

*Ewa Kosycarz**

ELEMENTY NOWEGO ZARZĄDZANIA PUBLICZNEGO W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Wprowadzenie

Publiczny system ochrony zdrowia jest układem trudnym do zarządzania. Wynika to głównie z faktu, że występują w nim trzy strony: płatnik, świadczeniodawca i świadczeniobiorca, a płatnik i świadczeniobiorca niekoniecznie reprezentują ten sam interes.

W Polsce głównym płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Pomniejszymi płatnikami są jednostki samorządu terytorialnego i Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia pełni dodatkowo funkcję koordynującą i nadzorczą w stosunku do całego systemu. Zarówno jednostki samorządu terytorialnego, jak i Ministerstwo Zdrowia występują jako organy założycielskie podmiotów leczniczych.

Sytuację komplikuje nie tylko układ zależności pomiędzy stronami, ale również ograniczone środki finansowe przy nieograniczonych potrzebach świadczeniobiorców.

Stąd też zarządzanie środkami publicznymi w obszarze zdrowia jest niezmiernie trudne. Należy tak zarządzać systemem ochrony zdrowia, aby na każdym poziomie był on możliwie transparentny i efektywny, a tym samym umożliwiał racjonalne wydatkowanie środków publicznych.

Szukanie najlepszego rozwiązania dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia prowadzone jest nieustannie. Próby zreformowania tego obszaru działań sektora publicznego podjęto między innymi wraz z wprowadzaniem Nowego Zarządzania Publicznego (NPM – New Public Management), którego koncepcja pojawiła się na początku lat 90. XX w. Główne cechy NPM, różniące go od poprzedniego stylu zarządzania w sektorze publicznym to:

- wprowadzenie stylu zarządzania z sektora prywatnego,
- przekazanie władzy w organizacji specjalistom od zarządzania,
- orientacja na wyniki, w drugiej kolejności na procesy,

* Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne.

- wprowadzenie standardów działalności i systemów pomiaru wyników,
- decentralizacja dużych jednostek,
- wprowadzenie mechanizmu konkurencji,
- dyscyplina i kontrola kosztów,
- kontraktowanie usług,
- nacisk na zwiększenie efektywności, jakości i skuteczności.

Podstawowym elementem NPM w polskim systemie ochrony zdrowia było stworzenie NFZ¹ i wyodrębnienie dostawców usług medycznych, co miało między innymi zapewnić istnienie konkurencji pomiędzy placówkami medycznymi, która powinna skutkować podniesieniem skuteczności i efektywności gospodarowania środkami publicznymi.

W niniejszym artykule autorka skupiła się na dwóch innych elementach NPM, które w ostatnim dziesięcioleciu są wprowadzane w Polsce. Pierwszym z nich jest partnerstwo publiczno-prywatne (PPP), drugim pomiar dokonań w systemie ochrony zdrowia.

Partnerstwo publiczno-prywatne – sukcesy i porażki polskie oraz światowe

W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka modeli PPP w obszarze ochrony zdrowia:

- model franczyzowy – publiczna jednostka powierza prywatnemu podmiotowi zarządzanie istniejącym szpitalem,
- model DBFO (*design, build, finance, operate*) – prywatny partner projektuje, buduje, finansuje i zarządza szpitalem,
- model BOO (*build, own, operate*) – własność po stronie partnera prywatnego, wykorzystanie po stronie partnera publicznego,
- model BOOT (*build, own, operate, transfer*) – po okresie wykorzystania przez stronę publiczną szpital przechodzi w ręce partnera prywatnego,
- model BOLB (*build, own, lease back*) – partner prywatny buduje i oddaje szpital w leasing stronie publicznej².

W Polsce przykładów funkcjonowania PPP w ochronie zdrowia jest niewiele, ale wydaje się, że potencjał i szanse na rozwój są ogromne.

¹ Wcześniej Kas Chorych.

² A. Wąsowska, *Sektor prywatny w publicznym systemie ochrony zdrowia na przykładzie hiszpańskiego modelu Alzira*, w: *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna?, Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryc, A. Sobczak, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 32.

