

**Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny  
im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu  
Wydział Ekonomiczny**

mgr Halina Lachowska

**TRANSFORMACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE A  
EFEKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA ŚWIADCZENIA USŁUG  
MEDYCZNYCH PRZEZ SZPITALE**

**Autoreferat**

rozprawy doktorskiej napisanej w Katedrze Ekonomii Wydziału Ekonomicznego

Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego w Radomiu

pod kierunkiem naukowym prof. nadzw. dr hab. Bogusława Ślusarczyka

## I. Uzasadnienie wyboru tematu

Reforma zdrowia to skomplikowany proces ekonomiczny, społeczny, legislacyjny i polityczny, w którym ważne jest wyrażanie rzeczywistych celów systemu opieki zdrowotnej oraz dążenie do ich realizacji. Celem nadrzędnym jest promowanie, „naprawianie” i utrzymanie dobrego stanu zdrowia społeczeństwa. Nie istnieje żaden prosty algorytm zbudowania dobrego systemu opieki zdrowotnej gwarantujący pełną ochronę i opiekę zdrowotną wszystkim obywatelom. Budowa nowego, sprawnego systemu musi się odbywać z zachowaniem równowagi między trzema jego uczestnikami: **pacjentem, realizatorem świadczeń medycznych i płatnikiem.**

Zmiany w systemie ochronie zdrowia, jako jeden z bardziej wrażliwych społecznie obszarów, były ciągle odkładane. W miejsce istniejącego niesprawnego systemu konieczne było wprowadzenie rozwiązań, dających gwarancję powodzenia przy ograniczonych środkach finansowych. Zmiany nie mogły sprowadzać się do naprawy, czy usprawnienia działalności dotychczas istniejącego systemu. Wiązały się one ze stworzeniem nowego, funkcjonalnego, spełniającego wszelkie swoje funkcje związane z zabezpieczeniem zdrowotnym obywateli. W przypadku ochrony zdrowia należy mówić o głębokim procesie transformacji systemowej.

Reforma ochrony zdrowia po 1989 roku przebiegała równoległe z procesem bardzo szybkiego przejścia od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej. Natomiast pierwsze zmiany w sektorze zdrowia, wprowadzone w latach 1991-1998, nie były radykalne. Koncentrowały się na problematyce decentralizacji opieki zdrowotnej, przyzwoleniu na tzw. prywatyzację założycielską przychodni oraz specjalistycznych praktyk lekarskich. Następowala modernizacja infrastruktury świadczeniodawców publicznych. Największą zmianą tego okresu było przyznanie państwowym szpitalom znacznej autonomii oraz odpowiedzialności za zarządzanie własnym budżetem<sup>1</sup> (na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku<sup>2</sup>).

Przełomowym momentem rozpoczynającym proces reform i transformacji systemu opieki zdrowotnej była **Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym**<sup>3</sup>, której termin wejścia w życie wyznaczony został na **dzień 1 stycznia 1999 r.**, zastąpiła ona dotychczasowy, budżetowy system opieki zdrowotnej, systemem

---

<sup>1</sup>S. Golinowska (red.), A. Sagan, A. Pantelii, W. Borkowski, M. Dmowski, F. Domański, ..., praca zbiorowa, *Zarys systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2012, s. 47.

<sup>2</sup>Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku *o zakładach opieki zdrowotnej*, Dz. U. z 1991 r. nr 91 poz. 408 z późn. zm., uchylona w dn. 1 lipca 2011r.

<sup>3</sup>Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku *o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Dz. U. z 1997 r. nr 28 poz.153 z późn. zm.

ubezpieceniowym. Scentralizowany system oparty na modelu Siemaszki, finansowany z budżetu państwa, zastąpiono systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, finansowanego w głównej mierze ze składek zdrowotnych.

Zmianom uległy nie tylko źródła i zasady finansowania systemu, ale powstała też nowa struktura instytucjonalna ubezpieczeń zdrowotnych, będąca dysponentem zdecydowanej większości publicznych środków finansujących świadczenia zdrowotne. Zakładano, że wraz z ubezpieczeniami zdrowotnymi zacznie rozwijać się rynek usług zdrowotnych dotychczas w znacznym stopniu ograniczony i regulowany.

Podstawą systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego była:

- **wielość źródeł finansowania** - fundusz oparty na składce, budżety państwa i samorządów lokalnych, opłaty za usługi ponadstandardowe, darowizny, subsydia pozabudżetowe itp.
- **wielość równoprawnionych świadczeniodawców,**
- **równość podmiotów** - wszyscy obywatele mają równy dostęp do świadczeń tej samej jakości, powszechnie i obowiązkowo opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne, (wysokość składki określono na poziomie -7.5%, obecnie 9%).
- **solidaryzm społeczny** - czynniki ryzyka (wynikające z wieku, stanu zdrowia, płci, miejsca zamieszkania, zawodu itp.) rozłożone były na wszystkich ubezpieczonych.

