

Dr Małgorzata Paszkowska

Katedra Prawa Administracyjnego

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

<https://dx.doi.org/10.65748/fiqf-2010-0021>

KONTRAKTOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO ŹRÓDŁO FINANSOWANIA ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

WPROWADZENIE

Wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów (skutkujący m.in. zwiększeniem zapotrzebowania na świadczenia) i oczekiwań wobec usługodawców medycznych (m.in. nowoczesne technologie, wyższy standard obsługi, jakość świadczeń), a także tendencje demograficzne oraz stan finansów publicznych i portfeli większości społeczeństwa (którego nie stać na prywatne leczenie) wpływają na istotną dysproporcję pomiędzy popytem a podażą w usługach medycznych. Prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują na istotny wzrost procentowego udziału osób starszych w populacji Polski. W chwili obecnej seniorzy stanowią ponad 16% ogółu Polaków. Szacuje się, że do 2030 r. osoby w wieku emerytalnym będą stanowiły 24% społeczeństwa. Wzrost liczby emerytów i rencistów, a także wydłużanie się czasu trwania życia ludzkiego to zjawiska mające znaczący wpływ na system ochrony zdrowia. Z jednej strony – związane są one ze wzrostem popytu na świadczenia zdrowotne, ale z drugiej – z pogłębieniem kryzysu finansów w ochronie zdrowia. Zapotrzebowanie na usługi medyczne jest z roku na rok coraz większe i będzie wzrastać, natomiast dostępność do opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych jest coraz bardziej ograniczona. Pacjenci chcą szybkiego dostępu do wysokiej jakości świadczeń medycznych, ale Polski podobnie jak większości państw na to nie stać. Reforma obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia jest niezbędna i mogłaby przynajmniej częściowo niwelować znaczną dysproporcję pomiędzy podażą a popytem na rynku usług medycznych. W Polsce całkowite nakłady finansowe przeznaczane na system ochrony zdrowia to zaledwie 6,2% produktu krajowego brutto, co stawia nas za takimi krajami, jak Bułgaria (7,7% PKB) czy Węgry (7,8% PKB). W krajach „starej” UE nakłady te przekraczają 8% PKB, a dużo częściej oscylują w granicach 9-10%. Najwyższy w całej Europie wskaźnik poziomu budżetowych nakładów na ochronę zdrowia ma miejsce w Szwajcarii i wynosi 11,4%. Następne w kolejności są Francja (11,2% PKB) i Niemcy (10,7% PKB)¹. Bezspoornie konieczne jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Jednym z racjonalniejszych i łatwych do wdrożenia sposobów zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia wydaje się być podniesienie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, jednak nie więcej niż o 1 punkt procentowy z możliwością jej odliczenia od dochodów w podatku PIT (w tej chwili składka wynosi 9%, a można odliczyć ją w podatku PIT tylko w wysokości 7,75%). Chyba że bardziej sprawiedliwie obciąży się wszystkich składkami, także rolników, za których zaniżone składki płaci państwo (w tym roku wyda 3,2 mld zł). Ponadto, sam system wymaga uszczelnienia (m.in. rejestry usług) i niwelacji kosztów pośrednich (np. działalności NFZ). Należy zastanowić się na wprowadzeniu konkurencji na rynku płatnika/funduszy (niwelacja monopolu NFZ). Przykładowo, w niemieckim systemie zdrowotnym funkcjonuje pluralizm, jeśli chodzi o płatników, ponieważ jest wiele odrębnych kas chorych (np. regionalne, branżowe), a pacjent ma prawo wyboru, do której chce należeć. Ponadto, instrumenty prawne powinny sprzyjać korzystaniu z prywatnej opieki medycznej (począwszy od preferencji fiskalnych dla abonamentów medycznych), a także zachęcać pracodawców do dbania o zdrowie pracowników ponad minimum ustawowe (tj. badania profilaktyczne).

Nieodzownym elementem każdego systemu ochrony zdrowia poza oczywiście pacjentami są świadczeniodawcy medyczni, czyli podmioty mogące w świetle prawa świadczyć usługi medyczne (udzielać świadczeń zdrowotnych). Zgodnie z polskim prawem świadczeniodawcami medycznymi są przede wszystkim:

1. zakłady opieki zdrowotnej,
2. indywidualne praktyki lekarskie, pielęgniarskie, położnych,
3. grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie, położnych².

¹ Por. Raport Karolinska Institutet oraz Stockholm School of Economics 2009.

² M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse” 2006, nr 3.

Podlegają oni obowiązkowym wpisom do odpowiednich rejestrów (województwo, KRS, samorządu zawodowego) i jest to niezbędne do rozpoczęcia ich funkcjonowania na rynku. Zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) jest podstawową, kompleksową formą organizacyjno-prawną, w ramach której mogą być udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom w Polsce³. Stanowi on nieodłączny element struktury polskiego systemu ochrony zdrowia. Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej jest wielokrotnie nowelizowana ustawa z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (zwana w artykule ustawą o ZOZ)⁴. Definicja legalna zakładu opieki zdrowotnej znajduje się w art. 1. ustawy o ZOZ. Zgodnie z powyższym artykułem zakład opieki zdrowotnej zarówno publiczny, jak i niepubliczny jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia.

Zakłady opieki zdrowotnej dzielą się na publiczne i niepubliczne (są to rodzaje ZOZ). Kryterium powyższego dychotomicznego podziału związane jest z rodzajem podmiotu, który utworzył konkretny ZOZ, czyli jego organem założycielskim. Artykuł 8. ustawy o ZOZ wymienia zamknięty katalog podmiotów, które mogą utworzyć ZOZ. Takie podejście ustawodawcy należy uważać za słuszne, zważywszy na cel i sferę działania zakładów. Ponadto, mimo pozornie zamkniętego katalogu organów założycielskich w przypadku zakładów niepublicznych możliwości są bardzo duże i nie wpływają na ograniczenie zasady swobody działalności gospodarczej (wolnego rynku), ponieważ NZOZ może w praktyce założyć każdy. Jeśli chodzi o organy założycielskie PZOZ-ów, katalog jest dość wąski, ponieważ publiczny zakład opieki zdrowotnej może być utworzony wyłącznie przez:

- 1) ministra lub centralny organ administracji rządowej,
- 2) wojewodę,
- 3) jednostkę samorządu terytorialnego,
- 4) publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
- 5) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego⁵.

