

Polityka zdrowotna w sektorze świadczeniodawców na szczeblu lokalnym

MARCIN KOLWITZ
DR NAUK MEDYCZNYCH

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
e-mail: rutinex(at)pum.edu.pl

Słowa kluczowe samorząd terytorialny, polityka zdrowotna, system ochrony zdrowia, świadczeniodawcy, płatnik

Abstrakt Transformacja ustrojowa w Polsce w 1989 roku spowodowała przeobrażenia w wielu płaszczynach systemu politycznego. Stopniowe zmiany dokonywały się też w powiązanim z systemem politycznym systemie ochrony zdrowia. Reformy systemowe w zakresie zmiany modelu na ubezpieczeniowy, a potem na ubezpieczeniowo-budżetowy, a także reformy samorządowe również wiązały się z decentralizacją polityki zdrowotnej. Wśród licznych zadań przydzielonych utworzonym jednostkom samorządu terytorialnego, oprócz tych z zakresu zdrowia publicznego, znalazła się też funkcja właściciela zakładów opieki zdrowotnej (tzw. organów założycielskich). Dotyczyły one: przekształcania, likwidowania, łączenia i nadzoru nad szpitalami. Podstawowym problemem związanym z pełnieniem tej funkcji i mającym wpływ na samorządy stało się zadłużenie szpitali. Kolejne ustawy wraz z fundamentalną dla sektora ustawą o działalności leczniczej obarczyły jednostki samorządu odpowiedzialnością za rozwiązanie problemów szpitali. Problemy te wynikają z podstawowego mankamentu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, czyli limitowania świadczeń, związane-go z kolei z niedostatecznym finansowaniem opieki zdrowotnej.

Health policy in the sector of health care providers at the local level

Keywords local government, health policy, health care system, health care providers, payer

Abstract The system transformation in Poland in 1989 caused a transformation in many areas of the political system. Gradual changes were taking place also in the political system associated with the health care system. Systemic reforms in terms of changing the model for insurance, then at insurance – budget, as well as local government reform also involved the decentralization of health policy. Among the many tasks assigned to set up local government units in addition to those in the field of public health was also a function called. founding bodies in the field of ownership of health care institutions. Projects were related to conversion, disposal, of hospitals. The basic problem with the performance of this function and affecting local governments has become a debt of hospitals. Further legislation with fundamental sector Act on medical activity would put local government responsibility for solving the problems of hospitals. These problems are from the basic shortcoming the health care system in Poland that is limiting the benefits associated with the turn of the lack of funding for health care.

Polityka zdrowotna i system ochrony zdrowia

Wśród licznych zadań organów publicznych reprezentujących państwo i samorząd terytorialny znajduje się też ochrona zdrowia. Pojęcie to oznacza nie tylko opiekę zdrowotną, ale także wszelkie regulacje związane z zawodami medycznymi oraz tzw. politykę lekową. Wszystkie kwestie w ochronie zdrowia zależą od woli politycznej, a więc system ochrony zdrowia jest współzależny od systemu politycznego i stanowi jego otoczenie.

Mianem polityki zdrowotnej można określić działalność organów publicznych zmierzającą do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i realizowaną w systemie ochrony zdrowia. Do zasadniczych podmiotów systemu ochrony zdrowia należą: świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy (pacjenci) oraz pośredniczący między nimi płatnik. Do świadczeniodawców (udzielających świadczeń), w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, można zaliczyć wszelkie podmioty lecznicze (m.in. przychodnie, szpitale, poradnie specjalistyczne, laboratoria analityczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze), ale także praktyki prywatne pielęgniarzek bądź lekarzy (Ustawa, 2011). Świadczeniodawcy mogą być reprezentowani w systemie zarówno przez samorządy zawodowe, jak i stowarzyszenia zrzeszające określone grupy podmiotów leczniczych, np. szpitale niepubliczne.

Płatnik dokonuje zakupu świadczeń u świadczeniodawcy na tzw. rynku wewnętrznym. Istnienie pośrednika (płatnika) w ochronie zdrowia uznaje się za niezbędne ze względu na to, że dysponuje on odpowiednimi środkami do sfinansowania świadczeń medycznych. Niektóre ze świadczeń, np. operacje kardiologiczne czy procedury wysokospecjalistyczne (transplantacje), są dość kosztowne. Gdyby nie istniał publiczny płatnik, pacjenci w wielu przypadkach nie byłoby w stanie sfinansować swojego leczenia. W przypadku gdy płatnik finansuje świadczenia ze „wspólnej puli” (zebranych składek lub podatków), może ponieść koszt tych świadczeń nawet wtedy, gdy jest on wysoki (choć istnieją ograniczenia). W systemie funkcjonuje więc zasada solidaryzmu społecznego, w którym leczenie chorych jest finansowane także ze środków osób płacących składkę, lecz niekorzystających ze świadczeń (np. osób młodych i nie chorujących).

