

**Anna Fiedorowicz, Jolanta  
Rab-Przybyłowicz**

---

**Rola samorządów w podnoszeniu  
efektywności sektora rynku opieki  
zdrowotnej**

---

Ekonomiczne Problemy Usług nr 45, 137-145

---

2009

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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

Anna Fiedorowicz<sup>1</sup>, Jolanta Rab-Przybyłowicz<sup>2</sup>

## ROLA SAMORZĄDÓW W PODNOSZENIU EFEKTYWNOŚCI SEKTORA RYNKU OPIEKI ZDROWOTNEJ

### Wprowadzenie

Społeczny lęk przed komercjalizacją i dalszą prywatyzacją szpitali wiąże się z upowszechnioną opinią o wydłużających się kolejkach do bezpłatnych zabiegów, odpłatnych świadczeniach szpitalnych czy podziale jakości usług dla pacjentów. Dlatego najważniejszą rolę w procesie restrukturyzacji odgrywa samorząd terytorialny, który podejmuje decyzje o sposobach przekształcenia SPZOZ-ów, formach organizacyjnych nowych jednostek przy uwzględnieniu form własności ruchomości czy nieruchomości szpitala, oraz jasnym zapisie określającym zasady działania non profit poszczególnych podmiotów.

Celem niniejszego referatu jest ukazanie specyfiki podejmowanej restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, oraz roli i kierunków działań władz samorządowych w przekształcaniu i podnoszeniu efektywności rynku usług medycznych w Polsce.

### Rynek opieki zdrowotnej jako rynek dóbr publicznych

Organizacja systemu finansów publicznych oparta jest na przesłance zaspakajania potrzeb obywateli danego kraju poprzez finansowanie procesów wytwarzania dóbr publicznych. Należy jednak podkreślić, że samo pojęcie dobra publicznego jest pojęciem niejednoznacznym, w rzeczywistości trudnym do zdefiniowania. Dobro publiczne zapewniające jednakowy poziom korzyści dla jego użytkowników bez względu na ich liczbę zwane jest czystym dobrem publicznym („pure public good”), natomiast dobro z którego korzyść maleje wraz ze wzrostem liczby jego użytkowników nosi nazwę nieczystego bądź mieszanego dobra publicznego („impure public good”)<sup>3</sup>. Cechami rozróżniającymi czyste dobra publiczne od dóbr prywatnych jest między innymi ich niewyczerpywalność oraz niewykluczalność<sup>4</sup>. Pierwsza z wymienionych cech oznacza,

<sup>1</sup> Mgr, asystent, Zachodniopomorska Szkoła Biznesu.

<sup>2</sup> Mgr, Port Lotniczy Szczecin-Goleniów im. NSZZ Solidarność Koordynator ds. rozwoju biur podróży.

<sup>3</sup> A.L. Hillman, *Public Finance and Public Policy. Responsibilities and Limitations of Government*, Cambridge University Press, Cambridge 2003, s. 64.

<sup>4</sup> T.E. Getzen, *Ekonomika Zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000, s. 389.

iz korzystanie z dóbr publicznych przez kolejne osoby nie wiąże się z dodatkowym kosztem ich wytworzenia (koszt marginalny jest równy zeru). Niewykluczalność dobra publicznego polega na niemożności powstrzymania konkretnej osoby od korzystania z danego dobra. Użytkowanie dobra przez jedną osobę nie wyklucza z tegoż użytkowania drugiej osoby<sup>5</sup>. Ponieważ dobra publiczne finansowane są z budżetu państwa, budżetów samorządowych oraz innych funduszy publicznych, odbiorcy tych dóbr (towarów jak i usług) nie ponoszą żadnych lub tylko częściowe koszty ich wytworzenia i użytkowania w chwili ich konsumpcji<sup>6</sup>. Ta pozorna nieodpłatność dóbr publicznych ma swoje implikacje w częstym ich nadużywaniu oraz marnotrawieniu.

Dobro prywatne, w przeciwieństwie do dobra publicznego jest wyczerpywalne i wykluczalne. Oznacza to, że dobro prywatne zużywane jest podczas jego konsumpcji, a fakt korzystania z danego dobra przez jedną osobę wyklucza z jego konsumpcji drugą osobę. Dobro prywatne oraz publiczne pozostają w stosunku konkurencyjności. Konkurencyjność ta wynika z faktu, iż konsumpcja dóbr publicznych ogranicza konsumpcję dóbr prywatnych poprzez redukowanie dochodów indywidualnych w celu sfinansowania konsumpcji dóbr publicznych<sup>7</sup>.

