

PROCESY KOMERCJALIZACJI I PRYWATYZACJI W OBSZARZE STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE - SKALA I ZNACZENIE ZJAWISKA

Katarzyna Dubas
Przemysław Szetela

<https://doi.org/10.33141/po.2013.12.07>

Przeгляд Organizacji, Nr 12 (887), 2013, ss. 39-46

www.przeглядorganizacji.pl

©Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK)

Wprowadzenie

Procesy komercjalizacji i prywatyzacji stanowią w ostatnim dziesięcioleciu nieodłączny element przekształceń w ramach polskiego sektora ochrony zdrowia. Pojęcia te są niezwykle często przywoływane w ramach toczącej się debaty pomiędzy aktorami systemu opieki zdrowotnej. W potocznym rozumieniu komercjalizacja bywa (błędnie) utożsamiana z prywatyzacją, a ta z kolei może być przez część społeczeństwa identyfikowana głównie z wprowadzeniem odpłatności za usługi zdrowotne [Horosz, 2011, s. 21]. Brak precyzji w definiowaniu ww. pojęć/procesów oraz wybiórcze przywoływanie ich pozytywnych i/lub negatywnych skutków oddziałuje na silne różnicowanie opinii w tym zakresie.

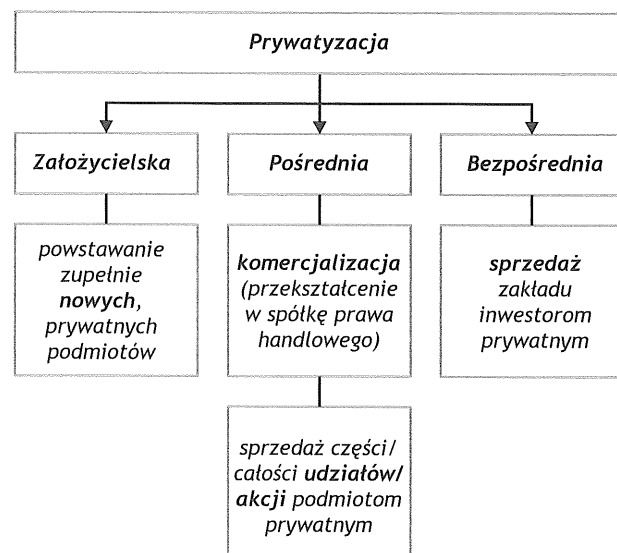
Niniejszy artykuł stanowi próbę określenia skali oraz skutków procesu komercjalizacji i prywatyzacji w odniesieniu do sektora stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce. Analiza dostępnych danych ilościowych poprzedzona została opisem problemów definicyjnych związanych z pojęciami komercjalizacji i prywatyzacji w kontekście systemu opieki zdrowotnej. Autorzy prezentują także analizę skutków procesu komercjalizacji i prywatyzacji w odniesieniu do sektora szpitalnictwa (stanowiącego podstawę stacjonarnej opieki zdrowotnej) w podziale na bezpośrednie (w skali mikro) oraz pośrednie (w skali makro).

Istota procesów komercjalizacji i prywatyzacji

Na gruncie polskiego prawa gospodarczego pojęcia komercjalizacji i prywatyzacji zdefiniowane zostały we właściwej ustawie z 1996 r. [Dz.U. 1996, Nr 118, poz. 561 z późn. zm.]. Zgodnie z zapisami tej ustawy komercjalizacja polega na „przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę”, bez zmiany struktury właścicielskiej. W odniesieniu zaś do prywatyzacji ustawodawca wyróżnił dwie jej formy: prywatyzację pośrednią (zwykle należących do Skarbu Państwa akcji/udziałów w spółkach) oraz bezpośrednią (sprzedaż przedsiębiorstwa państwowego). Pomimo iż zapisy ustawy odnoszą się do podmiotów państwowych, w ślad za zawartą tu terminologią powszechnie przyjmuje się, iż komercjalizacja to proces przekształcenia podmiotu publicznego w spółkę prawa handlowego z zachowaniem dotychczasowej struktury właścicielskiej.

Natomiast prywatyzacja odnosi się do zmiany właściciela skomercjalizowanego podmiotu przez sprzedaż większości lub całości udziałów/akcji.

Analizując skalę zjawiska prywatyzacji w sektorze ochrony zdrowia, podkreślić należy jego bardziej złożone i szersze znaczenie. Wzrost udziału sektora prywatnego w podaży usług zdrowotnych, jaki nastąpił w Polsce w ciągu ostatnich 10 lat, jest bowiem głównie efektem tzw. prywatyzacji założycielskiej (rys. 1). W przeciwieństwie do dwóch wyżej wymienionych form, nie polega ona na przekształceniu struktury własnościowej podmiotu/zakładu przynależnego do sektora publicznego, lecz na niezależnym i oddolnym powstawaniu zupełnie nowych, niepublicznych jednostek. Prywatyzacja założycielska doprowadziła do dynamicznego rozwoju sektora prywatnego w obszarze podstawowej, a także ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (indywidualne i grupowe praktyki lekarskie oraz podmioty lecznicze zakładane przez spółki).



