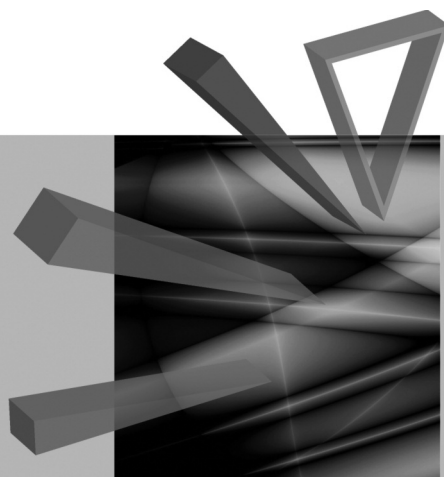


**PRACE NAUKOWE**  
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
**RESEARCH PAPERS**  
of Wrocław University of Economics

**240**

# Gospodarka przestrzenna



Redaktorzy naukowi  
**Anna Dybała**  
**Jacek Potocki**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2011

Recenzenci: Beata Filipiak, Krystian Heffner, Krzysztof Mazurski

Redaktor Wydawnictwa: Dorota Pitulec

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Comp-rajt

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie [www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl)

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl> oraz w The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com), a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon [http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa [www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2011

**ISSN 1899-3192**

**ISBN 978-83-7695- 256-7**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

## Spis treści

Wstęp .....	7
<b>Franciszek Adamczuk:</b> Nowa strategia rozwoju Euroregionu Nisse- -Nisa-Nysa (ERN) – próba systematyzacji założeń i najważniejszych priorytetów .....	9
<b>Dariusz Głuszczuk:</b> Innowacje we współczesnych koncepcjach rozwoju re- gionalnego .....	21
<b>Marian Kachniarz:</b> Modele przekształceń szpitali .....	33
<b>Bogdan Klepacki, Barbara Kusto:</b> Kapitał ludzki władz samorządowych a poziom rozwoju gmin (na przykładzie województwa świętokrzyskiego) ...	46
<b>Natalia Krawczyszyn:</b> Turystyczne marki „Citywalk” i „Fortfan” jako przykład tansgranicznej współpracy sieciowej .....	58
<b>Urszula Markowska-Przybyła:</b> Rola władz publicznych we wspieraniu ka- pitału społecznego .....	68
<b>Zbigniew Piepiora:</b> Finansowanie przeciwdziałania skutkom katastrof natu- ralnych w powiecie kamiennogórskim .....	80
<b>Jacek Potocki:</b> Przestrzenne rozmieszczenie miejsc letniego wypoczynku urlopowego w Polsce w 2010 roku .....	91
<b>Andrzej Sztando:</b> Bariery zarządzania strategicznego rozwojem lokalnym .....	104

## Summaries

<b>Franciszek Adamczuk:</b> New strategy of development of the Euroregion Euroregion Nisse-Nisa-Nysa – an attempt of the systematization of as- sumptions and the most important priorities .....	20
<b>Dariusz Głuszczuk:</b> Innovation in modern concepts of regional devel- opment .....	32
<b>Marian Kachniarz:</b> Models of hospitals transformation .....	45
<b>Bogdan Klepacki, Barbara Kusto:</b> Human capital of local government au- thorities in relation to the level of commune’s development (on an ex- ample of Świętokrzyskie voivodeship) .....	57
<b>Natalia Krawczyszyn:</b> “Citywalk” and “Fortfan” tourist brands as an exam- ple of transborder network co-operation .....	67
<b>Urszula Markowska-Przybyła:</b> The role of public authorities in supporting social capital .....	79

<b>Zbigniew Piepiora:</b> Financing the counteraction of the effects of natural disasters in Kamienna Góra county .....	90
<b>Jacek Potocki:</b> Spatial distribution of holiday destinations in Poland in 2010	103
<b>Andrzej Sztando:</b> Barriers of local development strategic management .....	115

**Marian Kachniarz**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## MODELE PRZEKSZTAŁCENÍ SZPITALI

---

**Streszczenie:** Artykuł stanowi analizę struktur formalnych, w których można prowadzić działalność leczniczą. Ocena funkcjonalna poszczególnych modeli osadzona została na gruncie rozwiązań legislacyjnych, kształtowanych przede wszystkim przez ustawę o działalności leczniczej. Przedstawiono zalety i wady poszczególnych modeli organizacyjnych – od form budżetowych i samodzielnych po komercyjne, partnerskie z kapitałem prywatnym oraz prywatne. Artykuł ma charakter interdyscyplinarny, łączący zagadnienia związane z ekonomicznymi, organizacyjnymi oraz prawnymi aspektami funkcjonowania placówek ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** szpitale, restrukturyzacja, przekształcenia, formy organizacyjne, ustawa o działalności medycznej.

### 1. Wstęp

Zadaniem władz publicznych jest takie zorganizowanie usług publicznych, by ich dystrybucja miała odpowiedni standard przy możliwie ograniczonych kosztach ich świadczenia. Problem efektywności nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji kryzysu finansowego spowodowanego m.in. nadmiernym deficytem budżetowym państw.

