

**Maria Węgrzyn**

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

## **PUBLICZNA POMOC DLA POLSKICH PLACÓWEK MEDYCZNYCH**

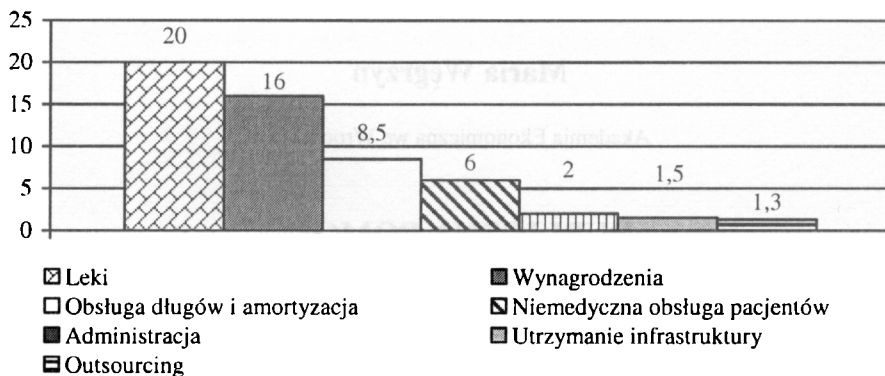
Polski system ochrony zdrowia od lat przeżywa kryzys. Podejmowane reformy systemu finansowania i organizacji produkcji świadczeń zdrowotnych nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, natomiast częstotliwość zmian ramowych warunków, w jakich funkcjonują podmioty w sektorze ochrony zdrowia, pogłębia poczucie chaosu, tymczasowości i ogólnej bezsilności wobec powstających trudności. Problem zapewnienia wystarczających środków na zaspokojenie uzasadnionych potrzeb zdrowotnych budzi przy tym wyjątkowe zainteresowanie polityków, ekonomistów i środowisk medycznych.

Finansowanie ochrony zdrowia kwalifikuje się do finansowania w ramach sektora finansów publicznych. W sektorze tym dokonuje się gromadzenia i rozdzielania zasobów pieniężnych przez instytucje publicznoprawne, zgodnie z ustawą o finansach publicznych [7]. W myśl art. 4 i 5 wymienionej ustawy, **wydatki publiczne na ochronę zdrowia** obejmują środki publiczne przeznaczone na ten cel w ramach działalności wszystkich instytucji sektora wydatków publicznych.

Z punktu widzenia zmian zachodzących w ochronie zdrowia istotne jest to, że funkcjonujące w systemie od 1999 r. kasy chorych zaliczone zostały, obok instytucji rządowych i samorządowych (w tym różnych jednostek powiązanych z ich działalnością) czy pozabudżetowych funduszy zabezpieczenia społecznego (np. ZUS, KRUS) do sektora finansów publicznych. W ten sposób ustawodawca ostatecznie zakończył dyskusję, jaka toczyła się przez prawie 2 lata między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Finansów, czy środki będące w dyspozycji kas chorych są środkami publicznymi, czy też należy je raczej traktować jako środki prywatne, przekazane do zarządzania samodzielnej instytucji, jaką jest kasa chorych.

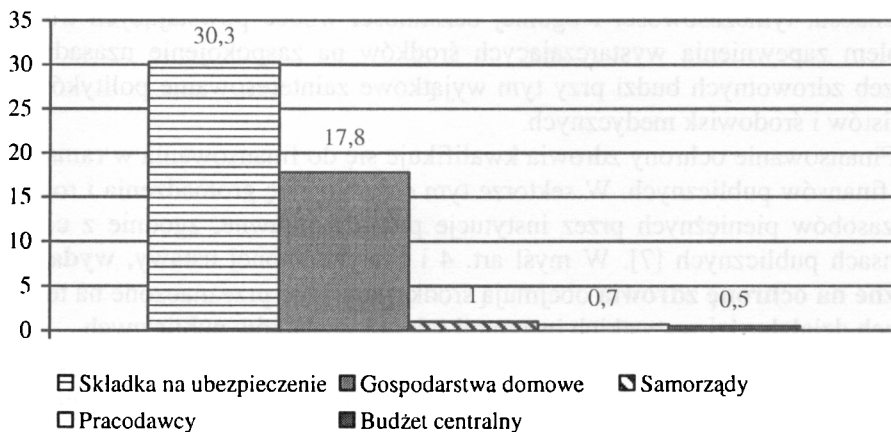
Niepewność co do prawidłowej działalności sektora służby zdrowia dotyczy nie tylko teraźniejszości, ale także dalszej przyszłości. Raport finansowy o polskim systemie ochrony zdrowia [2], przygotowany na zlecenie Ministra Zdrowia, wska-