Rys. 1. Formy procesu prywatyzacji w ochronie zdrowia
Źródło: [Dubas, 2010, s. 138]

W obszarze szeroko definiowanego lecznictwa stacjonarnego mamy do czynienia z różnymi formami prywatyzacji. Jednakże w przypadku szpitali, stanowiących podstawę lecznictwa stacjonarnego, kluczowe znaczenie ma proces prywatyzacji pośredniej z udziałem podmiotów podległych jednostkom samorządu terytorialnego (JST).

Obecnie przekształcenia formy organizacyjno-prawnej szpitali publicznych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – SP ZOZ) w spółki prawa handlowego dokonywane są na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej z 2011 r. [Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.]. Przepisy ww. ustawy znacznie uprościły procedury związane z komercjalizacją szpitali¹, niemniej jednak podkreślić należy, iż proces ten zainicjowany został już w poprzedniej dekadzie² na drodze oddolnych inicjatyw JST [MZ, 2010]. Komercjalizacja szpitali publicznych stanowić może pierwszy etap na drodze do ich prywatyzacji, niemniej jednak są to dwa odrębne procesy. O ile aktualnie obowiązujące przepisy zawierają swego rodzaju zachęty (m.in. bodźce finansowe), mające na celu skłonić organy założycielskie do komercjalizacji szpitali publicznych [Horosz, 2012, s. 42-58], o tyle kwestia ich prywatyzacji pozostaje indywidualną i niezależną decyzją podmiotu tworzącego. Kluczowe znaczenie ma tutaj (przedstawiona w dalszej części opracowania) kwestia skutków procesu prywatyzacji szpitali: bezpośrednich (dla podmiotu) i pośrednich (dla systemu).

Analizując istotę procesów komercjalizacji i prywatyzacji w sektorze ochrony zdrowia, nie sposób nie odnieść się do często spotykanego w literaturze – definiowania ich jako nieodłącznych elementów i/lub etapów działań decentralizacyjnych [Salman, 2007, s. 246; WHO, 1997, s. 49]. Szeroko definiowana decentralizacja oznacza tu transfer odpowiedzialności oraz zdolności decyzyjnej w odniesieniu do zarządzania, finansowania, wytwarzania oraz zabezpieczenia dostępności usług zdrowotnych z poziomu centralnego na niższy szczebel³. Prywatyzacja zaś wykracza poza prosty transfer własności z sektora publicznego do prywatnego. Zdaniem części autorów, prywatyzacja jest bowiem zbiorem mechanizmów mających na celu nie tylko zachęcenie sektora prywatnego do aktywnego uczestnictwa w finansowaniu i dostarczaniu usług publicznych, lecz obejmuje także wprowadzanie w tym obszarze zasad zarządzania charakterystycznych dla sektora prywatnego (koncepcja tzw. Nowego Zarządzania Publicznego) [Salman, 2007, s. 246; WHO, 2006, s. 910]. Zwolennicy szerokiego definiowania procesu prywatyzacji obrazują go jako kontinuum czterech etapów – począwszy od wewnętrznej transformacji zasad organizacji i zarządzania publicznymi placówkami opieki zdrowotnej z naciskiem na wprowadzanie elementów właściwych dla przedsiębiorstw prywatnych (komercjalizacji), poprzez rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) i outsourcing, aż do właściwej prywatyzacji bezpośredniej [Salman, 2007, s. 247]. Rozważania te są o tyle istotne, iż obecnie w warunkach polskich zarówno outsourcing (w tym także działalności medycznej), jak i inicjatywy z zakresu PPP mają zastosowanie do sektora usług stacjonarnej opieki zdrowotnej [Lewandowska, 2010, s. 111; KDG, 2012, s. 26-27].

W warunkach polskiego sektora kluczowe jest również odróżnienie prywatyzacji ze względu na kryterium prawno-organizacyjne (status i własność jednostki) oraz kryterium finansowe (skąd pochodzą środki). Niestety, brak jest ogólnodostępnych danych obrazujących udział

środków publicznych (kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia – NFZ) w przychodach ogółem jednostek sprywatyzowanych. Zgodnie z raportem NFZ, w latach 2009-2011 udział wartości kontraktów w rodzaju 'leczenie szpitalne' zawartych z podmiotami niepublicznymi wzrósł z 7,38 do 9,15% całkowitej wartości zawartych w tym zakresie umów z publicznym płatnikiem [NFZ, 2012, s. 9]. Szacuje się również, iż roku 2011 ponad 75% szpitali niepublicznych posiadało podpisany kontrakt z NFZ [PMR, 2012, s. 61]. Dowodzi to, iż w odniesieniu do sektora szpitalnictwa, charakteryzującego się wysokimi kosztami świadczonych usług, kluczowe dla utrzymania się na rynku pozostaje finansowanie publiczne, niezależnie od formy własności [Dubas, 2010, s. 147].

