

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, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

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

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

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

Summaries

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

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

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

Aleksandra Szewieczek

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

SZCZEGÓLNE UWARUNKOWANIA DZIAŁALNOŚCI PUBLICZNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH W ŚWIELE NOWEJ USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Streszczenie: W artykule przedstawiono wybrane regulacje prawne zawarte w nowej ustawie o działalności leczniczej, które wpływają na realizację procesów zarządczych w obszarze organizacyjno-ekonomicznym w publicznych podmiotach leczniczych. Dokonano ich analizy, oceny oraz przedstawiono stanowiska prezentowane w tym zakresie przez głównego regulatora systemu – Ministerstwo Zdrowia. Dotyczą one zawierania umów o pracę z nauczycielami akademickimi w zadaniowym systemie czasu pracy, wybranych zasad konstrukcji postanowień regulaminu organizacyjnego, określania czasu pracy pracowników administracyjnych, funkcjonowania funduszu założycielskiego w samodzielnych publicznych zakładach opieki, aspektów pokrywania ujemnego wyniku finansowego tych jednostek przez organ tworzący oraz rozszerzenia kręgu beneficjentów środków publicznych o charakterze dotacji i rosnącej przewagi podmiotów leczniczych niepublicznych nad publicznymi na rynku świadczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, ustawa o działalności leczniczej, organizacja i zarządzanie, zmiany prawa.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.12

1. Wstęp

Ramy organizacyjne i warunki funkcjonalne udzielania świadczeń zdrowotnych, funkcjonowania podmiotów branży medycznej, a także organizacja systemu finansowania opieki medycznej w Polsce poddawane są okresowym zmianom. Zmiany te przybierają bądź postać istotnych reform¹, całkowicie przeobrażających funkcjonowanie i finansowanie całego systemu ochrony zdrowia, bądź też postać zmian o cha-

¹ Proces reformowania ochrony zdrowia w Polsce, począwszy od wczesnych lat 80. aż po dzień dzisiejszy, z naciskiem na polityczny wymiar działań, został szczegółowo przedstawiony w: I. Markowska-Kabała, *Uwarunkowania polityczne zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” nr 55, red. E. Urbańczyk, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, Bydgoszcz 2011, s. 39-51.

rakterze mniej istotnym, często kosmetycznych, mających na celu uwzględnienie zmieniających się wymagań i czynników oddziaływania otoczenia, eliminacji ujawnionych nieprawidłowości, czy też ujęcie zagadnień dotychczas nieuregulowanych lub regulowanych w niedostatecznym stopniu.

Wśród dotychczas wprowadzonych istotnych zmian warunków udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów branży medycznej należy bez wątpienia wskazać wprowadzenie zapisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej² oraz ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym³. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, regulująca głównie zasady prowadzenia działalności w zakresie ochrony zdrowia (usługi medyczne), w trakcie 20 lat funkcjonowania poddawana była wielokrotnym nowelizacjom. Z kolei ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, regulująca ustrój systemu ochrony zdrowia w Polsce, została zastąpiona innymi aktami prawnymi. Wielokrotne nowelizacje ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jak również bieżące uwarunkowania funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej wymusiły konieczność wprowadzenia nowych regulacji. W efekcie z dniem 1 lipca 2011 roku ustawa o zakładach opieki zdrowotnej została zastąpiona ustawą o działalności leczniczej⁴.

Funkcjonowanie nowych przepisów prawnych w każdym przypadku wiąże się z problemami empirycznymi właściwego ich stosowania. Problemy te dotyczą szeregu zakresów działalności jednostek opieki zdrowotnej, w tym takich obszarów, jak: organizacyjne, ekonomiczne, medyczne. Wyraźne ich oddzielenie, z perspektywy dokonywanej analizy, nie zawsze jest możliwe, ponadto wiele z tych problemów można zidentyfikować nie na etapie analizy regulacji prawnych, lecz dopiero w momencie faktycznego ich występowania.

Celem artykułu jest analiza i ocena szczególnych regulacji zawartych w ustawie o działalności leczniczej, kształtujących procesy zarządcze w sferze organizacyjno-ekonomicznej publicznych podmiotów leczniczych, a także przedstawienie propozycji ich interpretacji i ewentualnego wdrożenia. Zidentyfikowane w artykule elementy stanowiły przedmiot szczególnego zainteresowania i wzmoczonych prac interpretacyjnych na potrzeby ich wdrożenia w praktyce funkcjonowania konkretnego szpitala klinicznego. Jako główne kryteria wyodrębnienia obszarów analizy przyjęto niejednoznaczność regulacji dotyczących stosunku pracy, w ramach których dokonano analizy czasu pracy w różnych grupach zawodowych w podmiotach leczniczych oraz nowych zasad regulowania stosunków pracy z nauczycielami akademickimi zatrudnionymi

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408, ze zm.).

³ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU nr 28, poz. 153, ze zm.). Ustawa ta została następnie uchylona zapisami ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU nr 45, poz. 391, ze zm.), która również została uchylona – na podstawie przepisów obowiązującej do dziś ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: DzU nr 164, poz. 1027 z 2007 r., ze zm.).

⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU nr 112, poz. 6786, ze zm.).

w podmiotach leczniczych. Kolejnym kryterium wyróżnienia analizowanej tematyki jest oddziaływanie nowych regulacji prawnych na sytuację ekonomiczną publicznych podmiotów leczniczych. W ramach tego kryterium omówiono problematykę pozycji publicznych podmiotów leczniczych na rynku ochrony zdrowia, ich dostępności do publicznych źródeł finansowania działań rozwojowych, a także aspekty funkcjonowania funduszu własnego w tych podmiotach, w tym udziału organów założycielskich w pokrywaniu ujemnych wyników finansowych, oraz problematykę konstrukcji zapisów regulaminu organizacyjnego.

Analiza treści przedstawionych w artykule oparta jest w przeważającej części na obowiązujących obecnie lub w przeszłości aktach prawnych regulujących organizację i finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, stanowiskach i komunikatach wydanych przez Ministerstwo Zdrowia, będące głównym regulatorem tego systemu. Analiza to została dodatkowo wsparta przez badanie krajowej literatury przedmiotu.