W literaturze przedmiotu finansów publicznych spotykane jest również pojęcie dobra społecznego, którego używanie zamiennie z pojęciem dobra publicznego uznawane jest za błędne<sup>8</sup>. Dobrem społecznym jest bowiem dobro którego cechy fizyczne mają charakter dobra prywatnego natomiast na skutek doktryny społecznej i prowadzonej polityki społecznej są dostępne dla każdego obywatela tak, jak w przypadku dóbr publicznych<sup>9</sup>. Dobra społeczne są dobrami adresowanymi, skierowanymi do konkretnego odbiorcy, co umożliwia określenie korzyści dla osób z nich korzystających<sup>10</sup>.

W myśl przytoczonych informacji należy uznać, iż rynek opieki zdrowotnej w Polsce posiada znamiona rynku dóbr społecznych. Tak więc dobra dostarczane przez rynek opieki zdrowotnej mają charakter dóbr publicznych sensu largo. Wynika to z faktu, iż pomimo wyczerpywalności oraz teoretycznej możliwości wykluczenia ich z konsumpcji, konstytucja nadaje wszystkim obywatelom prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>11</sup>. W przeciwieństwie do krajów nadających usługom i dobrom opieki zdrowotnej charakteru dobra prywatnego (klasycznym tego przykładem jest rynek opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych), w Polsce dobra wytwarzane przez sektor opieki zdrowotnej są powszechnie dostępne oraz „bezpłatne”. Problemem okazuje się jednak ustalenie realnych możliwości gospodarki w zakresie dostarczania owych dóbr społecznych, co wpływa na decyzje związane z zasadami ich dostarczania. Publiczny charakter finansowania opieki zdrowotnej nie wyklucza bowiem dystrybucji ich dóbr poprzez niepubliczny system dostawców. Rozwiązanie to budzi jednak wiele kontrowersji, gdyż jest próbą odebrania pożytkowi opieki zdrowotnej jego społecznego charakteru.

<sup>5</sup> M. Dylewski, B. Filipiak, A. Szewczuk, *Finanse publiczne. Instrumenty, struktury, procesy*, Wydawnictwo na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2004, s. 43.

<sup>6</sup> S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2004, s. 25.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 25.

<sup>8</sup> M. Dylewski, *op. cit.*, s. 42.

<sup>9</sup> S. Owsiak, *op. cit.*, s. 27.

<sup>10</sup> M. Dylewski, B. Filipiak, *Usługi publiczne*, [w:] S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa (red.), *Współczesna Ekonomia Usług*, PWN, Warszawa 2005, s. 455.

<sup>11</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, art. 68.

## Charakterystyka SPZOZ-ów

Obecna doktryna społeczno-polityczna niejako odchodzi od wolnorynkowego podejścia w dystrybucji dóbr publicznych charakterystycznego dla początku okresu transformacji. Cechą nowego podejścia jest przejęcie przez władze publiczne odpowiedzialności (formalnej, jak i materialnej) za istotne dla funkcjonowania obywateli dziedziny publiczne. Zgodnie z założeniem powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, władze zobowiązane są do finansowania tego dostępu ze środków publicznych, co stanowi ich odpowiedzialność materialną. Odpowiedzialność formalna (w tym polityczna) polegać ma na kreowaniu przez władze publiczne racjonalnego systemu wytwarzania oraz dystrybucji dóbr. Odnosi się to w szczególności do dóbr tracących status dóbr publicznych. Rolą państwa w tej dziedzinie jest ograniczanie ułomności mechanizmu rynkowego poprzez określanie reguł działania podmiotów dostarczających określone dobra<sup>12</sup>. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej podmiotami tymi są<sup>13</sup>:

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ),
- publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ).

