

Ryszard Orliński

Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu
e-mail: ryszard.orlinski@poczta.onet.pl

Małgorzata Macuda

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
e-mail: malgorzata.macuda@ue.poznan.pl

FINANSOWANIE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ SZPITALI W SYSTEMIE PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

FINANCING MEDICAL ACTIVITY OF HOSPITALS IN THE SYSTEM OF BASIC HOSPITAL SECURITY OF MEDICAL SERVICES

DOI: 10.15611/pn.2018.522.10

JEL Classification: I11, I18, H51

Streszczenie: W 2017 roku opublikowana została ustawa wprowadzająca system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali), będąca nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sieć szpitali rozpoczęła funkcjonowanie 1 października 2017 roku. Zmiana zasad finansowania świadczeń w ramach leczenia szpitalnego, a częściowo również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ma usprawnić funkcjonowanie szpitali. Celem artykułu jest przedstawienie zmian, jakie nastąpiły na rynku świadczeń zdrowotnych w związku z wejściem w życie nowelizacji ustawy. W artykule wykorzystano analizę literatury i aktów prawnych. Oceny efektów zmian będzie można dokonać po kilku latach funkcjonowania sieci szpitali.

Słowa kluczowe: sieć szpitali, działalność lecznicza, finansowanie działalności leczniczej, rynek świadczeń zdrowotnych.

Summary: In 2017, the law on the so-called network of hospitals, that is an amendment to the Act on medical services financed from public funds, was published. The network of hospitals started to operate on the 1st of October 2017. The change of financing rules related to inpatient care and partly also outpatient care, should improve the functioning of hospitals. The aim of the article is to present changes that have occurred on the health care market, in connection with the entry into force of the amendment to the Act. The article uses the method of literature and legal regulations analysis. The assessment related to the effects of changes regarding the network of hospitals will be possible after several years of its operating.

Keywords: network of hospitals, medical activity, financing of medical activities, health care market.

1. Wstęp

W ostatnich latach na rynku usług medycznych zachodzą poważne zmiany, których celem jest uzdrowienie polskiej opieki zdrowotnej. Przejście z finansowania budżetowego na system ubezpieczenia zdrowotnego spowodował konieczność zmian systemowych, a jednocześnie koncepcji zarządzania opieką zdrowotną. Zmieniły się oczekiwania pacjentów dotyczące poprawy jakości leczenia i dało się też zauważyć znaczną poprawę funkcjonowania opieki zdrowotnej, nadal jednak istnieje problem z finansowaniem działalności leczniczej. Przemiany na rynku usług medycznych wywołane są potrzebą dostosowania lecznictwa publicznego do oczekiwań rynkowych i wymogów prawnych. Zmiany na rynku usług medycznych spowodowane są postępowaniem technicznym i technologicznym, co przekłada się na nowe możliwości realizowania świadczeń zdrowotnych. Oczywiście za tym wszystkim stoją środki finansowe, których niestety brakuje płatnikowi instytucjonalnemu, jakim jeszcze jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Poszkodowani są w tym względzie pacjenci oraz szpitale, które mając możliwości techniczne i technologiczne, nie mają jednak wystarczających środków na realizację świadczeń stosownie do oczekiwań pacjentów.

Rok 2017 przyniósł zmiany w funkcjonowaniu i finansowaniu szpitali. Wiązało się to z wprowadzeniem sieci szpitali jako nowego rozwiązania w finansowaniu działalności leczniczej. Długo zapowiadane zmiany i krytyka poprzednich rozwiązań organizacyjnych zaowocowały zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Ustawa z dnia 23 marca 2017]. Sieć szpitali rozpoczęła działanie od 1 października 2017 roku. Znacznie zmieniły się wówczas zasady finansowania świadczeń w ramach leczenia szpitalnego, a częściowo również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Celem artykułu jest przedstawienie zasad finansowania działalności leczniczej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali). W artykule wykorzystano analizę literatury i aktów prawnych.

2. Historia i rozwój opieki zdrowotnej w Polsce

Aktualnie obowiązująca Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że każdy obywatel RP, mający obywatelstwo polskie, niezależnie od sytuacji materialnej, ma prawo do ochrony zdrowia [Konstytucja 1997, art. 68]. Ochronę zdrowia można zdefiniować jako „zorganizowaną działalność mającą na celu zapobieganie chorobom i ich leczenie; działalność na rzecz zdrowia obywateli, która ujęta jest w system odpowiadający ustrojowym założeniom państwa” [Mała encyklopedia medycyny 1990, s. 799]. W *Encyklopedii zdrowia* [1992, s. 404] ochronę zdrowia określa się jako organizację ochrony zdrowia obejmującą system instytucji, norm prawnych i działalności, mających na celu zapobieganie chorobom, szerzenie oświaty zdrowotnej, organizowanie rozpoznawania chorób, ich leczenia i rehabilitacji. Natomiast w *Małej encyklopedii medycyny* [1990, s. 842] wymienia się ponadto opiekę sani-

tarno-epidemiologiczną, rozwój kadr fachowych, stwarzanie warunków do rozwoju nauk medycznych i wdrażanie ich osiągnięć do praktycznej działalności służby zdrowia, organizowanie i prowadzenie statystyki medycznej, organizowanie zaopatrzenia ludności w środki lecznicze oraz kontrolę ich jakości, a także opracowywanie planów rozwoju i finansowania służby zdrowia, traktując organizację ochrony zdrowia jako system ochrony zdrowia obywateli danego państwa.