zuje na wiele słabości naszego systemu. Główny jednak wniosek, sformułowany na podstawie przeprowadzonych badań, brzmi: w systemie ochrony zdrowia mamy do czynienia z pogłębiającą się nierównowagą kosztów i przychodów.



Rys. 1. Struktura kosztów systemu ochrony zdrowia w 2003 r. (w mld zł)

Źródło: [2].



Rys. 2. Struktura przychodów systemu ochrony zdrowia w 2003 r. (w mld zł)

Źródło: [2].

Wartość środków przekazanych na realizację zadań w ochronie zdrowia w Polsce w 2003 r. wyniosła 50,3 mld zł, natomiast koszty okazały się o 5 mld zł wyższe (rys. 1 i 2). Skutkiem tej nierównowagi jest wciąż utrzymująca się tendencja do narastania niezrealizowanych zobowiązań placówek ochrony zdrowia względem kontrahentów.

Analiza kosztowej strony systemu ochrony zdrowia dowodzi, iż najistotniejszym problemem systemu finansowania ochrony zdrowia są bardzo duże wydatki na leki – aż 20 mld zł, co stanowi zarazem 36% wszystkich kosztów finansowych służb zdrowia. Dopiero na drugim miejscu znalazły się wynagrodzenia dla pracowników, w kwocie 16 mld zł. Ta kolejna pozycja wynagrodzeń plasuje nas w grupie krajów ubogich. W krajach rozwiniętych wydatki związane z personelem znajdują się zawsze na pierwszym miejscu.

Największym wyzwaniem dla Ministerstwa Zdrowia jest zatem kompleksowa polityka lekowa, zmierzająca do zmiany relacji zaistniałych na polskim rynku. Działania dotychczas podejmowane w tej sferze są jednak mało skuteczne. Szczególne znaczenie ma zwłaszcza zysk firm farmaceutycznych, które starannie walczą o utrzymanie raz zdobytych rynków.

Kolejną istotną pozycją kosztową w systemie jest obsługa długów i amortyzacja. W uproszczonym rozumieniu można stwierdzić, że wartość tej pozycji (8,5 mld zł) znacznie przekracza brakującą w systemie kwotę (5 mld zł). Zakładając właściwe prowadzenie jednostek oraz pomoc w niwelacji długów, można mieć nadzieję na poprawę sytuacji finansowej polskich jednostek ochrony zdrowia. Oczywiście, proces ten nie jest taki prosty.

Problematyka oddłużenia była podejmowana w Polsce kilkakrotnie w różnej skali. Szczególnie istotna pomoc nastąpiła w 1999 r., gdy przekształcano ZOZ-y na SP ZOZ-y, chcąc dostosować je do warunków narzucanych przez nową „ustawę zdrowotną” [6]. Celem oddłużenia istniejących ZOZ było stworzenie jednakowych podstaw funkcjonowania w nowym systemie.

W 1999 r. rząd wykupił od 4333 wierzycieli długi na łączną kwotę 223,4 mln zł. Szybko jednak okazało się, że działanie to nie przyniosło oczekiwanych rezultatów. Zakłady nie wprowadziły niezbędnych zmian formalnoorganizacyjnych, dążąc do ulepszenia w ten sposób swojej działalności. Również zmiana systemu finansowania z budżetowego na kontraktowy niekorzystnie wpłynęła na kondycję finansową zakładów. Następowало dalsze narastanie zobowiązań.