Skala zjawiska komercjalizacji i prywatyzacji w sektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce

Stacjonarną opiekę zdrowotną najczęściej definiuje się jako całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską świadczoną w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej [GUS, 2013]. Ustawa o działalności leczniczej [Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.] określa, że ten rodzaj działalności leczniczej obejmuje zarówno świadczenia szpitalne, jak i szereg innego rodzaju usług zdrowotnych, obejmujących m.in. świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne oraz pomoc psychologiczną i społeczną dla osób w stanie terminalnym. Oznacza to, iż do podmiotów sektora opieki stacjonarnej, obok szpitali, zaliczamy również m.in. ośrodki rehabilitacyjne, sanatoria, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze. Tabela 1 przedstawia, bazujące na międzynarodowej klasyfikacji dostawców dóbr i usług z zakresu ochrony zdrowia (ICHA-HP), statystyki liczby podmiotów funkcjonujących w sektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce wg stanu na początek roku 2013.

Skalę zjawiska komercjalizacji w sektorze opieki stacjonarnej pokazuje udział podmiotów publicznych i niepublicznych. Podmioty publiczne funkcjonują w większości w formie SP ZOZ, a ich właścicielami (organami założycielskimi, podmiotami tworzącymi) są: ministrowie, centralne organy administracji rządowej, wojewodowie, jednostki samorządu terytorialnego, publiczne uczelnie medyczne oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Podmioty niepubliczne natomiast funkcjonują w formie spółek, a ich właścicielami są przede wszystkim: osoby fizyczne lub prawne (krajowe i zagraniczne), pracodawcy, fundacje, związki zawodowe, samorządy zawodowe, stowarzyszenia, kościoły, związki wyznaniowe czy też spółki niemające osobowości prawnej. Klasyfikacja ta obowiązuje w oficjalnych statystykach, począwszy od lat 90. i pomimo iż jest przydatna to oceny skali zjawiska komercjalizacji szpitali publicznych – nastręcza wiele trudności w kontekście oceny stopnia ich prywatyzacji. Otóż w grupie szpitali niepublicznych znajdują się także świadczeniodawcy funkcjonujący w formie spółek kapitałowych, w których jednostki samorządu terytorialnego mają całościowy lub większościowy udział. Jednostki te często określane są mianem „niepublicznych

Tab. 1. Podmioty sektora stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce wg stanu na styczeń 2013 r.

Kod wg ICHA-HP	Rodzaj podmiotu	Całkowita liczba podmiotów	W tym		Udział %	
			publiczne	niepubliczne	publiczne	niepubliczne
HP.1.1	Szpitala wielospecjalistyczne	753	466	287	62	38
HP.1.2	Szpitala psychiatryczne i odwykowe	164	84	80	51	49
HP.1.2.1	Całodobowe ośrodki leczenia odwykowego i psychiatrycznego	89	31	58	35	65
HP.1.3	Szpitala jednospecjalistyczne (inne niż psychiatryczne i odwykowe)	323	102	221	32	68
HP.1.4	Sanatoria	183	20	163	11	89
HP.1.5	Zakłady rehabilitacji leczniczej	74	17	57	23	77
HP.1.6	Zakłady udzielające świadczeń jednodniowych	604	63	541	10	90
HP.1.7	Szpitala uzdrowiskowe	36	8	28	22	78
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej	535	186	349	35	65
HP.2.1	Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze (inne niż psychiatryczne)	417	157	260	38	62
HP.2.2	Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne	45	26	19	58	42
HP.2.3	Ośrodki opiekuńcze dla osób starszych	30	0	30	0	100
HP.2.4	Hospicja stacjonarne	89	20	69	22	78
HP.2.9	Pozostałe zakłady opiekuńcze	38	2	36	5	95

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, www.rpwdl.csioz.gov.pl, data dostępu 14.01.2013 r.

samorządowych”, przez co już sama nazwa, poprzez zestawienie dwóch niejako przeciwstawnych pojęć, wzbudzać może liczne kontrowersje. Z jednej strony ‘niepubliczny’, gdyż obowiązujące regulacje prawne zawierają zamknięty katalog form organizacyjno-prawnych, w jakich funkcjonować może publiczny świadczeniodawca usług zdrowotnych – i nie ma w nim wymienionej spółki kapitałowej. Z drugiej zaś strony ‘samorządowy’, a więc przynależny do elementu administracji publicznej. Niestety, brak jest kompleksowych danych statystycznych pokazujących udział podmiotów – spółek kapitałowych z całościowym lub większościowym udziałem JST, w liczbie szpitali niepublicznych ogółem.

Zgodnie z danymi Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wg stanu na styczeń 2013 roku, publiczne jednostki stacjonarnej opieki zdrowotnej stanowiły większość jedynie w obszarze szpitali wielospecjalistycznych, szpitali psychiatrycznych i odwykowych oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym (odpowiednio 62%, 51% i 58% liczby jednostek ogółem). W przypadku wszystkich pozostałych rodzajów podmiotów opieki stacjonarnej dominowały jednostki niepubliczne. Największy udział podmiotów niepublicznych w liczbie podmiotów ogółem (powyżej 65%) zaobserwować można było w przypadku: szpitali jednospecjalistycznych (68%), sanatoriów (89%), zakładów rehabilitacji leczniczej (77%), zakładów udzielających świadczeń jednodniowych (90%), szpitali uzdrowiskowych (78%), ośrodków opiekuńczych dla osób starszych (100%), hospicjów stacjonarnych (78%) i pozostałych zakładów opiekuńczych (95%).