Problem ten dotyczy w szczególności sektora ochrony zdrowia, który ze względu na stale rosnące koszty stał się przedmiotem reform w wielu krajach. Znamienne są próby zahamowania wzrostu wydatków (np. w Niemczech), które przynoszą zazwyczaj krótkotrwałe efekty.

Jednym z głównych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia jest wysokie zadłużenie jednostek świadczących działalność leczniczą (głównie szpitali). Jego przyczynę upatruje się m.in. w dysfunkcyjnych strukturach organizacyjnych. Konstrukcja formalnoprawna samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ) nie określiła jednoznacznej odpowiedzialności zarządzającego i nie zawierała elementów motywujących go do efektywności.

Propozycje zmian zaproponowane ustawą o działalności leczniczej są więc kolejną próbą doprowadzenia systemu do stanu równowagi finansowej. Ze względu

na ukształtowane w poprzednich dziesięcioleciach skłonności nie jest to zadanie łatwe. W ujęciu mikroekonomicznym dotychczasowe wysiłki, polegające głównie na oddłużaniu jednostek, nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Tym razem próba ta oparta jest na postulowanych przez wielu ekspertów zmianach organizacyjnych jednostek i ich relacji z organem założycielskim. Wiele więc będzie zależało od sposobu wdrożenia zaproponowanych rozwiązań przez jednostki samorządu terytorialnego. Mobilizacja w tym zakresie powinna być zasadnicza, gdyż kolejnym *novum* tej regulacji jest wprowadzenie bezpośredniej już odpowiedzialności samorządów za wyniki finansowe jednostek. I to bez względu na to, czy był to „efekt bezkarności finansowej złych administratorów”, jak ujął to premier Tusk<sup>1</sup>, czy też wad systemu będących wynikiem błędów i inercji ustawodawcy.

Celem artykułu jest analiza struktur formalnych, w których można prowadzić działalność leczniczą. Ocena funkcjonalna poszczególnych modeli osadzona została na gruncie rozwiązań legislacyjnych, kształtowanych przede wszystkim przez ustawę o działalności leczniczej<sup>2</sup>. Artykuł zatem ma charakter interdyscyplinarny, łączący zagadnienia związane z ekonomicznymi, organizacyjnymi oraz prawnymi aspektami funkcjonowania placówek ochrony zdrowia.

Analiza ma walory aplikacyjne – może służyć jako podstawa refleksji nad strategicznymi kierunkami zmian rozważanymi przez podmioty tworzące<sup>3</sup>. Każdy proces przekształceń powinien się rozpoczynać od rozpatrzenia poszczególnych wariantów rozwiązań.

## 2. Rodzaje form organizacyjnych szpitali

Ustawa o działalności leczniczej wprowadza nową kategoryzację podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Generalnie dzielą się one na podmioty lecznicze oraz indywidualne i grupowe praktyki zawodowe (art. 4 ustawy o działalności leczniczej). Prezentuje to rys. 1. Ze względu na tematykę w dalszym toku rozważań skupiono się przede wszystkim na podmiotach leczniczych.

Podmioty lecznicze dzielą się na niebędące przedsiębiorstwami (art. 1, pkt 4 ustawy o działalności leczniczej), jak SP ZOZ i jednostka budżetowa, oraz przedsiębiorców<sup>4</sup>.

Ustawa o działalności leczniczej, choć wdraża procedury przekształcenia SP ZOZ w spółkę, pozostawia jednak szerokie spektrum możliwości organizacyjnych,

---

<sup>1</sup> Tusk o pakiecie ustaw zdrowotnych: *pacjent jest dla nas najważniejszy*, „Wprost” 14.10.2010.

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU 2011, nr 112, poz. 654).

<sup>3</sup> Dotychczasowe *organy założycielskie* szpitali na mocy nowej ustawy nazywane są *podmiotami tworzącymi*.

<sup>4</sup> W rozumieniu art. 55<sup>1</sup> kodeksu cywilnego oraz art. 4 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

gdzie mogą być prowadzone świadczenia lecznicze. Szczegółowo przedstawia to rys. 2. Samorząd jako podmiot tworzący ma generalnie cztery możliwości:

- pozostawienie szpitala w formie samodzielnej (SP ZOZ),
- przekształcenie w formę budżetową (jednostka budżetowa),
- komercjalizację – przekształcenie w spółki z zachowaniem własności publicznej,
- partnerstwo publiczno-prywatne – współpracę z podmiotami prywatnymi,
- prywatyzację – zachowanie funkcji regulacyjnej przy wykonywaniu świadczeń przez podmioty prywatne.



