

Agnieszka Bem

Praktyka lekarska jako mikroprzedsiębiorstwo

Ekonomiczne Problemy Usług nr 63, 13-22

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

AGNIESZKA BEM

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

PRAKTYKA LEKARSKA JAKO MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO

Wprowadzenie

Rozwój rynku usług zdrowotnych, w szczególności sektora prywatnego, powoduje coraz większe zainteresowanie lekarzy prowadzeniem prywatnej praktyki nie tylko jako źródła dodatkowych dochodów, ale także jako podstawowej formy wykonywania zawodu.

Celem artykułu jest przedstawienie praktyki lekarskiej jako mikroprzedsiębiorstwa – poprzez określenie form prawnych wykonywania działalności, form opodatkowania i źródeł finansowania.

1. Typy praktyk lekarskich i wymagania rejestracyjne

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ definiuje świadczeniodawcę między innymi jako:

- zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) wykonujący statutowe działania,
- grupową praktykę lekarską,
- grupową praktykę pielęgniarek lub położnych,
- osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,
- inną osobę fizyczną, która uzyskała prawo do wykonywania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm.

Praktykę lekarską (zarówno indywidualną, jak i grupową) mogą prowadzić wyłącznie osoby wykonujące zawody medyczne, a więc lekarze (w tym lekarze dentyści), pielęgniarki i położne. Osoby wykonujące inne zawody medyczne mają możliwość świadczenia usług bądź na bazie umów cywilnoprawnych (średni personel medyczny), bądź w formie działalności gospodarczej (na przykład fizjoterapeuta, psycholog).

Prywatna praktyka lekarska może być prowadzona przez lekarzy i lekarzy dentyistów w następujących formach:

- indywidualna praktyka lekarska,
- indywidualna praktyka lekarska wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania,
- grupowa praktyka lekarska.

Prowadzenie praktyki lekarskiej jest zawsze związane z rejestracją działalności gospodarczej (w świetle prawa posiadanie praktyki nie jest prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej – ZOZ). W przypadku praktyk grupowych dopuszczalna jest forma spółki cywilnej lub spółki partnerskiej.

Zgodnie z Ustawą o zawodzie lekarza i dentyisty² rozpoczęcie działalności przez prywatną praktykę wiąże się ze spełnieniem określonych wymagań. Można je podzielić na grupy:

- formalne,
- dotyczące kwalifikacji,
- dotyczące infrastruktury.

Podstawowym wymogiem formalnym jest uzyskanie wpisu do odpowiedniego rejestru praktyk (w zależności od typu praktyki). Warunkiem wpisu do rejestru jest wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego oraz uzyskanie wpisu do rejestru praktyk, przy czym wymagane jest spełnienie wszystkich wymienionych poniżej wymogów dotyczących kwalifikacji i infrastruktury.

Podstawowym wymogiem w zakresie kwalifikacji jest posiadanie prawa wykonywania zawodu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (w wyniku odbycia stażu podyplomowego i zdania Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub uznania kwalifikacji uzyskanych za granicą), co wiąże się z wpisem na listę członków izby lekarskiej i do rejestru okręgowej izby lekarskiej. W przypadku praktyki specjalistycznej konieczne jest posiadanie specjalizacji I lub II stopnia.

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, DzU 1997, nr 28, poz. 152, z późn. zm.

Kolejnym warunkiem jest potwierdzenie prawa do dysponowania pomieszczeniem wyposażonym we wskazane w przepisach³ produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny (w zależności od rodzaju prowadzonej działalności). Wyjątkiem jest prowadzenie praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania, w tym przypadku lekarz jest obowiązany zapewnić miejsce przechowywania dokumentacji medycznej (może to być miejsce zamieszkania).

2. Opodatkowanie praktyk lekarskich

Przychody związane z prowadzeniem praktyk lekarskich mogą być opodatkowane w formie:

- karty podatkowej,
- ryczałtu ewidencjonowanego,
- opodatkowania na zasadach ogólnych.