Pierwszym, i jak dotąd jedynym, w Polsce sfinalizowanym przykładem PPP w budowie i utrzymaniu szpitala jest jednostka w Żywcu³. Początki nawiązywania współpracy sektora publicznego (samorządu powiatowego) oraz partnera prywatnego sięgają roku 2009, kiedy to organ założycielski, jakim jest powiat⁴, podjął decyzję o skorzystaniu z formuły PPP przy budowie nowego szpitala i rozpiął konkurs. W długim procesie wyboru została wyłoniona firma InterHealth Canada Ltd z Toronto.

Przyczyna, dla której samorząd powiatowy skorzystał z tak innowacyjnego w Polsce rozwiązania, jest prosta: dotychczasowy szpital powiatowy mieści się w stuletnich budynkach i nie spełnia norm narzuconych takim placówkom przez Komisję Europejską⁵. Jest jedynym szpitalem w regionie, więc jego zamknięcie z punktu widzenia społecznego byłoby niedopuszczalne. Budowa nowego szpitala była nieodzowna, jednak powiatu nie było stać, aby udźwignąć koszt nowego ośrodka zdrowia szacowany na ok. 220 mln PLN⁶.

Starostwo powiatu, przystępując do budowy nowego szpitala w formule PPP postawiło warunki, m.in.:

- szpital będzie musiał zapewnić leczenie we wszystkich specjalnościach, jakie powinny być w szpitalu powiatowym w ramach kontraktu z NFZ, czyli dla pacjentów bezpłatnie⁷,
- starostwo będzie monitorowało jakość usług medycznych i efektywność działania placówki szpitalnej,
- w szpitalu będą prowadzone audyty zewnętrzne.

Dodatkowo nowy szpital ma posiadać: oddział ratunkowy z lądowiskiem dla helikopterów, pracownię z tomografem komputerowym i rezonansem magnetycznym. W szpitalu planuje się również uruchomienie centrum kompleksowej opieki *One-stop-shop*, czyli „wszystko pod jednym dachem”. Dzięki tej metodzie spora część przeprowadzanych badań, oceny stanu zdrowia, leczenia oraz wypisów wykonywana będzie podczas jednej wizyty⁸.

³ W Polsce występują przykłady współpracy w ochronie zdrowia w formule PPP w mniejszych projektach, np. pracownia diagnostyki obrazowej w Szpitalu Wojskowym w Szczecinie, gdzie partnerem niepublicznym jest spółka Nasz Doktor, <http://www.rynekzdrowia.pl/Inwestycje/Szczecin-oficjalne-otwarcie-diagnostyki-obrazowej-w-szpitalu-wojskowym,140871,3.html>, dostęp 26.03.2015. W tym wypadku partner prywatny buduje, finansuje i utrzymuje przez okres 30 lat szpital, przy czym szpital jest własnością strony publicznej.

⁴ §3 Statutu Zakładu, <http://bipzoz.zywiec.pl/>, data pobrania 28.03.2015.

⁵ Szpitale zobowiązane są spełniać te normy od 2016 r., jeśli nie będą ich spełniały, grozi im zamknięcie.

⁶ Na tyle wyceniany jest kontrakt z partnerem prywatnym InterHealth Canada Ltd z Toronto, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Partnerzy-z-Zywca-czyli-o-tym-jak-trudno-ruszy-z-szpitalnym-PPP,109163,14.html>, data pobrania 31.03.2015.

⁷ J. Miodoński, wicestarosta żywiecki – w wywiadzie dla www.rynekzdrowia.pl, *Żywiec: dziewięć firm chce inwestować w Szpital Powiatowy*.

⁸ *Żywiec: banki podpisały warunki finansowania budowy szpitala w formule PPP*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Inwestycje/Zywiec-Kanadyjczycy-wystapili-o-pozwolenie-na-budowe-szpitala,122013,3.html>, data pobrania 31.03.2015.

Firma InterHealth Canada szacuje, że dzięki tej inwestycji w powiecie przybędzie ok. 300 nowych miejsc zatrudnienia, a efektywność pracy szpitala wzrośnie dwukrotnie⁹. Umowa została zawarta na 30 lat. Poza świadczeniami finansowanymi w ramach umów z NFZ, dopuszcza się prowadzenie działalności komercyjnej.