Na uwagę zasługuje 65% udział podmiotów niepublicznych wśród ogółu stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej (kod HP.2). Ten

podsektor opieki stacjonarnej dynamicznie się rozwija (co jest niezwykle ważne w kontekście przemian demograficznych – wzrostu odsetka osób starszych i w konsekwencji zapotrzebowania na tego rodzaju usługi), a nieodłącznym elementem wzrostu liczby podmiotów jest postęp procesów komercjalizacji i prywatyzacji (zwłaszcza prywatyzacji założycielskiej). Liczba samych tylko zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (kod HP.2.1) wzrosła pomiędzy rokiem 1999 a 2013 z 115 do 417 podmiotów. Na przestrzeni zaś ostatnich 4 lat: pomiędzy rokiem 2009 a 2013 udział podmiotów niepublicznych w liczbie jednostek ogółem wzrósł z 56 do 62%. W przypadku stacjonarnych hospicjów natomiast, w okresie 2009 – 2013 nastąpił wzrost liczby jednostek o 30 podmiotów (z 59 do 89 ogółem), przy czym 24 z nowo powstałych jednostek to podmioty niepubliczne.

W przypadku szpitali (stanowiących podstawowy element opieki stacjonarnej) można podjąć próbę oszacowania skali zjawiska prywatyzacji pośredniej m.in. na podstawie informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją JST w latach 1999–2010 [MZ, 2011]. Jednostki samorządu terytorialnego są organami założycielskimi/właścicielami zdecydowanej większości szpitali w Polsce. We wspomnianym okresie przekształceniu w spółkę kapitałową uległo 114 szpitali publicznych, z czego w odniesieniu do 72 jednostek, tj. 63% skomercjalizowanych szpitali (wg stanu na koniec 2010 r.), właścicielem większości lub całości udziałów pozostał podmiot publiczny (JST). Oznacza to, iż w ślad za komercjalizacją szpitali samorządowych ich prywatyzacja nastąpiła w odniesieniu do 37% podmiotów. Właściwe dane prezentują tabele 2 i 3.

Tab. 2. Udział podmiotów sprywatyzowanych w liczbie szpitali skomercjalizowanych drogą decyzji JST w latach 1999 - 2010, wg województw (stan na 31.12.2010)

Województwo	Liczba szpitali przekształconych ogółem	Forma nowo powstałego szpitala				
		spółka kapitałowa z udziałem samorządu			Spółka bez udziału JST	
		100%	>50%	<50%		
1	dolnośląskie	24	13	0	2	9
2	kujawsko-pomorskie	12	5	2	4	1
3	lubelskie	2	1	0	0	1
4	lubuskie	9	3	1	1	4
5	łódzkie	5	5	0	0	0
6	małopolskie	6	2	0	1	3
7	mazowieckie	5	5	0	0	0
8	opolskie	6	5	0	0	1
9	podkarpackie	1	1	0	0	0
10	podlaskie	1	1	0	0	0
11	pomorskie	8	6	1	0	1
12	śląskie	18	7	0	2	9
13	świętokrzyskie	2	1	0	0	1
14	warmińsko-mazurskie	5	5	0	0	0
15	wielkopolskie	7	6	0	0	1
16	zachodniopomorskie	3	2	0	0	1
	Ogółem	114	68	4	10	32

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2011 r., s. 18-35

Tab. 3. Udział podmiotów sprywatyzowanych w liczbie szpitali skomercjalizowanych drogą decyzji JST w latach 1999-2010, ogółem (stan na 31.12.2010)

Forma prawna	Liczba jednostek	Udział w liczbie szpitali skomercjalizowanych
Spółka kapitałowa z udziałem JST = 100%	68	59,65%
Spółka kapitałowa z udziałem JST > 50%	4	3,51%
Spółka kapitałowa z udziałem JST < 50%	10	8,77%
Spółka bez udziału JST	32	28,07%
Suma	114	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją JST w latach 1999-2010, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011, s. 18-35

Zdecydowana większość skomercjalizowanych w latach 1999 - 2010 szpitali samorządowych przyjęła formę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (102 na 114 przekształconych podmiotów). W odniesieniu do 68 jednostek samorząd pozostał właścicielem 100% udziałów, a w przypadku 4 szpitali zachował udział większościowy. Według stanu na koniec 2010 r. sprywatyzowane zostały 42 szpitale, przy czym w odniesieniu do 10 samorząd pozostał właścicielem mniejszości udziałów w spółce,

natomiast w przypadku 32 szpitali właścicielem zostały podmioty prywatne (inwestorzy prywatni i/lub spółki pracownicze). Obok prywatyzacji pośredniej w polskim sektorze szpitalnictwa można zaobserwować w ostatnich latach również coraz liczniejsze przykłady prywatyzacji założycielskiej. Przykładem może tu być stopniowe wchodzenie na rynek zagranicznych inwestorów - otwierane w ostatnich latach szpitale grup Medicover (<http://www.medicover.pl>), czy Swissmed (<http://www.swissmed.com.pl>). Według stanu na dzień 31.12.2010 funkcjonowało w Polsce 795 szpitali ogólnych, w tym 509 publicznych i 286 niepublicznych. W grupie szpitali publicznych zdecydowaną większość, bo 450 jednostek, stanowiły SP ZOZ-y, dla których organem założycielskim były samorządy [MZ, 2011, s. 101]. Przyjmując założenie, iż szpitale przekształcone drogą decyzji JST w latach 1999-2010 należały do grupy szpitali ogólnych, można oszacować, iż rzeczywista skala prywatyzacji w odniesieniu do szpitali ogólnych, mierzona liczbą podmiotów, wynosiła 26,95% (rys. 2).

