

Joanna Kacała

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

KOMERCJALIZACJA – SZANSA CZY ZAGROŻENIE DLA SZPITALI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Streszczenie: Celami referatu są przedstawienie uwarunkowań wpływających na sposób realizacji usług zdrowotnych przez administrację samorządową oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy świadczenie usług w dotychczasowej formie może być jeszcze efektywne.

1. Wstęp

Restrukturyzacja szpitali przygotowana przez rząd pod nazwą „Plan B” jest kolejnym pomysłem na przekształcenia systemowe w ochronie zdrowia. Jego celem jest pomoc organom samorządowym w uporządkowaniu relacji: samorząd–szpital–rynek. Zmiana formy prawnej działalności szpitala powinna urealnić jego działalność w zakresie nadzoru właścicielskiego, zarządzania, odpowiedzialności kierownika, spraw pracowniczych i gospodarki finansowej wraz z większymi możliwościami pozyskiwania środków na działalność.

Jednostki samorządu terytorialnego w wyniku zapisów konstytucyjnych (Konstytucji z dnia 17 października 1992 roku, art. 71 i 72) ustawowo zajmują się organizacją świadczenia usług publicznych. Szybko się jednak okazało, że konstrukcja formalnoprawna SPZOZ nie określiła jednoznacznej odpowiedzialności zarządzającego i nie zawierała elementów motywujących go do efektywnego działania. Kiedy na błędny system nałożymy podstawowy cel funkcjonowania jednostki, jakim jest ratowanie życia i zdrowia pacjentów, który spycha na dalszy plan rzeczywiste koszty funkcjonowania szpitala, to trudno oczekiwać efektywnego zarządzania.

Mając na uwadze wspomniane uwarunkowania, należy stwierdzić, że celem referatu jest próba odpowiedzi na pytanie, czy świadczenie usług w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej może być jeszcze efektywne oraz jakie konsekwencje będą miały przygotowywane zmiany.

2. Dylemat samorządu – zadania własne a odpowiedzialność społeczna

Misję administracji publicznej w największym skrócie można określić jako podejmowanie i realizacja działań dla dobra wspólnego obywateli lub w interesie publicznym¹. Interpretacja w szczególności pojęcia dobra wspólnego, które już z założenia jest niedookreślone, może być trudna. Dobro wspólne definiuje się jako „sumę tych warunków życia społecznego, w jakich ludzie mogą pełniej i szybciej osiągnąć swoją osobistą doskonałość”². W tym kontekście realizacja dobra wspólnego staje się podstawową racją istnienia władzy publicznej i administracji, która jej służy, wykonując konkretne zadania. Praktyka pokazuje, że z wielu powodów bywa ona nieskuteczna czy nawet niezdolna do wykonywania nałożonych na nią zadań. Główną tego przyczyną jest niskie poczucie odpowiedzialności społecznej i brak wiary w to, że życie w danej miejscowości może realnie zależeć od działań podejmowanych przez jej mieszkańców. Dobrze pojmowana społeczna odpowiedzialność samorządu może dążyć do angażowania firm komercyjnych w wykonywanie pewnej części zadań i pomocy w wykonywaniu zadań publicznych, która niewątpliwie wymaga wzmożonej aktywności administracji lokalnej i regionalnej. Może być czynnikiem spajającym różne podmioty publiczne i prywatne w dążeniu do wspólnych celów. Analizując otoczenie wspomnianych organizacji, można stwierdzić, że przedsiębiorcy i podmioty administracji publicznej są dla siebie sojusznikami strategicznymi (niektóre cele i zadania administracji pokrywają się z celami i zadaniami przedsiębiorstw), klientami, a nawet dostawcami zasobów.