Organami założycielskimi PZOZ mogą być przede wszystkim organy administracji publicznej (rządowej i samorządowej), dla których jednym z zadań jest ochrona zdrowia (czyli wojewoda i JST), a także odpowiednie jednostki zajmujące się kształceniem i badaniami w zakresie medycyny. Podstawową kategorię podmiotów tworzących PZOZ stanowią obecnie jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego, czyli gmina, powiat, samorząd województwa, może być organem założycielskim publicznego zakładu opieki zdrowotnej wskutek:

1. przejęcia go z mocy prawa (co nastąpiło w związku z reformą administracyjną 1 stycznia 1999 r.),
2. utworzenia zakładu z własnej inicjatywy⁶.

W ramach publicznych zakładów opieki zdrowotnej wyodrębnioną prawnie kategorię stanowią samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Obecnie przeważającą liczebnie część publicznych ZOZ stanowią SPZOZ-y. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Z chwilą wpisania do rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną, co oznacza, że może podejmować działania we własnym zakresie i na własny rachunek. Istotą SPZOZ jest to, że pokrywa on samodzielnie z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty swej działalności i zobowiązań. Samodzielny

³ M. Paszkowska, *Podstawy prawne funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej*, „Jurysta” 2007, nr 11.

⁴ DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm. (tekst jednolity: DzU z 2007 r., nr 14, poz. 89).

⁵ Art. 8., ust. 1., pkt 1.-3. ustawy o ZOZ.

⁶ Por. M. Dercz, *Samorząd w systemie ochrony zdrowia*, Municipium, Warszawa 2005.

publiczny zakład opieki zdrowotnej decyduje sam o podziale zysku. SPZOZ pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy⁷. W odróżnieniu od stosunkowo wąskiego katalogu organów założycielskich PZOZ-ów katalog podmiotów uprawnionych do tworzenia NZOZ-ów jest bardzo szeroki i obejmuje zasadniczo każdy z trzech fundamentalnych podmiotów prawa polskiego, tj. osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, zgodnie bowiem z treścią art. 8., ust. 1., pkt 4.-8. ustawy o ZOZ niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez następujące podmioty:

- 1) kościół lub związek wyznaniowy,
- 2) pracodawcę,
- 3) fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
- 4) inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną (z wyjątkiem SPZOZ),
- 5) spółkę niemającą osobowości prawnej.

W praktyce najczęściej NZOZ-y tworzą osoby fizyczne lub spółki prawa handlowego. Każda osoba fizyczna może być podmiotem założycielskim NZOZ bez względu np. na jej wykształcenie czy staż zawodowy pod warunkiem jednakże posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych i uzyskania statusu przedsiębiorcy (zarejestrowania działalności gospodarczej). Osobami prawnymi mogącymi utworzyć NZOZ są przede wszystkim spółki kapitałowe prawa handlowego, czyli spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna⁸. Według krajowego rejestru zakładów w Polsce funkcjonuje 17 425 zakładów opieki zdrowotnej (stan na rok 2009).

Tab. nr 1.
Struktura zakładów opieki zdrowotnej

ZOZ	Zakłady stacjonarne (szpitale)	Zakłady leczenia ambulatoryjnego	Razem
Razem	742	16 683	17 425
Niepubliczny ZOZ	120	14 793	14 913
Publiczny ZOZ	622	1 890	2 512

Źródło: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/info_przekształcenia_30072009.pdf
z 1 października 2009 r.

Jak wynika z powyższej tabeli, dominującą pozycję pod względem ilościowym na rynku medycznym mają niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Ich udział w sektorze ochrony zdrowia jest prawie sześciokrotnie wyższy niż zakładów funkcjonujących w formie publicznej. Wyżej wskazana struktura podmiotów jest przede wszystkim rezultatem zmian prawnych i społecznych zachodzących w polskim w systemie ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na rolę kontraktu z NFZ jako podstawowego źródła finansowania zakładów opieki zdrowotnej, a także przybliżenie metod finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy.

⁷ Por. art. 60. ustawy o ZOZ.

⁸ Szerzej tworzenie i funkcjonowanie ZOZ: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, ABC – Wolters Kluwer, Warszawa 2007.

USTAWOWO DOPUSZCZALNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA ZOZ

Dla funkcjonowania każdej organizacji, także zakładu opieki zdrowotnej, fundamentalne znaczenie mają dopuszczalne przez prawo źródła jego finansowania⁹. Zgodnie z art. 54. ustawy o ZOZ SPZOZ może uzyskiwać środki finansowe:

- 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy,
- 2) na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne,
- 3) na realizację programów lub projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi,
- 4) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1 i 2, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności,
- 5) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej,
- 6) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami.