M. Dercz i H. Izdebski [2001, s. 10-17] piszą, że władze publiczne mają obowiązek zapewnienia wszystkim obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki oraz zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określają szczegółowo ustawy dotyczące m.in. ubezpieczenia zdrowotnego, działalności leczniczej oraz funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia jako jednostki sektora publicznego [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004]. W Konstytucji zwraca się również uwagę na zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym, dzieciom, osobom niepełnosprawnym oraz osobom w wieku podeszłym. Ponadto Konstytucja zobowiązuje władze publiczne do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Polski system opieki zdrowotnej ewoluował przez lata, wzorując się na rozwiązaniach stosowanych w innych państwach. Pierwsze Kasy Chorych pojawiły się już w okresie międzywojennym. W kwietniu 1918 roku powołano mocą ustawy Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy [Dekret 1918, art. 29], którego zadaniem było stworzenie systemu ochrony zdrowia nowo odrodzonego społeczeństwa polskiego. W styczniu 1919 roku wydano pierwszy akt prawny dotyczący ubezpieczeń społecznych pracowników. Był to dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, na mocy którego zobowiązywano się do udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej od pierwszego dnia choroby do 26 tygodni, a w szczególnych przypadkach do 39 tygodni choroby [Dekret 1919, art. 45]. W ramach pomocy zapewniano opiekę lekarską, dostarczanie leków, środków opatrunkowych i okularów, a także innych materiałów medycznych. Ponadto pacjent, jeżeli wyraził zgodę, mógł być leczony w szpitalu. Pomoc miała na celu przywracanie zdrowia oraz zdolności zarobkowania, jak również dostarczanie środków pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu, służących do utrzymania zdolności zarobkowania. Jednocześnie na mocy tego dekretu powstały Kasy Chorych, które funkcjonowały aż do 1933 roku, kiedy to weszła w życie ustawa o ubezpieczeniu społecznym [Ustawa z dnia 28 marca 1933], dotycząca nie tylko ubezpieczeń zdrowotnych, ale także ubezpieczeń wypadkowych, rentowych i emerytalnych. Zlikwidowano wówczas Kasy Chorych, a wykonywanie ubezpieczenia powierzono ubezpieczalniom społecznym i Zakładowi Ubezpieczenia na Wypadek Choroby. Ubezpieczonym przysługiwało prawo do świadczeń dla siebie oraz dla członków rodziny, pomoc lecznicza obejmująca opiekę lekarską, lekarstwa i środki opatrunkowe, środki lecznicze i pomocnicze oraz środki przeciwko zniekształceniu i kalectwu. Były to jednak świadczenia odpłatne, dla których został cennik opłat.

Po 1945 roku rozpoczęto odbudowę systemu opieki zdrowotnej. Początkowo korzystano głównie ze wzorców radzieckich (model Siemaszki), choć jak pisze J. Leowski [2004, s. 163-164] – również z wykorzystaniem doświadczeń brytyjskich. System miał charakter państwowy, czyli opieka zdrowotna była zarządzana przez struktury administracyjne państwa, powszechny, bo zapewniono dostęp do świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom państwa, oraz społeczny, ponieważ opieką zdrowotną objęto całe społeczeństwa polskie. Wprowadzono planowanie centralne oraz ukierunkowano opiekę zdrowotną na profilaktykę działań medycznych.

Pierwszym aktem prawnym był dekret Krajowej Rady Narodowej o utworzeniu dwóch ministerstw, tj. Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia [Dekret 1945]. Z założeń koncepcyjnych wynikało, że Ministerstwo Zdrowia zajmie się budowaniem struktury organizacyjnej służby zdrowia według wymagań politycznych państwa i stanie się centralnym ośrodkiem dyspozycyjnym opieki zdrowotnej oraz gwarantem budowania jednolitej polityki zdrowotnej społeczeństwa [Wdowiak 1981, s. 12].

W 1948 roku wprowadzono w życie ustawę o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 28 października 1948], których celem było świadczenie usług zdrowotnych. W latach 1944-1949 utrzymano świadczenia pomocy leczniczej w systemie ubezpieczeń społecznych, udzielane przez ubezpieczalnie społeczne. Jednocześnie całkowicie zniesiono dopłaty pobierane od ubezpieczonych. W 1949 roku zniesiona została autonomia funduszy ubezpieczeniowych, scalono bowiem system finansowy ubezpieczeń i wprowadzono jednolitą składkę dla wszystkich ubezpieczeń, zróżnicowaną tylko według sektorów gospodarczych.

