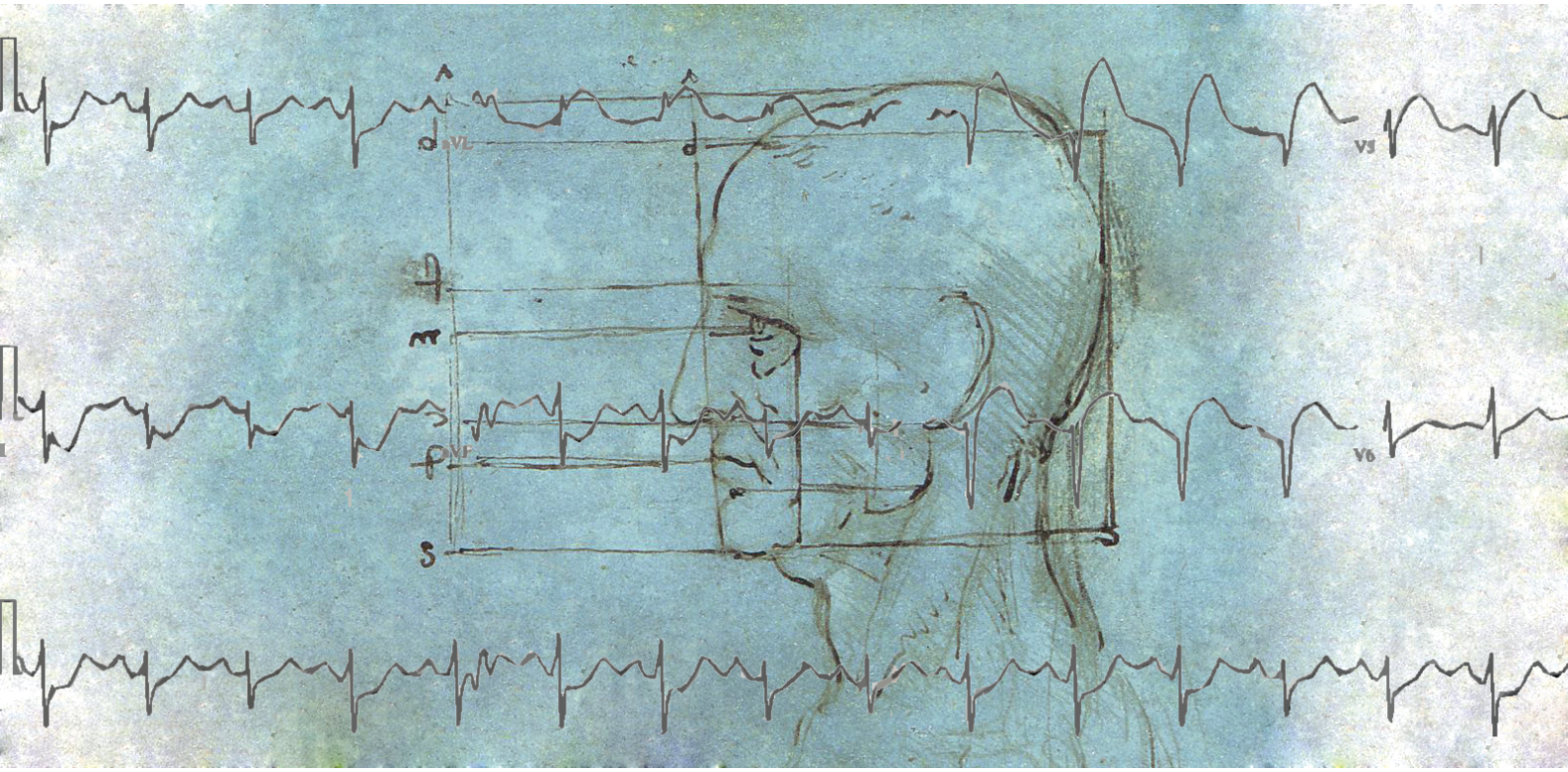


Podstawy ekonomiki i zarządzania w ochronie zdrowia

wykład

Marzena Zarzeczna-Baran

Gdańsk, 2012

Wydział Matematyki, Fizyki i Informatyki Uniwersytetu Gdańskiego

Skrypt powstał w ramach projektu „Kształcimy profesjonalistów – kompleksowy program kształcenia skierowany do studentów, absolwentów oraz studentów niepełnosprawnych Uniwersytetu Gdańskiego” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIWERSYTET GDAŃSKI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Podstawy ekonomiki i zarządzania w ochronie zdrowia

Spis treści.

Rozdział 1. Podstawowe pojęcia ekonomiczne i ich zastosowanie w praktyce codziennej, ochrona zdrowia w systemie gospodarki rynkowej 3

Rozdział 2. Organizacja systemu ochrony zdrowia 10

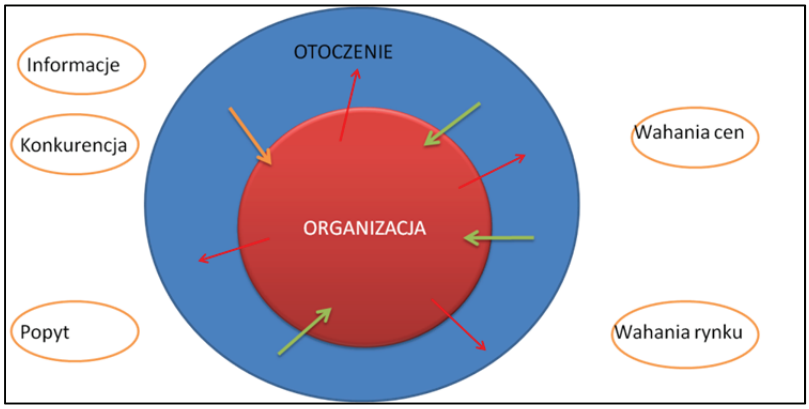
Rozdział 3. Zasady finansowania jednostek ochrony zdrowia, rola NFZ.....17

Rozdział 4. Rola i funkcje ubezpieczeń społecznych i alternatywa dla publicznego systemu ubezpieczeń społecznych. 33

Rozdział 5. Samodzielność budżetowa zakładów i pracowni diagnostycznych. Koszty działania jednostek świadczących usługi medyczne 37

Rozdział 1. Podstawowe pojęcia ekonomiczne i ich zastosowanie w praktyce codziennej, ochrona zdrowia w systemie gospodarki rynkowej

Organizacja, jako system otwarty (podstawa teorii organizacji i zarządzania)



Ryc. 1. Funkcjonowanie organizacji (np. jednostki ochrony zdrowia) w otoczeniu

Zmiany w otoczeniu są dla organizacji szansami lub zagrożeniami. Dlatego konieczne jest nieustanne obserwowanie i analizowanie otoczenia przez organizacje. Organizacja musi być systemem adaptującym się.

Zarządzanie – definicja

- dokładne poznanie tego, czego się oczekuje od ludzi, a następnie dopilnowanie, by wykonali to w najlepszy i najtańszy sposób
- kompleks zadań kierowniczych, które muszą być wykonane podczas świadczeń w systemach opartych na podziale pracy
- zestaw działań (obejmujący planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, przewodzenie, tj. kierowanie ludźmi i kontrolowanie) skierowanych na zasoby organizacji (ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne) i wykonywanych z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny i skuteczny

Optymalne działanie organizacji

Sens tworzenia zorganizowanych jednostek zawierających wymienione elementy składowe wynika z istnienia efektu synergicznego.

Efekt synergiczny (Ef_{syn}) to różnica pomiędzy łącznym efektem działania elementów składowych organizacji pomiędzy którymi zachodzi współdziałanie, a sumą efektów jednostkowych, jakie mogłyby osiągnąć te elementy działając w pojedynkę.

Jeśli różnica ta jest dodatnia mówimy o efekcie synergii, jeśli jest ujemna o zjawisku dyssynergii- pojęcie znane w medycynie. (The Apollo Syndrome)

Rynek – definicja ekonomiczna

To przestrzeń, w której spotykają się kupujący i sprzedający po to, aby dokonać transakcji.

Żeby transakcja była możliwa muszą być spełnione pewne warunki – zachowana pewna bliskość geograficzna lub możliwość transportu niezbędna w przypadku trasakcji niektórymi dobrami np. spożywczymi oraz porównywalność dóbr (do pewnego stopnia dobra muszą być homogeniczne, aby móc je porównać i wybrać lepszy naszym zdaniem produkt).

Rynek to również wszyscy przedstawiciele strony podażowej i popytowej w danej branży produktów np. napojów bezalkoholowych.

Gospodarka rynkowa

System gospodarczy, w którym podział wytworzonych produktów dokonuje się głównie za pośrednictwem rynku, przy niewielkim wpływie państwa

Cechy gospodarki rynkowej:

1. wolność rynkowa
2. konkurencja
3. uwolniony system cen
4. własność prywatna

Wolność rynkowa

W każdym kraju produkuje się pewne dobra oraz realizowana jest pewna liczba usług.

W gospodarce rynkowej decyzja o tym, co i w jakich ilościach będzie produkowane, jakie usługi będą potrzebne leży po stronie podmiotów gospodarczych, będących na rynku.

Dopuszcza się pewien zakres regulacji ze strony państwa poprzez różne narzędzia, ale im ich więcej tym mniejszy stopień „urynkowienia" gospodarki (cła, opieka socjalna, kursy walut, system ubezpieczeń społecznych).

Własność prywatna

Do produkcji dóbr i realizacji usług potrzebne są czynniki produkcji. Jeśli są one własnością prywatną jest to cecha najsilniej determinująca rynkowość gospodarki.

Sytuacja ta bardzo sprzyja rozwojowi ekonomicznemu kraju, ale również powstawaniu nierówności. Zagrożenie min. Dla systemu ochrony zdrowia.

Popyt

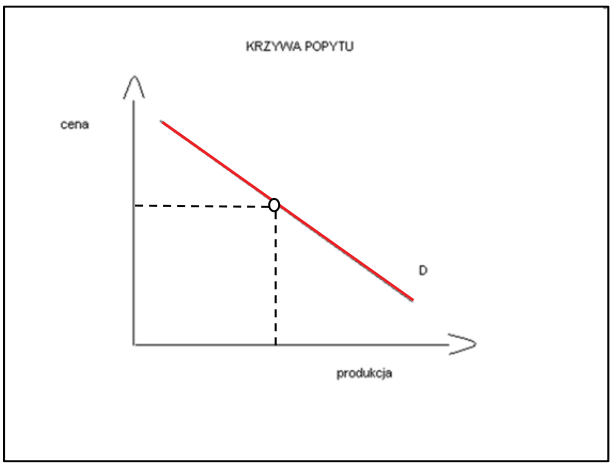
ilość danego dobra jaką nabywcy chcą i są w stanie nabyć po określonej cenie i w określonym czasie.

Czynniki wpływające na popyt:

- cenowe
- pozacenowe
- wysokość dochodu realnego
- poziom cen dóbr substytucyjnych i komplementarnych
- zmiany preferencji nabywców: moda, zwyczaje, gusta
- zmiany struktury wiekowej i ilościowej populacji

- oczekiwane zmiany sytuacji rynkowej – zmiany cen i dochodów
- stopa procentowa

Zależność między popytem a ceną – zależność odwrotna – wzrost ceny powoduje spadek wielkości popytu.



Wyk. 1. Krzywa popytu

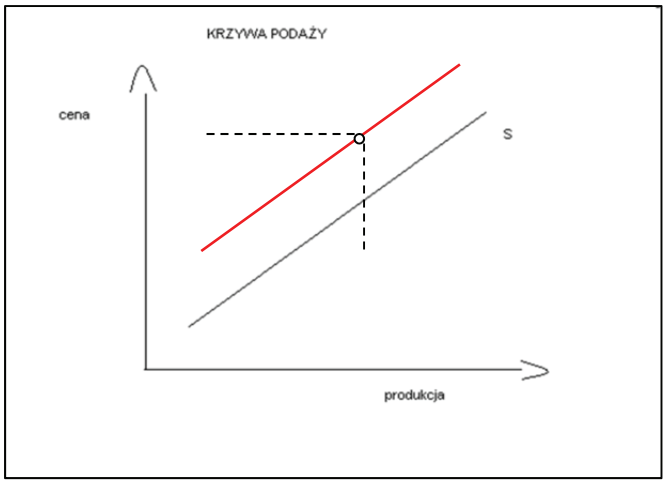
Podaż

ilość danego dobra zaoferowana przez producentów do sprzedaży po określonej cenie i w określonym czasie.

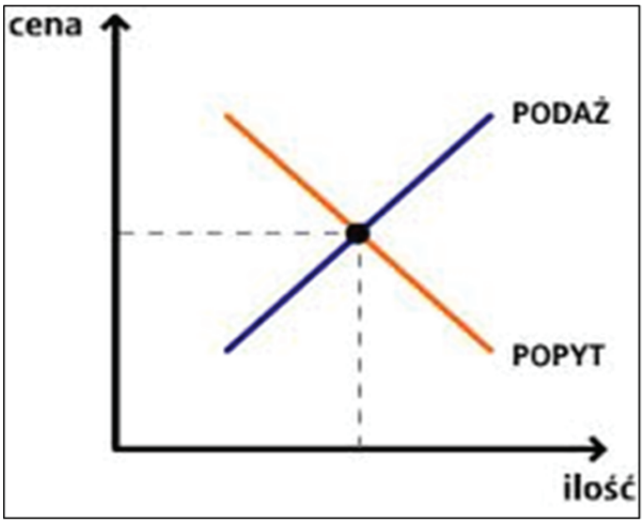
Czynniki wpływające na podaż:

- koszty wytwarzania –zwiększenie kosztów wytwarzania spowoduje przesunięcie krzywej podaży w lewo i w górę.
- sytuacja na innych rynkach – wzrost cen innego dobra może spowodować zmianę produkcji na to dobro co spowoduje wzrost ceny i przesuniecie na lewo krzywej podaży na dobro pierwsze.
- dostępność środków pieniężnych – spadek cen nakładów i podatków spowoduje obniżenie i przesunięcie w prawo krzywej podaży.
- warunki klimatyczne – utrzymywanie się niekorzystnej pogody może spowodować zmniejszoną podaż (np.: w rolnictwie)
- nowe technologie – obniżą krzywą podaży i przesuną w prawo

Wielkość podaży
Ilość danego produktu, która jest oferowana do sprzedaży przez producentów po określonej cenie i w określonym czasie.



Wyk. 2. Krzywa podaży



Wyk. 3. Cena równowagi rynkowej (punkt, w którym wielkość zapotrzebowania jest równa ofercie).

Uwolniony system cen

W gospodarce rynkowej poziom cen dóbr i usług kształtuje się zgodnie z oczekiwaniami rynku, czyli oczekiwaniami kupujących i sprzedających. Poziom cen zależy więc od rezultatów gry rynkowej. Przeciwieństwem jest gospodarka centralnie planowana gdzie to państwo narzuca poziom cen.

Również w gospodarce rynkowej dopuszcza się pewne regulacje centralne w zakresie ustalania poziomu cen (np. ceny minimalne na pewne produkty)

Konkurencja

Polega na współzawodniczeniu pomiędzy sobą podmiotów w celu zawarcia transakcji. Działania te polegają na prowadzeniu różnych działań, które mają jak najbardziej atrakcyjnie przedstawić przedmiot transakcji i zachęcić do jego kupna.

Działania te to min. Cena, jakość, wygląd, forma płatności i wiele innych stanowiących bazę marketingu.

W sytuacji idealnej konkurencja sprzyja poprawie jakości dóbr dostarczanych konsumentom.