Do świadczenia usług medycznych uprawnione są również osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek i położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Na szczególną uwagę spośród wymienionych elementów strony podaźowej zasługują samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych<sup>14</sup>. Podmioty te powstałe w drodze pierwszej fazy reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zastąpiły zakłady opieki zdrowotnej działające w formie jednostek budżetowych<sup>15</sup>. Forma prawna jednostki budżetowej podporządkowywała w całości działania tej jednostki władzom publicznym, podczas gdy forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nadawała tym zakładom większej autonomii. Celem przekształceń nadających samodzielności podmiotom rynku usług medycznych było stworzenie warunków do efektywnego ich zarządzania, którego nie wymuszała forma jednostki budżetowej. Należy wspomnieć, iż w końcowym okresie działania zakładów w formie jednostek budżetowych (1998 r.), kiedy to niejako zostały zobligowane do zmiany formy działania, wysokość ich długu wynosiła 8,5 mld zł<sup>16</sup>.

Zakład opieki zdrowotnej (w tym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej) definiuje się jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia<sup>17</sup>.

Zgodnie z przepisami tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego<sup>18</sup>. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zobowiązany jest

---

<sup>12</sup> S. Owsiak, op. cit. s. 29.

<sup>13</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991. Dz. U. 2007 r., nr 14, poz. 89.

<sup>14</sup> M. Dylewski, B. Filipiak, op. cit., s. 467.

<sup>15</sup> C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003, s. 186.

<sup>16</sup> A. Kozierkiewicz (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2008, s. 40.

<sup>17</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991, Dz. U. 2007 r., nr 14, poz. 89, art. 1.

<sup>18</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991, Dz. U. 2007 r., nr 14, poz. 89, art. 36.

zarejestrować swoją działalność w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę, bądź ministra zdrowia w zależności od organu założycielskiego<sup>19</sup>.

Cechą odróżniającą samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej od przedsiębiorstwa jest to, iż nie działają one dla zysku. Nie posiadają również możliwości ogłoszenia bankructwa. Z tego powodu uznawane są za quasi przedsiębiorstwa – formy pośrednie między pomiotem prywatnym a publicznym<sup>20</sup>.

## Problemy związane z działalnością SPZOZ

Pomioty świadczące usługi medyczne działające w formie jednostek budżetowych generowały długi przez całe lata 90-te. W momencie wprowadzenia ustawowego obowiązku usamodzielniania publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w 1998 roku), długi tych jednostek wynosiły 8,5 mld zł, co stanowiło połowę rocznych nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną w Polsce<sup>21</sup>. Rozwiązaniem mającym na celu zapobieganie zadłużaniu się zakładów opieki zdrowotnej była zmiana formy ich działania. Wprowadzone zmiany nie spełniły jednak oczekiwań reformatorów. Po dwóch latach stabilności finansowej uzyskiwanej przez nowo utworzone podmioty, w 2001 roku podmioty te ponownie zaczęły się zadłużać. Za główną przyczynę takiego stanu rzeczy uznaje się wymienione już błędne postanowienia ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wedle których samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności nastawionej na zysk oraz nie mogą ogłosić bankructwa. U podstawy wprowadzenia danych zapisów w ustawie, leżała chęć zabezpieczenia społeczeństwa przed nagłą utratą świadczeń medycznych. W rzeczywistości zapisy te zdemotywowały omawiane podmioty do prowadzenia racjonalnej gospodarki ograniczonymi zasobami, przez co niejako ograniczyły dostęp do swoich usług. Celem działania tych pomiotów w przeciwieństwie do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej jest podtrzymywanie procesu świadczenia usług medycznych, bez dbałości o redukcję zbędnych kosztów. Jak podkreśla Abel-Smith organizacje tego typu pozbawione naturalnego celu, takiego jak maksymalizacja zysku, zaczynają działać same dla siebie, co przekłada się na brak reakcji na potrzeby konsumenta (w tym wypadku pacjenta).

Brak możliwości zastosowania postępowania upadłościowego wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej budzi patologię w postaci ukrywania nieprawidłowego systemu zarządzania danymi podmiotami czy wykorzystywaniem ich do zaspokajania partykularnych interesów niektórych grup<sup>22</sup>. W świetle powyższego należy stwierdzić, iż zapis ten mający na celu ochronę dobra pacjenta w rzeczywistości działa na jego niekorzyść. Zapis ten ma również poważne implikacje dla pozostałych uczestników rynku. Wynikające z przepisu o niemożności ogłoszenia upadłości przyzwolenie na ponoszenie długów przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zwiększa ryzyko działania podmiotów z nimi współpracujących. Zachwiana może zostać bowiem potencjalna równowaga finansowa kooperujących jednostek poprzez oddalanie w czasie należnych im płatności z tytułu dostarczonych dóbr lub wykonanych usług na rzecz omawianych zakładów. Pomimo, iż samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stanowią podmiot finansów publicznych, które to z reguły posiadają

<sup>19</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991, Dz. U. 2007 r., nr 14, poz. 89, art. 12, ust. 1.