Powołano kasy chorych jako publiczne instytucje ubezpieczeniowe, w tym 17 regionalnych po jednej w każdym województwie i jedną branżową dla służb mundurowych. Po czterech latach działalności Kas Chorych utrzymująca się atmosfera ogólnej krytyki i niezadowolenia z wdrażanego systemu jak również wzrost kosztów ponoszonych przez budżet państwa oraz społeczeństwo, wywołało ogólną dyskusję wśród środowisk medycznych, politycznych i eksperckich o konieczności poprawy, a właściwie zmiany powszechnie krytykowanego systemu. Konsekwencją tych działań jest **kolejny etap** i wejście w życie **ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia**<sup>4</sup>, która zastąpiła poprzednią o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jednym z istotnych elementów zmiany jest zastąpienie Kas Chorych, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz wprowadzenie scentralizowanego systemu dysponowania środkami finansowymi gromadzonymi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Utworzono centralę NFZ oraz 16 oddziałów, po jednym w każdym z województw. W celu wyeliminowania regionalnych różnic w dostępie do świadczeń ustawa wprowadziła jednolite procedury

---

<sup>4</sup> Ustawa z 23 stycznia 2003 r. *powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia*, (Dz. U. nr 45 poz. 391).

kontraktowania świadczeń oraz limity punktowe na kontraktowane usługi. Główne zasady reformy z 1999 r., takie jak rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy oraz autonomia publicznych świadczeniodawców, a w tym szpitali, zostały zachowane.

Kolejnym istotnym etapem reformy opieki zdrowotnej było wprowadzenie **ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 roku**<sup>5</sup> i miała na celu przekształcenie szpitali publicznych (oraz innych publicznych świadczeniodawców) w spółki prawa handlowego. Ustawa ta stanowi kontynuację wcześniejszych prób skomercjalizowania publicznych szpitali, które miały na celu poprawę zarządzania oraz racjonalną i zrównoważoną gospodarkę finansową oraz redukcję zadłużenia. Ustawa o działalności leczniczej zastąpiła pojęcie „zakład opieki zdrowotnej” pojęciem „**podmiot leczniczy**”.

Wybór tematu dysertacji podyktowany był faktem, że od ponad dwudziestu lat trwa ciągły proces budowania, jak zakładano sprawnego, wydolnego, dostępnego i bezpiecznego dla obywateli systemu zdrowotnego, a który daleki jest jeszcze od zamierzonych oczekiwań. Transformacja systemowa to proces gruntownej przebudowy, gdzie w miejsce dotychczas istniejących mechanizmów wprowadza się nowe, bez pewności i gwarancji osiągnięcia zamierzonych celów. Jednym z kluczowych zagadnień dotyczących systemu zdrowotnego większości krajów jest ciągły niedostatek środków finansowych, gwarantujących sprawne, bezpieczne i zgodne z oczekiwaniem społecznym jego funkcjonowanie.

Zapewnienie odpowiednich środków finansowych na budowę nowego systemu to jeden z kluczowych elementów powodzenia i skuteczności wdrażanej reformy zdrowotnej. W czasie dwóch ostatnich dekad odnotowuje się znaczący wzrost nakładów na zabezpieczenie zdrowotne w Polsce, które okazują się niewystarczające, co budzi wiele zastrzeżeń ze strony wszystkich uczestników systemu. Niedostatek i niedobór środków finansowych w systemie tym bardziej wymusza racjonalne i efektywne gospodarowanie posiadanymi zasobami.

## **II. Cel badań, teza zasadnicza oraz hipotezy badawcze**

Zasadniczym celem pracy jest ocena wpływu procesu transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce na efektywność ekonomiczną świadczonych usług medycznych przez szpitale publiczne, jak również poprawę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Zasadniczemu celowi przyporządkowane zostały cele szczegółowe:

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o *działalności leczniczej*, Dz. U. 2011 nr 112 poz.654 z późn. zm.

- 1) w jakim zakresie wprowadzone mechanizmy finansowania systemu spowodowały poprawę efektywności świadczonych usług zdrowotnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) czy podmiotowy system finansowania stał się czynnikiem motywującym podmioty lecznicze do poprawy produktywności posiadanych zasobów;
- 3) czy i w jakim zakresie, poziom oraz sposób finansowania usług medycznych, wpływa na konkurencyjność w zakresie dostępności i jakości świadczeń szpitalnych.

W oparciu o przeprowadzone studia literaturowe i analizę wstępnych badań, a także doświadczenie zawodowe sformułowano została następująca teza: **”Kolejne etapy reformy i wzrost nakładów na ochronę zdrowia w niewielkim stopniu przyczyniły się do poprawy efektywności szpitali publicznych”.**

Sformułowano także **hipotezy badawcze:**

1. Restrukturyzacja szpitali i przekształcenie ich w spółki prawa handlowego prowadzi do efektywniejszego wykorzystania publicznych środków finansowych.
2. Zmiana mechanizmu systemu finansowania działalności szpitali, stanowi podstawową determinantę wzrostu ich efektywności, wyrażającej się m.in. w zwiększeniu liczby świadczonych usług.
3. Mechanizm podmiotowego finansowania systemu ochrony zdrowia, wpływa na poprawę efektywności usługowej szpitali w zakresie jakości i dostępności świadczonych usług.

