

**PRACE NAUKOWE**

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

**RESEARCH PAPERS**

of Wrocław University of Economics

**319**

# **Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce**

## **Nowe wyzwania**



Redaktorzy naukowi

**Maria Węgrzyn**

**Marek Łyszczak**

**Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

[www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl), [www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com),

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej [www.dbc.wroc.pl](http://www.dbc.wroc.pl),

The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com),

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

[http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się  
na stronie internetowej Wydawnictwa

[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie  
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

## Spis treści

|   |     |
|---|-----|
| Wstęp .....   | 9   |
| <hr/>   |     |
| <b>Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania</b>  |     |
| <hr/>   |     |
| <b>Agnieszka Rabiega-Przyłęcka:</b> Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej) .....         | 13  |
| <b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz:</b> Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych ..... | 26  |
| <b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska:</b> Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy .....  | 35  |
| <b>Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko:</b> Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych .....   | 45  |
| <b>Marzena Pytlarz:</b> Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu).....   | 54  |
| <b>Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński:</b> Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym.....   | 65  |
| <b>Bogusław Stankiewicz:</b> Współczesne wyzwania rynku dla przedsiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg” S.A.) .....                                      | 76  |
| <b>Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj:</b> Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej .....  | 84  |
| <hr/>   |     |
| <b>Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze</b>   |     |
| <hr/>   |     |
| <b>Dorota Korenik:</b> Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego) .....     | 97  |
| <b>Joanna Śmiechowicz:</b> Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego .....   | 109 |
| <b>Joanna Wiśniewska:</b> Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012.....              | 119 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Aleksandra Szewieczek:</b> Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej..... | 130 |
| <b>Justyna Kujawska:</b> Efektywność zmian finansowania szpitali.....   | 147 |
| <b>Agnieszka Bem:</b> Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego.....  | 158 |
| <b>Marta Cholewa-Wiktor:</b> Nowoczesne metody zarządzania szpitalem.....   | 168 |
| <b>Magdalena Jaworzyńska:</b> Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej .....  | 177 |
| <b>Izabela Rydlewska-Liszkowska:</b> Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy .....            | 185 |
| <b>Marcelina Walczak:</b> Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach.....   | 194 |
| <b>Dorota Chmielewska-Muciek:</b> Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim .....                                 | 218 |

## Summaries

---

### Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

---

|  |    |
|--|----|
| <b>Agnieszka Rabiega-Przyłęcka:</b> The conversion of independent public health-care units into capital companies (against the background of the act on medical activities).....                             | 25 |
| <b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz:</b> Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change.....             | 34 |
| <b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska:</b> Evolution of regulation in healthcare – theoretical framework of analysis .....   | 44 |
| <b>Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko:</b> Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations ..... | 53 |
| <b>Marzena Pytlarz:</b> Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec).....   | 64 |
| <b>Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński:</b> New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks .....  | 75 |
| <b>Bogusław Stankiewicz:</b> Modern market challenges for business of spa (case study – “Kołobrzeg spa S.A.”).....   | 83 |
| <b>Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj:</b> The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics .....   | 93 |

---

**Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities  
by health care entities**

---

|  |     |
|--|-----|
| <b>Dorota Korenik:</b> Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities ..... | 108 |
| <b>Joanna Śmiechowicz:</b> Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation.....                                 | 118 |
| <b>Joanna Wiśniewska:</b> Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012                     | 129 |
| <b>Aleksandra Szewieczek:</b> Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity                           | 146 |
| <b>Justyna Kujawska:</b> Efficiency of hospital founding changes .....   | 157 |
| <b>Agnieszka Bem:</b> Organization and financing of medical rescue .....   | 167 |
| <b>Marta Cholewa-Wiktor:</b> Modern methods of hospital management .....   | 176 |
| <b>Magdalena Jaworzyńska:</b> Valuation of medical procedures in health care system .....  | 184 |
| <b>Izabela Rydlewska-Liszkowska:</b> Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities .....                             | 193 |
| <b>Marcelina Walczak:</b> Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries.....   | 217 |
| <b>Dorota Chmielewska-Muciek:</b> Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship .....  | 226 |

**Agnieszka Bem**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## ORGANIZACJA I FINASOWANIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

---

**Streszczenie:** W artykule zaprezentowano zagadnienia związane z organizacją i finansowaniem ratownictwa medycznego na świecie i w Polsce. Przedstawione zostały modelowe rozwiązania, w szczególności system anglo-amerykański i francusko-niemiecki.