W 2002 r. ponowiono próbę ograniczenia tego zjawiska na podstawie ustawy o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców [8]. Możliwości skorzystania z zapisów tej ustawy nie dotyczyły jednak bezpośrednio zakładów opieki zdrowotnej. Pomimo zmiany zapisów w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w 1992 r. – na podstawie której zakłady nabyły: samodzielność w zakresie gospodarowania środkami finansowymi, samodzielność w zakresie konstrukcji organizacyjnej zakładu, możliwość działania na szeroko rozumianym rynku medycznym, możliwość indywidualnego zawierania umów, wraz z pełną odpowiedzialnością za wszystkie te czynności – wśród prawników w Ministerstwie Zdrowia powstał spór, czy cechy te są wystarczające do zdefiniowania ZOZ jako przedsiębiorstwa. Ze względu na brak jednoznacznych opinii oraz na zadania, jakie realizuje sektor zdrowia względem społeczeństwa, ZOZ nie został uznany jako

przedsiębiorstwo, a zatem nie mógł skorzystać z ustawy o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców. Zainteresowanie dyrektorów ZOZ tą ustawą było jednak bardzo duże, celem bowiem ustawy było stworzenie możliwości oddłużenia przedsiębiorców w zakresie niektórych należności publicznoprawnych poprzez unormowanie warunków restrukturyzacji. Ustawa unormowała warunki restrukturyzacji należności publicznoprawnych od przedsiębiorców, tryb ustalania przedmiotowych należności podlegających restrukturyzacji oraz tryb postępowania restrukturyzacyjnego. Ponadto wprowadziła nową preferencję – premię podatkową, oraz ustaliła zasady, na jakich można z niej skorzystać. Przedsiębiorca, chcąc skorzystać z restrukturyzacji, miał obowiązek przedstawienia programu restrukturyzacyjnego.

Zainteresowanie dyrektorów zapisami ustawy uzasadnione było wysokim już wówczas poziomem zobowiązań i dużymi kosztami ich obsługi. Środki pozyskiwane z NFZ w ramach kontraktów mają pokrywać jedynie koszty zrealizowanych świadczeń medycznych, a nie całość kosztów zakładów. Dla zarządzających placówkami medycznymi ustawa była więc szansą na sfinansowanie części zobowiązań. Tak się jednak nie stało.

Wysoka wartość środków przeznaczanych na obsługę długu (i amortyzację) do końca 2003 r., obliczona przez zespół ekspertów, autorów „Zielonej księgi”, skłoniła rząd do podjęcia kolejnych działań, zmierzających do zatrzymania i poprawy sytuacji finansowej jednostek. Uchwalono Ustawę z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej [9], która w założeniach miała usprawnić działanie systemu.

Restrukturyzacja finansowa przeprowadzana jest w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których organem restrukturyzacyjnym jest Minister Zdrowia, oraz w zakładach jednostek samorządu terytorialnego, dla których organem restrukturyzacyjnym jest Wojewoda.

Ustawa wprowadziła wiele warunków, które muszą być spełnione przez zakłady, aby mogły zostać objęte jej działaniem. Otóż restrukturyzacją finansową mogą być objęte:

- te zakłady, które na dzień 1 stycznia 2001 r. zatrudniały powyżej 50 osób,
- posiadają zobowiązania powstałe w okresie 1 stycznia 1999 r.-31 grudnia 2004 r.,
- posiadają zobowiązania, znane na dzień 31 grudnia 2004 r. jako:
  - 1) zobowiązania publicznoprawne,
  - 2) zobowiązania cywilnoprawne,
  - 3) indywidualne roszczenia pracowników, wynikające z art. 4a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców [5] oraz o zmianie niektórych ustaw.

Warto zauważyć, że w toku bieżącej działalności jednostki medyczne nie mogły nie regulować zobowiązań w tak odległych okresach, zatem większość zobo-

wiązań pochodzi z ostatniego roku. Menedżerowie ZOZ postrzegają zatem te zapisy jako bardzo krzywdzące dla tych zakładów, które kosztem wielu wyrzeczeń regulowały stare zobowiązania. Niestety, zapisy ustawy nie przewidują możliwości wpisania do restrukturyzowanych zobowiązań tych, które powstały już po 2004 r., także związanych z działalnością jednostek medycznych.