### **III. Zakres i metoda badań**

Dla zrealizowania założonych celów i weryfikacji tezy oraz przyjętych hipotez przeprowadzono; krytyczną analizę stanu i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999-2012; analizę wielkości wydatków i poziom finansowania świadczeń zdrowotnych na podstawie studiów literaturowych, opracowań, raportów, danych statystycznych obejmujących ten obszar oraz własnych doświadczeń zawodowych.

Dokonano analizy i oceny w odniesieniu do udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB, wydatków publicznych w całkowitych wydatkach oraz dynamika wzrostu wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w tym okresie oraz źródła finansowania opieki zdrowotnej w poszczególnych modelach opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych krajach.

W celu weryfikacji tezy przeprowadzono syntetyczną ocenę działalności szpitali na podstawie zagregowanych danych wg województw; na potrzeby projektowanych badań wyłoniono metodą doboru 767 w 2003 roku do 795 w 2010 roku, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z terenu całej Polski w latach od 2003 do 2010, których wspólną cechą jest korzystanie ze środków publicznych, transferowanych w ramach mechanizmu finansowania świadczeń (usług) medycznych przez NFZ. Przyjęty przedział czasowy badania wynikał z braku dostępności ujednoliconych danych porównawczych oraz z powodu opóźnień publikacji danych, wynikający m.in. z ujednoliconych metod i przepisów prawa unijnego. Grupa szpitali została podzielona na dwie jednakowe pod względem liczebnym podgrupy; 1) szpitale, w których wdrożono procesy restrukturyzacyjne w pełnym zakresie przewidzianych reformą, w tym przekształcone w spółki prawa handlowego; 2) szpitale opóźnione we wdrażaniu procesów restrukturyzacyjnych, która uznana została jako kontrolna, mająca potwierdzić prawidłowość założenia, iż restrukturyzacja szpitali podnosi efektywność wykorzystania przez nie środków publicznych pochodzących z NFZ.

Dane statystyczne i finansowe uzyskano m.in. z Ministerstwa Zdrowia, z jednostki podległej MZ - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz ze zbiorów Głównego Urzędu Statystycznego, a także Ministerstwa Finansów i Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto, wykorzystano własne badania ankietowe przeprowadzone na próbie 541 respondentów dotyczące oceny dostępności do specjalisty i jakości świadczonych usług medycznych. Do zbadania zależności efektywności ekonomicznej szpitali od wysokości nakładów finansowych zastosowano metodę opisu statystycznego w postaci:

- danych liczbowych zestawionych w układzie tabelarycznym,
- wykresów obrazujących zależności,
- charakterystykę parametryczną.

Wykorzystana w pracy metoda analizy statystycznej odnosi się do:

- oceny zależności uzyskiwanych środków finansowych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej na ilość realizowanych usług medycznych,
- wyodrębnienia tendencji poprawy efektywności ekonomicznej w odniesieniu do szpitali po przeprowadzonym procesie restrukturyzacji,
- w jakim zakresie wzrost nakładów na działalność leczniczą szpitali poprawia ich sytuację finansową.

Zastosowana metoda badawcza posłużyła do udowodnienia tezy głównej i wykazania, że kolejne etapy reformy i wzrost nakładów finansowych w niewielkim stopniu przyczyniły

się do poprawy efektywności szpitali publicznych. Na podstawie badań wykazano, że restrukturyzacja szpitali i przekształcenie w spółki prawa handlowego, wpływa na poprawę efektywności finansowej i wzrost wykorzystania posiadanych zasobów. Określono zakres i warunki niezbędne do realizacji, w celu stopniowego eliminowania nieprawidłowości i poprawy funkcjonowania systemu oraz lepszego wykorzystywania posiadanych zasobów.

W rozprawie wykorzystano również własne badania ankietowe, które przeprowadzono metodą bezpośrednich i pośrednich wywiadów kwestionariuszowych (elektronicznie, korespondencyjnie). Celem ankiety była ocena i opinia pacjentów na temat jakości, dostępności i poziomu zadowolenia pacjentów z obecnego stanu organizacyjnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W pracy wykorzystano także metodę wnioskowania logicznego w oparciu o rozległy materiał teoretyczny, a także opinie specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, dzięki czemu zostały sformułowane wnioski i propozycje zmian niezbędnych do poprawy i usprawnienia funkcjonowania systemu.

#### **IV. Układ pracy**

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny i zawiera wstęp oraz siedem rozdziałów, zakończenie i bibliografię. W rozdziale pierwszym przedstawiono różne modele systemów ochrony zdrowia w wybranych krajach. Omówiono aspekty historyczne polskiej ochrony zdrowia jak również proces transformacji systemowej oraz etapy wdrażania reformy zdrowia. Zaprezentowano kluczowe elementy zmian całego systemu, a także miejsce oraz rolę szpitali publicznych na tle przeobrażeń i transformacji. Proces legislacyjny i kształtowanie się nowej tożsamości organizacji leczniczych w latach 1999-2012 oraz wpływ zmian na kondycję finansową szpitali publicznych. Przybliżono kluczowe zagadnienia dotyczące poszczególnych obszarów systemu oraz podejmowanych działań w celu jego usprawniania. Opisane zostały etapy wdrażanych zmian oraz kluczowe aspekty reformy i jej obszary działalności. Mechanizmy i poziom finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jak również konsekwencje wynikające z niedostatku środków finansowych oraz wpływ na ogólną kondycję funkcjonowania na poszczególnych etapach wprowadzanych zmian.