Opodatkowanie w formie karty podatkowej, zgodnie z Ustawą z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne⁴, jest dopuszczalne dla osób świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia wykonujących wolne zawody, a więc lekarzy, lekarzy dentyistów, lekarzy weterynarii, techników dentystrycznych, felczerów, położne, pielęgniarki, pod warunkiem że nie świadczą usług na rzecz osób prawnych, jednostek organizacyjnych bez osobowości prawnej lub osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą (w zakresie tej działalności) oraz że wykonują działalność osobiście, a więc bez możliwości zatrudnienia osób wykonujących czynności stanowiące istotę zawodu.

Opodatkowanie na zasadzie karty podatkowej może mieć wiele zalet z punktu widzenia praktykującego lekarza – przede wszystkim w związku z brakiem obowiązku prowadzenia ksiąg handlowych wysokość zobowiązania podatkowego ustalana jest na podstawie deklarowanej liczby godzin wykonywania praktyki. Tym samym forma ta nie umożliwia odliczania kosztów prowadzenia działalności, w związku z tym nie powinna być wybierana przez lekarzy prowadzących praktykę w dużym wymiarze czasu, zwłaszcza gdy koszty utrzymania gabinetu (lub dojazdów do pacjenta) są wysokie.

Kolejną formą opodatkowania, którą mogą wybrać praktykujący lekarze, jest ryczałt ewidencjonowany, który może mieć zastosowanie w przypadku praktyk indywidualnych i prowadzonych w formie spółek cywilnych. Za zaletę można uznać prostotę rozliczeń – jednak stawka w wysokości 20% przychodu przewidzia-

³ *Ibidem.*

⁴ Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, DzU 1998, nr 144, poz. 930.

na dla wolnych zawodów sprawia, że ta forma jest zdecydowanie mniej korzystna niż inne dostępne formy.

Tabela 1

Stawki karty podatkowej dla zawodów medycznych

Rodzaj wykonywanego zawodu	Liczba godzin na wykonywanie zawodu	Stawka [zł za godz.]
lekarz i lekarz dentysta	do 48	11,10
	48-96	532,80 + 14,90 zł za godz. ponad 48
	powyżej 96	1248
felczer		3,30
technik dentystryczny	do 24	9,80
	24-96	235 + 12,80 za godz. ponad 24
	powyżej 96	1156,80
pielęgniarka, położna		1,30

Źródło: Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. ...

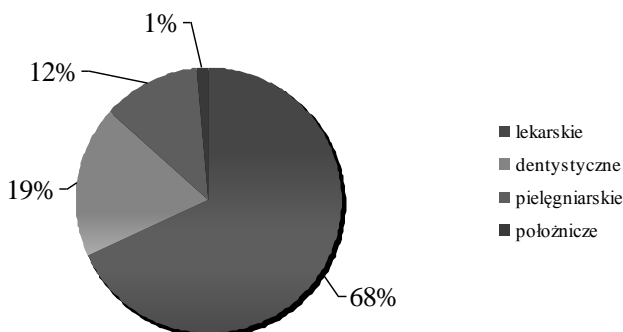
Indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, niezależnie od formy prawnej, mogą być opodatkowane na zasadach ogólnych podatkiem dochodowym od osób fizycznych (jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka cywilna, spółka partnerska). Opodatkowanie na zasadach ogólnych nakłada na podatników obowiązek prowadzenia ewidencji księgowej, jednak umożliwia:

- pomniejszenie podstawy opodatkowania o koszty uzyskania przychodu; dzięki uwzględnieniu kosztów uzyskania przychodu w przypadku praktyki lekarskiej (koszty gabinetu, telefonu, dojazdów do pacjentów) możliwe jest znaczne zmniejszenie ciężarów podatkowych w stosunku do opodatkowania ryczałtem ewidencjonowanym,
- skorzystanie z ulg i odliczeń,
- obniżenie zobowiązania podatkowego z innych źródeł (umowa o pracę) w przypadku straty z prowadzonej działalności.

Osoby prowadzące praktyki lekarskie mogą również skorzystać z preferencyjnego opodatkowania podatkiem liniowym 19%, pod warunkiem jednak że świadczą usługi na rzecz obecnego lub swojego byłego pracodawcy (umowa o pracę). Dotyczy to usług tego samego rodzaju i wyłącznie na rzecz pracodawcy, a więc w praktyce nie ogranicza lekarzom swobody zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. W przypadku spółki cywilnej lub partnerskiej wszyscy współnicy muszą spełnić powyższy warunek.