<sup>20</sup> *Kato ratunkowe dla...*, s. 49.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 40.

<sup>22</sup> *Ibidem*, s. 40.

wysoką wiarygodność finansową, czas od powstania zobowiązania do jego wyegzekwowania jest bardzo długi<sup>23</sup>.

Organami założycielskimi większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej są jednostki samorządu terytorialnego, którego funkcje właścicielskie wynikają z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o samorządzie gminnym<sup>24</sup>, samorządzie powiatowym<sup>25</sup> i samorządzie województwa<sup>26</sup>. Niemniej jednak władze samorządowe w dalszym ciągu nie stworzyły sprawnych mechanizmów nadzoru właścicielskiego nad posiadającymi podmiotami, co wynikać może z braku środków finansowych oraz kadrowych<sup>27</sup>. Efektem danego stanu rzeczy jest rosnące zadłużenie podległych im podmiotów, którego spłatą obciążone zostaną samorzady. Przejmowanie długów publicznych zakładów opieki zdrowotnej może doprowadzić do sytuacji w której zadłużenie poszczególnych samorządów przekroczy pułap 60% ich rocznych przychodów. W takim wypadku wprowadzony może zostać zarząd komisaryczny, co oznacza utratę stanowiska przez panującego starostę, burmistrza czy prezydenta<sup>28</sup>.

Łączna wartość zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce według stanu na koniec września 2008 roku wynosi ok. 9,7 mld zł, w tym 2,6 mld zł stanowią zobowiązania wymagalne. W województwie zachodniopomorskim kwoty te wynoszą odpowiednio 250 mln zł i 64 mln zł<sup>29</sup>. Łączna wartość zadłużenia plasuje województwo zachodniopomorskie na miejscu 14 spośród 16 województw.

Brak spójnej polityki w zakresie planowania rozmieszczenia aparatury medycznej w regionach sprawia, że część zakładów posiada nadmiernie rozbudowaną infrastrukturę w stosunku do potrzeb obsługiwanej populacji pacjentów. Obciąża to działalność zakładów opieki zdrowotnej kosztem utrzymywania częściowo wykorzystywanego sprzętu.

Należy zaznaczyć, iż problem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie wynika jedynie z ich nieumiejętności bądź niechęci do racjonalnego gospodarowania. Problemem jest również relatywnie niski poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Obecnie wysokość wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia w Polsce wynosi ok. 6% PKB w tym 4% stanowią wydatki publiczne<sup>30</sup>. W przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2005 roku poziom wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w Polsce wyniósł 867 USD według parytetu siły nabywczej. Dla porównania w Słowacji było to 1137 USD, a w Niemczech 3287 USD<sup>31</sup>. Jednocześnie ustawodawcy nie nadali samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej możliwości pozyskiwania dodatkowych dochodów w postaci obsługi osób fizycznych o ile są one ubez-

<sup>23</sup> M. Stamiński, *Restrukturyzacja finansowa zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] A. Kozierkiewicz (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2008, s. 199.

<sup>24</sup> Ustawa o samorządzie gminnym z 08.03.1990 r. (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1591 z późn. zm.).

<sup>25</sup> Ustawa o samorządzie powiatowym z 05.06.1998 r. (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1592 z późn. zm.).

<sup>26</sup> Ustawa o samorządzie województwa z 05.06.1998 r. (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).

<sup>27</sup> M. Kautsh, *Zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej*, [w:] A. Kozierkiewicz (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2008, s. 106.

<sup>28</sup> *Koło ratunkowe dla szpitali...*, s. 40.

<sup>29</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa*, dostępny w Internecie: <http://www.mz.gov.pl>.

<sup>30</sup> S. Golinowska, A. Baran, *Tendencja kształtowania się wydatków na zdrowie w latach 1999-2007*, [w:] S. Golinowska, A. Sowa (red.), *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga II, wersja trzecia*, Warszawa 2008, s. 142.