Kolejna ustawa porządkująca system opieki zdrowotnej weszła w życie w 1950 roku i dotyczyła Zakładów Lecznictwa Pracowniczego [Ustawa z dnia 20 lipca 1950]. Zakład miał za zadanie roztaczać opiekę nad zdrowiem pracowników i ich rodzin w zakresie zapobiegania chorobom, leczenia oraz przywracania zdolności do pracy. Kierownictwo i nadzór nad zakładami sprawował Minister Zdrowia. Na początku lat 50. weszła również w życie nowa konstytucja, która w pełni przekazała państwu obowiązki organizatora systemu opieki zdrowotnej [Konstytucja 1952, art. 60, ust. 2, pkt 2]. Jednocześnie Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej wyraźnie precyzowała prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy.

Do końca lat 80. przeprowadzono jeszcze trzy etapy reformowania opieki zdrowotnej. Pierwszy etap to powołanie do życia branżowych zakładów opieki zdrowotnej, np. w PKP, milicji i wojsku, które wyłączono z lecznictwa ubezpieczeniowego. Jednak bezpłatną opieką zdrowotną nie byli objęci rolnicy i ich rodziny. Dopiero na początku lat siedemdziesiątych włączono ich w powszechny system opieki zdrowotnej, co znacznie poprawiło sytuację zdrowotną na wsi.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej [Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 roku] rozpoczęło drugi etap reformy opieki zdrowotnej, mimo

że opieka zdrowotna nadal finansowana była z budżetu. Zaczęły powstawać zintegrowane zespoły opieki zdrowotnej obejmujące szpitale, przychodnie, podstawowe i specjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej, których zadaniem było zapewnienie miejscowej ludności podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Integracja występowała na poziomie wojewódzkim, terytorialnym, jak również na poziomie jednostek naukowo-badawczych. W dalszej kolejności zwiększono zasiłki, wprowadzono nowe rodzaje świadczeń zasiłkowych, m.in. rentę chorobową [Ustawa z dnia 17 grudnia 1974]. Uporządkowany został problem świadczeń pieniężnych wypłacanych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby, macierzyństwa i innych tytułów, np. zasiłek chorobowy, zasiłek wyrównawczy, zasiłek porodowy, zasiłek macierzyński, zasiłek opiekuńczy, czy też zasiłek pogrzebowy.

Początek lat 80. to trzeci etap reformy opieki zdrowotnej, kiedy zaczęto decentralizować zarządzanie opieką zdrowotną. Finansowanie opieki zdrowotnej pozostało na tych samych zasadach, lecz ograniczono kompetencje Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej na rzecz województw i gmin. Niestety w strukturze budżetu państwa dało się zauważyć malejący udział nakładów na ochronę zdrowia [Indulski, Orzeszna 1981, s. 3]. Zwiększono samodzielność funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, natomiast finansowanie pozostało nadal z budżetu państwa. Realizowano świadczenia zdrowotne na trzech poziomach, tj. krajowym, czyli w szpitalach i klinikach uczelni medycznych i naukowych instytutów medycznych, regionalnym, to znaczy w szpitalach i specjalistycznych przychodniach na szczeblu województwa, oraz zintegrowanym lokalnym w ramach zespołów zakładów opieki zdrowotnej, które obejmowały najczęściej szpitale lokalne, przychodnie ogóle i specjalistyczne, placówki pogotowia ratunkowego [Kautsch, Whitfield, Klich (red.) 2001, s. 38].

Nowy rząd Jerzego Buzka, po wyborach parlamentarnych w 1997 roku, rozpoczął wdrażanie tzw. programu czterech reform. Obok reformy administracji, reformy edukacji oraz reformy systemu emerytalnego wprowadzono reformę dotychczasowego funkcjonowania i finansowania opieki medycznej. Weszła w życie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [Ustawa z dnia 6 lutego 1997], która była początkiem szeroko rozumianych reform opieki zdrowotnej. Powstały ponownie Kasy Chorych, których zadaniem było gromadzenie środków pieniężnych pochodzących ze składek pracowników, zawieranie umów ze świadczeniodawcami usług medycznych oraz finansowanie tych usług. Od stycznia 1999 roku zaczęła obowiązywać nowa ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, według której postanowiono finansować opiekę zdrowotną w systemie mieszanym, tj. budżetowo-ubezpieceniowym [Niżnik 2004, s. 157-180]. Dokonano rozdzielenia dotychczas pełnionych przez państwo funkcji na funkcję organizatora służby zdrowia i płatnika, co miało istotne znaczenie przy wprowadzaniu mechanizmów rynkowych [Kois-Jaźwiec, Podfigurny 2003, s. 116-132]. Powołane Kasy Chorych miały samodzielnie zarządzać funduszami, zapewniając opiekę zdrowotną dla ubezpieczonych [Klupś 2003, s. 133-151]. Zadanie to miało być realizowane poprzez zakup różnego rodzaju usług medycznych u świadczeniodawców indywidualnych (lekarzy rodzin-

nych, lekarzy specjalistów, stomatologów, pielęgniarek, położnych), jak również u świadczeniodawców instytucjonalnych – w szpitalach i klinikach. Kasy Chorych zapewniały również zaopatrzenie w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. W Kasach Chorych miała obowiązywać zasada celowości wydatków, gospodarności, działalności *non profit* i dążenie do zapewnienia równego dostępu do świadczeń.