**Rys. 1.** Klasyfikacja podmiotów wykonujących działalność leczniczą według ustawy o działalności leczniczej

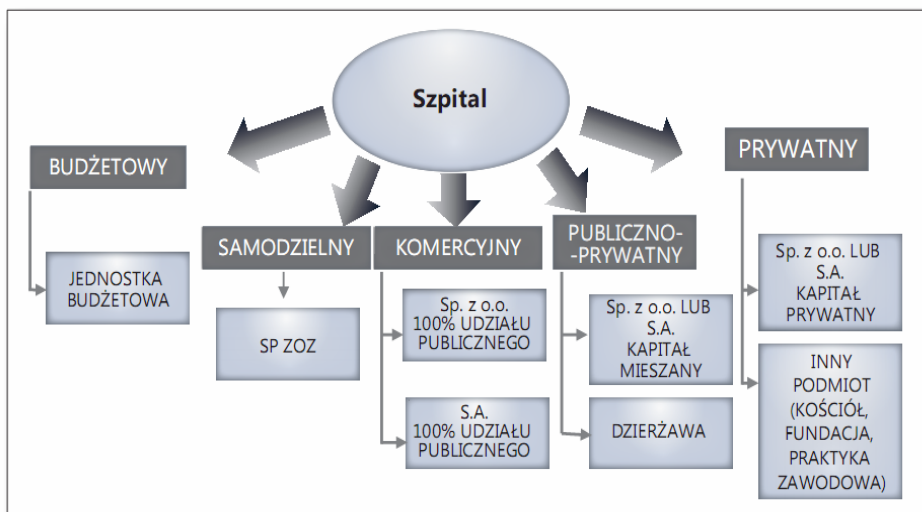
Źródło: opracowanie własne na podstawie art. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Niezależnie od wybranego kierunku zmian powinien on być wypadkową analizy plusów i minusów każdego z tych wariantów. W obliczu dużego zróżnicowania lokalnych uwarunkowań trudno formułować jednoznaczne wskazania, która opcja jest najlepsza. W jednym przypadku będzie to utrzymanie statusu SP ZOZ, w innym przekształcenie w spółkę komunalną, a w jeszcze innym – jego prywatyzacja.

### Forma samodzielna

Większość szpitali nadal prowadzona jest w formule samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Ustawa o działalności leczniczej pozostawia taką możliwość, o ile zakład bilansuje swoją działalność lub gdy podmiot tworzący (dawniej organ założycielski) corocznie będzie wyrównywał jego ujemny wynik finansowy (art. 59 ustawy o działalności leczniczej). Ustawa wprowadza ten jeden przymus – jeżeli nie nastąpi wyrównanie ujemnego wyniku finansowego (pomniejszonego o amortyzację), podmiot tworzący musi zlikwidować lub przekształcić SP ZOZ w spółkę. Procedura przekształcenia, w odróżnieniu od dotychczasowych przepisów,

pozwała ominąć proces likwidacji, a nowa spółka przejmuje wszystkie prawa i obowiązki dotychczasowego SP ZOZ-u (art. 69-82 ustawy o działalności leczniczej).



**Rys. 2.** Rodzaje form organizacyjnych prowadzenia szpitala

Źródło: opracowanie własne.

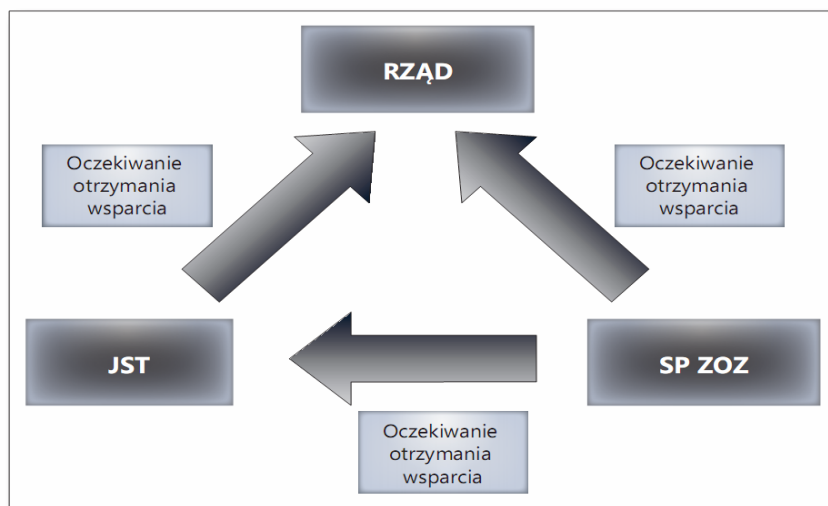
W odróżnieniu zatem od poprzednich propozycji ustawowych, zawetowanych w 2008 r. przez prezydenta, ustawa o działalności leczniczej nie wprowadza obligatoryjnego przekształcenia wszystkich SP ZOZ-ów. Nie tworzy obowiązku, a jedynie uprawnienie do dokonywania przekształceń. Jednocześnie jednak precyzuje odpowiedzialność samorządu terytorialnego za ujemne wyniki finansowe. Wprowadza bowiem mechanizm bieżącej ingerencji finansowej – albo w formie corocznej dopłaty do ujemnego wyniku finansowego, albo przekształcenia i podzielenia się zobowiązaniami (art. 59, ust 1-2 ustawy o działalności leczniczej).