W ustawie dużo uwagi poświęcono problemowi zobowiązań pracowniczych, gdyż na postawie art. 4a Ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców [5] dyrektorzy ZOZ zostali zobowiązani do realizacji podwyżek na rzecz swoich pracowników, bez podania finansowego źródła ich realizacji, a zatem bez realnej możliwości ich przeprowadzenia. Zapis ten spowodował nie tylko lawinowy wzrost zobowiązań wobec pracowników, ale i nierozwiązywalny problem ich pokrycia.

Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych ZOZ mówi, iż zakład może być tylko jeden raz objęty restrukturyzacją finansową na podstawie przepisów ustawy.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej powstały w wyniku połączenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być objęty restrukturyzacją finansową na podstawie przepisów ustawy, z tym że do restrukturyzacji finansowej można przedstawić tylko zobowiązania jednego z nich.

Zapis ten automatycznie zablokował decyzje restrukturyzacyjne, np. na Dolny Śląsku, mające na celu łączenie placówek w związku z pilną koniecznością podnoszenia ich efektywności. Działaniem błędnym samorządu województwa byłoby nieskorzystanie z możliwych zapisów – pełnego uczestnictwa w procesie restrukturyzacji finansowej. Niemniej jednak zaplanowane podnoszenie efektywności poprzez połączenie placówek medycznych na Dolnym Śląsku musiało zostać odłożone na dalszy plan.

Proces restrukturyzacji finansowej zakładów polega na:

1) umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych wraz z odsetkami z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych:

- z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne,
- wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- inne wymienione w ustawie w art. 6;

2) rozłożeniu na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek:

- zobowiązania zakładu z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z odsetkami za zwłokę podlegają spłacie w ratach, w okresie do 24 miesięcy od dnia wydania przez organ restrukturyzacyjny;

3) zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych. Restrukturyzacja finansowa zobowiązań cywilnopraw-

nych obejmuje kwotę główną wraz z odsetkami naliczonymi do dnia zawarcia ugody restrukturyzacyjnej.

Działanie to jest szczególnie trudne w obliczu bardzo rozdrobnionych wierzycieli i różnych wielkości zaległych wierzytelności. Ustawodawca bowiem założył realizację jednej ugody dla wszystkich wierzycieli. Ugoda restrukturyzacyjna jest zawarta, jeżeli opowie się za nią ponad 50% wierzycieli wierzytelności cywilnoprawnych, mających łącznie ponad 2/3 ogólnej sumy wierzytelności przysługujących wierzycielom.

Dodatkowo ustawodawca zapisał, że restrukturyzacja finansowa zakładów może obejmować także zawarcie przez zakład ugody z pracownikami w zakresie rozszczeń wynikających z art. 4a Ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców. Zawarcie ugody z pracownikami nie stanowi warunku koniecznego wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji finansowej.

Postępowanie restrukturyzacyjne rozpoczyna się w momencie złożenia właściwych dokumentów. Wśród nich najistotniejszy jest projekt programu restrukturyzacyjnego, który musi być przyjęty przez organ założycielski. Okres przygotowania projektu programu i jego akceptacja trwa tylko 3 miesiące. Praktyka wykazała, że dobrego projektu programu restrukturyzacyjnego nie zdążyły przygotować szpitale najbardziej zadłużone, a zatem te, które najbardziej potrzebowały pomocy.

Przebieg procesu restrukturyzacji przedstawia się, według stanu na dzień 28 lutego 2006 r.<sup>1</sup>, następująco:

1) do organów restrukturyzacyjnych (zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy) wpłynęło 572 wnioski o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego (liczba złożonych wniosków jest ostateczna, 22 sierpnia 2005 r. upłynął bowiem ustawowy termin na ich składanie),

2) wydano 565 postanowień o wszczęciu postępowania,

3) wydano 7 decyzji o odmowie wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego (ze względu m.in. na złożenie wniosku przez zakłady w stanie likwidacji czy też niez uzyskanie pozytywnej opinii organu tworzącego dla projektu programu restrukturyzacji),

4) **aż 108 zakładów, które mogły skorzystać z ustawy, nie złożyło wniosków o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego**

- wydano 498 decyzji o warunkach restrukturyzacji do dnia 28 lutego br.,

- zawieszono 44 postępowania restrukturyzacyjne, w tym:

- 39 na mocy ustawy w związku ze złożeniem wniosku do sądu o uchylenie ugody restrukturyzacyjnej,

- 4 na wniosek zakładu,

- 1 zawieszono z urzędu.