Niezadowolenie z funkcjonowania Kas Chorych spowodowało powołanie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) będącego państwową jednostką organizacyjną mającą osobowość prawną, który przejął zarządzanie środkami finansowymi w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne [Ustawa z dnia 23 stycznia 2003]. NFZ działał w imieniu własnym na rzecz osób ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004, art. 97 ust. 2]. Wymieniona ustawa stała się podstawą działania funduszu przez kolejne lata oraz normą prawną określającą zasady gospodarowania środkami pieniężnymi. Wydawane w kolejnych latach akty prawne uszczegóławiały zasady funkcjonowania świadczeniodawców oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Dopiero nowa ustawa o sieci szpitali zmieniła zasady finansowania działalności leczniczej i zapowiedziała likwidację NFZ.

3. Funkcjonowanie szpitali na rynku gospodarczym

Charakteryzując szpital jako jednostkę gospodarującą, należałoby przedstawić kilka podstawowych definicji, jednak w literaturze brak jest jednoznacznej i uniwersalnej definicji. W *Leksykonie PWN* [2004, s. 1058] szpital określany jest jako „zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających stałej opieki leczniczej”. Encyklopedycznie szpital definiowany jest jako „podstawowy zakład lecznictwa zamkniętego służący badaniu i leczeniu chorych wymagających stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, odpowiednich zabiegów leczniczych i diagnostycznych; w szpitalu prowadzi się szkolenie kadr, badania naukowe, a także za pośrednictwem przychodni przyszpitalnych – leczenie ambulatoryjne i dobór chorych do leczenia szpitalnego [Nowa encyklopedia powszechna 1998, s. 204]. R. Jachowicz [1970, s. 23] określa szpital mianem zakładu opieki zdrowotnej charakteryzującego się stałą gotowością przyjęcia i umieszczenia w nim pacjenta oraz zapewniającego przebywającemu w nim pacjentowi całodobową, wszechstronną i kwalifikowaną opiekę medyczną, polegającą na obserwacji, rozpoznaniu, pielęgnowaniu i leczeniu. Reasumując, można przyjąć, że zadaniem priorytetowym tego typu jednostki gospodarującej jest realizacja różnorodnych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów. Definicje nie precyzują form rozliczeń pieniężnych i nie wchodzą w system finansowania realizowanych świadczeń. Nacisk położony jest na posiadanie bazy materialno-technicznej oraz posiadanie odpowiedniej kadry medycznej, która wymagana jest przez płatnika instytucjonalnego, jakim jest NFZ [Orliński 2015, s. 137-154].

Ustawa o działalności leczniczej określa ramy organizacyjne, zasady funkcjonowania oraz zasady sprawowania nadzoru nad działalnością leczniczą [Ustawa z dnia

15 kwietnia 2011]. Natomiast ustawa o swobodzie działalności gospodarczej definiuje działalność gospodarczą jako zarobkową działalność m.in. usługową wykonywaną w sposób zorganizowany i ciągły [Ustawa 2004a]. Usługowa działalność lecznicza prowadzona przez szpital ma charakter zarobkowy i jest prowadzona w sposób zorganizowany i ciągły. Ponadto ustawa o swobodzie działalności gospodarczej definiuje także działalność regulowaną jako działalność, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków, określonych przepisami prawa [Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r.]. W przypadku szpitala, wymagania dotyczą przede wszystkim warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. W myśl ustawy o działalności leczniczej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011] szpital musi mieć pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające określonym wymaganiom, stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawowym [Ustawa z dnia 20 maja 2010] oraz zapewnić realizację usług medycznych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach. Pomieszczenia i urządzenia szpitala muszą odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, na co szczególną uwagę zwraca NFZ, podpisując umowę na świadczenie usług medycznych.

Ze zrozumiałych względów Ministerstwo Zdrowia oraz NFZ skupiają swoją uwagę na stronie medycznej działalności szpitala, bowiem realizacja świadczeń zdrowotnych jest priorytetem w działalności szpitala. Trudno jest prowadzić działalność gospodarczą szpitala bez środków finansowych. „Szpital jest powszechnie uznawany za najbardziej typową organizację opieki zdrowotnej, także ze względu na złożoność problematyki ekonomiczno-finansowej tej organizacji i rozmiary zużywanych przez nią zasobów” [Rój, Sobiech 2006, s. 50]. Podobnie też do problemu podchodzi M. Hass-Symotiuk [2011, s. 11-15], pisząc, iż najistotniejszą pozycję w systemie opieki zdrowotnej zajmuje lecznictwo stacjonarne, kluczową zaś rolę odgrywa w nim szpital, którego produktem są świadczenia zdrowotne. Jednak bez majątku i środków finansowych nie jest możliwe prowadzenie działalności leczniczej przez szpital.