Przyjęcie wspomnianej odpowiedzialności organów publicznych w zakresie ochrony zdrowia powoduje, że zarówno organy centralne, jak i organy administracji samorządowej wykonują zadania z zakresu polityki zdrowotnej. Zakres i rodzaj tych zadań jest zależny od realizowanego modelu opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna polega na zapewnieniu pacjentom dostępu do świadczeniodawców, a model opieki zdrowotnej jest sposobem jej organizacji i finansowania.

Głównym czynnikiem klasyfikacji powiązania systemu ochrony zdrowia z określonym modelem opieki zdrowotnej jest podstawowe źródło finansowania. W modelu ubezpieczeniowym tym źródłem są składki, a instytucjami, które zarządzają składkami, są kasy chorych. Skupiają one ubezpieczonych i finansują świadczeniodawców, pełniąc zarazem funkcje płatnika i ubezpieczyciela. Kasy mają najczęściej charakter branżowy bądź terytorialny, choć wśród nich znajdują się także prywatne firmy ubezpieczeniowe. Model ubezpieczeniowy charakteryzuje się równowagą pomiędzy poszczególnymi elementami systemu, brak jest dominującego podmiotu, a organy publiczne pełnią jedynie funkcję regulatora systemu. Dlatego też model ten można

określić jako wielocentryczny. Istnieje też duży udział sektora niepublicznego, zarówno wśród świadczeniodawców, jak i wśród ubezpieczycieli.

Model budżetowy opiera się na finansowaniu opieki zdrowotnej z budżetu państwa (pośrednio podatków). Charakteryzuje się silną pozycją organów publicznych (ministerstwo ds. zdrowia), które pełnią zarazem funkcję płatnika, mogą być także organem właścicielskim i pracodawcą w sektorze świadczeniodawców. Model ten można więc określić jako jednocentryczny. Model budżetowy może mieć także formę zdecentralizowaną (model skandynawski), w którym znaczące kompetencje dotyczące ochrony zdrowia są scedowane na samorząd.

Polski system ochrony zdrowia

Polski system ochrony zdrowia w okresie PRL-u funkcjonował w ramach tzw. modelu Siemaszki. Była to odmiana modelu budżetowego występującego w krajach socjalistycznych, przy dość dużym jak na model budżetowy udziale sektora prywatnego, obejmującego głównie prywatne praktyki lekarskie (istnienie sektora prywatnego miało miejsce w okresie PRL także w innych dziedzinach funkcjonowania państwa, np. dopuszczenie działalności prywatnych rzemieślników w gospodarce czy też rolników indywidualnych w rolnictwie). Charakterystyczny dla systemu był też duży sektor lecznictwa branżowego (niektóre szpitale i przychodnie stanowiły własność resortową m.in. PKP, MSW, MON).

Procesy wynikające z transformacji ustrojowej miały miejsce również w systemie ochrony zdrowia. Były one związane z dwoma nurtami. Jeden dotyczył reform związanych z opieką zdrowotną (proponycje reform i dotyczące ich dyskusje rozpoczęły się jeszcze w latach 80.). Drugi nurt dotyczył reform odtwarzających samorząd terytorialny i przekazania powstałym samorządom kompetencji w zakresie polityki zdrowotnej. Prace nad kształtem systemu toczyły się zarówno w sejmie pierwszej, jak i drugiej kadencji i zakończyły uchwaleniem w 1997 roku Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Ustawa, 1997). Jedną z koncepcji przewidywała połączenie efektów obu reform poprzez próbę wprowadzenia tzw. samorządowej opieki zdrowotnej. Zespół pod kierownictwem Katarzyny Tymowskiej proponował stworzenie tzw. pakietów świadczeń na wszystkich trzech szczeblach samorządu (przy czym pakiet wojewódzki miał obejmować świadczenia wysokospecjalistyczne), niemniej jednak propozycja ta nie uzyskała poparcia politycznego (Prętki, 2007, s. 181–183). Reforma w ochronie zdrowia była jedną z czterech reform wprowadzanych przez rząd premiera Jerzego Buzka. Ustawa wprowadziła system ubezpieczeniowy wraz z 16 regionalnymi kasami chorych (które odpowiadały nowemu podziałowi administracyjnemu na województwa) oraz jedną kasą dla służb mundurowych). Pacjenci uzyskali prawo wyboru lekarza (zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej). W roku 2003 koalicja rządząca SLD–PSL scentralizowała system, likwidując kasy chorych i wprowadzając jednego publicznego płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia (Ustawa, 2003). W związku z niekonstytucyjnością niektórych zapisów ustawy (m.in. kwestia dopływu składek za nieubezpieczonego oraz braku tzw. koszyka świadczeń, czyli określenia świadczeń gwarantowanych finansowaniem ze środków publicznych), w roku 2004 uchwalono nową ustawę