Do tej pory formuła SP ZOZ-u była wygodna politycznie, ujemny wynik finansowy bowiem nie zagrażał wstrzymaniu jej działalności, nikt także nie ponosił odpowiedzialności materialnej i karnej za złe zarządzanie nią i wynikłe z tego powodu zobowiązania. Perspektywę ich spłaty można było odsuwać w bliżej nieokreślonej przyszłość. Ekonomiści wskazują, że jest to typowy przykład instytucji z tzw. miękkim ograniczeniem budżetowym, która wzbudza wręcz oczekiwania na pomoc zewnętrzną<sup>5</sup>. Należy dodać, że oczekiwanie wsparcia rządowego formułowane

<sup>5</sup> Szerzej o tym problemie w: M. Kachniarz, *Konstrukcja miękkiego instrumentu ograniczenia budżetowego w szpitalach*, [w:] J. Stępniewski., P. Karniej, M. Kęsy (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.



przez samorządowców ma swoje uzasadnienie. Zadłużenie podmiotów leczniczych to wynik nie tylko złego zarządzania, ale także błędów systemowych. Sytuację tę przedstawia rys. 3.



**Rys. 3.** Schemat miękkiego ograniczenia budżetowego SP ZOZ i jednostek samorządu terytorialnego

Źródło: A. Babczuk, *Miękkie ograniczenia budżetowe jako przesłanka niewypłacalności jednostek samorządu terytorialnego, cz. I: Zagadnienia teoretyczne*, „Finanse Komunalne” 2008, nr 3, s. 7.

Na ułomność formuły SP ZOZ-u już w kilka lat po reformie zwracały uwagę praktycznie wszystkie opracowania ekspertów<sup>6</sup>. Ustawodawca wskazuje kierunek stopniowego wychodzenia z tej formuły prawnej poprzez zakaz tworzenia nowych zakładów niebędących przedsiębiorcą, poza przypadkiem ich łączenia (art. 6 ust 2 ustawy o działalności leczniczej). Zniechęcić do formuły SP ZOZ-u może także wiele regulacji dedykowanych zakładom niebędącym przedsiębiorstwami, a które nie obowiązują np. w spółkach. Należą do nich (art. 46, 49-50, 62-65 ustawy o działalności leczniczej):

- konkursy na stanowiska kierownika, zastępcy kierownika, ordynatorów, pielęgniarki naczelnej, pielęgniarek oddziałowych,
- minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek,

<sup>6</sup> M. Boni, A. Kruszewski, M. Gorajek, *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*, Ekspertyza opracowana dla premiera J. Hausera, Warszawa 2003; S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, C. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE 2002, nr 53; *Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Analizy i Opinie ISP 2003, nr 6 (2).

- minimalne kwalifikacje, jakie muszą spełniać osoby na poszczególnych stanowiskach,
- nagrody jubileuszowe, odprawy, dodatki za wysługę lat.

### **Jednostka budżetowa**

Druga z form zakładów niebędących przedsiębiorcami jest w praktyce bardzo rzadko stosowana. Według stanu na dzień 1 lipca w całym kraju w formie jednostki budżetowej funkcjonowało jedynie 20 podmiotów leczniczych będących resortowymi ZOZ-ami aresztów śledczych. Nie ma wśród nich ani jednej, dla której podmiotem tworzącym byłby samorząd. Jednostka budżetowa nie posiada osobowości prawnej i jako taka nie mogłaby być stroną kontraktu z NFZ. Hipotetycznie w roli kontraktującego mógłby wystąpić podmiot tworzący, ale jak dotąd nie ma takiego przykładu. Jednostka budżetowa pokrywa całość swoich wydatków bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadza na rachunek podmiotu tworzącego (art. 11 ust 1 ustawy o finansach publicznych)<sup>7</sup>. W przypadku prowadzenia w tej formie podmiotu leczniczego oznaczałoby to pełne jego finansowanie z budżetu samorządu (lub danego resortu). Taki podmiot, bez pełnomocnictw samorządu, nie mógłby podejmować wielu czynności, np. nabywać i zbywać nieruchomości, zawierać umowy z dostawcami leków, sprzętu, procesować się czy układać się z wierzycielami.

Wygląda więc na to, że pozostawienie ustawowej możliwości prowadzenia w tej formie działalności leczniczej sankcjonuje głównie zakłady finansowane ze środków resortowych.

### **Forma komercyjna**

Pomimo braku stosownych przepisów sankcjonujących przekształcenia SP ZOZ-ów, część samorządów dokonała likwidacji zakładów samodzielnych i powołała w to miejsce nowe zakłady prowadzone przez spółki komunalne. Mimo że spółki były w 100% własnością publiczną, zakład opieki zdrowotnej przez nie utworzony zyskiwał miano niepublicznego. Taką nomenklaturę określała uchylona już ustawa o zoz, co wprowadzało wiele nieporozumień w percepcji takich zakładów. W powszechnym bowiem odbiorze niepubliczny jest synonimem prywatnego. Ustawa o działalności leczniczej tę nieporadność terminologiczną prostuje, stosując wobec wszystkich zakładów prowadzonych przez spółki jednolity termin – podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą, niezależnie od tego, czy spółka jest własnością publiczną, czy też prywatną.