$$\text{Skala prywatyzacji sektora szpitalnictwa} = \frac{\text{Lb. szpitali niepublicznych (286)} - \text{Lb. jednostek skomercjalizowanych z udziałem JST > 50\% (72)}}{\text{Lb. szpitali ogółem (795)}}$$

Rys. 2. Oszacowanie skali prywatyzacji szpitali mierzonej liczbą jednostek

Źródło: opracowanie własne

Identyczna formuła powinna być zastosowana do oceny skali prywatyzacji mierzonej liczbą łóżek – niestety brak jest adekwatnych danych w tym zakresie.

Skutki bezpośrednie i pośrednie komercjalizacji i prywatyzacji szpitali publicznych w Polsce

Skutki procesów komercjalizacji i prywatyzacji podmiotów stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce zaprezentowane zostaną na przykładzie sektora szpitalnictwa. Skutki te sklasyfikować można na bezpośrednie – odnoszące się do konkretnych podmiotów (skala mikro) oraz pośrednie – dotyczące sektora (skala makro).

Tab. 4. Skutki komercjalizacji i prywatyzacji szpitali publicznych w Polsce

Bezpośrednie - skala mikro	Pośrednie - skala makro
<ul style="list-style-type: none"> • zmiana modelu zarządzania • nabycie zdolności upadłościowej • rozwój działalności komercyjnej-napływ zewnętrznego kapitału (w przypadku prywatyzacji) • możliwa poprawa efektywności technicznej i kosztowej 	<ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie roli złożonych publiczno-prywatnych struktur • postęp zjawiska prywatyzacji zadań publicznych • ryzyko pogorszenia dostępności usług (pogorszenie efektywności alokacyjnej)

Źródło: opracowanie własne

Wśród **bezpośrednich skutków** przekształcenia podmiotu funkcjonującego w formie SP ZOZ w spółkę kapitałową na pierwszym miejscu wymienić należy diametralną zmianę uwarunkowań prawnych. Skomercjalizowane szpitale podlegają zapisom Kodeksu spółek handlowych [Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037 z późn. zm.] oraz Prawa upadłościowego i naprawczego [Dz.U. 2003, Nr 60, poz. 535 z późn. zm.]. Szpitale – spółki posiadają również status „przedsiębiorcy”, stąd właściwe są dla nich także uregulowania ustawy o działalności gospodarczej [Dz.U. 2004, Nr 173, poz. 1807 z późn. zm.].

Zmiana uwarunkowań prawnych pociąga za sobą zmianę modelu zarządzania oraz zakresu odpowiedzialności kadry kierowniczej. Członkowie zarządu spółki kapitałowej ponoszą odpowiedzialność za swoje działania i zaniechania, w tym także odpowiedzialność za zobowiązania spółki. Ma to kluczowe znaczenie dla kwestii zadłużania się szpitali. Komercjalizacja szpitala publicznego powoduje nabycie przez niego zdolności upadłościowej, której jako SP ZOZ nie posiadał [Horosz, 2012, s. 32]. Dla kadry kierowniczej oznacza to potrzebę rygorystycznej kontroli sytuacji finansowej. Zgodnie z zapisami Kodeksu spółek handlowych [Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037 z późn. zm.], niezłożenie przez

członka zarządu wniosku o ogłoszenie upadłości niewypłacalnej spółki jest przestępstwem podlegającym karze grzywny, ograniczenia albo pozbawienia wolności lub zakazu prowadzenia działalności gospodarczej. Dodatkowo członkowie zarządu niewypłacalnej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością mogą być wezwani do zapłaty długów spółki drogą egzekucji z ich majątku prywatnego (aby uchronić się od odpowiedzialności majątkowej we właściwym czasie – tj. 14 dni od wystąpienia sytuacji niewypłacalności, muszą zgłosić wnioski o upadłość lub postępowanie układowe). Zmiana zakresu odpowiedzialności kadry kierowniczej skomercjalizowanych szpitali publicznych niejako wymusza większy nacisk na kontrolę sytuacji finansowej (w szczególności kwestię terminowego regulowania zobowiązań) oraz potrzebę ograniczania kosztów.

Możliwość ogłoszenia upadłości skomercjalizowanego szpitala pociąga za sobą również zmianę w relacjach z kontrahentami. Dostawcy leków, sprzętu czy usług na rzecz szpitala bardziej elastycznie podchodząc będą do kwestii negocjacji płatności należnych od SP ZOZ, gdyż nie grozi im tu utrata wiarygodności w przypadku ogłoszenia przez szpital upadłości. Istotne jest również, iż wniosek o upadłość złożyć może sam wierzyciel, a postępowanie upadłościowe obejmować może likwidację majątku szpitala celem zabezpieczenia wiarygodności.