**Słowa kluczowe:** ratownictwo medyczne, finansowanie, model anglo-amerykański, model francusko-niemiecki.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.14

### 1. Wstęp

Ratownictwo medyczne jest elementem systemu ratownictwa i ma kluczowe znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa obywateli, ponieważ niesie pomoc nie tylko w przypadku pojedynczych zdarzeń związanych z zagrożeniem życia i zdrowia, ale również w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa powszechnego, zarówno w okresie wojny, jak i pokoju. Systemy ratownictwa medycznego na świecie podlegają ciągłym przemianom, których celem jest lepsze przygotowanie do wyzwań stawianych przez nowoczesne społeczeństwa.

Prace nad polskim systemem ratownictwa medycznego zostały podjęte na przełomie XX i XXI w. – mimo ponad 10 lat doświadczeń ratownictwo medyczne w Polsce podlega ciągłej ewolucji w dążeniu do osiągnięcia wyższej sprawności działania. Sprawność funkcjonowania w przypadku systemów ratownictwa jest pochodną nie tylko prawidłowo zbudowanej struktury organizacyjnej, ale również stabilnego i przejrzystego finansowania, umożliwiającego nie tylko bieżące działanie, ale również inwestowanie w nowoczesny sprzęt i doskonalenie kadr.

W artykule zaprezentowano modelowe rozwiązania w zakresie organizacji i finansowania systemu ratownictwa medycznego na świecie oraz organizację i finansowanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

## 2. System ratownictwa medycznego

Medycyna ratunkowa koncentruje się na diagnozie i leczeniu nagłych zachorowań i urazów; obejmuje wstępną ocenę, diagnozę, leczenie oraz rozmieszczenie pacjentów wymagających szybkiej medycznej, chirurgicznej lub psychiatrycznej opieki [Definition of Emergency Medicine 2008]. Medycyna ratunkowa jest jedyną specjalnością medyczną o tak ściśle określonym zakresie praktyki klinicznej. Umożliwia to stworzenie ścisłych procedur postępowania w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia [Perina i in. 2012].

Definicja stosowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) określa systemy ratownictwa medycznego (*Emergency Medical Service system – EMS system*) jako takie rozmieszczenie personelu, urządzeń i sprzętu, które zapewnia skuteczne i skoordynowane działanie systemu w zakresie prewencji i zarządzania zagrożeniami będącymi konsekwencjami nagłych zdarzeń, katastrof, klęsk żywiołowych lub podobnych wydarzeń. Zadaniem systemów EMS jest zapewnienie:

- przedszpitalnych świadczeń intensywnej opieki medycznej (*pre-hospital EMS* lub *out-of-hospital emergency medical services – O-H-EMS*), realizowanych na miejscu zdarzenia i w czasie transportu;
- szpitalnych świadczeń medycyny ratunkowej (*in-hospital EMS - IN-H-EMS*) realizowanych na oddziałach ratunkowych i stanowiących kontynuację wcześniejszych działań ratowniczych [WHO Regional Office for Europe 2008].

Zadaniem medycznych systemów ratowniczych jest więc zapewnienie przedszpitalnych świadczeń medycyny ratunkowej, co oznacza nie tylko przetransportowanie chorego do najbliższego szpitala, ale również rozpoczęcie leczenia na miejscu zdarzenia i w czasie transportu [Zawadzki (red.) 2006] – zakres podejmowanych działań ratunkowych jest uzależniony od przyjętego modelu funkcjonowania ratownictwa medycznego.

Elementy konstrukcyjne systemów ratowniczych obejmują:

- centra powiadamiania, przyjmujące zgłoszenia o zagrożeniach;
- kadrę medyczną;
- środki transportu umożliwiające dotarcie do poszkodowanych (samochód, motocykl, łódź, etc.);
- środki transportu umożliwiające transport poszkodowanych (samochód, helikopter, samolot, łódź, etc.) [WHO Regional Office for Europe 2008].

W literaturze wyróżnia się dwa podstawowe modele ratownictwa medycznego: model francusko-niemiecki oraz anglo-amerykański. Podstawowym kryterium rozróżnienia powyższych systemów jest filozofia ich funkcjonowania. Zestawienie kluczowych cech modeli zostało zaprezentowane w tabeli 1.