Uznając formę spółki komunalnej za lepszą do prowadzenia świadczeń medycznych, jednostki samorządu terytorialnego utworzyły już 117 takich szpitali oraz 309 zakładów leczenia ambulatoryjnego (stan na 8 kwietnia 2011 r.). Spośród wszystkich szpitali w Polsce 16% stanowią spółki publiczne, a 5% prywatne. Zdecydowana

---

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (DzU 2009, nr 157, poz. 1240).

większość, bo aż 92% jednostek, prowadzona jest w formie spółki z o.o., a pozostałe 8% jako spółka akcyjna. Zakres prywatyzacji jest o wiele powszechniejszy w leczeniu ambulatoryjnym – tu jedynie 9% przychodni prowadzonych jest jeszcze w formie SP ZOZ-u, a aż 90% placówek jest prywatnych. Tylko ok. 2% przychodni prowadzonych jest w formie skomercjalizowanej – spółek publicznych. Szczegółowe dane przedstawione zostały w tab. 1.

**Tabela 1.** Struktura zakładów opieki zdrowotnej na dzień 8 kwietnia 2011 r.

ZOZ	Zakłady stacjonarne	Zakłady leczenia ambulatoryjnego	Ogółem
Polska, w tym:	736	17 862	18 598
SP ZOZ	581	1 691	2 272
SP ZOZ przekształcony decyzją JST w NZOZ	117	312	429
Prywatny ZOZ	38	1 585	1 623

Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010.

Zaawansowanie procesów komercjalizacyjnych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne. Do końca 2008 r. dominowały województwa dolnośląskie i kujawsko-pomorskie, w których było odpowiednio 9 i 8 szpitali w formie spółek komunalnych. Na kolejnych miejscach plasowało się warmińsko-mazurskie z 4 jednostkami oraz województwa pomorskie wielkopolskie, opolskie, śląskie i lubuskie z 3 jednostkami. W pozostałych województwach były to przypadki pojedyncze, a w podkarpackim w ogóle nie zanotowano takiego przekształcenia.

Sytuacja nieco się zmieniła po 2008 r., gdy wprowadzono rządowy program wsparcia dla jednostek samorządu likwidujących SP ZOZ-y i powołujących w to miejsce spółki (zwanym popularnie *Planem B*). Szczegółową liczbę złożonych do *Planu B* wniosków (kolor szary), a także przygotowywanych aplikacji (kolor czarny) przedstawia rys. 4. Osłabła nieco aktywność kujawsko-pomorskiego, do grona zaś liderów przemian dołączyło województwo łódzkie. Nadal niewiele przekształceń inicjowano w województwach wschodnich.

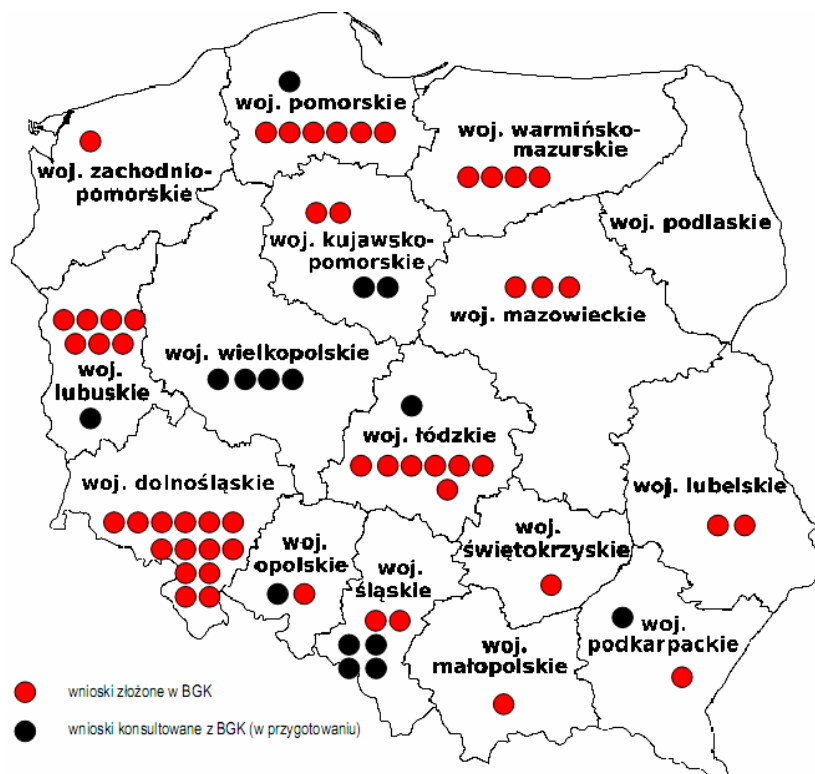
Jak już wspomniano, w dotychczasowych przepisach nie było możliwości prostego przekształcenia SP ZOZ-u w spółkę – ustawa o zoz przewidywała jedynie możliwość likwidacji starego podmiotu i utworzenie w to miejsce nowego. Procedura takiego przekształcenia była bardzo skomplikowana formalnie – zdarzały się także interpretacje kwestionujące taką możliwość<sup>8</sup>. Wiele problemów wyjaśniało się dopiero w toku orzecznictwa sądowego<sup>9</sup>. Procedura taka była także trudna w odbiorze

<sup>8</sup> M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 251.

<sup>9</sup> Wyrok WSA we Wrocławiu z dnia 5 lutego 2007 r. (sygn. akt III SA/Wr 593/06).

społecznym, ponieważ hasła *likwidacja* i *niepubliczny* były bardzo poważnymi „straszakami”, a przez to wdzięcznymi instrumentami dla opozycji politycznej.