Charakterystyka usługi medycznej

- Wymuszony (chorobą, stanem zdrowia) odbiór usług trudności w ocenie skuteczności zrealizowanych świadczeń
- Niepewność i ryzyko, które dotyczy zarówno czasu wystąpienia i trwania urazu czy schorzenia, jak i skali, złożoności procesu chorobowego, skutków leczenia, ograniczeń w późniejszym życiu (np. niepełnosprawność),
- Swoboda w wyborze technologii świadczenia- przerzucenie uprawnień decyzyjnych z pacjenta na lekarza powoduje to ograniczenie suwerenności chorego.
- Złożoność procesu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych - polega na jednoczesnym dostarczeniu świadczeń rożnego rodzaju i wiąże się ze złożonością zarówno kwalifikacji personelu, jak i komplikacji procedur postępowania.
- Istnieje bardzo duża zależność skutków leczenia od określonych zachowania pacjenta, Np. stosowanie się do zaleceń lekarskich.
- Niedostatek informacji, wynikający z wysokiej specjalizacji usług. Pacjenci jako nieprofesjonaliści, nie mają dostatecznie wysokiej wiedzy, aby formułować miarodajne oceny, skutkuje to ograniczeniami w podejmowaniu świadomych decyzji konsumenckich.

Gospodarka rynkowa a system ochrony zdrowia

- Zdrowie dobrem nietypowym
- Zagrożenie wykluczenia osób biedniejszych z systemu opieki zdrowotnej polegającej tylko na pieniądzu
- Pojęcie sprawiedliwości społecznej

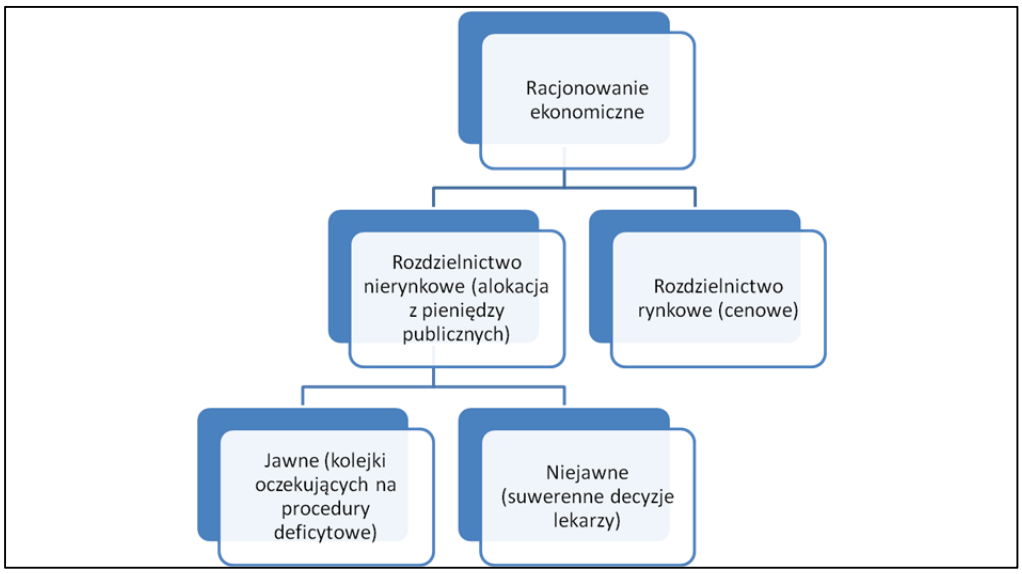


Ryc. 2. System ochrony zdrowia, a gospodarka rynkowa

Dwa podejścia

- Według liberałów ekonomii wolny rynek jest sprawiedliwy, ponieważ jest otwarty i jego prawa obowiązują wszystkich, wobec tego wszyscy uczestnicy mają takie same szanse
- Według innych wolny rynek nie ma odniesienia do opieki zdrowotnej, ze względu na dyskryminowanie osób o gorszej sytuacji ekonomicznej, co jest niezgodne z art. 68 Konstytucji RP.

Racjonowanie zasobów w systemie ochrony zdrowia



Ryc. 3. Metody racjonowania (rozdzielnictwa) zasobów w systemie ochrony zdrowia

Przyczyny racjonowania ekonomicznego w opiece zdrowotnej

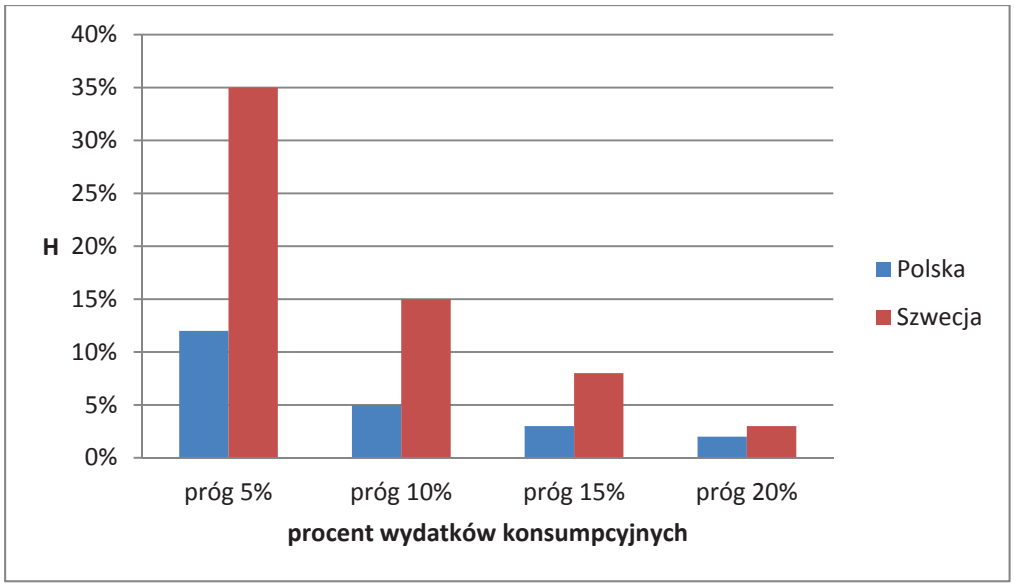
- Żaden system opieki zdrowotnej funkcjonujący obecnie na świecie nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych obywateli, są one niewyczerpane. Należy ustalać kolejność realizacji świadczeń według ich istotności.
- Możliwość wyrównywania szans dla wszystkich obywateli, wspieranie biedniejszych regionów kraju
- Rozdzielenie funkcji płatnika i realizatora usługi medycznej – pokusa praktykowania drogiej medycyny, racjonowanie nakłania do zachowywania dyscypliny ekonomicznej
- Pokusa intensywnej profilaktyki obserwowana w wielu krajach zachodnich
- Specyfika ubezpieczeń zdrowotnych – tzw. Hazard moralny, polegający na skłonności pacjentów posiadających ubezpieczenia do nadmiernego korzystania z usług medycznych, zwłaszcza w przypadku posiadania polisy prywatnej.
- Zachowanie sprawiedliwości w płaceniu za zdrowie

Indeks sprawiedliwości FFC

FFC (Fairness in Financial Contribution) jest wskaźnikiem bazującym na przekonaniu, że każde gospodarstwo domowe powinno uczestniczyć w kosztach związanych z systemem ochrony zdrowia w stopniu, który nie narazi ludzi na obniżenie statusu ekonomicznego i będzie sprawiedliwy.

Wartość wskaźnika <0;1>, gdzie FFC=1 oznacza sprawiedliwość.

W Polsce FFC jest na poziomie 0,85. Najwyższy poziom FFC osiągany jest na Słowacji (FFC= 0,941 przy braku gospodarstw domowych zagrożonych poważnym niebezpieczeństwem niezrealizowania innych potrzeb poza zdrowotnymi). Wysoki poziom FFC występuje też w Wielkiej Brytanii (0,921) i Kanadzie (0,913). Podobny poziom FFC jak w Polsce występuje min. w USA.



Wyk. 4. Wydatki zagrażające realizacji pozostałych potrzeb życiowych (H).

$$\mathbf{H} = \frac{1}{N}\sum_{i=1}^{n} E_i$$

N- wielkość próby badanej

Ei- gospodarstwo domowe tak że gdy E=1 gdy wydatki na ochronę zdrowia przekraczają określony limit i E=0 w przeciwnym przypadku

Rozdział 2. Organizacja systemu ochrony zdrowia

Czym jest system opieki zdrowotnej?

- Definicje przedstawiane przez analityków i organizacje różnią się miedzy sobą.
- Z jednej strony funkcjonują wąskie definicje określające system, jako leczenie pacjentów
- Po drugiej, jest szerokie podejście obejmujące wszystkie determinanty wpływające na zdrowie bezpośrednio i pośrednio
- Problem: znalezienie równowagi pomiędzy tymi definicjami i opracowanie jednej, która opisywałaby nie tylko proces terapeutyczny, ale też inne czynniki wpływające na zdrowie ludzi.

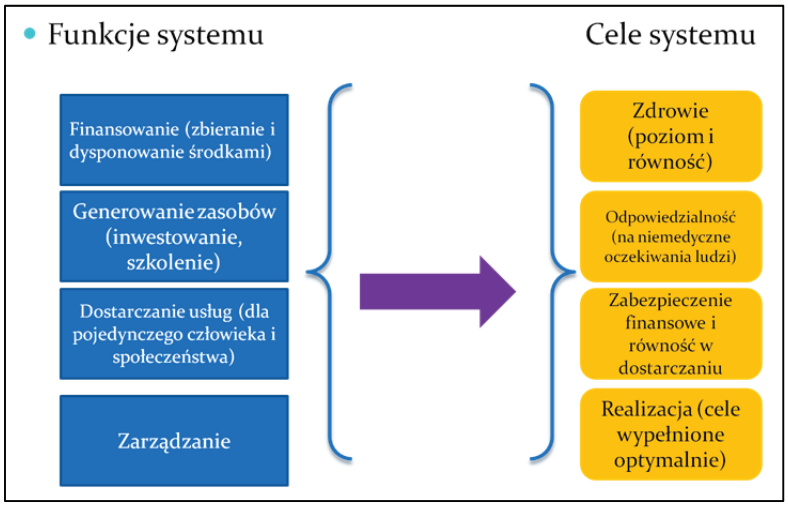
Definicje systemu ochrony zdrowia

World Health Raport

To wszystkie organizacje, ludzie i aktywności, których naczelnym celem jest promocja, odzyskiwanie i utrzymywanie zdrowia. Definicja zakłada międzysektorową współpracę i współodpowiedzialność za podejmowane decyzje.

Health Systems Assessment Framework (HSAF)

To zespół źródeł, które mają na celu zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.



Ryc. 4. System opieki zdrowotnej wg. HSAF

Cele systemu opieki zdrowotnej wg (HSAF)

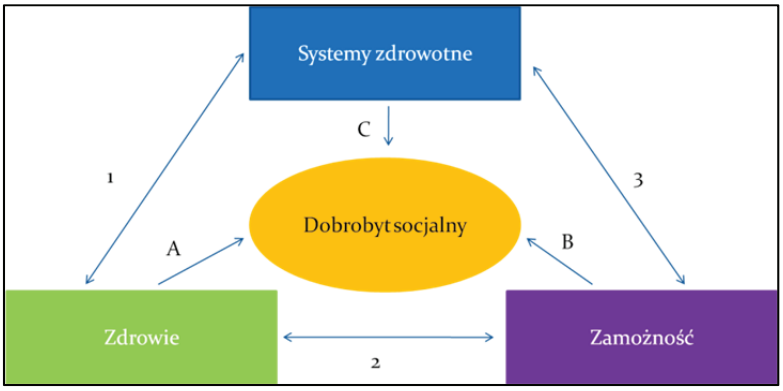
Poprawienie:

- Statusu zdrowotnego populacji (zarówno średniego poziomu, jak i minimalizowanie nierówności w zdrowiu)
- Reagowanie na niemedyczne oczekiwania społeczeństwa w dwóch wymiarach. Po pierwsze traktowanie pacjenta podmiotowo (prawo do intymności, godności, informacji), po drugie traktowanie pacjenta jako klienta (poświęcenie uwagi, pacjent w centrum, wsparcie w podejmowaniu decyzji).
- Sprawiedliwość finansowania (zabezpieczenie finansowe najbiedniejszych, zapewnienie wyrównywania różnic w zdrowiu).

Sterowanie systemem

- Za kierowanie systemem opieki zdrowotnej odpowiada Ministerstwo Zdrowia
- Szeroka definicja zdrowia implikuje szeroką odpowiedzialność MZ. Osoby odpowiedzialne za zdrowie są również współodpowiedzialne za inne sektory gospodarki pośrednio wpływające na stan społeczeństwa

- System zdrowotny jest nierozerwalnie połączony z zamożnością, zabezpieczeniem społecznym i zdrowiem. Relacje pomiędzy nimi są złożone i nierozerwalne, bezpośrednie i pośrednie. Ich zależności opisuje schematycznie tzw. trójkąt zależności.



Ryc. 5. Trójkąt zależności w systemie ochrony zdrowia
1- system ochrony zdrowia produkuje zdrowie
A- zdrowie jest niezaprzeczalnym czynnikiem dobrobytu socjalnego
2- zdrowie ma powiązanie z zamożnością, bogaci są zdrowsi
B- zamożność ma oczywisty wpływ na dobrobyt socjalny
3- systemy zdrowotne mają bezpośredni wpływ na zamożność jako znaczący czynnik ekonomiczny
C- zadowolenie społeczeństwa z opieki zdrowotnej kreuje dobrobyt

System opieki zdrowotnej
- Zawiera wszystkie aktywności, których pierwotnym celem jest promowanie, odtwarzanie i utrzymywanie zdrowia
- obejmuje wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, które są przeznaczone na działania zdrowotne.

Funkcje systemu opieki zdrowotnej:
- udzielanie świadczeń
- inwestycje (pozyskiwanie zasobów)
- finansowanie
- właściwe zarządzanie

Cechy ogólne systemu opieki zdrowotnej
- Pre–payment(finansowanie przed korzystaniem)
- Rozkładanie ryzyka
- Przymus uczestnictwa
- Solidarność społeczna
- Polityka zdrowotna

Elementy systemu opieki zdrowotnej
Uczestników systemu można podzielić na :
- **świadczeniobiorców** - czyli pacjentów,
- **instytucję ubezpieczenia zdrowotnego** pełniącą funkcję **płatnika** - czyli Narodowy Fundusz Zdrowia,
- **świadczeniodawców**:
  - zakłady opieki zdrowotnej, które można podzielić ze względu na organ założycielski na publiczne (SPZOZ) oraz niepubliczne (NZOZ),
  - praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarskie oraz położnych,
  - apteki,

    - innych świadczeniodawców,
- **organy kontroli i nadzoru**:
    - Państwową Inspekcję Sanitarną
    - Państwową Inspekcję Farmaceutyczną,
    - wojewodów i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycznych,

Ministerstwo Zdrowia, które wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych.

Struktura organów i instytucji administracji publicznej

- Zadania i kompetencje związane z zapewnianiem konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia są realizowane przez wiele organów administracji.

Szczebel centralny:
Minister właściwy do spraw zdrowia

- Podlegli temu ministrowi główni inspektorzy : sanitarny oraz farmaceutyczny
- W odniesieniu do spraw zdrowia w zakresie swoich resortów także Minister Obrony Narodowej oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Sprawiedliwości
- Struktura organów i instytucji administracji publicznej

Szczebel terenowy (regionalny i lokalny)

- Wojewodowie stojący na czele wojewódzkiej administracji zespolonej
- Organy jednostek samorządu terytorialnego (wojewódzkiego, powiatowego i gminnego).
- Samorządy zawodowe- posiadają szczególny typ zadań
- ✓ Samorząd lekarzy i lekarzy stomatologów
- ✓ Samorząd pielęgniarek i położnych
- ✓ Samorząd aptekarski

Minister Zdrowia

- Należy do kategorii ministrów kierujących wyodrębnionymi działami administracji rządowej. Tego rodzaju ministrów nazywa się niekiedy „ministrami działowymi".
- Zgodnie z art. 149 ust. 1 Konstytucji „ministrowie kierują określonymi działami administracji rządowej lub wypełniają zadania wyznaczone im przez Prezesa Rady Ministrów".
- Ministrom działowym przysługuje prawo wydawania rozporządzeń.
- Administracja rządowa została podzielona na poszczególne działy na podstawie ustawy z dnia 4 września 1997 roku.
- Zgodnie z nią ministra kierującego działem określa się jako ministra właściwego do praw wynikających z nazwy.
- Ustawa o działach określa również zakres działania każdego z ministrów działowych. W odniesieniu do ministra właściwego do spraw zdrowia zakres działań został określony w ustawie jako następujący zbiór kompetencji.