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Ustawa, 2004), która określiła obowiązek zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej przez władze publiczne, a także zasady jej finansowania. Ponadto ustawa wprowadziła m.in. dekoncentrację NFZ poprzez scedowanie części kompetencji na regionalne oddziały funduszu z doradczą rolą rad wojewódzkich.

Obecny profil polskiego systemu ochrony zdrowia można określić jako model mieszany. Centralny płatnik (NFZ), ustalający wysokość stawek i liczbę świadczeń, które mają być wykonywane oraz bezpłatność tych świadczeń dla pacjentów (ograniczona do świadczeniodawców, którzy zawarli kontrakty z NFZ) to cechy modelu budżetowego. Cechy modelu ubezpieczeniowego to sposób finansowania świadczeń (składka zdrowotna), dostęp do środków publicznych na równych zasadach dla świadczeniodawców publicznych i prywatnych, możliwość wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Zasadniczą cechą systemu jest monopol NFZ, dotyczący finansowania świadczeniodawców. Efektem wspomnianego monopolu jest kształtowanie się niskich cen świadczeń (brak wyceny odpowiadającej rzeczywistym kosztom procedur medycznych) i wymuszanie konkurencyjności wśród świadczeniodawców, co wpływa na ogólne obniżenie kosztów systemu. To obniżenie kosztów może być uznane za pozytywny element, niemniej jednak ustalenie składki na niskim poziomie (9%) powoduje, że Polska w porównaniu do innych państw europejskich przeznacza niewiele nakładów na ochronę zdrowia. Powoduje to z kolei zakup przez NFZ niewystarczającej ilości świadczeń. Co prawda nakłady na ochronę zdrowia rosły w ostatnich latach (wzrost dynamiki 104,2%) (Tomczyk, 2014, s. 5–22), niemniej jednak nie spowodowało to poprawy dostępu do świadczeń (okres oczekiwania przez pacjentów na wizyty do specjalistów i na zabiegi oraz operacje w szpitalach nie uległ skróceniu). Brak poprawy dostępności mimo wzrostu nakładów jest zjawiskiem zauważanym w systemach ochrony zdrowia już od co najmniej dwóch dekad i świadczy o konieczności reform w danym systemie.

Podstawowym problem dotyczącym funkcjonowania świadczeniodawców jest zadłużanie się szpitali. W szpitalach przeprowadza się najbardziej skomplikowane i tym samym najbardziej kosztowne procedury medyczne. Wspomniane niska wycena oraz ustalanie limitów na świadczenia (poprzez określoną wartość podpisanego kontraktu) powodują, że szpitale mają zbyt niskie wpływy finansowe w stosunku do potrzeb. W ochronie zdrowia istnieją przypadki (zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta), w których pracownicy medyczni mają obowiązek udzielania świadczenia. Świadczeniodawca musi więc leczyć niezależnie od posiadanych środków, tzn. nawet wtedy, gdy skończył się już limit wyznaczony przez NFZ. Konieczność wykonywania świadczeń ponadlimitowych, a także niedoszacowanie procedur medycznych są więc podstawowymi przyczynami zadłużania się szpitali. Dodatkowym czynnikiem, powodującym możliwość zadłużenia, jest konieczność finansowania wielu wydatków związanych z funkcjonowaniem szpitala, do których należą: zobowiązania publicznoprawne, koszty administracyjne (np. energia), koszty leków i materiałów medycznych, koszty wynagrodzeń dla pracowników i inne (np. koszty związane z ubezpieczeniem się od odpowiedzialności cywilnej w przypadku błędu lekarskiego). Oprócz wad systemowych (sposób finansowania przez płatnika) przyczyną zadłużania może być także nieumiejętne zarządzanie, choć czynnik ten jest coraz rzadszy,

ze względu na obserwowany wzrost kompetencji umiejętności zarządczych przez kadre kierowniczą podmiotów leczniczych. Sprzyja temu coraz większa liczba kierunków studiów (głównie podyplomowych) w zakresie organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia.

