

Katarzyna Dubas

# Szpitaly niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz znaczenie w systemie leczenia

**Słowa klucze:** szpital prywatny, niepubliczny szpital samorządowy, prywatyzacja, przekształcenia własnościowe, województwo małopolskie

## Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest scharakteryzowanie profilu działalności oraz znaczenia w systemie leczenia stacjonarnego szpitali niepublicznych funkcjonujących na terenie województwa małopolskiego. Część empiryczna została poprzedzona przedstawieniem problematyki procesu prywatyzacji i przekształceń własnościowych sektora szpitalnictwa w Polsce wraz z próbą usystematyzowania stosowanej w tym zakresie terminologii. Pojęcia prywatyzacji i/lub komercjalizacji są bowiem nagminnie stosowane przez decydentów sektora zdrowotnego, zwłaszcza w toczącej się debacie politycznej<sup>1</sup> bez precyzowania ich właściwego kontekstu znaczeniowego. Tymczasem nie każdy szpital niepubliczny jest szpitalem prywatnym, a proces komercjalizacji publicznych szpitali może, ale nie musi prowadzić do ich prywatyzacji.

Sektor szpitali niepublicznych, który stopniowo rozwija się w naszym kraju już od ponad 10 lat, nie jest zbiorem jednolitym. Wyróżniamy tu dwie, charakteryzujące się odmiennymi uwarunkowaniami i zasadami funkcjonowania, grupy szpitali. Pierwszą z nich stanowią właściwe szpitale niepubliczne, tj. prywatne. Do drugiej natomiast zaliczamy tzw. niepubliczne szpitale samorządowe – spółki kapitałowe z całościowym lub większościowym udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Już sama nazwa, poprzez zestawienie dwóch niejako przeciwstawnych pojęć, wzbudza liczne kontrowersje. Z jednej strony „niepubliczne”, gdyż obowiązująca usta-

wa o zakładach opieki zdrowotnej<sup>2</sup> zawiera zamknięty katalog form organizacyjno-prawnych, w jakich może funkcjonować publiczny zakład opieki zdrowotnej – i nie ma w nim wymienionej spółki kapitałowej. Z drugiej zaś strony „samorządowe”, a więc przynależne do elementu administracji publicznej<sup>3</sup>. Klarowny podział systemu leczenia szpitalnego na sektor prywatny i publiczny nie jest więc możliwy bez rozgraniczenia kwestii własności, formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania szpitali oraz źródeł finansowania: środki publiczne/prywatne. Duże znaczenie ma bowiem także wartość przychodów uzyskiwanych przez szpital na drodze kontraktu z publicznym płatnikiem.

## Znaczenie procesu prywatyzacji w polskim systemie ochrony zdrowia

Termin „prywatyzacja” zgodnie z definicją zawartą w *Słowniku wyrazów obcych* PWN oznacza proces przekształceń własnościowych polegający na przekazaniu przedsiębiorstw państwowych w ręce prywatnych właścicieli<sup>4</sup>. Zapoczątkowany w Polsce w latach 90. XX wieku proces obejmuje, zgodnie z przepisami właściwej ustawy<sup>5</sup>, prywatyzację pośrednią (zbywanie należących do Skarbu Państwa akcji/udziałów w spółkach) oraz bezpośrednią (sprzedaż przedsiębiorstwa państwowego). W odniesieniu do sektora ochrony zdrowia pojęcie prywatyzacji ma jednak bardziej złożone znaczenie. Wzrost udziału sektora prywatnego w podaży usług zdrowot-

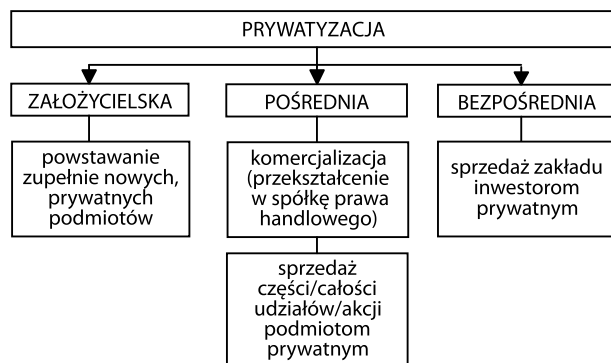
<sup>1</sup> Tematyka prywatyzacji szpitali była w 2010 r. jednym z najgorętszych tematów kampanii wyborczej. Konkurujące sztaby prowadziły swego rodzaju walkę na hasła, oskarżając się nawzajem z jednej strony o „straszenie prywatyzacją”, a z drugiej o „dążenie do likwidacji publicznej opieki zdrowotnej”. Źródło: *Debata prezydencka: spór o komercjalizację w służbie zdrowia*. PAP, Rynek Zdrowia, 30.06.2010 r. ([www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl), pobrano: 16.10.2010 r.).

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

<sup>3</sup> Podstawę idei samorządu terytorialnego stanowi zasada decentralizacji, polegająca na przeniesieniu części uprawnień i odpowiedzialności władzy publicznej z organów władzy państwowej na organy władzy samorządowej – JST są więc elementami sektora publicznego.

<sup>4</sup> *Słownik wyrazów obcych PWN*, wydanie 1995 r. (wersja on-line, [www.swo.pwn.pl](http://www.swo.pwn.pl), pobrano 16.10.2010 r.).

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (Dz.U. z 2002 r., Nr 171, poz. 1397, z późn. zm.).



Rysunek 1. Formy procesu prywatyzacji.

Źródło: opracowanie własne.

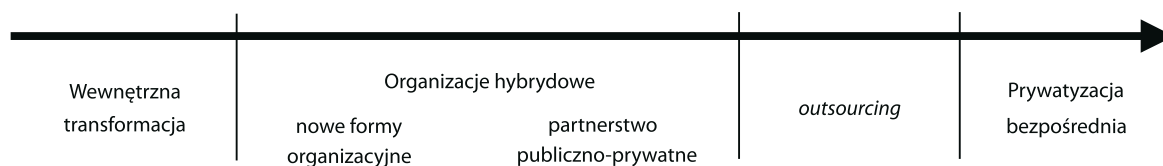
nych, jaki nastąpił w naszym kraju na przestrzeni ostatnich 10 lat, jest bowiem głównie skutkiem tzw. prywatyzacji założycielskiej (Rysunek 1). W przeciwieństwie do dwóch ww. form nie polega ona na przekształceniu struktury własnościowej podmiotu/zakładu przynależnego do sektora publicznego, lecz na niezależnym i oddolnym powstawaniu zupełnie nowych, niepublicznych jednostek. Prywatyzacja założycielska doprowadziła do dynamicznego rozwoju sektora prywatnego w obszarze podstawowej, a także ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (indywidualne i grupowe praktyki lekarskie oraz zakłady opieki zdrowotnej zakładane przez spółki) [1]. W obszarze lecznictwa stacjonarnego natomiast w ostatnich latach coraz większego znaczenia nabiera proces prywatyzacji pośredniej z udziałem zakładów podległych jednostkom samorządu terytorialnego.

W literaturze przedmiotu często można się spotkać z definiowaniem prywatyzacji jako jednego z elementów i/lub nieodłącznego etapu szerokiego procesu działań decentralizacyjnych w systemie ochrony zdrowia. Te ostatnie określane są natomiast jako transfer odpowiedzialności oraz zdolności decyzyjnej w odniesieniu do zarządzania, finansowania, wytwarzania oraz zabezpieczenia dostępności usług zdrowotnych z poziomu centralnego na niższy szczebel [2]. W zależności od rodzaju relacji występujących między organem przekazującym zadania i kompetencje a tym przyjmującym je proces decentralizacji może następować w drodze: delegacji, dewolucji bądź dekoncentracji. Delegacja to przekazywanie zadań i kompetencji przez organy centralne ich własnym jednostkom organizacyjnym, lecz usytuowanym niżej

w hierarchii (podległym) i zlokalizowanym w terenie. W przypadku dewolucji transfer następuje w kierunku wyspecjalizowanych agencji, niezależnych od władzy terytorialnej, natomiast gdy mamy do czynienia z dekoncentracją – odbiorcami przekazywanej władzy, kompetencji i środków są samodzielne i samorządne organy władzy terenowej [3].