Obecnie występujący kryzys gospodarczy, być może, stanie się punktem przełomowym w kształtowaniu w nowych zasad. Znajdujące się pod presją fiskalną samorządy muszą zmienić podejście do swojej działalności. Urynkowanie części usług publicznych może się okazać bardziej skutecznym rozwiązaniem służącym obniżeniu cen, wymuszeniu efektywności działania i poprawy jakości niż odgórne regulacje. Dotyka to w szczególności zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia. Odgórne nakazy restrukturyzacji i oddłużania szpitali niczego nie zmieniły ani nie naprawiły, a wręcz dały skutek odwrotny od oczekiwanego. Uświadomiły kierownictwu i samorządom, że nie warto zarządzać efektywnie, ponieważ wtedy szpital nie dostanie żadnych dodatkowych środków. Szpitale, które nie robiły nic i ponownie się zadłużały, dostawały w „nagrodę” kolejne środki finansowe na restrukturyzację działalności.

Dzisiaj samorządy stanęły przed następującym dylematami:

- czy przekształcić jednostki publiczne w spółki prawa handlowego i wejść w spółki z kapitałem prywatnym,
- czy przyjąć populistyczną tezę: precz z prywatyzacją szpitali.

¹ H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1998, s. 94-95.

² D. Beetham, *Legitymizacja władzy*, [w:] J. Szczupaczyński (red.), *Elity, demokracja, wybory*, Warszawa 1993, s. 17.

3. Samorząd a kapitał prywatny

Obszar potencjalnej współpracy między kapitałem publicznym a prywatnym jest bardzo szeroki, tzn. od przejęcia niewielkich udziałów, dzierżawę aż po sprzedaż placówki.

Zasobami wnoszonymi przez podmiot publiczny są³:

- kapitał w formie gotówki,
- majątek,
- gwarancje i poręczenia mające wpływ na zmniejszenie oprocentowania kredytów,
- opłaty z budżetu za niektóre usługi świadczone przez podmiot prywatny.

Sektor prywatny, oprócz środków pieniężnych, może wnieść:

- kredyty długoterminowe w inwestycjach infrastrukturalnych,
- obligacje wieloletnie,
- ubezpieczenia inwestycji,
- *know-how*, czyli wiedzę z zakresu zarządzania inwestycjami, doświadczenia w zarządzaniu przyczyniające się do zwiększenia obrotów i zmniejszenia kosztów, doświadczenia z zakresu negocjowania kontraktów.

Istotna jest jednak świadomość odmienności celów sektora prywatnego i publicznego. Sektor prywatny zainteresowany będzie maksymalizacją wartości, natomiast sektor publiczny kierować się będzie zasadą dobra wspólnego poprzez realizację ustaw, regulacji i aktów wykonawczych i będzie dążyć do ekspansji usług. Układ taki może stwarzać konflikt na linii: efektywność–ekspansja, przejawiający się np. w nadmiernej skłonności podmiotów publicznych do ingerowania w sprawy techniczne lub finansowe, co może podważać możliwość osiągnięcia zysku ekonomicznego.

4. Komerccjalizacja a prywatyzacja usług publicznych

Komerccjalizacja jest to ogół zmian mających na celu oparcie czegoś na zasadach komercyjnych, czyli przystosowanie do warunków gospodarki rynkowej. W myśl Ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji polega ona na przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w jednoosobową spółkę Skarbu Państwa – w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej. Na przykład szpital (SPZOZ) zostaje przekształcony w spółkę prawa handlowego, a jedynym właścicielem pakietu jej akcji lub głównym udziałowcem jest samorząd. Prywatyzacja zaś w ujęciu ogólnym jest transferem własności lub władzy zarządczej ze sfery publicznej do sfery prywatnej. W przypadku sfery użyteczności publicznej faktyczna prywatyzacja wymaga przeniesienia własności i kompetencji do zarządza-

³ M. Moszoro, *Partnerstwo publiczno-prawne*, SGH, Warszawa 2005, s. 34.

nia czy wykonywania zadań publicznych w taki sposób, aby podmioty prywatne cieszyły się niezależną władzą, nieskrępowaną nadmierną regulacją, która nie jest tożsama z własnością większościową⁴.