Problem zadłużenia dotyczy głównie szpitali publicznych. Analizując kwestię dotyczącą klasyfikowania szpitala jako publicznego bądź niepublicznego, należy wziąć pod uwagę dwa kryteria. Pierwszym kryterium (najczęściej stosowanym) jest forma własności (budynków, sprzętu). Drugie kryterium to główne źródło finansowania (środki z NFZ bądź opłaty pacjentów). Według drugiego kryterium szpital można określić jako publiczny nawet wtedy, gdy jego właścicielem jest podmiot prywatny, ale ma podpisany kontrakt z NFZ. Zasadnicza różnica dotyczy skutków działalności: podmioty niepubliczne działające w formie spółek prawa handlowego mogą upaść w przypadku zadłużenia i ujemnego wyniku finansowego, publiczne nie mają takiej możliwości, gdyż ich dług jest finansowany przez tzw. organ właścicielski. Brak ryzyka upadłości oprócz strony pozytywnej (pacjenci nie tracą miejsca, w którym mogliby się leczyć) może wpływać niekorzystnie na sposób zarządzania szpitalem, gdyż brakuje motywacji (wyniku finansowego) do racjonalnego gospodarowania środkami. Ponadto należy pamiętać, że szpitale publiczne (biorąc pod uwagę formę własności) są zazwyczaj wielospecjalistyczne (dlatego też mają niejako „pierwszeństwo” w podpisywaniu kontraktów). Wykonują więc również procedury niżej opłacane. W podmiotach niepublicznych z kolei funkcjonują głównie te oddziały, w których wykonuje się procedury wysoko opłacane (np. kardiologia, nefrologia). Dlatego też pozycja podmiotów publicznych i niepublicznych jest zróżnicowana, a te pierwsze działają w okolicznościach powodujących ich zadłużanie.

Zarządzanie podmiotami leczniczymi przez samorząd terytorialny

Wraz z formowaniem się ostatecznego kształtu samorządu terytorialnego poszczególnym jednostkom przydzielano stopniowo zadania z zakresu organizacji i zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, czyli tzw. ZOZ-ami (wprowadziła je ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) przekształconymi z jednostek budżetowych (Ustawa, 1991). Istotnym aktem prawnym nadającym gminom kompetencje zarządcze nad ZOZ-ami jako zadanie własne (nie obejmowały specjalistycznych ZOZ-ów) była tzw. ustawa o dużych miastach (Ustawa, 1995). Samorządy zarządzały m.in. nowo utworzonymi praktykami lekarzy rodzinnych, podejmując działania w celu ich usamodzielnienia (pionierem zmian w tworzeniu niepublicznych ZOZ-ów było miasto Szczecin). Po utworzeniu kolejnych szczebli samorządu od 1 stycznia 1999 roku wszystkie trzy jednostki samorządu terytorialnego uzyskały dodatkowe uprawnienia, stając się tzw. organami założycielskimi, na podstawie ustaw: tzw. kompetencyjnej (*Ustawa o zmianie niektórych ustaw...*, 1998) oraz tzw. wprowadzającej (Ustawa, Przepisy wprowadzające zmiany..., 1998), a także rozporządzeń: Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejścia uprawnień organu, który je utworzył, ministra zdrowia z dnia 18 listopada 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi

zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego oraz Rady Ministrów z dnia 6 października 1998 roku w sprawie określenia wykazu szkół i placówek o znaczeniu regionalnym, których prowadzenie należy do samorządu województwa (Karski, 2012, s. 41, 67).

Organy założycielskie uzyskały kompetencje w zakresie: tworzenia, przekształcania, a także likwidowania publicznych ZOZ-ów oraz nadawania im statutu. Innym istotnym uprawnieniem była możliwość wyboru dyrektora lub kierownika ZOZ-u oraz nawiązywania z nim stosunku pracy. Możliwość dofinansowania ZOZ-ów przez samorządy obejmowała tzw. programy zdrowotne, wydatki płacowe, a także wydatki niezwiązane bezpośrednio z leczeniem, czyli inwestycje w budynki i sprzęt medyczny.

Szczegółowe zadania jednostek samorządowych w sektorze świadczeniodawców dotyczą ponadto: zadań właścicielskich w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (zakładów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży) (Ustawa, 1994), wojewódzkich ośrodków medycyny pracy (Ustawa o służbie medycyny pracy, 1997) oraz kolumn transportu sanitarnego (Ustawa, 2006) na poziomie województwa. Na poziomie powiatu natomiast zadania te dotyczą organizacji systemu ratownictwa (m.in. tworzenia planu zabezpieczenia działań ratowniczych oraz finansowania działalności centrum powiadamiania ratunkowego) (Ustawa, 2006) oraz sporządzania tzw. planów zabezpieczenia opieki zdrowotnej, czyli rozmieszczenia poszczególnych podmiotów leczniczych (liczby łóżek, oddziałów, zasobów kadrowych), zgodnie z określonymi potrzebami zdrowotnymi.