<sup>31</sup> OECD Health Indicators, 2007.

pieczone. Spełniając swoją społeczną misję zakłady te nie mogą odmówić udzielenia świadczeń w wypadku zagrożenia życia czy zdrowia nieubezpieczonego pacjenta.

Wspieranie działań restrukturyzacyjnych jako jeden z głównych kierunków działania władz samorządowych w podnoszeniu efektywności SPZOZ.

Proces transformacji ustrojowej, rozpoczęty w warunkach największej w powojennej historii Polski recesji gospodarczej, wywołał istotne zmiany w różnych obszarach rzeczywistości społeczno-gospodarczej. W sferze ekonomicznej proces ten oznaczał między innymi przejście od państwowej do prywatnej formy własności, od nakazowego sposobu zarządzania gospodarką do poddania jej prawom rynku. Reforma gospodarki narodowej, ukierunkowana na kapitałowe przekształcenia własnościowe, objęła także ochronę zdrowia. Ze względów głównie ekonomicznych, ustrojowych i finansowych nie sprawdził się bowiem paradygmat socjalny, zgodnie z którym paternalistyczna instytucja państwa opiekuńczego miała być zasadniczym gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zapewnianego im dzięki nieograniczonemu dostępowi do usług medycznych<sup>32</sup>.

Jednostki samorządu terytorialnego po 1 stycznia 1999 r. przejęły znaczną część odpowiedzialności za funkcjonowanie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym.

I tak na przykład ustawa o samorządzie gminnym<sup>33</sup> nałożyła obowiązek na władze gmin dotyczące:

- tworzenia, likwidacji i reorganizacji przedsiębiorstw, zakładów i innych gminnych jednostek organizacyjnych oraz wyposażania ich w majątek,
- określania zasad nabycia, zbycia i obciążenia nieruchomości gruntowych oraz ich wdzierzawiania lub najmu na okres dłuższy niż trzy lata,
- ustalania maksymalnej wysokości pożyczek i kredytów krótkoterminowych, zaciąganych przez zarząd w roku budżetowym.

Jednostki samorządu terytorialnego stały się organami założycielskimi dla większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich. W wyniku powyższych zmian organizacyjnych administracja rządowa przerzuciła na samorząd terytorialny odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej na obszarze gminnym, powiatowym i wojewódzkim. Ta decentralizacja kompetencji w zakresie organizowania opieki zdrowotnej na danym terenie, chociaż pozornie podnosi znaczenie władz samorządowych, w rzeczywistości oznacza przeniesienie problemów z władz rządowych na ponad 2 800 jednostek samorządu terytorialnego. Samorządy terytorialne zostały bowiem obciążone odpowiedzialnością za gospodarkę finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w przypadku, gdy zakłady te generują stratę, której nie są w stanie pokryć we własnym zakresie. Wówczas ujemny wynik finansowy SPZOZ pokrywany jest z budżetu tej jednostki samorządu terytorialnego, która zakład utworzyła. Równocześnie – odpowiednio – gmina, powiat lub województwo samorządowe określa formę dalszego finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przekształcając je w jednostki budżetowe lub zakłady budżetowe. Tym samym jednostki samorządu terytorialnego przejmują długi tych podmiotów i dalsze ich finansowanie<sup>34</sup>.

Aby jednostki samorządu terytorialnego mogły sprawnie funkcjonować niezbędne było wprowadzenie wielu zmian w organizacji zakładów opieki zdrowotnej. Te

<sup>32</sup> *Podstawy zarządzania...*, s. 13.

<sup>33</sup> Ustawa o samorządzie gminnym z 8.03.1990 r., art. 18 (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1591 z późn. zm.).

<sup>34</sup> *Raport: Finansowanie...*, s. 28-29.

najbardziej powszechnie odnoszą się do struktury, schematu organizacyjnego, technologii oraz ludzi<sup>35</sup>.

Przykładem kompleksowego wdrażania zmian funkcjonowania, nastawionego na poprawę skuteczności organizacji, jest *restrukturyzacja*. Traktuje się ją jako proces przebudowywania struktur gospodarczych kraju bądź przedsiębiorstwa, wprowadzania zmian w rozmieszczaniu majątku, strukturze organizacyjnej, zatrudnianiu i innych przekształceń, które umożliwiają uzyskanie lepszych efektów i dalszy rozwój<sup>36</sup>. Aby proces ten mógł zostać w pełni zrealizowany niezbędne są odważne i gruntowne inicjatywy, które mogą doprowadzić do wzrostu efektywności organizacji oraz jej rozwoju.