Ze względu na charakter użyteczności publicznej sprywatyzowanych zadań podmiot publiczny musi zachować kontrolę nad wykonywanymi przez podmiot prywatny zadaniami, zwłaszcza w zakresie wykorzystania przekazywanych podmiotom prywatnym środków publicznych. Prywatyzację przedsiębiorstwa użyteczności publicznej od zwykłego procesu prywatyzacyjnego przedsiębiorstwa państwowego odróżnia pozostawienie w gestii administracji publicznej strategicznej kontroli nad przedsięwzięciami i możliwość określania wymaganych standardów świadczenia usług. Podmiot publiczny może wówczas regulować sprywatyzowane przedsiębiorstwo, tj. określać, w zależności od możliwości ekonomicznych, poziom i dostępność usług dla społeczeństwa, kontrolować akceptowalny poziom zysku przedsiębiorcy prywatnego, jak również kompensować różnice pomiędzy kosztami działalności a akceptowanym poziomem cen⁵. Natomiast pojęcie prywatyzacji usług publicznych musimy rozpatrywać już na poziomie trzech płaszczyzn, tj.⁶:

- prywatyzacji mienia komunalnego (aktywa),
- prywatyzacji realizacji zadań komunalnych (produkcja),
- prywatyzacji zadań komunalnych (realizacja),

Przykładowo można sprzedać budynek szpitalny i będzie to prywatyzacja mienia albo dopuścić podmiot prywatny do wykonania zadania publicznego na mieniu publicznym lub sprywatyzowanym, albo skreślić obowiązek prowadzenia opieki zdrowotnej, co by oznaczało prywatyzację organizacji zadania publicznego.

5. Efekty zmiany formy własnościowej

W krajach rozwiniętych proces prywatyzacji wynika z trzech podstawowych dążeń:

- zmniejszenia kosztów,
- uzyskania dostępu do nowych technologii dla uzyskania lepszych efektów w ramach tych samych kosztów,
- zmniejszenie ryzyka związanego ze świadczeniem usług.

W krajach rozwijających się należy do nich dodać czwarty powód: potrzeby kapitału inwestycyjnego koniecznego do modernizacji infrastruktury i odciążenie sektora publicznego od finansowania inwestycji infrastrukturalnych.

Samorząd, przekształcając SPZOZ w spółkę prawa handlowego i wprowadzając udziałowca prywatnego, może oczekiwać dodatkowo następujących korzyści wynikających z wprowadzenia sił rynkowych:

⁴ Tamże, s. 28.

⁵ G. Praweńska-Skrzypek, *Zarządzanie w sektorze publicznym i obywatelskim. Wybrane problemy*, Wydawnictwo Fundacja WZ, Kraków 2006.

⁶ M. Moszoro, wyd. cyt., s. 50-55.

- sprawnego zarządzania inwestycją i dostępnymi zasobami,
- zmniejszenia kosztów operacyjnych dzięki doświadczeniu i niechęci do nadmiernego rozbudowywania administracji,
- efektywnego zarządzania marketingowo-logistycznego przez skuteczną promocję, wykorzystanie kanałów dystrybucji, odpowiednią lokalizację, co pozwala zwiększyć przychody operacyjne,
- większych umiejętności w negocjowaniu i stosowaniu różnego rodzaju instrumentów i konstrukcji finansowych,
- większej presji opinii publicznej, żeby prowadzić działalność jawnie i czytelnie, opierając się na ekonomicznym rachunku kosztów,
- ograniczenia wpływów politycznych na decyzje gospodarcze.

6. Komerccjalizacja szpitali – uwarunkowania prawno-finansowe

Dotychczasowa forma organizacyjna SPZOZ wynikająca z ustawy o ZOZ jest formułą przestarzałą i niegwarantującą wprowadzania zasad nowoczesnego zarządzania szpitalem. Przyjęcie przez rząd programu wieloletniego pod nazwą Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia („Plan B”) daje wielu samorządom szansę rozwiązania problemu zadłużonych SP ZOZ.

