

Tomasz

Komercjalizacja i prywatyzacja szpitali w perspektywie dostarczania świadczeń zdrowotnych

Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias 8, 143-157

2014

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.

Tomasz KARKOWSKI
Uniwersytet Łódzki

Komercjalizacja i prywatyzacja szpitali w perspektywie dostarczania świadczeń zdrowotnych

Synopsis: Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jest jednym z elementów, który kształtuje poczucie bezpieczeństwa socjalnego obywateli. W kontekście przeprowadzania procesów komercjalizacji i prywatyzacji szpitali należałoby uwzględnić, aby poprawa wzrostu efektywności nie nastąpiła kosztem pogorszenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, co pozwala wysnuć tezę, że obecne działania zmierzają w złym kierunku i mogą prowadzić do nadużywania dobra publicznego.

Po przeanalizowaniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej należałoby potwierdzić tezę, że ustawa zawiera liczne regulacje stanowiące realne zagrożenie dla równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na sytuację majątkową obywatela w rozumieniu art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Chodzi tu w szczególności o:

- brak w Polsce sieci szpitali, tym samym brak określenia minimalnej liczby podmiotów leczniczych, zabezpieczonej przez władze publiczne,
- brak określenia centralnego minimum odnośnie do liczby i rozmieszczenia podmiotów publicznych, przez co dostępność do publicznych podmiotów i określonych specjalności będzie uzależniona od lokalnych uwarunkowań,
- brak zapewnienia, że w danym regionie będzie dostępność do wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych,
- brak obligatoryjnych minimalnych norm i standardów, jakie powinny być zachowane w odniesieniu do liczby łóżek szpitalnych i personelu medycznego przypadającego na odpowiednią liczbę pacjentów,
- zapoczątkowanie niekontrolowanego procesu ograniczania liczby publicznych podmiotów leczniczych,
- możliwość komercjalizacji, a następnie całkowitej prywatyzacji szpitala,
- brak gwarancji zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego SPZOZ-u dalszych nieprzerwanych świadczeń zdrowotnych na danym terenie,
- możliwość pobierania opłat za świadczenia zdrowotne od pacjentów na poziomie podmiotu leczniczego mimo odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- niedostateczną ochronę spółek kapitałowych od ewentualnej upadłości.

Słowa kluczowe: komercjalizacja, prywatyzacja, dostępność, świadczenia opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jest jednym z elementów, który kształtuje poczucie bezpieczeństwa socjalnego obywateli. Najważniejszym źródłem prawa są przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.), która w art. 68 ust. 1 wskazuje fundamentalną zasadę dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia, zgodnie z którą każdemu przysługuje prawo do ochrony zdrowia. W ust. 2 tego artykułu wprowadzono normę określającą kwestię dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Według tego przepisu dostęp do wskazanych świadczeń ma być równy niezależnie od sytuacji materialnej obywatela, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa odrębna ustawa. Norma konstytucyjna zawierająca prawo do ochrony zdrowia odwołuje się jednocześnie do pojęcia świadczeń opieki zdrowotnej. Konstytucja RP przyznaje pewne specjalne uprawnienia określonym kategoriom podmiotów (dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku) [3].

Celem artykułu jest zaprezentowanie procesu przekształceń własnościowych szpitali w Polsce oraz analiza przepisów ustawy o działalności leczniczej pod kątem problemów z dostępem do niektórych świadczeń oraz braku ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku likwidacji szpitali.

W artykule zastosowano technikę badawczą *desk research*, polegającą na analizie już istniejących dostępnych danych pochodzących z aktów prawnych, danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

Sformułowane zostały następujące hipotezy badawcze:

- Ustawa o działalności leczniczej wprowadza brak poczucia stabilności w dostępie do świadczeń zdrowotnych w sytuacji likwidacji podmiotu leczniczego.
- Minister Zdrowia został pozbawiony uprawnienia związanego z realnym wpływem na kwestie dostępu do świadczeń zdrowotnych na terenie poszczególnych województw.
- Istnieją obawy o przygotowanie systemu ochrony zdrowia do sprostania wyzwaniom wynikającym z procesów demograficznych i sytuacji epidemiologicznej.
- W ustawie o działalności leczniczej wprowadzona została możliwość komercjalizacji, a następnie całkowitej prywatyzacji szpitali.

1. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Z przepisu art. 68 ust. 2 (w związku z ust. 3) Konstytucji RP można wyinterpretować zarówno normę gwarancyjną – nakładającą na władze publiczne obo-

wiązek stworzenia systemu opieki zdrowotnej, z jednej strony realizującego zasadę równości dostępu, z drugiej zaś zapewniającego wybranym podmiotom szczególną opiekę, jak i normę programową – wyznaczającą władzom publicznym określone zadania i nakazującą ustawodawcy działać w celu „zapewnienia równego dostępu”, ale również wynika z tego przepisu, że władze publiczne mają obowiązek w sposób stały dbać o zapewnienie równego dostępu, co oznacza przede wszystkim prowadzenie przez władzę wykonawczą czynności kontrolno-nadzorczych nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia – dalej NFZ – oraz świadczeniodawców (zarówno indywidualnych przedstawicieli zawodów medycznych, prowadzących regulowaną działalność gospodarczą, jak i podmiotów leczniczych niebędących i będących przedsiębiorcami, aptek, dostawców sprzętu medycznego itp.) [11].

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają również przepisy rozdziału 2 działu I ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) – dalej u.ś.o.z. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą.

Uszczegółowienie tych zadań i przypisanie ich konkretnym jednostkom samorządu terytorialnego i administracji rządowej zawierają przepisy art. 7–11 u.ś.o.z. Zadania własne gminy obejmują między innymi szeroko pojęte sprawy ochrony zdrowia oraz zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej (art. 7 ust. 1 pkt 5 i 16 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, tekst jedn.: Dz. U. 2013, poz. 594 z późn. zm.). Są to zadania użyteczności publicznej, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych. Promocja i ochrona zdrowia należy także do zadań zarówno powiatu, jak i samorządu województwa (art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, tekst jedn.: Dz. U. 2013, poz. 595 z późn. zm. oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, tekst jedn.: Dz. U. 2013, poz. 596 z późn. zm.) [20].

2. Brak zapewnienia stabilności w dostępności do doświadczeń zdrowotnych

Wbrew obietnicy wynikającej z uzasadnienia do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. 2013, poz. 217) – dalej u.d.l.,

a odnoszącej się do zapewnienia stabilności w dostępie do świadczeń zdrowotnych w sytuacji likwidacji podmiotu leczniczego, nie ma w obecnych przepisach gwarancji tego, co było ustalone w art. 43 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. 2007, nr 14, poz. 89 z późn. zm.) dalej – u.z.o.z., tj. obowiązku określenia sposobu i formy zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanej jednostki dalszego, nieprzerwanego udzielania takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości.

Ponadto nie najlepsza sytuacja finansowa NFZ może doprowadzić w niedalekiej przyszłości do ujemnych wyników finansowych podmiotów leczniczych działających w formie komercyjnych spółek, a wówczas pozostanie tylko ich upadłość lub sprzedaż udziałów albo akcji na otwartym rynku. Takie rozwiązanie stanowiłoby zagrożenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. W tym zatem sensie, oparcie się całego systemu ochrony zdrowia w kraju tylko lub w większości na podmiotach czysto prywatnych może zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. Mimo że Minister Zdrowia miał, jak wynika to z uzasadnienia ustawy, mieć odpowiednie instrumenty prawne do stworzenia „takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, który pozwoli na rzeczywistą realizację [...] świadczeń zdrowotnych”, to analiza u.d.l. pod kątem jego kompetencji pokazuje, że w efekcie niemal całkowicie pozbawiony został bezpośredniego wpływu na „bezpieczną” dla państwa liczbę funkcjonujących podmiotów leczniczych o publicznym charakterze oraz na jakość udzielanych świadczeń i liczbę profesjonalnego personelu medycznego koniecznego do utrzymania odpowiedniej dostępności do świadczeń zdrowotnych [3].

Minister Zdrowia został także pozbawiony uprawnień związanego z realnym wpływem na kwestie dostępu do świadczeń zdrowotnych na terenie poszczególnych województw, które wynikało z art. 36b u.z.o.z. Uprawnienie to polegało na odmowie wyrażenia zgody na likwidację lub przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej w przypadku, gdy zakład udzielał określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie było możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej [2].