**Tabela 1.** Modele medycyny ratunkowej

|                                  | Niemcy   | USA  |
|----------------------------------|--|--|
| Model                            | francusko-niemiecki (FSG)  | anglo-amerykański (AAS)  |
| Liczba pacjentów                 | – większość pacjentów leczonych na miejscu zdarzenia,<br>– niewielka liczba pacjentów transportowana do szpitala | – niewielka część pacjentów zaopatrywana na miejscu zdarzenia,<br>– większość pacjentów przewożona do szpitala |
| Personel zespołu                 | – lekarze wspierani przez ratowników medycznych  | – wyłącznie ratownicy medyczni nadzorowani przez kadrę medyczną  |
| Podstawowa zasada funkcjonowania | – „przywieźć szpital do pacjenta”  | – „przywieźć pacjenta do szpitala”   |
| Miejsce transportowania pacjenta | – transport do konkretnego oddziału często z pominięciem oddziału ratunkowego                                    | – transport do szpitalnego oddziału ratunkowego  |
| Organizacja koordynująca         | – ratownictwo medyczne jest częścią publicznej służby zdrowia  | – ratownictwo medyczne jest częścią publicznych systemów ratowniczych  |

Źródło: opracowanie na podstawie: [Al-Shaqsi 2010, s. 320-323].

Model francusko-niemiecki jest oparty na filozofii „zostań i stabilizuj” (*stay and stabilize*), a podstawową zasadą „przywieźć szpital do pacjenta” (*brings the hospital to the patient*). W tym modelu pomoc udzielana jest na miejscu zdarzenia przez lekarza wspieranego przez ratowników medycznych – obejmuje ona przede wszystkim resuscytację, stabilizację pacjenta i kontrolę bólu. Ambulanse muszą być wyposażone w sprzęt umożliwiający prowadzenie działań ratunkowych na miejscu zdarzenia i podczas transportu. Po zaopatrzeniu pacjent, w zależności od stanu, jest przekazywany, często z pominięciem oddziału ratunkowego, na wyspecjalizowany oddział szpitalny. W tym modelu ratownictwo medyczne jest najczęściej elementem szeroko pojętego systemu ochrony zdrowia [Al-Shaqsi 2010; Arnold 1999]. Model jest szeroko rozpowszechniony w Europie i funkcjonuje w Austrii Belgii, Finlandii, Francji, Niemczech, Norwegii, Portugalii, Rosji, Szwecji, Słowenii, Szwajcarii i na Łotwie [Arnold 1999].

Model anglo-amerykański bazuje na filozofii „bierz i jedź” (*scoop and run*). Celem zespołów ratowniczych jest możliwie jak najszybsze przetransportowanie pacjenta na oddział ratunkowy, gdzie otrzymuje specjalistyczną pomoc, co odpowiada zasadzie „przywieźć pacjenta do szpitala” (*bring the patient to the hospital*). Kwalifikacje kadry generalnie są niższe – zespoły ratownicze składają się z wyspecjalizowanych ratowników medycznych działających w kontakcie z oddziałem ratunkowym. Świadczenia udzielane na miejscu zdarzenia i w trakcie transportu sprowadzają się przede wszystkim do podstawowych czynności ratunkowych (co nie stwarza konieczności



wyposażania ambulansów w specjalistyczny sprzęt). W modelu anglo-amerykańskim ratownictwo medyczne jest najczęściej częścią szeroko pojętego systemu ratownictwa, obejmującego również inne służby ratownicze, jak straż pożarna czy policja [Arnold 1999; Al-Shaqsi 2010]. Do krajów, których ratownictwo medyczne funkcjonuje w oparciu o model anglo-amerykański, należą, oprócz Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych, takie kraje, jak: Australia, Kanada, Chiny, Hongkong, Irlandia, Izrael, Nowa Zelandia [Arnold 1999]. Model anglo-amerykański przyjmuje się jako wzorzec nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego [McConnell, Gray, Lindrooth 2007].