2. Czas pracy w opiece zdrowotnej

Wprowadzenie ustawy o działalności leczniczej (dalej UDL) często określane jest jako rewolucja w organizacji i funkcjonowaniu podmiotów leczniczych, jednocześnie jednak wiele z zapisów nowej ustawy stanowi często powielenie lub nieznaczną modyfikację postanowień zawartych w poprzednio obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Jedną z takich regulacji, która może być postrzegana jako niezbyt uciążliwa z perspektywy funkcjonowania podmiotów leczniczych, dotyczy czasu pracy pracowników obsługi (a także pracowników technicznych i gospodarczych). Czas ten, zgodnie z art. 93 ust. 3 UDL, wynosi w przyjętym okresie rozliczeniowym nie więcej niż 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień. Identyczna regulacja zawarta była w art. 32g ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Tymczasem podstawową trudnością jest określenie stanowisk pracy zaliczanych do grupy pracowników obsługi. Bez wątplenia w grupie tej ujmuje się pracowników warsztatów, kotłowni, działów utrzymania czystości itp. Wątpliwość klasyfikacji dotyczy natomiast pracowników zatrudnionych w administracji podmiotów leczniczych. W niektórych jednostkach osoby te są zaliczane do grupy pracowników obsługi, do których stosowany jest 8-godzinny dzień pracy, natomiast w innych jednostkach – do odrębnej grupy pracowników administracji⁵, dla których stosowany jest skrócony (7 godz. 35 min) czas pracy w dniu roboczym. Problem ten nie jest kluczowy dla funkcjonowania podmiotów leczniczych, lecz powoduje możliwą rozbieżność w traktowaniu tej samej grupy pracowniczej w różnych podmiotach leczniczych. Taka sytuacja może rodzić określone roszczenia pracownicze. Pewnym rozwiązaniem, z perspektywy pojedynczych podmiotów, jest

⁵ W badanym podmiocie pracownicy administracji stanowili odrębną grupę, zaś do pracowników obsługi zaliczono: palaczy, pracowników kuchni, warsztatów i obsługi ogólnej. W jednostce tej nie wydzielono odrębnych grup dla pracowników technicznych i gospodarczych.

uregulowanie czasu pracy wszystkich grup zawodowych funkcjonujących w jednostce albo też jednoznaczna identyfikacja pracowników z grupy obsługi w wewnętrznych regulacjach dotyczących organizacji i porządku pracy w podmiocie leczniczym (regulamin pracy, regulamin wynagradzania itp.). Ponadto, co bardzo istotne, kwestią tą zajęło się również Ministerstwo Zdrowia, uznając, iż pracowników administracyjnych dotyczy dobowy wymiar czasu pracy w wysokości 7 godz. 35 min⁶.

3. Zatrudnianie nauczyciela akademickiego

Nowością wprowadzoną do ustawy jest odmienne uregulowanie zatrudniania nauczycieli akademickich w szpitalach klinicznych lub innych jednostkach organizacyjnych, które zostały udostępnione do realizacji zadań dydaktycznych (w zawodach medycznych) w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Nauczyciel akademicki może być w takich podmiotach zatrudniony:

- w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę, która określa zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- na podstawie umowy cywilnoprawnej, które określa zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych⁷.

Wprowadzenie takich zapisów jest zrozumiałe z perspektywy funkcjonowania uczelni medycznych⁸, jednakże niezrozumiałe z perspektywy funkcjonowania podmiotów leczniczych. Podmioty te, określając dla zatrudnionego nauczyciela akademickiego zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, mogą przyporządkować tym działaniom wyłącznie jedno źródło finansowania – opłaty/ceny uzyskiwane za realizowane świadczenia zdrowotne (głównie z NFZ), które przecież nie służą finansowaniu działań dydaktycznych i badawczych. Co prawda uczelnia medyczna zawiera z takim podmiotem umowę o odpłatne udostępnienie jednostek organizacyjnych na prowadzenie tych działań, jednakże przychody z tego tytułu dotyczą wyłącznie udostępniania pomieszczeń i sprzętów oraz towarzyszących im

⁶ Por. Stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 8.10.2010 r. w sprawie norm czasu pracy pracowników administracyjnych w niepublicznym zoz (MZ-BP-P-0620-5384-2/AP/10). Stanowisko to dotyczy co prawda podmiotów niepublicznych oraz zostało wydane pod rządami poprzednio obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jednak można nadal uważać je za aktualne, również w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

⁷ Por. art. 92 ustawy o działalności leczniczej.

⁸ W związku z zapisami art. 112 i 130 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (DzU nr164, poz. 1365, ze zmianami) pojawiały się wątpliwości co do rozgraniczenia obowiązków wykonywanych przez nauczyciela akademickiego zatrudnionego w uczelni medycznej i uczestniczącego w sprawowaniu opieki zdrowotnej przez wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w określonych jednostkach organizacyjnych. W udzielaniu tych świadczeń nauczyciel taki uczestniczy na podstawie odrębnej umowy zawartej z jednostką, w której realizowane są te świadczenia. Por. Ł. Prasolek, *Koniec kłopotów w szpitalach akademickich i instytutach badawczych*, „Rzeczpospolita” 1.07.2011, <http://prawo.rp.pl/artykul/681168.html> (6.09.2012).

kosztów, nie służą pokryciu kosztów pracy pracowników medycznych. Jednocześnie nauczyciela akademickiego łączy także stosunek pracy z uczelnią medyczną – jako miejsce pracy wskazuje on klinikę, katedrę lub inne podobne miejsce, posadowione w podmiocie udostępniającym uczelni pomieszczenia niezbędne do realizacji zadań dydaktycznych i badawczych. Jeśli zatem źródłem finansowania pracy takiej osoby jest z jednej strony uczelnia, która w swym stosunku zobowiązaniowym wykazuje głównie zadania dydaktyczne i badawcze (w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych), a z drugiej strony podmiot leczniczy, którego to stosunek zobowiązaniowy, łączący go z nauczycielem akademickim, skupiony jest na zabezpieczeniu udzielania świadczeń zdrowotnych, niezrozumiałe jest, z perspektywy tego podmiotu, regulowanie zadań, których źródło finansowania zapewnia inny podmiot.