Przyjęto następującą procedurę przekształcenia szpitali: likwidacja przez samorząd zadłużonego ZOZ, utworzenie spółki, która przejmie majątek szpitala, a jej stuprocentowym właścicielem zostanie samorząd. Zaletą takiej spółka będzie działalność z czystym kontem, ponieważ wszystkie długi musi przejąć samorząd. Co zatem będzie miał z tego starosta czy burmistrz? Pewność, że szpital nie będzie znów przynosił strat. Spółce bowiem – w przeciwieństwie do dzisiejszego SPZOZ – może w takiej sytuacji grozić upadłość. Program restrukturyzacji i biznesplan muszą zatwierdzić NFZ i Bank Gospodarstwa Krajowego. Ich opinie dostanie wojewoda i przekaze je Ministerstwu Rozwoju Regionalnego. Wtedy samorząd dostanie dotację na spłacenie długów likwidowanego szpitala.

Skuteczne przeprowadzenie przewidzianej przez ten program procedury reorganizacji SPZOZ, na co zwracają uwagę prawnicy⁷, nie będzie jednak łatwe. Większość uchwał organów samorządu przewidzianych w programie może być zaskarżona do sądów administracyjnych. Te natomiast mogą zanegować ich legalność. Ostatnie wyroki NSA zdają się wskazywać, iż nie godzi się on na tego typu rozwiązania. NSA jest zdania, że taka prywatyzacja określonej kategorii zadań publicznych musi mieć podstawę ustawową. Obecnie nie ma takiej jednoznacznej podstawy prawnej, co zdaniem sądu sprawia, że zgodnie z obowiązującą Ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. DzU 2007 nr 14, poz. 89,

⁷ T. Rek, „Gazeta Wyborcza” z dnia 2.06.2009.

z późn. zm.) możliwość tworzenia spółek do wykonywania zadań opieki zdrowotnej budzi wątpliwości.

Innym problemem są kwestie finansowe, w szczególności zaś podatek VAT i podatek dochodowy. W kontekście systemowej restrukturyzacji szpitali publicznych i potrzeby umożliwienia rozwoju sieci prywatnych placówek medycznych konieczne jest wypracowanie prawnych zmian neutralizujących koszty VAT. W opinii dr. Andrzeja Chełchowskiego jednym z rozwiązań może być zastosowanie preferencyjnej zerowej stawki VAT dla usług świadczonych przez najważniejszych, typowych poddostawców firm działających w służbie zdrowia. Inną propozycją może być zniesienie zwolnienia podatkowego i wprowadzenie zerowej lub obniżonej stawki VAT na usługi medyczne. Przy aportach czasowym rozwiązaniem dostępnym dla szpitali publicznych może być rządowy program pn. Ratujemy polskie szpitale. W jego ramach samorządy, które przekształcały szpitale w spółki prawa handlowego, mają otrzymać dotację budżetową na pokrycie VAT-u zapłaconego od wniesionego aportem majątku do spółki.

7. Korzyści i ograniczenia wynikające ze zmiany formy prawnej szpitala

Niepubliczne szpitale samorządowe mają dokładnie takie same cele statutowe jak SPZOZ-y, a celem nadrzędnym każdego zakładu opieki zdrowotnej jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego lokalnej społeczności, niezależnie od formy organizacyjnej, w której działa. W publicznym szpitalu o podziale zysku decyduje dyrektor po wcześniejszym uzyskaniu opinii rady społecznej. Po przekształceniu w spółkę handlową taką decyzję podejmie samorząd. Władze samorządowe mogą sprzedać część udziałów w szpitalu podmiotom prywatnym (osobom, spółkom). Jest to jeden ze sposobów na dofinansowanie placówek szpitalnych. Dzięki temu szpitale zyskują dodatkowe środki na rozwój. W roku 2008 w Polsce działało ponad 200 szpitali niepublicznych, w tym 62 samorządowe. Korzyści z przekształcenia w niepubliczne szpitale samorządowe to:

- podpisane kontrakty z NFZ, dzięki czemu pacjenci są leczeni bezpłatnie;
- możliwość wykonywać świadczenia odpłatnie (czego nie mogą robić „zwykle” szpitale publiczne), dzięki czemu uzyskują dodatkowe środki finansowe;
- brak długów, prowadzenie przejrzystej polityki finansowej, ponoszenie przez zarządzających nimi pełnej odpowiedzialności za sytuację w swoich placówkach;
- odpowiedzialność samorządów za leczenie pacjentów w swoim regionie.

Zmiana formy prawnej w pierwszej kolejności wymusza na zarządzających wdrażanie takich zmian, jak:

1. Odpowiedzialność kierownictw za wyniki. Dyrektor SPZOZ tak naprawdę nie odpowiadał za nic i przed nikim. Natomiast prezes spółki odpowiada własnym majątkiem, co motywuje do pracy.

2. Zmiana optyki dysponowania zasobami i majątkiem szpitala – gospodarność i efektywność w wykorzystaniu posiadanych zasobów.

3. Likwidacja nadmiernego zatrudnienia w administracji: nie przetrwa placówka, która ma dwa razy więcej personelu niż łóżek. W szpitalach publicznych administracja stanowi nawet 30% zatrudnionych, w niepublicznych – ok. 2%.

4. Szybkość i niezależność w podejmowaniu decyzji.

5. Wdrożenie pełnego monitoringu kosztów na oddziałach i w pozostałych obszarach szpitala wraz z odpowiedzialnością kierowników do kształtowania poziomu kosztów i przychodów.

6. Monitoring kluczowych procesów, tj.: obsługi pacjenta (w obszarze administracyjnym, diagnostycznym, lekarskim, pielęgniarstwie), przepływu materiałów i leków, wykorzystania sprzętu i materiałów, negocjacji z dostawcami itp.

7. Lepsza kontrola nad jednostką – w SPZOZ organ założycielski w praktyce nie miał na nic wpływu i jedynie mógł zmienić dyrektora. W formule spółki prawa handlowego samorząd ma wszelkie uprawnienia właścicielskie wynikające z kodeksu spółek handlowych. To zarząd powiatu jest walnym zgromadzeniem i powołuje radę nadzorczą, która następnie powołuje zarząd szpitala. Właściciel ma pełną kontrolę, zachowany jest też bardzo dobry przepływ informacji.

Mimo licznych zalet przekazania szpitali samorządom należy również zwrócić uwagę na mogące wystąpić zagrożenia; są nimi:

- obawa, że samorządy, aby „pozbyć się” przynoszących straty szpitali, będą je odsprzedawać za symboliczną złotówkę, a nowi właściciele będą mogli je likwidować;
- proponowane zmiany mogą wymusić wzrost składki zdrowotnej lub wzrost nakładów z budżetu na ochronę zdrowia (gdyż w przeciwnym razie szpitale mogą nie wykonywać nieopłacalnych z ekonomicznego punktu widzenia zabiegów);
- opinia ekspertów dotycząca tego, że warunkiem komercjalizacji szpitali jest ustawowe zadbanie o zdrowie pacjentów w taki sposób, aby na pomoc lekarską mogły liczyć także osoby, które nie są w stanie za to zapłacić.

Podstawowe różnice w zasadach funkcjonowania szpitali o różnej konstrukcji formalnoprawnej w wybranych obszarach przedstawia tab. 1.