W literaturze wymienia się również model japoński, wdrażany przede wszystkim w krajach Azji Południowo-Wschodniej – m.in. w Japonii, Korei, Singapurze, Tajlandii, Turcji, Emiratach Arabskich [Ong i in. 2013], choć nie jest to powszechne – część autorów zalicza powyższe kraje do modelu anglo-amerykańskiego [Arnold 1999].

Ogólną tendencją w ewolucji systemów ratownictwa jest ich unifikacja poprzez zmniejszanie się różnic pomiędzy modelami [Fleischmann, Fulde 2007].

### 3. Finansowanie ratownictwa medycznego

Ratownictwo medyczne jest uznawane za część szeroko pojętego systemu ratownictwa w państwie. Dominującym źródłem finansowania ratownictwa medycznego są środki publiczne (ma to zwiększyć poczucie bezpieczeństwa obywateli), przy czym w przypadku większości krajów środki finansowe pochodzą z budżetu państwa (19 krajów UE, w tym w przypadku 11, budżet jest jedynym źródłem) [WHO Regional Office for Europe 2008].

W krajach Unii Europejskiej głównym mechanizmem wynagradzania świadczeniodawców za świadczenia przedszpitalne jest płatność oparta na ilości (15 spośród 24 krajów UE) lub typie świadczeń, w oparciu np. DRG (*Diagnosis Related Groups*) (17 spośród 24 krajów), populacji lub obszaru objętego świadczeniami (10 spośród 24 krajów UE). Najrzadziej spotykanym mechanizmem jest płatność za indywidualne świadczenie (2 spośród 24 krajów)<sup>1</sup> [WHO Regional Office for Europe 2008]. Oparcie płatności na ilości lub typie świadczeń stwarza bodźce do zwiększania ich liczby, w przypadku płatności o cechach kapitulacji świadczeniodawca może dążyć do ograniczenia liczby interwencji.

Finansowanie świadczeń udzielanych na oddziałach ratunkowych jest zwykle powiązane z systemem finansowania ochrony zdrowia – w przypadku krajów europejskich oznacza to zazwyczaj powszechne ubezpieczenie zdrowotne lub publiczną służbę zdrowia (lub miks powyższych ze środkami prywatnymi). W przypadku Stanów Zjednoczonych, charakteryzujących się ogromnym zróżnicowaniem mechanizmów finansowania, w przypadku świadczeń ratunkowych występują następujące mechanizmy płatności (w zależności od tego, czy pacjent jest zaopatrzonej w trybie

---

<sup>1</sup> W badaniu można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

ambulatoryjnym, czy leczenie jest kontynuowane na oddziale szpitalnym) [McConnell, Gray, Lindrooth 2007]:

- płatność za świadczenie PPS (*payment per service*) lub FFS (*fee for service*);
- płatność za dzień pobytu (*PPS per diem*);
- kapitacja – pełna lub częściowa;
- płatność oparta na kosztach udzielonych świadczeń lub ich wartości (*cost-based payment, percentage of total care*).

#### 4. System ratownictwa medycznego w Polsce

Analizując organizację i finansowanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce, zauważa się wyraźną ewolucję od modelu francusko-niemieckiego do anglo-amerykańskiego. Do końca lat 90. świadczenia ratownictwa medycznego realizowane były przez pogotowie ratunkowe. W tym okresie wskaźnik zgonów okołowypadkowych oraz spowodowanych chorobami układu krążenia i wylewami w Polsce zdecydowanie odbiegał od wskaźników dla państw europejskich, a średni czas oczekiwania na pomoc wynosił 2 godziny [Ministerstwo Zdrowia 2002].

W 1999 r. rozpoczęto budowę Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – w ramach programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne na lata 1999-2003”. Po raz pierwszy próbę kompleksowej ustawowej regulacji w obszarze podjęto w 2001 r. – Ustawą z 21 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU nr 113, poz. 1207, ze zm.). Zapisy ustawy nie zostały jednak w pełni wdrożone [Ciura 2006] i w efekcie została ona zastąpiona przez Ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU nr 191, poz. 1410 ze zm.) (dalej ustawa PRM).