Zadania, o których mowa w pkt 1, 2 i 6, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów. Natomiast zadania, o których mowa w pkt 3, mogą być współfinansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego sprawdz. zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów. Najważniejszym źródłem uzyskiwania środków finansowych przez SPZOZ są środki publiczne z ubezpieczenia zdrowotnego. Poza kontraktem z NFZ SPZOZ-y zawierają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przede wszystkim z pracodawcami oraz ewentualnie z zakładami ubezpieczeń. SPZOZ może zawierać umowy z pracodawcami o wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy. Pracodawca może zawrzeć także umowę tzw. abonamentu medycznego dla swoich pracowników¹⁰. Umowy mogą być również zawierane przez zakład ubezpieczeń działający na podstawie ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU nr 124, poz. 1151 z późn. zm.). Ponadto, SPZOZ w ramach umowy może otrzymać pieniądze na realizację programów zdrowotnych. Chodzi tu przede wszystkim o programy profilaktyczne związane np. z wczesnym wykrywaniem raka piersi czy szyjki macicy oraz program Zintegrowane Ratownictwo Medyczne. Działalność gospodarcza niezwiązana z odpłatnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy może stanowić źródło pozyskiwania środków finansowych przez SPZOZ pod warunkiem jednak, że prowadzenie powyższej działalności będzie przewidziane (zapisane) w jego statucie. Podstawowe przychody w tej sferze dotyczą najmu i dzierżawy pomieszczeń ewentualnie aparatury i sprzętu. Ograniczenia w zakresie możliwości prowadzenia działalności gospodarczej przez ZOZ związane są z ustawowymi zakazami prowadzenia działalności uciążliwej dla pacjenta (art. 1., ust. 4. ustawy o ZOZ) oraz działalności konkurencyjnej (art. 1., ust. 5. ustawy o ZOZ). Kolejna kategoria

⁹ Szerzej finansowanie ZOZ: M. Paszkowska, *Ustawowo dopuszczalne źródła finansowania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

¹⁰ Szerzej abonamenty medyczne : M. Paszkowska, *Pracodawca jako klient na rynku usług medycznych*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2008, s. 310-319.

możliwych do pozyskania środków finansowych przez SPZOZ związana jest ze specyficznymi czynnościami prawnymi z zakresu prawa cywilnego, tj. darowizną, spadkiem i zapisem¹¹.

Poza określonymi w art. 54. ustawowo dopuszczalnymi źródłami finansowania SPZOZ może otrzymywać także dotacje budżetowe, bowiem w świetle art. 55. ustawy o ZOZ SPZOZ może otrzymywać dotacje budżetowe na:

- 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
- 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
- 3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- 4) cele szczególne określone w odrębnych przepisach,
- 5) projekty realizowane ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi,
- 6) realizację programów wieloletnich.

Dotacje powyższe może przyznać podmiot, który utworzył zakład. Omawiany przepis przewiduje możliwość uzyskiwania dotacji budżetowych przez SPZOZ na konkretne, określone w nim cele, poszerzając tym samym zakres źródeł finansowania SPZOZ, jednak nie wprowadza obowiązku przekazywania środków budżetowych.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 54. i 55. określa dopuszczalne źródła finansowania zakładu opieki zdrowotnej, ale dotyczą one tylko SPZOZ. Powyższe ograniczenia nie dotyczą niepublicznych zakładów opieki i nie mają swoich odpowiedników w przepisach innych ustaw w zakresie NZOZ. Ogólnie można stwierdzić, że NZOZ-y mogą być finansowane z każdego niesprzecznego z prawem źródła zależnie od inwencji swego właściciela/kierownika. Podsumowując, NZOZ może pozyskiwać środki finansowe:

1. od podmiotu tworzącego,
2. bezpośrednio od pacjenta za wykonywanie świadczeń zdrowotnych lub/i usług dodatkowych,
3. za udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z NFZ, pracodawcą, zakładem ubezpieczeń lub innym podmiotem (np. ZOZ, fundacja),
4. z funduszy unijnych i mechanizmu norweskiego,
5. z tytułu innej niż udzielanie świadczeń zdrowotnych działalności zarobkowej (np. z umowy najmu).

Jednym ze źródeł finansowania NZOZ, szczególnie na początku jego działalności, są środki finansowe pochodzące od jego właściciela. W stosunku do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej nie istnieją żadne szczególne ograniczenia prawne dotyczące zasad czy też źródeł finansowania przez właściciela (organ założycielski) lub inne podmioty¹². Właściciel swobodnie decyduje o czasie, wysokości i przeznaczeniu środków finansowych przekazywanych utworzonemu przez siebie NZOZ. Wydawać by się mogło, że podstawowy dochód NZOZ pochodzi bezpośrednio od pacjentów, jednak w praktyce w większości placówek jest inaczej, ponieważ jak pokazuje praktyka, a NZOZ podobnie jak PZOZ-y bazuje głównie na dochodach z umów z NFZ.

¹¹ Por. art. 888.-902. (darowizna), 922.-1057. (spadek), 968.-981.(zapis) kodeksu cywilnego.

¹² Por. A. Sieńko, *Prawo ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 78.

PODSTAWA PRAWNA I ZAKRES KONTRAKTOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zgodnie z art. 54. ustawy o ZOZ jednym z ustawowo dopuszczalnych źródeł finansowania zakładu może być umowa na odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych. ZOZ-y zawierają takie umowy przede wszystkim z publicznym płatnikiem, czyli Narodowym Funduszem Zdrowia, co związane jest przede wszystkim z obowiązującym w Polsce modelem systemu zdrowotnego (finansowania opieki zdrowotnej). Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów różnią się między sobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju. Przyjęty w danym państwie sposób finansowania systemu zdrowotnego związany jest bezpośrednio ze stosowanym w nim modelem systemu zdrowotnego¹³, podstawowe źródła finansowania usług zdrowotnych w każdym państwie są bowiem pochodną przyjętego w nim modelu opieki zdrowotnej. Generalnie można wyróżnić 2 systemy (modele) krajowego systemu zdrowotnego, tj.:

- 1) ubezpieczeniowy (oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli),
- 2) podatkowy (tzw. narodowej służby zdrowia).

Polski aktualny model systemu zdrowotnego to model typu ubezpieczeniowego (ze składek ubezpieczonych finansowana jest większość publicznej opieki medycznej). Model ten kreowany jest przede wszystkim przez ustawę z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(t.j.: Dz.U z 2008 r., nr 164, poz. 1027), zwaną dalej ustawą ubezpieczeniową, i wydane na jej podstawie przepisy wykonawcze. Nie można jednakże zapominać o występowaniu w Polsce także elementów systemu budżetowego (np. finansowanie opieki medycznej dla osadzonych w zakładach karnych).