Restrukturyzacja ochrony zdrowia nie jest działaniem jednorazowym, lecz rozłożonym w czasie procesem, o którego powodzeniu decydują jasno określone: cel, zadania i kierunki przekształceń oraz umiejętności wprowadzających je ludzi. Za ich wdrożenie na terenie kraju odpowiada Ministerstwo Zdrowia. Zgodnie z zatwierdzonym przez tę instytucję Programem restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2001 (kontynuacja programu z roku 1999 i 2000, w 2001 roku), rozpoczęto tworzenie regionalnych programów transformacji obejmujących placówki medyczne z terenu poszczególnych województw. Do ich opracowania powołano regionalne komitety sterujące (RKS)<sup>37</sup>.

W przypadku restrukturyzacji przedsiębiorstw najszerzy zakres posiada restrukturyzacja: zadłużenia, zatrudnienia, zasobów przedsiębiorstwa, techniczno-technologiczna, organizacyjna<sup>38</sup>.

Zadłużenie to najczęściej główny powód, który zmusza władze samorządowe do restrukturyzacji szpitali, ale często jest także czynnikiem hamującym proces zmian. Władze samorządowe uważają zwykle restrukturyzację długu za trudną z powodu wysokich kosztów oraz braku doświadczenia i wiedzy dotyczącej dostępnych narzędzi i metod. Ponadto status prawny SPZOZ umożliwia im trwanie w sytuacji, która byłaby niemożliwa w przypadku innych podmiotów oraz kontynuowanie świadczenia usług pomimo braku płynności finansowej i przy nieproporcjonalnie wysokim zadłużeniu w stosunku do przychodów (np. dwukrotnie wyższym niż roczny przychód)<sup>39</sup>.

Wydaje się, że komercjalizacja usług i dostosowanie funkcjonowania szpitala do zasad wolnego rynku ułatwi eliminację najistotniejszych zagrożeń. Monitorowanie realizacji zamierzeń restrukturyzacyjnych należy do zadań samorządu terytorialnego. W jego rękach pozostaje wciąż możliwość rekrutacji czy odwołania dyrektora szpitala, wybór formy przekształcenia szpitala w spółkę czy losy majątku trwałego jednostki. Jednak za usługi medyczne wykonywane w szpitalu nadal płaci wciąż wyłącznie Narodowy Fundusz Zdrowia, na którego politykę finansową nie mają już wpływu władze lokalne. Samorządy gminy, powiatu i województwa mają jedynie prawo zgłosić do NFZ potrzebę zwiększenia usług bądź zatrudnienia dodatkowych specjalistów, ale niestety nie mogą mieć żadnej pewności, że awizowane zapotrzebowanie zostanie zrealizowane poprzez podpisanie właściwych kontraktów. Nadrzędny cel - jakim jest *zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w dziedzinie całodobowej podstawowej opieki zdro-*

<sup>35</sup> H. Bieniok, op. cit., s. 199.

<sup>36</sup> Ibidem.

<sup>37</sup> Na terenie województwa zachodniopomorskiego RKS powołano Uchwałą nr 141-2000 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 4 maja 2000 roku w sprawie powołania Regionalnego komitetu Sterującego, Szczecin 2000.

<sup>38</sup> C. Suszyński, *Restrukturyzacja, konsolidacja, globalizacja przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2003, s. 138.

<sup>39</sup> A. Kozierkiewicz, op. cit., s. 51.



wolnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej w warunkach, kiedy szpital nie może funkcjonować na rynku jak klasyczne przedsiębiorstwo m.in. mieć możliwości pozyskiwania środków ze sprzedaży usług innym podmiotom, wynajmu lokali czy innych komercyjnych form pozwalających na pozyskanie dodatkowych środków finansowych – wydaje się, że tylko dobrze przeprowadzona restrukturyzacja pozwoli tym podmiotom dobrze funkcjonować na rynku wypełniając powierzone im cele.