Ustawa przekazała odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w ręce ministra właściwego ds. zdrowia. Zadania polegające na planowaniu, organizowaniu, koordynowaniu oraz nadzorowaniu systemu na terenie województwa stały się zadaniem właściwego wojewody. Wojewodowie są odpowiedzialni za sporządzenie planu wojewódzkiego, który są podstawą do przeprowadzenia przez właściwy terytorialnie oddział Narodowego Funduszu Zdrowia postępowania konkursowego, w wyniku którego zostają zawarte umowy na świadczenie usług z dysponentami jednostek ratunkowych. Do zadań dyrektora oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia należą również bieżące działania z zakresu nadzoru i rozliczania zawartych umów (art. 19-22 ustawy PRM).

Kluczowym ogniwem systemu są centra powiadamiania ratunkowego (CPR), których zadaniem jest przyjmowanie zgłoszeń o zdarzeniach i przekazywanie informacji odpowiednim służbom (w zależności od rodzaju zdarzenia), takim jak: pogotowie ratunkowe, zespoły Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, straż pożarna, policja, WOPR, TOPR, GOPR, jednostki ratownictwa morskiego i górniczego. Oznacza to integrację ratownictwa medycznego z Krajowym System Ratowniczo-Gaśniczym – warto przy tym podkreślić rolę zespołów ratownictwa medycznego straży pożarnej, które operują w strefie „zero” (strefa bezpośredniego zagrożenia, niedostępnej dla

jednostek pogotowia ratunkowego. Ważnym zadaniem CPR jest udzielanie wskazówek świadkom zdarzenia, co ma wpływ na zmniejszenie śmiertelności okołowypadkowej. Taka organizacja systemu (w szczególności współdziałanie służb) zbliża polski system ratownictwa do modelu anglo-amerykańskiego.

Filozofia funkcjonowania ratownictwa w Polsce jest wypadkową strategii „zabierz szpital do pacjenta” i „zabierz pacjenta do szpitala”. W ramach systemu ratownictwa funkcjonują dwa typy ambulansów<sup>2</sup> (art. 36 ustawy PRM):

- karetki specjalistyczne (S), których załogę tworzą: lekarz systemu, pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny (minimum 3 osoby uprawnione do udzielania medycznych czynności ratunkowych);
- karetki podstawowe (P), których załogę tworzą przynajmniej 2 osoby uprawnione do udzielania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;

oraz zespoły Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (Helicopter Emergency Medical Service – HEMS) złożone z pilota, lekarza oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki (art. 37 ustawy PRM). Karetki specjalistyczne, oprócz podstawowego wyposażenia, mają defibrylatory i respiratory, co umożliwia prowadzenie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (*Advanced Life Support* – ALS). Obecność lekarza oraz wyposażenie, szczególnie karettek specjalistycznych, umożliwia zarówno zastosowanie strategii *stay and stabilize*, jak i *scoop and run* – zależności od stanu pacjenta. Ustawa PRM również określa jako miejsce transportu pacjenta (art. 44 ustawy PRM) zarówno centrum urazowe, jak i wskazany przez operatora oddział szpitalny.

Szczególną rolę w systemie odgrywają centra urazowe – szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), których zadaniem jest udzielanie szpitalnych świadczeń medycyny ratunkowej. Jednostki takie muszą spełnić szereg kryteriów dotyczących m.in. struktury oddziałów zabiegowych, diagnostyki i kadry, w szczególności muszą posiadać lądowisko dla śmigłowców.

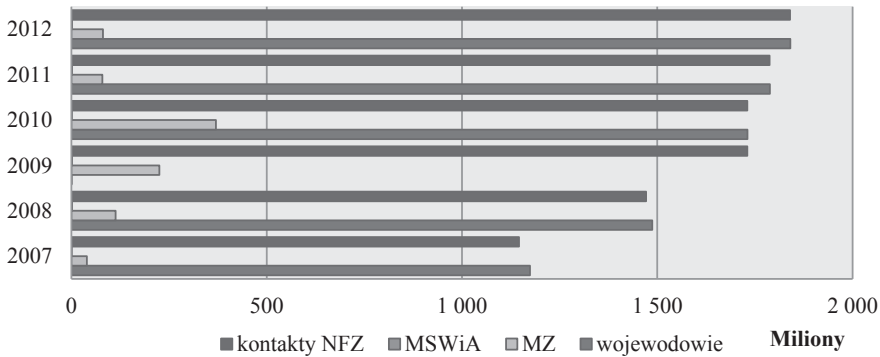
Źródłem finansowania w systemie są:

- budżet państwa – w zakresie przedszpitalnych świadczeń;
- Narodowy Fundusz Zdrowia – w zakresie świadczeń szpitalnych, w szczególności w ramach SOR.

