

Artur Szetela, Katarzyna Lichwa, Kinga Korniejenko

KRYTYCZNA ANALIZA POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PRZEKSZTAŁCANIA SZPITALI PUBLICZNYCH W SPÓŁKI PRAWA HANDLOWEGO

Streszczenie

W opracowaniu podjęto problematykę krytycznej analizy polityki zdrowotnej w zakresie przekształceń własnościowych szpitali publicznych w spółki prawa handlowego w latach 1999–2010. W artykule został przedstawiony proces restrukturyzacji własnościowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem jego skali i dynamiki w poszczególnych regionach Polski. Zaprezentowano podstawowe założenia oraz cele wieloletniego programu pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, a także proponowane rozwiązania w ramach tzw. pakietu ustaw zdrowotnych, w tym projektu ustawy o działalności leczniczej.

Głównym celem, jaki postawili sobie autorzy publikacji jest przeprowadzenie krytycznej analizy polityki zdrowotnej państwa w obszarze przekształceń własnościowych w systemie ochrony zdrowia. W artykule podjęto próbę wykazania, że obserwowane i proponowane zmiany nie rozwiązują w sposób kompleksowy analizowanych problemów.

Słowa kluczowe: SPZOZ, szpital, komercjalizacja, przekształcenie, polityka zdrowotna

Summary

The following paper critically evaluates the health care system in Poland, including the market reform of the Polish healthcare system between 1999 and 2010. The article presents the process of ownership transformation, including the scale and dynamics of the introduced reform. Apart from analysing the core assumptions and aims of the long-term programme entitled „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” (Support for Local Authorities in Healthcare System Stabilization) the paper analyses proposed solutions based on the so called „health acts package” including the health care activity bill.

The main aim of this paper is to critically evaluate the health care system reform in Poland, mainly focusing on the process of commercialisation of public hospitals. As a conclusion it is suggested that the introduced reform does not solve the most important problems of the Polish healthcare system in a comprehensive and sufficient manner.

Keywords: SPZOZ, hospital, commercialisation, transformation, health care policy

Wstęp

System ochrony zdrowia kształtuje prowadzona polityka zdrowotna, która przesądza o jego celach i charakterze [Sanak, Połec-Kołodziej, Młynarczyk 2009: 3]. Programy pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej, choć przyniosły pozytywne wyniki, to nie rozwiązały jednak problemów organizacyjno-finansowych publicznych szpitali. Poziom ich zadłużenia według danych Ministerstwa Zdrowia z dnia 31 grudnia 2010 r. kształtuje się na poziomie około 2,2 mld zł.

Polski system ochrony zdrowia wymaga zmian systemowych, jedną z nich jest proces restrukturyzacji własnościowej i organizacyjnej. Potrzebę zmian w tym obszarze widząsame organy założycielskie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, to jest w większości przypadków jednostki samorządu terytorialnego, które nie czekając na nowe regulacje prawne, same podejmują decyzję o likwidacji *samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej* (SPZOZ) jako nieefektywnej finansowo formy działalności i utworzenie w ich miejsce spółek prawa handlowego z większościowym bądź całościowym udziałem samorządu terytorialnego. Funkcjonowanie powstałych w ten sposób „samorządowych” *niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej* (NZOZ) jest oparte na kodeksie spółek handlowych [Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037].

W dobie gorącej dyskusji nad tematem komercjalizacji opieki zdrowotnej warto poznać obecną strukturę zakładów opieki zdrowotnej oraz skalę i dynamikę zmian własnościowych w sektorze ochrony zdrowia w latach 1999–2010.

Struktura własnościowa zakładów opieki zdrowotnej

Formy organizacyjne publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce określa ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej [Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408]. Zgodnie z art. 35b i 35c wyżej wymienionej ustawy wynika, że publiczny zakład opieki zdrowotnej może funkcjonować jako samodzielny zakład (SPZOZ), zakład budżetowy lub jednostka budżetowa. Od czasu reformy ochrony zdrowia zapoczątkowanej w 1999 roku, wprowadzającej ubezpieczeniowy system finansowania opieki zdrowotnej, podstawową formą organizacyjną szpitali stał się samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ).

Zarówno publiczny, jak i niepubliczny zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych, utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Zgodnie z krajowym rejestrem zakładów opieki zdrowotnej w Polsce według stanu na dzień 30 września 2010 roku funkcjonuje 17 754 zakładów opieki zdrowotnej. W tabeli 1 przedstawiono strukturę zakładów opieki zdrowotnej w podziale na zakłady opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej oraz ich formę organizacyjno-prawną.

Tabela 1

Struktura zakładów opieki zdrowotnej.

Zakład Opieki Zdrowotnej	Zakłady stacjonarne (szpitale)	Zakłady leczenia ambulatoryjnego	Ogółem
Polska	751	17 003	17 754
Niepubliczny ZOZ	145	15 278	15 423
SP ZOZ przekształcony decyzją JST w NZOZ	105	269	374
Publiczny ZOZ	606	1 725	2 331

Źródło: Opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl (odczyt: 2011.02.19).

Obecna struktura zakładów opieki zdrowotnej charakteryzuje się dominującym udziałem niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które stanowią 87% wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. Z kolei w sektorze ambulatoryjnym udział ten jest jeszcze większy i wynosi 90%. W opiece stacjonarnej przeznaczony dla osób wymagających całodobowych bądź całodziennych świadczeń zdrowotnych wartość ta kształtuje się na poziomie 20%, to jest 145 z 751 szpitali.¹

Przekształcenia własnościowe

Brak przepisów pozwalających na bezpośrednie przekształcanie SPZOZ-ów, nie wstrzymał procesu przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia. Szpitale, oddziały szpitalne, zakłady leczenia ambulatoryjnego oraz inne jednostki działające w strukturach publicznych zakładów opieki zdrowotnej sukcesywnie od lat zmieniają formę organizacyjno-prawną z publicznej na niepubliczną [Ministerstwo Zdrowia, 2010: 1].