Określenie prywatyzacji jako jednej ze strategii procesu decentralizacji w obszarze sektora zdrowotnego wynika z jej szerokiego definiowania, wykraczającego poza prosty transfer własności z sektora publicznego do prywatnego. Zdaniem części autorów prywatyzacja jest bowiem zbiorem mechanizmów mających na celu nie tylko zachęcenie sektora prywatnego do aktywnego uczestnictwa w finansowaniu i dostarczaniu usług publicznych, lecz obejmuje także wprowadzanie w tym obszarze zasad zarządzania charakterystycznych dla sektora prywatnego [2]. Zwolennicy tak szerokiego definiowania procesu prywatyzacji obrazują go jako kontinuum czterech etapów – począwszy od wewnętrznej transformacji zasad organizacji i zarządzania publicznymi zakładami opieki zdrowotnej z naciskiem na wprowadzanie elementów właściwych dla przedsiębiorstw prywatnych (komercjalizacji), poprzez rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego i *outsourcing*, aż do właściwej prywatyzacji bezpośredniej (Rysunek 2).

Podstawowym argumentem przeciwko tak szerokiemu definiowaniu prywatyzacji jest bezsporna przynależność jednostek samorządu terytorialnego do sektora publicznego. Istotne dla sektora ochrony zdrowia jest natomiast odróżnienie prywatyzacji ze względu na kryterium prawno-organizacyjne (status i własność jednostki) oraz kryterium finansowe (skąd pochodzą środki). Występująca w polskim systemie ochrony zdrowia relacja: opłacania ze środków publicznych prywatnie wytwarzanych usług, określana mianem „rynku regulowanego”, wymaga bowiem jasno sprecyzowanych ram funkcjonowania. Więcej o tej problematyce w publikacji *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, s. 38 [1]. Zjawisko wzrostu udziału sektora prywatnego w wytwarzaniu usług zdrowotnych jest charakterystyczne dla systemów ochrony zdrowia większości krajów. W rezultacie mamy do czynienia z coraz większą złożonością, określaną jako „publiczno-prywatne”, struktur (*public-private mix*). Jednocześnie klarowne wyznaczenie granicy pomiędzy częścią publiczną a prywatną nie jest łatwe. Wyróżnia się tu trzy główne czynniki: zatrudnienie znacznej części profesjonalistów jednocześnie w zakładach publicznych, jak i prywatnych, źródła finansowania usług medycznych



Rysunek 2. Kontinuum procesu prywatyzacji.

Źródło: Atun R., *Privatization as decentralization strategy*, w: Salman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K., (red.), *Decentralization in health care. Strategies and outcomes*. „European Observatory on Health Systems and Policies Series”, WHO 2007: 246.

pochodzące z obydwu sektorów, a także jako rezultat kombinacji dwóch pierwszych czynników – pojawienie się mieszanej motywacji usługodawców, z jednej strony nastawionej na cele socjalne (przypisywanej sektorowi publicznemu), a z drugiej na indywidualne korzyści (charakterystycznej dla podmiotów prywatnych). Kluczowego znaczenia nabiera tym samym potrzeba wprowadzenia mechanizmów umożliwiających sprawne sterowanie (*stewardship*) tak złożonym i wielowymiarowym systemem [4]. Problematyka ta jest przedmiotem licznych publikacji<sup>6</sup>, a w świetle postępującej złożoności polskiego systemu ochrony zdrowia z pewnością powinna się stać także centrum zainteresowania krajowych decydentów polityki zdrowotnej.

Podstawowe znaczenie dla rozwoju niepublicznego sektora opieki zdrowotnej w Polsce miała dekoncentracja zadań i kompetencji z zakresu ochrony zdrowia w kierunku jednostek samorządu terytorialnego<sup>7</sup> oraz umożliwienie niepublicznym świadczeniodawcom usług zdrowotnych podpisywania umów na ich realizację z płatnikiem publicznym<sup>8</sup>. Ostatnia z ww. reform doprowadziła do dynamicznego rozwoju sektora prywatnego – początkowo głównie w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej<sup>9</sup>, a obecnie także w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz diagnostyki laboratoryjnej. Zgodnie z danymi rejestru zakładów opieki zdrowotnej według stanu na dzień 19 października 2010 r. udział niepublicznych placówek dostarczających świadczeń z zakresu leczenia ambulatoryjnego w ich całkowitej liczbie wynosił w skali kraju około 80%<sup>10</sup>.

W odniesieniu do systemu leczenia szpitalnego rozbudowa sektora niepublicznego, pomimo iż stabilnie, postępuje jednak zdecydowanie wolniej. O ile w 2000 r. liczba łóżek w 38 działających szpitalach ogólnych niepublicznych wynosiła 1583, to w ciągu ośmiu kolejnych lat ich liczba wzrosła niemal dziewięciokrotnie, osiągając w 2008 r. 13 542 łóżek w 186 szpitalach niepublicznych (**Tabela I**). W tym samym okresie liczba szpitali ogólnych publicznych zmalała o 168 jednostek – z 714 w 2000 r. do 546 w 2008 r. Udział łóżek szpitali niepublicznych w liczbie łóżek ogółem, pomimo iż stopniowo rośnie, w 2008 r. wynosił zaledwie 7,38%.

### Systemowe uwarunkowania funkcjonowania szpitali niepublicznych

Zgodnie z zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej<sup>11</sup> niepubliczny szpital może być utworzony przez:

- Kościół lub związek wyznaniowy;
- pracodawcę;
- fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie;
- krajową lub zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną;
- spółkę niemającą osobowości prawnej.

W przeciwieństwie do szpitali publicznych ustawodawca wymienia jedynie podmioty mogące pełnić rolę organu założycielskiego szpitala niepublicznego, nie narzuca natomiast formy organizacyjno-prawnej jego

Rok	Szpitale ogólne (stan na 31 XII)		Łóżka rzeczywiste (stan na 31 XII)		Udział łóżek niepublicznych w liczbie łóżek ogółem
	Ogółem	W tym niepubliczne	Ogółem	W tym niepubliczne	
2000	752	38	191 290	1 583	0,83%
2001	774	78	188 805	3 361	1,78%
2002	777	94	190 503	5 490	2,88%
2003	767	103	187 454	5 780	3,08%
2004	790	147	183 280	7 649	4,17%
2005	781	170	179 493	8 215	4,58%
2006	742	153	176 673	9 318	5,27%
2007	748	170	175 023	10 204	5,83%
2008	732	186	183 565 <sup>2)</sup>	13 542	7,38%

1) Bez jednostek resortowych podległych MON, MSWiA i MS.

2) Łącznie z łózkami w oddziale neonatologicznym.

**Tabela I.** Funkcjonowanie szpitali ogólnych<sup>1)</sup> w latach 2000–2008.

Źródło: zestawienie własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za lata 2001–2009.

<sup>6</sup> Samo pojęcie sterowności (*stewardship*) określano jako jedną z czterech podstawowych funkcji pełnionych przez współczesne systemy ochrony zdrowia. Źródło: WHO, *World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance, Geneva 2000.