Na Narodowy Fundusz Zdrowia polski ustawodawca nałożył obowiązek organizacyjny zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczonemu za pomocą systemu kontraktów, Fundusz bowiem sam nie udziela, a jedynie organizuje ich udzielanie. Świadczeniobiorca (pacjent) może uzyskać świadczenie gwarantowane (tj. finansowane ze środków publicznych) tylko od świadczeniodawcy mającego umowę z NFZ (potocznie zwaną kontraktem). Zgodnie z art. 132. ustawy ubezpieczeniowej umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu jest podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz. Należy wskazać na wyrok NSA z 22 listopada 2006 r. (II GSK 219/06), w którym sąd stwierdził, że nie jest dopuszczalne udzielenie świadczenia finansowego ze środków publicznych bez zawartej umowy, o jakiej mowa w art. 132. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z wyjątkami wskazanymi w ustawie (np. w art. 19., ust. 2., 4. i 5.). Umowę można zawrzeć wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do jej zawarcia w toku postępowania o zawieranie umów. Jednym z „możliwych” świadczeniodawców jest zakład opieki zdrowotnej zarówno publiczny, jak i niepubliczny.

Bezpośrednią podstawą prawną udzielania przez zakład świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym finansowanych ze środków publicznych jest umowa zawarta z publicznym płatnikiem, czyli NFZ. Powyższa umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,

¹³ Por. M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, p.cit.

- 3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach (bowiem świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi),
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami,
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy,
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych,
- 7) postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim, nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej¹⁴.

Są to elementy obligatoryjne i przedmiotowo istotne (*essentialia negotii*) kontraktu. Umowy mogą zawierać także inne postanowienia. Na podstawie art. 137., ust. 9. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia ustalił ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU nr 81, poz. 484). Zgodnie z powyższym rozporządzeniem przedmiotem kontraktów jest udzielanie świadczeń w następujących rodzajach:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna,
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 3) leczenie szpitalne,
- 4) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 5) rehabilitacja lecznicza,
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- 7) leczenie stomatologiczne,
- 8) lecznictwo uzdrowiskowe,
- 9) pomoc doraźna i transport sanitarny,
- 10) profilaktyczne programy zdrowotne,
- 11) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
- 12) zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi,
- 13) programy zdrowotne,
- 14) ratownictwo medyczne,
- 15) opieka paliatywna i hospicyjna.

W praktyce w zależności od profilu działalności ZOZ-y zawierają od jednej przez najczęściej kilka aż do kilkunastu umów z NFZ w zbliżonym czasie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych sferach, w tym przede wszystkim w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistyki. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w przypadku, gdy stroną kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jest zakład opieki zdrowotnej, rodzaj i zakres udzielanych przez dany ZOZ świadczeń zakontraktowanych przez NFZ powinien odpowiadać treści statutu danego zakładu, nie ma bowiem możliwości zakontraktowania przez Fundusz usług, które nie zostały wymienione w statucie zakładu opieki zdrowotnej¹⁵.

Generalnie każdy zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania oraz do poddania się kontroli przez NFZ. Szczegółowe obowiązki zakładu uzależnione są od rodzaju świadczeń zdrowotnych, których dotyczy

¹⁴ Art. 136. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁵ T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2007, s. 71.

umowa z NFZ, i są w niej, a także w odpowiednich zarządzeniach prezesa NFZ uregulowane. Podstawowym i najważniejszym elementem systemu opieki zdrowotnej jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Warunki zawierania umów o udzielanie świadczeń na rok 2010 są szczegółowo opisane w zarządzeniach prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 3 listopada oraz 29 grudnia 2009 r. (Zarządzenia nr 72/2009/DSOZ oraz 91/2009/DSOZ). Przedmiotem umów są świadczenia gwarantowane udzielane świadczeniobiorcom w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych, finansowane przez Fundusz. Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Udzielanie świadczeń gwarantowanych stosownie do przedmiotu umowy ma zapewnić realizację zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (DzU nr 214, poz. 1816). Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ udzielane są świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru, włączając w to osoby dokonujące wyboru na podstawie zarejestrowanego formularza E106, E109, E120, E121 wydanego osobom zamieszkującym w Polsce, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji.

Jeśli chodzi o świadczenia ambulatoryjne w zakresie specjalistyki, to uszczegółowienie reguł ich udzielania znajduje się w zawartej ze świadczeniodawcą umowie, a także w Zarządzeniu nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjenci przyjmowani są do poradni specjalistycznych z reguły na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ. Świadczenia w poradniach specjalistycznych kwalifikowane są jako porady: kompleksowa, specjalistyczna oraz recepturowa. Porada kompleksowa obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe wykonane zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej wraz z przeprowadzeniem niezbędnych procedur diagnostycznych oraz terapeutycznych, których wykonanie w celu postawienia diagnozy lub kontynuacji leczenia lekarz uznał za niezbędne. W ramach tej porady lekarz specjalista zobowiązany jest określić zasady dalszego postępowania leczniczego i wydać zaświadczenie lekarskie przeznaczone dla lekarza kierującego, a w przypadkach realizacji świadczeń bez skierowania – dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod którego opieką pozostaje świadczeniobiorca. Porada recepturowa, w ramach której lekarz bada pacjenta i ordynuje leki, nie może być realizowane częściej niż co 14 dni.

ZOZ zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

ZOZ jako świadczeniodawca jest także zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b, ust. 2. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Rozporządzenie Ministra Finansów z 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (DzU z 2008 r., nr 3, poz. 10) określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia.

PROCEDURA ZAWIERANIA KONTRAKTU

Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkim świadczeniodawcom biorącym udział w postępowaniu o zawarcie umów. Postępowanie takie musi być przeprowadzone z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji, a wszelkie wyjaśnienia, informacje i dokumenty związane z nim muszą być udostępniane świadczeniodawcom na równych prawach¹⁶.