Do bezpośrednich skutków komercjalizacji szpitali publicznych należy także możliwość świadczenia przez te jednostki usług komercyjnych (w przypadku SP ZOZ funkcjonuje prawny zakaz odpłatnego świadczenia usług na rzecz osób ubezpieczonych). Rozwój działalności komercyjnej wymusza na szpitalach spółkach zdefiniowanie przejrzystych zasad organizacji pracy, tak aby udzielanie świadczeń komercyjnych w żadnym stopniu nie ograniczało dostępności do usług w ramach kontraktu z publicznym płatnikiem. Niezwykle ważne są tu także kwestie rozwoju strategii marketingowej oraz działań z zakresu PR (*public relations*) celem pozyskania klientów komercyjnych i wzmocnienia pozycji konkurencyjnej szpitala.

Funkcjonowanie szpitala publicznego w formie spółki pociąga za sobą również możliwość odsprzedaży większości i/lub całości udziałów na rzecz inwestorów prywatnych, a więc zmianę struktury własnościowej szpitala. Zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej [Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.], tylko w przypadku szpitali uniwersyteckich istnieje obowiązek zachowania przez podmiot publiczny własności co najmniej 51% udziałów w skomercjalizowanym szpitalu. Napływ zewnętrznego kapitału (z tytułu sprzedaży udziałów) jest bezpośrednim i niewątpliwie pozytywnym efektem prywatyzacji szpitali. Co do charakteru pozostałych skutków opinie ekspertów, jak też wyniki międzynarodowych badań są bardzo zróżnicowane. Sam proces prywatyzacji niejednokrotnie utożsamiany jest z poprawą efektywności, wzrostem nakładów inwestycyjnych i/lub wprowadzaniem innowacji [Kikeri, 1992, s. 1]. Wielu badaczy prezentuje dowody



świadczące o polepszeniu efektywności technicznej i/lub kosztowej sprywatyzowanych szpitali [Green-shields, 2000, s. 21; Savas, 1987, s. 125-126; Stiglitz, 1988, s. 194; Vickers, 1988, s. 39, 44]. Jednocześnie szereg badań dowodzi, iż to szpitale publiczne oraz prywatne typu non-profit zapewniają lepszy dostęp do usług opieki zdrowotnej (oferują szerszy zakres świadczonych usług) oraz w większym stopniu angażują się w cele społeczne (np. edukację medyczną) w porównaniu do podmiotów prywatnych typu for-profit [Morris, 2011, s. 144; WHO, 2006, s. 891]. Ocena bezpośrednich skutków prywatyzacji szpitali publicznych wymaga więc przeprowadzenia kompleksowej analizy wielopłaszczyznowej, uwzględniającej wskaźniki efektywności kosztowej, technicznej i alokacyjnej, jak również poziom jakości usług oraz stopień zaangażowania w realizację celów społecznych.

Do **pośrednich skutków** procesu komercjalizacji i prywatyzacji sektora szpitalnictwa (a więc widocznych na poziomie systemowym – w skali makro) zaliczyć można m.in. zwiększenie roli złożonych, publiczno-prywatnych struktur. Decyzja o prywatyzacji publicznego szpitala samorządowego ma charakter niezależnej, oddolnej inicjatywy JST, która nie jest ‘widoczna’ m.in. w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (stąd brak statystyk ogólnokrajowych). W polskim systemie funkcjonują szpitale publiczne, całkowicie prywatne oraz spółki, w których podmiot publiczny (JST) posiada mniejszościowy, większościowy lub całościowy udział. Jednocześnie, niezależnie od charakteru własności jednostek szpitalnych, na podmiotach publicznych (w tym samorządach) spoczywa obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych [Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.]. Dodatkowo, niezależnie od statusu właścicielskiego podmiotów, kontrakt z publicznym płatnikiem pozostaje dominującym źródłem finansowania usług szpitalnych. W efekcie jednoznaczne wyznaczenie granicy pomiędzy częścią prywatną a publiczną może być bardzo trudne.

Część badaczy, odnosząc się do postępu procesów komercjalizacji i prywatyzacji stacjonarnej opieki zdrowotnej, określa to zjawisko mianem tzw. prywatyzacji zadań publicznych, która w tym kontekście definiowana jest jako wycofywanie się państwa z udziału w ochronie zdrowia i jednocześnie powstawanie alternatywnych sposobów zaspokajania potrzeb zdrowotnych [Biernat, 1994, s. 27]. Prywatyzacja zadań publicznych oznacza tu proces zwiększania udziału w systemie zdrowotnym prywatnych świadczeniodawców zapewniających opiekę zdrowotną. Ograniczenie stopnia zaangażowania sektora publicznego w podaży i finansowaniu ochrony zdrowia wymuszone jest zarówno przez limity możliwości finansowych publicznego płatnika, jak i nieustannie rosnący popyt społeczeństwa na świadczenia zdrowotne o natychmiastowej dostępności i wysokiej jakości. Jednocześnie znaczny udział jednostek prywatnych w relacji do publicznych w strukturze systemu ochrony zdrowia może być postrzegany jako przejaw unikania

odpowiedzialności za wywiązywanie się z zadań przyzanych konstytucyjnie sektorowi publicznemu.