Wszystkie jednostki samorządu terytorialnego uzyskały możliwość uczestniczenia w tzw. programach restrukturyzacyjnych ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia. Programy te miały za zadanie usprawnienie procesów zarządzania podmiotem leczniczym i ograniczenia kosztów administracyjnych (m.in. poprzez poprawę obsługi pacjenta), a także dofinansowanie działań związanych z restrukturyzacją lub likwidacją podmiotu leczniczego. Środki na realizację programu były przyznawane przez tzw. regionalne komitety sterujące (Frączkiewicz-Wronka, Saryusz-Wolska, 2007, s. 156).

Przekształcenia i oddłużenia szpitali

W 2011 roku została uchwalona ustawa o działalności leczniczej (Ustawa, 2011), która wprowadziła pojęcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podstawowe cele ustawy to komercjalizacja świadczeniodawców i przekierowanie odpowiedzialności za szpitale z państwa na samorządy. Jako komercjalizację można rozumieć przekształcenie publicznego ZOZ-u w spółkę działającą na podstawie prawa handlowego, przy czym większościowy lub całościowy udział zachowuje samorząd. Prywatyzacja oznacza natomiast przekazanie większości lub całości udziałów w spółce i majątku podmiotowi prywatnemu. Ustawa nie zmieniła statusu już istniejących podmiotów publicznych, jednakże nowo powstałe podmioty lecznicze mogły funkcjonować wyłącznie w formie spółek. Wprowadzono w związku z tym podział na dwie kategorie świadczeniodawców: przedsiębiorców we wszelkich formach przewidywanych

do wykonywania działalności gospodarczej (niepubliczne) oraz podmioty niebędące przedsiębiorcami (publiczne).

Druga grupa podmiotów działa w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej czyli tzw. SPZOZ-ów. Będąc jednostkami organizacyjnymi jednostek samorządowych, posiadają osobowość prawną (zarządzanie publicznym majątkiem i możliwość zawierania umów z płatnikiem) i organizacyjną (planowanie działalności), prowadzą też samodzielną gospodarkę finansową (pokrywanie kosztów działalności i zobowiązań z posiadanych środków, np. poprzez ustalanie wynagrodzeń) Organami założycielskimi SPZOZ-ów, oprócz jednostek samorządu terytorialnego, mogą być: minister zdrowia, publiczne uczelnie medyczne lub centra medyczne kształcenia podyplomowego (CMKP). SPZOZ-y posiadają organy inicjujące, opiniodawcze i doradcze, czyli rady społeczne, w których zasiadają przedstawiciele samorządu oraz dyrektora CMKP, ministra zdrowia, wojewody, samorządu lekarzy i pielęgniarek.

To głównie szpitale działających w formie SPZOZ-ów dotyczy wspomniany już problem zadłużenia. Na koniec 2012 roku zadłużenie to szacowano na ponad 10 mld zł (Raport NIK, 2014). Oprócz wskazanej już wady systemowej (sposób finansowania świadczeń) do podstawowych przyczyn zadłużenia można też zaliczyć wzrost kosztów wynagrodzeń pracowników. Był on skutkiem tzw. ustawy 203 (Ustawa, 1994) dotyczącej wzrostu przeciętnych wynagrodzeń dla lekarzy i pielęgniarek oraz podwyższenia w 2008 roku składki na ubezpieczenie rentowe. Kolejnym powodem wzrostu kosztów funkcjonowania szpitali stało się podwyższenie składki za ubezpieczenie szpitali od odpowiedzialności cywilnej (konieczne ze względu na obowiązek wypłaty odszkodowania przez szpital w przypadku popełnienia błędu lekarskiego).