Rysunek 1 prezentuje źródła finansowania ratownictwa medycznego w Polsce w latach 2007-2012. Zasadniczą część środków na ratownictwo medyczne przekazywana jest z budżetu państwa poprzez budżety wojewodów (1840 mln zł w 2012 r.) na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego (poza Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym) za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia, który kontraktuje i rozlicza świadczenia przedszpitalne (pozycja „kontrakty NFZ”). Środki na ten cel

---

<sup>2</sup> Wyróżnia się również karetki transportowe, neonatologiczne, POZ (podstawowa opieka zdrowotna) oraz NPL (nocna pomoc lekarska) – nie należą do systemów ratowniczych, pełnią funkcje transportowe.



**Rys. 1.** Wydatki budżetowe na przedszpitalne świadczenia ratownictwa medycznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustaw budżetowych z lat 2007-2012.

utrzymują się od 2007, poza 2009, na stabilnym poziomie. Dysponenci są wynagradzani w formie dziennego ryczałtu – w 2011 r. w jednostkach kontrolowanych przez NIK stawka dzienna dla karetki specjalistycznej wynosiła ok. 3800 zł, dla podstawowej – ok. 2800 zł [Najwyższa Izba Kontroli 2012].

Zespoły Lotniczego Pogotowia Ratunkowego są finansowane ze środków ministra właściwego do spraw zdrowia – zmienny poziom finansowania wynika z przede wszystkim ze zmiennego poziomu wydatków majątkowych – w 2012 r. ministerstwo przeznaczyło na ratownictwo medyczne 82 500 000 zł. Ze środków, których dysponentem jest minister właściwy ds. wewnętrznych, finansowane są pozostałe zadania z zakresu ratownictwa medycznego (zestawienie nie uwzględnia środków przeznaczonych na funkcjonowanie Państwowej Straży Pożarnej oraz zadań ratownictwa wodnego i górskiego).

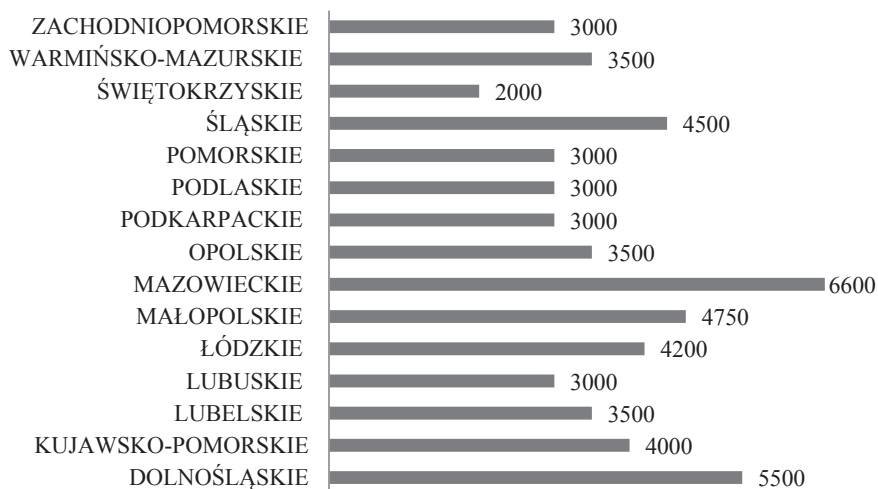
Szpitalne świadczenia medycyny ratunkowej są finansowane w ramach ogólnych kontraktów zawieranych przez szpitale. Finansowanie świadczeń udzielanych w SOR odbywa się w oparciu o stawkę ryczałtu dobowego, którego wysokość stanowi sumę dwóch składowych według wzoru:

$$R = R_s + R_f,$$

gdzie:  $R$  to stawka ryczałtu dobowego,  $R_s$  – składowa ryczałtu za strukturę,  $R_f$  – składowa ryczałtu za funkcję. Składowa  $R_f$  określona jest wzorem:

$$R_f = \frac{a}{l_d} \times \sum_{i=1}^5 P_i \times W_i,$$

gdzie  $a$  – stawka za punkt (przyjmuje się wartość: 1 punkt = 30 zł);  $l_d$  – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji;  $P_i$  – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii;  $W_i$  – waga odpowiedniej kategorii w charakterystyce.