Proces finalizacji umowy i rozpoczęcia prac budowlanych był bardzo długi. Finansowanie inwestor zdobył dopiero pod koniec 2014 r. Największym problemem okazało się właśnie zdobycie finansowania na tak długi okres, gdzie zabezpieczenie w postaci kontraktu z NFZ okazało się zdecydowanie za słabe, z uwagi na 3-letniość kontraktów ze szpitalami. Obecnie jednak sprawa wygląda obiecująco i na wiosnę 2015 r. planowane są roboty budowlane¹⁰.

Jednostek samorządu terytorialnego, które chciałyby skorzystać z formuły PPP w budowie szpitali jest w Polsce znacznie więcej. Brak jednak więcej przykładów. Powodem są: ograniczone możliwości finansowe podmiotów publicznych, kłopoty z finansowaniem ze strony instytucji finansowych, które wysoko oceniają ryzyko, przy braku długoterminowych kontraktów z NFZ, oraz, póki co, podejrzliwe podchodzenie do współpracy na styku sfera publiczna i prywatna przez jednostki sektora publicznego.

Niewykluczone, że przykład szpitala w Żywcu zmieni sytuację. Inwestor pozyskał finansowanie i dodatkowo, co niezmiernie istotne, NIK bardzo dobrze ocenił projekt PPP w Żywcu, nie zgłaszając żadnych uwag pokontrolnych¹¹.

Doświadczenia światowe pokazują, że współpraca przy dostarczaniu usług szpitalnych oparta na formule PPP może być bardzo owocna, ale źle przygotowana może okazać się porażką.

Przykładem sukcesu w tym obszarze jest szpital w Alzira w Walencji (Hiszpania). Tutaj, podobnie jak w Żywcu, koncesję na budowę szpitala otrzymał podmiot prywatny, który miał się zajmować przez okres 10 lat dostarczaniem usług medycznych (prowadzeniem szpitala). Podobnie jak w polskim przykładzie, za usługi medyczne szpital otrzymuje wynagrodzenie ze środków publicznych (w Polsce z NFZ, w Hiszpanii od rządu Walencji – jednak forma kontraktu jest całkowicie inna¹²), po okresie umowy na zarządzanie szpitalem ośrodek medyczny przechodzi w ręce jednostki publicznej. W obu wypadkach zagwarantowana jest również kontrola jakości

⁹ Wywiady z firmą prowadzone w latach 2010–2014 przez www.rynekzdrowia.pl

¹⁰ Została już wyłoniona firma budowlana: polski oddział Aldesa Construcciones, hiszpańskiej firmy budowlanej i deweloperskiej, www.rynekzdrowia.pl

¹¹ Żywiec: NIK pozytywnie ocenia przygotowanie do budowy szpitala w formule PPP, <http://www.rynekzdrowia.pl/Inwestycje/Zywiec-NIK-pozytywnie-ocenia-przygotowanie-do-budowy-szpitala-w-formule-PPP,123909,3.html>, data pobrania 31.03.2014.

¹² Zob. A. Wąsowska, op.cit., s. 35.

i efektywności ze strony sektora publicznego, potwierdzona audytem zewnętrznym. Szpital w Alzira funkcjonuje bardzo dobrze, cechuje go:

- szersza gama usług niż w innych podobnych pod względem wielkości jednostkach medycznych,
- dbałość o komfort pacjenta (bardzo dobre warunki pobytu),
- innowacje w części medycznej, jak i zarządczej,
- bardzo dobre zarządzanie czasem – lepsze wykorzystanie sal operacyjnych, skrócenie czasu oczekiwania na zabieg, krótsze czasy hospitalizacji.

Duże analogie w modelu PPP zastosowanym w Żywcu i Alzira dają nadzieję, że polski projekt będzie funkcjonował równie dobrze jak hiszpański¹³.

Negatywnym przykładem PPP jest projekt szpitala Norfolk and Norwich University Hospital (NNUH). Z opinii zebranych na stronach internetowych można odnieść wrażenie, że usługi medyczne i infrastruktura są na wysokim poziomie, ale koszt ich dostarczania w formule PPP jest zdecydowanie za wysoki. Szczegółową analizę kosztów funkcjonowania szpitala NNUH i ponadprzeciętnego zysku partnera prywatnego przedstawił C. Edwards z University of East Anglia¹⁴.