Zmiany w systemie finansowania opieki zdrowotnej wprowadzone na początku XXI w. spowodowały, że szpitale jako jednostki sektora finansów publicznych [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009], realizując świadczenie zdrowotne, funkcjonowały na zasadach rynkowych. Spowodowało to także konieczność zmiany w systemie zarządzania szpitalami. Prawdą jest, że szpitale stanowią specyficzne podmioty, gdyż w przeciwieństwie do większości jednostek gospodarczych ich celem zasadniczym nie jest na ogół osiągnięcie, a tym bardziej maksymalizowanie zysku, ale realizowanie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak szpitale można nazwać przedsiębiorstwami. Kodeks cywilny [Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964] przedsiębiorstwem nazywa zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczonych do prowadzenia działalności gospodarczej. Definicja przedsiębiorstwa wskazuje potrzebę określenia wyodrębnienia jednostki gospodarującej, tj. wyod-

rębienia organizacyjnego, terytorialnego, ekonomicznego i prawnego. W ten sposób zdefiniowany szpital może być traktowany jako synonim przedsiębiorstwa, gdyż posiada atrybuty charakterystyczne dla przedsiębiorstwa – wyodrębnienie ekonomiczne, prawne i techniczno-organizacyjne, na które wskazuje J. Lichtarski [1997]. Może podlegać ekonomicznym zasadom zarządzania, o których wspomniano wcześniej. Przekładając teorię zarządzania na praktykę zarządzania szpitalem, nie można jednak zapomnieć o pacjencie i jego potrzebach leczniczych.

Pozyskiwanie środków pieniężnych na pokrycie kosztów działalności z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i z innych źródeł zostało usankcjonowane prawnie [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004]. Rynek usług medycznych, podobnie jak i inne rynki, stał się konkurencyjny, zaczęły na nim rządzić mechanizmy rynkowe [Orliński 2016, s. 358-367]. Mimo urynkowania opieki zdrowotnej szpitale nie stały się jednak pełnoprawnymi przedsiębiorstwami w rozumieniu rynku gospodarczego. M. Macuda [2013, s. 88] pisze, że „szpital należy traktować jako przedsiębiorstwo i nie można zapominać o ekonomicznym charakterze tego podmiotu. Jednakże szczególny charakter szpitala przejawia się w tym, że jego nadrzędnym celem nie jest, jak to ma miejsce w przypadku większości jednostek gospodarczych, osiąganie zysku, a tym bardziej jego maksymalizowanie, lecz realizowanie misji społecznej, którą jest udzielanie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych”. Specyfika realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz system finansowania opieki zdrowotnej powodował, że niektóre zasady i mechanizmy rynkowe można było przenieść na grunt szpitali. Niemniej jednak efektywność ekonomiczna szpitali wymuszona została przez system finansowania opieki zdrowotnej.

Prowadzenie usługowej działalności medycznej przez szpitale związane jest z ponoszeniem kosztów i pozyskiwaniem przychodów z tytułu prowadzonej działalności [Chluska 2014, s. 212-213]. Zadaniem zarządzających było identyfikowanie i analizowanie tych wielkości ekonomicznych dla potrzeb sprawnego funkcjonowania szpitali, a głównie kosztów, ponieważ przychody były w zasadzie z góry już znane. Wiązało się to bowiem z podpisanymi umowami z NFZ-em, który określał górną granicę przychodów możliwych do uzyskania [Witczak 2009, s. 73-79]. Pozostał więc problem kosztowy do rozwiązania przez zarządzających szpitalami.

Szpital jest jednostką samodzielną, samorządną i samofinansującą, a w związku z tym musi zadbać o medyczne i ekonomiczne warunki funkcjonowania i prowadzenia działalności leczniczej. Dostosowując się do warunków rynkowych, musi on przestrzegać obowiązujących przepisów. Kierownik (dyrektor, prezes), będąc odpowiedzialnym za całość działalności, odpowiada za działalność leczniczą, organizacyjną i finansową. Jeżeli szpital występuje w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako jednostki sektora finansów publicznych, to kierownik „jest odpowiedzialny za całość gospodarki finansowej tej jednostki” [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009]. Z kolei ustawa o rachunkowości obarcza kierownika jednostki (niezależnie, czy chodzi o jednostkę publiczną czy też o niepubliczną) odpowiedzialnością za wykonywanie obowiązków w zakresie rachunkowości, „w tym z tytułu nadzoru,

również w przypadku, gdy określone obowiązki w zakresie rachunkowości – z wyłączeniem odpowiedzialności za przeprowadzenie inwentaryzacji w formie spisu z natury – zostaną powierzone innej osobie za jej zgodą. W przypadku gdy kierownikiem jednostki jest organ wieloosobowy, a nie została wskazana osoba odpowiedzialna, odpowiedzialność ponoszą wszyscy członkowie tego organu” [Ustawa z dnia 29 września 1994]. Kierownik szpitala z tytułu nadzoru odpowiada za realizację kontraktów medycznych oraz za kondycję finansową szpitala. Realizując podstawowe funkcje zarządzania, kierownik szpitala odpowiada za zaplanowanie i zorganizowanie działalności medycznej, zmotywowanie do pracy pracowników oraz kontrolę realizacji podstawowych zadań medycznych.