W ramach przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia należy rozróżnić dwa podstawowe pojęcia: prywatyzację i komercjalizację². Prywatyzacja to akt przekazania prywatnemu właścicielowi państwowego mienia przez uwłaszczenie bądź sprzedaż. Z kolei komercjalizację można zdefiniować jako ogół zmian mających na celu dostosowanie działalności danego podmiotu gospodarczego do wymogów gospodarki rynkowej. W wypadku przedsiębiorstwa oznacza ono przystosowanie go do warunków gospodarki rynkowej. Do podstawowych celów przekształceń własnościowych szpitali należy zaliczyć:

¹ Na koniec września 2010 r. na rynku usług zdrowotnych działało 2331 publicznych zakładów opieki zdrowotnej: 1558 SPZOZ-ów, w tym: 588 szpitali i 970 zakładów leczenia ambulatoryjnego, 773 publicznych zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w formie jednostek budżetowych i zakładów budżetowych (757) oraz jednostek badawczo-rozwojowych (16 publicznych ZOZ, w tym 14 szpitali).

² Do innych często wymienianych pojęć dotyczących przekształceń można zaliczyć: nacjonalizację, komunalizację czy normalizację.

- poprawę wykorzystania zasobów,
- poprawę organizacji szpitala,
- racjonalizację zatrudnienia,
- obniżenie kosztów,
- zwiększenie przychodów.

Warto w tym miejscu podkreślić, że tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia właściwego organu administracji rządowej lub uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego, to jest podmiotu, który utworzył zakład (art. 36. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408). W chwili likwidacji SPZOZ jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami podmiotu tworzącego zakład. Podmiot ten decyduje o dalszym wykorzystaniu majątku, na przykład przekazaniu (dzierżawie, sprzedaży) innemu podmiotowi w celu utworzenia i prowadzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej³. Powoływanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oparte na istniejących ustawach samorządowych oraz ustawie o zakładach opieki zdrowotnej stanowi jedyny sposób zmiany formy organizacyjno-prawnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁴.

Z ogółu 2474 publicznych zakładów opieki zdrowotnej istniejących na dzień 31 grudnia 1999 roku do końca września 2010 roku przekształceniami własnościowymi objęto 427 jednostek i komórek organizacyjnych, w tym: 105 szpitali, 269 jednostek leczenia ambulatoryjnego oraz 53 oddziały szpitalne [Ministerstwo Zdrowia, 2010: 3]. W tabeli 2 przedstawiono liczbę przekształconych SPZOZ-ów z wyszczególnieniem rodzaju organu założycielskiego.

Tabela 2

SPZOZ-y „przekształcone” w latach 1999–2010 wg podmiotu tworzącego (stan na dzień 30 września 2010 r.).

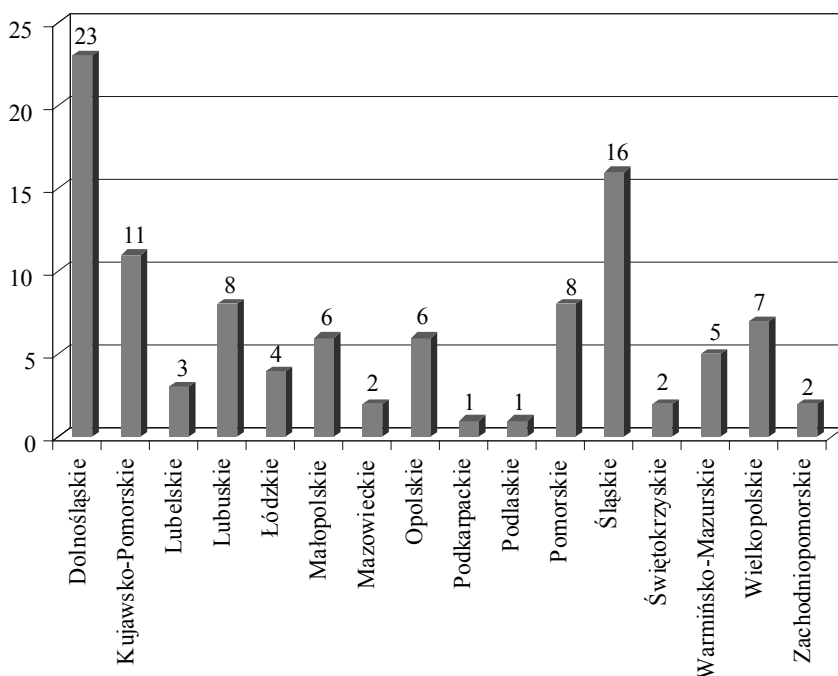
Lp.	Jednostki samorządu terytorialnego (JST)	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w latach 1999-2010	
		Liczba spółek	Struktura (%)
1.	Województwa	37	8,7
2.	Powiaty	134	31,4
3.	Gminy	78	18,3
4.	Miasta	178	41,6
Razem		427	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [Informacja..., 2010].

³ Publiczne szpitale mogą być tworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Dla największej liczby szpitali organem założycielskim jest powiat i samorząd województwa.