Podstawowe zagrożenie wynika z nastawienia sprywatyzowanych podmiotów na zysk związane jest z przejęciem przez sektor prywatny najbardziej atrakcyjnych (czyt. dochodowych) części rynku medycznego, jak również najbardziej atrakcyjnych (tj. generujących niskie koszty opieki) pacjentów. W przypadku szpitali może się to przejawiać likwidacją oddziałów, na których pobyt pacjenta generuje wysokie koszty, których wartość nie jest pokrywana wyceną oferowaną przez publicznego płatnika. W takiej sytuacji to jednostki publiczne zostaną obciążone bardziej kosztochłonnymi i nierentownymi usługami. Zjawisko to w literaturze określane jest nazwą „spijania śmietanki” [Sowada, 2013, s. 93] z rynku i wraz ze wzrostem udziału podmiotów prywatnych może doprowadzić do pogorszenia efektywności alokacyjnej sektora szpitalnictwa (tj. poziomu dostępności usług).

Podsumowanie

stota procesów komercjalizacji i prywatyzacji może być rozpatrywana z odmiennych perspektyw i na różnych poziomach szczegółowości. Niezależnie jednak od przyjętych definicji i założeń teoretycznych niezaprzeczalny jest fakt zwiększania roli sektora prywatnego w wytwarzaniu usług zdrowotnych w systemach ochrony zdrowia większości krajów. W rezultacie mamy do czynienia z coraz większą złożonością określanych jako ‘publiczno-prywatne’ struktur (*public-private mix*), a klarowne wyznaczenie granicy pomiędzy częścią publiczną a prywatną może nastroczać trudności (np. prywatna własność versus publiczne finansowanie i odpowiedzialność). Kluczowego znaczenia nabiera tym samym potrzeba wprowadzenia mechanizmów umożliwiających sprawne sterowanie (*stewardship*) tak złożonym i wielowymiarowym systemem [Lagomarsino, 2009 s. 18; WHO, 2006, s. 912]. Rola państwa polegać powinna na stworzeniu ram systemowych nadających procesom komercjalizacji i prywatyzacji pożądany kształt oraz stwarzać mechanizmy wspierające ich przebieg tam, gdzie jest to uzasadnione dobrem pacjentów i społeczeństwa. System taki powinien wspierać skutki pozytywne (np. polepszenie efektywności kosztowej, wzrost nakładów inwestycyjnych) oraz minimalizować możliwe skutki negatywne (np. pogorszenie dostępności usług).

W warunkach polskich pierwszym krokiem powinno być stworzenie systemu monitoringu i oceny skutków procesów komercjalizacji i prywatyzacji. W świetle przedstawionych w ramach niniejszego artykułu problemów definicyjnych i braku odpowiednich danych statystycznych za priorytetowe należy uznać stworzenie właściwej formuły prawnej dla szpitali spółek z całościowym i/lub większościowym udziałem JST. Wzorem innych krajów należałoby rozważyć wprowadzenie rozróżnienia szpitali niepublicznych na jednostki for-profit i non-profit [Golinowska, 2013, s. 776]. System

monitoringu i oceny skutków przekształceń w ramach sektora szpitalnictwa powinien umożliwiać kompleksową ocenę: od wskaźników efektywności kosztowej pojedynczych podmiotów, poprzez problematykę jakości świadczeń, po ocenę efektywności alokacyjnej na poziomie regionu/kraju. Dotychczas w ramach ww. obszaru tematycznego opublikowano wyniki kilku badań, m.in. analizę Najwyższej Izby Kontroli, oraz opracowanie PWC Sp. z o.o. we współpracy z Instytutem Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarzkiego [NIK, 2011, s. 1-70; PWC, 2013, s. 1-58], jednakże nie były to analizy kompleksowe (oceniano w nich wybrane obszary skutków komercjalizacji szpitali publicznych bez uwzględnienia zakresu prywatyzacji pośredniej i założycielskiej).

Dostępność do odpowiednich informacji stanowi warunek wstępny do zapewnienia realizacji funkcji regulacyjnych na poziomie regionów i kraju. Chodzi tu o utworzenie sieci placówek opieki stacjonarnej, w której wprowadzone zostaną elementy koordynacji rozmieszczenia zasobów, oceny kosztochłonności, jakości i dostępności świadczeń, a status właścicielski jednostek będzie miał znaczenie marginalne.

dr Katarzyna Dubas
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu
e-mail: katarzyna.dubas@uj.edu.pl

dr Przemysław Szetela
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
Wydział Finansów
e-mail: przemekszetela@wp.pl