3. Praktyki lekarskie w Polsce

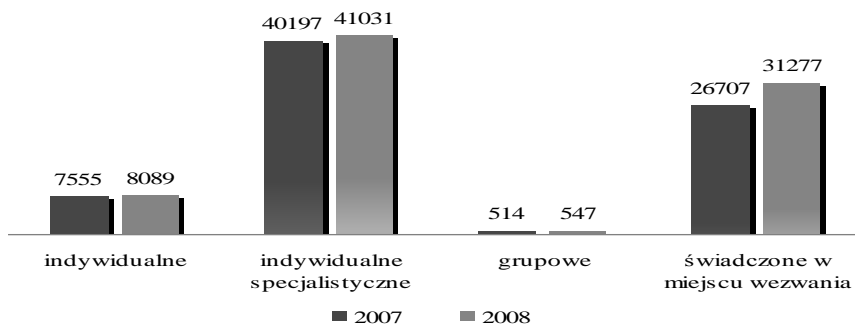
Wśród prywatnych praktyk zarejestrowanych w Polsce w 2008 roku zdecydowanie dominują praktyki lekarskie, stanowiące 68% wszystkich zarejestrowanych praktyk – są to zarówno praktyki indywidualne lekarskie, jak i praktyki grupowe oraz świadczone w miejscu wezwania (w tym specjalistyczne). Na drugim miejscu znajdują się praktyki stomatologiczne – 19%. Praktyki położnych stanowią margines w tej strukturze (rysunek 1).



Rys. 1. Struktura zarejestrowanych praktyk w Polsce

Źródło: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, GUS, Warszawa 2009.

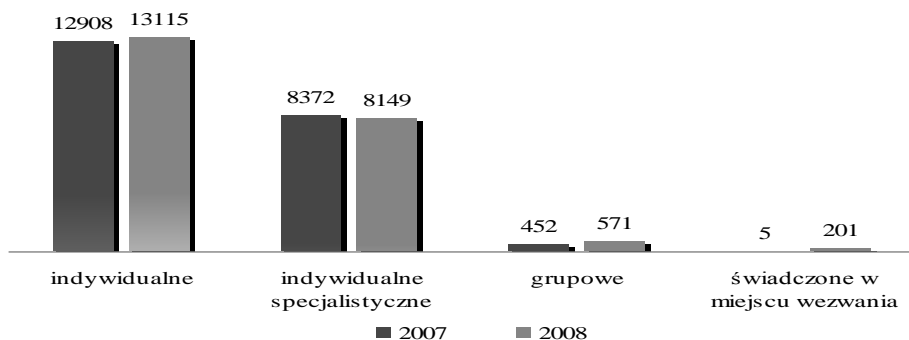
Z roku na rok obserwuje się systematyczny wzrost liczby zarejestrowanych praktyk lekarskich i dentystycznych. Wśród praktyk lekarskich zdecydowanie dominują praktyki specjalistyczne i świadczone w miejscu wezwania – w ostatnich latach liczba tych ostatnich rośnie zdecydowanie najszybciej (rysunek 2), co wiąże się z minimalnymi nakładami niezbędnymi do uruchomienia tego typu przedsiębiorstwa. Praktyki lekarskie niespecjalistyczne to przede wszystkim praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – w związku z systemem wynagradzania i związanymi z nią obowiązkami zainteresowanie tego typu działalnością jest zdecydowanie niższe.



Rys. 2. Praktyki lekarskie w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2009; *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2008.

W przypadku praktyk dentystycznych obserwujemy odmienną strukturę – zdecydowanie dominują praktyki indywidualne (59,5%), które łącznie z indywidualnymi praktykami specjalistycznymi tworzą 96,4% przedsiębiorstw. Ze względu na specyfikę zawodu praktyki w miejscu wezwania stanowią zaledwie 0,9% (rysunek 3).