⁴ Przez ustawy samorządowe należy rozumieć ustawę z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

Powyższe dane przedstawiają skalę przekształceń SPZOZ-ów w latach 1999–2010. Zmiany własnościowe przeprowadzono na wszystkich szczeblach samorządu terytorialnego. Miasta i powiaty stanowią największy udział wśród organów założycielskich, które podjęły decyzję o zmianie formy organizacyjno-prawnej zakładów opieki zdrowotnej, wynoszą one odpowiednio 41 i 31 procent. Najmniejszą aktywność w procesach przekształcania zakładów opieki zdrowotnej wykazują samorządy wojewódzkie – tylko 8,7 procent. Powodem tego może być to, że są one właścicielami dużych wielospecjalistycznych placówek medycznych, których przekształcenie jest procesem złożonym, wymagającym dużo większych nakładów finansowych na pokrycie ich zadłużenia. Na wykresie 1 zobrazowano liczbę szpitali przekształconych w szpitale niepubliczne w podziale na poszczególne województwa.

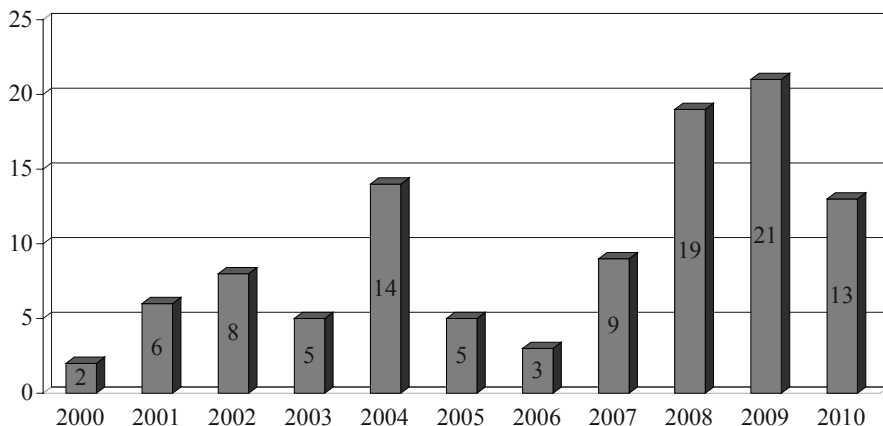


Wykres 1. Liczba szpitali przekształconych w szpitale niepubliczne w latach 1999–2010 w poszczególnych województwach

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Informacja..., 2010].

Realizacja procesu przekształceń własnościowych w układzie regionalnym (wojewódzkim) była zróżnicowana i w dużej mierze uwarunkowana liczbą samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie województwa. Wpływ na liczbę SPZOZ-ów objętych przekształceniami miało wiele czynników zarówno prawnych, ekonomicznych, jak i społecznych. Do ważniejszych można zaliczyć: procesy decyzyjne jednostek samorządu terytorialnego (JST), sprawność w przeprowadzaniu procesu likwidacji zakładów, ich sytuacja finansowa, nastawienie społeczne [Informacja..., 2010: 7]. Największą

liczbę przekształconych zakładów opieki zdrowotnej, decyzją jednostek samorządu terytorialnego, zaobserwowano w województwie dolnośląskim (23), śląskim (16) oraz kujawsko-pomorskim (11). Po jednej przekształconej jednostce odnotowano w województwach podlaskim i podkarpackim. Na wykresie 2 została zobrazowana liczba szpitali przekształconych w niepubliczne zakłady opieki zdrowotne w latach 1999–2010.



Wykres 2. Liczba szpitali przekształconych w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ-y) w latach 1999–2010

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Informacja..., 2010].

W latach 2000–2010 „przekształcono” w Polsce 105 szpitali. Największą dynamikę zmian formy organizacyjno-prawnej odnotowano w latach 2008–2009 (40 szpitali). Na początku XXI wieku skala zmian własnościowych w systemie ochrony zdrowia był relatywnie niewielka i w latach 2000–2003 objęła swoim zasięgiem tylko 21 jednostek.

W tabeli 3 zaprezentowano jednostki przekształcone w szpitale w województwie małopolskim wraz z wyszczególnieniem udziału JST.

W województwie małopolskim w latach 2000–2010 dokonano zmiany formy organizacyjno-prawnej w 6 szpitalach. Dla trzech z nich organem założycielskim był powiat, dla trzech kolejnych – województwo. Po przeprowadzeniu zmian własnościowych dwa z nich zostały w 100 procentach jednostkami prywatnymi, w innych wysokość udziału jednostki samorządu terytorialnego w kapitale zakładowym jest zróżnicowany i wynosi od do 100 procent.

Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia — plan B

W 2009 roku Rada Ministrów przyjęła program wspierający jednostki samorządu terytorialnego (JST) w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia (Uchwała nr 58/2009 z 27 kwietnia 2009 r.). Zakłada on wspieranie ze środków

Tabela 3

Wykaz przekształconych szpitali w województwie małopolskim

Lp.	Rok przekształcenia	Podmiot tworzący publiczny ZOZ	Nazwa SP ZOZ	Forma organizacyjno-prawna	Nazwa spółki, która powołała NZOZ	Udział JST
1.	2003	Województwo	Szpital Położniczo-Ginekologiczny im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie	Sp. z o.o.	NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. Rafała Czerwiakowskiego Sp. z o.o.	brak danych
2.	2007	Powiat	Samodzielny Publiczny ZOZ w Nowym Targu	Sp. z o.o.	„Szpital Miejski w Rabce Zdrój”	100%
3.	2008	Powiat	Zespół Opieki Zdrowotnej w Tuchowie	Sp. z o.o.	Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.	0%
4.	2008	Województwo	Sanatorium Uzdrawiskowe „Nad Kryniczanką” SPZOZ w Krynicy Zdrój	Sp. z o.o.	NZOZ „Sanatorium Nad Kryniczanką”	0%
5.	2009	Powiat	Zespół Opieki Zdrowotnej w Olkuszu	Sp. z o.o.	NZOZ Nowy Szpital w Olkuszu	0%
6.	2010	Województwo	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie	Sp. z o.o.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Informacja..., 2010].

budżetu państwa tych samorządów, które zlikwidują prowadzone przez siebie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i powołają spółki kapitałowe do prowadzenia niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. W programie przewidziano, że łączne nakłady z budżetu państwa na jego realizację wyniosą 1381 mld zł.