Zazwyczaj odbywa się konkurs ofert, zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań następuje bowiem tylko w przypadkach określonych w ustawie ubezpieczeniowej¹⁷. Przez rokowania rozumie się w świetle omawianej ustawy tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń opieki zdrowotnej lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać.

W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza stosowne ogłoszenie, a w celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia. Szczegółowo postępowanie w sprawie zawarcia kontaktu reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (DzU nr 273, poz. 2719). Zamawiający (NFZ) przygotowuje wzór lub formularz oferty, a świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy składa ofertę zgodnie z tym wzorem lub formularzem. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje komisję¹⁸. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej¹⁹. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza rozstrzygnięcie postępowania.

W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu zakończenia postępowania oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni

¹⁶ Por. art. 134. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁷ Postępowanie w trybie rokowań może być przeprowadzone, jeżeli:

- 1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczególne warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert lub
- 2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
- 3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 144. ustawy ubezpieczeniowej).

¹⁸ Por. art. 139. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁹ Por. art. 142. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności²⁰. Ponadto ZOZ biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania²¹. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne²². Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie (do 14 dni od jej zawarcia) z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy, rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczby jednostek rozliczeniowych (miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażających wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej.

Osobą uprawnioną do złożenia oferty oraz zawarcia umowy w SPZOZ jest bezspornie jego kierownik (dyrektor) będący organem osoby prawnej. Natomiast w przypadku zakładów niepublicznych należy przyjąć, że kompetencję do złożenia oferty oraz zawarcia (w tym podpisania) umowy z NFZ ma także kierownik NZOZ, jednak pojawiają się opinie (w tym NFZ) nieznajdujące uzasadnienia prawnego, że kierownik NZOZ musi mieć pełnomocnictwo jego właściciela do złożenia oferty w sprawie zawarcia kontraktu²³. Świadczeniodawcą jest sam zakład wykonujący statutowe zadania, a nie jego właściciel.

Zawarcie kontraktu z NFZ pociąga za sobą szereg obowiązków, które musi spełnić świadczeniodawca, a w praktyce spoczywających przynajmniej w sferze decyzyjnej i nadzoru na kierowniku zakładu. Kierownik zakładu odpowiada także za niewykonanie ewentualnie nienależyte wykonanie powyższych obowiązków. Przykładowo, każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach umowy z Funduszem musi umieścić na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, tablicę informacyjną z logo NFZ i nazwą świadczeniodawcy.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM KONTRAKTU

Obecnie głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest składka zdrowotna. Środki ze składek ubezpieczonych gromadzone są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który następnie zawiera ze świadczeniodawcami umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Inne źródła finansowania systemu, a tym samym jego świadczeniodawców, to budżet państwa, wydatki pracodawców oraz prywatne wydatki społeczeństwa na opiekę zdrowotną.

NFZ, zawierając umowę z konkretnym ZOZ-em, zobowiązuje się do zapłaty na jego rzecz za wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych. Pacjent mający status ubezpieczonego w NFZ, przychodząc do zakładu mającego zawarty z Funduszem kontrakt, może uzyskać potrzebne mu na zakontraktowane świadczenie gwarantowane zasadniczo nieodpłatnie (ewentualnie za częściową odpłatnością, jeśli tak wynika z przepisów, np. stomatologia).

²⁰ Art. 153. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²¹ Art. 154. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²² Por. art. 135. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²³ Por. S. Mołęda, *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Medicine Today Poland, Warszawa 2008, s. 362-363.

Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Przyjęto normatywnie następujące sposoby rozliczania świadczeń:

- 1) kapitacyjna stawka roczna,
- 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej,
- 3) ryczałt²⁴.

W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących²⁵. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniającą współczynniki korygujące²⁶. Należność dla danego zakresu świadczeń stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, uwzględniający współczynniki korygujące. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

- 1) proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczałtu dobowego,
- 2) stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczałtu miesięcznego²⁷.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. ZOZ składa Funduszowi rachunek na piśmie. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu wypłaca za miesiąc poprzedni w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę wymaganych dokumentów rozliczeniowych i informacji. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

Z ubezpieczenia zdrowotnego (czyli ze środków publicznych płaconych ZOZ-om przez NFZ) finansowana jest przede wszystkim podstawowa opieka zdrowotna oraz świadczenia specjalistyczne ambulatoryjne i stacjonarne. Podstawowa opieka zdrowotna to świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Świadczenie specjalistyczne natomiast to świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń

²⁴ Rozdział 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU z 13 maja 2008 r.).

²⁵ *Ibidem.*

²⁶ *Ibidem.*

²⁷ *Ibidem.*

udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (np. laryngologia, kardiologia, ortopedia, okulistyka, chirurgia). Świadczenia specjalistyczne mogą być udzielane w formie ambulatoryjnej lub stacjonarnej. Ambulatoryjna opieka zdrowotna oznacza udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Zarządzenie Prezesa NFZ nr 72/2009/DSOZ z 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej dokładnie określa zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń z tego zakresu. Dla analizowanych umów stosuje się następujące sposoby rozliczeń:

1. kapitacyjna stawka roczna dla świadczeń w zakresie POZ udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej, zespołu lekarsko-pielęgniarskiego lub jednostki transportu sanitarnego,
2. cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) dla świadczeń wydzielonych z finansowania na podstawie stawki kapitacyjnej.

Potwierdzeniem udzielenia porady, wizyty lub świadczenia jest jego opis w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a dla zrealizowanych zabiegów – wpis w księdze zabiegowej. Wysokości stawek kapitacyjnych określone zostały przez Prezesa Funduszu i stanowią załącznik do Zarządzenia nr 72. Poniżej zaprezentowano przykładowe ceny zakontaktowanych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Tab. nr 2

Wartości stawek kapitacyjnych, porad w POZ za wybrane świadczenia od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r.