**Rys. 2.** Stawki ryczałtu dobowego w 2011 r.

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia (2011). Finansowanie ochrony zdrowia w 2012 r. Materiały z konferencji prasowej.

Stawki ryczałtu dobowego wykazywały w 2001 r. znaczne zróżnicowanie (rys. 2). W 2012 r. podniesiona została minimalna stawka dobowego ryczałtu do poziomu 440 zł, co dla niektórych jednostek oznaczało istotny przyrost przychodów. W tabeli 1 zostały przedstawione efekty podwyższenia minimalnej stawki ryczałtu [Narodowy Fundusz Zdrowia 2011]. Celem nowych regulacji było ograniczenie zróżnicowania poziomu finansowania SOR-ów w poszczególnych województwach (tabela 2).

**Tabela 2.** Przeciętne dzienne środki przeznaczane na 1 SOR w latach 2009-2011

| Województwo        | 2009  | 2010  | 2011   | Dynamika<br>2009/2010 | Dynamika<br>2011/2010 |
|--------------------|-------|-------|--------|-----------------------|-----------------------|
| 1                  | 2     | 3     | 4      | 5                     | 6                     |
| Dolnośląskie       | 6 959 | 8 894 | 8 694  | 27,81%                | -2,25%                |
| Kujawsko-pomorskie | 6 282 | 7 705 | 10 764 | 22,65%                | 39,70%                |
| Lubelskie          | 5 817 | 5 420 | 5 831  | -6,82%                | 7,58%                 |
| Lubuskie           | 4 990 | 5 622 | 5 059  | 12,68%                | -10,02%               |
| Łódzkie            | 6 565 | 6 605 | 7 127  | 0,62%                 | 7,91%                 |
| Małopolskie        | 8 895 | 9 145 | 9 724  | 2,81%                 | 6,33%                 |
| Mazowieckie        | 8 556 | 9 462 | 9 617  | 10,58%                | 1,64%                 |
| Opolskie           | 7 438 | 7 533 | 7 438  | 1,27%                 | -1,27%                |
| Podkarpackie       | 6 206 | 5 390 | 6 375  | -13,14%               | 18,28%                |
| Podlaskie          | 5 000 | 5 129 | 5 312  | 2,60%                 | 3,56%                 |

| 1                   | 2     | 3     | 4     | 5      | 6      |
|---------------------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Pomorskie           | 7 730 | 8 537 | 8 822 | 10,43% | 3,34%  |
| Śląskie             | 8 903 | 8 500 | 7 734 | -4,53% | -9,01% |
| Świętokrzyskie      | 4 918 | 5 966 | 6 350 | 21,30% | 6,44%  |
| Warmińsko-mazurskie | 4 951 | 4 951 | 5 445 | 0,00%  | 9,99%  |
| Wielkopolskie       | 7 317 | 7 049 | 7 724 | -3,66% | 9,58%  |
| Zachodniopomorskie  | 4 760 | 5 451 | 5 246 | 14,52% | -3,76% |

Źródło: [Najwyższa Izba Kontroli 2012].

## 5. Podsumowanie

Polski system ratownictwa medycznego ewoluje w kierunku modelu anglo-amerykańskiego; pewną przeszkodą może być opór pacjentów przed udzielaniem świadczeń wyłącznie przez ratowników medycznych.

Zastrzeżenia budzi również podział kompetencji pomiędzy wojewodę a NFZ – w obecnych rozwiązaniach wojewoda odpowiada za funkcjonowanie systemu na terenie województwa, jednak poza sporządzeniem planu zabezpieczenia świadczeń nie ma realnego wpływu na proces kontraktowania i rozliczania.

Kolejnym problemem jest poziom finansowania. Kontrola NIK wykazała, że większość dysponentów jednostek ratunkowych przy obecnym poziomie finansowania generowała straty [Najwyższa Izba Kontroli 2012]. Kolejnym problemem jest finansowanie centrów urazowych – wydaje się zasadne, aby nastąpiło rozdzielenie płatności za gotowość do udzielenia świadczenia od płatności za realizowane procedury medycyny ratunkowej.