## Podsumowanie

Zaproponowana przez rząd ustawa dotycząca restrukturyzacji szpitali wzbudziła wiele kontrowersji. Zmuszała ona bowiem samorządy do przekształcenia ZOZ-ów w spółki prawa handlowego w ciągu zaledwie dwóch lat (od 1 stycznia 2009 r. we wszystkich 1650 ZOZ-ach). Tak przekształcone ZOZ-y mogłyby zostać następnie sprzedane przez samorządy prywatnym inwestorom. Partie polityczne przekonują obywateli, iż szpital mając realnego właściciela-zarządcę, mógłby dobrze funkcjonować w otoczeniu wolnej gospodarki: dbając o jakość usług i stan finansów (na dzień 30.11.2008 r. ZOZ-y mają ok. 9 mld długów<sup>40</sup>) i lecząc pacjentów niezmiennie na bazie kontraktów z NFZ.

Publikowane doświadczenia samorządów, które doprowadziły do restrukturyzacji SPZOZ-ów pokazały, że przekształcone w spółkę prawa handlowego szpitale sprawnie zarządzane dzięki nowym modelom organizacyjnym nie tylko uzyskują poprawę wyniku finansowego ale również:

- zwiększają jakość usług,
- bardziej efektywnie wykorzystują zadania zlecone im przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- poprawiają komfort pobytu pacjentów tak, aby w trakcie leczenia czuli się wygodnie i bezpiecznie,
- tworzą środowisko pracy, w którym docenia się i szanuje każdego pracownika,
- podnoszą kwalifikacje zatrudnionego personelu,
- obniżają ceny świadczonych usług,
- przyciągają inwestorów,
- rozwijają, promują turystykę medyczną, co wpływa nie tylko na rozwój szpitala ale i samego miasta czy gminy.
- dają świadectwo społecznej odpowiedzialności poprzez dobre, oszczędne zarządzanie dobrami szpitala.

Postępujący kryzys w obszarze publicznej stacjonarnej opieki zdrowotnej wymaga wprowadzenia działań naprawczych w tym zakresie. Główny ciężar decyzyjny spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego jako organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Głębokość i trafność owych zmian, jak i umiejętne ich wprowadzenie będą decydować o sukcesie bądź też porażce przedsięwzięcia. Należy podkreślić, że gra toczy się o wysoką stawkę – ludzkie zdrowie.

<sup>40</sup> Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa, dostępny w Internecie: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (12.12.2008).

## Literatura

1. Dylewski M., Filipiak B., *Usługi publiczne*, [w:] S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa (red.), *Współczesna Ekonomia Usług*, PWN, Warszawa 2005.
2. Dylewski M., Filipiak B., Szewczuk A., *Finanse publiczne. Instrumenty, struktury, procesy*, Wydawnictwo na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2004.
3. Getzen T.E., *Ekonomia Zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000.
4. Golinowska S., Baran A., *Tendencja kształtowania się wydatków na zdrowie w latach 1999-2007*, [w:] S. Golinowska, A. Sowa (red.), *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II, wersja trzecia*, Warszawa 2008.
5. Hillman A.L., *Public Finance and Public Policy. Responsibilities and Limitations of Government*, Cambridge University Press, Cambridge 2003.
6. Koziarkiewicz A. (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2008.
7. OECD Health Indicators. 2007.
8. Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2004.
9. Stamiński M., *Restrukturyzacja finansowa zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] A. Koziarkiewicz (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2008.
10. Suszyński C., *Restrukturyzacja, konsolidacja, globalizacja przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2003.
11. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 r. (Dz. U. 2007 r., nr 14, poz. 89).
12. Ustawa o samorządzie gminnym z 08.03.1990 r. (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1591 z późn. zm.).
13. Ustawa o samorządzie powiatowym z 05.06.1998 r. (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1592 z późn. zm.).
14. Ustawa o samorządzie województwa z 05.06.1998 r. (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).
15. Wernik A., *Finanse Publiczne*, PWE, Warszawa 2007.
16. Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003.
17. Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa, dostępny w Internecie: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (12.12.2008).

### Summary

## ROLE OF SELF GOVERNMENT IN RISING EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE MARKET

Local self government plays one of the most significant role in process of hospital restructuring. It takes decisions about ways of self public hospital transformation, legal forms of new created medical institutions with respect to forms of ownership of movables and immovables, as well clear statement of rules of nonpublic institution operating. Aim of this article is to reveal issues of public hospital restructuring, and role and directions of self government activity on their way to transform and improve effectiveness of public health care market.