Lp	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitacyjnej, ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych (w PLN)
1	<i>Świadczenia lekarza POZ</i>	St. kapitacyjna	96,00
2	<i>Świadczenia lekarza POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów</i>	Porada	45,00
3	<i>Świadczenia lekarza POZ udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji(EKUZ, Certyfikat)</i>	Porada	45,00
4	<i>Świadczenia pielęgniarki POZ</i>	St. kapitacyjna	24,24
5	<i>Świadczenia pielęgniarki POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów</i>	Porada	12,00
6	<i>Świadczenia położnej POZ</i>	St. kapitacyjna	13,56
7	<i>Wizyta położnej POZ w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych</i>	Porada	15,00
8	<i>Świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w POZ</i>	St. kapitacyjna	4,56

Źródło: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 3 listopada 2009 r.

Świadczenia lekarza POZ finansowane są zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do omawianego zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza POZ stawka kapitulacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do grupy wiekowej, w której świadczeniobiorca się znajduje, albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, albo w przypadku leczenia chorób przewlekłych określonych wykazem stanowiącym załącznik do umowy odpowiednim rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 przyczyny udzielonej porady (np. gdy udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia – współczynnik wynosi 3,0). Należność z tytułu realizacji świadczeń lekarza POZ wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:

1. należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitulacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitulacyjnej stawki rocznej z uwzględnieniem współczynników korygujących,
2. liczba świadczeniobiorców ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawcę²⁸.

Poza podstawową opieką zdrowotną przedmiotem kontaktu zawieranego przez ZOZ jest najczęściej ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Szczegółowe zasady jej rozliczania zawiera Zarządzenie nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jeśli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną stosuje się następujące sposoby rozliczeń:

1. cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punktu),
2. kapitulacyjna stawka roczna – w odniesieniu do świadczeń kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Świadczenia specjalistyczne realizowane są w ramach:

- a) porady kompleksowej – 9 punktów,
- b) porady zabiegowo-diagnostycznej (wycenionej według załącznika nr 5 do Zarządzenia Prezesa nr 62/2009/DSOZ z 2 listopada 2009 r.),
- c) porady specjalistycznej – 4 punkty,
- d) porady recepturowej – 2 punkty²⁹.

Porada kompleksowa obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe wykonane zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej wraz z przeprowadzeniem niezbędnych procedur diagnostycznych oraz terapeutycznych, których wykonanie w celu postawienia diagnozy lub kontynuacji leczenia lekarz uznał za niezbędne. W ramach tej porady lekarz specjalista zobowiązany jest określić zasady dalszego postępowania leczniczego i wydać zaświadczenie lekarskie przeznaczone dla lekarza kierującego, a w przypadkach realizacji świadczeń bez skierowania – dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod opieką którego pozostaje świadczeniobiorca. Porada specjalistyczna to świadczenie opieki zdrowotnej niespełniające kryteriów porad innych typów, obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe wykonywane przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

²⁸Por. rozdz. 4 Zarządzenia nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

²⁹Por. Rozdz. 5 Zarządzenia nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Porada recepturowa natomiast to świadczenie obejmujące ordynację leków, którego celem jest kontynuacja leczenia specjalistycznego powiązana co najmniej z weryfikacją dawek zaordynowanych leków lub zleconego sposobu leczenia, zawierające co najmniej badanie podmiotowe. Porada recepturowa nie może być realizowana częściej niż co 14 dni, jak również w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad.

Przy rozliczaniu świadczeń w poradniach specjalistycznych w danym zakresie nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania porad różnych typów ani ich wielokrotności wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy.

Pieniądze z kontraktu stanowią podstawowy dochód wszystkich SPZOZ i dużej części niepublicznych zakładów. Poniżej przykładowe zestawienie dochodów zakładu opieki zdrowotnej publicznego i niepublicznego (przychodni z Podkarpacia w roku 2009).

Tab. 3. Źródła dochodów konkretnego PZOZ i NZOZ w 2009 roku

Źródła dochodu	PZOZ	NZOZ
Kontrakty z NFZ	92%	75%
Odpłatne świadczenia zdrowotne w tym medycyna pracy	6%	14%
Inne	2%	11%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych od kierowników ZOZ.

Ze środków uzyskanych za procedury medyczne z Narodowego Funduszu Zdrowia zakład finansuje koszty osobowe – przede wszystkim wynagrodzenia personelu (ew. podwykonawców) oraz koszty rzeczowe (materiały, sprzęt, media). Ponadto, pokrywa też inne wydatki związane z bieżącym funkcjonowaniem zakładu, a także inwestycje. Niewątpliwie kontrakt chociaż uważany przez większość świadczeniodawców za nieadekwatny (pod względem stawek i ilości świadczeń) do realnych potrzeb oraz kosztów jest i pozostanie w najbliższym czasie podstawowym źródłem dochodu ZOZ. Przyjmuje się, iż w wypadku zakładów publicznych kontrakt stanowi średnio 95% dochodów, a w przypadku niektórych (bazujący na świadczeniach finansowanych ze środków publicznych) zakładów niepublicznych – ok. 85%. Sytuacja w ostatnim kwartale roku 2009 r., kiedy to większość świadczeniodawców medycznych mających kontrakt z NFZ już we wrześniu wyczerpała limity świadczeń i ograniczała przyjęcia pacjentów tylko do stanów nagłych, pokazała wyraźnie problem dostępności opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych. Szpitale, które przekroczyły limit z NFZ, przesuwały planowe przyjęcia pacjentów na początek 2010 r. To sposób na uniknięcie nadwykonań i zadłużenia placówki w sytuacji, gdy Fundusz nie będzie płacił za świadczenia wykonane poza limitem. Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia wynosi w tym roku 53,2 mld zł. To o 1,3 mld zł mniej niż w 2009 r. Zadłużenie placówek służby zdrowia wyniesie ok. 9-10 mld zł. To mniej więcej tyle samo co w poprzednich latach, ale przez ten czas zrealizowano kilka programów oddłużenia. Oznacza to, że szpitale i przychodnie wciąż popadają w nowe długi.