Rys. 3. Praktyki dentystyczne w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Biuletyn Statystyczny 2009...*; *Biuletyn Statystyczny 2008...*

4. Źródła finansowania praktyk lekarskich i metody wynagradzania praktykujących lekarzy

W przypadku praktyk lekarskich stosowane są dwa typy wynagradzania:

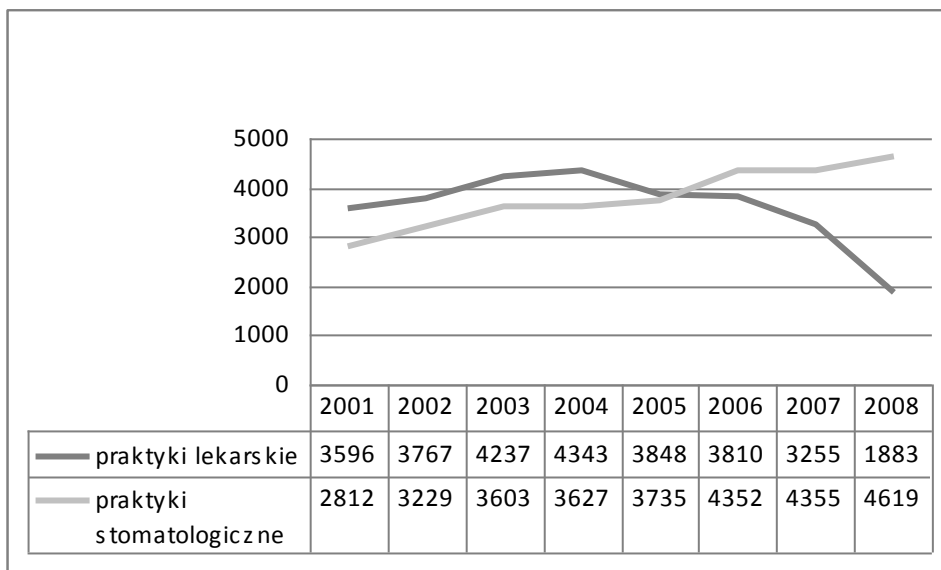
- kapitacja (*capitation*),
- płatność za wykonaną usługę (*fee for service – FFS*).

Wynagrodzenie w formie kapitacji oznacza jednolitą stawkę za każdego pacjenta zarejestrowanego w danej praktyce. Ogólna wielkość środków jest funkcją stawki i liczby pacjentów, którzy wybrali daną placówkę. Stawka za jedną osobę jest zwykle ustalana w przetargu w procesie kontraktowania świadczeń i może być korygowana regionalnie po uwzględnieniu wskaźników demograficznych i epidemiologicznych dla danego obszaru, które mogą mieć wpływ na potrzeby zdrowotne lokalnych społeczności. Lekarz ponosi ryzyko wynikające z niekorzystnej struktury swoich pacjentów (duży udział osób starszych lub cierpiących na przewlekłe schorzenia), którzy korzystają częściej ze świadczeń. W Polsce w ten sposób wynagradzani są w zasadzie wyłącznie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki środowiskowe i położne. Kapitacja jest stosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jednak nie wyklucza to zastosowania tego typu wynagradzania w sektorze prywatnym, np. w formie abonamentów zdrowotnych dla pracowników.

FFS polega na wnoszeniu określonej wysokości opłaty za każdą zrealizowaną usługę zdrowotną. W przypadku gdy są realizowane na podstawie kontraktu, może on zawierać limit świadczeń do wykonania w danym okresie. Ten sposób wynagradzania jest stosowany:

- w przypadku praktyk dentystycznych (finansowanych przez NFZ) w postaci punktów rozliczeniowych,
- w przypadku wszystkich praktyk specjalistycznych (w tym dentystycznych) zarówno grupowych, jak i indywidualnych – w zakresie świadczeń finansowanych przez NFZ,
- w przypadku świadczeń realizowanych na rynku prywatnym – bezpośrednia płatność za wykonane świadczenie (porada lekarska, leczenie dentystyczne, zabiegi wykonywane ambulatoryjnie).

Praktyki lekarskie mogą być więc finansowane zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych. Korzystanie ze źródeł publicznych wymaga zawarcia umowy z NFZ – w przypadku praktyk indywidualnych stroną umowy będzie osoba prowadząca działalność, natomiast w przypadku praktyk grupowych stroną są bądź wszyscy wspólnicy (spółka cywilna), bądź spółka (w przypadku spółki partnerskiej).