Kompetencje ogólne MZ

- ochrona zdrowia i zasady organizacji opieki zdrowotnej;
- nadzór nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa zdrowia ludzi;
- organizacja i nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- zawody medyczne;
- warunki sanitarne i nadzór sanitarny, z wyłączeniem nadzoru nad żywnością objętego działem rolnictwo, koordynacji bezpieczeństwa żywności, a w szczególności nadzoru nad jakością

zdrowotną żywności w procesie produkcji i w obrocie oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością;
- organizmy genetycznie zmodyfikowane w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzanie do obrotu nowej żywności oraz w zakresie wydawania zezwoleń na wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych
- lecznictwo uzdrowiskowe
- koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

Struktura Ministerstwa Zdrowia
- Ze statutu MZ wynika, że zapewnia ono obsługę Ministra Zdrowia, a w jego skład wchodzą następujące komórki organizacyjne:
- Gabinet Polityczny Ministra
- Biuro Ministra
- **Departament Zdrowia Publicznego**
- **Departament Nauki i kadr Medycznych**
- **Departament Organizacji Ochrony Zdrowia**
- **Departament Gospodarki Środkami Farmaceutycznymi i Materiałami Medycznymi**
- **Departament Ubezpieczeń Społecznych**
- Departament Nadzoru i Kontroli
- Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji
- Departament Prawny
- Departament Integracji Europejskiej i Współpracy z Zagranicą
- Departament Spraw Obronnych
- Biuro Informacji i Promocji
- Biuro Organizacji i Kadr
- Biuro Administracyjno- Gospodarcze



Ryc. 6. Rządowy plan b „Ratujemy polskie szpitale"

Rządowy plan b „ratujemy polskie szpitale"
- Rządowe wsparcie dla samorządów w procesie wspierania stabilizacji sektora zdrowia



Ryc. 7. Schemat projektu „Ratujemy polskie szpitale"

Przebieg projektu

- Samorząd zgłasza do MZ szpitale, zozy, które chce przekształcić w spółki prawa handlowego
- Przygotowanie planu restrukturyzacji jednostek
- Powołanie spółki kapitałowej
- Sporządzenie biznesplanu
- Propozycja spłaty zobowiązań
- Likwidacja dawnej placówki
- Powołanie do życia NZOZ
- Przekazanie pieniędzy na podstawie umowy pomiędzy samorządem, a rządem.

Ograniczenia finansowe projektu

- Samorządy zasadniczo nie mogą przejmować zadłużenia SPZOZ, jeżeli wynoszą one ponad 60% ich dochodów
- Rząd nie daje dotacji na wszystkie rodzaje długów. Spłacane mogą być:
- zobowiązania publiczno-prawne (np. zobowiązania do ZUS)
- Kredyty zaciągnięte na restrukturyzację (np. remonty)
- Częściowo rachunki za leki i żywienie chorych
- Resztę długów będzie musiał spłacić sam samorząd z własnych środków.
- Oznacza to, że restrukturyzacji nie mogą podlegać najbardziej zadłużone szpitale

Nowa ustawa 2011

- Od 1 stycznia 2011 r. *ustawa o działalności leczniczej*
- Samorządy muszą pokryć ujemny wynik finansowy SPZOZ w ciągu trzech miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego szpitala.
- Jeżeli nie wywiążą się z tego obowiązku będą musiały zmienić formę organizacyjno- prawną jednostki w spółkę kapitałową, jednostkę budżetową, samorządowy zakład budżetowy albo instytucję gospodarki budżetowej.

MZ nadzór

- **Jednostki podległe i nadzorowane**
  Wykaz jednostek podległych i nadzorowanych zawiera **Obwieszczenie Ministra Zdrowia** z dnia z dnia 2 kwietnia 2010 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia wydane na podstawie art.33 ust. 1d. ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 o Radzie Ministrów (Dz.U.03.24.199 jt).
  Wśród jednostek podległych lub nadzorowanych znajdują się min.:
  Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), Akademie Medyczne,

instytuty naukowo-badawcze, szpitale kliniczne, Regionalne Centra Krwiodawstwa, i inne. Listę jednostek umieszczono w załączniku do obwieszczenia.

Ministerstwo Zdrowia

- Działem administracji rządowej –zdrowie kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, który ponadto:
- jest dysponentem części 46 budżetu państwa,
- koordynuje działania w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa żywności
- koordynuje działania w zakresie zapobiegania wystąpieniu zagrożeń biologicznych, zwłaszcza spowodowanych działalnością o charakterze terrorystycznym.

Państwowa Inspekcja Sanitarna

Zadania i zakres działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej

- Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami:
- higieny środowiska,
- higieny pracy w zakładach pracy,
- higieny radiacyjnej,
- higieny procesów nauczania i wychowania,
- higieny wypoczynku i rekreacji,
- zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
- higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne

Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna

Decyzje w zakresie:

1) wstrzymania lub wycofania z obrotu lub stosowania w ZOZ produktów leczniczych w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie jest dopuszczony do obrotu w Polsce;
2) wstrzymania lub wycofania z obrotu lub stosowania w zakładach opieki zdrowotnej produktów leczniczych w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym;
3) wstrzymania lub wycofania z aptek ogólnodostępnych i hurtowni farmaceutycznych towarów, którymi obrót jest niedozwolony;
4) udzielenia, zmiany, cofnięcia lub odmowy udzielenia zezwolenia:
   - na prowadzenie apteki,
   - na wytwarzanie produktów leczniczych,
   - na obrót hurtowy produktami leczniczymi;
5) skierowania produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do badań jakościowych;
6) reklamy:

a) produktów leczniczych,
b) działalności aptek i punktów aptecznych

Wojewoda jako organ właściwy w sprawach ochrony zdrowia

- Wojewoda jest **przedstawicielem Rady Ministrów** w województwie
- Zwierzchnikiem zespolonej administracji rządowej (zapewnienie właściwych warunków do działań, koordynacja, odpowiedzialność za rezultaty)
- Organem nadzoru nad jednostkami samorządu terytorialnego
- Organem wyższego stopnia w rozumieniu przepisów o postępowaniu administracyjnym
- Reprezentantem Skarbu Państwa,
- Wojewoda jest powoływany i odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw administracji publicznej

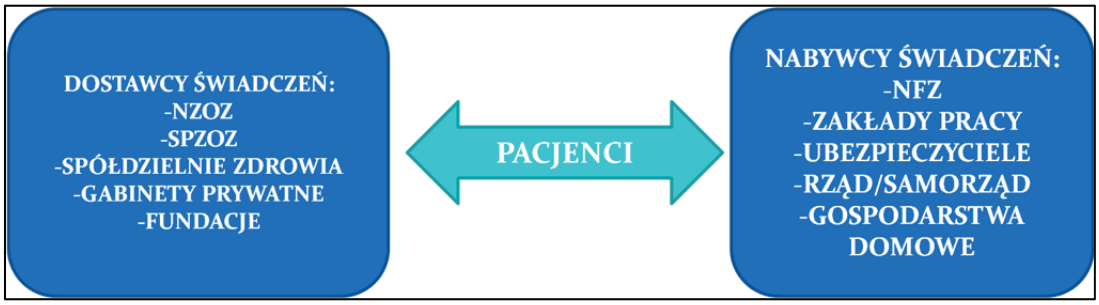
Samorząd województwa:

- Organ założycielski SPZOZ- Finansowanie SPZOZ, dla których samorząd województwa jest organem założycielskim. Na ten cel wydatkuje się rocznie około 65% wszystkich środków przeznaczonych na ochronę zdrowia
- Utrzymywanie wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy

Wykonywanie zadań z zakresu:

- ochrony zdrowia psychicznego
- profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych
- ochrony przed następstwami używania tytoniu

Aktualna organizacja rynku zdrowia



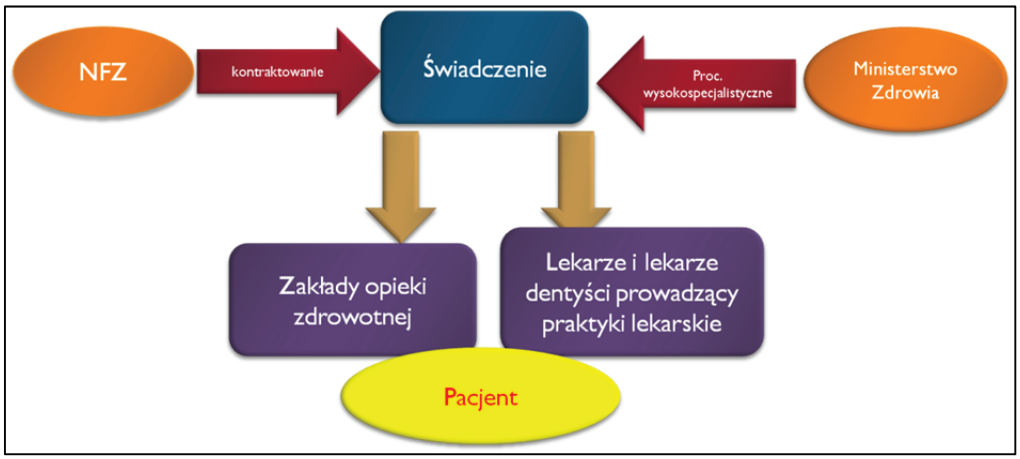
Ryc. 8. Aktualna organizacja systemu ochrony zdrowia

Rozdział 3. Zasady finansowania jednostek ochrony zdrowia, rola NFZ

Prawo do opieki zdrowotnej:

- ✓ Osoby zatrudnione i ich dzieci,
- ✓ Żołnierze oraz członkowie ich rodzin,
- ✓ Funkcjonariusze resortu spraw wewnętrznych i administracji (Policja, Straż pożarna, Straż graniczna) oraz resortu sprawiedliwości (Straż więzienna), a także członkowie ich rodzin,
- ✓ Rolnicy indywidualni
- ✓ Zarejestrowane w UP osoby bezrobotne i ich rodziny,
- ✓ Studenci i uczniowie,

W przypadkach zagrożenia życia, każdy człowiek bezwarunkowo ma prawo do pomocy medycznej.
Finansowanie systemu opieki zdrowotnej



Ryc. 9. Źródła finansowania usług medycznych w systemie ochrony zdrowia

Prezes NFZ

Art. 102. 1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje Prezes Rady Ministrów, spośród osób należących do państwowego zasobu kadrowego, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Prezes Rady Ministrów odwołuje Prezesa Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgania opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku Prezes Rady Ministrów powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.

Rada NFZ

Rada Funduszu składa się z dziesięciu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, przy czym:
1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich;
2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Trójstronną Komisję do Spraw Społeczno-Gospodarczych;
3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego

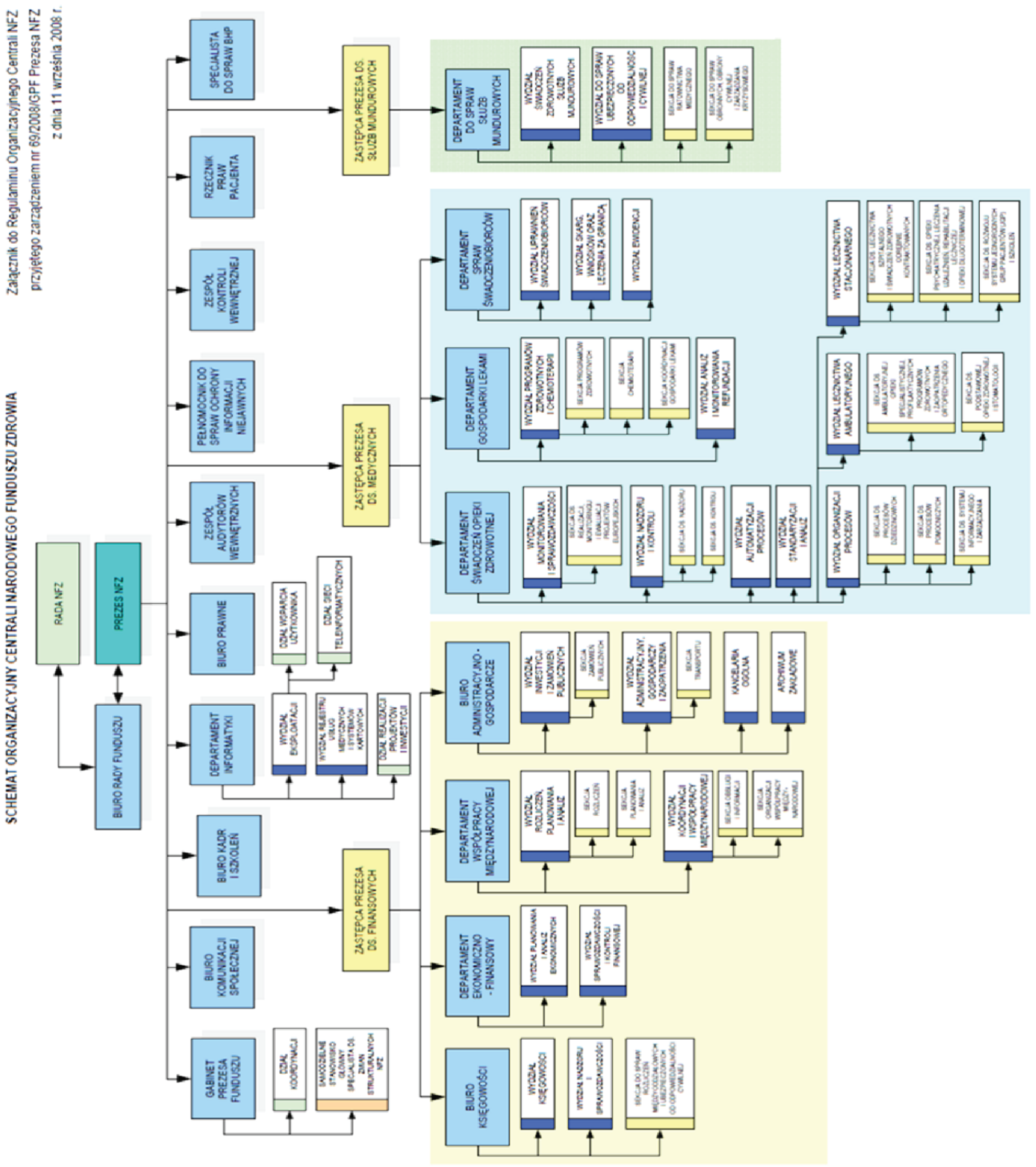
do spraw zdrowia;
5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego;
6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
7) [194)] jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
2. Kadencja członków Rady Funduszu trwa 5 lat.