Wśród przeciwników komercjalizacji szpitali wymieniane są jeszcze trzy przyczyny lepszej efektywności osiągananej przez szpitale prywatne w porównaniu z pozostałymi szpitalami:

1. Prywatne szpitale osiągają większą efektywność od pozostałych szpitali, ponieważ dokonują selekcji pacjentów, tzn. dobór pacjentów jest celowy według najbardziej zyskowych procedur medycznych.

2. Prywatne szpitale mają niższe koszty, a dzięki temu wyższą efektywność, ponieważ świadczą usługi medyczne o niższej jakości.

3. Wyzysk pracowników.

Wymienione argumenty będące zagrożeniami komercjalizacji szpitali zostały podważone przez autorów badań przeprowadzonych w Niemczech. Przebadano tam

Tabela 1. Różnice w zasadach funkcjonowania szpitali o różnej konstrukcji formalnoprawnej w wybranych obszarach

SPZOZ	Spółka prawa handlowego
Nadzór właścicielski	
Rada społeczna – ciało doradcze bez odpowiedzialności	Rada nadzorcza – ciało nadrzędne, odpowiedzialność karna
Zarząd i rada samorządu – odpowiedzialność polityczna	Zgromadzenie wspólników – odpowiedzialność karna
Nadzór polityczny	Nadzór profesjonalny wynikający z kodeksu spółek handlowych
Zarządzanie w jednostce	
Odpowiedzialność rozmyta pomiędzy kierownictwem i organem założycielskim	Odpowiedzialność zarządu za mienie i finanse
Długotrwałe procedury uzgadniania i podejmowania decyzji	Samodzielność podejmowania decyzji
Niezbędna formalna zgoda organu założycielskiego na większość działań	Szybkość i elastyczność działania
Odpowiedzialność kierownika	
Wynika z ustawy o ZOZ; ocena polityczna działalności	Szczegółowo uregulowana przez kodeks prawa handlowego; ocena merytoryczna
Przed komisją dyscypliny finansów publicznych oraz odpowiedzialność karna	Odpowiedzialność karna
Brak procedur, brak środków przymusu do planowania, realizacji założeń i odwoławczych	Jasne procedury, coroczne sprawozdania, ocena podstawą odwołania
Sprawy pracownicze	
Ustawowy wymóg konsultowania obsadzania stanowisk kierowniczych z korporacjami i związkami zawodowymi	Kryterium efektywności zarządzania
Konkursy na stanowiska ordynatorskie – kryterium społeczne zaufania	Brak wymogu konkursowego – kryterium efektywności działania
Regulaminy płacowe uzależnione od zapisów ustawy i rozporządzeń ministra	Przejrzyste regulaminy płacowe na bazie kodeksu pracy; płaca zależna od efektów
Gospodarka finansowa	
Zakład nie może być zlikwidowany z powodu ujemnego wyniku finansowego, który jest pokrywany przez organ założycielski	Przekroczenie zobowiązań powyżej kapitału zakładowego skutkuje wnioskiem o upadłość; pokrywane przez masę upadłościową
Gospodarka finansowa prowadzona na zasadach ogólnych	Zasady określone szczegółowo w kodeksie spółek handlowych
Brak realnej odpowiedzialności dyrektora za nierzetelność	Odpowiedzialność karna za działania na szkodę spółki

Źródło: na podstawie: K. Perechuda (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, ABC, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008.

504 prywatne i publiczne szpitale. Autorzy raportu „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ obalają te mity, udowadniając, że żadna z trzech wymienionych wcześniej sytuacji nie zachodzi w Niemczech i nie ma wpływu na osiąganie wyższej efektywności przez niemieckie szpitale prywatne. Wyodrębniono natomiast trzy czynniki powodujące efektywność szpitali prywatnych wyższą niż szpitali publicznych. Są nimi:

- zorientowanie na sukces kadry zarządzającej oraz niezależność przedsiębiorstwa,
- gospodarność,
- zyskowność.