Kolejnym problemem wynikającym z zawarcia z nauczycielem akademickim umowy o pracę w systemie zadaniowym jest spełnienie wymogów kontraktów zawartych z NFZ w części dotyczącej tzw. harmonogramów pracy, określających wymiar czasu pracy, a czasami także godziny pracy (np. w poradniach). Ideą zadaniowego czasu pracy jest bowiem fakt, iż pracodawca nie określa godzin pracy pracownika, lecz jedynie ustala czas przeznaczony na zadanie⁹, który jednocześnie pozwala określić wymiar zawartej umowy o pracę. Pracodawca nie kontroluje czasu pracy, gdyż to pracownik samodzielnie kształtuje godziny wykonywania pracy, dni itp. Wskazywanie godzin pracy w zadaniowym systemie czasu pracy jest niedopuszczalne, gdyż powoduje, iż w istocie nie mamy do czynienia z zadaniowym systemem pracy¹⁰.

W powyższej kwestii szpital kliniczny zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia o zajęcie stanowiska. Ministerstwo wskazało, iż czas pracy nauczyciela akademickiego jest czasem pracy w dwóch powiązanych stosunkach zatrudnienia. Wskazano również, co potwierdza omówione wyżej nieprawidłowości z powiązaniem źródła finansowania pracy, iż zawarcie w umowie o pracę zadań z zakresu dydaktyki i badań gwarantuje, że w ramach stosunku pracy zawartego z podmiotem leczniczym część pracy będzie przeznaczana na realizację zadań dydaktycznych. Jednocześnie jednak zmienione regulacje prawne dotyczą wyłącznie systemu czasu pracy, a nie kwestii wynagrodzenia. Finansowanie pracy dydaktyczno-badawczej zapewnia uczelnia (umowy o pracę z pracownikami). Natomiast środki otrzymywane przez szpital kliniczny na działalność dydaktyczną przeznaczone są wyłącznie na pokrycie ewentualnych wydatków rzeczowych¹¹. Ministerstwo potwierdziło zatem, iż finansowanie pracy dydaktyczno-badawczej zapewnia uczelnia (poprzez umowy o pracę). Jednocześnie podmiot leczniczy określa w odrębnej umowie z pracownikiem konieczne do realizacji zadania dydaktyczne i badawcze. Za działania te podmiot leczniczy nie otrzymuje wynagrodzenia, lecz wypłaca wynagrodzenie pracownikowi. Mimo że zrozumiałe

⁹ Por. art. 140 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity DzU z 1998, nr 21, poz. 94, ze zm.).

¹⁰ Por. R. Celeda i in., Kodeks pracy. Komentarz, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.

¹¹ Por. Stanowisko Ministerstwa Zdrowia z dnia 5.10.2011 (MZ-OZZ-024-25419-2/CP/11).

jest zaspokojenie potrzeb uczelni medycznych i odpowiednie uregulowanie prawne tej kwestii, wydaje się, że obecnie przyjęte rozwiązania są wadliwe z perspektywy gospodarowania finansami podmiotów leczniczych, rodzą poważne wątpliwości i obawy o zarzut niegospodarności podmiotu leczniczego (nie tylko szpitala klinicznego, ale szczególnie innego podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, którego organem tworzącym nie jest uczelnia medyczna), o finansowanie z własnych środków działań nauczycieli akademickich, które powinny znaleźć pokrycie w finansowaniu z innych źródeł, ale budzi również wątpliwości faktyczne stosowanie zadaniowego systemu czasu pracy.

4. Równość podmiotów publicznych i niepublicznych na rynku ochrony zdrowia

W praktyce funkcjonowania podmiotów ochrony zdrowia w Polsce wielokrotnie podkreślana była przewaga pozycji podmiotów publicznych nad niepublicznymi. Podmioty publiczne miały łatwiejszy dostęp (preferencyjne traktowanie) do publicznych środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych, jak również do środków publicznych przeznaczonych na działania inwestycyjne w ochronie zdrowia, a także na realizację programów zdrowotnych¹². Podmioty publiczne wypełniają bowiem szczególne funkcje nadane im przez państwo: leczenia, identyfikowania zagrożeń zdrowotnych, wdrażania nowych sposobów leczenia i organizacji opieki zdrowotnej, kształcenia kadr medycznych, prowadzenia badań naukowych, prowadzenia działań prewencyjnych i profilaktycznych w ochronie zdrowia i in.¹³ Kolejne zmiany organizacyjne w wydatkowaniu środków publicznych, wprowadzone zapisami UDL, miały zatem na celu zrównanie na rynku ochrony zdrowia pozycji podmiotów o publicznym oraz niepublicznym charakterze własności. Wydaje się jednak, że obecnie obowiązujące regulacje prawne powodują odwrócenie sytuacji, a mianowicie obserwowane jest zwiększenie przewagi podmiotów niepublicznych nad publicznymi. Przejawem tego jest między innymi artykuł 44 UDL, który zawiera regulacje dotyczące pobierania opłat przez podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą¹⁴. Zgodnie z zapisami wskazanego artykułu podmiot taki udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym

¹² W latach 1994 i 1995 przyznano dotacje budżetowe na spłatę długów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o łącznej kwocie 2 mld zł. Kolejna pomoc finansowa pojawiła się w latach 1997, 1998, 2004. Szerzej: M. Kachniarz, *Prawno-ekonomiczne podstawy przekształcania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w komercyjne firmy medyczne*, [w:] K. Perechuda, M. Kowalewski (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008, s. 14-22.

¹³ Szerzej: R. Holly, *Szpital publiczny w systemie ochrony zdrowia*, [w:] R. Holly, J. Suchecka (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009, s. 30 i n.

¹⁴ Za podmiot taki uważa się samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe. Por. art. 4, ust. 1, pkt 2 i 3 ustawy o działalności leczniczej.

oraz innym uprawnionym nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Regulacje dotyczące zakresu uprawnień osób uprawnionych i poziomu odpłatności zawarte są w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵. Z kolei wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane innym niż wymienione osoby (a zatem w domyśle, poza regulacjami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) ustala kierownik jednostki, uwzględniając rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. Przedstawione regulacje, co szczególnie istotne, nie dotyczą podmiotów będących przedsiębiorcami (a więc w większości przypadków podmiotów niepublicznych). Jednocześnie każdy podmiot leczniczy, bez względu na formę własności, powinien posiadać regulamin organizacyjny, który winien określać między innymi organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne, które mogą być – zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej lub odrębnymi przepisami – udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością¹⁶.