Funkcjonowanie szpitali na rynku gospodarczym opierało się do tej pory na trzech elementach, tj. świadczeniobiorcy, czyli pacjencie, świadczeniodawcy, czyli szpitalu, i płatniku instytucjonalnym, jakim był Narodowy Fundusz Zdrowia. Fundusz zbierał składki w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i gromadził środki pieniężne dla potrzeb finansowania świadczeń zdrowotnych osób ubezpieczonych. Gospodarka finansowa NFZ była nadzorowana i kontrolowana przez dwa ministerstwa, tj. Ministerstwo Zdrowia w zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych i Ministerstwo Finansów w zakresie dysponowania, ewidencjonowania i rozliczania środków publicznych [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r.; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004]. Fundusz zarządzał środkami pieniężnymi, przeznaczając je na finansowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez świadczeniodawców na rzecz pacjentów. Zarządzanie środkami wiązało się ściśle z gromadzeniem informacji otrzymywanych od świadczeniodawców, pacjentów, a także w ramach współdziałania np. od organów założycielskich. Informacje dotyczyły nie tylko wydatkowanych środków pieniężnych, ale również świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne, uprawnionych pacjentów, jak i pracowników pionu medycznego uprawnionych do wykonywania zawodu. Specyfika funkcjonowania pacjenta w systemie opieki zdrowotnej polegała na tym, że pacjent (chory) zgłaszał swoje potrzeby zdrowotne do świadczeniodawcy, który realizował na jego rzecz świadczenia zdrowotne, natomiast płatnikiem i rozliczającym koszty leczenia był NFZ.

Nadzór zwierzchni nad całością funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej sprawował minister zdrowia, który jednocześnie posiadał uprawnienia kontrolne w stosunku do wszystkich świadczeniodawców (w tym też grupowej i indywidualnej praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej, działalności farmaceutycznej) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011].

4. Funkcjonowanie działalności leczniczej w sieci szpitali

26 kwietnia 2017 roku opublikowano nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Ustawa z dnia 23 marca 2017] dotyczącą wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli „sieci szpitali”. Od 1 października 2017 roku

rozpoczęła funkcjonowanie sieć szpitali, czyli grupa szpitali, które mają finansowanie zapewnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W sieci szpitali znalazły się 594 placówki, z czego 516 to szpitale publiczne, a 78 niepubliczne, poza siecią zaś znalazło się 355 szpitali. Do sieci szpitali weszły placówki medyczne, które spełniły łącznie następujące warunki określone przez ministerstwo: udzielały świadczenia w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy z NFZ przez co najmniej 2 ostatnie lata oraz mają konkretne oddziały wymienione w ustawie [Ustawa z dnia 23 marca 2017]. Wprowadzona ustawa znacznie zmienia zasady finansowania świadczeń w ramach leczenia szpitalnego, a częściowo również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wprowadzony system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. W założeniach ustawodawcy nowelizacja ma ustabilizować strukturę szpitali i ich finansowanie. Wprowadza ona bowiem system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (SPSZ), w ramach którego zakłady lecznicze z danego województwa będą kwalifikowane do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia, tworząc tzw. sieć szpitali. Dla każdego z poziomów zabezpieczenia określono odrębne profile kwalifikujące, pozwalające na przyporządkowanie świadczeniodawcy. W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się następujące poziomy: szpitale I stopnia; szpitale II stopnia; szpitale III stopnia; szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne; szpitale pediatryczne; szpitale ogólnopolskie [Ustawa z dnia 23 marca 2017, art. 951].

Poziomy systemu zabezpieczenia są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach, zwanych dalej „profilami systemu zabezpieczenia”.

Wprowadzony system kwalifikacji jest niezwykle rozbudowany i zakłada liczne wyjątki od wymaganej liczby profili określonej w ramach rozporządzenia (np. możliwe będzie przyporządkowanie świadczeniodawcy do szpitala III stopnia przy spełnieniu wyłącznie jednego profilu, zamiast wymaganych ośmiu). Jednym z dodatkowych wymogów, który znacznie zawęży możliwość uwzględnienia szpitala w SPSZ jest posiadanie szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć (dotyczy to szpitali I, II i III stopnia i szpitali pediatrycznych). Ten wymóg eliminuje z nowego systemu podmioty komercyjne, które miały dotychczas umowy na niektóre świadczenia szpitalne.

Na razie NFZ pozostaje, a dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich NFZ będą publikować w Biuletynie Informacji Publicznej wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia ze wskaza-

niem wszystkich profili systemu zabezpieczenia oraz zakresów lub rodzajów dodatkowych, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia. Wykazy te będą publikowane co 4 lata w terminie do 27 marca i obowiązać będą od 1 lipca. Wyjątek stanowi pierwszy wykaz, który został opublikowany w 2017 roku i obowiązuje od 1 października 2017 roku do 30 czerwca 2021 roku. Wykaz ten będzie co do zasady niezmienny przez cały okres kwalifikacji, czyli nie będzie mógł do niego przystąpić żaden nowy świadczeniodawca, a dotychczasowi nie będą mogli rozszerzać określonych w nim profili i świadczeń. Świadczeniodawcom niezadowolonym z treści wykazu przysługiwały środki odwoławcze w postaci protestu składanego do dyrektora oddziału NFZ w terminie 7 dni od jego opublikowania.

Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane przez „szpitale w sieci”, udzielane na podstawie umowy, są finansowane w formie ryczału systemu zabezpieczenia, z zastrzeżeniem. Jest to pewnego rodzaju powrót do finansowania budżetowego z funkcjonującym nadal ubezpieczeniem zdrowotnym. Wysokość ryczału systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy jednak niż rok kalendarzowy. Ustawa mówi, że przy ustalaniu wysokości ryczału dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczału systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczału systemu zabezpieczenia w zakresie liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, cen udzielonych świadczeń, parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń [Ustawa z dnia 23 marca 2017].

Przy ustalaniu wysokości ryczału systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która miała wpływ na dane, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczału [Ustawa z dnia 23 marca 2017].

Stopień szczegółowości warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia na razie określa prezes funduszu. Natomiast Minister Zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania ryczału systemu zabezpieczenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.

Przy ustalaniu ryczału systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy uwzględnia się dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być finansowane w formie tego ryczału, udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za rok 2015, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy. W przypadku gdyby nie było możliwe uwzględnienie tych danych, za podstawę wyliczenia ryczału przyjmuje się dane dotyczące ostatniego roku obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadcze-

niodawcą lub okresu obowiązywania tej umowy, jeżeli był krótszy niż rok. Ryczałt ten będzie ulegał zmianom w kolejnych okresach rozliczeniowych poprzez uwzględnienie liczby świadczeń sprawozdanych za poprzedni rok. Pomimo ryczałtowego rozliczenia większości świadczeń zachowane zostały wszystkie wymogi dotyczące sprawozdawczości obciążające dotychczas świadczeniodawców.

Nowelizacja przewiduje obok ryczałtu systemu również możliwość wprowadzenia świadczeń rozliczanych odrębnie, na dotychczasowych zasadach. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania ustala następujące świadczenia opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie medycyny nuklearnej;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rezonansu magnetycznego;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie badań echokardiograficznych płodu;
- diagnostyka i leczenie onkologiczne w profilach systemu zabezpieczenia, zakresach lub rodzajach, w których w dniu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia świadczenia te były finansowane w sposób ryczałtowy;
- świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej);
- świadczenia opieki kompleksowej;
- świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami;
- świadczenia szpitalne udzielane w ramach profilu brachyterapia;
- świadczenia szpitalne udzielane w ramach profilu radioterapia, w tym teleradioterapia, lub profilu terapia izotopowa;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie brachyterapii;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie terapii izotopowej;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie teleradioterapii;
- świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca;
- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- świadczenia w zakresie przeszczepów;
- świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;
- świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;

- świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne;
- świadczenia wysokospecjalistyczne;
- świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami;
- świadczenia wykonywane w celu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy, w tym leki stosowane w chemioterapii;
- świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017].

Zmiana zasad finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, zdaniem ministerstwa, poprawi relacje między płatnikiem a wykonawcami świadczeń zdrowotnych, zagwarantuje ciągłość i stabilność finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom, uelastyczni zarządzanie szpitalem oraz zoptymalizuje strukturę kosztów leczenia, a także poprawi koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Koncepcja ta powoduje jednak powstawanie wątpliwości dotyczących zwiększenia środków na finansowanie działalności leczniczej. J. Szulc [2017, s. 78] wyraża obawy co do zobowiązania budżetu do dopełniania środków składkowych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto pojawiają się pytania, czy szpitale nadal będą jednostkami rynkowymi i czy instrumenty rynkowe będą wykorzystywane w zarządzaniu opieką zdrowotną. Były wiceminister zdrowia P. Gryza twierdził, że „mechanizmów rynkowych nie można w sposób racjonalny wdrożyć w funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Nie dzieje się tak w żadnym kraju. Część systemu musi być z nich wyłączona. Dotychczasowa praktyka, a więc blokowanie konkursów, nierozpisywanie nowych, sprawiała, że rynek nie działał. Teraz, gdy jasno określimy, co jest rozliczane w ramach sieci, a co nie, wyraźnie odgraniczymy część rynkową od nierynkowej. I w ten sposób uruchomimy, choćby częściowo, rynek, który dotychczas nie działał w ogóle, w całości” [Michalak, Leśniewski 2017, s. 11]. Stwierdzenia te nie brzmią zbyt jasno. Oznacza to bowiem pracę nad systemem w celu doprezyzowania niektórych zapisów ustawowych. Pozostają jednak obietnice dotyczące zwiększania środków na finansowanie opieki zdrowotnej w kolejnych latach.