---

<sup>1</sup> Informacja Ministerstwa Zdrowia.

W celu uzyskania środków finansowych na restrukturyzację finansową zakład może:

- 1) emitować obligacje,
- 2) zaciągnąć pożyczkę,
- 3) zaciągać kredyty bankowe,
- 4) występować do jednostki samorządu terytorialnego o udzielenie poręczenia spłaty należności głównej od wyemitowanych przez ten zakład obligacji,
- 5) występować do BGK o udzielenie poręczenia zapłaty odsetek od obligacji ze środków Krajowego Funduszu Poręczeń Kredytowych.

Łączna kwota pożyczek z budżetu państwa, ustalana w ustawie budżetowej, nie może przekroczyć **2,2 mld zł**. Warunki udzielenia pożyczki są bardzo korzystne. Należność główna z tytułu pożyczki ma być spłacona nie później niż w okresie 10 lat od dnia podpisania umowy o pożyczkę, oprocentowana zaś jest w wysokości 3% w stosunku rocznym. Dodatkowo samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, w stosunku do którego wydano decyzję o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego, a który w okresie do 5 lat od dnia wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji spłaci 50% należności głównej z tytułu pożyczki, umarza się pozostałą część pożyczki.

Ustawodawca określa jednak kolejność zaspokajania roszczeń. Mówi bowiem: pożyczka jest udzielana wyłącznie na zaspokojenie następujących zobowiązań:

- a) w pierwszej kolejności – zaspokojenie należności głównych z tytułu roszczeń pracowników wynikających z art. 4a Ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw,
- b) spłatę należności z tytułu zobowiązań publicznoprawnych, z wyłączeniem odsetek za zwłokę oraz kwot,
- c) spłatę należności z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych objętych ugodą restrukturyzacyjną, z wyłączeniem odsetek za zwłokę,
- d) pokrycie kosztów opłaty prowizyjnej za podejmowane przez BGK czynności.

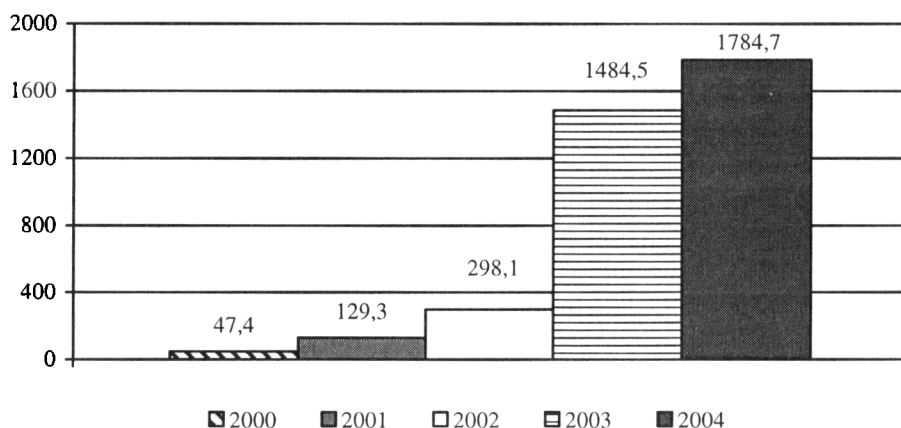
Zapisy są bardzo korzystne pod warunkiem pełnej realizacji projektów programów restrukturyzacyjnych. Niestety, część szpitali, która rozpoczęła już realizację procesu restrukturyzacji, nie będzie w stanie spełnić wszystkich jego warunków. Działanie to skutkować będzie umorzeniem procesu restrukturyzacji przez wojewodę i jego wnioskiem o postawienie szpitala w stan likwidacji. Dotychczas, tj. do dnia 28 lutego br., wydano **20 decyzji o umorzeniu** postępowania restrukturyzacyjnego oraz 4 decyzje o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego.