<sup>7</sup> W 1991 r. nastąpiło reaktywowanie samorządu terytorialnego na poziomie gmin, natomiast w 1999 r. powołano powiaty i województwa.

<sup>8</sup> Kontraktowanie przez Kasy Chorych, począwszy od 1999 r.

<sup>9</sup> Już w drugim roku funkcjonowania nowego systemu udział sektora prywatnego w całkowitej wartości kontraktów w obszarze POZ wynosił 58%, a w przypadku niektórych kas (lubuskiej, łódzkiej czy mazowieckiej) przekraczał 90%.

<sup>10</sup> Raport – liczba placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki na dzień 19.10.2010 r. ([www.rejestrzoz.gov.pl](http://www.rejestrzoz.gov.pl), pobrano 19.10.2010 r.).

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

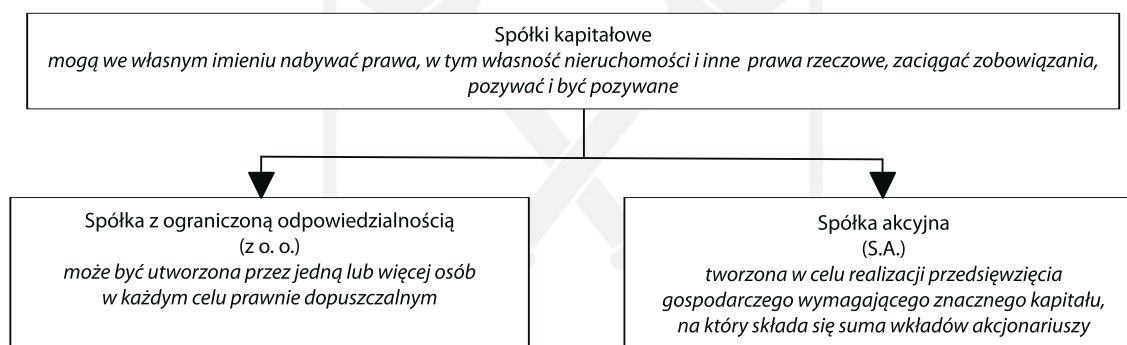
prowadzenia. W praktyce dominującą formą prowadzenia stacjonarnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (NZOZ) w Polsce są spółki kapitałowe [5]. Wynika to m.in. z faktu poniesienia dużych nakładów finansowych na utworzenie i wyposażenie szpitali. Funkcjonują one na podstawie kodeksu spółek handlowych<sup>12</sup> i w świetle jego przepisów są zaliczane do grupy przedsiębiorstw. Spółka kapitałowa może przybrać formę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością bądź spółki akcyjnej (**Rysunek 3**).

Zarówno utworzenie, jak i likwidacja prywatnego zakładu opieki zdrowotnej są autonomiczną decyzją podmiotów gospodarczych. Szpital funkcjonuje tu jako podległa prawom rynkowym, racjonalna instytucja ekonomiczna. Właściciele podejmują wszelkie decyzje w sposób niezależny i w pełni ponoszą konsekwencje tych decyzji, niezależnie od tego, czy mają one charakter pozytywny (działalność szpitala generuje zysk), czy też negatywny (odnotowywana jest strata) [6].

Szpital niepubliczny mogą sprzedawać świadczenia zarówno klientom indywidualnym, jak i instytucjom, na zasadzie pełnej lub częściowej odpłatności, jak również bezpłatnie w przypadku zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie ma w ich przypadku ograniczenia co do możliwości jednoczesnego świadczenia usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i na zasadach komercyjnych (które to ograniczenie występuje w przypadku szpitali publicznych). Zgodnie

z zapisem ustawowym<sup>13</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Pomimo dynamicznego rozwoju sektora szpitali niepublicznych w ostatniej dekadzie nadal często zgłaszane są przykłady ich dyskryminacji i/lub preferowania zakładów publicznych<sup>14</sup>. Chodzi tu zarówno o kwestie niektórych uregulowań prawnych, jak i indywidualnych decyzji administracyjnych. W pierwszym przypadku ilustracją może być obowiązek opłacania przez szpitale niepubliczne podatku dochodowego od osób prawnych (CIT), od którego zwolnione są jednostki publiczne (gdy przeznaczają zysk na określone w statucie cele ochrony zdrowia)<sup>15</sup>, czy też tzw. ustawa podwyżkowa<sup>16</sup>, która nie objęła szpitali niepublicznych. Przykładem nierównego traktowania szpitali publicznych i niepublicznych, ze szkodą dla tych ostatnich, na poziomie decyzji administracyjnych może być natomiast kontraktowanie usług zdrowotnych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) na 2010 r. Nastąpiło tu różnicowanie ofert przygotowanych dla szpitali publicznych i niepublicznych oraz zaproponowanie tym ostatnim kontraktów nie tylko mniejszych wartościowo, lecz także z obniżoną wyceną za punkt<sup>17</sup>.



**Rysunek 3.** Cechy spółek kapitałowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 15 września 2000 r., Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000, nr 94, poz. 1037, z późn. zm.).

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 15 września 2000 r., Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000, nr 94, poz. 1037, z późn. zm.).

<sup>13</sup> 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.).

<sup>14</sup> Przykłady doniesień prasowych: *NFZ dyskryminuje niepubliczne ZOZ-y*. „Dziennik Gazeta Prawna” z 31.03.2010 (www.gazetaprawna.pl, pobrano 31.10.2010), *Prywatne zdrowie bez podatku*. Karwowska A., Portal Gazeta.pl z 16.03.2010 (www.gazeta.pl, pobrano 31.10.2010).

<sup>15</sup> Kwestia ta przez wiele lat była „nagłaśniana” jako jawny przejaw dyskryminacji przez przedstawicieli szpitali niepublicznych. Nawet bowiem w sytuacji gdy szpital niepubliczny świadczy usługi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (ma kontrakt z NFZ), musi odprowadzić podatek dochodowy od uzyskanego zysku, podczas gdy znajdujący się w tej samej sytuacji szpital publiczny jest od podatku zwolniony i może ten zysk przeznaczyć np. na inwestycje w jednostce. Problem ten stał się nawet przedmiotem orzeczenia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z 3 marca 2010 r. (sprawa wniesiona przez niepubliczny szpital ZOZ Help-Med Sp. z o.o. w Łodzi), zgodnie z którym po raz pierwszy dopuszczono możliwość zwolnienia niepublicznego ZOZ z podatku dochodowego od osób prawnych w tej części wpływu, która jest przeznaczana na cele statutowe NZOZ, czyli prowadzenie działalności medycznej. Źródło: Portal Rynek Zdrowia, *Niepubliczny ZOZ może ubiegać się o zwolnienie z podatku dochodowego*, 14.03.2010 (www.rynekzdrowia.pl, pobrano 02.04.2010).

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. 2006, nr 149, poz. 1076).

<sup>17</sup> Szpitalom publicznym zaproponowano kontrakty na poziomie czerwca 2009 r., podczas gdy niepublicznym obniżenie kontraktów wartościowo o około 40% oraz równoczesne obniżenie ceny punktu z 51 do 40 zł. Kwestia ta stała się nawet przedmiotem interwencji Ministra Zdrowia i prezesa NFZ. Źródło: Kamiński M., Twarowski A., *Równi i równiejsi*. „Menedżer Zdrowia” 2010; nr 1.