Ustawa o działalności leczniczej eliminuje te mankamenty, wprowadzając możliwość formalnego przekształcenia, w którym nowy podmiot leczniczy przejmuje zasoby oraz prawa i obowiązki SP ZOZ-u. W przeciwieństwie zatem do dotychczasowych przepisów, nowy podmiot leczniczy jest następcą prawnym podmiotu przekształcanego. Szczegółowa procedura przekształcenia zostanie przedstawiona w dalszej części opracowania.



Rys. 4. Liczba złożonych wniosków do Planu B

Źródło: A. Żmigrodzka-Szymańska, *Rola banków w finansowaniu służby zdrowia na przykładzie Banku Gospodarstwa Krajowego*, materiały z seminarium *Finansowanie ochrony zdrowia po wejściu pakietu ustaw zdrowotnych*, Warszawa, 16 czerwca 2011 r.

Emocje związane z prowadzeniem świadczeń medycznych w formie spółki komunalnej są spore, bo dotyczy to newralgicznej sfery usług społecznych. Trzeba jednak wskazać, że samorządy mają spore doświadczenie w wypełnianiu swych zadań przez tworzone w tym celu spółki komunalne. Już w 2006 r. na 3895 podmiotów komunal-

nych ogółem 2864 funkcjonowało w formie komercyjnej (spółki z o.o. i SA). Stanowiło to 73,5% sektora komunalnego<sup>10</sup>. Samorządy postępują ostrożnie w przypadku prywatyzacji usług komunalnych – jedynie 17,8% ogółu form komercyjnych dopuszcza udział podmiotów prywatnych, zazwyczaj jednak jest on mniejszościowy. Wydaje się, że takie samo zachowanie będzie także w przypadku szpitali. Obawy zatem, że komercjalizacja będzie wstępem do niekontrolowanej ich prywatyzacji, wydają się nieuzasadnione.

### **Partnerstwo publiczno-prywatne**

Przedmiotem partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) jest wspólna realizacja przedsięwzięcia, oparta na podziale zadań i ryzyka pomiędzy podmiotem publicznym a partnerem prywatnym. Szczegółowe zasady współpracy podmiotów publicznych i partnerów prywatnych określa ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym<sup>11</sup>, a także ustawa prawo zamówień publicznych<sup>12</sup>. Ten instrument rozwoju infrastruktury i świadczenia z jej pomocą usług publicznych stanowi rozwiniętą formę inwestowania w sektor publiczny w większości krajów świata. W Polsce dopiero zaczyna nabierać znaczenia. Istotą zatem PPP jest korzystanie przez sektor publiczny z zasobów kapitałowych oraz *know-how* sektora prywatnego.

W 2009 i 2010 r., po uchwaleniu nowej ustawy o PPP, uruchomiono 11 projektów w ochronie zdrowia, w tym 6 dotyczyło robót budowlanych, 3 obejmowały koncesje na usługi, a 2 to typowe przedsięwzięcia oparte na umowie o partnerstwie publiczno-prywatnym. Najdroższy projekt związany z ochroną zdrowia sięgał ponad 140 mln zł, dwa przedsięwzięcia miały wartość niemal 60 mln zł, jeden projekt ok. 25 mln zł i ostatnie dwa projekty miały wartość znacznie poniżej 5 mln zł<sup>13</sup>.

Najsilniej rozwijającym się dotychczas nurtem było tworzenie przez podmioty prywatne np. centrów diagnostyki obrazowej (wyposażonych głównie w tomografy komputerowe i rezonansy magnetyczne) czy stacji dializ. Brak środków uniemożliwił wielu szpitalom i klinikom inwestycje w nowoczesny sprzęt medyczny oraz sukcesywną wymianę zużytych aparatów. Z jednej strony duże zapotrzebowanie na nowoczesną diagnostykę, a z drugiej brak możliwości jego spełnienia przez placówki publiczne, stworzyły obszar dla współpracy i zaangażowania kapitału prywatnego. Kilka ostatnich lat to także dynamiczny rozwój wielu oddziałów specjalistycznych – przykładem są oddziały kardiologii inwazyjnej (np. grupa Carint Scanned czy Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca).

W stosunku do całych placówek medycznych stosowane są już przypadki powierzenia zarządzania szpitalem wyspecjalizowanej firmie, a także dzierżawy ma-

<sup>10</sup> M. Brol (red.), *Zarys ekonomii sektora publicznego*, Wydawnictwo UE, Wrocław 2010, s. 136.

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (DzU 2009, nr 19, poz. 100).

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (DzU 2008, nr 171, poz. 1058).

<sup>13</sup> *Rynek PPP w Polsce 2009*, Investment Support, Warszawa 2010; *Rynek PPP w Polsce 2010*, Investment Support, Warszawa 2011.

jątku szpitala na określony okres czasowy (tzw. dzierżawa operatorska). Podmiot prywatny, biorąc w dzierżawę majątek szpitala i przejmując zazwyczaj całą jego kadre, zobowiązuje się do prowadzenia świadczeń medycznych. Ich zakres, a także wielkość inwestycji w majątek (budynki i wyposażenie) reguluje szczegółowo umowa z podmiotem publicznym (przykładem jest Jędrzejów, Blachownia, Pszczyna, Olkusz, Sztum i Połczyn Zdrój).