Przedstawione regulacje uniemożliwiają pobieranie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat od tzw. pacjentów komercyjnych, gdyż byłoby to zaprzeczeniem zasady solidarności społecznej¹⁷. Niedogodności takiego rozwiązania są szczególnie silnie odczuwalne w warunkach nasilającego się w ostatnim okresie zjawiska ograniczania limitów wartościowych i ilościowych kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia¹⁸ lub też – co jest szczególnie dotkliwe – w związku z brakiem zawarcia umowy o finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych¹⁹.

Ze względu na fakt, iż zapisy wskazanego artykułu 44 są dość ogólne i można je różnie interpretować, zainteresowane podmioty lecznicze mają możliwość wystąpienia do Ministra Zdrowia o ich interpretację (choć nie jest ona wiążąca dla stron). Zajmowane stanowiska dotyczące możliwości pobierania opłat przez samodzielne publiczne

¹⁵ Szczegółowe omówienie i analizę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz obowiązku władz publicznych zapewnienia obywatelom równego dostępu do tych świadczeń przeprowadził D.E. Lach, w: D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.

¹⁶ Por. art. 24 ust. 1 pkt 10 i 12 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁷ Por. M. Węgrzyn, *Zwięźszenie źródeł finansowania polskiej opieki zdrowotnej – potrzeby i możliwości*, [w:] I. Rudawska, E. Urbańczyk (red.), *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Difin, Warszawa 2012, s. 111.

¹⁸ Limitowanie to było już wprowadzane przez kasy chorych. Por. D. Cichońska, *Szpital publiczny jako centrum kompetencyjne polskiego systemu ochrony zdrowia*, [w:] R. Holly, J. Suchecka (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009, s. 30 i n., s. 57-58.

¹⁹ Jako przyczynę wskazać można: rosnącą konkurencję w procesie kontraktowania świadczeń, głównie ze strony niepublicznych podmiotów leczniczych, których aktywność wzrasta przede wszystkim w obszarze świadczeń przeszacowanych w wycenie NFZ, w tym między innymi z zakresu kardiologii, ortopedii i okulistyki. Innym powodem niezawarcia kontraktu może być odrzucenie oferty ze względu na niespełnienie kryteriów formalnych.

zakłady opieki zdrowotnej po wyczerpaniu limitów ilościowych i wartościowych ustalonych w umowach zawartych z NFZ były raczej ugruntowane i jednoznacznie wskazywały brak takiej możliwości (w przeciwieństwie do podmiotów niepublicznych, których takie ograniczenie nie dotyczy)²⁰.

Z kolei interpretacje dotyczące pobierania opłat w sytuacji braku zawarcia kontraktu z NFZ były raczej zbędne, gdyż w poprzednich latach był to problem marginalny. Jednakże zjawisko odrzucenia oferty podmiotu publicznego w procesie kontraktowania świadczeń z NFZ nasila się w ostatnich latach. W przypadku niewykorzystanych mocy przerobowych koszty utraconych korzyści są szczególnie istotne.

W listopadzie 2011 roku Ministerstwo Zdrowia zajęło stanowisko w sprawie możliwości pobierania opłat przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w przypadku niezawarcia kontraktu z NFZ w danym zakresie²¹, prezentowane kolejno w formie ogólnodostępnych komunikatów.

Zgodnie z tym stanowiskiem w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą możliwe jest udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym odpłatnie tylko w przypadku, gdy nie są to świadczenia gwarantowane. Natomiast swobodne pobieranie opłat za wszelkie świadczenia (bez względu na to, czy są one przedmiotowo gwarantowane do całkowitego lub częściowego finansowania ze środków publicznych, czy też nie) jest możliwe wyłącznie od osób nieuprawnionych do korzystania ze świadczeń publicznych. Dokonując analizy zakresu świadczeń gwarantowanych, należy oprzeć się na zapisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która nie tylko wskazuje zakres tych świadczeń i procedurę możliwości ich realizacji, osoby uprawnione do korzystania z tych świadczeń, ale także wskazuje przypadki, gdy możliwe jest dodatkowe pobieranie opłat.

Podsumowując można stwierdzić, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może pobierać opłaty za świadczenia gwarantowane wyłącznie wtedy, gdy możliwość ta wskazana jest w regulacjach odrębnej ustawy (np. dopłaty do pobytów sanatoryjnych, świadczenia medycyny pracy, badania związane z prowadzeniem pojazdów mechanicznych itp.). Kolejna możliwość dotyczy osób uznawanych za nieubezpieczone, a więc niemających prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Natomiast gdy jednostka publiczna nie otrzymuje środków z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych (z różnych powodów – przekroczenia limitów, odrzucenia oferty), a ma możliwość ich wykonywania, nie może ona pobierać za nie opłaty od osób fizycznych (prywatnych). Powoduje to faktyczne zaprzestanie realizacji działalności medycznej we wskazanym obszarze. Tymczasem podmioty niepubliczne w takim przypadku mogą swobodnie decydować

²⁰ Na przykład: Komunikat w sprawie pobierania opłat przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej za świadczenia zdrowotne z dnia 21.05.2012 r., www.mz.gov.pl (22.05.2012).

²¹ Stanowisko Ministerstwa Zdrowia z dnia 24.11.2011 r., MZ-OZZ-024-26558-1/EW/11.

o wysokości pobieranych opłat od pacjentów (bez względu na fakt posiadania przez nich ubezpieczenia zdrowotnego w systemie FUS).