W rozdziale drugim omówiono mechanizmy i poziom finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Przedstawiono poziom wydatków w ochronie zdrowia w kolejnych etapach reformy jak również rolę NFZ jako „głównego płatnika” w procesie finansowania świadczeń medycznych, kryteria oraz uwarunkowania w zakresie finansowania świadczeń.

Zaprezentowano system finansowania jako zasadniczą determinantę świadczenia usług medycznych przez szpitale publiczne.

Rozdział trzeci zawiera zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, formy rozliczenia, rola lekarz rodzinny oraz zakres świadczeń zdrowotnych. Opisano rolę szpitali publicznych w procesie transformacji systemu, jak również kształtowanie się ich nowej tożsamości w procesie restrukturyzacji.

Rozdział czwarty poświęcony został m.in. determinantom jakości i dostępności usług medycznych jak również omówiono prawne aspekty funkcjonowania systemu, gwarancje konstytucyjne do opieki zdrowotnej, prawa pacjenta na tle przepisów polskich i europejskich. Przybliżono zakres świadczeń gwarantowanych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa jak również zakres świadczonych usług, strukturę i poziom zatrudnienia jako czynnik jakości świadczeń. Omówiono funkcjonujące w Polsce systemy zarządzania jakością oraz ich wpływ na proces zarządczy w zakresie poprawy efektywności szpitali publicznych i poziom świadczonych usług. Alokacja placówek, baza łóżkowa szpitali publicznych oraz dostępność do usług szpitalnych również znajduje się w tej części.

W piątym rozdziale, który ma charakter teoretyczny, opisano metody i techniki szacowania efektywności działalności szpitali. Zaprezentowano mierniki wykorzystywane do oceny działalności publicznych jednostek ochrony zdrowia oraz działające w polskim systemie mierniki oceny działalności i efektywności w lecznictwie zamkniętym.

Rozdział szósty zawiera część empiryczną, w której wykorzystano dane w procesie analityczno-porównawczym zasobów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zakres i poziom wykorzystania bazy łóżkowej na tle ilości świadczonych usług medycznych w latach 2003-2010. Pierwsza część odnosi się do obiektywnej oceny działalności w oparciu o wskaźniki i dane liczbowe, natomiast druga przedstawia subiektywną opinię oraz ocenę pacjentów jako użytkowników systemu w oparciu o badania ankietowe.

Opisano mechanizmy finansowania świadczeń medycznych i ich wpływ na ilość i jakość świadczeń. Przedmiotem rozważań jest proces przekształceń i restrukturyzacji szpitali oraz wpływ zmian na poprawę efektywności ekonomicznej i kondycję finansową tych podmiotów. Wykorzystanie zasobów przez szpitale, jakość, dostępność do usług medycznych oraz poziom zadowolenia pacjentów z istniejącego systemu zdrowotnego.

W rozdziale siódmym zawarto propozycje i kierunki zmian w doskonaleniu systemu ochrony zdrowia. Propozycje dotyczą racjonalizacji nakładów finansowych oraz dywersyfikacja ich źródeł. Poprawa efektywności wykorzystania zasobów szpitali



publicznych jako kluczowe obszary zmian to zagadnienia opisane w tym rozdziale. Wykazano, że proces przekształceń prawnych i organizacyjnych zdecydowanie poprawia kondycję finansową szpitali publicznych. Poruszono kwestię funkcjonowania szpitali jako kluczowe podmioty całego systemu ochrony zdrowia mające największy udział w poziomie finansowania oraz konieczność poprawy ich efektywności i zwiększenia poziomu wykorzystania posiadanych zasobów. Wyprecyzowano kluczowe problemy polskiego systemu oraz zawarto propozycje i kierunki zmian.

Podsumowanie i wnioski zostały zawarte w zakończeniu opracowania. Synteza rozważań na temat ochrony zdrowia, funkcjonowania systemu przed procesem transformacji, w trakcie oraz stanu obecnego wdrażanej reformy. Zaprezentowano wnioski dotyczące zakresu zmian wprowadzonych w wieloletnim procesie implementacji. Wskazano na konieczne kierunki doskonalenia systemu ochrony zdrowia, poprawy jakości, dostępności do usług medycznych oraz lepszego wykorzystania posiadanych zasobów w celu poprawy efektywności ekonomicznej podmiotów działalności leczniczej.

## **V. Wnioski końcowe; dezyderaty**

Trwający proces restrukturyzacji i przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej to jeden z istotnych obszarów dokonywania zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce. W celu zwiększenia środków finansowych w systemie należy rozważyć wprowadzenie środków prywatnych dla systemu ochrony zdrowia poprzez <sup>6</sup>:

- współpłacenie - zwiększenie partycypacji pacjentów w kosztach leczenia;
- dodatkowe ubezpieczenia prywatne<sup>7</sup> - obok obowiązkowych, przeciwko tej formie podnosi się na ogół zarzut, iż narusza zasadę solidarności i równości dostępu do świadczeń zdrowotnych;
- „uszczelnienie” systemu publicznej opieki zdrowotnej - polegające przede wszystkim na pełnej realizacji zasady powszechności wnoszenia składek.