Celem głównym tak zwanego planu B jest stworzenie warunków do rozwoju oraz wzrostu konkurencyjności regionów przez powstanie stabilnych ekonomicznie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony

zdrowia w ramach realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego nieobjętych kontraktami wojewódzkimi. Zakładał on realizację przekształceń w latach 2009–2011. W praktyce głównym założeniem planu jest spłata części zobowiązań przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego po zlikwidowaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Plan określa warunki na jakich szpital może zostać przekształcony, i przedstawia szczegółowo schemat takiego przekształcenia.

Schemat procesu przekształcenia SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego

Przed przystąpieniem do programu jednostka samorządu terytorialnego (JST) musi spełnić szereg warunków. Po pierwsze musi nastąpić przyjęcie przez organ stanowiący JST programu reorganizacji w systemie ochrony zdrowia. Następnie niezbędne jest uzyskanie pozytywnej oceny dyrektora oddziału Narodowego Fundusz Zdrowia (NFZ), właściwego ze względu na siedzibę likwidowanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w zakresie audytu medycznego i oceny możliwości osiągnięcia przewidywanych przychodów ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Niezbędne jest również uzyskanie pozytywnej oceny Banku Gospodarstwa Krajowego w zakresie możliwości realizacji biznesplanu, ekonomiczno-finansowych aspektów propozycji restrukturyzacji i spłaty zobowiązań jednostki samorządu terytorialnego powstałych w wyniku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Plan przewiduje, że samorząd najpierw zlikwiduje zadłużony publiczny ZOZ, a następnie stworzy spółkę, która przejmie majątek szpitala i będzie jej 100-procentowym właścicielem [Katrynicz, 2009]. Początkiem procesu przekształcenia jest podjęcie przez samorząd uchwały o przekształceniu SPZOZ w spółkę. Nowo powołana spółka zacznie działać z czystym kontem, ponieważ wszystkie jej długi przejmie samorząd. Po podjęciu uchwały samorząd, wspólnie z przekształcaną jednostką, przygotowuje program naprawczy dla jednostki. Przygotowany program jest następnie akceptowany przez odpowiedniego wojewodę oraz NFZ. Po akceptacji programu naprawczego minister zdrowia wspólnie z ministrem finansów zatwierdza przystąpienie jednostki do programu oddłużeniowego. Ostatnim etapem przekształcenia jest dofinansowanie programu przez Bank Gospodarstwa Krajowego (BGK) czyli przekazanie dotacji celowej na konto samorządu po zakończeniu restrukturyzacji [Katrynicz, 2009].

Zalety komercjalizacji

Przekształcanie publicznych szpitali działających w formie SPZOZ-ów w niepubliczne szpitale „samorządowe” czy też „prywatne” należy ocenić jako rozwiązanie ze wszech miar korzystne dla sektora ochrony zdrowia. Spółki takie cechują

się efektywną formą organizacyjną, zapewniającą maksymalną ochronę interesu publicznego, w tym praw pacjenta. Funkcjonowanie w postaci spółek zapewnia szpitalom przejrzysty nadzór właścicielski sprawowany przez radę nadzorczą, komisję rewizyjną, zgromadzenia wspólników lub walne zgromadzenie.

Podstawową zaletą nowej formy działalności jest większy rygor finansowy w działalności szpitala, jest to spowodowane między innymi większą odpowiedzialnością zarządu za skutki nieracjonalnej polityki finansowej, niż odpowiedzialność dyrektora SPZOZ [Pustułka, 2009]. Jako spółka prawa handlowego szpital podlega prawu upadłościowemu, co oznacza, że w wypadku zagrożenia niewypłacalnością może skorzystać z przepisów o postępowaniu naprawczym, w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest to niemożliwe. Do takiej sytuacji jednak nie powinno dojść, ponieważ w rządowym programie uwzględniono mechanizmy mające uchronić szpital przekształcony w spółkę przed popadnięciem w te same problemy finansowe, jakie miały przed przekształceniem [Pustułka, 2009]. Dodatkowo nowa forma działalności zapewnia konieczność prowadzenia przejrzystej gospodarki finansowej zarówno w zakresie zarządzania wewnątrz jednostki, jak i jej funkcjonowania w otoczeniu oraz efektywny sposób zarządzania (zarząd z szerokim instrumentarium władczym oraz kodeksowymi zasadami odpowiedzialności za prowadzenie spraw spółki i jej funkcjonowanie).

Zaletą wymienionego wyżej programu jest również pozostawienie samorządom możliwości decydowania o dalszym losie szpitala. Po dokonanej komercjalizacji istnieje możliwość obrania kilku możliwych wariantów: zachowania przez samorząd (organ założycielski) mniejszościowego lub większościowego udziału w spółce lub zrezygnowania ze wszystkich udziałów na rzecz potencjalnego partnera (inwestora). Niezależnie od wybranej opcji samorząd może dalej kontrolować spółkę i znacząco wpływać na jej działalność na przykład przez zapewnienie miejsc przedstawicielom samorządu w radzie nadzorczej.