W poprzednio obowiązującej u.z.o.z. na organ założycielski dokonujący likwidacji w oparciu o art. 43 tejże ustawy został nałożony obowiązek zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – dalej SPZOZ-u – dalszych nieprzerwanych świadczeń zdrowotnych, takich jak te, które zostały zlikwidowane (lub ograniczone), wynikający z potrzeby utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. W przypadku likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej ustawodawca przewidywał szczegółową procedurę, zgodnie z którą powinny przebiegać tego typu czynności. Wprowadzenie obostrzeń w zakresie likwidacji zakładów stanowić miało gwarancję, że osoby korzystające z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych nie zostaną pozbawione możliwości

dalszego z nich korzystania. Na „organ założycielski” dokonujący likwidacji nałożony był obowiązek zapewnienia tym osobom dalszych nieprzerwanych świadczeń zdrowotnych, takich jak te, które zostały zlikwidowane (lub ograniczone), a świadczenia „zastępcze” nie mogły być istotnie ograniczone w swojej dostępności, warunkach ich udzielania i jakości. Przewidziano również, że projekt uchwały lub rozporządzenia o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej będzie wymagał opinii wojewody oraz właściwych organów gminy i powiatu, których ludności zakład udzielał świadczeń zdrowotnych, a także sejmiku województwa, jeśli zasięg działania zakładu obejmował województwo lub jego znaczną część. Ponadto zakończenie działalności likwidowanego zakładu nie mogło nastąpić wcześniej niż 3 miesiące od podjęcia w tej sprawie decyzji (tj. wydania rozporządzenia lub podjęcia uchwały). Ponadto zgodnie z art. 60 u.z.o.z. ujemny wynik finansowy SPZOZ-u nie mógł być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione było celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie mógł przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością [2].

W ustawie o działalności leczniczej nie znalazł się przepis, który (na wzór art. 60 ust. 2 u.z.o.z.) zobowiązywałby organ założycielski dokonujący likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do zapewnienia osobom korzystającym z opieki likwidowanego podmiotu dalszych nieprzerwanych świadczeń zdrowotnych, takich jak te, które zostały zlikwidowane (lub ograniczone), co z dużym prawdopodobieństwem może oznaczać ukryty zamiar ustawodawcy do rozpoczęcia niekontrolowanego procesu ograniczania liczby publicznych podmiotów leczniczych przy jednoczesnym braku zabezpieczenia ustawowego w odniesieniu do wskazania liczby łóżek szpitalnych i ilości personelu medycznego na jednego pacjenta, jaki powinien być na minimalnym poziomie zabezpieczony przez władze publiczne. Mimo zapowiedzi uporządkowania systemowego w u.d.l. nie wprowadzono dla podmiotów leczniczych prowadzących szpitale obligatoryjnych minimalnych norm i standardów, jakie powinny być zachowane w odniesieniu do liczby łóżek szpitalnych i personelu medycznego przypadającego na odpowiednią liczbę pacjentów. Nie określono także, jakie prawa ma pacjent leczony w szpitalu i czy ma prawo do bezpłatnego korzystania z pomieszczeń i wyżywienia [3].

3. Brak sieci szpitali i gwarancji dostępności do niektórych specjalności

Ponadto nie powrócono do koncepcji sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych; podstawą tego wyodrębnienia było rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich pozio-

mów referencyjnych (Dz. U. nr 164, poz. 1193), uchylone przez ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. nr 45, poz. 391 z późn. zm.).

Mimo zauważania problemu niewłaściwej struktury łóżek na poziomie stacjonarnej opieki zdrowotnej, nadmiernej ilości łóżek krótkoterminowych w przypadku niektórych specjalności medycznych i jednocześnie niewystarczającej ilości łóżek długoterminowych nie uchwalono ustawy o sieci szpitali, która miała być wprowadzona w celu realizacji zadań państwa w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu optymalizacji wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej [16]. W konsekwencji może dojść do takiej sytuacji, że w danym regionie będziemy mieć do czynienia z niedoborami w jednych specjalnościach medycznych przy nadmiarach w innych, w stosunku do faktycznych potrzeb zdrowotnych ludności. Dodatkowo fakt ten powoduje obawy o przygotowanie systemu do sprostania wyzwaniom wynikającym z procesów demograficznych i sytuacji epidemiologicznej.