Projekty PPP w obszarze zdrowia w Wielkiej Brytanii oceniane są różnie¹⁵, jednak ich skala jest bardzo duża, stąd też można znaleźć projekty, które zostały źle poprowadzone – szczególnie na początku okresu implementacji PPP. W Wielkiej Brytanii projekty PPP w ochronie zdrowia są już realizowane od ponad 25 lat. W 2013 r., jak podaje Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii, było prowadzonych ponad 130 projektów w formule PPP w ochronie zdrowia¹⁶.

Chociaż najciekawsze, ze względu na wartość i czas trwania, są projekty PPP związane z budową i zarządzaniem szpitalem, to nie należy zapominać o drobniejszych wspólnych inicjatywach sektora prywatnego i publicznego. Przykładem polskim może być pracownia diagnostyki obrazowej w Szpitalu Wojskowym w Szczecinie.

¹³ Obserwowana jest różnica w kontraktowaniu świadczeń z publicznym płatnikiem, która może odegrać rolę w zarządzaniu szpitalem. Dodatkowo w wypadku hiszpańskiego szpitala, liczba potencjalnych pacjentów jest też zdecydowanie wyższa niż w powiecie żywieckim; w Polsce 150 tys., w Hiszpanii 230 tys. – jest to liczebność regionów, dla których funkcjonują szpitale. Jednak zarówno w polskim, jak i hiszpańskim wypadku nie obowiązuje rejonizacja.

¹⁴ Zob. C. Edwards, *Private Gain and Public Loss; the Private Finance Initiative (PFI) and the Norfolk and Norwich University Hospital (NNUH); a Case Study*, https://www.uea.ac.uk/polopoly_fs/1.116274!Private%20Gain%20and%20Public%20Loss%20-%20June%202009.pdf, data pobrania 31.03.2015.

¹⁵ K. Wąsowski, *Doświadczenia w zakresie dostosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii*, w: *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna?*, op.cit., s. 41–48.; C. Edwards, op.cit.

¹⁶ *Public Private Partnerships*, 7, Department of Health, UK https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf, data pobrania 31.03.2015.

Partnerstwo publiczno-prywatne może też obejmować pewne usługi dostarczane szpitalom, przykładami w tym obszarze mogą być następujące projekty:

- budowa i obsługa centrum energetycznego dla zespołu szpitalnego w mieście Ales (Francja) – okres umowy 20 lat,
- pralnia międzyszpitalna (Francja) – pranie bielizny z pięciu szpitali: Gonesse, Argenteuil, Beaumont sur Oise, Eaubonne-Montmorency, Tawerny – wydajność 16 t dziennie – okres umowy 27,5 roku¹⁷.

Analizując przytoczone przykłady PPP w ochronie zdrowia, należy optymistycznie spoglądać na możliwości wykorzystania tej formuły finansowania i zarządzania w polskim systemie ochrony zdrowia. Wiąże się z nią nadzieja na obniżenie kosztów dostarczania usług medycznych, podniesienie jakości tych usług i odciążenie w krótkim okresie jednostek sektora publicznego, odpowiedzialnych za dostarczanie usług. Należy wnikliwie przyjrzeć się doświadczeniom projektów, które nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, aby nie powielać błędów i mieć na uwadze uwarunkowania panujące w Polsce, które mogą mieć wpływ na implementację wzorowych zagranicznych modeli.

System oceny dokonań

Nowe Zarządzanie Publiczne (NPM) przywiązuje bardzo dużą wagę do systemu oceny dokonań z uwagi na reprezentowany przez NPM sposób podejścia do zarządzania: orientację na wyniki/realizację celów. Definicji i koncepcji oceny dokonań jednostek sektora finansów publicznych jest kilka, różnią się w zależności od celu wykorzystania¹⁸.

W wypadku systemu ochrony zdrowia istnieją różne poziomy oceny dokonań – na potrzeby kierującego podmiotem leczniczym, na potrzeby organu tworzącego, na potrzeby płatnika NFZ, z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia i dysponentów budżetu państwa.