Pomimo iż formalnie sklasyfikowane jako niepubliczne, specyficzną i o odmiennych uwarunkowaniach grupę szpitali stanowią spółki kapitałowe z całościowym lub większościowym udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Liczba jednostek tego typu dynamicznie rośnie w ostatnich latach, a w świetle krytyki i wskazywania licznych wad Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ) jako formy organizacyjno-prawnej szpitali publicznych określane są one jako kierunek, w którym powinny pójść przekształcenia sektora szpitalnictwa.

Problematyka ta jest przedmiotem przyjętego w kwietniu 2009 r. rządowego programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”<sup>18</sup>, który przewiduje udzielenie finansowego wsparcia samorządom, decydującym się na likwidację zadłużonego SP ZOZ i powołanie w jego miejsce zakładu funkcjonującego w formie spółki kapitałowej. Program ma być realizowany w latach 2009–2011, a zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia do dnia 16 kwietnia 2010 r. w ramach jego realizacji wpłynęły 23 wnioski o przydzielenie dotacji na łączną kwotę około 73 mln zł<sup>19</sup>. Niezależnie od ww. programu Ministerstwo Zdrowia opracowało również projekt ustawy o działalności leczniczej, zakładającej przymusowe przekształcenie samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe, w przypadku braku możliwości spłacenia przez organ założycielski zadłużenia szpitala<sup>20</sup>. Według stanu na dzień pisania niniejszego artykułu pakiet ustaw zdrowotnych – w tym także ustawy o działalności leczniczej – został przyjęty przez rząd i „oczekuje” na przekazanie do Sejmu.

Niezależnie od podejmowanych przez rząd działań przekształcenia formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ były dokonywane oddolnie, decyzją jednostek samorządu terytorialnego, począwszy już od 1999 r. W latach 1999–2009 na drodze uchwał jednostek samorządu terytorialnego, poprzez likwidację SP ZOZ i powołanie w ich miejsce spółek kapitałowych, „przekształcono” w naszym kraju 409 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów, w tym:

- 92 szpitale;
- 264 zakłady leczenia ambulatoryjnego;
- 53 oddziały szpitalne<sup>21</sup>.

Zmiany formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej<sup>22</sup> w sektorze ochrony zdrowia były podejmowane na wszystkich szczeblach

samorządu terytorialnego. Największą inicjatywę przekształceń wykazywały jednak miasta oraz powiaty. Należy zaznaczyć, iż spośród 92 przekształconych szpitali nie wszystkie stanowią spółki kapitałowe z całościowym i/lub większościowym udziałem samorządu (Tabela II). Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia wśród 92 powstałych szpitali niepublicznych 61 stanowiło spółki kapitałowe z udziałem samorządu, przy czym w 49 był to udział całościowy, w 4 większościowy, a w kolejnych 8 mniejszościowy. W przypadku pozostałych zaś 31 szpitali mamy do czynienia z typowymi jednostkami niepublicznymi, funkcjonującymi głównie w formie spółek pracowniczych lub spółek, których właścicielem są prywatni inwestorzy. W skali kraju największe znaczenie jako prywatni inwestorzy „przejmujący” samorządowe szpitale mają dwie grupy: EMC Instytut Medyczny S.A. z Wrocławia (zarządzający aktualnie 12 zakładami opieki zdrowotnej w Polsce) oraz Grupa Nowy Szpital Sp. z o.o., w której skład wchodzi sieć 10 szpitali.

Zwolennicy przekształcenia samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe argumentują, iż taka forma organizacyjna pozwoli samorządom na rzeczywisty i przejrzysty nadzór właścicielski, jak również umożliwi wprowadzenie efektywnego systemu zarządzania zakładem<sup>23</sup>. Przeciwnicy z kolei odwołują się głównie do kwestii możliwości odsprzedaży udziałów inwestorowi prywatnemu, co mogłoby w konsekwencji doprowadzić do stopniowej, „rzeczywistej” prywatyzacji. Ta z kolei, ze względu na nastawienie inwestorów prywatnych na zysk i skupianie się wyłącznie na dochodowych dziedzinach lecznictwa, może grozić ograniczeniem dostępności do świadczeń<sup>24</sup>. Nie bez znaczenia pozostaje tu także kwestia możliwości finansowych jednostek samorządu terytorialnego, które w wielu wypadkach bez odpowiedniego wsparcia nie są wystarczające do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców w zakresie lecznictwa szpitalnego.

## ■ Profil szpitali niepublicznych na terenie województwa małopolskiego

Próbę nakreślenia profilu zbioru szpitali niepublicznych powinien poprzedzić dobór odpowiednich wskaźników charakteryzujących jego specyfikę. Wskaźniki służące do profilowania sektora niepublicznego w szpitalnictwie mogą dotyczyć różnych obszarów. Jako przykład można wymienić:

<sup>18</sup> Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” – program potocznie nazywany jest „Planem B”.

<sup>19</sup> Informacja w sprawie realizacji programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” – stan na dzień 16 kwietnia 2010 (www.mz.gov.pl, pobrano 16.10.2010).

<sup>20</sup> Źródło: informacje Polskiej Agencji Prasowej z 11.10.2010.

<sup>21</sup> Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2009. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2010 r.

<sup>22</sup> Potocznie określane jako „przekształcenia własnościowe”, pomimo iż nie zawsze dochodziło w ich przypadku do zmian w strukturze własności (ostateczna odpowiedzialność właścicielska zarówno przy formule SP ZOZ, jak i spółce kapitałowej z większościowym/całościowym udziałem samorządu – spoczywa na danej jednostce samorządu terytorialnego).

<sup>23</sup> Argumenty przywołane w punkcie 3 programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, przyjętego uchwałą Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r.

<sup>24</sup> Komentarze dotyczące prezydenckiego weta do pakietu ustaw zdrowotnych zakładających m.in. obligatoryjne przekształcenie samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe. PiS, Lewica i SdPl poprzęto prezydenta do ustaw zdrowotnych. „Gazeta Prawna”, 18.12.2008 r.

Województwo		Liczba szpitali przekształconych ogółem	Forma nowo powstałego szpitala			
			Spółka kapitałowa z udziałem samorządu			Inna forma
			100%	> 50%	< 50%	
1	dolnośląskie	23	10	0	0	13
2	kujawsko-pomorskie	11	5	2	4	0
3	lubelskie	2	1	0	0	1
4	lubuskie	7	1	1	1	4
5	łódzkie	3	3	0	0	0
6	małopolskie	5	1	0	1	3
7	mazowieckie	1	1	0	0	0
8	opolskie	6	5	0	0	1
9	podkarpackie	1	1	0	0	0
10	podlaskie	1	1	0	0	0
11	pomorskie	7	5	1	0	1
12	śląskie	11	4	0	2	5
13	świętokrzyskie	2	1	0	0	1
14	warmińsko-mazurskie	5	5	0	0	0
15	wielkopolskie	5	4	0	0	1
16	zachodniopomorskie	2	1	0	0	1
Ogółem		92	49	4	8	31

**Tabela II.** Szpitale NZOZ-y powstałe w drodze decyzji jednostek samorządu terytorialnego po uprzedniej likwidacji szpitala funkcjonującego w formie SP ZOZ w latach 1999–2009.

Źródło: zestawienie własne na podstawie Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2009. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2010 r. oraz przeglądu stron internetowych przekształconych szpitali.

- wielkość placówki (liczba łóżek);
- wartość przychodów netto ze sprzedaży usług i źródła finansowania (prywatne/publiczne);
- zakres działalności medycznej (rodzaje oddziałów, statystyki wykonywanych zabiegów);
- kadra (liczba personelu, struktura kwalifikacji, rodzaj umowy o pracę, poziom wynagrodzenia);
- efektywność techniczna (wskaźnik wykorzystania łóżek, średni okres pobytu, liczba pacjentów przypadających na jedno łóżko);
- warunki pobytu (ocena satysfakcji pacjentów).