W konkluzji należy jednoznacznie potwierdzić, iż przedstawione regulacje prowadzą do nierównego traktowania podmiotów. Równocześnie zrozumiałe jest, że podmioty o publicznym charakterze własności stanowią narzędzie zapewniania przez państwo równego i powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych (m.in. poprzez wykorzystanie mechanizmu kolejek oczekujących na świadczenia oraz zakaz pobierania opłat za przyspieszenie udzielenia świadczenia), jednocześnie jednak podmiotom tym uniemożliwia się konkurowanie na rynku z podmiotami niepublicznymi (np. dodatkowa opłata za wyższy standard sali), praktycznie zakazując dostępu do większości środków niepublicznych, które mogłyby stanowić znaczne źródło dodatkowego finansowania, tak istotnego z perspektywy występujących problemów w ograniczonym finansowaniu ochrony zdrowia. Z drugiej strony podmioty publiczne w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych traktowane są na równi z podmiotami niepublicznymi, podlegają tym samym kryteriom oceny oraz otrzymują taką samą wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne, często również przegrywają w tym konkursie z coraz lepiej wyposażonymi w sprzęt i zasoby osobowe podmiotami niepublicznymi. Jednocześnie jednak nie mogą uzupełniać swojej oferty o dodatkowo płatne świadczenia, co bez trudu czynią placówki niepubliczne. Ta swoista, szczególna rola, przewidziana przez państwo dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, powoduje, że finansowy wymiar odpowiedzialności społecznej za równy i powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych spada na podmioty publiczne. Być może satysfakcjonujące byłoby zatem zastosowanie pewnych mechanizmów równoważących to niejednolite traktowanie (np. wyższa stawka opłat za świadczenia zdrowotne). Tymczasem główny regulator (Ministerstwo Zdrowia) wskazuje, iż UDL zawiera przepisy umożliwiające przekształcenie SP ZOZ w spółkę bez konieczności jego likwidacji, co jest zgodne z polityką rządu w zakresie przekształceń. Spółki takiej nie dotyczą ograniczenia, które przytoczono powyżej²². Obserwowalna jest zatem niekonsekwencja w traktowaniu podmiotów publicznych versus podmiotów niepublicznych.

Mimo powyższych ustaleń należy wskazać pewną dodatkową możliwość pobierania opłat od niektórych świadczeń gwarantowanych, mimo że prezentowane stanowisko Ministerstwa Zdrowia nie przytacza jej bezpośrednio. Otóż możliwe jest pobieranie przez SPZOZ opłat za świadczenia gwarantowane od osób uprawnionych do tych świadczeń, ale wyłącznie wtedy, gdy dotyczy to specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych udzielanych bez wymaganego przepisami prawa skierowania do ich otrzymania²³.

²² Tamże.

²³ Por. art. 61 ustawy o świadczeniach opieki.

5. Rozszerzenie kręgu beneficjentów środków publicznych (dotacje)

Skutkiem wprowadzenia nowych zapisów UDL jest rozszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do otrzymywania środków publicznych (w tym dotacji), stanowiących dodatkowe źródło finansowania inwestycji oraz realizacji programów zdrowotnych. Obecnie do grupy tej zaliczane są wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą (czyli także podmioty niepubliczne; dawniej były to wyłącznie SP ZOZ-y). Zakres tytułów przyznawania środków publicznych w zasadzie nie uległ zmianie, jednakże jednoznacznie wskazano, że dotacje na cele stricte inwestycyjne, czyli remonty i inne inwestycje (w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego) niezwiązane z realizacją zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, mogą być przyznawane wyłącznie przez ministra właściwego do spraw zdrowia (dla spółek kapitałowych, w których reprezentowany przez niego Skarb Państwa lub uczelnia medyczna posiadają co najmniej 51% udziałów w kapitale zakładowym oraz SP ZOZ-ów, dla których są organem założycielskim) lub innego ministra, centralny organ administracji rządowej oraz wojewodę (dla spółek kapitałowych, w których reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada co najmniej 51% udziałów w kapitale zakładowym oraz SP ZOZ-ów, dla których jest podmiotem tworzącym)²⁴. Takie zapisy ograniczyły zatem możliwość pozyskiwania dotacji na cele inwestycyjne, przyznawanych przez samorządy lokalne²⁵ szpitalom klinicznym, działającym na ich terenie. Obecnie samorząd lokalny może dofinansować w formie dotacji zakup sprzętu czy aparatury medycznej lub inne działania o charakterze inwestycyjnym, lecz wyłącznie w drodze realizacji programu zdrowotnego. Ograniczenie to należy ocenić negatywnie, gdyż możliwość taka stanowi przejaw wsparcia dla dużych, często klinicznych, szpitali działających na lokalnym terenie, zapewniających opiekę zdrowotną lokalnej społeczności, a nierzadko przyczyniających się do podniesienia prestiżu najbliższego otoczenia, miasta, powiatu, województwa itp.

Równoległe dopuszczenie możliwości pozyskiwania środków publicznych na szczególne działania również przez podmioty o niepublicznym charakterze własności skutkuje koniecznością wprowadzenia mechanizmu ograniczającego swobodne finansowanie tych podmiotów ze źródeł publicznych. Narzędziem realizacji tego celu jest współczynnik P_0 ograniczający wysokość tak przyznanych środków publicznych do udziału przychodów podmiotu uzyskanych z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych w wartości całości przychodów uzyskanych z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej (zarówno tych finansowanych ze środków

²⁴ Por. art. 114-116 ustawy o działalności leczniczej.

²⁵ Artykuł 55, ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazywał możliwość przekazywania (od 2006 r.) dotacji na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego (nieodtyczające bezpośrednio realizacji programów zdrowotnych) przez jednostkę samorządu terytorialnego bez ograniczenia wyłącznie dla tzw. podmiotów własnych, co umożliwiałoby ich przekazywanie również dla szpitali klinicznych i innych publicznych SP ZOZ-ów działających na lokalnym rynku.

publicznych, jak i finansowanych ze środków niepublicznych) w poprzednim roku obrotowym²⁶. Problemy empiryczne stosowania wskazanego współczynnika dotyczą głównie identyfikacji źródła przychodów (środki publiczne, środki niepubliczne). Co prawda w UDL wskazano, iż za przychody z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych uznaje się przychody w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednakże w praktyce gospodarczej zdarza się, iż niemożliwe jest jednoznaczne przypisanie tych przychodów do jednego z tych źródeł. Sytuacja taka dotyczy między innymi przychodów z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych, uzyskiwanych od innych podmiotów prowadzących działalność leczniczą (np. badania na zlecenie, konsultacje lekarskie), i funkcjonujących zarówno jako podmioty publiczne, jak i niepubliczne, które na realizację świadczeń zdrowotnych mogą uzyskiwać przychody ze źródeł publicznych (NFZ) albo też niepublicznych, gdyż w procesie podwykonawstwa świadczeń zdrowotnych niemożliwe jest z perspektywy podwykonawcy określenie tego źródła w podmiocie zlecającym wykonanie świadczenia. Problem identyfikacji źródła publicznego lub niepublicznego dotyczy również przychodów uzyskiwanych z tytułu realizacji programów zdrowotnych²⁷ i promocji zdrowia, zarówno bezpośrednio od instytucji finansującej, jak i pośrednio poprzez tzw. koordynatora programu.