Do tej pory funkcjonowały quasi-rozwiązania, które sprawiały, że w szpitalach funkcjonowały płatne usługi medyczne. Atutem funkcjonowania w nowej formie jest możliwość odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych przez szpital zgodnie z prawem. Nie rozwiąże to zapewne wszystkich problemów związanych z ograniczeniami dostępności świadczeń do zakontraktowanego poziomu z NFZ, ale może pomóc go ograniczyć [Pustułka, 2009], a jednocześnie zapewni to dodatkowe źródło dochodu dla spółki.

Pisząc o zaletach komercjalizacji, warto oprzeć się na pozytywnych przykładach działań przeprowadzonych w latach poprzednich. W 2009 roku udzielono łącznie 41 mln zł dotacji. Dzięki nim uregulowano 42 procent zobowiązań powiatów starachowickiego, tomaszowskiego oraz miast Kielc i Zamościa, które przejęły w sumie 97 mln zł długów po zlikwidowaniu ZOZ. Powstałe w ich miejsce spółki prawa handlowego z udziałem samorządów uzyskują dobre wyniki finansowe oraz utrzymują płynność finansową i wypracowują zyski [Zwoliński, 2009]. „Przykłady dotychczas przekształconych szpitali pokazują, że po przekształceniu następowała poprawa standardu opieki medycznej i jakości świadczeń” [Pustułka, 2009].

Wady komercjalizacji

Komercjalizacja szpitali oraz rzeczywiste skutki wprowadzenia w życie tak zwanego planu B, przyjęcie przez koalicyjny rząd PO–PSL 14 października 2010 roku pakietu ustaw zdrowotnych, w tym projektu ustawy o działalności leczniczej budzą wiele wątpliwości i pytań opinii publicznej. Przypomnijmy, że projekt ustawy o działalności leczniczej nie zakłada obowiązkowego przekształcania szpitali w spółki (pierwszy pakiet ustaw zdrowotnych PO–PSL z 2008 roku zakładał, że szpitale miały być przekształcone obligatoryjnie), ale zgodnie z nowymi przepisami samorządy, które nie przekształcały szpitali, będą musiały pokryć ich zadłużenie w ciągu trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego. W wypadku niewywiązania się z tego obowiązku samorządy w ciągu 12 miesięcy będą zmuszone do zmiany formy organizacyjno-prawnej szpitala (przekształcenia szpitala w spółkę kapitałową, jednostkę budżetową, samorządowy zakład budżetowy).

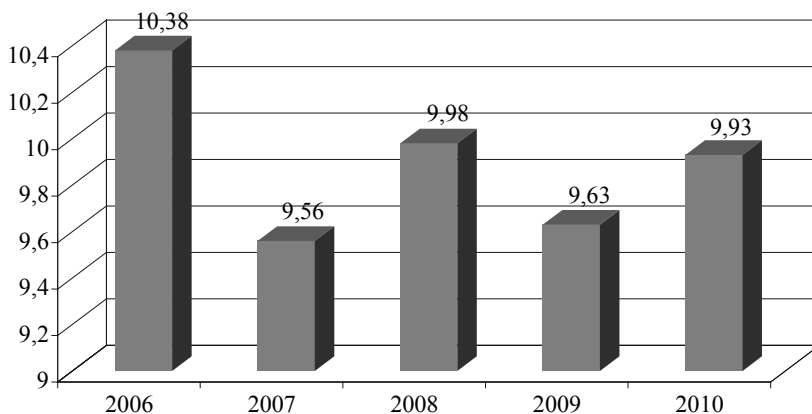
Pogłębiające się problemy służby zdrowia – rosnące miliardowe zadłużenie publicznych szpitali, ich niedofinansowanie oraz, w opinii pacjentów, niski poziom świadczeń usług zdrowotnych – zaogniły dyskusje na temat konieczności wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej w Polsce oraz dostosowaniu ustaw zdrowotnych tak, aby poprawić wciąż pogarszającą się sytuację polskiej opieki zdrowotnej. Opisany we wcześniejszym rozdziale proces przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego wzbudza dyskusję zarówno wśród specjalistów, polityków, jak i samych pacjentów. Aby w sposób komplementarny i obiektywny ocenić rzeczywisty wpływ proponowanych rozwiązań na funkcjonowanie służby zdrowia, należy przeanalizować argumenty i wynikające z nich konsekwencje ekonomiczne i społeczne w perspektywie długoterminowej. W tej części artykułu podjęto próbę dokonania takiej analizy, przedstawiając możliwe zagrożenia i wady związane z przekształceniem szpitali w spółki prawa handlowego oraz związane z nimi konsekwencje dla pacjentów i dla funkcjonowania szpitali.