Zarówno w skali kraju, jak i województwa małopolskiego nie wszystkie ww. obszary mogą być zilustrowane odpowiednimi danymi. Kwestie dotyczące personelu i/lub warunków pobytu pacjentów stanowią zindywidualizowane dla danej jednostki zakresy charakterystyki. Niemniej jednak na potrzeby niniejszego artykułu szpitale niepubliczne województwa małopolskiego zostały scharakteryzowane pod względem wielkości i zakresu prowadzonej działalności medycznej, a także wybranych wskaźników efektywności technicznej. Szczególną uwagę zwrócono również na kwestię formy organizacyjno-prawnej prowadzenia szpitali oraz źródeł pozyskiwania przez nie środków finansowych.

W Małopolsce, podobnie jak w skali całego kraju, można zaobserwować w ostatnich latach trend spadku liczby łóżek w szpitalach publicznych przy jednoczesnej stopniowej rozbudowie sektora niepublicznego.

W 2009 r. w ramach leczenia stacjonarnego – obejmującego zarówno szpitale, jak i jednostki opieki długoterminowej – na terenie województwa małopolskiego funkcjonowało 110 zakładów opieki zdrowotnej, dysponujących łącznie ponad 17 tys. łóżek (**Tabela III**).

W grupie 80 funkcjonujących w 2009 r. szpitali połowę (40 szpitali) stanowiły jednostki niepubliczne. Biorąc jednakże pod uwagę liczbę łóżek, zdecydowaną większość stanowiły szpitale publiczne – dysponujące łącznie 14 072 łózkami, co stanowiło 93% całkowitej liczby łóżek szpitalnych w województwie (15 120). Zderzając potencjał łóżek z liczbą jednostek – otrzymujemy w Małopolsce średnio 352 łóżka przypadające na jeden szpital publiczny i zaledwie 26 na jeden niepubliczny.

Wśród 40 szpitali publicznych większość (17 jednostek) stanowiły duże szpitale wieloprofilowe, tj. udzielające świadczeń w co najmniej 7 specjalnościach, 13 jednostek prowadziło działalność skupioną w ramach jednej dziedziny – jako tzw. szpitale specjalistyczne, natomiast w przypadku 10 szpitali udzielanie świadczeń w ramach opieki stacjonarnej ograniczało się do 4 podstawowych specjalności medycznych, tj. pediatrii, interny, chirurgii oraz ginekologii i położnictwa.

Szpitale niepubliczne funkcjonujące na terenie województwa małopolskiego dysponowały w 2009 r. łącznie 1048 łózkami. Wśród 37 szpitali ogólnych jedna jednostka dysponowała więcej niż 100 łózkami (Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. Jana Grandego w Krakowie), a tylko

Rodzaj zakładu		Liczba jednostek	Liczba łóżek (stan na 31.12.2009)	
Szpitale	publiczne	wieloprofilowe	17	8 806
		jednoprofilowe	13	2 661
		podstawowe	10	2 605
	niepubliczne	ogólne	37	968
		psychiatryczne	3	80
Zakłady opieki długoterminowej	publiczne	6	817	
	niepubliczne	24	1 276	
Ogółem		110	213	

**Tabela III.** Zakłady lecznictwa stacjonarnego w Małopolsce w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Raport – lecznictwo szpitalne w Małopolsce 2009”. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.

w przypadku 3 kolejnych liczba łóżek przekraczała 50. W 14 szpitalach liczba łóżek mieściła się w przedziale 20–50, w przypadku zaś 19 pozostałych wynosiła poniżej 20 (Tabela IV). Zdecydowana większość szpitali niepublicznych to jednostki niewielkie, przeważnie specjalizujące się w określonej dziedzinie działalności.

O ile w jednostkach publicznych świadczenia lecznictwa szpitalnego były udzielane w Małopolsce w 2009 r. na oddziałach ponad 50 różnych specjalności, to w przypadku szpitali niepublicznych funkcjonowały oddziały tylko 15 specjalności (Tabela V). Zasadniczo pod względem profilu działalności małopolskie szpitale niepubliczne można podzielić na dwie grupy. Pierwszą z nich – przeważającą liczebnie stanowią jednoprofilowe jednostki specjalizujące się w określonej działalności. Wyróżniamy tu cztery podstawowe profile działalności: szpitale ginekologiczno-położnicze (8 szpitali w 2009 r.), jednostki udzielające świadczeń z zakresu chirurgii (ogólnej, naczyniowej, urazowo-ortopedycznej oraz plastycznej – w sumie 13 jednostek), nefrologii (4 stacje dializ) oraz rehabilitacji (8 jednostek). Drugą, zdecydowanie mniej liczną grupę szpitali niepublicznych stanowią większe pod względem liczby łóżek jednostki, udzielające świadczeń m.in. na oddziale chorób wewnętrznych. W 2009 r. były to 4 szpitale: NZOZ w Tuchowie, Szczyrzycu, Szpital Miejski w Rabce-Zdroju oraz Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie (Tabela IV).

Podstawowe dane charakteryzujące działalność publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych województwa małopolskiego w latach 2007–2009, w tym także wybrane wskaźniki efektywności technicznej, przedstawia Tabela VI. Z zaprezentowanych danych wynika, iż szpitale niepubliczne osiągają lepsze wartości wskaźników wykorzystania zasobów w porównaniu z jednostkami publicznymi. Przykładowo, w 2009 r. średnia liczba leczonych przypadających na jedno łóżko w szpitalach niepublicznych wynosiła 46,83, średni okres pobytu pacjenta 5,96 dnia, a wskaźnik wykorzystania łóżek 278,9 dnia. Te same wskaźniki dla szpitali publicznych wynosiły odpowiednio: 41,97, 6,45 i 270,73. Jednak zarówno

w przypadku szpitali niepublicznych, jak i publicznych można zauważyć w okresie 2007–2009 trend wzrostu liczby przyjmowanych pacjentów z jednoczesnym skróceniem średniego okresu ich pobytu. Należy podkreślić, iż obiektywne porównanie wskaźników efektywności technicznej szpitali niepublicznych i publicznych powinno uwzględniać specyfikę działalności i dotyczyć np. oddziałów tego samego rodzaju. Również przy interpretacji współczynnika śmiertelności szpitalnej – zdecydowanie niższego dla szpitali niepublicznych – należy pamiętać o profilu działalności tych jednostek. Przykładowo, w 2009 r. nie funkcjonował w Małopolsce ani jeden niepubliczny oddział szpitalny o profilu onkologicznym, neurologicznym czy pediatrycznym. Zdecydowana większość świadczeń szpitalnych w odniesieniu do tzw. ciężkich przypadków pozostawała więc obszarze sektora publicznego.

W 2009 r. Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) podpisał umowy z zakresie lecznictwa szpitalnego z 76 świadczeniodawcami na łączną kwotę 1 879 421 340 zł<sup>25</sup>. Około 7% udziału w tej kwocie miały szpitale niepubliczne. Na 37 funkcjonujących w Małopolsce szpitali niepublicznych – 19 nie miało w 2009 r. kontraktu z MOW NFZ w zakresie leczenia szpitalnego. W przypadku pozostałych 18 zaś sumaryczna wartość umów na udzielanie świadczeń w obszarze leczenia szpitalnego wyniosła ponad 136 mln zł (Tabela IV).