4. Proces komercjalizacji i prywatyzacji szpitali a realizacja obowiązków władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia

W listopadzie 2008 r., w reakcji na weto Prezydenta RP dotyczące niektórych ustaw zdrowotnych, m.in. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz przepisów wprowadzających ustawy z zakresu ochrony zdrowia, które zakładały przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, Rada Ministrów podjęła uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, czyli tzw. Planu B [14]. Ogłoszenie tego planu sprawiało wrażenie raczej desperackiej próby zatuszowania niepowodzenia, do jakiego doszło w procesie legislacyjnym, niż realnego otwierania przed zakładami i samorządami nowych możliwości [15]. Wobec powyższych działań komercjalizacja szpitali stała się jednym z ważniejszych elementów programu reform przed wyborami parlamentarnymi w październiku 2011. W związku z sukcesem wyborczym Platformy Obywatelskiej można założyć, że przekształcenia własnościowe szpitali będą kontynuowane, a tym samym udział niepublicznych łóżek szpitalnych wzrośnie. Perspektywa komercjalizacji szpitali budzi obawy o to, że nowo utworzone spółki będą dowolnie ograniczać zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Istotnym problemem funkcjonowania sektora zdrowotnego jest brak równowagi finansowej. Wiele szpitali publicznych boryka się z problemami narastającego zadłużenia. Propozycje rozwiązania tej kwestii poprzez przekształcenie

samodzielnych szpitali publicznych w spółki prawa handlowego, skutkujące komercjalizacją i prywatyzacją placówek, spotykały się ze zdecydowanym sprzeciwem, a także zostały mocno upolitycznione – z powodu obaw przed odpłatną opieką zdrowotną i ryzykiem pogorszenia dostępu do opieki dla najuboższych. Niemniej jednak ustawa o działalności leczniczej będzie prawdopodobnie miała wpływ na wzrost skłonności samorządów terytorialnych do przekształcania szpitali w spółki. W jakim stopniu komercjalizacja i prywatyzacja szpitali wpłyną na dostępność oraz jakość opieki zdrowotnej w Polsce, będziemy mogli się przekonać w niedalekiej przyszłości [4].

Z dniem 1 lipca 2011 r. ustawa o działalności leczniczej wprowadziła zupełnie nową możliwość przekształcania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, czyli spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółkę akcyjną. Przepisy ustawy w art. 70–82 określają tryb i zasady przekształcania SPZOZ-u w spółkę [1]. W związku z powyższym SPZOZ-y będą zastępowane przez podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych. Jednocześnie konstrukcja ta będzie stopniowo porzucana, ponieważ z dniem wejścia w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej nie mogą być tworzone nowe samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z wyjątkiem SPZOZ-ów powstałych w wyniku łączenia na zasadach określonych w ustawie (art. 204 ust. 1 u.d.l.). Należy podkreślić, że w wyniku przekształcania podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, czyli SPZOZ, uzyskuje status podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą. Alternatywą dla przekształcania SPZOZ-u, czyli zmiany jego formy organizacyjno-prawnej, jest jego likwidacja, o której może zdecydować podmiot tworzący, w sytuacji zaistnienia odpowiednich przesłanek finansowych. W przypadku gdy podmiot tworzący nie pokryje ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w art. 59 ust. 2 u.d.l., ma obowiązek w ciągu 12 miesięcy od upływu trzymiesięcznego terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej lub o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ustawa o działalności leczniczej opiera procedurę przekształcania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę na zasadzie dobrowolności, a nie obligatoryjności, co oznacza, że nie wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej będą musiały się przekształcać, i takie rozwiązanie należy uznać za słuszne. Z założenia, forma spółki kapitałowej powinna usprawnić i ułatwić funkcjonowanie podmiotu leczniczego na rynku, jednakże sama zmiana formy prawnej nie zniweluje błędów osób zarządzających podmiotami leczniczymi i dysydentów systemu ochrony zdrowia [12], nie uchroni również spółek od ewentualnej upadłości, którą to zdolność uzyskały w przeciwieństwie do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Obecny stan prawny podobny jest do rozwiązań zaproponowanych w pakiecie ustaw zdrowotnych z 2008 r., w którym zaproponowano mechanizm przekształcania polegający na „płynnym” przejściu z formy SPZOZ do spółki kapita-

łowej przy utrzymaniu ciągłości działalności szpitala ([7], s. 138). Jest to tzw. komercjalizacja bezlikwidacyjna, której ustawowe uregulowanie ma zarówno znaczenie praktyczne, jak i systemowe, związane z zalegalizowaniem tego rodzaju komercjalizacji, szczególnie w kontekście zgodności z Konstytucją RP ([10], s. 8).