Ocena dokonań na poziomie szpitala powinna być realizowana na potrzeby kierownika jednostki – w celu sprawnego nią zarządzania. Informacje przetwarzane na tym poziomie dotyczą tak naprawdę wszystkich aspektów działania podmiotu leczniczego jako przedsiębiorstwa. Organ tworzący podmiot leczniczy (w wypadku

¹⁷ Materiały konferencyjne z konferencji *Partnerstwo publiczno-prywatne – czas na współpracę. Francuskie i polskie doświadczenia na rynkach europejskich*, Warszawa 25–26.11.2008.

¹⁸ Zob. T. Strąk, *Modele dokonań jednostek sektora finansów publicznych*, Difin 2012, s. 90–113.

szpitali zazwyczaj jednostka samorządu terytorialnego, która jest odpowiedzialna za dostarczanie świadczeń medycznych na swoim terenie¹⁹) powinien być zainteresowany zarówno danymi o jakości i dostępności świadczeń medycznych, jak też gospodarką finansową. Jak pokazują badania zespołu z Katedry Rachunku Kosztów Uniwersytetu Szczecińskiego, organy tworzące są głównie skupione na kwestiach finansowych szpitali²⁰.

NFZ otrzymuje od podmiotów, z którymi ma podpisane umowy, niezmiernie dużo szczegółowych informacji, począwszy od charakterystyki sprzętu na oddziałach szpitalnych, personelu i jego dostępności w placówce (z dokładnością co do godzin), po informacje o pacjentach i otrzymanych przez nich świadczeniach medycznych. NFZ wszystkie posiadane informacje przetwarza m.in. w celu rozliczenia podpisanych umów. Fundusz nie pozyskuje jednak informacji o koszcie wytworzenia świadczenia po stronie świadczeniodawcy, stąd też ciężko mu oceniać rzeczywistą efektywność podejmowanych działań medycznych. Rozbieżności w wycenie świadczeń przez NFZ i podmioty lecznicze prowadzą do napięć i konfliktów, szczególnie w okresie odnawiania umów.

Ogromną potrzebę pozyskiwania danych zgłasza również Ministerstwo Zdrowia, gdzie analizowane jest wiele aspektów ochrony zdrowia obywateli polskich, jak też obcokrajowców przebywających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

W dalszej części niniejszego rozdziału autorka skupia się na ocenie mierników dokonań, jaka jest prowadzona na użytek budżetu państwa, gdzie ewaluacji podlegają wysiłki wszystkich instytucji działających w ochronie zdrowia, finansowanych z budżetu państwa. Z uwagi na to, że główne środki publiczne finansujące ochronę zdrowia pochodzą z NFZ (na rok 2015 NFZ planuje wydać 65,4 mld PLN na świadczenia medyczne), można mniemać, że budżet uwzględni informacje z dokonań NFZ. Jednak jest to mylne nastawienie, bo w budżecie są zamieszczane dokonania tylko jednostek finansowanych z budżetu państwa, a NFZ jest funduszem finansowanym głównie składkami na ubezpieczenie zdrowotne.

Stąd też, analizując funkcję 20. *Zdrowie* budżetu państwa należy pamiętać, że alokowane są tam wydatki związane ze zdrowiem, ale dysponentów części budżetowych:

¹⁹ Do dnia 31.03.2015 r. uważano, że na podstawie ustawy o samorządzie powiatowym, to powiaty są odpowiedzialne za prowadzenie szpitali. W dniu 1.04.2015 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie, opierając się na ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przyznał, że powiat nie jest odpowiedzialny za udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – nie ma jeszcze pisemnego uzasadnienia (wyrok nie jest prawomocny) – informacja pochodzi z R. Rotaub, *Zwrot w orzecznictwie. Według sądu prowadzenie szpitala nie jest zadaniem powiatu*, 1.04.2015, www.rynekzdrowia.pl

²⁰ Zob. *Koncepcja Sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, red. M. Hass-Symotiuik, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2011, s. 71–111.

29, 37, 38, 42, 46, 72, 73, 85. Wydatki te stanowią mniej niż 11,1% wydatków na zdrowie²¹. Tabela 1 zawiera informacje, które zadania z funkcji 20. *Zdrowie*, realizowane są przez odpowiednich dysponentów.