Zakres działania NFZ

<u>Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116 (przychody Funduszu)</u>

Do zakresu działania Funduszu należy w szczególności:

- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej;
- finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
- opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
- wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
- monitorowanie ordynacji lekarskich;
- promocja zdrowia;
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
- rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).
- *Zadania Funduszu zostały określone w art. 97 ustawy o świadczeniach.*



Ryc. 10. Schemat organizacyjny centrali NFZ

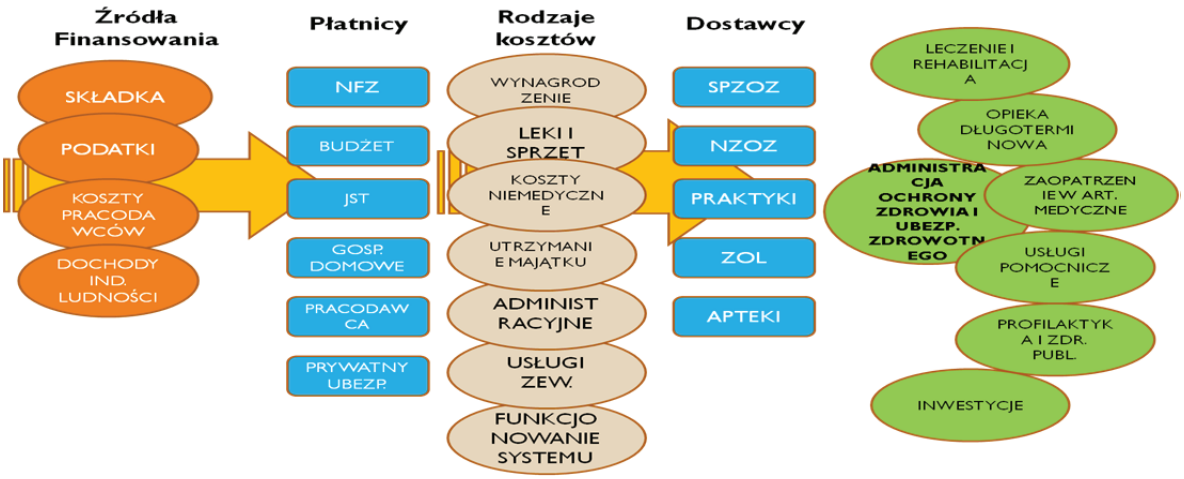
Tab. I. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz odpisu od podatku dochodowego

Rok	Składka	Odpis od podatku
2000	7.5%	7.5%
2001	7.75%	7.75%
2002	7.75%	7.75%
2003	8%	7.75%
2004	8.25%	7.75%
2005	8.5%	7.75%
2006	8.75%	7.75%
2007	9%	7.75%
2008	9%	7.75%
2009	9%	7.75%
2010 i następne	9%	7.75%

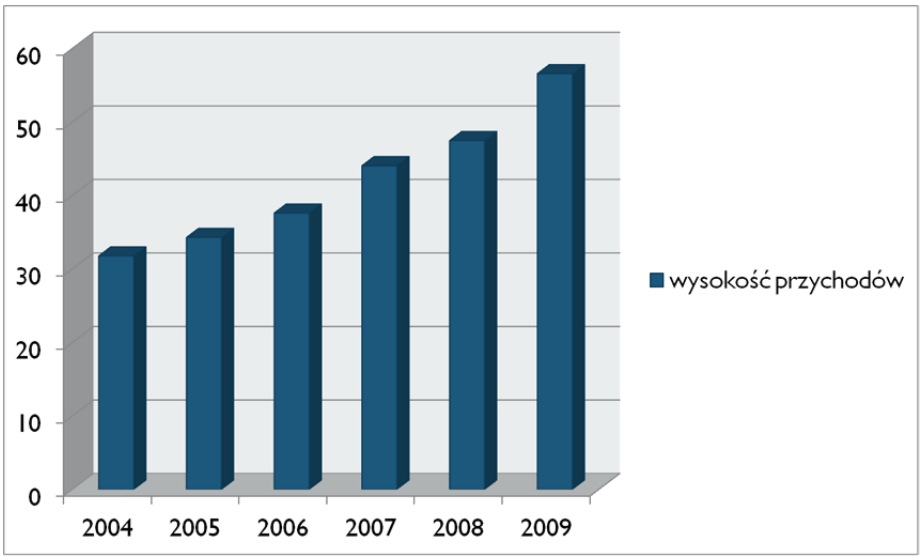
Głównym źródłem finansowania NFZ są składki na ubezpieczenie zdrowotne. Od roku 2007 wynosi ona 9% podstawy wynagrodzenia, z czego od podatku można odliczyć sobie 7,75%.

Budżet państwa finansuje: składki na rolników, bezrobotnych i inne osoby podlegające ubezpieczeniu, które nie płacą podatku dochodowego. W 2007 r. całkowite wpływy ze składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosły 41,6 mld zł (4% PKB i prawie 10% wydatków publicznych).

Prywatny sektor obejmuje środki gospodarstw domowych oraz nakłady: pracodawców, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, organizacji charytatywnych (nie dotowanych z funduszów publicznych).



Ryc. 11. Zasady przepływu środków finansowych w systemie ochrony zdrowia



Wyk. 5. Dynamika wzrostu przychodów NFZ w latach 2004-2009 w mld zł.

Sytuacja po 2009

Zmniejszenie wpływów środków finansowych do NFZ. **Dlaczego?**



Ryc. 12. Czynniki wpływające na wysokość wpływu środków finansowych do NFZ

Wydatki publiczne

Początkowo spadkowa tendencja wydatków budżetowych, od roku 2002 względna stabilizacja. W roku 2009 opieka zdrowotna kosztowała budżet 9,9 mld zł (przy uwzględnieniu ponad 3,3 mld zł, przekazywanych do KRUS na pokrycie kosztów składki zdrowotnej opłacanej przez budżet za rolników).

JST- strumień środków finansowych się zmniejsza. Wydatki obejmują trzy obszary aktywności:

- opiekę zdrowotna (charakter fakultatywny)
- zdrowie publiczne (charakter obowiązkowy)
- opiekę społeczną (charakter obowiązkowy)

Wydatki publiczne- JST

Największe obciążenie dla powiatów i województw samorządowych

Władze samorządów stały się organami założycielskimi szpitali powiatowych i wojewódzkich,

Samorządy odpowiedzialne za gospodarkę finansową SPZOZ, w przypadku generowania przez nie strat

JST przejmują długi placówek i ich dalsze funkcjonowanie. Długi SPZOZ nie mogą być podstawą likwidacji, jeżeli jego dalsze funkcjonowanie jest uzasadnione innymi powodami.
Błędy ustawowe- wystarczająca kontrola nad SPZOZ dopiero w momencie upadłości
Działania naprawcze- poręczanie spłaty kredytów, udzielanie pożyczek, umarzanie spłaty tych pożyczek.

Tab. II. Wysokość finansowania ochrony zdrowia przez JST w latach 2001– 2007 (w mln PLN)

Cecha	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gminy	328	360	344	374	408	443	450
Powiaty „grodzkie”	694	444	402	508	547	601	590
Powiaty	1663	634	609	605	640	804	720
Województwa	709	475	501	521	866	1035	1080
M.st. Warszawa	80	62	54	99	120	183	222
Ogółem	3474	1975	1910	2107	2581	3066	3062

Wydatki gmin na ochronę zdrowia
Gminy przeznaczają na finansowanie potrzeb zdrowotnych i opieki społecznej około 1% swoich wydatków tj. rocznie około 450 mln zł.
Główne zadanie: przeciwdziałanie alkoholizmowi i zwalczanie narkomanii (70% ogółu wydatków)- obowiązek gmin
Wydatki na ochronę zdrowia to 16% budżetu:
- ✓ 47 mln PLN na lecznictwo ambulatoryjne
- ✓ 21 mln PLN na szpitale ogólne
- ✓ 1,5 mln PLN na ratownictwo medyczne,
- ✓ 5 mln PLN na programy polityki zdrowotnej.

Wydatki miast na prawach powiatu
Wydatki na ochronę zdrowia 2% budżetu
Zadania zlecone ustawowo powiatom, finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa:
25% wydatków w dziale ochrona zdrowia przeznaczane na przeciwdziałanie alkoholizmowi.
14% wydatków stanowią środki przeznaczone na składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego
43% wydatków na ochronę zdrowia przeznaczane jest na szpitale ogólne, lecznictwo ambulatoryjne oraz programy polityki zdrowotnej.

Wydatki powiatów na ochronę zdrowia
5% ogółu wydatków
45% przeznaczane na finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. To zadanie obowiązkowe, środki na ten cel pochodzą z budżetu państwa.
Finansowanie przede wszystkim szpitali, dofinansowanie ratownictwa medycznego i programów polityki zdrowotnej.

Wydatki województw samorządowych
10% swoich wydatków ogółem
Finansowanie SPZOZ, dla których samorząd województwa jest organem założycielskim. Na ten cel wydatkuje się rocznie około 65% wszystkich środków przeznaczonych na ochronę zdrowia
Województwa samorządowe finansują także lecznictwo psychiatryczne i zadania medycyny (około 14% wydatków na ochronę zdrowia), a także Staże i specjalizacje medyczne – 9% wydatków.

Wydatki publiczne- cel

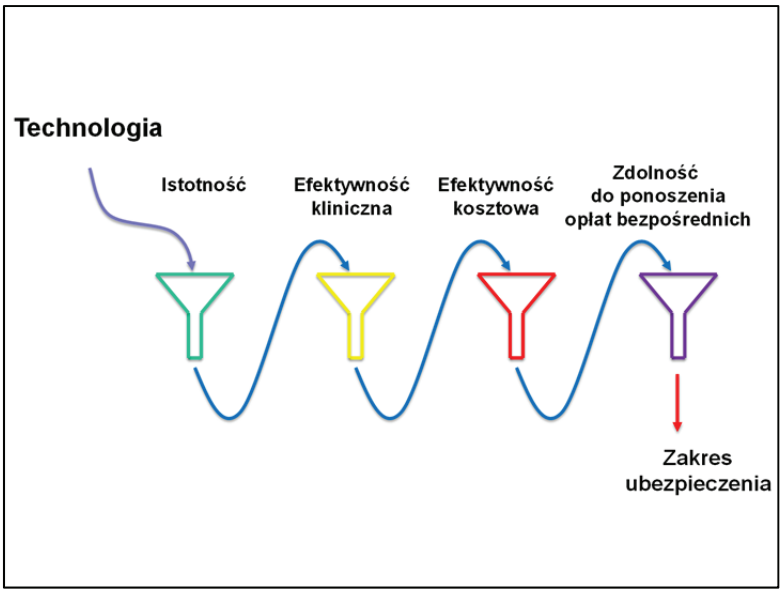
Świadczenia finansowane ze środków publicznych:
1) podstawową opiekę zdrowotną;
2) ambulatoryjną opiekę specjalistyczną;
3) leczenie szpitalne;
4) opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień;
5) rehabilitację leczniczą;
6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
7) leczenie stomatologiczne;
8) lecznictwo uzdrowiskowe;
9) zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
10) ratownictwo medyczne;
11) opiekę paliatywną i hospicyjną;
12) świadczenia wysokospecjalistyczne;
13) programy zdrowotne;
14) leki;

Koszyk świadczeń gwarantowanych
Świadczenia w pełni gwarantowane:
- leczenie szpitalne (19 mld zł).
- świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (4,7 mld zł),
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna (3,3 mld zł),
- rehabilitacja (ok. 1,3 mld zł)
- leczenie psychiatryczne i uzależnień (1,4 mld zł),
- ratownictwo medyczne (ponad 1,1 mld zł),
- terapeutyczne programy lekowe onkologiczne i nieonkologiczne (850 mln zł),

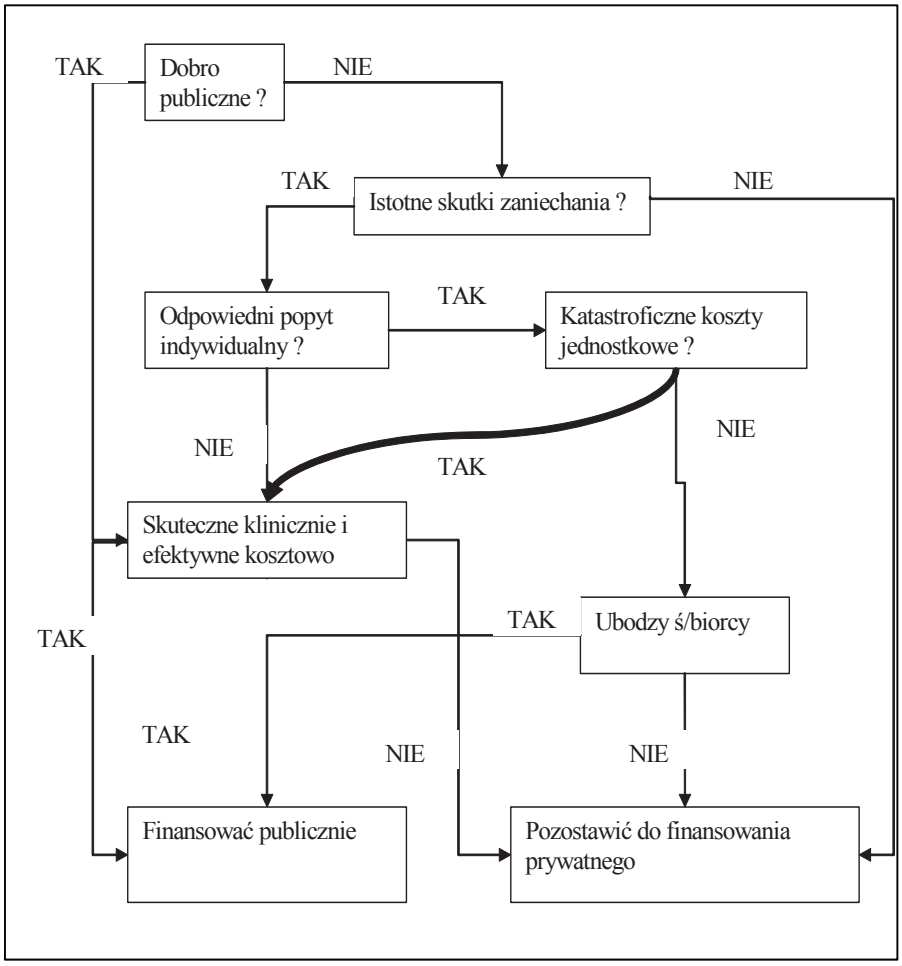
Świadczenia częściowo finansowane:
- refundacja leków (ponad 7 mld zł),
- leczenie stomatologiczne (1,3 mld zł),
- świadczenia pielęgnacyjne-opiekuńcze i paliatywno-hospicyjne (734 mln zł).
- lecznictwo uzdrowiskowe (392 mln zł)

Świadczenia gwarantowane ze środków resortu zdrowia:
- świadczenia wysokospecjalistyczne (397,4 mln zł),
- programy zdrowotne (396,9 mln zł),
- zakup szczepionek (61,5 mln zł),
- ratownictwo medyczne (37,6 mln zł),
- świadczenia dla osób nieubezpieczonych (59,3 mln zł)
- pozostałe świadczenia (25,6 mln zł).