Próbując reagować na problem zadłużenia, decydenci systemu ochrony zdrowia tworzyli akty prawne, mające na celu skłonienie samorządów do komercjalizacji i tym samym zahamowanie procesu dofinansowywania zadłużonych podmiotów. Były to ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych ZOZ-ów z 2005 roku (Ustawa, 2005), oraz tzw. plan B z 2009 roku (Uchwała, 2009). Zakładano, że po dokonaniu przekształcenia szpitala problem zadłużenia spoczywałby już na barkach samorządu. Wcześniej, jeżeli szpitale miały status publicznego SPZOZ-u, zwracały się bezpośrednio lub poprzez organy samorządowe do ministerstwa zdrowia o pomoc w spłacie zadłużenia. W przypadku nadwykonań adresatem roszczeń podmiotów leczniczych (nierzadko na drodze sądowej) stał się NFZ. Motywacją do komercjalizacji miało być umorzenie części zobowiązań (publicznoprawnych), a także udzielenie częściowo umorzonych pożyczek za pośrednictwem Banku Gospodarstwa Krajowego. Warunkiem otrzymania pomocy miało być przedstawienie programu restrukturyzacyjnego (zaopiniowanego przez organ założycielski). W ustawie o działalności leczniczej nałożono na organy założycielskie szpitali obowiązek pokrycia zadłużenia w ciągu trzech miesięcy od stwierdzenia tego faktu, a także przekształcenia szpitala w spółkę prawa handlowego lub jednostkę budżetową. W przypadku niepokrycia długu komercjalizacja szpitala przez organ założycielski stawała się obligatoryjna. Dodatkowym wsparciem dla samorządów, które komercjalizowały szpitale, stało się udzielenie dotacji w wysokości zobowiązań cywilnoprawnych i kredytowych w bankach, przy czym 100% akcji spółki przez pięć lat musiał zatrzymać samorząd.

Zainteresowanie przekształceniami zarówno na podstawie planu B (realizowanego w latach 2009–2011), jak i ustawy o działalności leczniczej było niższe niż oczekiwano. Na ogólną liczbę 174 przekształceń od 1990 roku – 49 dokonano na podstawie ustawy z 2011 roku. Spodziewano się, że do programu przekształceń przystąpi nawet 500 szpitali, przeznaczając w budżecie na ten cel znaczne środki, przy czym w latach 2011–2013 wykorzystano jedynie 23,8% tych środków (Raport NIK, 2014). Wśród szpitali, które nie przystąpiły do procesu przekształceń, jako powody takiej decyzji wymieniano najczęściej: dobrą sytuację finansową szpitala (51%), brak woli organu właścicielskiego do przekształceń (36%), a także obawę przed zbyt wysokimi kosztami (politycznymi i społecznymi) takich przekształceń (11%) (Sytuacja finansowa szpitali w Polsce, 2014).

Według danych NIK (na dzień 30 kwietnia 2014 roku) udział jednostek samorządu terytorialnego w przekształcanych spółkach był następujący: w 113 spółkach samorządy zachowały 100%, w 5 spółkach – powyżej 50%, w 14 spółkach – poniżej 50%, w 38 spółkach nastąpiła całkowita prywatyzacja (samorządy wyzbyły się wszystkich akcji) (Raport NIK, 2014). Natomiast według danych Związku Powiatów Polskich do końca 2014 roku dokonano 182 przekształceń w spółki, a od 1999 roku organy właścicielskie przeznaczyły na ten cel 18,5 mld zł (Serwis samorządowy PAP, 2016).

Proces przekształceń podmiotów leczniczych był przedmiotem procedur kontrolnych dokonywanych przez Najwyższą Izbę Kontroli. W raporcie końcowym stwierdzono, że: „zmiana formy organizacyjnoprawnej szpitali i utworzenie spółek w miejsce samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie spowodowały w kontrolowanych podmiotach, ograniczenia liczby i zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”. Ponadto według raportu przekształcenia w badanych jednostkach nie wpłynęły zasadniczo na sytuację finansową szpitali, nie zmieniając struktury ich przychodów (Raport NIK, 2014).

Odmienne koncepcje nowego rządu w zakresie polityki zdrowotnej, a także fakt, że wspomniane przekształcenia nie rozwiązały problemu zadłużenia, spowodowały, że w czerwcu 2016 uchwalono nowelizację ustawy o działalności leczniczej. Głównym założeniem ustawy było zahamowanie procesów komercjalizacji i prywatyzacji. Mocą ustawy przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stały się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych, co ogranicza możliwość upadłości szpitali działających w formie spółki. Istotną zmianą stało się też anulowanie przepisu dotyczącego obowiązku przekształcenia zadłużonego podmiotu. Organ założycielski nadal jest więc zobowiązany do pokrycia ujemnego wyniku finansowego, niemniej jednak musi się to wiązać z zachowaniem dotychczasowego statusu takiego podmiotu (Ustawa, 2016).