Przypisy

- 1) Komercjalizacja nie wymaga już uciążliwej formy likwidacji przekształcanego podmiotu. Nowo powstała spółka staje się następcą prawnym dotychczasowego SP ZOZ-u i automatycznie wchodzi we wszystkie prawa i obowiązki przekształcanego podmiotu, m.in. przejmuje zobowiązania i wierzycielności przekształconego podmiotu (sukcesja generalna). Dla pracowników istotny jest fakt, iż z dniem przekształcenia dotychczasowi pracownicy stają się z mocy prawa pracownikami nowo utworzonej spółki [Horosz, 2011, s. 43].
- 2) Pierwszy szpital funkcjonujący w formie spółki kapitałowej ze 100% udziałem jednostki samorządu terytorialnego powstał po uprzedniej likwidacji SP ZOZ, zaczął funkcjonować w 2000 r. (Pro-Medica w Elku Sp. z o.o. – szpital powstały po uprzedniej likwidacji SP ZOZ w Elku decyzją Rady Powiatu) [MZ, 2011, s. 21].
- 3) W zależności od rodzaju relacji występujących pomiędzy organem przekazującym zadania i kompetencje a tym przyjmującym je proces decentralizacji może następować w drodze: delegacji, dewolucji bądź dekoncentracji [Dubas, 2010, s. 138].

Bibliografia

- [1] BIERNAT S., *Prywatyzacja zadań publicznych: problematyka prawna*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1994.
- [2] DUBAS K., *Szpitalnie niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz znaczenie w systemie lecznictwa*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Wydawnictwo UJ, tom VIII, nr 1/2010.
- [3] GOLINOWSKA S., *Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia i reformy systemu ochrony zdrowia*, „Ekonomista” 2013, 6.
- [4] GREENSHIELDS G., *Cele i strategie prywatyzacji opieki szpitalnej w Polsce*, Bywater Consulting, Warrington 2000.
- [5] *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej*, http://www.stat.gov.pl/gus/definicje_PLK_HTML.htm?id=POJ-6125.htm, data dostępu 09.12.2013 r.
- [6] HOROSZ P., *Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego*, Wydawnictwo ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- [7] HOROSZ P. (red.), *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, Wydawnictwo ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- [8] KANCELARIA DORADZTWA GOSPODARCZEGO CIEŚLAK & KORDASIEWICZ, *Raport – partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2012.
- [9] KIKERI S., NELLIS J., SHIRLEY M., *Privatization: The Lesson of Experience*, World Bank, Washington 1992.
- [10] LAGOMARSINO G., NACHUK S., KUNDRA S.S., *Public Stewardship of Private Providers in Mixed Health Systems*, Rockefeller Foundation, Washington 2009.
- [11] LEWANDOWSKA H., *Outsourcing – model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
- [12] MORRIS S., DEVLIN N., PARKIN D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- [13] MZ, *Biuletyny Statystyczne*, Warszawa 2000-2013.
- [14] MZ, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją JST w latach 1999-2010*, Warszawa 2011.
- [15] NIK, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010*, Warszawa 2011.
- [16] NFZ, *Kompleksowa analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2011 w rodzaju: lecznictwo szpitalne na terenie całej Polski*, Warszawa 2012.
- [17] PMR, *Rynek szpitali niepublicznych w Polsce 2012, Analiza porównawcza województw i perspektywy rozwoju*, Warszawa 2012.
- [18] PWC Sp. z o.o., *Ustawa o działalności leczniczej – podsumowanie dwóch lat funkcjonowania. Próba oceny skutków regulacji*, Warszawa 2013.
- [19] SALMAN R.B., BANKAUSKAITE V., VRANGBAEK K. (red.), *Decentralization in Health Care, Strategies and Outcomes*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, WHO 2007.
- [20] SAVAS E.S., *Privatisation: The Key to Better Government*, Chatham House 1987.



- [21] SOWADA CH., *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2013.
- [22] STIGLITZ J.E., *Economics of the Public Sector*, W.W. Norton, New York 1988.
- [23] USTAWA z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych (Dz.U. 1996, Nr 118, poz. 561 z późn. zm.).
- [24] USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
- [25] USTAWA z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037 z późn. zm.).
- [26] USTAWA z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz.U. 2003, Nr 60, poz. 535 z późn. zm.).
- [27] USTAWA z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2004, Nr 173, poz. 1807 z późn. zm.).
- [28] USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
- [29] VICKERS J., YARROW G., *Privatisation: An Economic Analysis*, MIT Press, 1988.
- [30] WHO, Regional Publications, European Series no 72, *European Health Care Reform – analysis of Current Strategies*, Copenhagen 1997.
- [31] WHO, *Bulletin of the World Health Organization 2006*; 84:890-913, Geneva 2006.

Commercialization and Privatizations of Inpatient Health Care in Poland - the Processes' Scope and Consequences

Summary

The aim of the article is to assess the consequences of the commercialization and privatization of the inpatient health care units in Poland. In the first part the analysis of the terms 'commercialization and privatization' definitions in the health care context was presented. The scope of the commercialization was assessed based on the number of public and non-public units within all categories of the inpatient care of the international classification for health accounts – health providers (ICHA-HP). Analysis of the privatization scope was performed based on available data for hospital sector. The consequences of the commercialization and privatization of the hospital units were divided into direct (at the micro scale) and indirect (at the macro scale). The article summary contains some basic recommendations for the future system-level activities.

Keywords

commercialization, privatization, inpatient care, hospitals