Jednym z podstawowych argumentów podających w wątpliwość skuteczność proponowanych zmian zawartych w ustawie o działalności leczniczej jest to, że komercjalizacja w perspektywie długoterminowej może doprowadzić do częściowej lub zupełnej prywatyzacji szpitala. W jednej z roboczych wersji projektu ustawy o działalności leczniczej pojawił się zapis, że samorząd musi utrzymać co najmniej 51 procent udziałów w szpitalu. W obecnej wersji (przekazanej do uzgodnień zewnętrznych 10 września 2010 roku) nie ma jednak zapisu o minimalnych udziałach posiadanych przez samorząd. Szpital–spółka może znaleźć inwestora, który zapewni kapitał na konieczne remonty i zakup nowoczesnego sprzętu. Niewątpliwie dodatkowe fundusze wpłyną na podniesienie standardu szpitali, ale inwestor może nie być skłonny do wielkich inwestycji, jeśli nie dostanie pakietu większościowego. Obecnie, zgodnie z projektem ustawy o działalności leczniczej, nie ma ograniczeń prawnych w zbywaniu udziałów w spółce samorządowej ani obowiązku utrzymania pakietu kontrolnego w szpitalu. Z tego powodu w Tuchowie szpital–spółka jest już prywatny w 100 procentach. Należy podkreślić, że każda propozycja likwidacji

szpitala lub przekazania pakietu kontrolnego jest niepopularna politycznie i dlatego można założyć, iż władze samorządowe, mając na uwadze powtórny reelekcję, będą starały się nie dopuścić do takiej sytuacji. Decyzja o wielkości sprzedawanych udziałów w spółce należy wyłącznie do władz samorządowych i nie jest regulowana przez jakiegokolwiek zapisy prawne.

Kolejną słabością procesu komercjalizacji, a właściwie integralnej jego części – to jest uchwały Rady Ministrów nr 58/2009 z 27 kwietnia 2009 roku wprowadzającej program wspierający jednostki samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia tak zwany plan B – jest wysokość środków przekazanych w ramach tego programu z budżetu państwa. Samorządy, które będą przekształcały szpitale w spółki prawa handlowego otrzymają łącznie na lata 2009–2011 kwoty rzędu 1381mln zł na spłatę zaciągniętych zobowiązań placówki.

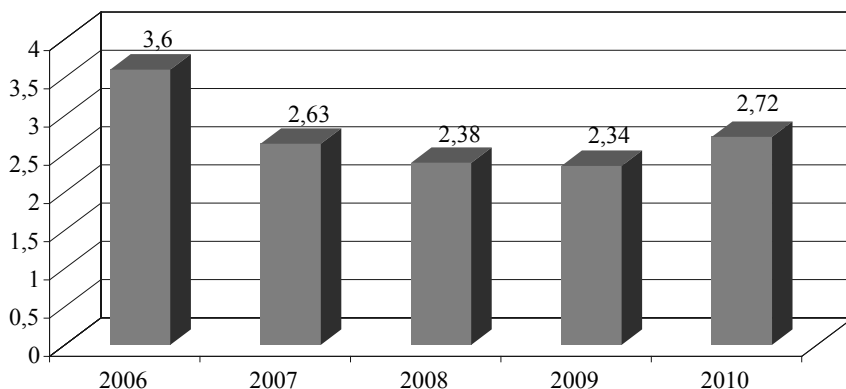
Zarówno ministerstwo zdrowia, jak i część komentatorów oraz specjalistów przedstawia plan B jako środek rozwiązujący jeden z najważniejszych problemów polskich szpitali – miliardowe zadłużenie. Dzięki wykorzystanym środkom finansowym szpitale mogłyby spłacić swoje zadłużenie i rozpocząć działalność bez obciążeń finansowych. Przeprowadzając analizę porównawczą wysokości zadłużenia polskich szpitali i środków finansowych przewidzianych w programie na spłatę tych zadłużeń, można jednak zauważyć, że zadłużenie całkowite i wymagalne SPZOZ-ów znacznie przewyższa wartość przekazanych w planie B środków. Na wykresie 3 pokazano wartość całkowitego zadłużenia SPZOZ-ów, które w 2010 roku kilkukrotnie przewyższyło środki finansowe przekazane z budżetu państwa na spłatę tych zobowiązań.



Wykres 3. Zadłużenie całkowite SPZOZ-ów (mld zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Informacja..., 2010].

Pomimo że wartość zobowiązań wymagalnych (wykres 4) jest znacznie niższa od wartości zadłużenia ogólnego SPZOZ-ów, to również środki przekazane na realizację Planu B nie są wystarczające na pokrycie tych długów. Wynika z tego, że jedynie część przekształcanych szpitali będzie mogła skorzystać z środków pomocowych (za pośrednictwem JST).

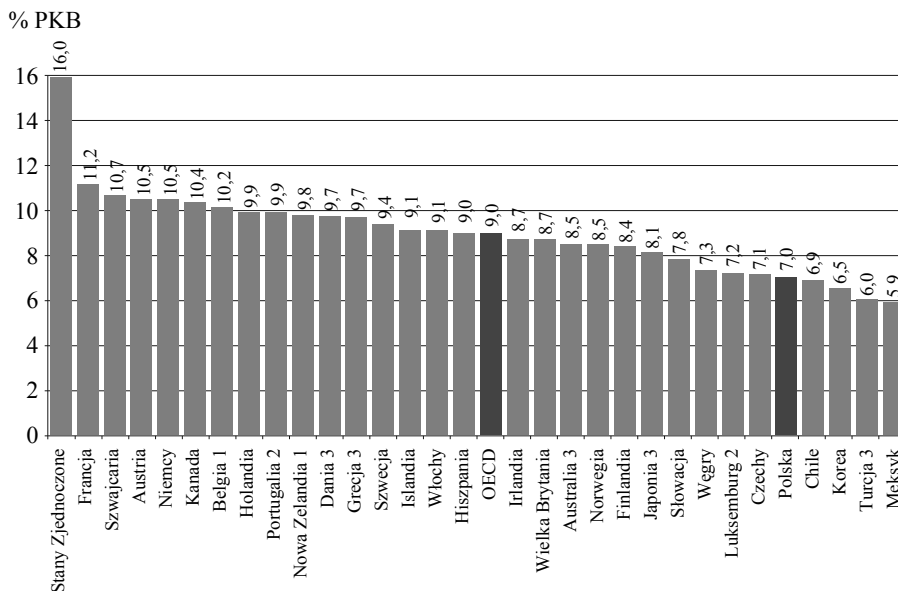


Wykres 4. Zobowiązania wymagalne SPZOZ-ów (mld zł).