Co do informacji obrazujących udział kontraktów z NFZ w całkowitej wartości przychodów uzyskiwanych przez szpitale niepubliczne, to brakuje ogólnodostępnych danych. Zgodnie z informacją uzyskaną od przedstawicieli dwóch jednostek niepublicznych udział środków uzyskiwanych od publicznego płatnika stanowił w 2009 r. 81,56% całkowitych przychodów netto ze sprzedaży w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Krakowie oraz 94,67% w Szpitalu Miejskim w Rabce-Zdroju. Należy jednak zaznaczyć, iż kwoty te odnoszą się do całkowitej wartości kontraktu z NFZ. Wydzielona – tylko w obszarze leczenia szpitalnego – wartość umów stanowiła nato-

<sup>25</sup> Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2009. Warszawa, czerwiec 2010, (www.nfz.gov.pl, pobrano 16.08.2010)

Lp.	Nazwa szpitala	Profil działalności w obszarze usług szpitalnych	Liczba łóżek	Wartość kontraktu z MOW NFZ w obszarze – leczenie szpitalne w 2009 r. (zł)
1	NZOZ Szpital na ul. Siemiradzkiego 2 Ośrodek Diagnostyczno-Zabiegowy	chirurgia jednego dnia	0	0,00
2	NZOZ ASKLEPION Diagnostyka i Leczenie Operacyjne	ginekologia i położnictwo (jednego dnia)	0	0,00
3	UZDROWISKO KRYNICA – ŻĘGIESTÓW	sanatorium, rehabilitacja	0	0,00
4	NZOZ ART-DERM Centrum Estetyczno-Plastyczne	chirurgia plastyczna i estetyczna	0	0,00
5	NZOZ CENTERMED Tarnów O. w Krakowie	rehabilitacja	2	1 680 552,00
6	NZOZ ART-MEDICINA w Krakowie	chirurgia plastyczna i estetyczna	4	0,00
7	Małopolskie Centrum Sercowo-Naczyniowe PAKS w Chrzanowie	chirurgia naczyniowa, kardiologia	4	0,00
8	LIFE Poradnia Zdrowia Rodziny w Niepołomicach	ginekologia i położnictwo	5	0,00
9	NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II filia w Nowym Targu	nefrologia	5	0,00
10	NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II filia w Mysłenicach	nefrologia	7	0,00
11	NZOZ Stacja Dializ HAND PROD w Gorlicach	nefrologia	8	851 487,00
12	Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Oświęcimiu	chirurgia naczyniowa, kardiologia	9	799 068,00
13	FEMINA Centrum Diagnostyczno-Operacyjne	ginekologia i położnictwo	10	0,00
14	Prywatna Klinika Położnicza SPES Sp. z o.o.	ginekologia i położnictwo	11	1 986 093,00
15	MEDICINA Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe	chirurgia ogólna, ortopedia	12	8 232 012,00
16	INTERCARD Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Nowym Sączu	chirurgia naczyniowa, kardiologia	13	13 400 352,00
17	INTERCARD Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Nowym Targu	chirurgia naczyniowa, kardiologia	13	8 976 510,00
18	NZOZ ORTO-MED Ośrodek Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu	chirurgia urazowo-ortopedyczna	14	1 938 000,00
19	NZOZ CENTRUM CHIRURGICZNE Nowa Huta	chirurgia	16	1 900 107,00
20	Gabinety Lekarskie MEDIKOR w Nowym Sączu	położnictwo i ginekologia	20	7 056 207,00
21	Zakład Rehabilitacji Leczniczej Stróże	rehabilitacja	20	0,00
22	ZOZ MULTIMED Sp. z o.o. w Oświęcimiu	rehabilitacja	21	0,00
23	NZOZ REHSTAB w Limanowej	rehabilitacja	24	0,00
24	ZOZ CENTRUM MEDYCZNE – NOWA HUTA	chirurgia stomatologiczna	25	0,00
25	Centrum Rehabilitacji Medycznej TUKAN	rehabilitacja	30	0,00
26	NZOZ SCANMED Strefa Medyczna Uniwersum	chirurgia, ortopedia	30	10 117 584,00
27	NZOZ ORTOPEDIUM w Krakowie	ortopedia	33	0,00
28	NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II w Krakowie	nefrologia	36	0,00
29	NZOZ PASTERNIK	rehabilitacja	40	0,00
30	NZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny im. św. Elżbiety w Tuchowie	ginekologia i położnictwo	44	5 981 535,00
31	Szpital pw. Jana Jerozolimskiego w Szczyrzycu	choroby wewnętrzne	47	3 756 456,00
32	NZOZ Centrum Zdrowia Tuchów	choroby wewnętrzne	48	3 315 000,00
33	NZOZ Szpital na ul. Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego	ginekologia i położnictwo	50	9 663 174,00
34	NZOZ Szpital Miejski w Rabce-Zdroju	choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna	68	5 432 724,00
35	Prywatny Szpital Położniczo-Ginekologiczny	ginekologia i położnictwo	79	24 306 957,00
36	NZOZ UZDROWISKO RABKA	sanatorium, rehabilitacja kardiologiczna	100	0,00
37	Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. Jana Grandego	choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, chirurgia naczyniowa	120	27 268 221,00
Razem			968	136 662 039,00

\* bez 3 szpitali o profilu psychiatrycznym.

**Tabela IV.** Szpitale niepubliczne\* funkcjonujące w Małopolsce w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Raportu – lecznictwo szpitalne w Małopolsce 2009”. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2010, przeglądu stron internetowych szpitali oraz Informatora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie umów na realizację świadczeń w obszarze lecznictwa szpitalnego na rok 2009.



Lp.	Oddział	Liczba łózek
1	anestezjologii i intensywnej terapii	8
2	chirurgii naczyniowej	44
3	chirurgii ogólnej	74
4	chirurgii plastycznej	4
5	chirurgii urazowo-ortopedycznej	79
6	chorób wewnętrznych	188
7	ginekologiczno-położniczy	218
8	intensywnego nadzoru kardiologicznego	8
9	kardiologiczny	31
10	laryngologiczny	3
11	nefrologiczny	56
12	opieki paliatywnej	20
13	rehabilitacyjny	135
14	rehabilitacji kardiologicznej	100
15	psychiatryczny	80
Razem		1048

**Tabela V.** Łóżka według oddziałów w ogólnych szpitalach niepublicznych funkcjonujących w województwie małopolskim w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Raport – lecnicstwo szpitalne w Małopolsce 2009”. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.

miast odpowiednio 75,89% (Szpital Zakonu Bonifratrów) i 48,96% (Rabka-Zdrój) całkowitych przychodów netto ze sprzedaży. Zasadne wydaje się więc przypuszczenie, iż w przypadku zwłaszcza większych szpitali niepublicznych kontrakt z NFZ stanowi podstawowe źródło przychodów. Mniejsze szpitale natomiast, które nie posiadają umowy z publicznym płatnikiem w obszarze leczenia szpitalnego, bardzo często kontraktują świadczenia z zakresu leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z danymi Informatora MOW NFZ wszystkie wskazane w Tabeli IV szpitale o profilu rehabilitacyjnym (8 jednostek) posiadały w 2009 r. kontrakt na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, a tylko jeden z nich (NZOZ CENTERMED Tamów O. w Krakowie) posiadał jednocześnie umowę z zakresu leczenia szpitalnego. Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku 4 stacji dializ (sama tylko krakowska filia NZOZ Centrum Dializ Fresenius Ne-phrocare II posiadała w 2009 r. kontrakt z MOW NFZ na kwotę przekraczającą 37 mln zł, głównie w zakresie hemodializoterapii<sup>26</sup>).