Tabela 1. Zadania funkcji 20. *Zdrowie* z projektu budżetu państwa na rok 2015

Nr zadania	Nazwa zadania	Główne jednostki realizujące zadanie	Kwota wydatków planowana na 2015
			(w mld PLN)
20.1. W	Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej	• KRUS • MS • MON • MSW MZ • MNiSW • ZUS • Wojewodowie • AOTM • FUS	5,11
20.2. W	Ratownictwo medyczne	• MZ • MSW • Wojewodowie	1,96
20.3. W	Polityka lekowa	• MZ • Wojewodowie • AOTM	0,10
20.4. W	Wspieranie rozwoju i restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia	• MON • MZ • MSW • Wojewodowie	0,79
20.5. W	Nadzór sanitarno-epidemiologiczny, profilaktyka i promocja zdrowia	• MSW • MZ • Wojewodowie, • Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, • Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie	1,20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Aneksu tabelarycznego 2 do projektu budżetu państwa na 2015 r. w układzie zadaniowym, www.mf.gov.pl

W funkcji 20. *Zdrowie* zostało wyodrębnionych pięć zadań, przy czym pierwsze jest najobszerniejsze pod względem liczby dysponentów (8) i tym samym liczby jednostek realizujących (10).

Analizując cele i mierniki z budżetu na rok 2015, obserwuje się znaczną poprawę przygotowania jednostek publicznych do stosowania oceny dokonań. Jeszcze kilka lat temu często występowały mierniki nieadekwatne do postawionych celów; mierniki, na których wartość dysponent miał niewielki wpływ. Największe problemy w latach ubiegłych mieli wojewodowie – dla których nie ujednolicono algorytmów mierników, stąd też bardzo często Ministerstwo Finansów nie publikowało w projekcie ani w sprawozdaniu z wykonania budżetu wartości mierników dla zadań realizowanych przez wojewodów²².

²¹ 11% zostało wyliczone, jeśli w puli całkowitych wydatków zostaną uwzględnione: wydatki budżetu państwa, wydatki NFZ na świadczenia i administrację, koszty bieżące samorządów ponoszone na spłatę przejętych zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przekształconego na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej. Nie są uwzględnione inne wydatki samorządów związane z prowadzeniem podmiotów medycznych.

²² *Budżetowanie zadaniowe w kontekście sanacji finansów publicznych w krajach Unii Europejskiej*, red. P. Albiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012, s. 182–186.

Tabela 2. Cele i mierniki funkcji 20. *Zdrowie* w projekcie budżetu na 2015 r. w układzie zadaniowym

Nr zadania	Nazwa zadania	Cel	Miernik	Część bud.	Odniesienie do oceny miernika
20.1. W	Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej	Zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa	Relacja personelu medycznego do całości personelu (w %)	29	A
			Odsetek osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w okresie sprawozdawczym, w łącznej liczbie osób, wobec których istnieje obowiązek opłacenia składki z budżetu państwa (w %)	37	B
			Procent refundacji składek na ubezpieczenie zdrowotne dla studentów i doktorantów opłaconych przez uczelnie oraz jednostki organizacyjne prowadzące studia doktoranckie	38	C
			Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki resortowej służby zdrowia w stosunku do liczby osób oczekujących (w %)	42	D
			Liczba wykonywanych świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa na 1 mln mieszkańców (w szt.)	46	E
			Przeciętny półroczny wskaźnik będący stosunkiem przeciętnej półrocznej liczby rolników i domowników, za których składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa do przeciętnej półrocznej liczby rolników i domowników zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego w KRUS (w %)	72	F
			Przeciętna miesięczna liczba osób uprawnionych, za które składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowane są z budżetu państwa (w tys. osób)	73	G
			Stosunek liczby mieszkańców województwa do liczby podmiotów świadczących usługi zdrowotne (w os.)	85	H
20.2. W	Ratownictwo medyczne	Zapewnienie dostępności do świadczeń ratowniczych	Średni czas dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia (w min)	42	I
			Stopień realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego obejmujący zakres czasowy, terytorialny i organizacyjny (w %)	46	J
			Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w województwie (w min)	85	K