5. Zakończenie

Realizowane od lat zmiany w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej zdążyły w kierunku urynkwienia działalności leczniczej. Koncepcje precyzyjnego liczenia kosztów i przychodów miały na celu ustalenie rzeczywistych warunków finansowania opieki zdrowotnej. Wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego i finansowania działalności szpitali w ramach tego ubezpieczenia było podstawą ekonomizacji opieki zdrowotnej. Starzenie się społeczeństwa, a w ślad za tym zwiększone potrzeby finansowe na utrzymanie stanu zdrowotności społeczeństwa, wymuszają poszukiwania rozwiązań

możliwych do zastosowania. Wprowadzenie „sieci szpitali” i zmiana koncepcji finansowania opieki zdrowotnej jest próbą przejścia na inny, mniej klarowny system finansowania opieki zdrowotnej.

Koszty leczenia stale rosną [GUS 2017, s. 166; 2015, s. 146; 2013, s. 128]. Dofinansowanie działalności leczniczej w ramach środków budżetowych wymagać będzie przesunięć środków w ramach budżetu państwa, a jednocześnie zaistnieje potrzeba zwiększenia kontroli celowości i zasadności wykorzystania środków finansowych. Niebezpieczeństwem będzie zamykanie się placówek medycznych, które nie znajdują się w sieci i dla których zabraknie środków finansowych na finansowanie działalności leczniczej. W tle pozostają pacjenci, dla których utrudnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych może stanowić zagrożenie zdrowia i życia.

Literatura

- Chluska J., 2014, *Rachunkowość podmiotów leczniczych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Dekret z dnia 3 stycznia 1918 r. Rady Regencyjnej o tymczasowej organizacji Władz Naczelnych w Królestwie Polskiem, Dz. U. nr 1, poz. 1 z 1918 r.
- Dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. Pr. P. P. 1919 r., nr 9, poz. 122.
- Dekret Krajowej Rady Narodowej z dnia 11 kwietnia 1945 roku o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, Dz. U. 1945 nr 12, poz. 63.
- Dercz M., Izdebski H., 2001, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Polskie Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa – Poznań.
- Encyklopedia zdrowia*, 1992, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (GUS), 2013, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (GUS), 2015, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (GUS), 2017, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Hass-Symotiuk M. (red.), 2011, *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwers sp. z o.o., Warszawa.
- Indulski J., Orzeszna S., 1981, *Drogi i bezdroża medycyny społecznej w Polsce*, Służba Zdrowia, nr 7.
- Jachowicz R., 1970, *Zarys technologii współczesnego szpitala*, PZWL, Warszawa.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.), 2001, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kłupś Z., 2003, *Kasy Chorych – między naprawą a likwidacją. Spory o model opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2001-2002*, [w:] Musielak M. (red.), *Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i teraźniejszość*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.
- Kois-Jaźwiec K., Podfigurny M., 2003, *Oczekiwania samorządu terytorialnego wobec Kas Chorych*, [w:] Musielak M. (red.), *Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i teraźniejszość*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.
- Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., Dz. U. 1952 nr 33, poz. 232.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78, poz. 483.
- Leksykon PWN*, 2004, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Leowski J., 2004, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa.

- Lichtarski J., 1997, *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław.
- Macuda M., 2013, *Społeczna odpowiedzialność biznesu na przykładzie szpitala*, [w:] Remlein M. (red.), *Rachunkowość odpowiedzialności społecznej – teoria i praktyka*, Krajowa Izba Biegłych Rewidentów, Poznań.
- Mała encyklopedia medycyny*, 1990, PWN, Warszawa.
- Michalak J., Leśniewski B., 2017, *Wprowadzając sieć, wprowadzamy rynek*, Menedżer Zdrowia, nr 6-7.
- Niżnik J., 2004, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Kraków – Bydgoszcz.
- Nowa encyklopedia powszechna PWN*, 1998, t. 6, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Orliński R., 2015, *Zarządzanie kosztami w szpitalach*, Studia Kaliskie, t. 3, PWSZ w Kaliszu, Polskie Towarzystwo Przyjaciół Nauki, Kalisz, s. 137-153.
- Orliński R., 2016, *Rachunek kosztów pacjenta na przykładzie szpitala*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 442, s. 358-367.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 roku w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 7, poz. 52.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, Dz. U. z 2017 r. poz. 1225.
- Rój J., Sobiech J., 2006, *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Szulc J., 2017, *Sieć weszła w życie i... nic*, Menedżer Zdrowia, nr 8.
- Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. nr 51, poz. 396.
- Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz. U. nr 55, poz. 434.
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego, Dz. U. nr 36, poz. 334.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. 1964 nr 16, poz. 93.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz. U. nr 47, poz. 280.
- Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, Dz. U. 1994 nr 121, poz. 591 z późniejszymi zmianami.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. nr 28, poz. 153.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, nr 45 poz. 391.
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz. U. 2004 nr 173, poz. 1807 z późniejszymi zmianami.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. nr 210 poz. 2135 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz. U. 2009 nr 157, poz. 1240.
- Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. nr 102, poz. 586.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. nr 112, poz. 654.
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2017 r., poz. 844.
- Wdowiak L., 1981, *Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie, Lublin.
- Witczak I., 2009, *Ekonomia szpitala. Uwarunkowania, element, zasady*, CeDeWu.PL, Wydawnictwa Fachowe, Warszawa.