Rozwiązania przyjęte w ustawie o działalności leczniczej zakładają wersję komercjalizacji „nieprywatyzacyjnej”, ale taka sytuacja dotyczy podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółki kapitałowej, które uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić, gdyż wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. W tym przypadku pakiet większościowy udziałów lub akcji będzie należeć do uczelni, natomiast pozostałe 49% udziałów lub akcji w tych spółkach poza uczelniami medycznymi może posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa (art. 6 ust. 6–7 u.d.l.). Wynika z tego, że skomercjalizowane szpitale kliniczne zostały ustawowo zabezpieczone przed prywatyzacją [5], co jest na pewno pozytywne dla pacjentów. W przypadku natomiast pozostałych skomercjalizowanych szpitali przepisy ustawy o działalności leczniczej nie zawierają już, tak jak w przypadku szpitali klinicznych, prawnych ograniczeń wykluczających możliwość późniejszej prywatyzacji. Jednostki samorządu terytorialnego będące właścicielem prowadzącej szpital spółki mogą sprzedać część lub całość udziałów w przypadku spółki z o.o. lub akcji w przypadku spółki akcyjnej [5].

Należy podkreślić, że przepisy ustawy o działalności leczniczej zakładają nieobligatoryjność przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową. Ważne jest też to, że przekształcenie zakładu nie wymaga przeprowadzenia likwidacji, a tym samym przejęcia wszystkich jego zobowiązań przez podmiot tworzący [9].

Należy wspomnieć, że art. 20 Konstytucji RP stanowi, że podstawą rozwoju gospodarczego jest społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych. Wobec powyższego możliwe jest wykonywanie pewnego katalogu zadań publicznych przez podmioty, które nie należą do sektora publicznego, jednak przekazywanie zadań nie powinno przekroczyć pewnych granic, co jest szczególnie ważne w przypadku ochrony zdrowia, w szczególności jeżeli chodzi o prywatyzację usług wykonywanych przez podmioty użyteczności publicznej. Należy również podkreślić, że zadaniem publicznym, którego władza publiczna przekazać nie powinna, jest organizacja systemu zdrowotnego w Polsce [20]. Należy wspomnieć, że w projektach przygotowanych w okresie, gdy Ministrem Zdrowia był Marek Balicki, pojawiały się już propozycje przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej prowadzone w formie spółek kapitałowych, w których pakiet większo-

ściowy udziałów, czy akcji, należałyby do Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, ale nie zostały one wdrożone.

W przyjętym w Polsce modelu opieki zdrowotnej podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami, czyli dawnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, przypisano pełnienie szczególnej roli z punktu widzenia interesu publicznego. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że: „Poprzez określenie zakładów opieki zdrowotnej mianem «publiczny» ustawodawca uznał, że ich znaczenie jest doniosłe z punktu widzenia interesu publicznego. Na tyle ważne, aby uznać konieczność ich podporządkowania rządowym lub samorządowym organom państwa [...]. Wiąże się z tym – w określonych ustawowo sytuacjach – zobowiązanie do ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z ich działalnością. Ani organ administracji rządowej, ani jednostka samorządu terytorialnego nie może uwolnić się od tego rodzaju obowiązków bez stosownego ustawowego przyzwolenia. W ten sposób zabezpiecza się możliwość realizowania celów publicznych związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji RP” [8].