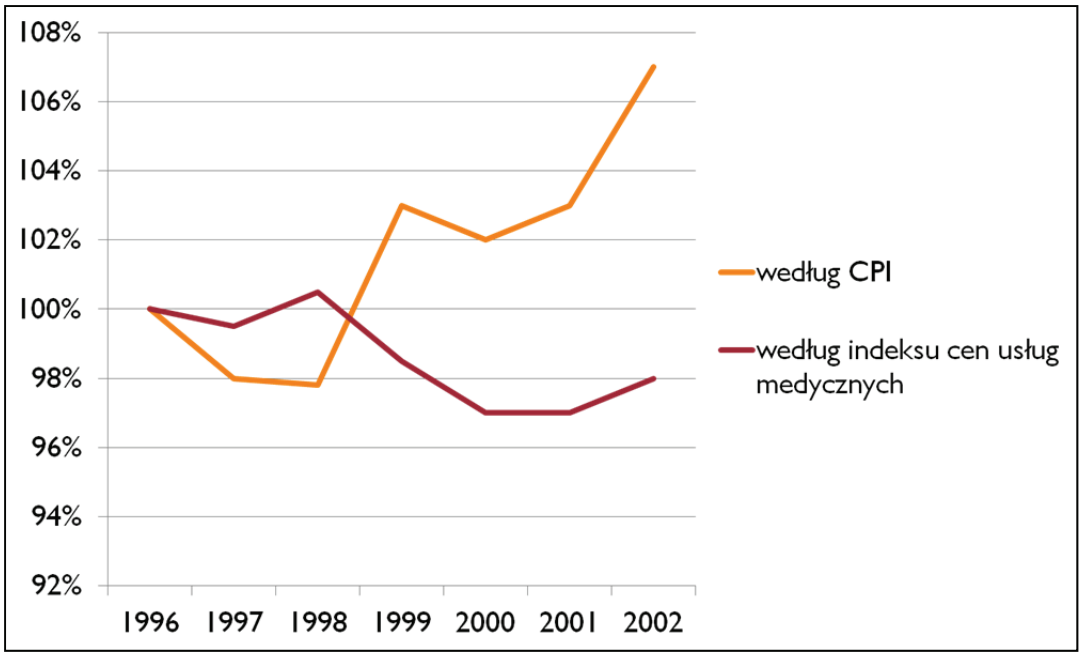
Koszyk świadczeń niegwarantowanych
Zawiera listę ok. 300 procedur
- szczepienia na rotawirusy
- szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby typu A,
- metoda diagnozowania wrzodów żołądka poprzez połykanie kapsułki
- elementy rehabilitacji, które nie mieszczą się w zakresie skierowania na rehabilitację lub do uzdrowiska.



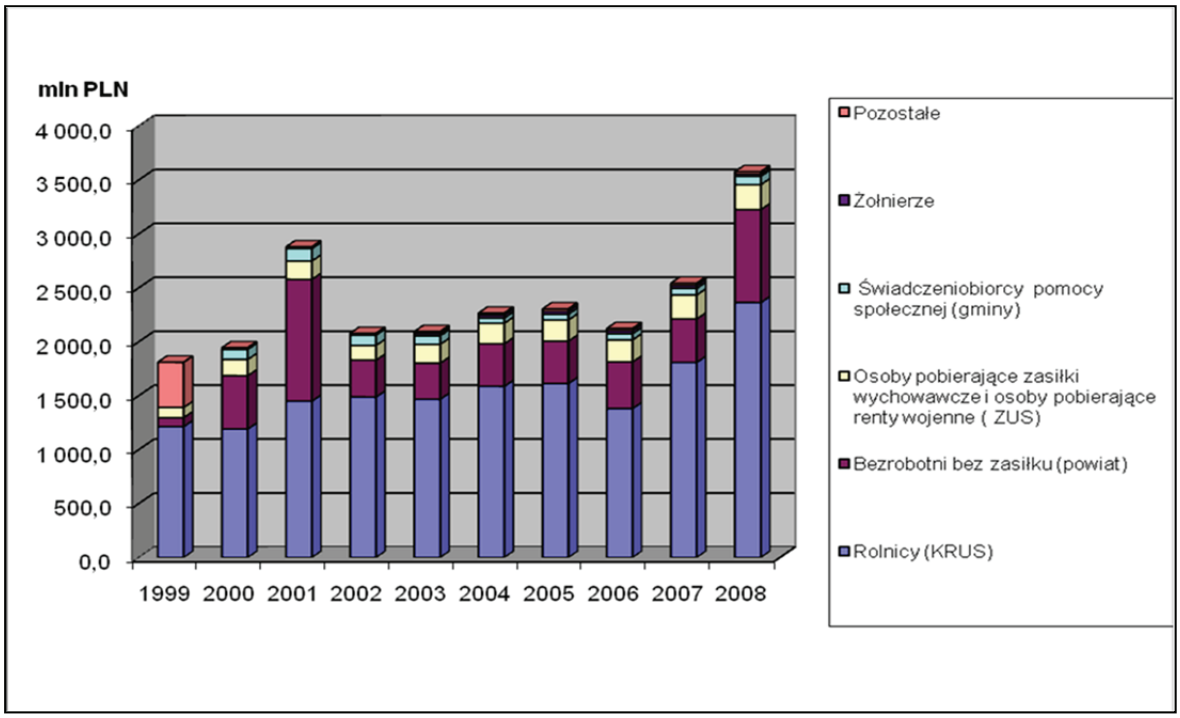
Ryc. 13. Zasady wprowadzania usług medycznych do poszczególnych koszyków świadczeń



Ryc. 14. Drzewo decyzyjne – stopień finansowania usługi medycznej z pieniędzy publicznych

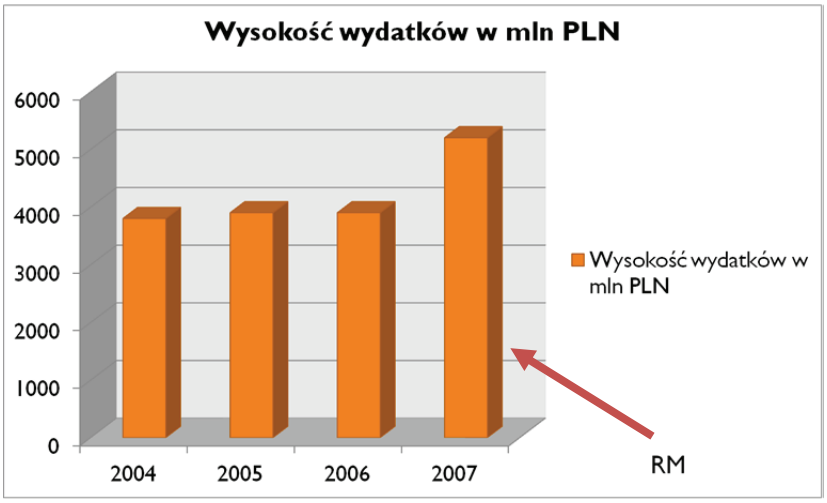


Wyk. 6. Dynamika zmian wysokości wydatków publicznych



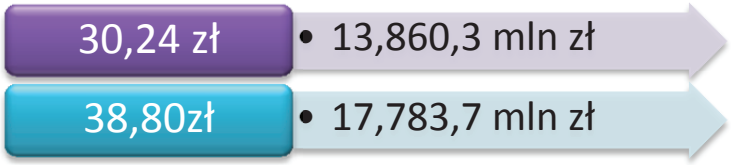
Wyk. 7. Wydatki budżetu państwa na składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w latach 1999 -2008

.



Wyk. 8. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia ogółem

Wydatki prywatne- gospodarstwa domowe Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwie domowym wahają się w granicach



Pierwsza kwota w odróżnieniu od drugiej, nie zawiera tzw. opłat nieformalnych, dowodów wdzięczności itp., czy wydatków na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego.

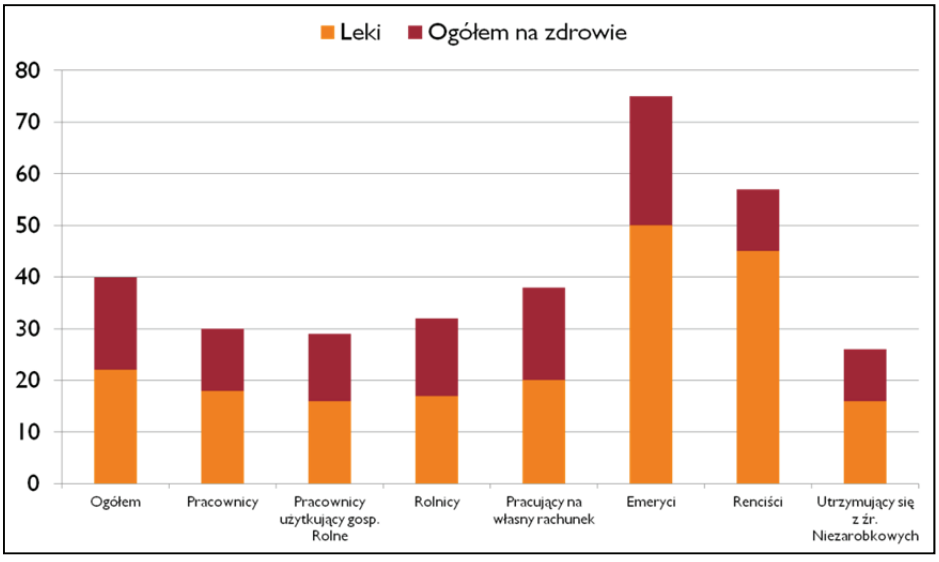
Wydatki prywatne- gospodarstwa domowe

Najwyższe są średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia przypadające na osobę w gospodarstwach domowych emerytów, sięgają nawet 65zł

najniższe - w gospodarstwach utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych, w których wynosiły średnio 14,52 zł.

W gospodarstwach emerytów wydatki na zdrowie stanowiły 8.1% wydatków na towary i usługi konsumpcyjne. W innych gospodarstwach 4.9%.

Uzależnienie wydatków od dochodu.



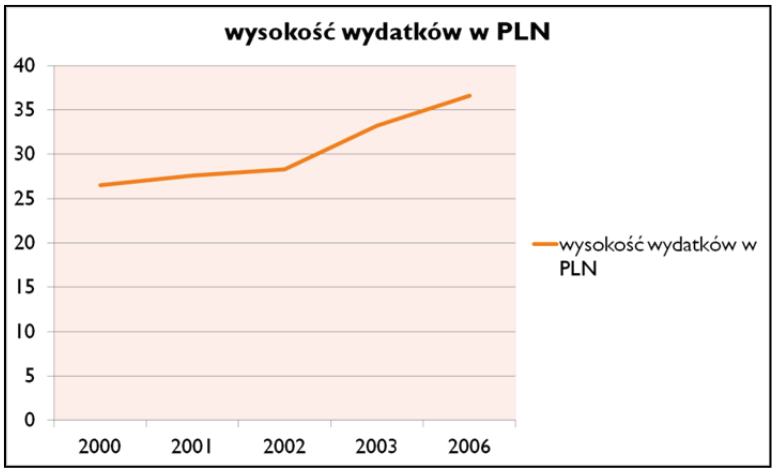
Wyk. 9. Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia (w tym leki)

Wydatki prywatne- wydatki firm
obowiązkowe badania pracowników- koszty badań wstępnych, okresowych, kontrolnych oraz opieki profilaktycznej niezbędnej ze względu na warunki pracy
urządzenia związane z bhp
wykupu abonamentu dla pracowników
utrzymywania lekarza zakładowego wraz z urządzeniami diagnostycznymi czy też rehabilitacyjnymi
Szacowany udział więcej niż 0,5 mld zł
Spowolnienie od roku 2003- brak ulg podatkowych, spowolnienie gospodarcze
Jak szacuje się wydatki przedsiębiorstw?
Dane wykorzystane w procedurze szacowania:
liczba jednostek podstawowych służby medycyny pracy (publiczne, niepubliczne, lekarze praktykujący indywidualnie);
liczba lekarzy którzy odesłali sprawozdania MZ;
liczba wydanych orzeczeń:

- o braku przeciwwskazań do pracy,
- o istnieniu przeciwwskazań do pracy,
- inne.

Tab. III. Wydatki pracodawców na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 pracującego (w PLN) w latach 2002-2007

Cecha	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Wydatki pracodawców na 1 pracującego	42,6	48,4	46,5	56,1	68	99,1
Dynamika całkowitych Wydatków pracodawców*	100	112,3	96,5	122,3	124,4	145,7



Wyk. 10. Dynamika zmian wydatków prywatnych na ochronę zdrowia

Kiedy pacjent musi zapłacić za usługę medyczną?
1) Świadczenia stomatologiczne
Świadczenia lekarza dentysty i materiały stomatologiczne to dziedziny świadczeń zdrowotnych, gdzie występuje mieszane źródło finansowania:
z jednej strony – ubezpieczenie zdrowotne,
a z drugiej – bezpośrednie opłaty wnoszone przez pacjenta.
2). Świadczenia zdrowotne udzielane osobom nietrzeźwym
Za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości publiczny ZOZ pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,

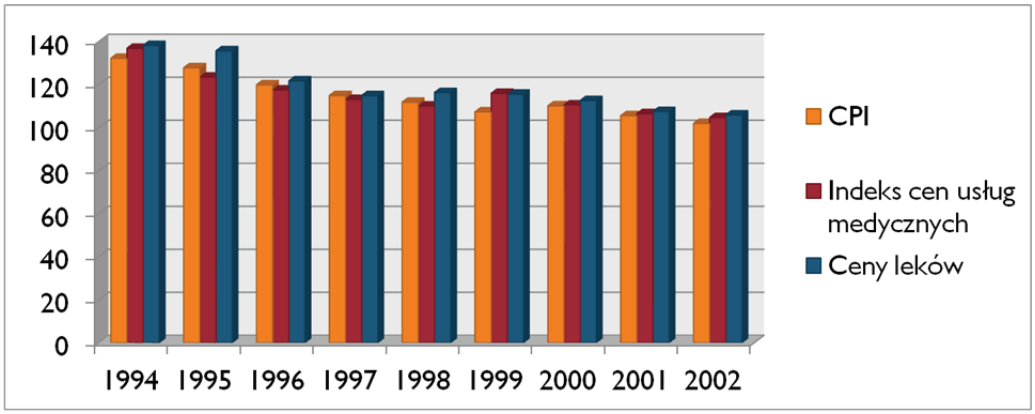
Jakie przesłanki uzasadniają odpłatność?
ZOZ pobiera opłatę jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby;
3). Świadczenia zdrowotne udzielane przez ZOL i ZPO
Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) i zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO) ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania
Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym;

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej
Do 2002 roku każda z regionalnych Kas Chorych dysponowała własnymi przychodami.
Dysproporcje między województwami były wyrównywane przy pomocy mechanizmu wyrównawczego, mimo to istniały dysproporcje
Od 2003 przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne są traktowane jako jednorodna pula środków, podlegająca podziałowi na limity wydatków przyznawane poszczególnym oddziałom wojewódzkim.
Limity wydatków oddziałów wojewódzkich NFZ
Limity ustalane na podstawie czteroetapowej procedury.