Polityka zdrowotna jako element sporu politycznego

Kwestie związane ze statusem szpitali i ich przekształceniami stały się również osią sporu politycznego (co znalazło odzwierciedlenie we wspomnianej nowelizacji ustawy o działalności leczniczej). Komercjalizacja świadczeniodawców była częścią koncepcji Platformy Obywatelskiej w zakresie polityki zdrowotnej, która polegała na wprowadzeniu rozwiązań prorynkowych, czyli mechanizmów konkurencji. Planowano również wprowadzenie takich mechanizmów

w sektorze ubezpieczycieli, zakładając podział NFZ na kilka funduszy, a także dopuszczenie do systemu podmiotów prywatnych. Zaniechano tych planów, pozostawiając płatnika monopolistę. Podobnie rządzący nie zdecydowali się na podniesienie składki zdrowotnej, co łącznie z kryzysem gospodarczym (bezrobocie i związane z nim mniejsze wpływy ze składek) wpłynęło na pogłębienie się problemu niedofinansowania.

Prawo i Sprawiedliwość forsowało z kolei koncepcję odmienną. Miała ona polegać na odejściu od mechanizmów rynkowych i pójściu w kierunku centralizacyjnym (zwiększenie kompetencji ministra zdrowia kosztem NFZ-etu i jego regionalnych oddziałów). Kluczowy dla sektora świadczeniodawców miał być projekt tzw. sieci szpitali. Został on przedstawiony w 2007 roku przez ówczesnego ministra zdrowia Zbigniewa Religę i był częścią 10-punktowego planu reform w polskim systemie ochrony zdrowia. Bycie w „sieci” miało oznaczać gwarancję sfinansowania przez publicznego płatnika wszystkich wykonanych przez szpital świadczeń. Konieczność tworzenia sieci wynikała ze zbyt dużej liczby szpitali w stosunku do potrzeb zdrowotnych, musiałyby więc być poprzedzona analizą tych potrzeb na obszarach poszczególnych jednostek samorządowych. Analiza ta miałaby przyjąć formę tzw. planów opieki szpitalnej zawierających m.in. charakterystykę województwa, powiatu, gminy (pod względem zdrowia ludności), planowaną liczbę łóżek w szpitalach, harmonogram i szacunkowe koszty działań dostosowawczych szpitali, wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali oraz charakterystykę szpitali. Kluczową rolę w konstruowaniu planów przyznano regionalnym radom do spraw szpitali działającym przy wojewodzie, w których oprócz przedstawicieli: MZ, MON, MSWiA oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, a także organizacji branżowych, mieli zasiadać też przedstawiciele marszałka województwa (Projekt ustawy o sieci szpitali). Obecnie istnieją plany wprowadzenia tej koncepcji do procesu ustawodawczego.

System ochrony zdrowia stał się więc obszarem rzeczywistego konfliktu między dwoma największymi partiami polskiego systemu politycznego, podczas gdy na niektórych płaszczyznach politycznych (np. powołanie IPN, likwidacja WSI czy ograniczenie roli OFE) stanowiska obu partii były podobne. Co więcej, wspomniane stanowiska obu partii w kwestii ochrony zdrowia odpowiadają wykreowanemu w latach 2005–2007 podziałowi na tzw. Polskę liberalną, reprezentowaną przez PO (mechanizmy konkurencyjne) i Polskę solidarną, reprezentowaną przez PiS (kierunek centralizacyjny).

Niewątpliwie scedowanie na samorząd terytorialny kompetencji w sektorze świadczeniodawców jako istotnego elementu polityki zdrowotnej zmieniło kształt systemu ochrony zdrowia. Sama idea decentralizacji (rozumianej jako zwiększenie kompetencji samorządu terytorialnego) w różnych dziedzinach polityki społecznej i zdrowotnej jest zazwyczaj wskazywana jako kierunek słuszny i oceniana pozytywnie, ze względu na większą świadomość problemów lokalnych i utożsamianie się z nimi, a także większą sprawność w działaniu charakteryzującą szczebel lokalny. Również i w ochronie zdrowia proces ten można ocenić pozytywnie (choć trudno jednoznacznie stwierdzić, czy głównym celem przyświecającym rządzącym było upodmiotowienie samorządu i usprawnienie prowadzonej polityki zdrowotnej, czy też pozbycie się przez państwo kłopotliwego „balastu” w postaci zadłużonych szpitali). W związku z tym jednostki

samorządowe można uznać za podmioty najbardziej odpowiednie i kompetentne do przeprowadzania wszystkich procesów związanych ze zmianami struktury właścicielskiej czy też likwidacji podmiotu leczniczego. Jednakże proces przekazywania samorządom odpowiedzialności w sektorze świadczeniodawców został obciążony mankamentem – jednostki samorządu terytorialnego są współodpowiedzialne za podmioty lecznicze, mimo że mają ograniczony wpływ na ich finanse (nie pełnią funkcji płatnika). W systemach politycznych niejednokrotnie pojawia się sytuacja, w której samorządy otrzymują dodatkowe kompetencje bez wskazania źródła finansowania. Podobnie stało się w ochronie zdrowia (wyjątkiem było przekazanie środków gminom, które przejęły zarządzanie ZOZ-ami). Ograniczone możliwości jednostek samorządu terytorialnego w zakresie finansowania wydatków stanowią jedną z głównych barier rozwoju samorządności (Blok, 1998, s. 76) również w zakresie polityki zdrowotnej.