Działania niezbędne do realizacji to:

---

<sup>6</sup> Ch. Sowada, *Finansowanie opieki zdrowotnej...*, s.3-5.

<sup>7</sup> Szerzej na temat idei ubezpieczeń prywatnych i jej recepcji w Polsce patrz m.in.: A. Sobczak, E. Dudzik, G. Juszczyk, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce - raport z badań*, Warszawa, październik 2003, passim; Polska Izba Ubezpieczeń (dalej: PIU), *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, Warszawa, maj 2013, passim.

1. **Wzrost wielkości nakładów** na ochronę zdrowia do poziomu, który będzie wystarczający do pokrycia potrzeb zdrowotnych.
2. **Działania proefektywnościowe** zmierzające w kierunku poprawy sytuacji bazujące na rachunku ekonomicznym i uwzględniające stosowanie mechanizmów rynkowych.
3. **Działania restrukturyzacyjne**, polegające między innymi na komercjalizacji niektórych usług szpitalnych bądź przekształcaniu szpitali nieradzących sobie z płynnością finansową w spółki prawa handlowego. Pojawiają się wówczas większe możliwości pozyskiwania do systemu środków prywatnych m.in. dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.
4. **Doskonalenie systemu zarządzania**, poprzez odpowiedni dobór profesjonalnej kadry menedżerskiej.
5. **Decentralizacja uprawnień**, poprzez wzrost uprawnień jednostek samorządu terytorialnego i organów założycielskich jako wiodącą rolę w działaniach restrukturyzacyjnych, zmierzających między innymi do racjonalizacji finansowania i zarządzania szpitalami.

W latach 1999 – 2012 przekształceniami własnościowymi objęto 478 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, w tym ok. 24 % stanowiły szpitale, a ponad 11 % oddziały szpitalne. Największą inicjatywę przekształceń wykazywano w miastach oraz powiatach (73 %). Tam zlikwidowano 312 jednostek i komórek organizacyjnych szpocz (w tym 85 szpitali, 39 oddziałów szpitalnych, 188 zakładów leczenia ambulatoryjnego) powołując w to miejsce jednostki niepubliczne. Zdecydowanie niższą aktywność odnotowano w zakładach utworzonych przez gminy i województwa. Ich udział w procesie zmian własnościowych stanowił 27 % jednostek objętych procesem przekształceń własnościowych od 1999 r. Województwa i gminy podjęły uchwały o zmianie formy własności 20 szpitali, 14 oddziałów szpitalnych i 81 zakładów leczenia ambulatoryjnego<sup>8</sup>. Na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na proces restrukturyzacji i przekształcenia zagwarantowano nakłady z budżetu państwa w wysokości 1400 mln PLN. W oparciu o dane ministerstwa zdrowia od połowy 2011 roku do końca 2013 r. przekształcono 48 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w tym 34 szpitale (70 %) w spółki prawa handlowego, korzystając z dofinansowania w wysokości ponad 269 mln PLN.

---

<sup>8</sup> Ministerstwo Zdrowia. Departament Organizacji Ochrony Zdrowia (dalej: MZDOOZ), *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999 – 2010 (wrzesień)*, Warszawa, wrzesień 2010, s.4.

Opieka zdrowotna jest tą dziedziną aktywności, która ze względu na miejsce zdrowia w systemie praw człowieka i jego ochrony, nie może być nastawiona na maksymalizację zysku i powinna być prowadzona według reguły równowagi finansowej. Ewentualne zyski winny być angażowane w rozwój i poprawę szeroko rozumianych warunków leczenia i poprawę jakości świadczeń. Nawet w rynkowym znaczeniu, usługa medyczna pozostaje działaniem, czy też zespołem działań ukierunkowanym na ochronę najważniejszych dla człowieka dóbr: zdrowia i życia. To sprawia, iż usługi medyczne nigdy nie będą mogły zostać w pełni urynkowane, a ich „sprzedaż” nie będzie poddana regułom marketingowym. Jednocześnie każde działanie, zwłaszcza angażujące środki publiczne, powinno być ekonomicznie poddane miarom efektywności tak, aby nie dochodziło do niegospodarności i marnotrawienia środków.

Szeroko rozumiane bezpieczeństwo pacjenta należy uznać za czynnik ograniczający rozwój rynku usług medycznych wraz z nieodłącznym mechanizmem konkurencyjnym. Świadczeniodawcy zwłaszcza usług szpitalnych, mogą konkurować bez ryzyka wobec pacjentów w dwóch obszarach: 1) dostępu do środków publicznych przeznaczanych na świadczenia medyczne w systemie ochrony zdrowia; 2) jakości świadczonych usług dopuszczalnych w tym systemie dla których punktem odniesienia są urzędowe standardy ich realizacji tj. jakości i dostępności usług. W pierwszym przypadku za kryterium zasadnicze uznać należy „efektywność usługową szpitala” definiowaną jako wyniki działalności usługowej szpitala w odniesieniu do wielkości poniesionych nakładów lub jako zdolność szpitala do świadczenia usług w określonym czasie i przy określonych nakładach.