Porównanie wyników z działalności szpitali samorządowych z publicznymi zdecydowanie przechyla szalę na stronę samorządowych. Według Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych z siedzibą w Kluczborku po zmianie formy prawnej znacznej poprawie uległy następujące wskaźniki:

- wzrost wartości kontraktu z NFZ,
- dodatni wynik finansowy,
- koszt wynagrodzeń spadł z poziomu 70% do poziomu 45%,
- wzrost środków finansowych na infrastrukturę szpitala,
- znaczny wzrost środków finansowych z działalności komercyjnej.

8. Przyszłość szpitali

Obserwując zachowania klasy politycznej, można wysnuć wnioski, że czteroletnia kadencja członków samorządu, zamiast motywować do wyteźonej pracy na rzecz poprawy warunków życia i funkcjonowania mieszkańców, stanie się bazą do kształtowania zachowań populistycznych i braku decyzyjności. Na szczęście są to coraz częściej odosobnione przykłady. Samorządowcy doskonale zdają sobie sprawę z powagi sytuacji zadłużających się szpitali i z ich decydującego wpływu na budżet jednostki. Jeśli samorząd ma dług w wysokości np. 60% swojego rocznego budżetu, to każdy dodatkowy milion przejętych zobowiązań szpitala skutkuje wprowadzeniem zarządu komisarycznego. To może być poważny problem ograniczający liczbę przekształcanych placówek medycznych. Raport Ministerstwa Zdrowia z kwietnia 2006 r. stwierdza jednoznacznie, że „brak efektywnego nadzoru właścicielskiego ze strony podmiotów, które utworzyły SPZOZ, skutecznych mechanizmów zarządzania wprowadzonych w zakładach oraz brak faktycznej odpowiedzialności zakładów i ich organów założycielskich za powstanie zobowiązań jest główną przyczyną braku kompetencji menedżerskich osób kierujących działalnością zakładów oraz efektywności gospodarowania”⁸. Dlatego też należy postawić pytanie, czy większą odpowiedzialnością kierują się samorządowcy, komercjalizując szpital, czy zadłużając się ponad stan, żeby sztucznie utrzymywać nieefektywnie działający ZOZ.

⁸ Informacja z przebiegu realizacji Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2006.

Literatura

- Beetham D., *Legitymizacja władzy*, [w:] J. Szczupaczyński (red.), *Elity, demokracja, wybory*, Warszawa 1993.
- Denek E. (red.), *Usługi społeczne w gospodarce samorządu terytorialnego w Polsce*, Zeszyty Naukowe Akademii ekonomicznej w Poznaniu nr 38, AE, Poznań 2003.
- Dolnicki B., *Samorząd terytorialny*, Zakamycze, Kraków 2003.
- Frąckiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wydawnictwo ABC, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2009.
<http://samorząd.infor.pl/>
<http://www.kul.lublin.pl/files/42/Odpowiedzialnosc.pdf>
http://www.rp.pl/artukul/22,134929_Spolki_byly_warunkiem_oddluzenia_szpitali.htm
- Informacja z przebiegu realizacji Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2006.
- Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1998.
- Kożuch B., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*, Placet, Warszawa 2005.
- Moszoro M., *Partnerstwo publiczno-prawne*, SGH, Warszawa 2005.
- Perechuda K. (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, ABC, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008.
- Prawelska-Skrzypek G., *Zarządzanie w sektorze publicznym i obywatelskim. Wybrane problemy*, Wydawnictwo Fundacja WZ, Kraków 2006.
- Rek T., „Gazeta Wyborcza”, 2.06.2009.

COMMERCIALIZATION – CHANCE OR THREAT FOR HOSPITALS OF LOCAL GOVERNMENT

Summary: The purpose of the report is to show conditioning which influence the way of realization of health services by local government administration and an attempt to answer the question if services provided in current form could be still effective. The author defines differences between the concepts of commercialization and privatization and presents the influence of formal-legal conditioning on principles of functioning of hospitals and the possibilities of their effective managing.