Według Z. Kubota, komercjalizacja prywatyzacyjna zmienia system publicznej ochrony zdrowia na komercyjną opiekę zdrowotną, co wywiera wpływ na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej oraz na warunki realizacji obowiązków władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia. Komercyjny charakter działalności spółek, które prowadzą zakłady opieki zdrowotnej, może doprowadzić do ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ponieważ dyskusyjnym jest fakt, czy spółka będzie udzielać świadczeń ponadlimitowych wówczas, gdy narazi ją to na straty. Zdecydowanie komercjalizacja nieprywatyzacyjna pozwala na zachowanie kontroli nad spółkami powstałymi po przekształceniu SPZOZ w spółkę, jednocześnie władza publiczna ma możliwość należytej realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia. Jednak komercjalizacja nieprywatyzacyjna może prowadzić do prywatyzacji, albowiem może być to tylko przejściowy etap polegający na przejściu mienia publicznego w prywatne ręce. Stanowi to niebagatelne zagrożenie dla realizacji zadań, ponieważ podmiot prywatny w każdym czasie może zrezygnować z udzielania świadczeń zdrowotnych, a przejęty majątek sprzedać bądź przeznaczyć na inne cele. Jak podnosi się w literaturze przedmiotu, realizacja zadań publicznych w ochronie zdrowia wymaga mienia o niekomercyjnym przeznaczeniu. Z. Kubot wnioskuje o niezbywalność własności państwowej oraz samorządowej niezbędnej do wykonywania zadań publicznych w ochronie zdrowia, albowiem godzi to w interesy obywateli oraz interesy wspólnot samorządowych, a dość dużym uproszczeniem jest stwierdzenie, że przekształcenie szpitali w spółki jest panaceum na poprawę sytuacji szpitali [19], co potwierdza *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli, z której wynika, że sama zmiana formy organizacyjno-prawnej, czyli komercjalizacja SPZOZ-u i przekształ-

cenie w spółkę kapitałową, nie daje gwarancji tego, że działalność nowego podmiotu nie będzie generować strat, a pacjenci uzyskają istotną poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Przekształcenie w spółkę z pewnością może przyczynić się do poprawy zarządzania placówką, ale nie zastąpi konsekwentnej restrukturyzacji podmiotu. Ponadto NIK sformułował wniosek, którego adresatem są organy założycielskie SPZOZ-ów, aby w przypadku dokonywania przekształceń dozwolonych przez ustawę o działalności leczniczej zapewniły odpowiedni nadzór nad procesem restrukturyzacji podmiotów leczniczych, które będą działać w formie spółek kapitałowych, oraz aby również przeciwdziałały ograniczaniu zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez jednostki [6].

5. Zmiany demograficzne a dostępność do świadczeń zdrowotnych

Poważne wyzwania dla polityki zdrowia publicznego związane są z kształtowaniem się przyszłości demograficznej Polski. Badanie wykonane na podstawie prognozy demograficznej GUS do roku 2035 wskazuje, że zmiany przewidziane prognozą będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Tylko z powodu starzenia się populacji istotnie zwiększy się odsetek osób potrzebujących zarówno podstawowej, specjalistycznej ambulatoryjnej, jak i szpitalnej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki – o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – znacznie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Ponadto konieczne są pilne rozwiązania dotyczące zmaksymalizowania dostępności usług w zakresie takich specjalności, jak geriatryka czy rehabilitacja [17].

6. Dynamika procesu przekształceń własnościowych szpitali

Od dnia 1.01.1999 r. do 30.06.2011 r., czyli końca obowiązywania przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w Polsce, zostało przekształconych ok. 120 szpitali. Proces przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce miał charakter postępujący, mimo braku przepisów pozwalających na bezpośrednie przekształcenie SPZOZ-ów w spółki kapitałowe, które powoływały NZOZ-y. Natomiast od 1 lipca 2011 r., czyli wejścia w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej, w 2012 roku przekształcono 15 szpitali, a w 2013 r. 46 szpitali, co świadczy o dużej dynamice tego procesu [13].

W Polsce na koniec 2012 r. było łącznie 913 szpitali ogólnych wg danych GUS, natomiast 897 wg CSIOZ, którego dane za rok 2012 nie uwzględniają już

podziału na szpitale publiczne i niepubliczne, ponieważ od momentu wejścia w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej mamy do czynienia z podmiotami leczniczymi będącymi i niebędącymi przedsiębiorcami. Ponadto, ze względu na zmiany prawne mające wpływ na sposób wyodrębniania i rejestracji placówek (w tym szpitali), danych dotyczących liczby szpitali nie można porównywać z danymi z lat poprzednich. Liczba szpitali odnosi się do przedsiębiorstw, albo wydzielonych jednostek organizacyjnych przedsiębiorstw, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Wskaźnik w postaci liczby szpitali może podlegać wahaniom w związku z trwającymi przekształceniami i procesami restrukturyzacyjnymi, zakładającymi m.in. łączenie się szpitali w ramach jednego podmiotu leczniczego. W przeszłości wiele problemów interpretacyjnych powodowały np. zapisy nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, które nakazywały traktować zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez spółki kapitałowe z większościovym udziałem jednostek samorządu terytorialnego jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. W konsekwencji z oficjalnych statystyk można było błędnie wnioskować, że co roku liczba szpitali nadzorowanych przez samorząd ulega zmniejszeniu, a tym samym sukcesywnie ogranicza się dostęp do opieki szpitalnej ([18], s. 161).