Naruszenie przez ZOZ obowiązków związanych z zawartym kontraktem może spowodować szereg różnych konsekwencji, m.in. w sferze finansowej (związanej przede wszystkim ze wstrzymaniem płatności przez Fundusz). Przykładowo, w świetle rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 2008 r. nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17., ust. 2., w terminach, o których mowa

w § 23., ust. 3. i 4., powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu. Ponadto, przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17., ust. 2., dokumentów, o których mowa w § 23., ust. 5. i 6., lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w całości lub części należności w zakresie rozliczenia, do którego oddział wojewódzki Funduszu powziął zastrzeżenia. Poza tym kontrakt może mieć dodatkowe zastrzeżenie umowne w postaci kary umownej³⁰, bowiem zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej umowa z NFZ może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości. W razie stwierdzenia podczas kontroli naruszeń, które zostały zaobserwowane również w kontrolach przeprowadzonych uprzednio w czasie obowiązywania umowy, wysokość kary umownej w przypadku powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa każdorazowo w wezwaniu do zapłaty wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. W przypadku, gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo potrącania kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64., 160. i 161. ustawy ubezpieczeniowej, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych oddział wojewódzki Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnych refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji. Kary umowne nałożone przez Fundusz podlegają kumulacji. Poza koniecznością zapłaty kary umownej i utrudnieniami w przepływie należności najpoważniejszą sankcją, jaka może spotkać zakład, jest rozwiązanie umowy przez NFZ. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń,
- 2) naruszenia przepisu art. 132., ust. 3. ustawy ubezpieczeniowej,
- 3) rażącego naruszenia § 6., ust. 4. lub § 8. rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 4) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
- 5) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie,

³⁰ Rozdział 5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

- 6) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców,
- 7) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji będących dla oddziału wojewódzkiego Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności,
- 8) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji mających istotny wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy,
- 9) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz,
- 10) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, o ile w tym przypadku wcześniej nie nałożono kary umownej z tego tytułu³¹.

Poza bieżącymi problemami (w szczególności o charakterze ekonomicznym) niewykonywanie lub nienależyte wykonywanie umowy z NFZ może skutkować w dalszej perspektywie trudnościami z zawarciem kontraktu w przyszłości. NFZ dysponuje ograniczoną pulą środków finansowych, które może przeznaczyć na zakup świadczeń zdrowotnych. Natomiast koszty udzielania świadczeń przez zakłady opieki zdrowotnej (zależne i niezależne od świadczeniodawcy) rosną z rok na rok, podczas gdy stawki za zakontraktowane usługi pozostają bez istotnych zmian, a ilość zakontraktowanych świadczeń ulega ograniczeniu. Rok 2010 to niestety zdecydowane zmniejszenie wartości kontraktów większości ZOZ i związane jest to z ogólnym trendem, jaki panuje w tym roku. Prawie wszystkie placówki realizujące usługi medyczne odnotowują drastyczny spadek przychodów z tego typu działalności (szczególnie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), w niektórych placówkach jest to szacowane nawet do 30%. Średnio zmniejszenie kontraktu w zakładach szacuje się na 10-15%. Ponadto, należy pamiętać o systematycznym wzroście oczekiwań pacjentów wobec systemu zdrowotnego. Istotna dysproporcja między budżetem Narodowego Funduszu Zdrowia a potrzebami i oczekiwaniami świadczeniobiorców oraz świadczeniodawców stanowi przyczynę podstawowego konfliktu na rynku usług medycznych.

ZAKOŃCZENIE

Na całym świecie koszty świadczeń zdrowotnych rosną o wiele szybciej niż budżety państw, dlatego też większość krajów staje w obliczu konieczności zmian dotychczasowej polityki zdrowotnej. Zdrowie stało się towarem, pacjent – klientem, zakłady opieki zdrowotnej – świadczeniodawcami, a ich kierownictwo to coraz częściej przedsiębiorcy, którzy muszą odnaleźć się na tym rynku. Trendy te są ogólnosięwiatowe i wydają się nieodwracalne. Bezsporne jednak nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są za niskie. Z drugiej strony – bezsporne także jest, że potrzeby zdrowotne społeczeństwa są zawsze większe niż możliwości ich finansowania przez państwo. W styczniu 2010 r. został opublikowany raport pod nazwą „Europejski Wskaźnik Zdrowia Konsumenta”. Według tego raportu polski system zdrowotny uzyskał zaledwie 565 pkt (na 1000 możliwych) i został sklasyfikowany na 26. miejscu wśród 33 krajów europejskich. Najgorsze wyniki uzyskała Polska (co niewątpliwie koreluje z rzeczywistością) w dwóch obszarach (najistotniejszych zresztą dla pacjenta), tj. czasie oczekiwania na leczenie i wynikach leczenia. W tym pierwszym uzyskaliśmy zaledwie 107 pkt na 200 możliwych, a w tym drugim – 131 pkt na 250 możliwych. Według raportu główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest wysokość nakładów na ochronę zdrowia. Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce liczone w Parytecie Siły Nabywczej (a więc po uwzględnieniu wpływu siły nabywczej pieniędzy wydawanych na ochronę zdrowia) wynoszą zaledwie

³¹ § 36. załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

1000 \$ na mieszkańca. Niższe nakłady od nas na ochronę zdrowia spośród 33 badanych krajów mają tylko Albania, Rumunia i Bułgaria. Przeciętne wydatki na ten cel w Europie wynoszą 3000-4000 USD na mieszkańca, a więc są wyższe niż w Polsce 3-4razy.