Nr zadania	Nazwa zadania	Cel	Miernik	Część bud.	Odniesienie do oceny miernika
20.3. W	Polityka lekowa	Zapewnienie właściwego dostępu do bezpiecznych, odpowiedniej jakości i skuteczności produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz produktów biobójczych	Liczba przeprowadzonych postępowań w zakresie produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych w stosunku do liczby zgłoszonych wniosków (w szt.)	46	L
			Stosunek liczby skontrolowanych hurtowni, aptek, punktów aptecznych oraz placówek obrotu pozaaptecznego do liczby placówek podlegających kontroli (w %)	85	M
20.4. W	Wspieranie rozwoju i restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia	Poprawa jakości i efektywności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia	Liczba podmiotów leczniczych MON spełniających wymagania określone przez Ministra Zdrowia w stosunku do liczby wszystkich podmiotów leczniczych MON (w %)	29	N
			Poziom dostosowania SPZOZ MSW do przepisów obowiązujących w sektorze ochrony zdrowia (w %)	42	O
			Powierzchnia uzyskana w ramach inwestycji służąca poprawie efektywności i jakości świadczeń zdrowotnych (w m ²)	46	P
		Poprawa dostępności usług medycznych i warunków ich świadczenia	Liczba nowych łóżek na 10 tys. mieszkańców województwa (w szt.)	85	Q
20.5. W	Nadzór sanitarno-epidemiologiczny, profilaktyka i promocja zdrowia	Przeciwdziałanie szerezeniu się chorób zakaźnych	Liczba kontroli stwierdzających uchybienia w przestrzeganiu standardów sanitarno-epidemiologicznych w stosunku do wszystkich przeprowadzonych kontroli (w %)	42	R
			Liczba zużytych szczepionek w stosunku do zapotrzebowania (w %)	46	S
		Zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego w województwie	Stosunek liczby podjętych przedsięwzięć zapewniających bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne do liczby mieszkańców (w szt.)	85	T

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Aneksu tabelarycznego 1 do projektu budżetu państwa na 2015 r. w układzie zadaniowym, www.mf.gov.pl, s. 41–43.

Do projektu budżetu na rok 2015 można mieć zalecenia modyfikacji do zaledwie kilku mierników, w tym:

A – *Relacja personelu medycznego do całości personelu (w %)* – jest to miernik do realizacji celu: *Zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa*. Stosowany przez dysponenta części 29, czyli MON. Wydaje się, że wspomniana relacja będzie raczej wpływała na jakość polityki kadrowej, przekładającej się na efektywność działania placówek medycznych. Oczywiście pośrednio wpływa to na dostępność świadczeń – ale bez dodatkowych danych trudno ocenić samą dostępność świadczeń.

P – *Powierzchnia uzyskana w ramach inwestycji służąca poprawie efektywności i jakości świadczeń zdrowotnych (w m²)* – jest to miernik do realizacji celu: *Poprawa jakości i efektywności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia* – jest to miernik produktu, który na poziomie zadania nie informuje odbiorcy, jak dodatkowe m² przełożyły się na zwiększenie jakości i efektywności. Wydaje się, że mierniki stosowane przez pozostałych dysponentów w tym zadaniu są zdecydowanie lepsze.

Do mierników, które można by doprecyzować lub zmienić, można dodać mierniki oznaczone w tabeli 2 literami R i T. W pierwszym wypadku wartość miernika w dużej części nie zależy od dysponenta. W drugim, zazwyczaj ciężko zdefiniować przedsięwzięcie²³ – a definicja będzie miała duży wpływ na ocenę dokonań.

Budżet zadaniowy państwa jest przygotowywany w obecnym funkcyjnym układzie od 2009 r. Przez cały ten okres ulegał dużym modyfikacjom, zmierzającym do uproszczenia prezentacji informacji o wydatkach i uzyskanych wynikach. Zdaniem autorki artykułu, w funkcji 20. *Zdrowie* w dużej części uzyskano zamierzony cel.

Z uwagi na mnogość jednostek publicznych odpowiedzialnych za system ochrony zdrowia, warto zintegrować system pomiaru dokonań. Próby usystematyzowania i ujednolicenia są podejmowane²⁴.