6. Zmiany dotyczące funduszu założycielskiego SP ZOZ

Kolejną kwestią, której uregulowanie uległo zmianie pod rządami przepisów nowej UDL, jest funkcjonowanie funduszu założycielskiego w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej²⁸. W poprzednim kształcie przepisów dotyczących funduszu założycielskiego SP ZOZ przewidziano, iż fundusz ten, stanowiący wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego lub mienia publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, zwiększają przekazane z budżetu państwa dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe²⁹.

²⁶ Szerzej: art. 114-116 ustawy o działalności leczniczej.

²⁷ Definicja programu zdrowotnego ujęta jest w art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaś regulacje szczegółowe dotyczące tej tematyki w rozdziale IV tej ustawy.

²⁸ Szerzej o funkcjonowaniu funduszu założycielskiego SP ZOZ w: M. Hass-Symotiuł (red.), *Wzorcowy plan kont a rachunkowość finansowa i zarządca podmiotów leczniczych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 418-421.

²⁹ Por. art. 56 i 57 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Różne źródła zwiększania funduszu założycielskiego wymagały odpowiedniego ich ujawniania w ewidencji księgowej podmiotu leczniczego, szerzej: A. Szewieczek, *Elementy rachunkowości w podmiocie leczniczym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2011, s. 65-68.

Obecnie regulacje te zostały wycofane, co należy ocenić pozytywnie, gdyż powoduje to z jednej strony względną stabilność struktury funduszu założycielskiego, zaś z drugiej wynikowe ujmowanie otrzymywanych dotacji i innych darów aktywów trwałych, a zatem podejście zbieżne z rozwiązaniami stosowanymi w innych podmiotach gospodarczych oraz z ogólnymi przepisami ustawy o rachunkowości³⁰, a co najważniejsze – pozwalające na równoważenie w wyniku finansowym ponoszonych kosztów amortyzacji tak powstałych środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych, w drodze ich zestawienia z odpowiadającymi im przychodami, i w efekcie prezentowanie realnego wyniku finansowego³¹. Jednocześnie jednak z perspektywy ustalania wyniku finansowego skutki otrzymywania dotacji na cele inwestycyjne kształtują odmienne jego segmenty (amortyzacja – wynik ze sprzedaży, przychód z dotacji – wynik z działalności operacyjnej), co wymaga szczególnego rozważenia w prowadzeniu analizy i oceny osiąganych wyników częściowych i korygowania, na potrzeby kadry zarządzającej oraz organów nadzorczych, wyniku ze sprzedaży o wartość rozliczonych w poczet przychodów dotacji³².

7. Pokrywanie ujemnego wyniku finansowego SP ZOZ

Jedną z najważniejszych kwestii, która podlega uregulowaniu w treści UDL, jest generowanie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej ujemnego wyniku finansowego. W świetle poprzednich regulacji stan taki mógł trwać latami i w zasadzie nie wywoływał żadnych konsekwencji dla organu założycielskiego. Obecnie, jeśli wynik taki nie zostanie pokryty przez jednostkę, organ założycielski jest zobowiązany do jego pokrycia w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego SP ZOZ za poprzedni rok obrotowy lub w ciągu kolejnych 12 miesięcy zmienić formę organizacyjno-prawną jednostki lub ją zlikwidować³³.

W procedurze pokrywania ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez podmiot tworzący wynik wymagający pokrycia ustalany jest jako wynik netto skorygowany (in plus) o koszty amortyzacji.

³⁰ Por. art. 41 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jednolity DzU nr 152, poz. 1223 z 2009 r., ze zmianami). Dodatkowo nowelizacją ustawy o działalności leczniczej wprowadzono obowiązek ujęcia wartości niezamortyzowanej jeszcze na dzień 31 grudnia 2011 r. części aktywów trwałych, których wartość początkowa wpływała na powiększenie funduszu założycielskiego, w wartości rozliczeń międzyokresowych przychodów i ich rozliczanie w poczet przychodów stosownie do dokonywanych odpisów amortyzacyjnych. Por. art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (DzU. z 2012, poz. 742).

³¹ Pod rządami przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nabycie aktywów trwałych sfinansowanych dotacją powodowało niekorzystne kształtowanie wyniku finansowego poprzez ujmowanie wyłącznie kosztów ich amortyzacji, które nie było równoważone przez przychody.

³² Szerzej o kategoriach kształtujących wynik finansowy pisze: A. Szewieczek, wyd. cyt., s. 73-104.

³³ Por. art. 59 ustawy o działalności leczniczej.

Występuje tu jednak pewna niekonsekwencja. Nieznana jest intencja ustawodawcy, jednakże wskazać należy, że gdyby korekcie podlegały koszty amortyzacji wyłącznie w części sfinansowanej z bezzwrotnych źródeł zewnętrznych (tworzących wartość funduszu założycielskiego), to takie działanie byłoby zrozumiałe, tymczasem obserwacja rzeczywistości gospodarczej ostatnich lat pozwala twierdzić, iż znaczna część środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych finansowana jest ze środków własnych SP ZOZ, co stanowi o bezzasadnym korygowaniu kosztów o wartość amortyzacji takich aktywów trwałych. Tę wadę metodologiczną wzmacniają dodatkowo, omówione w poprzednim punkcie, zmiany w zakresie księgowego rozliczania dotacji i darów środków trwałych, które w aktualnym stanie prawnym ujmowane są wynikowo, a zatem zwiększają przychody. Powoduje to, iż oceniany wynik finansowy, stanowiący wartość konieczną do pokrycia przez organ tworzący, z jednej strony obejmuje przychody z tytułu otrzymanych dotacji i darowizn rzeczowych i niematerialnych aktywów trwałych, a z drugiej jest pomniejszany o wartość ich amortyzacji. W aspekcie zmian zasad ewidencji dotacji, poprzez ich każdorazowe odniesienie w poczet przychodów (równoległe do dokonywanych odpisów amortyzacyjnych), zapisy o wyłączeniu kosztów amortyzacji w procesie oceny wyniku finansowego SP ZOZ przez organ założycielski są nieuzasadnione, zaś ujmowanie równowartości dotacji w przychodach (stopniowo) i jednoczesne odejmowanie kosztów amortyzacji „sztucznie” podwyższa wynik finansowy, stanowi przejaw „kreatywnej rachunkowości” i bez wątpienia działa na korzyść finansów publicznych.