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Informacja..., 2010].

Oddłużenie szpitala powinno obejmować spłatę wszystkich zaległych zobowiązań wobec wierzycieli. W sytuacji gdy szpital dzięki uzyskanym środkom pomocowym jest w stanie spłacić jedynie ich część, problem zadłużenia pozostaje. Ponadto plan B nie uwzględnia szpitali klinicznych i tym samym nie rozwiązuje problemu najbardziej zadłużonych szpitali w Polsce. W Polsce funkcjonują 44 szpitale kliniczne. Tylko 11 z nich nie jest zadłużonych. Od 2001 roku ich organem założycielskim są uczelnie medyczne. W momencie ich przejmowania zadłużenie klinik wynosiło 667 mln zł, obecnie jest to 1,4 mld zł. Zobowiązania wymagalne sześciu najbardziej zadłużonych wynosiły pod koniec 2010 roku 520 mln zł. To, że szpitale kliniczne nie tylko leczą, ale również uczą, powoduje, iż nawet jeżeli są bardzo zadłużone, nadal funkcjonują. Nie zostaną zlikwidowane, ponieważ uczelnie medycznych, czyli ich organów założycielskich, nie stać na przejęcie ich wielomilionowych długów. Jak już zostało wcześniej wspomniane, plan B oraz tak zwany pakiet ustaw zdrowotnych nie rozwiązują problemu zadłużenia szpitali klinicznych, a więc problemu, który w sposób dominujący obciąża polską służbę zdrowia.

Trzeba ponadto zaznaczyć, że obecne i proponowane rozwiązania dotyczące przekształcenia placówek służby zdrowia w spółki prawa handlowego nie rozwiążą jednego z głównych problemów opieki zdrowotnej, jakim jest słabe finansowanie tego sektora. Powyższe rozwiązania nie zakładają zmian w wysokości przeznaczanych z budżetu państwa środków na finansowanie służby zdrowia, więc szpitale nawet po oddłużeniu, przy niskim wsparciu z budżetu mogą ponownie popaść w zadłużenie. Pomimo że wydatki z budżetu państwa na służbę zdrowia wzrosły w 2009 roku o 3 mld zł w porównaniu z rokiem 2008 (2008 – 23,8 mld zł, 2009 – 26,5 mld zł), to nadal całkowite wydatki społeczeństwa na ochronę zdrowia, mierzone ich udziałem w PKB, są znacznie niższe niż w większości krajów Unii Europejskiej i innych, co zostało zobrazowane na wykresie 5. W Polsce udział wydatków publicznych na służbę zdrowia szacuje się na poziomie 4,6% PKB, w wydatkach całkowitych natomiast – 7 procent PKB, czyli zdecydowanie mniej niż średnia w całej Unii Europejskiej, gdzie nakłady na służbę zdrowia przekraczają 10 procent.



Wykres 5. Wydatki na służbę zdrowia w roku 2010 (%PKB).

Źródło: *OECD Health at a Glance: Europe 2010*, www.oecd.org/document/19/0,3343,en_2649_33929_46460563_1_1_1_37407,00.html [dostęp: 21.02.2011].

Na wykresie. 5 widać, że Polska w zakresie finansowania służby zdrowia jest krajem, w którym przeznaczają się na ten cel stosunkowo niewiele środków finansowych. Szpitale po przekształceniu, działając na zasadach rynkowych przy tak słabym finansowaniu przez NFZ, nie będą w stanie konkurować na otwartym rynku i tym samym generować zysków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania spółek handlowych.

Kolejnym problemem polskiej służby zdrowia, pominiętym w zapisach projektu tak zwanego pakietu ustaw zdrowotnych mających na celu poprawę stanu szpitali w Polsce, jest kwestia niedoszacowania kontraktów z NFZ i błędne określanie kosztów na niektóre świadczenia medyczne. W obecnym systemie brakuje realnej wyceny świadczeń medycznych. Koszty niektórych świadczeń są niedoszacowane i wykonywanie ich przynosi straty dla szpitala. W takiej sytuacji skomercjalizowanym szpitalom będzie trudno zapewnić wysoki poziom opieki przy jednoczesnym zagwarantowaniu rentowności jednostek. Aby nie generować strat, rada nadzorcza danej spółki może podjąć decyzję o likwidacji nierentownych oddziałów, nawet jeżeli będzie to jedyny specjalizujący się w danej dziedzinie oddział. Przykładem takiej praktyki może być szpital w Knurowie w powiecie gliwickim na Śląsku, gdzie właścicielem placówki został samorząd. Jedną z pierwszych decyzji szefa rady nadzorczej był zakaz przyjmowania ofiar wypadków drogowych oraz wypadków w górnictwie, przy czym należy zaznaczyć, że kopalnia znajduje się kilkaset metrów od szpitala. Decyzja o zamknięciu oddziału ratunkowego była podyktowana względami ekonomicznymi i faktem

generowania strat przez ten oddział. W tej sytuacji ranni w wypadkach musieli być wysłani do innego szpitala publicznego oddalonego kilkadziesiąt kilometrów dalej.