Tak skonstruowana ustawa wpisuje się niestety w ciąg rozstrzygnięć prawnych, które stanowią karę za gospodarność, przedsiębiorczość i zaradność zarządów zakładów opieki zdrowotnej. Publiczne pieniądze dostaną ZOZ-y niegospodarne z powodów systemowych (np. największe wieloodziałowe szpitale kliniczne, które nie odsyłają pacjentów, bo nie mają dokąd), ale także niegospodarne z powodu ewidentnych

błądów dyrektorów. Dostaną je także zakłady, w których prowadzi się kreatywną księgowość: wykazują w bilansie zadłużenie, choć mogłyby tego uniknąć.

System oceny pracy dyrektora jest bardzo trudny. Za co nagradzać dyrektora w sytuacji słabej kondycji firmy? – np. za to, że nie bierze pożyczki na płace<sup>2</sup>. Tymczasem ustawa skłania dyrektorów do zaciągania kredytów, aby płacić za zobowiązania wynikające z ustawy 203, uchwalonej w grudniu 2000 r., dotyczącej podwyżek płac dla personelu medycznego. Ustawa jest krzywdząca dla dostawców leków, środków medycznych i wszystkich innych dóbr dostarczanych do zadłużonych jednostek ochrony zdrowia. Cywilnoprawni wierzyciele, na których opiera się funkcjonowanie ZOZ-ów, uplasowani są na końcu listy podmiotów mających prawo do ubiegania się o swoje wierzycelności.

Warto zauważyć, że samo ogłoszenie projektu ustawy spowodowało od jesieni 2003 r. przyrost zajęć komorniczych o prawie 500%.



Rys. 3. Zajęcia wierzycelności przez komorników w latach 2000-2004

Źródło: [3, s. 4].

Powszechnie wiadomo, że koszty zajęć komorniczych stanowią nawet do 30% kwoty podlegającej zajęciu, zatem koszty bieżącej działalności placówek medycznych automatycznie uległy znacznemu podwyższeniu.

Przyjęcie ustawy miało wpłynąć na poprawę funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w Polsce poprzez niwelację dotychczasowych, jasno określonych zobowiązań. Czy rzeczywiście tak się dzieje? Otóż na początku 2005 r. zaobserwowano powolne zatrzymanie się rosnącej tendencji narastania zobowiązań wymagalnych. Warto zatem postarać się, aby jednostki realizujące programy naprawcze mogły rzeczywiście spełnić założone w programach warunki.

<sup>2</sup> Wnioski z publicznej dyskusji o zadłużeniu zakładów ochrony zdrowia.



Tabela 1. Zadłużenie wymagalne SP ZOZ

Kwartał	III 2004	IV 2003	I 2004	II 2004	IV 2004	I 2005
Wartość zobowiązań wymagalnych	5 684,5	4 543,7	4 896,8	5 555,1	5 871,0	5 929,8
Poprzedni kwartał = 100	102,3		107,8	113,4	103,3	101,1

Źródło: Ministerstwo Zdrowia – dane ankietowe z urzędów wojewódzkich i uczelni medycznych.

Obok zapisów zmuszających jednostki medyczne do działań restrukturyzacyjnych ustawa wprowadziła także inny korzystny zapis. Otóż objęła swoim działaniem także te jednostki, które nie są zadłużone. Na ich rzecz bowiem przewidziano możliwość pozyskania dotacji na wsparcie działań polegających na restrukturyzacji zatrudnienia, zmianach w strukturze organizacyjnej zakładu lub innych działań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu lub jakości świadczeń zdrowotnych.

W ustawie budżetowej na 2005 r. (cz. 83, poz. 27) wydzielono środki finansowe na dotację w kwocie 100 mln zł. Minister Finansów na wniosek Ministra Zdrowia po pozytywnym zaopiniowaniu przez Komisję Finansów Publicznych Sejmu RP zwiększył środki finansowe na dotację o kwotę 100 mln zł (przeniesienie niewykorzystanych w I półroczu 2005 r. środków finansowych przeznaczonych na świadczenia dla nieubezpieczonych). Łączna kwota dotacji wyniosła zatem **200 mln zł**. Do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 318 wniosków na łączną kwotę aż 636 367 834,37 zł. Jedynie 303 zakłady otrzymały dotację na kwotę 200 mln zł.