Trwający proces zmian w sektorze ochrony zdrowia powoduje coraz silniejsze tendencje do ekonomizacji sfery usług medycznych, co skutkuje nieuchronnie pojawianiem się takich pojęć jako efektywność, rentowność, alokacja środków, dywersyfikacja itp. Świadczenia zdrowotne coraz częściej nazywa się usługami medycznymi, a beneficjentów tych świadczeń, pacjentów-klientami. W konsekwencji placówki opieki zdrowotnej traktowane są jako usługodawcy, a w charakteryzowaniu ich świadczeń, coraz częściej pojawiają się elementy z dziedziny zarządzania i marketingu, takie np. jak jakość usług medycznych, zadowolenie pacjenta (jako klienta placówek opieki zdrowotnej) itp. Coraz częściej w funkcji opisu pozycja konkurencyjna odgrywa coraz większą rolę oraz mechanizmy ekonomiczne w funkcjonowaniu poszczególnych placówek zdrowotnych, jak i systemu jako całości.

## **Kierunki doskonalenie i propozycje zmian**

W oparciu o dokonaną ocenę i analizę funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w Polsce jak również porównaniu rozwiązań działających systemów w innych krajach europejskich można wskazać kierunki w jakich powinien ewaluować polski system opieki zdrowotnej. Proponuje się następujące mechanizmy usprawniające system leczenia stacjonarnego oraz poprawę wykorzystania środków publicznych kierowanych do systemu ochrony zdrowia:

**1. Indywidualne ubezpieczenia zdrowotne.** Problem ograniczonych środków finansowych w systemie i nieograniczonych potrzeb zdrowotnych stał się podstawą do szukania rozwiązań w wielu krajach europejskich. Między innymi z tego właśnie powodu wprowadzono dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako pewnego rodzaju uzupełniający element dofinansowania istniejącego systemu. Poszerzy możliwości leczenia i dostęp do usług medycznych, finansowanych z prywatnych środków ubezpieczenia, nie naruszając jednak zasady powszechności systemu opieki zdrowotnej. Ubezpieczenia dodatkowe dobrze spełniają swoją funkcję w wielu krajach europejskich.

**2. Umocnienie i usprawnienie procesu restrukturyzacji szpitali w kierunku określonym przepisami ustawy o działalności leczniczej.** Przyspieszyć proces komercjalizacji zakładów opieki zdrowotnej i przekształcenia własnościowe i prawno-organizacyjne co wpływa na poprawę sytuacji finansowej placówek, a ostatecznie znajduje również odzwierciedlenie w poprawie ich efektywności.

**3. Współpłacenie pacjentów.** Obecna praktyka polega na ogół na tym, że szpitale w różny sposób wywierają na pacjentach presję, by koszty pewnych elementów usługi leczenia stacjonarnego ponosił sam pacjent. Zasadne byłoby zastąpienie tej, budzącej liczne wątpliwości natury prawnej i etycznej sytuacji, modelem współpłacenia polegającym na tym, że do usługi finansowanej w wymiarze podstawowym finansowanym przez NFZ, pacjent miałby możliwość dopłacenia określonej kwoty. Dzięki takiemu rozwiązaniu zwiększa się dopływ środków finansowych do systemu.

### **4. Zdecentralizowanie i zdemonopolizowania Narodowego Funduszu Zdrowia.**

Zasadne jest wprowadzenie konkurencji między dysponentami środków publicznych na świadczenia zdrowotne. W miejsce NFZ publiczne ubezpieczalnie i prywatne powstałe w ramach ubezpieczeń dodatkowych prywatnych. Rozwiązanie to stosowane w wielu krajach europejskich.

Trwający już ponad dwadzieścia lat proces reformy ochrony zdrowia to okres wdrażania zmian i ciągłego poszukiwania rozwiązań usprawniających system. Pomimo, istnienia spójnych, koherentnych z regulacjami międzynarodowymi, unormowań prawa krajowego, w polskim systemie opieki zdrowotnej odnotowuje się wiele niedoskonałości powodując bardzo wysoki odsetek (w zależności od etapu reformy ok. 75-80%) niezadowolenia społecznego.

Powstało wiele publikacji, przeprowadzono szereg badań empirycznych poświęconych zagadnieniom funkcjonowania polskiego systemu oraz poziomu finansowania ochrony zdrowia. Nasuwa się jeden generalny wniosek, który może stanowić odpowiedź na szereg kluczowych zagadnień związanych z problemami złego funkcjonowania systemu, to zbyt niski i niewystarczający poziom środków finansowych w systemie oraz nieefektywne wykorzystanie posiadanych zasobów przez szpitale. Dlatego podjęta w niniejszej rozprawie próba oceny działalności szpitali w Polsce w kontekście wykorzystania posiadanych zasobów jak również ich funkcjonowania w oparciu o istniejący system nasuwa istotne spostrzeżenia.