Modelem współpracy podmiotów prywatnych i publicznych jest dzielenie się udziałami w spółce, która jest podmiotem leczniczym. Przy tym, w zależności od uwarunkowań, różnie kształtowana jest struktura udziałów – w jednych przypadkach to podmiot publiczny zachowuje pakiet kontrolny, w innych zaś obejmuje go podmiot prywatny. To rozwiązanie stosuje m.in. grupa Nowy Szpital sp. z o.o., która posiada już 12 placówek szpitalnych (głównie w województwach lubuskim i kujawsko-pomorskim).

Niewiele jest jeszcze przykładów współpracy opartej na najbardziej złożonej formie – klasycznej umowie partnerstwa publiczno-prywatnego. Pionierami w tym względzie są powiat żywiecki, który z partnerem kanadyjskim zamierza wybudować zupełnie nowy szpital, oraz powiat łańcucki, który planuje przebudować i zmodernizować swój szpital.

Potrzeby inwestycyjne w ochronie zdrowia oraz bieżąca sytuacja finansowa podmiotów tworzących będą prawdopodobnie sprzyjały rozwojowi takich projektów. Warto zatem rozważyć możliwości zastosowania PPP przy planowaniu zmian w organizacji samorządowej opieki zdrowotnej.

### **Formy prywatne**

Ostatnim rodzajem prowadzenia świadczeń jest ich prywatyzacja. Co prawda termin ten nie jest do końca precyzyjny i budzi szereg nieporozumień. Pełna bowiem prywatyzacja świadczeń zachodzi jedynie w przypadku, gdy prywatny jest operator, mienie oraz finansowanie. W przypadku prywatnego operatora, który prowadzi działalność medyczną na podstawie kontraktu z NFZ, sytuacja nie jest już tak klarowna. Finansowanie dostarczanych usług pochodzi bowiem z systemu publicznego. Ze względu na to, że tego typu projekty wzbudzają bardzo wiele emocji, należy z naciskiem podkreślić, że prywatyzacja operatorska nie oznacza odcięcia pacjentów od dostępu do świadczeń finansowanych z systemu publicznego.

Warto także zaznaczyć, że w przypadku prywatyzacji operatorskiej samorząd terytorialny zachowuje nadal obowiązek dbania o organizację tych świadczeń na swoim terenie. Nie musi on ich jednak wykonywać bezpośrednio, ale także za pomocą podmiotów prywatnych (tak jak bezpośrednio nie buduje dróg – czynią to wyłonione w przetargach firmy prywatne). W tym świetle dość kuriozalne okazują się niektóre orzeczenia sądowe, które kwestionują możliwość powierzenia przez

samorządy terytorialne swoich zadań poza sektor publiczny<sup>14</sup>. W ten sposób kwestionują ustrojową zasadę, że w celu wykonywania zadań jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć jednostki organizacyjne oraz zawierać umowy z innymi podmiotami (art. 9, ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym; art. 6 ustawy o samorządzie powiatowym; art. 8, ust. 1 ustawy o samorządzie województwa)<sup>15</sup>. Ten przykład pokazuje, z jak trudnym zagadnieniem mają do czynienia władze publiczne dokonujące reform w świadczeniach medycznych. Wspomniane orzeczenie NSA zapadło w momencie, gdy ponad 90% podmiotów leczniczych w podstawowej opiece zdrowotnej jest już placówkami prywatnymi.

Jak już wcześniej wspomniano, ok. 5% placówek szpitalnych znajduje się w rękach prywatnych. Wyróżniającymi się operatorami w tym względzie są wspomniana już grupa Nowy Szpital sp. z o.o. ze Szczecina, która ma większościowe udziały w 12 placówkach, oraz EMC Instytut Medyczny SA posiadający 8 placówek (w obu przypadkach są to głównie były szpitale powiatowe). Wymienione podmioty prowadzą świadczenia szpitalne, w olbrzymiej większości finansowane z kontraktów z NFZ (w EMC IM SA stanowią one 80% przychodów).

Na uwagę zasługuje także fakt rozwijania się rynku szpitali finansowanych głównie z prywatnych opłat pacjentów. Lokalizowane są one przede wszystkim w dużych miastach. Do tych placówek należą szpitale Medicover (w Warszawie i planowane w Krakowie i Katowicach), Enel-Med. (dwa w Warszawie), Swissmed (w Gdańsku i Warszawie) czy Scanned (w Krakowie).

### 3. Zakończenie

Ustawa o działalności leczniczej powszechnie odbierana jest jako legislacja zmuszająca podmioty tworzące do komercjalizacji swych szpitali. Odbywać by się to miało poprzez przekształcenia formuły prawnej SP ZOZ-u w spółkę prawa handlowego. Tymczasem głębsza analiza uwarunkowań legislacyjnych wykazuje sporo możliwości docelowego modelowania funkcjonowania szpitali. Spektrum to dotyczy zarówno form budżetowych, publicznych-komercyjnych, jak i partnerskich z kapitałem prywatnym czy w końcu prywatnych.