- Szacowana jest łączna kwota dochodów NFZ na rok *X*, którego dotyczy* plan. Zgodnie z prawem budżet NFZ powinien być zrównoważony.
- Limit wydatków rozdziela się najpierw na dwie części – wydatki centrali oraz łączne wydatki oddziałów wojewódzkich.
- W kwocie wydatków oddziałów wojewódzkich wyodrębnia się łączną kwotę przeznaczoną na finansowanie procedur wysokospecjalistycznych.
- Wyliczenie wydatków w poszczególnych województwach na podstawie specjalnego wzoru, obejmującego takie dane jak

ustalony przez centralę NFZ udział wydatków na procedury wysokospecjalistyczne w ogólnej kwocie wydatków oddziałów wojewódzkich
liczba wyróżnionych grup wiekowych, na które dzielona jest cała populacja osób ubezpieczonych
liczba ubezpieczonych w i-tej grupie wiekowej, w n-tym oddziale wojewódzkim
średnia (z ostatnich X lat) kosztów usług medycznych przypadających (w Polsce) na jedną osobę -tej grupy wiekowej.
tzw. współczynnik migracji¸

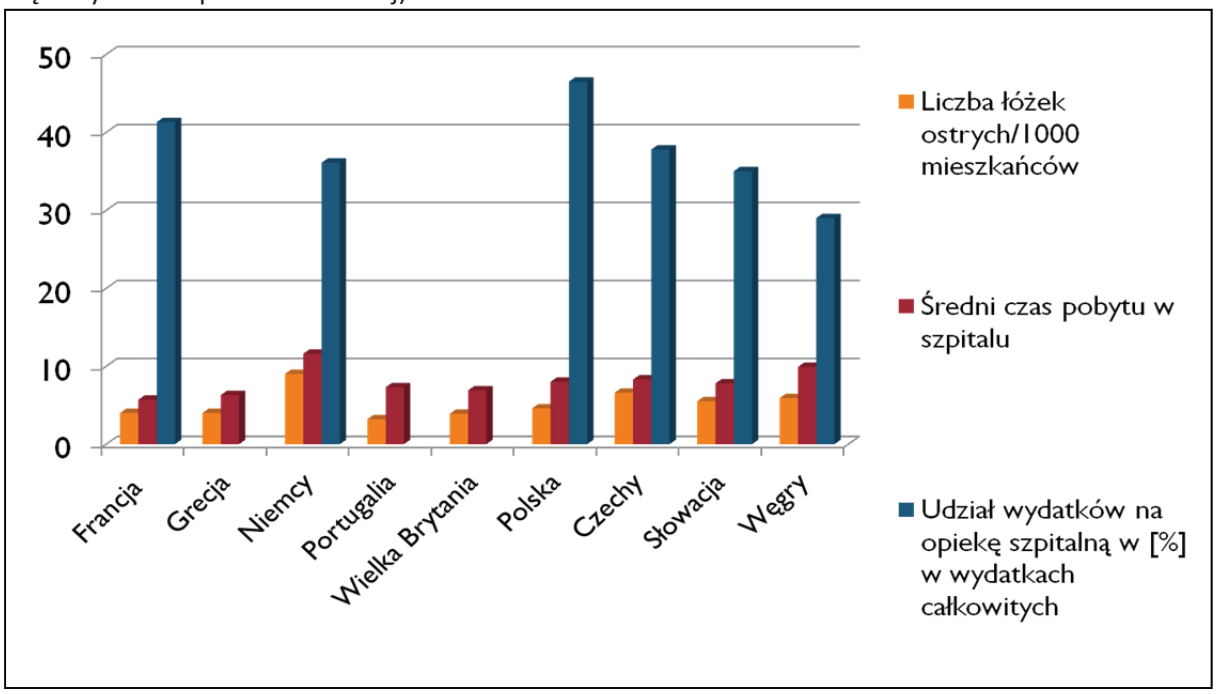
Ceny usług medycznych
Koszty wewnętrzne i zewnętrzne (również z zewnątrz kraju jak np. ceny leków, sprzętu).
Szybszy wzrost indeksu cen usług medycznych i leków, niż innych (CPI).



Wyk. 11. Wzrost cen usług medycznych oraz innych produktów (CPI) Rok poprzedni = 100

Wady procedury czteroetapowej
Do obliczania limitów wydatków dla wszystkich województw wykorzystywane są te same, ogólnopolskie wskaźniki
w podziale środków na województwa nie uwzględnia się takich czynników jak:
– stopień urbanizacji, istotnie wpływający na koszty podstawowej opieki zdrowotnej (na obszarach wiejskich koszty te powinny być wyższe),
– międzywojewódzkie zróżnicowanie stanu zdrowotnego mieszkańców.
uwzględnienie w algorytmie współczynnika migracji powoduje zwiększenie – kosztem innych województw – transferów do tych regionów, które dysponują dobrą infrastrukturą medyczną i już wyjściowo są w lepszej sytuacji.

Główne generatory kosztów w opiece zdrowotnej
liczba tzw. ostrych łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców
średni czas pobytu pacjenta w szpitalu
udział wydatków na opiekę stacjonarną w ogólnych wydatkach
Im wyższe są zasoby (liczba łóżek), pobyt chorego w szpitalu dłuższy, tym wyższe koszty. Rośnie wówczas udział opieki szpitalnej w całości katalogu świadczonych usług medycznych (najdroższej części systemu opieki zdrowotnej).



Wyk. 12. Główne generatory kosztów w opiece zdrowotnej

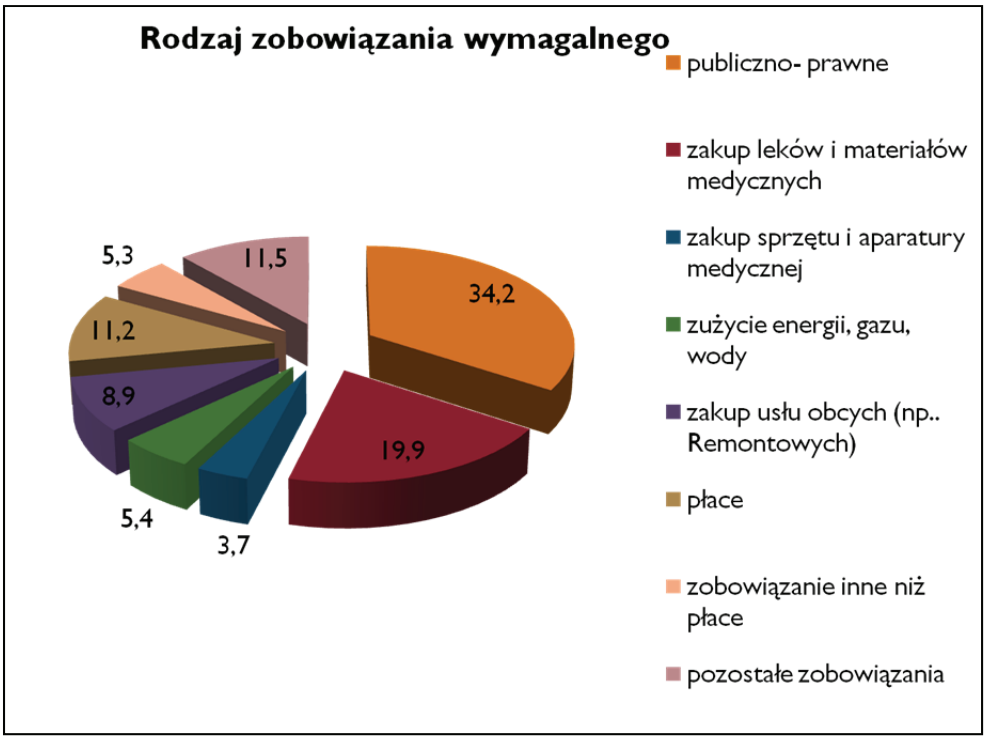
Zadłużenie
Dwa rodzaje zadłużeń:

1. Wymagalne

Przeterminowane. Wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione, ani umorzone. Wierzyciel ma prawo naliczać odsetki karne od tych zobowiązań.

2. Niewymagalne

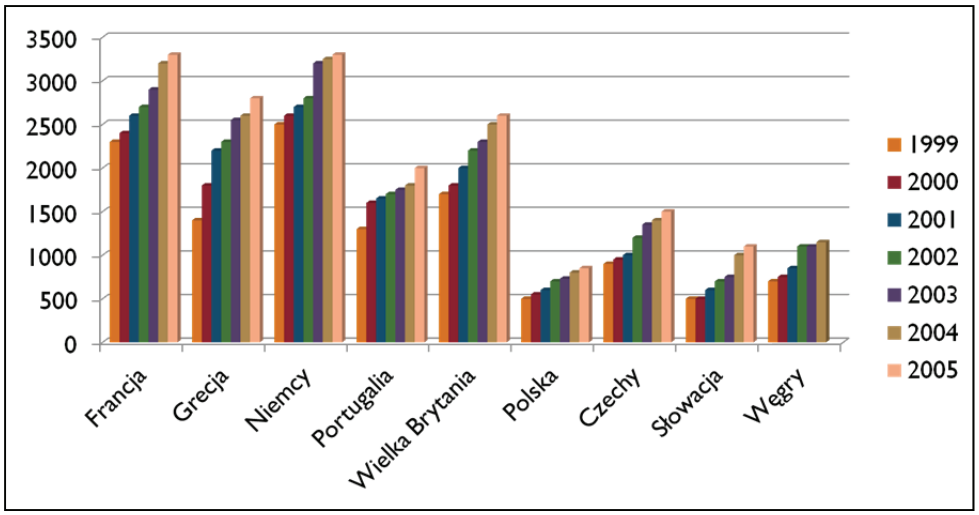
Termin płatności później niż 30 dni.
Rolowanie długu- regulacja zobowiązań wymagalnych ze środków pochodzących z zaciągnięcia nowych zobowiązań, z reguły pożyczek i kredytów. Zamiana zobowiązań wymagalnych na niewymagalne



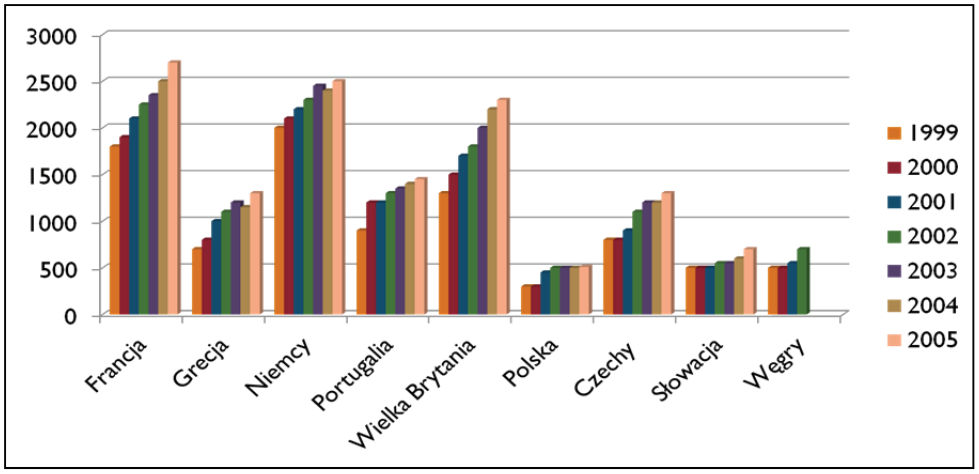
Wyk. 13. Rodzaje zadłużeń w zakresie zobowiązań wymagalnych u świadczeniodawców

Tab. IV. Dane finansowe- wydatki na zdrowie

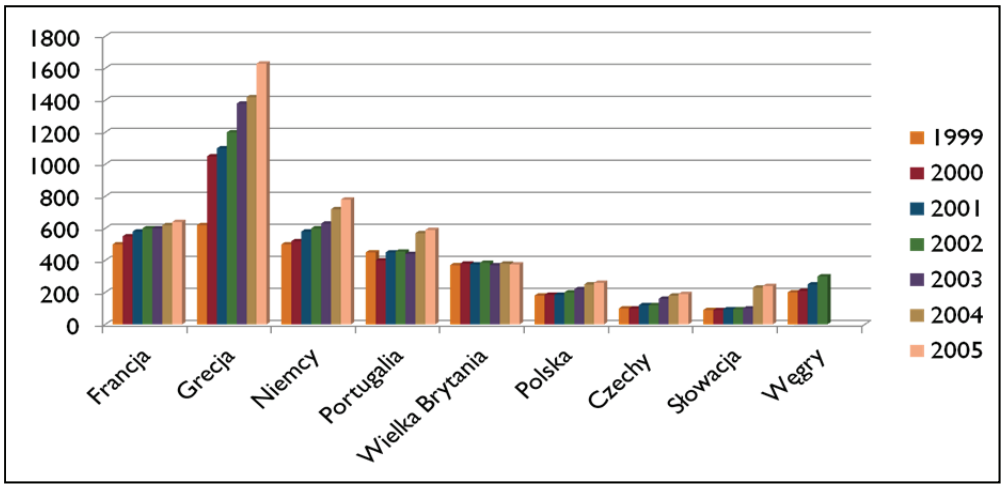
WYSZCZEGÓLNIENIE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Wydatki ogółem (w %PKB)	5,6	5,9	5,7	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2
Wydatki na jednego mieszkańca (USD)	499	556	566	590	647	754	814	847	
Wydatki na zdrowie ogółem	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Wydatki publiczne	72	65,4	71,1	70	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3
Wydatki prywatne	28	34,6	28,9	30	28,1	28,8	30,1	31,4	30,7



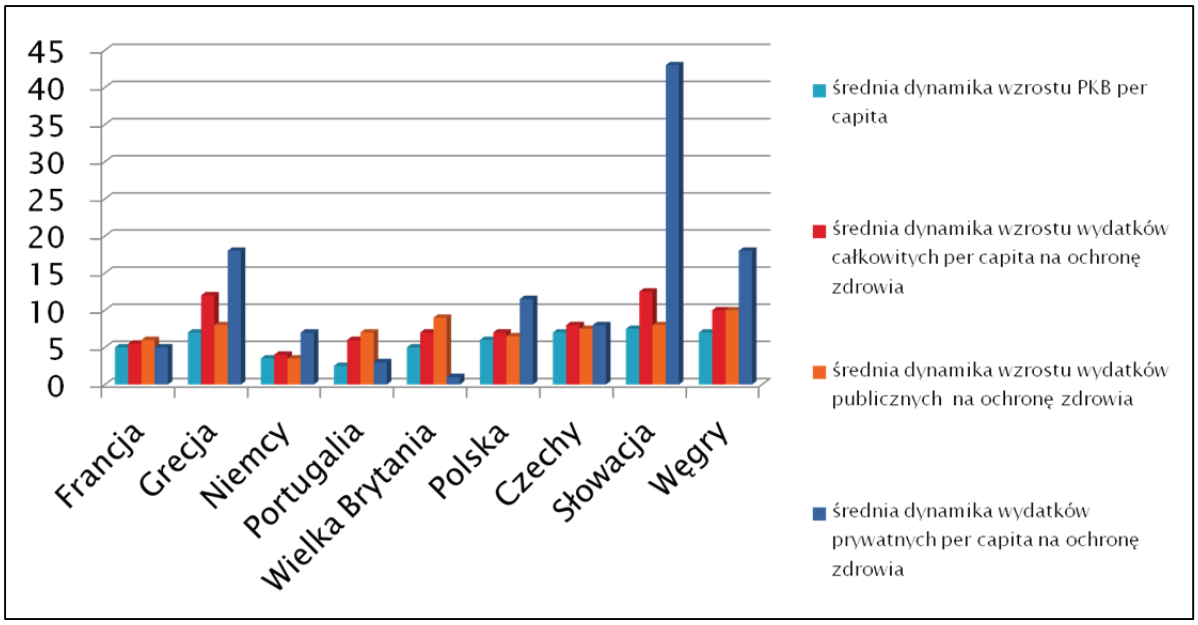
Wyk. 14. Dane finansowe- całkowite wydatki per capita ($PPP) w wybranych krajach



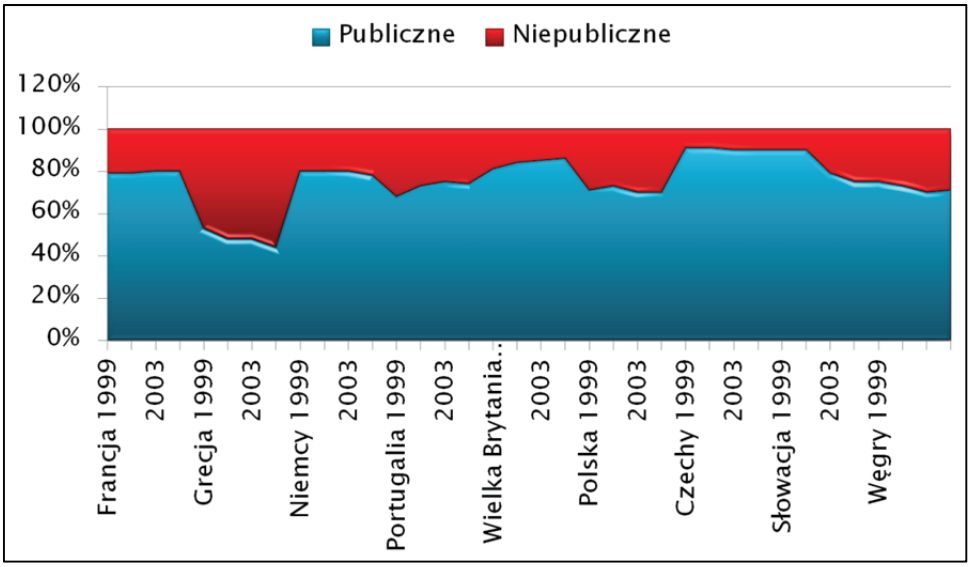
Wyk. 15. Dane finansowe- publiczne wydatki per capita ($PPP) na ochronę zdrowia w wybranych krajach



Wyk. 16. Dane finansowe- prywatne wydatki per capita ($PPP) na ochronę zdrowia w wybranych krajach



Wyk. 17. Dane finansowe- dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia a wzrost PKB



Wyk. 18. Dane finansowe- struktura wydatków publiczne/ prywatne

Rozdział 4. Rola i funkcje ubezpieczeń społecznych i alternatywa dla publicznego systemu ubezpieczeń społecznych.