Obecne propozycje reform w systemie ochrony zdrowia wskazują na możliwość zmiany funkcji płatnika. Rolę tę od NFZ miałyby przejąć Ministerstwo Zdrowia, które przekazywałoby środki poszczególnym wojewodom. Wojewodowie przekazywaliby z kolei środki samorządom (podobny mechanizm funkcjonuje w finansowaniu świadczeń socjalnych). Sama zmiana płatnika, bez dodatkowych nakładów, nie poprawi zapewne sytuacji finansowej szpitali, jednakże przy ograniczeniu liczby szpitali (projekt sieci) na podmioty sektora świadczeniodawców finansowanego ze środków publicznych przeznaczono by większą ilość środków.

Literatura

Źródła normatywne

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011, nr 112 poz. 654, z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111120654> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń w podmiotach gospodarczych oraz o zmianie niektórych ustaw. Dz.U. 1995 nr 1 poz. 2 z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19950010002> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535, z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19941110535> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410, z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20061911410> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dz.U. 2005 nr 78 poz. 684. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20050780684>.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153, z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970280153> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20030450391> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 13 października 1998r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną. Dz.U. 1998 nr 133 poz. 872. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19981330872> (31.05.2016).

- Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. Dz.U. 1997 nr 96 poz. 593, z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970960593> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. Dz.U. 1997 nr 96 poz. 593, z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970960593> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042102135> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 24 lipca 1998 o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa. Dz.U. 1998 nr 106 poz. 668. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19981060668> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408, z późn. zm: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19910910408> (31.05.2016).
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych ustaw: Dz.U.2016 poz.960 T.1.: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2016/960/> (29.11.2016)
- Ustawa z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych. Dz.U. 1995 nr 141 poz. 692. Pobrano z: internetowego systemu aktów prawnych: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19951410692> (31.05.2016).
- Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia. Uchwała nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009. Pobrano z: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf (31.05.2016).

Opracowania

- Blok, Z. (1998). *Teoria polityki*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Frączkiewicz-Wronka, A., Saryusz-Wolska, H. (2007). Ochrona zdrowia w działaniach samorządu terytorialnego. W: A. Frączkiewicz-Wronka, S. Kantyka, M. Zrałek (red.), *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej.
- Karski, J.B. (2012). *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego*. Warszawa: CeDeWu.
- Prętki, K. (2007). Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej. *Studia i Monografie, IV*. Poznań: Katedra Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Tomczyk, R. (2014). Polityka społeczna UE w aspekcie koordynacji zabezpieczenia społecznego ze szczególnym uwzględnieniem Polski, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Acta Politica* 30 (839), 5-22.

Publikacje elektroniczne

- Projekt ustawy o sieci szpitali. Pobrane z: http://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/2029_p.html. (31.05.2016).
- Raport NIK (2014). *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*. Nr ewid. 196/2014/P/14/061/KZ D -4101-004/2014. Data opublikowania: 22.04.2015. Pobrane z: <http://www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf>.
- Serwis samorządowy PAP. *Niezdrowe skutki. Rozmowa z prezesem Związku Powiatów Polskich, starostą bocheńskim Ludwikiem Węgrzynem. O sytuacji SPZOZ*. Data opublikowania: 15.03.2016. Pobrane z: <http://samorząd.pap.pl/depesze/redakcyjne/zdrowie/162434/Niezdrowe-skutki--O-sytuacji-SPZOZ-z-prezesem-ZPP> (31.05.2016).
- Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*. Edycja 2014. Magellan. Pobrane z: http://www.magellansa.pl/Portals/1/Files/Raporty%20rynkowe/Raport_Sytuacja%20finansowa%20szpitali%20w%20Polsce.pdf (31.05.2016).

Cytowanie

- Kolwitz, M. (2016). Polityka zdrowotna w sektorze świadczeniodawców na szczeblu lokalnym. *Acta Politica Polonica*, 3 (37), 91–101. DOI: 10.18276/ap.2016.37-07.