Podsumowanie

Podsumowując, należy stwierdzić, że ustawa o działalności leczniczej zawiera liczne regulacje stanowiące realne zagrożenie dla równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na sytuację majątkową obywatela w rozumieniu art. 68, ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Chodzi tu w szczególności o:

- brak w Polsce sieci szpitali, tym samym brak określenia minimalnej liczby podmiotów leczniczych, zabezpieczonej przez władze publiczne,
- brak określenia centralnego minimum odnośnie do liczby i rozmieszczenia podmiotów publicznych, przez co dostępność do publicznych podmiotów i określonych specjalności będzie uzależniona od lokalnych uwarunkowań,
- brak zapewnienia, że w danym regionie będzie dostępność do wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych,
- brak obligatoryjnych minimalnych norm i standardów, jakie powinny być zachowane w odniesieniu do liczby łóżek szpitalnych i personelu medycznego przypadającego na odpowiednią liczbę pacjentów,
- zapoczątkowanie niekontrolowanego procesu ograniczania liczby publicznych podmiotów leczniczych,
- możliwość komercjalizacji, a następnie całkowitej prywatyzacji szpitala,

- brak gwarancji zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego SPZOZ-u dalszych nieprzerwanych świadczeń zdrowotnych na danym terenie,
- możliwość pobierania opłat za świadczenia zdrowotne od pacjentów na poziomie podmiotu leczniczego mimo odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- niedostateczną ochronę spółek kapitałowych przed ewentualną upadłością, którą to zdolność uzyskały w przeciwieństwie do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Po przeanalizowaniu aktów prawnych autor potwierdza wszystkie postawione na początku hipotezy.

Ustawa o działalności leczniczej w porównaniu z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej wprowadza brak poczucia stabilności w dostępie do świadczeń zdrowotnych w sytuacji likwidacji podmiotu leczniczego, ponieważ zlikwidowane zostały zapisy mówiące o obowiązku zapewnienia pacjentom dalszych nieprzerwanych świadczeń zdrowotnych, takich jak te, które zostały zlikwidowane (lub ograniczone).

Minister Zdrowia został pozbawiony uprawnień związanego z realnym wpływem na kwestie dostępu do świadczeń zdrowotnych na terenie poszczególnych województw, ponieważ według przepisów ustawy o działalności leczniczej nie ma możliwości odmowy wyrażenia zgody na likwidację lub przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Potwierdzają się obawy o przygotowanie systemu ochrony zdrowia do sprośnięcia wyzwaniom wynikających z procesów demograficznych i sytuacji epidemiologicznej, ponieważ nie uchwalono ustawy o sieci szpitali, która miała być wprowadzona w celu realizacji zadań państwa w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu optymalizacji wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, a ponadto mamy do czynienia z niewłaściwą strukturą łóżek na poziomie stacjonarnej opieki zdrowotnej, nadmierną ilością łóżek krótkoterminowych w przypadku niektórych specjalności medycznych i jednocześnie niewystarczającą ilością łóżek długoterminowych.

W ustawie o działalności leczniczej wprowadzona została możliwość komercjalizacji, a następnie całkowitej prywatyzacji szpitali, za wyjątkiem szpitali klinicznych.

Według autora, powinno powrócić się do koncepcji spółek użyteczności publicznej prowadzonych w formie spółek kapitałowych, w których pakiet większościowy udziałów, czy akcji, należałby do Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, wówczas byłoby to gwarancją realizacji zadań władzy publicznej odnośnie do ochrony zdrowia, których nie powinna przekazywać.

