla ochrony zdrowia, mając zwłaszcza na uwadze obowiązujące finansowe warunki funkcjonowania służby zdrowia. Nadto dyscyplinowałoby potencjalnych pacjentów niekoniecznie wymagających świadczenia im pewnych usług medycznych, zwłaszcza o charakterze porad medycznych.

Wnioski

Z dokonanego przeglądu literatury przedmiotu wynika, że w świecie funkcjonują bardzo zróżnicowane modele i metody finansowania działalności leczniczej, poczynając od samofinansowania przez pacjentów świadczeń medycznych i znaczącego urynkowienia tej sfery działalności (przykładem jest model rezydualny stosowany w Stanach Zjednoczonych) po znaczącą partycypację państwa w ochronie zdrowia obywateli (przykładem jest model Siemaszki stosowany w Rosji). W ostatnich kilkunastu latach w Polsce model finansowania działalności leczniczej jest ciągle z trudem wypracowywany w kierunku większego finansowego obciążenia pacjentów, czemu ma sprzyjać komercjalizacja jednostek ochrony zdrowia. Dość duża polaryzacja dochodów polskiego społeczeństwa oraz spowolnienie gospodarcze sprawiają, że nie ma klimatu politycznego dla wprowadzenia bardziej radykalnych przemyślanych rozwiązań. Analizując korzyści modelu finansowania ochrony zdrowia w Niemczech (model Bismarcka), celowe wydaje się przeniesienie na grunt Polski sprawozdawanych dobrych doświadczeń,

[10] Por. E. Nojszewska, *Współuczestniczenie pacjentów w kosztach świadczeń medycznych – za i przeciw współpłatnościom,* w: *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. E. Nojszewska, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012, s. 210-214.

jak chociażby stworzenie prawnych podstaw dla funkcjonowania prywatnych kas chorych, zbudowanie trwałego koszyka świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa, zdecentralizowanie finansowania opieki zdrowotnej. Można by też skorzystać z doświadczeń ochrony zdrowia w krajach skandynawskich, w których – mimo wyjątkowo rozbudowanej polityki socjalnej – wprowadzono częściowe finansowanie z własnych środków obywateli wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu, wizyt u specjalistów, opieki dentystycznej czy pobytu w szpitalu[11].

Generalnie niezbędne jest zrównoważenie sprzecznych interesów płatnika usług medycznych z interesami pacjentów oraz interesów świadczeniodawców z interesami płatników usług medycznych. Między tymi stronami szczególną rolę odgrywają jednostki realizujące usługi lecznicze i jak dotąd to niestety one mają największy wpływ na taki, a nie inny stan finansowy całej polskiej służby zdrowia. Bez dokonania istotnych systemowych zmian ciągle będzie powracał problem tzw. nadwykonań usług leczniczych, nadmierne zadłużanie się szpitali, batalie o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, protesty społeczne lekarzy i pielęgniarek, wydłużające się na lata kolejki do specjalistycznych porad i zabiegów leczniczych. Wiele istniejących negatywnych zjawisk w służbie zdrowia ma miejsce, mimo że w latach 2006-2012 wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wzrosły znacząco, bo aż o 62,8%. Oznacza to, że systematyczny wzrost nakładów na tę sferę nie jest kierunkiem wystarczającym dla usprawnienia modelu finansowania działalności leczniczej. Oczywiste jest, że będzie rosła presja jednostek realizujących usługi lecznicze na wzrost tych nakładów i finansowanie tego rodzaju usług ze środków publicznych. Powyższe przesłanki i wyniki oceny funkcjonującego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce są impulsem dla większego zaangażowania ekonomistów teoretyków i praktyków w proces reformowania służby zdrowia.

Literatura

Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia: wybrane aspekty, red. M. Syrkiewicz-Świtała, R.N. Hanisz, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2010.

Jaworzyńska M., *Metody finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia" 2012, t. XLVI/4, sectio H.

Kludacz M., *Metody finansowania usług medycznych i ich zastosowanie w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego" 2007, nr 30.

Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych – od teorii do praktyki. Podręcznik dla lekarzy, red. A. Windak, M. Chawla, M. Kulis, Vesalius, Kraków 1998.

[11] S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos, *Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga 2009, s. 46.

Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne: ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2004.
Narodowe rachunki zdrowia, www.stat.gov.pl [3.09.2014].
Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
Nojszewska E., *Współuczestniczenie pacjentów w kosztach świadczeń medycznych – za i przeciw współpłatnościom*, w: *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. E. Nojszewska, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012.
Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, red. M. Dobska, K. Rogoziński, PWN, Warszawa 2012.
Przybyłka A., *Systemy ochrony zdrowia*, Wyd. UE w Katowicach, Katowice 2011.
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań, Dz.U. nr 273, poz. 2719.
Thomson S., Foubister T., Mossialos E., *Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga 2009.
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 654.
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027.
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 885.

The Models and Methods of Health Financing

Abstract. *Over the last several years, a number of controversies have arisen in science and in practice regarding the financing mechanisms for health services. A rich variety of models and methods of health financing are in place in different countries, aligned with their specific political systems and economic development levels. Poland is yet to develop a model that would represent a consensus between all stakeholders, particularly between patients and service providers. This paper overviews the strengths and weaknesses of the different mechanisms and approaches as well as the macroeconomic constraints on their use. The discussion also takes into account the diversity of health services and the ongoing commercialization of health care units.*

Keywords: *health services, health care units, funding model, financing mechanism, commercialization of hospitals*