8. Konstrukcja postanowień regulaminu organizacyjnego

Nowością zawartą w ustawie jest zastąpienie dotychczas stosowanego w zakładach opieki zdrowotnej regulaminu porządkowego regulaminem organizacyjnym.

Regulamin organizacyjny stanowi, obok statutu (stosowanego obowiązkowo wyłącznie w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami), jeden z najważniejszych aktów regulujących organizację i funkcjonowanie podmiotu leczniczego. Zawiera on zapisy dotyczące warunków i sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, a nieznajdujące uregulowania w UDL lub statucie jednostki³⁴. Obszary, które winny być uregulowane w zapisach regulaminu organizacyjnego, dotyczą głównie sfery medycznej, a zatem podstawowej działalności jednostki³⁵. Jednocześnie ustawa przewiduje otwarty zbiór elementów, które winny być uregulowane postanowieniami regulaminu, co nie wyklucza rozszerzenia obszarów, które reguluje, również poza podstawową działalność jednostki. Kwestią budzącą wątpliwości prawidłowego uregulowania są zapisy dotyczące konieczności zawarcia w postanowieniach regulaminu organizacyjnego wysokości opłat

³⁴ Por. art. 23 ustawy o działalności leczniczej.

³⁵ Por. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 117.

za udostępnianie dokumentacji medycznej, za przechowywanie zwłok pacjenta oraz opłat za udzielane świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane częściowo lub całkowicie odpłatnie. Literalne brzmienie przytaczanych wymogów wskazuje, iż w treści regulaminu organizacyjnego winny znaleźć się konkretne wartości (kwoty) opłat. Takie postanowienia znacznie utrudniają sprawność działania, przejawiającą się w bieżącym dokonywaniu zmian wysokości opłat nie tylko w wyniku zmieniających się warunków funkcjonowania (np. zmiana wysokości elementów składowych kosztu świadczeń zdrowotnych), ale także uwarunkowaną obowiązującymi przepisami prawa (np. opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej). Regulamin organizacyjny wydawany jest w formie zarządzenia kierownika jednostki lub ustalany przez osobę prowadzącą praktykę zawodową³⁶ i wymaga opiniowania przez radę społeczną (o ile występuje)³⁷. W takim trybie wprowadzania i aktualizowania zapisów regulaminu organizacyjnego wprowadzanie zmian wysokości opłat jest znacznie utrudnione i czasochłonne. Możliwymi rozwiązaniami uproszczonymi tej sytuacji są zatem:

- wprowadzenie do regulaminu organizacyjnego opłat, o których mowa powyżej, wraz z zapisem, że ich aktualizacja nie wymaga zmiany regulaminu organizacyjnego (opłaty te mogą być ujęte w treści regulaminu, lub – co jest bardziej przejrzyste – jako załącznik do treści regulaminu organizacyjnego),
- zamieszczenie w regulaminie organizacyjnym jedynie informacji o zasadach wprowadzania i informowania osób zainteresowanych o wysokościach ww. opłat.

Należy jednakże podkreślić, że zaproponowane rozwiązania uproszczone nie znajdują bezpośredniego odzwierciedlenia w zapisach ustawy o działalności leczniczej („wysokość opłat”), jednakże w publicznych podmiotach leczniczych treść regulaminu organizacyjnego podlega zazwyczaj kontroli prowadzonej przez organ tworzący, co pozwoli na uzgodnienie treści tego regulaminu z podmiotem założycielskim.

Kolejną wątpliwością, która wymaga rozstrzygnięcia, jest ujęcie w treści regulaminu organizacyjnego elementów, które wskazane są jako konieczne do regulacji tym aktem, lecz nie występują w jednostce. Bez wątplenia w regulaminie powinny zostać umieszczone zapisy w części dotyczącej konkretnej jednostki, jednak celem uniknięcia zarzutu wadliwości jego zapisów możliwe jest odniesienie się do każdego wskazanego w UDL zakresu wraz z odpowiednią informacją, że dana pozycja nie występuje lub nie dotyczy jednostki.

³⁶ Por. tamże, s. 124.

³⁷ Z dniem 30 czerwca 2012 r. wprowadzono zmianę, której postanowienia uchylili między innymi przewidziany w art. 48, ust. 2, pkt 1, ppkt e ustawy o działalności leczniczej obowiązek przedstawiania podmiotowi tworzącemu opinii i wniosków rady społecznej w sprawie regulaminu organizacyjnego, obecnie opinie takie są przedstawiane kierownikowi jednostki. Por. art. 1, pkt 19 ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej.

9. Wnioski

Przedstawione kwestie problemowe stanowią tylko niewielki wycinek trudności stojących przed podmiotami leczniczymi, które bądź nie znalazły odmiennego uregulowania w nowej ustawie o działalności leczniczej, bądź też są w niej kwestiami nowo poruszonymi, rodzącymi trudności w prawidłowym ich wypełnianiu. Podsumowując, wskazać można, iż:

- Nowe regulacje prawne nie wprowadziły zmian w określaniu czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, który nadal jest zróżnicowany dla poszczególnych grup zawodowych. Dla pracowników obsługi wynosi 8 godz. na dobę, zaś dla pracowników administracji 7 godz. i 35 min na dobę. Wskazane jest określenie w regulaminie pracy poszczególnych grup zawodowych wraz z przyporządkowanym im wymiarem godzin pracy.
- Zatrudnianie nauczyciela akademickiego w podmiocie leczniczym, realizującym zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, dotyczy zatrudniania w dwóch powiązanych stosunkach zatrudnienia (z podmiotem oraz z uczelnią medyczną jednocześnie) i może obecnie być realizowane bądź to w zadaniowym systemie czasu pracy, bądź też na podstawie umowy cywilnoprawnej. Nadal problemem funkcjonalnym jest spełnienie wymogów stawianych przez płatnika publicznego w zakresie godzin pracy takich lekarzy w poradniach w uznaniu, iż w zadaniowym systemie czasu pracy pracodawca nie określa godzin pracy pracownika, lecz jedynie czas przeznaczony na wykonanie zadania, nie kontroluje również czasu pracy.
- Z perspektywy możliwości tzw. komercyjnego przyjmowania pacjentów na rynku ochrony zdrowia nadal występuje przewaga podmiotów niepublicznych nad publicznymi. W podmiotach publicznych odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym możliwe jest tylko w przypadku, gdy nie są to tzw. świadczenia gwarantowane, nawet gdy podmiot taki nie zawarł kontraktu z płatnikiem publicznym na ich realizowanie. Swobodne pobieranie opłat za wszelkie świadczenia zdrowotne jest możliwe wyłącznie w stosunku do osób nieuprawnionych do korzystania ze świadczeń publicznych. W niepublicznych podmiotach leczniczych ograniczenia pobierania opłat nie występują, podmioty te mają swobodę ich pobierania zarówno od osób uprawnionych, jak i nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
- Nowe regulacje prawne rozszerzyły krąg beneficjentów środków publicznych (dotacji). Dotychczas z tego źródła finansowania mogły korzystać wyłącznie publiczne podmioty lecznicze, natomiast obecnie możliwość uczestniczenia w tym źródle finansowania uwarunkowana jest wykonywaniem świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. publicznego systemu, czyli kontraktu zawartego z płatnikiem publicznym (NFZ).
- Funkcjonowanie funduszu założycielskiego w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej i w innych podmiotach gospodarczych zostało określone

jako zbieżne, a dotychczas zwiększające go dotacje są obecnie ujmowane w sposób analogiczny do powszechnych rozwiązań rachunkowości, co równocześnie korzystnie wpływa na kształtowanie wyników finansowych tych jednostek.

- Nowe regulacje prawne zwiększają odpowiedzialność organów założycielskich za jakość zarządzania podległymi im jednostkami publicznymi (SP ZOZ). Ujemny wynik finansowy tych jednostek, skorygowany o koszty amortyzacji, winien być pokryty przez organ założycielski. W przeciwnym przypadku istnieje konieczność zmiany formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ (przekształcenie w spółkę kapitałową lub jednostkę budżetową) lub jej likwidacja.
- Konieczność aktualizacji opłat zawartych w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego może być dokonywana bądź poprzez każdorazową zmianę treści tego regulaminu, bądź też poprzez dodatkowe zarządzenia określające wysokości tych opłat, połączone z uprzednim określeniem ogólnych zasad ich stanowienia w treści regulaminu organizacyjnego.

Wśród innych kwestii problemowych, które także wymagają dalszej, szczegółowej analizy, wymienić można: problem ubezpieczenia od zdarzeń medycznych na rzecz pacjentów, realizowanie zamówień (konkursów) na świadczenia zdrowotne, czy też kwestie związane z przekształcaniem w odpowiednich rejestrach formy prawnej jednostek (z zakładów opieki zdrowotnej na podmioty lecznicze), w tym również wyodrębnianie przedsiębiorstw podmiotu leczniczego w przypadku prowadzenia więcej niż jednego rodzaju działalności leczniczej.

Niewątpliwie jednak, mimo wielu zastrzeżeń i nieprawidłowości, a także niejednoznaczności zapisów zawartych w postanowieniach ustawy o działalności leczniczej, należy pozytywnie ocenić jej uchwalenie, choć konieczne jest dostosowanie się placówek do funkcjonowania w nowych ramach prawnych.

Literatura

- Celeda R. i in., *Kodeks pracy. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.
- Hass-Symotiuk M. (red.), *Wzorcowy plan kont a rachunkowość finansowa i zarządcza podmiotów leczniczych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.
- Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa 2009.
- Komunikat w sprawie pobierania opłat przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej za świadczenia zdrowotne z dnia 21.05.2012 r., www.mz.gov.pl (22.05.2012).
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
- Markowska-Kabała I., *Uwarunkowania polityczne zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” nr 55, red. E. Urbańczyk, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, Bydgoszcz 2011.
- Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, red. I. Rudawska, E. Urbańczyk, Difin, Warszawa 2012.
- Perechuda K., Kowalewski M. (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.

- Prasołek Ł., *Koniec kłopotów w szpitalach akademickich i instytutach badawczych*, „Rzeczpospolita”, 1.07.2011, <http://prawo.rp.pl/arttykul/681168.html> (6.09.2012).
- Stanowisko Ministerstwa Zdrowia z dnia 24.11.2011 r. (MZ-OZZ-024-26558-1/EW/11).
- Stanowisko Ministerstwa Zdrowia z dnia 5.10.2011 r. (MZ-OZZ-024-25419-2/CP/11).
- Stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 8.10.2010 r. w sprawie norm czasu pracy pracowników administracyjnych w niepublicznym zoz (MZ-BP-P-0620-5384-2/AP/10).
- Szewieczek A., *Elementy rachunkowości w podmiocie leczniczym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2011.
- Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2012, poz. 742).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU nr 112, poz. 6786, ze zmianami).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU nr 45, poz. 391, ze zmianami).
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: DzU nr 21, poz. 94 z 1998 r., ze zmianami).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (DzU 164, poz. 1365, ze zmianami).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: DzU nr 164, poz. 1027 z 2007 r., ze zmianami).
- Ustawa z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (tekst jednolity: DzU nr 152, poz. 1223 z 2009 r., ze zmianami).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408, ze zmianami).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU nr 28, poz. 153, ze zmianami).

SELECTED PROBLEMS OF THE FUNCTIONING OF PUBLIC HEALTH CARE ORGANIZATIONS IN THE LIGHT OF THE NEW ACT OF HEALTH CARE ACTIVITY

Summary: The paper presents selected aspects of the medical public entities functioning with the introduction of the new act of health care activity. Among particularly significant empirical problems of application of the rules of the new law, also from the perspective of the functioning of teaching hospitals, there should be noticed the ambiguity of the employment contract signing with academic teachers using the task time system, doubts about the proper construction of the organizational rules paper, proper administrative staff working time setting, or the founding principles of the main fund in the public health care organizations, as well as the aspects of the negative financial results coverage by founding body. Finally, attention is paid to the expansion of the group of beneficiaries of public funds, and the growing position of private medical entities over public medical entities in the health care services' market.

Keywords: medical entities, act of health care activity, organization and management, law changes.