W polskim systemie ochrony zdrowia zakłady opieki zdrowotnej zajmują kluczową pozycję, a bezpieczeństwo zdrowotne ludności zależy od ich prawidłowego funkcjonowania. Transformacja z końca lat 90. ubiegłego wieku modelu systemu zdrowotnego finansowanego w całości przez budżet państwa w model ubezpieczeniowy polegający m.in. na kontraktowaniu usług zdrowotnych stworzyła dla zakładów opieki zdrowotnej nowy typ rynku usług medycznych powodujący w szczególności rywalizację o dostęp do środków finansowych. Rozwój konkurencyjności między świadczeniodawcami medycznymi spowodował też „walkę” o klienta-pacjenta. Z mocy prawa każdemu ubezpieczonemu przysługuje opieka medyczna finansowana ze środków publicznych w postaci tzw. świadczeń gwarantowanych. W praktyce ubezpieczeni czekają po kilka miesięcy na wizytę u lekarza specjalisty lub kilka lat na operację (szczególnie okulistyczną, ortopedyczną). Jak pokazują ostatnie lata, pieniędzy z NFZ starczy szpitalom i przychodniom bez problemu często tylko na pierwsze półrocze roku kalendarzowego. Pacjent po wakacjach ma coraz mniejsze szanse na leczenie specjalistyczne w danym roku. Charakterystycznym zjawiskiem stają się coraz dłuższe kolejki do świadczeń. Niestety, w prawie każdym systemie zdrowotnym organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych łączy się z limitowaniem dostępu do opieki. Zazwyczaj cel ten jest osiągany poprzez stosowanie tzw. list oczekujących oraz za pomocą katalogu świadczeń gwarantowanych. Obydwie powyższe metody stosuje obecnie również polski ustawodawca, stąd też ubezpieczony ma prawo tylko do świadczeń gwarantowanych, a ich dostępność związana jest z czasem oczekiwania.

Zgodnie z art. 54. ustawy ZOZ SPZOZ może uzyskiwać środki finansowe m.in. z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy. Do powyższych umów należy przede wszystkim umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą (ZOZ) a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (zwana potocznie kontraktem). W praktyce najważniejszym źródłem uzyskiwania środków finansowych przez SPZOZ są środki publiczne z ubezpieczenia zdrowotnego. Również NZOZ może zawrzeć kontakt z NFZ, a środki pochodzące od publicznego płatnika mogą także być dla niepublicznego zakładu podstawowym źródłem dochodu. Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

Podstawowym dla zakładów opieki zdrowotnej problemem związanym z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych jest ich cena. Po pierwsze, powszechnie uważa się, iż część stawek jest niedoszacowana (w związku z czym ZOZ nie jest w stanie pokryć za otrzymaną kwotę kosztów procedury), chociaż zdarzają się również, z tym że rzadziej, procedury o zawyżonych stawkach. Po drugie, mimo cywilistycznego źródła zobowiązania (umowy) i teoretycznej możliwości negocjacji ceny świadczeniobiorca nie ma zasadniczo w praktyce takich możliwości i musi przyjąć stawki „narzucone” przez NFZ. Płatnik publiczny jest tylko jeden i tak naprawdę tylko on dyktuje warunki, co jest możliwe nawet w oderwaniu od rzeczywistości rynkowej (np. inflacji czy wzrostu cen mediów), a zakład opieki zdrowotnej musi się im podporządkować, jeżeli chce pozostać na rynku. Dyrektor ZOZ, zarządzając zakładem, zmuszony jest przez rzeczywistość polskiego systemu zdrowotnego balansować na granicy płynności finansowej organizacji i ograniczenia pacjentom dostępu do świadczeń. Niektórym zakładom mimo zbliżonych dla wszystkich niekorzystnych warunków otoczenia zewnętrznego udaje się jednak wzmacniać pozycję rynkową i generować zysk. Należy przyjąć, że będzie to w przeważającej mierze zasługa efektywnego i racjonalnego zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Nieudolne zarządzanie zwiększa niewątpliwie koszty działalności organizacji (m.in. są to koszty postępowań sądowych, niegospodarności i polityki personalnej). Przykładowo, problemem, z którym boryka się obecnie

większość budżetów zakładów opieki zdrowotnej, są koszty personalne wynoszące nawet do 90% kosztów funkcjonowania zakładu. Powyższy stan rzeczy związany jest m.in. z wysokimi wynagrodzeniami dla lekarzy.

W praktyce prawie każdy ZOZ udziela większą ilość świadczeń zdrowotnych, niż wynika to z kontraktu (limitu świadczeń ustalonych w umowie). Poważnym problemem praktycznym pozostają więc tzw. nadwykonania, za które NFZ nie chce płacić lub płaci okazjnie (jeżeli pozostaną mu środki na koniec roku), a generują one koszty funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej.

Jak pisze „Rzeczpospolita” z 2 kwietnia 2010 r., od początku roku wzrosła liczba kontroli NFZ. Urzędnicy Funduszu wykorzystują swoje uprawnienia i coraz chętniej kwestionują szpitalne wydatki na leczenie pacjentów. Kontrolerzy potrącają te kwoty z bieżących rozliczeń. Zdarza się, że kary za rzekome złamanie procedur idą w miliony złotych. Dążenie płatnika do wykrywania i eliminowania nieprawidłowości, ciągle doskonalenie narzędzi i metod nadzoru nad sposobem realizacji kontraktu powodują, że kontrole prowadzone przez NFZ stają się coraz bardziej szczegółowe i niekiedy bardzo dotkliwie dla badanej jednostki, ponieważ każda z nich może mieć negatywny wpływ na sytuację finansową tych placówek.

LITERATURA:

- Dercz M., *Samorząd w systemie ochrony zdrowia*, Municipium, Warszawa 2005.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, ABC – Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
- Mołęda S., *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Medicine Today Poland, Warszawa 2008
- Nowak-Kubiak J., Łukasik B., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, ABC, Warszawa 2007.
- Paszkowska M., *Podstawy prawne funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej*, „Jurysta” 2007, nr 11.
- Paszkowska M., *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse” 2006, nr 3.
- Raport Europejski Wskaźnik Zdrowia Konsumenta.
- Ochrona zdrowia i gospodarka*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, WZ UW, Warszawa 2008.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (DzU nr 273, poz. 2719).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (DzU z 2008 r., nr 3, poz. 10).
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU nr 81, poz.484).
- Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna*, red. K. Ryć, A. Sobczak (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027).