Biorąc pod uwagę formę organizacyjno-prawną funkcjonowania szpitali, należy podkreślić, iż w 2009 r. funkcjonował na terenie województwa tylko jeden nie-

publiczny szpital samorządowy – NZOZ Szpital Miejski w Rabce-Zdroju. Jest to jednoosobowa spółka Gminy Rabka, powstała w 2007 r., po uprzedniej likwidacji przez samorząd szpitala funkcjonującego w formie SP ZOZ. Druga tego typu jednostka powstała dopiero w 2010 r. i jest nią Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o. – jednoosobowa spółka Województwa Małopolskiego, która rozpoczęła działalność w lipcu 2010 r., przejmując zadania realizowane uprzednio przez szpital funkcjonujący w formie SP ZOZ. Przekształcenie Szpitala im. Rydygiera stanowiło element uczestnictwa Samorządu Województwa Małopolskiego we wspomnianym wcześniej rządowym programie „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”<sup>27</sup>. Przystąpienie do „Planu B” i związana z nim realizacja programu restrukturyzacyjnego ma umożliwić m.in. spłatę zadłużenia szpitala w kwocie około 24 mln złotych, które po likwidacji szpitala w formie SP ZOZ obciążały budżet Samorządu Województwa. Z chwilą przekształcenia Szpital im. Rydygiera został największym niepublicznym szpitalem samorządowym w południowej Polsce (według stanu na 31 grudnia 2009 r. jednostka posiadała 590 łózek, zatrudniała ponad 1300 pracowników, a kwota kontraktu z NFZ na 2009 r. przekraczała 134 mln zł).

Również w 2010 r. rozpoczął działalność jedyny w Małopolsce szpital niepubliczny z mniejszościowym udziałem samorządu. NZOZ Nowy Szpital w Olkuszu przejął działalność medyczną zlikwidowanego decyzją samorządu szpitala powiatowego<sup>28</sup>. Większość udziałów w powstałej spółce posiada inwestor prywatny – Grupa Nowy Szpital Sp. z o.o., natomiast Samorząd Powiatu Olkuskiego jest właścicielem około 30% udziałów. Olkuski szpital jest największą jednostką funkcjonującą w obrębie Grupy Nowy Szpital Sp. z o.o. (według stanu na 31 grudnia 2009 r. jednostka posiadała 366 łózek, zatrudniała ponad 720 pracowników, a kwota kontraktu z NFZ na 2009 r. przekraczała 42 mln zł). Inwestor prywatny na podstawie wieloletniej umowy współpracy wydzierżawia od samorządu budynki oraz sprzęt, odprowadzając w zamian opłatę czynszową. Zgodnie z informacją uzyskaną od przedstawiciela szpitala podstawą funkcjonowania jednostki w 2010 r. jest kontrakt z NFZ, a przychody generowane ze źródeł prywatnych (opłaty pacjentów) występują tylko w obszarze diagnostyki laboratoryjnej.

W tym momencie nie ma jeszcze możliwości pełnej oceny funkcjonowania tych dwóch największych w województwie szpitali niepublicznych (od przekształcenia tak Szpitala im. Rydygiera, jak i szpitala w Olkuszu nie minął jeszcze rok). W przypadku krakowskiego szpitala jednak już pojawiają się sygnały, iż podstawowym problemem jest brak wystarczających środków finansowych Samorządu Województwa Małopolskiego na wsparcie dla jednostki (m.in. na dofinansowanie kosztów remon-

<sup>26</sup> Hemodializoterapia jest świadczeniem kontraktowanym na odrębnych zasadach, poza obszarem leczenia szpitalnego.

<sup>27</sup> Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

<sup>28</sup> Stosowna Uchwała Rady Powiatu Olkuskiego o przejęciu zadań w zakresie świadczeń medycznych, z wyjątkiem podstawowej opieki zdrowotnej, podjęta została już we wrześniu 2009 r., stąd szpital olkuski jest już ujęty w wykazie zaprezentowanym w Tabeli II. NZOZ Nowy Szpital w Olkuszu rozpoczął natomiast działalność z dniem 1 stycznia 2010 r. (Uchwała nr XXXII/273/2009 Rady Powiatu Olkuskiego z 9 września 2009 r.).

Wyszczególnienie	Wielkość – zakres działalności <sup>1</sup>						Wykorzystanie zasobów – efektywność techniczna <sup>2</sup>				Wyniki <sup>3</sup>
	Średnia liczba łóżek	Liczba leczonych ogółem	Liczba pacjentów wypisanych	Liczba pacjentów, którzy zmarli	Liczba osobodni leczenia	Liczba leczonych przypadających na 1 łóżko	Średni okres pobytu	Średnie wykorzystanie łóżka w dniach	Współczynnik śmiertelności		
Publiczne i niepubliczne szpitale ogólne województwa małopolskiego	2007	532 411	511 096	13 980	3 755 396	38,85	7,05	274,00	2,66%		
	2008	560 378	538 882	14 193	3 778 642	40,86	6,74	275,55	2,57%		
	2009	575 189	554 396	14 155	3 688 753	42,30	6,41	271,29	2,49%		
tylko szpitale publiczne	2007	502 470	481 751	13 674	3 560 863	38,68	7,09	274,08	2,76%		
	2008	524 147	503 647	13 707	3 540 753	40,67	6,76	274,71	2,65%		
	2009	531 122	511 279	13 680	3 426 304	41,97	6,45	270,73	2,61%		
W tym niepubliczne	2007	714	29 345	306	194 533	41,93	6,50	272,46	1,03%		
	2008	824	36 231	486	237 889	43,97	6,57	288,70	1,36%		
	2009	941	44 067	475	262 449	46,83	5,96	278,90	1,09%		

<sup>1</sup> Wskaźniki określające wielkość: średnia liczba łóżek (stan na początek roku + stan na koniec roku/2); liczba leczonych ogółem (suma wszystkich pacjentów wpisanych do księgi głównej szpitala w okresie sprawozdawczym – bez ruchu międzydziałowego); liczba pacjentów wypisanych; liczba pacjentów, którzy zmarli; liczba osobodni leczenia (liczba dni pobytu hospitalizowanych w okresie sprawozdawczym).

<sup>2</sup> Wskaźniki efektywności technicznej: liczba leczonych przypadających na jedno łóżko (liczba leczonych/średnia liczba łóżek); średni okres pobytu (liczba osobodni leczenia/liczba leczonych ogółem); średnie wykorzystanie łóżka w dniach (liczba dni osobodni leczenia/średnia liczba łóżek).

<sup>3</sup> Wyniki: współczynnik śmiertelności (liczba pacjentów, którzy zmarli) × 100/(liczba pacjentów wypisanych + liczba pacjentów, którzy zmarli).

**Tabela VI. Działalność publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych województwa małopolskiego w latach 2007–2009.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

tów i inwestycji)<sup>29</sup>. Problem ten jest szczególnie istotny w świetle wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia szpitali. Wysoki poziom wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia<sup>30</sup>, przy jednoczesnym braku środków na odpowiednie inwestycje, zwłaszcza w przypadku tak dużych jednostek, jak Szpital im. Rydygiera, stawia właścicieli w bardzo trudnej sytuacji.

Z wyjątkiem trzech wyżej opisanych jednostek (Szpital Miejski w Rabce-Zdroju, Szpital im. Rydygiera w Krakowie oraz NZOZ Nowy Szpital w Olkuszu) wszystkie pozostałe funkcjonujące w Małopolsce szpitale niepubliczne charakteryzują się 100% udziałem sektora prywatnego w strukturze własnościowej<sup>31</sup>.