Misja publicznych placówek, rozumiana przez opinię publiczną jako konieczność udzielania szerokiego wachlarza świadczeń, także tych nisko opłacanych przez NFZ, nie może być skutecznie realizowana przez jednostki działające na zasadach rynkowych i narażać się na sankcje wynikające z kodeksu spółek handlowych. Przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego ma skłonić placówki do racjonalnych działań ekonomicznych, a nawet do zachowań rynkowych przez wprowadzenie możliwości świadczeń odpłatnych. Zatem misja publiczna szpitali jest sprzeczna z zasadami rynkowymi i w tym wypadku będzie trudno pogodzić i skonsolidować z sobą oba cele. Zarząd przekształconego szpitala będzie stał przed decyzją, czy ważniejsze jest wypełnianie misji publicznej, czy też racjonalność ekonomiczna osiągnana przez selekcję świadczonych usług medycznych. Nowa forma spółki handlowej jest ponadto nastawiona na zysk, co nie zawsze jest jednoznaczne z dobrem pacjenta. Oprócz zamykania nierentownych oddziałów szpitalnych, zarząd spółki może podjąć decyzję o cięciu wydatków, na przykład przez restrukturyzację zatrudnienia, co może odbić się na standardzie i komforcie pobytu pacjenta w szpitalu.

Ostatnim argumentem świadczącym o słabości dotychczasowych zapisów prawnych regulujących przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego jest to, że zapisy podejmujące powyższe kwestie nie wpływają na zmianę i odpowiedni dobór kadry zarządczej w przekształcanych placówkach. Osoby odpowiedzialne za zarządzanie w przekształcanych szpitalach często pozostają niezmienione, niezależnie od tego jak dotychczas radziły sobie na stanowisku kierowniczym. Kadra zarządzająca odpowiedzialna za wcześniejsze zadłużenie szpitala po przekształceniu placówki może pozostać na stanowiskach i, prowadząc niezmienną politykę zarządczą, ponownie zadłużyć szpital. Na podstawie kodeksu spółek handlowych zarząd spółki jest obciążony odpowiedzialnością cywilnoprawną i odpowiada za poniesione w spółce straty, tylko jednak za te poniesione od czasu powstania spółki.

Podsumowując, powyższe argumenty świadczą o licznych wadach i słabościach rozwiązań mających uregulować procesy przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia. Brak precyzyjności w zapisach ustaw zdrowotnych oraz pominięcie wielu istotnych problemów służby zdrowia sprawiają, że plan B oraz pakiet ustaw zdrowotnych jedynie w sposób cząstkowy rozwiązują problem polskich szpitali. Przytoczone wraz z powyższymi argumentami przykłady mogą być traktowane jako hipotetyczne, ustawa pozostawia jednak wiele luk prawnych, które w przyszłości, przy odpowiednich uwarunkowaniach społeczno-ekonomicznych, mogą zaistnieć w rzeczywistości.

Podsumowanie

Każdy szpital w Polsce niezależnie od formy organizacyjno-prawnej, także prywatny, ma ustawowy obowiązek przyjęcia każdego, kogo życie jest zagrożone. Należy zgodzić się z tym, że komercjalizacja jest furtką do prywatyzacji. Komercjalizacja nie oznacza jednak rezygnacji państwa z tradycyjnego sposobu wykonywania zadań publicznych, czyli pozbycia się odpowiedzialności za ochronę zdrowia, a jedynie przejęcie ich wykonywania przez jednostki niepubliczne. Na władzach publicznych nadal spoczywa odpowiedzialność za ochronę zdrowia, którą finansuje się ze środków publicznych. Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”.

Można zatem stwierdzić, że proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej powinien mieć charakter ewolucyjny i powinien być skorelowany z zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne. Przekształcenia własnościowe w ochronie zdrowia powinny podlegać nadzorowi ze strony władz publicznych. Istnieje bowiem zagrożenie niekontrolowanej prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej, która może prowadzić do uszczuplenia majątku publicznego i pogorszenia dostępności usług zdrowotnych przez wyłączenie z publicznej ochrony zdrowia części infrastruktury medycznej.

Podstawowa opieka zdrowotna oparta na prywatnej praktyce dowodzi, że w Polsce jest miejsce także dla niepublicznej ochrony zdrowia w opiece stacjonarnej. Na zmiany w służbie zdrowia należy patrzeć nie tylko pod kątem ekonomicznym i techniczno-organizacyjnym, ale należy brać również pod uwagę ich aspekt polityczny, a zwłaszcza społeczny.

Literatura

- Katrynicz A. „*Rozpaczliwy plan B*” [w:] „Gazeta lekarska” 3 (219), 4 marca.
- Ministerstwo Zdrowia (2010), *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010* (wrzesień), Departament Organizacji i Zarządzania, Warszawa.
- OECD Health at a Glance: Europe 2010, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 [dok.elektr.]. http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf [dostęp: 21.02.2011].
- Pustułka A. (2009) „*Komercjalizacja jest szansą dla szpitali*”, [w:] „Dziennik Zachodni” 2009-03-12-01.
- Raport „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, 21 grudnia 2004, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
- Sanak U., Połec-Kołodziej K., Młynarczyk A. (2009), *Przekształcenia wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1999-2009 w województwie małopolskim*, Kraków.

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408).
Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037).
Zwoliński A. (2009) „*Rząd chce ratować służbę zdrowia. Komercjalizując*” [dok elektr.].
<http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artykul/rzad;chce;ratowac;sluzbe;zdro-wia;komercjalizujac,101,0,427109.html> (dostęp: 19.02.2011).