Ubezpieczenia społeczne

Wraz z pomocą społeczną stanowią podstawowy instrument polityki socjalnej państwa. System ubezpieczeń społecznych obejmuje pracowników najemnych i inne osoby, np. prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą.

Podstawowym aktem prawnym dotyczącym ubezpieczeń społecznych jest ustawa z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. nr 137, poz. 887 z późn. zm.).

Realizacją przepisów o ubezpieczeniach społecznych zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

Ubezpieczenia emerytalne - polegają na comiesięcznej wypłacie określonej kwoty osobom, które osiągnęły wiek emerytalny.

Ubezpieczenia rentowe - polegają na comiesięcznej wypłacie określonej kwoty w okresie wyznaczonym w odpowiednim orzeczeniu osobom ze stałą niezdolnością do pracy.

Ubezpieczenia chorobowe - polegają na wypłacie określonej kwoty w razie chorób oraz za urlopy macierzyńskie (czasowa niezdolność do pracy).

Ubezpieczenia wypadkowe - polegają na wypłacie określonej kwoty w postaci odszkodowań i zasiłków z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Tab. V. Wysokość składek z tytułu ubezpieczeń społecznych uiszczanych przez pracownika i pracodawcę

Rodzaj składki	Wysokość składki	Pracownik	Pracodawca
Emerytalna	19,52%	½ (9,76%)	½ (9,76%)
Rentowa	8,00%	¼ (1,50%)	¾ (6,50%)
Chorobowa	2,45%	Całość (2,45%)	-
Wypadkowa	0,67% - 3,60%	-	Całość (0,67% - 3,60%)

Pozostałe ubezpieczenia pobierane przez ZUS i przekazywane innym instytucjom

- Ubezpieczenie zdrowotne (9 % podstawy wymiaru składki) – przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
- Fundusz Pracy 2,45 % - przekazywane do instytucji rynku pracy (PUP – powiatowe urzędy pracy, WUP – wojewódzkie urzędy pracy)
- Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych 0,10 % podstawy wymiaru składki – przekazywane do FGŚP

Składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracownika

– emerytalne (9,76 % podstawy wymiaru)
– rentowe (1,50 % podstawy wymiaru)
– chorobowe (2,45 % podstawy wymiaru)

Składka na ubezpieczenie zdrowotne (9 % podstawy wymiaru składki) przekazywana do NFZ – płacona jest z wynagrodzenia pracownika, a raczej potrącana głównie z jego zaliczki na podatek dochodowy. O składkę na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych do wysokości 7,75% podstawy, reszta pochodzi ze środków pracownika.

Składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracodawcę:

- emerytalne (9,76 % podstawy wymiaru)
- rentowe (4,50 % podstawy wymiaru)

- wypadkowe (od 0,67% - 3,33% podstawy wymiaru)- ta składka finansowana jest w całości przez pracodawcę i ustalana indywidualnie dla każdego płatnika, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków. Dla zakładu zatrudniającego do 9-ciu pracowników składka wynosi 1,67%.

Pozostałe składki płacone przez pracodawcę:

- Fundusz Pracy (2,45 % podstawy wymiaru)
- Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (0,10 % podstawy wymiaru) składki przekazywane FGŚP

Ubezpieczenia zdrowotne

- Konstytucja RP w art. 68 ust. 1 nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku wprowadziła powszechne, obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, obejmujące osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkałe na terytorium RP oraz cudzoziemców przebywających na terytorium RP na podstawie karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

- Obowiązek ubezpieczeniowy dotyczy **21 kategorii osób.**
- Osoby objęte ubezpieczeniem społecznym lub społecznym ubezpieczeniem rolniczym (pracownicy, rolnicy lub domownicy gospodarstw rolnych, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą.
- Żołnierze zawodowi
- Funkcjonariusze służb mundurowych
- Sędziowie i prokuratorzy
- Osoby pobierające emeryturę i rentę
- Dzieci, uczniowie
- Studenci i słuchacze studiów doktoranckich
- Bezrobotni
- Kombatanci
- Osoby korzystające z urlopu wychowawczego
- Cudzoziemcy

Ubezpieczenia zdrowotne

- Głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w NFZ. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9% dochodów osobistych (7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony), która odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).
- W systemie finanse pochodzące ze składek stanowią nawet do 90% całości zgromadzonej kwoty.

Dowód ubezpieczenia zdrowotnego

- Aby skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych należy przedstawić dowód ubezpieczenia, którym jest każdy dokument potwierdzający uprawniania do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenia zdrowotne
- Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń zdrowotnych może być:
  Dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę
- druk ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy
- legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczątką

Dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

- aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne

Dla osoby ubezpieczonej w KRUS

- legitymacja KRUS wraz z dowodem wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie społeczne

Dla emerytów i rencistów

- legitymacja emeryta lub rencisty lub aktualny odcinek emerytury lub renty

Dla osoby bezrobotnej

aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy

Dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie

umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłaty składki

Dla członka rodziny osoby ubezpieczonej

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego
- legitymacja rodzinna z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualną datą i pieczątką płatnika lub ZUS
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy
- legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualnym odcinkiem emerytury lub renty
- W przypadku członków rodziny – dzieci, które ukończyły 18 rok życia, dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki (do 26 roku życia) lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności.

Osoby nieobjęte ubezpieczeniem

- Osoby nieobjęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce i w Unii Europejskiej, mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia.
- W tym celu należy złożyć pisemny wniosek w wybranym Oddziale Wojewódzkim NFZ
- W tym celu należy posiadać numer NIP
- Podpisywana jest umowa między ubezpieczonym, a NFZ uprawniająca do bezpłatnych świadczeń na rzecz ubezpieczonego i jego rodziny pod warunkiem uiszczania w terminie składek.
- NFZ może uzależnić objęcie danej osoby ubezpieczeniem zdrowotnym od uiszczenia przez nią opłaty dodatkowej odpowiadającej wielokrotności przeciętnego wynagrodzenia, jeżeli osoba ta nie była dotąd ubezpieczona lub przerwa w ubezpieczeniu trwała dłużej niż 3 miesiące. Wysokość opłaty dodatkowej jest uzależniona od okresu, w którym dana osoba nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

Historia ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

- 4 kwietnia 1918 r. dekret o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy.
- 1919 r. ogłoszenie dekretu o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym. Państwo zostało zobligowane do zapewnienia opieki chorym.
- Krótkotrwałe funkcjonowanie Ministerstwa, do roku 1924. początkowo obowiązki przejęło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, a potem Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej

Rodzaje prywatnego ubezpieczenia

- W krajach rozwiniętych prywatne ubezpieczenia ma 30% populacji.
- **Ubezpieczenia suplementarne-** równoległe do świadczeń gwarantowanych, podwójne zabezpieczenie, szybszy dostęp, możliwość wyboru
- **Ubezpieczenia komplementarne-** pokrycie kosztów usług nie będących w obrębie zabezpieczenia bazowego lub finansowanych częściowo przez państwo
- **Ubezpieczenia substytucyjne-** zastępują finansowanie ze środków publicznych, dla osób nie podlegających np. obowiązkowemu ubezpieczeniu.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Rządowy projekt w zakresie zmian w ubezpieczeniach obejmuje m.in.:

• określenie minimalnych wymagań, jakie powinna spełniać umowa ubezpieczeniowa

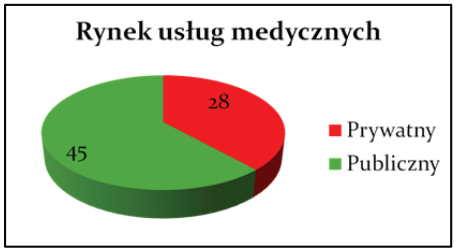
• zapisy dotyczące warunków współpracy (w tym przekazywania danych) między zakładami ubezpieczeń a NFZ

• dodatkowe wymagania dla podmiotów wykonujących świadczenia jednocześnie dla NFZ i firmy ubezpieczeniowej

Polski rynek zdrowia

- Polski rynek usług zdrowotnych można podzielić na:
- Publiczny- 45 mld
- Prywatny- 28 mld

73 mld PLN



Wyk. 19. Podział rynku usług medycznych w Polsce

Prywatna opieka medyczna

Najchętniej korzystamy z prywatnych porad:

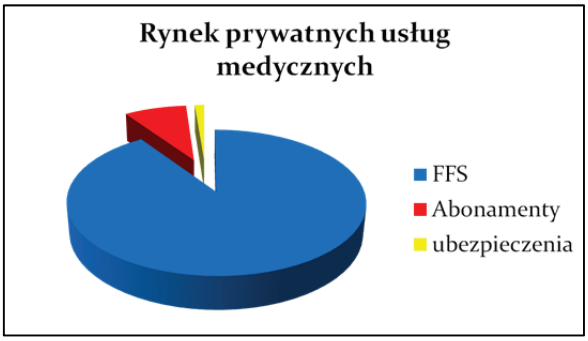
- Stomatologa
- Ginekologa
- Lekarza pierwszego kontaktu
- Specjalistów, do których jest długa kolejka w ramach NFZ

W 2009 roku:

- Co trzeci Polak korzystał z prywatnej opieki zdrowotnej
- Z publicznej 2 na 3
- Satysfakcja z prywatnej opieki wyższa o 30% niż z publicznej

Schemat rynku prywatnego

- FFS (usługi płatne za wizytę)- 11 mld (lub OPP)
- Abonamenty medyczne- 1 mld
- Ubezpieczenia zdrowotne- 0,15 mld



Wyk. 20. Rynek prywatnych usług medycznych

Rozdział 5. Samodzielność budżetowa zakładów i pracowni diagnostycznych. Koszty działania jednostek świadczących usługi medyczne

Uregulowania prawne

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej określa:

1) zasady wykonywania działalności leczniczej;
2) zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami;
3) zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4) normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych;
5) zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Podmioty lecznicze

Działalność w formie m.in.:

- Przedsiębiorcy
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego
- instytuty badawcze
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

ZOZ- cele utworzenia

Definicja: Zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem środków majątkowych i osób utworzonym w celu udzielania świadczeń medycznych oraz promocji zdrowia;
ZOZ może być również utworzony i utrzymywany w celu:
1) prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia;
2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia;

Działalność lecznicza

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
Działalność lecznicza może również polegać na:
1) promocji zdrowia lub
2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Formy organizacyjne ZOZ

Działalność lecznicza:
1) lekarzy może być wykonywana w formie:
jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska
Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego

Spółka cywilna

W odróżnieniu od spółek prawa handlowego spółka cywilna nie posiada osobowości prawnej,

jest konstrukcją regulowaną przez prawo zobowiązań
Nie stanowi więc samodzielnego podmiotu prawa, podmiotami prawa pozostają wspólnicy spółki cywilnej.
W związku z tym, spółka cywilna nie ma własnego mienia - nabywane prawa i zaciągane zobowiązania wchodzą do wspólnego majątku wspólników, stanowiącego ich współwłasność
Za zobowiązania zaciągnięte w związku z działalnością spółki wspólnicy odpowiadają solidarnie zarówno majątkiem wspólnym, jak i majątkiem indywidualnym.

Zalety

Duża swoboda kształtowania postanowień umowy spółki
Możliwe wszystkie formy opodatkowania w zależności od działalności
Dobra forma dla działalności małych rozmiarów – np. w przypadku, gdy dla wszystkich wspólników jest to działalność dodatkowa
Nieskomplikowany sposób likwidacji

Wady

Odpowiedzialność całym majątkiem osobistym za zobowiązania firmy
Konieczność rejestrowania się każdego wspólnika osobno i ujawniania w nazwie firmy nazwisk wszystkich wspólników

Spółka jawna

Osobowa spółka prowadząca przedsiębiorstwo pod własną firmą i niebędąca inną spółką handlową.
Spółka jawna ma ułomną osobowość prawną. Posiada swój majątek, który stanowią wkłady wniesione do spółki oraz mienie nabyte przez spółkę w czasie jej istnienia.
Umowa spółki jawnej powinna być zawarta w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
Dla powstania spółki jawnej wymagane jest wpisanie spółki do KRS Krajowego Rejestru Sądowego.
Każdy wspólnik ma prawo i obowiązek zgłosić spółkę do rejestru. Spółka jawna wpisywana jest do KRS jako przedsiębiorca.
Firma spółki powinna zawierać nazwiska lub firmy (nazwy) wszystkich wspólników albo nazwisko albo firmę (nazwę) jednego albo kilku wspólników z oznaczeniem "spółka jawna". Dopuszcza się stosowanie w obrocie skrótu "sp.j
Obowiązuje odpowiedzialność subsydiarna tj. za zobowiązania najpierw odpowiada majątek spółki, a dopiero potem wspólnicy całym swoim majątkiem teraźniejszym i przyszłym

Zalety

Duża swoboda kształtowania postanowień umowy spółki, możliwość reprezentacji spółki przez każdego wspólnika, ale również możliwość wyłączenia w umowie wspólnika/wspólników z reprezentacji
Możliwość ujawnienia w nazwie firmy nazwiska jednego tylko wspólnika (np. Jan Kowalski i spółka)
Brak określonych wymagań kapitałowych
Stosunkowo niskie koszty rejestracji

Wady

Odpowiedzialność całym majątkiem osobistym za zobowiązania firmy, jeżeli zobowiązania nie można zaspokoić z majątku firmy.

Spółka partnerska

Spółkę partnerską tworzą wspólnicy (partnerzy) w celu wykonywania wolnego zawodu w spółce prowadzącej przedsiębiorstwo pod własną firmą.
Wspólnikami w spółce partnerskiej – zwanymi partnerami – mogą być tylko osoby fizyczne.
umowa spółki wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności
powstaje z chwilą wpisu do KRS,
Działa pod własną firmą
firma powinna zawierać nazwisko co najmniej jednego partnera, dodatkowe oznaczenie "i partner" bądź "i partnerzy" albo "spółka partnerska" oraz określenie wolnego zawodu wykonywanego w spółce.

Zalety
Ograniczenie odpowiedzialności za zobowiązania powstałe w wykonywaniu działalności przez innych partnerów
Jednoznaczne określenie profilu spółki w nazwie
Brak określonych wymagań kapitałowych

Formy organizacyjne ZOZ
Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:
1) spółki kapitałowej;
2) jednostki budżetowej.
Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:
1) spółki kapitałowej;
2) jednostki budżetowej.
Formy organizacyjne opieki zdrowotnej

Jednostka budżetowa
najprostsza forma organizacyjna prowadzenia działalności przez podmiot sektora finansów publicznych.
- całkowite powiązanie podmiotu z budżetem- jego dochody są dochodami budżetu a wydatki wydatkami budżetu.
- Jednostka budżetowa środki na prowadzenie swojej działalności w 100% otrzymuje z budżetu państwa lub z budżetu jednostki samorządu terytorialnego

Formy organizacyjne opieki zdrowotnej

Jednostka budżetowa
Podstawą gospodarki finansowej jest plan dochodów i wydatków nazywany „planem finansowym”
Mogą zaciągać zobowiązania finansowe w granicach ustalonego na dany rok limitu wydatków budżetowych;
Jednostki budżetowe nie maja osobowości prawnej; nie posiadają własnego mienia, dysponują wyodrębnioną częścią majątku Skarbu Państwa

SPZOZ
Ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut.
W statucie określa się:
firmę podmiotu, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych;
siedzibę podmiotu,
cele i zadania podmiotu
organy i strukturę organizacyjną podmiotu
formę gospodarki finansowej
Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania.
Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika.