Zaprezentowana w treści rozprawy ocena działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oparta została o szerokie spektrum badań i analiz co pozwala na wyprowadzenie szeregu wniosków o znaczeniu poznawczym, a także praktycznym, które mogą stanowić propozycje i kierunki wprowadzania zmian w systemie polskiego szpitalnictwa publicznego. Sam proces przekształceń spoz-ów w spółki prawa handlowego nie stanowi wystarczającej rękojmi na trwałą poprawę ich działalności. Konieczny jest równoległy proces prawnego wzmocnienia uprawnień i odpowiedzialności organów tworzących. Trzeci obszar będący słabym ogniwem to niskie kwalifikacje oraz brak umiejętności kadry zarządzającej nie ponoszącej żadnej odpowiedzialności za popełniane błędy, czy też działanie na szkodę podmiotu.

Postawiona teza główna pozytywnie zweryfikowała zasadniczy cel rozprawy dotyczący zależności wzrostu poziomu nakładów na publiczne leczenie szpitalne i wpływ na wzrost liczby leczonych przy równoczesnym zwiększeniu wykorzystania posiadanego potencjału oraz poprawę efektywności jednostek publicznych. Mechanizm podmiotowego finansowania systemu nie znajduje potwierdzenia w poprawie dostępności i jakości świadczeń medycznych. Pozytywnie wypada kilkunastoletni proces dostosowawczy szpitali w obszarze strukturalnym, organizacyjnym oraz wzrost ich efektywności ekonomicznej. Przeprowadzona analiza i ocena pozytywnie natomiast zweryfikowała tezę, że proces przekształceń i restrukturyzacja szpitali to właściwy kierunek zmian i daje pozytywne wyniki w zakresie poprawy efektywności działania jak również wpływa na poprawę sytuacji

finansowej przekształconych placówek. Jednak krótki okres przeprowadzanych zmian nie daje możliwości potwierdzenia i gwarancji na trwały trend tego procesu.

Wysoki poziom niezadowolenia społecznego z dostępności do wielu procedur medycznych oraz jakości ich świadczenia, to wyraźny sygnał dla decydentów o konieczności pilnego wprowadzenia rozwiązań w celu poprawy tego stanu. Tym bardziej, że trwający już ponad dwadzieścia lat proces zmian w wielu obszarach nie przynosi oczekiwanych efektów, a ocena wręcz ulega pogorszeniu.

Wnioski powyższe stanowią punkt wyjścia do sformułowania propozycji rozwiązań podnoszących sprawność wykorzystania zasobów pozostających w dyspozycji szpitali oraz zwiększenia strumienia środków finansowych do systemu. Zgodnie z powyższymi ustaleniami mało efektywne wykorzystanie zasobów i środków systemu oraz ogólny ich niedostatek należą do zasadniczych przyczyn ciągłych problemów w ochronie zdrowia, odczuwanych tak w wymiarze obiektywnym (np. niezaspokojony popyt na świadczenia medyczne tak z ilościowego jak i jakościowego punktu widzenia), jak i subiektywnym (np. społeczne odczucie pogarszania się dostępu do usług i wydłużające się kolejki do wiele usług medycznych), co przekłada się na ogólne niezadowolenie społeczne.

Společne oczekiwanie poprawy w systemie ochrony zdrowia może być prognostykiem przyszłych wyborów i kierunków naprawczych w polityce zdrowotnej. W oparciu o zagadnienia przedstawione w opracowaniu należy stwierdzić, że wprowadzanie zmian jest nieodzowne nie tylko w strukturze instytucjonalnej samego systemu, ale na każdym poziomie i zakresie jego funkcjonowania. Uwarunkowania społecznych i potrzeby zdrowotne stanowią istotę systemu ochrony zdrowia w każdym demokratycznym państwie, równoległe jednak uwarunkowania ekonomiczne i rosnące koszty to druga ważna przesłanka wymagająca szczególnej uwagi.

Jak wykazano w opracowaniu od wielu lat zidentyfikowane i znane są problemy obecnego systemu, tym bardziej dziwi fakt braku radykalnych działań w celu ich eliminacji. Wzrost efektywności funkcjonowania szpitali, poprawa racjonalności, kontrola kosztów tam, gdzie przynosi to konkretne i wymierne efekty ekonomiczne, bez negatywnych skutków zdrowotnych, to mechanizmy możliwe do szybkiego wprowadzenia przez organy założycielskie, bez konieczności dodatkowych nakładów finansowych.

## VI. Struktura pracy

Wstęp .....	8
<b>Rozdział I</b>	
<b>Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku .....</b>	<b>16</b>
1.1. Modele opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych krajach jako czynnik transformacji	13
1.2. System ochrony zdrowia w Polsce przed reformą z 1999 roku .....	22
1.3. Zmiany systemu ochrony zdrowia wprowadzone reformą w 1999 r.....	24
1.3.1. Główne założenia i obszary reformy .....	24
1.3.2. System Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego .....	26
1.3.3. Instytucja Lekarza Rodzinnego .....	31
1.3.4. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych .....	34
1.3.5. Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz zakres ich działań w skali lokalnej i regionalnej .....	35
<b>Rozdział II</b>	
<b>Struktura i poziom finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce w kolejnych etapach reformy .....</b>	<b>38</b>
2.1. Wydatki na zdrowie .....	38
2.1.1. Poziom finansowania w Polsce na tle innych krajów UE.....	39
2.1.2. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999-2003 .....	44
2.2. Zakres i metody rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.....	50
2.2.1. System finansowania jako zasadnicza determinanta świadczenia usług medycznych .....	53
2.2.2. Ogólne nakłady na ochronę zdrowia w Polsce w okresie transformacji, a sytuacja finansowa szpitali.....	54
2.2.3. Zasoby finansowe systemu ochrony zdrowia .....	58
2.2.4. Kryteria podziału wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia ...	66
<b>Rozdział III</b>	
<b>Zakres i system rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia jako kolejny etap reformy</b>	
3.1. Jednorodne Grupy Pacjentów jako forma rozliczenia usług z NFZ ...	69
3.1.1. Kompleksowy Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia.- Rejestr	