Niwelacja zobowiązań wymagalnych oraz wprowadzenie restrukturyzacji do ZOZ jako stałego elementu jego pracy zapewne pomogą w pozytywnej kreacji finansowego wizerunku firmy medycznej. Jest to jednak tylko jeden z elementów dobrej pracy ZOZ. Program naprawy systemu opieki zdrowotnej ma szansę powieść się jedynie wtedy, gdy obejmie wszystkie sfery wymagające naprawy, czyli nie tylko instytucję świadczeniodawcy, ale również płatnika. Niezwykle istotne jest uwzględnienie w programie naprawy nowych zasad korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych i rozstrzygnięcia kwestii współpłacenia.

Problem zapewnienia wystarczających środków na zaspokojenie uzasadnionych potrzeb zdrowotnych pojawia się w bardzo wielu państwach. Liczne reformy, prowadzone w krajach Unii Europejskiej, obejmujące poszczególne elementy systemu, pozwoliły na osiągnięcie założonych celów, doprowadzając do poprawy alokacji zasobów, zwiększonej efektywności systemu, bardziej sprawiedliwego dostępu do świadczeń. Warto więc korzystać z ich doświadczeń. Jednakże większość krajów Unii Europejskiej znalazła się w miejscu [4, s. 16], w którym dalsze zwiększenie obciążeń obywateli i przedsiębiorstw podatkami lub składkami na ochronę zdrowia w ramach publicznych systemów zabezpieczenia może zagrozić harmonijnemu rozwojowi gospodarek i społeczeństw, a biurokratyczno-planistyczne mechanizmy alokacji zasobów w sektorze nie są w stanie, jak się wydaje, zapewnić satysfakcjonującego wykorzystywania środków.

Na podstawie szerokich analiz polscy eksperci określili podstawowe rekomendacje do kierunków dalszego rozwoju systemu. Główny obszar zmian powinien zatem objąć wzrost środków publicznych równoległy do wprowadzenia zmian systemowych, ze szczególnym uwzględnieniem zmian demograficznych po 2007 r. [1, s. 12].

Dlatego niezbędne wydaje się, oprócz uregulowania obecnej sytuacji ZOZ w Polsce, odważne sięgnięcie po inne instrumenty racjonalizujące system ochrony zdrowia, np. koszyk świadczeń medycznych, ubezpieczenia prywatne czy wykorzystanie doświadczeń z zakresu HTA oraz EBM. Z całą pewnością wówczas nastąpi zjawisko silnego wzmocnienia publicznych środków poprzez uruchomienie rezerw znajdujących się w innych obszarach.

## Literatura

- [1] *Doradcy we współpracy CM Uniwersytetu Jagiellońskiego. Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, cz. 2, red. S. Golimowska, C. Włodarczyk, Warszawa 2005.
- [2] *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*, „Zielona księga”, Ministerstwo Zdrowia, grudzień 2004 r.
- [3] Gielewska A., *Którędy do przodu*, „Służba Zdrowia” 2005 nr 21-25.
- [4] Sowada Ch., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* t. 1, 2003 nr 1.
- [5] Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, DzU 1995 nr 1, poz. 2, z późn. zm.
- [6] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408, z późn. zm.
- [7] Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, DzU 1998 nr 155, poz. 1014.
- [8] Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców, DzU 2002 nr 155, poz. 1287.
- [9] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, DzU 2005 nr 78, poz. 684.

## THE PUBLIC SUPPORT FOR POLISH HEALTH CARE INSTITUTIONS

### Summary

For a few years already we have been searching in Poland for rational method of collecting and distributing financial sources that enables fulfilling the health care system public obligations. As a result of failures in budgeting systems and of the lack in internal reorganization systems, the level of crediting in health care system is higher and higher. One of the methods that enables changes in the system is a restructuring and public support law. Its conditions scope, and effects so far are presented in this text.