## Literatura

- Al-Shaqsi S. (2010, October), *Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems*, Oman Medical Journal (25), s. 320-323.
- Arnold J. (1999, January), *International emergency medicine and the recent*, „Annals of Emergency Medicine”, s. 97-103.
- Cannoodt L., Mock C. i Bucagu M. (2012), *Identifying barriers to emergency care services*, „International Journal of Health Planning and Management” (27), s. 104-120.
- Ciura G. (2006, luty), *Ratownictwo medyczne*, Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i Ekspertyz. *Definition of Emergency Medicine* (2008), „Annals of Emergency Medicine” (52), s. 189-190.
- Fleischmann T., Fulde G. (2007), *Emergency medicine in modern Europe*, *Emergency Medicine Australasia* (19), s. 300-302.
- McConnell J., Gray D., Lindrooth R. (2007), *The Financing of Hospital-Based Emergency Departments*, „Journal of HealthCare Finance” (33), s. 31-52.
- Ministerstwo Zdrowia (2002), Program Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego w 2002 roku.
- Najwyższa Izba Kontroli (2012), *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Informacja o wynikach kontroli* (Nr ewid. 149/2012/P11094/kzd), Warszawa.

- Narodowy Fundusz Zdrowia (2011), *Finansowanie ochrony zdrowia w 2012 roku*. Materiały z konferencji prasowej.
- Ong M., Cho J., Hwei-Ming Ma M., Tanaka H., Nishiuchi T. (2013), *Comparison of emergency medical services systems in the pan-Asian resuscitation outcomes study countries: Report from a literature review and survey*, *Emergency Medicine Australasia* (25), s. 55-63.
- Perina D., Brunett P., Caro D., Char D., Chisholm C. (2012), *The 2011 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine*, *Academic Emergency Magazine*, s. 19-40.
- Pozner C.N., Zane R., Nelson S.J., Levine M. (2004), *International EMS Systems: The United States: past, present, and future*, *Resuscitation* (60), s. 239-244.
- Schneider S.M., Gardner A.F., Weiss L.D., Wood J.P., Ybarra M., Beck D. i in. (2010, September), *Academic Emergency Medicine*, 17(9), s. 998-1003.
- Ustawa budżetowa na rok 2006 z dnia 17 lutego 2006 r. (DzU z 2006, nr 35, poz. 244).
- Ustawa budżetowa na rok 2007 z dnia 25 stycznia 2007 r. (DzU z 2007, nr 15, poz. 90).
- Ustawa budżetowa na rok 2008 z dnia 23 stycznia 2008 r. (DzU z 2008, nr 19, poz. 117).
- Ustawa budżetowa na rok 2009 z dnia 9 stycznia 2009 r. (DzU z 2009, nr 10, poz. 58).
- Ustawa budżetowa na rok 2010 z dnia 22 stycznia 2010 r. (DzU z 2010, nr 19, poz. 102).
- Ustawa budżetowa na rok 2011 z dnia 20 stycznia 2011 r. (DzU z 2011, nr 29, poz. 150).
- Ustawa budżetowa na rok 2012 z dnia 2 marca 2012 r. (DzU z 2012, nr 0, poz. 273).
- Ustawa z 21 lipca 2001 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (brak daty) (DzU nr 113, poz. 1207).
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (brak daty) (DzU nr 191, poz. 1410, ze zm.).
- Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 r. zatwierdzony w dniu 3 września 2007 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów
- Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 r., zatwierdzony w dniu 13 listopada 2007 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów z późn. zm.
- Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 r. zatwierdzony w dniu 18 września 2008 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów
- Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r. z dnia 31 lipca 2009 r. z późn. zm.
- Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 r. zatwierdzony w dniu 13 sierpnia 2010 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów z późn. zm.
- Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r. zatwierdzony w dniu 16 sierpnia 2011 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów
- WHO Regional Office for Europe (2008), *Emergency Medical Services Systems in the European Union*, World Health Organization.
- Zawadzki A. (red.) (2006), *Medycyna ratunkowa i katastrof*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

## ORGANIZATION AND FINANCING OF MEDICAL RESCUE

**Summary:** The article presents the issues related to the organization and financing of medical emergency systems in the world and in Poland. It presents model solutions, in particular the Anglo-American system and the Franco-German one.

**Keywords:** emergency medical services, funding, Anglo-American model, Franco-German model.