Usług Medycznych .....	72
3.1.2. Zakres świadczonych usług medycznych .....	75
3.2. Szpital w procesie transformacji systemu ochrony zdrowia.....	83
3.2.1. Kształtowanie się nowej tożsamości szpitali publicznych -restrukturyzacja, a poprawa efektywności .....	83
3.2.2. Tożsamość szpitala publicznego .....	86
<b>Rozdział IV</b>	
<b>Determinanty jakości i dostępności usług medycznych.....</b>	<b>91</b>
4.1. Jakość usług medycznych jako przedmiot badań ekonomicznych.....	91
4.1.1. Uwarunkowania jakości usług medycznych .....	91
4.2. Prawa pacjenta jako czynnik kreowania jakości usług medycznych.....	98
4.2.1. Konstytucyjne gwarancje praw pacjentów w Polsce .....	98
4.2.2. Prawa pacjenta w świetle prawa międzynarodowego.....	102
4.2.2.1. <i>Deklaracja Praw Pacjenta WHO</i> .....	102
4.2.2.2. <i>Europejska Karta Praw Pacjenta</i> .....	107
4.2.3. Kategorie zdrowia i kryteria oceny.....	112
4.3. Prawne zabezpieczenia kreowania systemu ochrony zdrowia w Polsce .....	114
4.3.1. Aspekty prawne jakości ochrony zdrowia .....	114
4.3.2. Realizacja gwarancji ochrony zdrowia .....	120
4.3.3. Personel medyczny jako czynnik jakości usługi .....	122
4.3.4. Placówki ochrony zdrowia i ich lokalizacja jako czynnik usług medycznych.....	130
4.4. System zarządzania jakością, a poprawa efektywności jednostek ochrony zdrowia	141
4.4.1. Procedury i procesy zarządzania jakością .....	141
4.4.2. Dostępność do usług medycznych jako element jakości .....	160
<b>Rozdział V</b>	
<b>Metody szacowania efektywności działalności w szpitalach .....</b>	<b>164</b>
5.1. Teoretyczne aspekty efektywności .....	164
5.1.1. Pomiar efektywności i kontrolowanie realizacji strategii .....	164
5.2. Techniki i metody pomiaru efektywności funkcjonowania szpitala .....	169
5.2.1. Mierniki efektywności .....	171
5.2.1.1. <i>Analiza stochastycznej funkcji granicznej SFA</i> .....	174
5.2.1.2. <i>Metoda DEA (Data Envelopment Analysis – Analiza danych granicznych)</i> .....	176



## Rozdział VI

### Jakość, dostępność i poziom zadowolenia pacjentów z świadczonych usług w świetle badań empirycznych .....

179

6.1. Założenia metodologiczne badań .....	179
6.1.1. Przedmiot badań .....	179
6.1.2. Pytania i hipotezy badawcze.....	181
6.1.3. Metody badawcze .....	182
6.1.3.1. Próba badawcza i jej ogólna charakterystyka. ....	182
6.1.3.2. Struktura rynku usług szpitalnych,– analiza wyników badań .....	187
6.1.3.3. Zaawansowanie procesów restrukturyzacyjnych.....	200
6.1.3.4. Działalność szpitali w funkcjonującym systemie ochrony zdrowia w Polsce – wnioski i rekomendacje. ....	209
6.2. Jakość i dostępność do usług zdrowotnych, w świetle publikowanych badań opinii społecznej oraz badań własnych.....	211
6.3. Poziom zadowolenia pacjentów z usług medycznych i warunków leczenia – wyniki badań własnych. ....	219
6.3.1. Cel i założenia badań.....	219
6.3.2. Próba badawcza i jej charakterystyka.....	221
6.3.3. Podsumowanie wyników badań ankietowych - jakość usług świadczonych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej...	224

## Rozdział VII

### Kierunki doskonalenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia..... 236

7.1. Zmiany form organizacyjnych i własnościowych podmiotów świadczących usługi medyczne. kryteria przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego.....	236
7.1.1. Racjonalizacja nakładów finansowych i dywersyfikacja ich źródeł.....	239
7.1.2. Efektywność usługowa szpitali i ich konkurencyjność na tle mechanizmów rynku usług medycznych.....	242

7.2. Problemy polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz propozycje zmian.....	245
Zakończenie .....	252
Spis rysunków.....	258
Spis tabel .....	260
Bibliografia .....	262
Artykuły i opracowania.....	271
Akty prawne.....	277