Wybór optymalnej wersji zmian wymaga wiedzy. Wiedza ta musi uwzględniać nie tylko perspektywę samej jednostki, ale także zewnętrznych, wielopłaszczyznowych uwarunkowań. Kompleksowość działań w tym względzie zmniejsza ryzyko popełnienia wielu błędów i poprawia skuteczność całego procesu. Zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują przecież w określonych, systemowych warunkach makro-

---

<sup>14</sup> Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (DzU 2008, nr 171, poz. 1058).

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (DzU 2001, nr 142, poz. 1591 z późn. zm.); Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (DzU 2001, nr 142, poz. 1592 z późn. zm.); Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (DzU 2001, nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).

mikroekonomicznych. Mają one określoną inercję, wpływającą na przesłanki i tempo dojrzewania do istotnych zmian. Identyfikacja głównych celów, zamierzeń oraz sposobów funkcjonowania głównych instytucji tego systemu stanowi kluczową część procesu restrukturyzacji.

Przygotowanie procesu powinno obejmować następujące etapy:

- zrozumienie procesów rządzących systemem oraz przewidywanie kierunków jego ewolucji,
- określenie docelowej roli jednostki w układzie regionalnym,
- zaprojektowanie dokładnej struktury i zasobów nowej jednostki,
- zorganizowanie procesu przekształceń,
- zaplanowanie procesu zagospodarowywania zbędnych aktywów i pasywów.

Z powyższego zestawienia jasno wynika, że zaplanowanie samego procesu przekształceń stanowi tylko jeden z elementów całego kompleksu działań, które przy tej okazji powinny być poczynione. Z analizy sytuacji przekształconych szpitali można wynieść przeświadczenie, że najlepiej nawet zaplanowany proces, ograniczający się jednak tylko i wyłącznie do samej zmiany struktury, bez jednoczesnego uwzględnienia pozostałych elementów, nie przynosi oczekiwanych korzyści. Powszechnym błędem jest wiara w same struktury – powszechne jest podejście do przekształcenia koncentrujące się na zmianie struktury formalnoprawnej (likwidacja SP ZOZ-ów i przejęcie świadczeń przez NZOZ, prowadzony przez spółkę komunalną), bez procesu restrukturyzacji dostosowującego nową jednostkę do równoważenia przychodów z kosztami.

## Literatura

- Babczuk A., *Miękkie ograniczenia budżetowe jako przesłanka niewypłacalności jednostek samorządu terytorialnego*, cz. I: *Zagadnienia teoretyczne*, „Finanse Komunalne” 2008, nr 3, s. 7.
- Boni M., Kruszewski A., Gorajek M., *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*, Ekspertyza opracowana dla premiera J. Hausera, Warszawa 2003.
- Brol M. (red.), *Zarys ekonomii sektora publicznego*, Wydawnictwo UE, Wrocław 2010.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE 2002, nr 53.
- Kachniarz M., *Konstrukcja miękkiego instrumentu ograniczenia budżetowego w szpitalach*, [w:] J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010*.
- Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Analizy i Opinie ISP 2003, nr 6 (2).
- Rynek PPP w Polsce 2009*, Investment Support, Warszawa 2010.
- Rynek PPP w Polsce 2010*, Investment Support, Warszawa 2011.



- Orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 października 2010 r. w sprawie szpitala w Błachowni, w powiecie częstochowskim (sygn. akt II OSK 1453/10).
- Orzeczenie NSA z dnia 6 września 2007 (sygn. akt II OSK 784/07).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU 2011, nr 112, poz. 654).
- Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (DzU 2009, nr 19, poz. 100).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (DzU 2009, nr 157, poz. 1240).
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (DzU 2008, nr 171, poz. 1058).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (DzU 2001, nr 142, poz. 1592 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (DzU 2001, nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (DzU 2001, nr 142, poz. 1591 z późn. zm.).
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 3 marca 2010 r. (II FSK 1768/08).
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 3 września 1998 r. (II SA 1438/97, Prawo Pracy 1999/2/39).
- Wyrok Sądu Najwyższego z 19 sierpnia 2004 r. (I PK 489/2003; OSNP 2005/6/78).
- Wyrok WSA we Wrocławiu z dnia 5 lutego 2007 r. (sygn. akt III SA/Wr 593/06) .
- Żmigrodzka-Szymańska A., *Rola banków w finansowaniu służby zdrowia na przykładzie Banku Gospodarstwa Krajowego*, materiały z seminarium *Finansowanie ochrony zdrowia po wejściu pakietu ustaw zdrowotnych*, Warszawa, 16 czerwca 2011 r.

## MODELS OF HOSPITALS TRANSFORMATION

**Summary:** The article is an analysis of formal structures which can do medical activity. Functional evaluation of each model was based on the ground of legislative solutions, shaped primarily by the medical activity act. It presents merits and faults of different organizational models – from the budget and independent forms to commercial partnerships and private. The article has interdisciplinary form combining issues of economic, organizational and legal aspects of the functioning of healthcare units.

**Keywords:** hospitals, restructuring, transformation, organization models, medical activity act.