Podsumowanie

System ochrony zdrowia jest przykładem działania instytucji państwowych, gdzie w wielu obszarach wdrażane są rozwiązania promowane przez Nowe Zarządzanie Publiczne.

²³ Zazwyczaj są bardzo zróżnicowane pod względem czasochłonności, kosztochłonności, globalności/lokalności.

²⁴ *Koncepcja sprawozdawczości szpitali...*, op.cit., s. 215–273.

Niektóre z tych rozwiązań dopiero pojawiają się w Polsce (jak PPP), inne zdążyły już doczekać się wypracowanych narzędzi (budżet państwa w układzie zadaniowym). Kolejnym pytaniem, na które należałoby odpowiedzieć, jest ocena efektywności wprowadzanych rozwiązań. Czy budżet w układzie zadaniowym zwiększył transparentność budżetu? Czy zwiększył efektywność wydatkowania środków? Czy PPP zwiększy, tak jak jest planowane, efektywność szpitali?

Oprócz omówionych w artykule instrumentów wykorzystywanych w zarządzaniu w sektorze publicznym według NPM, obserwuje się wdrażanie innych narzędzi w systemie ochrony zdrowia, np.:

- benchmarkingu szpitali – przykład: projekt *Portrety szpitali – mapy możliwości*²⁵,
- wyceny świadczeń medycznych²⁶,
- komercjalizacji publicznych ośrodków zdrowia i/lub pewnych ponadstandardowych usług.

Nie jest sukcesem samo zastosowanie jakiegoś narzędzia NPM, tylko jego prawidłowa implementacja. Doświadczenia Polski i innych państw pokazują, że samo rozwiązanie w zależności od warunków, w jakich się je stosuje może być bardzo dobre albo nie przynieść zakładanego efektu.

Bibliografia

- Budżetowanie zadaniowe w kontekście sanacji finansów publicznych w krajach Unii Europejskiej*, red. P. Albiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012.
- Edwards C., *Private Gain and Public Loss; the Private Finance Initiative (PFI) and the Norfolk and Norwich University Hospital (NNUH); a Case Study*, https://www.uea.ac.uk/policy_fs/1.116274!Private%20Gain%20and%20Public%20Loss%20-%20June%202009.pdf, dostęp 31.03.2015.
- Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, red. M. Hass-Symotiuk, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2011.
- Koszty w opiece zdrowotnej*, red. G.K. Świdarska, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.
- Partnerstwo Publiczno-Prywatne – czas na współpracę. Francuskie i polskie doświadczenia na rynkach europejskich*, konferencja, Warszawa 25–26.11.2008.

²⁵ Projekt realizowany jest w ramach Priorytetu V Dobre rządzenie, Działanie 5.6, Projekty Innowacyjne, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007–2013 na podstawie umowy UDA – POKL.05.02.01–00–115/10–00 zawartej z Ministerstwem Administracji i Cyfryzacji, <http://www.portretyszpitali.pl/nowa/index.php/projekt/zaoenia-projektu>²

²⁶ *Koszty w opiece zdrowotnej*, red. G.K. Świdarska, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.

Public Private Partnerships, Department of Health, UK https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf, dostęp 31.03.2015.

Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie, red. A. Sobczak, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.

Strąk T., *Modele dokonai jednostek sektora finansów publicznych*, Difin, Warszawa 2012.

New Public Management in Public Health System in Poland

The paper analyzes two elements of New Public Management introduced in the Polish public health system: public – private partnership and evaluation of performance.

Keywords: New Public Management, public – private partnership, evaluation of performance

La nouvelle gestion publique dans le système de santé en Pologne

L'article analyse deux éléments de la nouvelle gestion publique introduits dans le système de santé polonaise: le partenariat public-privé et l'évaluation de la performance.

Mots-clés: la nouvelle gestion publique, le partenariat public-privé, l'évaluation de la performance

Новый государственный менеджмент в системе здравоохранения в Польше

В статье анализу подвергаются два элемента нового государственного менеджмента, использованные в польской системе здравоохранения: государственно-частное партнерство и оценка производительности.

Ключевые слова: новый государственный менеджмент, государственно-частное партнерство, оценка производительности