SPZOZ
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:
- z odpłatnej działalności leczniczej

- z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt. 1, jeżeli statut przewiduje wykonywanie takiej działalności;
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego;

Finansowanie SPZOZ
Podstawowym źródłem uzyskiwania środków finansowych przez SPZOZ jest umowa (kontrakt) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) ok. 88-95% ogółu swoich środków finansowych SPZOZ pozyskuje z kontraktu z NFZ;

Wyniki finansowe SPZOZ
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy.
Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną — do wysokości tej wartości.
Wyniki finansowe spzoz
W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

NZOZ
Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być tworzone przez: kościoły, związki wyznaniowe, pracodawców, fundacje, związki zawodowe, samorządy zawodowe, stowarzyszenia, inne krajowe lub zagraniczne osoby prawne lub fizyczne oraz przez spółki bez osobowości prawnej.
Nzoz formy działalności

- prywatne gabinety lekarskie
- prywatne przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej
- prywatne szpitale
- prywatne poradnie lekarzy specjalistów
- prywatne gabinety stomatologiczne
- indywidualna bądź grupowa praktyka pielęgniarska
- indywidualna bądź grupowa praktyka położnych
- prywatne laboratoria
- prywatne centra diagnostyczne
- prywatne zakłady sanatoryjne i rehabilitacyjne

NZOZ
Niepubliczny zoz może być powołany przez każdą osobę fizyczną i prawną. Można go prowadzić osobiście bądź wspólnie z innymi osobami fizycznymi, w postaci jednej spośród wymienionych poniżej typów spółek osobowych:

- spółki z ograniczą odpowiedzialnością (art. 158 - 306 k.h.),
- spółki akcyjnej (art. 307 - 490 k.h.).

Rodzaje spółek
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Spółka odpowiada za zobowiązania bez ograniczeń, wspólnicy odpowiadają do wysokości wkładu. To spółka kapitałowa- jej istotą jest przede wszystkim zgrupowanie środków kapitałowych w celu realizacji pewnego zamierzenia. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością jest osobą prawną, czyli samodzielnym podmiotem praw i obowiązków, różnym od zawiązujących ją wspólników. Ma swój

własny majątek i właśnie nim odpowiada za swoje zobowiązania. Kapitał zakładowy spółki powinien wynosić co najmniej 50 000 złotych, a wartość nominalna udziału nie może być niższa niż 500 złotych.

Zalety:

Brak ryzyka utraty całego majątku w razie niepowodzenia przedsięwzięcia.

Wady:

Wysokie koszty związane z utworzeniem i funkcjonowaniem (koszty obsługi prawnej, prowadzenie rachunkowości, badania sprawozdań finansowych).
Wysoki wymagany pułap wkładu początkowego.

Rodzaje spółek

Spółka akcyjna.

To rodzaj spółki kapitałowej. W Polsce spółki akcyjne działają obecnie na podstawie Kodeksu spółek handlowych. Kapitał zakładowy spółki akcyjnej podzielony jest na akcje o równej wartości. Akcje te mogą być notowane (kupowane i sprzedawane) na giełdzie.
Akcjonariusze nie odpowiadają za zobowiązania spółki, ryzyko ponoszą jedynie do wysokości wniesionego kapitału oraz czerpią zyski (np.: w postaci dywidendy), minimalny kapitał akcyjny wynosi 100 000 zł a minimalna wartość nominalna akcji to 1 grosz.

NZOZ

Nadanie statutu NZOZ'owi:
Treść statutu musi zawierać przynajmniej: nazwę odpowiadającą zakresowi świadczeń zdrowotnych, cel i zadania zakładu, siedzibę i obszar działania, rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz organy zakładu i strukturę organizacyjną i formę gospodarki finansowej.

Przychody NFZ

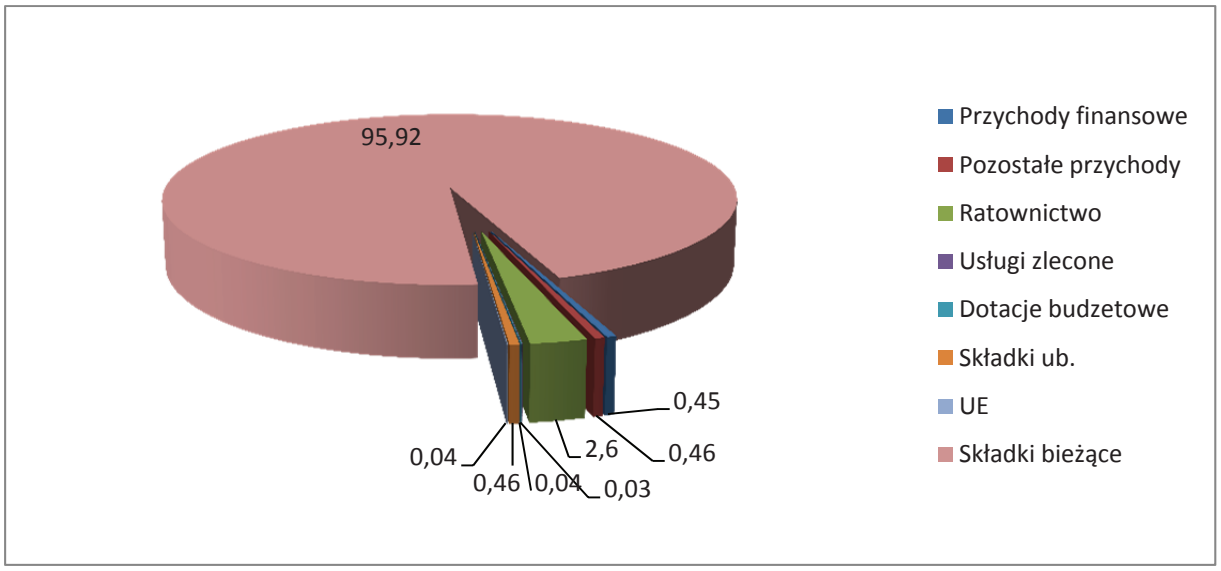
Przychody Funduszu obejmują:

- składki na ubezpieczenie zdrowotne (bieżące i z lat ubiegłych),
- przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych wykonanych dla obywateli UE/EOG na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
- przychody z tytułu realizacji zadań zleconych, dotację z budżetu państwa na realizację zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (ustawa o pomocy społecznej)
- dotację z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych,
- pozostałe przychody oraz przychody finansowe.

Tab. VI. Przychody NFZ na przykładzie roku 2007

Wyszczególnienie	Plan na rok 2007	Wykonanie w roku 2007	% realizacji planu
Składka należna w roku planowania równa przypisowi składki	41 628 934,00	42 233 705,98	101,43%
Przychody ze składek z lat ubiegłych	200 000,00	203 527,92	101,76%

Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	25 000,00	19 509,00	78,04%
Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	21 511,00	12 369,13	57,50%
Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art.97 ust.3, pkt. 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniając koszty administracyjne	17 031,00	16 921,10	99,36%
Dotacje z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 147 504,00	1 146 480,25	99,91%
Środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym	169 475,00	0	0,00%
Pozostałe przychody	263 585,00	200 839,68	76,20%
Przychody finansowe	129 286,00	196 878,40	152,28%
Przychody ogółem	**43 602 326,00**	**44 020 231,46**	**100,96%**



Wyk. 21. Przychody NFZ w %.

Koszty NFZ

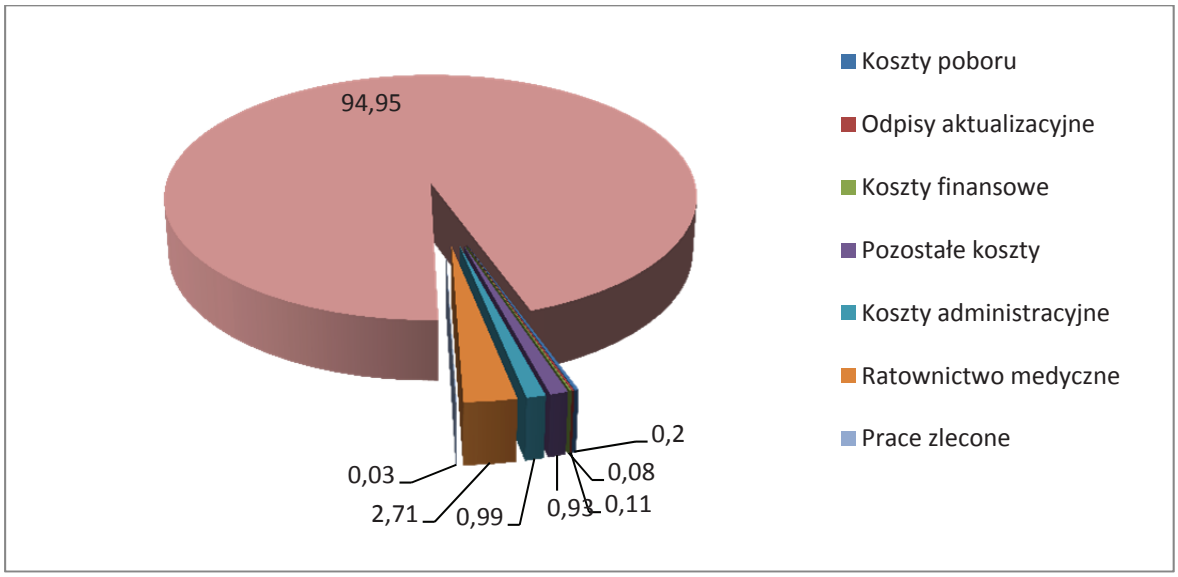
Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia obejmują:

- koszty świadczeń opieki zdrowotnej
- planowany odpis aktualizujący składkę należną,
- koszty poboru i ewidencjonowania składek,
- obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną,
- koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie,
- koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego,

- koszty administracyjne,
- pozostałe koszty i koszty finansowe.

Tab. VII. Koszty NFZ ogółem na podstawie roku 2007

Wyszczególnienie	Plan na rok 2007	Wykonanie w roku 2007	% realizacji planu
Planowany odpis aktualizujący składkę należną	387 849,00	45 987,93	11,86%
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	74 803,00	83 423,87	111,52%
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	-
Koszty świadczeń zdrowotnych	41 617 429,00	40 122 980,19	96,41%
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	21 511,00	12 434,40	57,80%
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 147 504,00	1 146 595,39	99,92%
Koszty administracyjne	453 785,00	419 520,73	92,45%
Pozostałe koszty	561 370,00	391 086,21	69,67%
Koszty finansowe	47 020,00	35 286,26	75,05%
Razem	**44 311 271,00**	**42 257 314,98**	**95,36%**



Wyk.22. Struktura kosztów NFZ

Tab. VIII. Koszty NFZ (z podziałem na typ usługi medycznej)

Tabela V.6. Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w roku 2007 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie		Plan 2007 r.	Wykonanie 2007 r.	% realizacji planu
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	4 689 043,00	4 674 631,77	99,69%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	3 319 734,00	3 141 952,98	94,64%
B2.3	leczenie szpitalne	18 958 447,00	18 623 125,91	98,23%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 430 439,00	1 362 627,90	95,26%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	1 305 656,00	1 255 027,69	96,12%
B2.6	opieka długoterminowa	731 998,00	702 290,88	95,94%
B2.7	leczenie stomatologiczne	1 307 167,00	1 255 098,57	96,02%
B2.8	lecznictwo uzdrowiskowe	389 391,00	375 324,84	96,39%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	27 000,00	26 128,95	96,77%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	220 221,00	162 337,63	73,72%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 142 427,00	1 085 515,71	95,02%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	578 674,00	540 345,70	93,38%
B2.13	refundacja cen leków	6 910 749,00	6 727 324,09	97,35%
B2.14	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikajacych z przepisów o koordynacji	307 300,00	150 881,75	49,10%
B2.15	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	0,00	0,00	-
B2.16	rezerwa na koszty, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	169 475,00	0,00	0,00%
B2.17	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	0,00	0,00	-
B2.18	koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	129 708,00	40 365,82	31,12%
Razem poz. B2 sprawozdania		**41 617 429,00**	**40 122 980,19**	**96,41%**

Koszty usługodawców

Nie tylko płatnik ponosi koszty związane z prowadzeniem działalności leczniczej w systemie ochrony zdrowia. Koszty ponoszą także usługodawcy, czyli przychodnie, szpitale, ośrodki rehabilitacyjne itd.

Pojęcie kosztu

- Jest to wyrażone w cenach nabycia niezbędne zużycie środków rzeczowych oraz usług obcych (outsourcing) oraz samej pracy

Koszt programu zdrowotnego

- Wielkość nakładów zużytych do realizacji danego programu zdrowotnego

Koszt alternatywny

- Koszt utraconej okazji (second best), równy wartości alternatywy, którą tracimy realizując dany program.

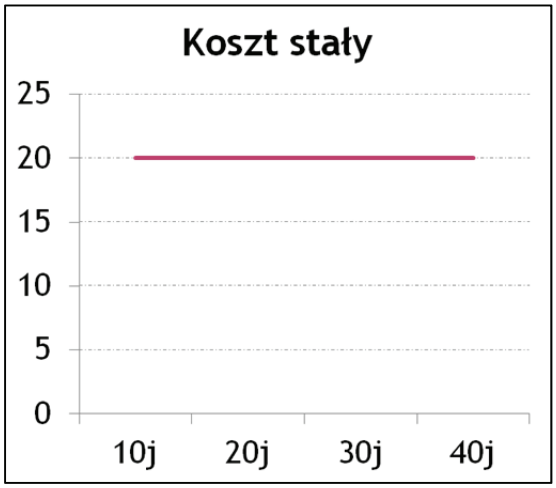
Podział kosztów świadczeniodawcy

Koszty:

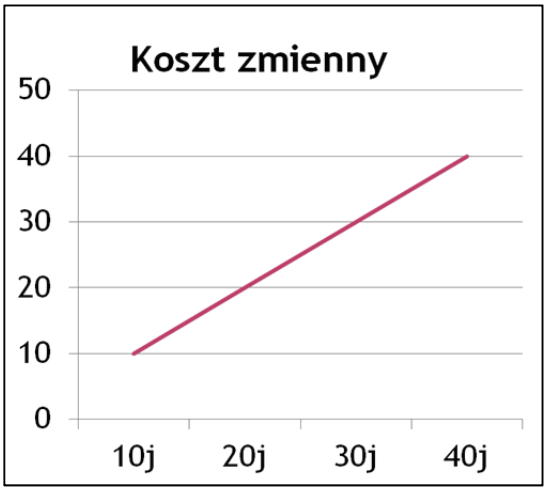
1. Działalności bieżącej i kapitałowe
2. Stałe i zmienne
3. Mierzalne i niemierzalne
4. Bezpośrednie i pośrednie

Bieżące: Wynagrodzenie pracowników, żywność, energia, leki, czynsze itp.

Kapitałowe: (tzw. inwestycyjne): Pojazdy, budynki, wyposażenie



Wyk. 23. Koszty stały np. czynsz



Wyk.24. Koszty zmienne np. leki, wynagrodzenie