Należy również skoncentrować się na przywróceniu zarówno koncepcji sieci szpitali, jak i ich poziomów referencyjnych, co mogłoby przyczynić się do stworzenia właściwej struktury łóżek na poziomie stacjonarnej opieki zdrowotnej i likwidacji nadmiernej ilości łóżek krótkoterminowych w przypadku niektórych specjalności medycznych, a zarazem utworzenia odpowiedniej ilości łóżek długoterminowych, co jest szczególnie ważne w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

Ponadto, powinno zostać przywrócone uprawnienie Ministra Zdrowia związane z realnym wpływem na kwestie dostępu do świadczeń zdrowotnych na terenie poszczególnych województw, które polegało na odmowie wyrażenia zgody na likwidację lub przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej w przypadku, gdy zakład udzielał określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie było możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej.

Powyższe rozwiązania zapewniłyby większe bezpieczeństwo obywateli w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Literatura

- [1] Brzezińska-Grabarczyk D., *Przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] Brzezińska-Grabarczyk D., Narolski M. (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- [2] Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wydanie II, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- [3] Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- [4] Golinowska S. (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia – Polska*, European Observatory on Health Systems and Policies, NFZ, Warszawa 2012.
- [5] Horosz P., *Komerccjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- [6] *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2011.
- [7] Kachniarz M., *Komerccjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
- [8] Karkowska D., *Zawody medyczne*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- [9] Klisowska I., *Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej podległego jednostce samorządu terytorialnego w spółkę kapita-*

- łową w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej, Serwis Prawo i Zdrowie, Warszawa 2011.
- [10] Kubot Z., *Rodzaje komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 1.
- [11] Lach D. E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- [12] Paszkowska M., *Przekształcenia podmiotów leczniczych w świetle ustawy o działalności leczniczej*, Serwis Prawo i Zdrowie, Warszawa 2011.
- [13] *Przekształcenia szpitali skala, tendencje, doświadczenia innych krajów*, Magellan, http://www.infozdrowie.org/attachments/finanse20130319/pdf/3_wiatr.pdf.
- [14] Uchwała nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, www.ratujmyszpitala.pl (27.05.2009 r.).
- [15] Włodarczyk C., *Wokół prywatyzacji w ochronie zdrowia. Kilka problemów*, „Problemy Polityki Społecznej” 2010, nr 13–14.
- [16] Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.
- [17] *Założenia polityki ludnościowej Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2013.
- [18] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 72, 161.
- [19] Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- [20] Zimna T., *Zadania jednostek samorządu terytorialnego i wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Serwis Prawo i Zdrowie, Warszawa 2011.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz. U. nr 164, poz. 1193).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. nr 45, poz. 391 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (tekst jedn. Dz. U. 2007, nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie powiatowym* (tekst jedn.: Dz. U. 2013, poz. 595 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie województwa* (tekst jedn.: Dz. U. 2013, poz. 596 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. *o samorządzie gminnym* (tekst jedn.: Dz. U. 2013, poz. 594 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (tekst jedn. Dz. U. 2013, poz. 217).

Commercialization and Privatization of Hospitals for the Provision of Health Services

Summary: The access to healthcare is one of the elements that shape a sense of social security among the citizens. In the processes of commercialization and privatization of hospitals, the improvement of efficiency should not cause the deterioration in availability of healthcare services, which may suggest that present actions are heading towards the wrong direction, and may lead to the abuse of public good.

The examination of the provisions of the Act on medical activity, issued on 15th April 2011, should confirm the thesis that the law contains numerous provisions which pose a threat to the equality of access to healthcare services regardless of the financial situation of a citizen, as understood in the article 68, passage 2 of the Constitution of the Republic of Poland.

It is in particular:

- the lack of hospital network in Poland, therefore the lack of a determined minimal number of healthcare entities secured by public authorities,
- no central minimum of number and distribution of public entities determined, which will make the accessibility to public subjects and certain specializations dependent on local circumstances,
- no guarantee that in a given region all the types of health services will be available,
- no mandatory minimal norms and standards of the number of hospital beds and medical staff per number of patients,
- the initiation of an uncontrolled process of limiting the number of public health subjects,
- the possibility of commercialization, and then total privatization of the hospital,
- the lack of guarantees to ensure the people enjoying health benefits of SPZOZ, which is in the process of liquidation, further uninterrupted health benefits in the given region,
- the possibility of charging patients for the health benefits on the level of healthcare entity in spite of paying health insurance premium,
- insufficient protection of capital companies from possible bankruptcy.

Keywords: commercialization, privatization, availability, healthcare.