Rys. 4. Praktyki lekarskie i stomatologiczne wykonujące świadczenia finansowane ze środków publicznych w Polsce w latach 2001–2008

Źródło: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009, s. 65.

Kontrakt z NFZ daje świadczeniodawcy stabilizację finansową, jednak nakłada dodatkowe obowiązki. Przede wszystkim dotyczą one lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wynagradzanych na zasadzie kapitacji w zakresie godzin udzielania świadczeń, zapewnienia pomocy w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy, zastępstwa w przypadku nieobecności itp. Powyższe ograniczenia mogą być powodem zmniejszającej się liczby praktyk lekarskich wykonujących świadczenia finansowane ze środków publicznych, co przy wzrastającej liczbie praktyk oznacza przechodzenie coraz większej części lekarzy na wyłącznie prywatne finansowanie. Inny problem związany z finansowaniem przez NFZ to limity świadczeń i niska (w opinii lekarzy) stawka wynagrodzenia, co zniechęca lekarzy specjalistów, zwłaszcza w przypadku bardziej poszukiwanych specjalizacji, do podpisywania kontraktów z publicznym płatnikiem.

W przeciwieństwie do praktyk lekarskich liczba praktyk dentystycznych wykonujących świadczenia finansowane ze środków publicznych systematycznie rośnie (rysunek 4). Jednak w przypadku stomatologii zakres świadczeń finansowanych przez NFZ jest bardzo wąski – w praktyce większość pacjentów i tak dopłaca ze środków prywatnych do świadczeń ponadstandardowych (na przykład światłoutwardzalne wypełnienia), co stanowi dodatkowy przychód lekarza.

Podpisanie kontraktu z NFZ nie wyklucza więc możliwości osiągania dodatkowych przychodów ze źródeł niepublicznych związanych z udzielaniem odpłatnych świadczeń:

- charakterze ponadstandardowym lub niefinansowanych ze środków publicznych,
- pacjentom, którzy nie są ubezpieczeni,
- pacjentom, którzy nie chcą czekać na świadczenie,
- w sytuacji gdy wyczerpał się limit świadczeń określony w umowie z NFZ, a świadczeniodawca nie chce narażać się na ryzyko nieuzyskania zapłaty za nadwykonania.

Mimo stabilizacji wynikającej z umów z NFZ część praktykujących lekarzy świadomie nie decyduje się w ogóle na podpisanie kontraktu z publicznym płatnikiem. Dzieje się tak zwykle w przypadku praktyk o bardzo wysokim standardzie, nastawionych na obsługę pacjentów dobrze sytuowanych (co daje klientowi poczucie korzystania z dobra luksusowego) lub w przypadku lekarzy o unikatowych specjalizacjach. Motywem jest więc generalnie możliwość uzyskania zdecydowanie wyższych stawek za udzielane świadczenia.

Podsumowanie

Prowadzenie prywatnej praktyki było dotychczas częstym sposobem uzyskiwania dodatkowych dochodów przez osoby wykonujące zawody medyczne. W 2008 roku około 60% lekarzy i dentystów (aktywnie wykonujących zawód) miało zarejestrowaną praktykę. Rozwój sektora prywatnego w ochronie zdrowia, który osiągnął w 2009 roku 30 mld zł, zachęca lekarzy do rozwoju tego typu działalności oraz rezygnacji z pracy w placówkach publicznych na rzecz własnej praktyki⁵. Praktyka przestaje być komplementarnym źródłem utrzymania i musi być traktowana jak „przedsiębiorstwo”, co wymusza bardziej profesjonalne podejście do zagadnień związanych z prowadzeniem firmy, jak kwestie opodatkowania, finansowania, planowania inwestycji czy marketingu. Lekarz musi stać się menedżerem, a o sukcesie przedsięwzięcia przestają decydować wyłącznie kwalifikacje medyczne.

⁵ I. Dudzik I., *Lekarze odchodzą ze szpitali. „Idą na swoje”*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 7.10.2010.

MEDICAL PRACTICE AS A MICRO-ENTERPRISE**Summary**

Private medical practice is increasingly more willingly chosen by doctors as a form of an occupation. Competition on the market of private health coerces treating the practice as a company and a concentration on the elements such as: a choice of sources of financing, a taxation, investments and marketing.

Translated by Agnieszka Bem