Próba dokonania podsumowania i nakreślenia profilu typowego małopolskiego szpitala niepublicznego musi więc przede wszystkim odnosić się do kwestii własności i formy organizacyjno-prawnej. Według stanu na 2009 r. szpitale prywatne (bez udziału samorządu) stanowią w większości niewielkie, ściśle wyspecjalizowane jednostki, w których działalność z zakresu lecznictwa szpitalnego często stanowi niejako dodatkowy obszar funkcjonowania, obok dobrze rozwiniętej specjalistyki ambulatoryjnej i/lub rehabilitacji leczniczej. Przeważająca liczba jednostek ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, który zwłaszcza w przypadku większych szpitali stanowi podstawowe źródło przychodów. Nieliczne szpitale, które nie otrzymują przychodów na drodze umowy z publicznym płatnikiem, specjalizują się głównie w prostych i planowanych w ramach chirurgii jednego dnia zabiegach.

## ■ Podsumowanie

Przykład województwa małopolskiego pokazuje złożoność problematyki procesu prywatyzacji w zakresie lecznictwa szpitalnego. Bardzo ważne jest tu odgraniczenie kwestii przekształceń formy organizacyjno-prawnej szpitali samorządowych od rzeczywistego wzrostu znaczenia sektora prywatnego w strukturze własności szpitali.

Wśród szpitali prywatnych funkcjonujących na terenie województwa małopolskiego jednostki niegenerujące przychodów na drodze umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia stanowią zdecydowaną mniejszość. Nastawienie na „prywatnego pacjenta” w dziedzinie tak kosztochłonnej, jak szpitalnictwo, ogranicza się głównie do prostych, planowanych zabiegów chirurgicznych. Zdaniem części specjalistów podstawową przeszkodą w rozwoju niepublicznych szpitali, nastawionych na prywatne źródła finansowania, jest brak właściwych regulacji prawnych. Chodzi tu głównie o kwestię braku jasno sprecyzowanego koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych oraz ustawodawstwa z zakresu uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych<sup>32</sup>. W skali kraju powstają, co prawda, pierwsze szpitale przeznaczone dla prywatnych i/lub objętych abonamentem medycznym (prywatną polisą ubezpieczeniową) pacjentów<sup>33</sup>, jednakże ich liczba jest na razie znikoma.

Charakterystyczne dla małopolskiego sektora szpitalnictwa publiczne finansowanie wytwarzanych w strukturach prywatnych usług stanowi z jednej strony przykład sprawnej współpracy i uzupełniania się obydwu sektorów, z drugiej jednakże pojawiają się głosy sprzeciwu w stosunku do tzw. niekontrolowanej prywatyzacji<sup>34</sup>. Niemniej jednak specyfika lecznictwa szpitalnego – wysokie koszty funkcjonowania – sprawia iż, w przeciwieństwie do lecznictwa ambulatoryjnego udział sektora prywatnego w liczbie łóżek szpitalnych ogółem był 2009 r. zarówno w Małopolsce, jak i w skali kraju stosunkowo niewielki i wynosił zaledwie około 7%.

Funkcjonowanie szpitali – spółek z całościowym/większościowym udziałem samorządu, zdaniem wielu specjalistów, jest zjawiskiem pożądanym, zwłaszcza w kontekście możliwości zarządczych oraz realnego wpływu na bieżące funkcjonowanie jednostki. Struktura prawna SP ZOZ wykazuje bowiem wiele cech uniemożliwiających efektywne zarządzanie szpitalem. Sama zmiana formy organizacyjno-prawnej nie rozwiązuje jednak podstawowego problemu większości szpitali samorządowych, jakim jest brak wystarczających środków

<sup>29</sup> Zgodnie z doniesieniami „Gazety Wyborczej” Kraków z końca września 2010 r. koszty przeprowadzonych remontów i inwestycji sięgają 12 mln zł (www.gazeta.krakow.pl pobrano 21.10.2010 r.).

<sup>30</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. 2006 nr 213, poz. 1568 z późn. zm.).

<sup>31</sup> Trzy spośród nich zostały utworzone na mocy decyzji jednostek samorządu terytorialnego (Tabela II). Jest to Sanatorium w Krynicy Zdroju oraz dwa szpitale funkcjonujące w formie spółek pracowniczych: NZOZ Szpital na ul. Siemiradzkiego im. Czerwiakowskiego w Krakowie oraz NZOZ Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. Pierwszy z nich to specjalistyczny szpital ginekologiczno-położniczy prowadzący działalność, począwszy od 2003 r., po poprzedniej likwidacji szpitala funkcjonującego w formie SP ZOZ decyzją Sejmiku Województwa Małopolskiego. Drugi zaś to jednostka udzielająca świadczeń szpitalnych tylko na oddziale chorób wewnętrznych, funkcjonująca od lutego 2008 r., kiedy to przejęła działalność zlikwidowanego decyzją Rady Powiatu Tarnowskiego szpitala – SP ZOZ.

<sup>32</sup> Wypowiedzi przedstawicieli prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych podczas VI Forum Rynku Zdrowia (27–28.10.2010 r., Warszawa).

<sup>33</sup> Przykładem mogą tu być funkcjonujące w Warszawie szpitale: Medicover (180 łóżek) i Carolina Medical Center (34 łóżka) – obydwa otwarte w 2010 r. i nastawione wyłącznie na prywatnych pacjentów. Z kolei jeden z prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych – Signal Iduna Polska – zapowiada budowę w Warszawie własnego szpitala, świadczącego usługi dla pacjentów objętych polisami (dotychczas ubezpieczyciel kontraktował usługi lecznictwa stacjonarnego z niezależnymi jednostkami). Źródło: *PMR o prywatnym sektorze w polskiej medycynie*. „Rynek Zdrowia” 14.09.2010 (www.rynekzdrowia.pl, pobrano 31.10.2010 r.) oraz wypowiedzi przedstawicieli prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych podczas VI Forum Rynku Zdrowia (27–28.10.2010 r., Warszawa).

<sup>34</sup> Część specjalistów jest bowiem zdania, iż prywatyzacja świadczeń z zakresu ginekologii czy kardiologii doprowadziła do kreacji nieuzasadnionej podaży usług. Spotkać się można z wypowiedziami, iż część zabiegów opłacanych przez NFZ jest wykonywanych bez dostatecznych wskazań medycznych (jako przykłady podaje się: zabiegi pobierania endometrium czy operowania torbieli jajników). Pojawiają się również głosy, iż prywatyzacja świadczeń w obszarze dializoterapii doprowadziła do faktycznego ograniczenia dostępności świadczeń (np. w sytuacji gdy właściciel stacji dializ podejmuje decyzję, iż będzie ona czynna tylko w dni robocze). Źródło: Kuta W., Wróbel P., *Prywatyzacja świadczeń – rozmawiajmy o zasadach*. Portal Rynek Zdrowia, 08.04.2009 (www.rynek.zdrowia.pl, pobrano 31.10.2010 r.).

finansowych, m.in. na pokrycie kosztów remontów i niezbędnych inwestycji. W 2008 r. spośród wszystkich 546 szpitali publicznych w Polsce 484 stanowiły jednostki samorządowe, dysponujące 84% liczby łóżek w ramach sektora publicznego i 78% całkowitej liczby łóżek szpitalnych<sup>35</sup>. Jednocześnie szacuje się, iż około 80% budynków szpitalnych będących w gestii jednostek samorządu terytorialnego została wybudowana przed 1989 r. (w tym 20% przed 1939 r.), a ich średni wiek wynosi 42 lata<sup>36</sup>. Poziom umorzenia księgowego majątku trwałego instytucji lecznictwa stacjonarnego w Polsce szacuje się natomiast na 62,16% [7]. Bez dodatkowych źródeł finansowania samorządom będzie więc bardzo trudno udźwignąć ciężar funkcjonowania podległych im szpitali.

Przywoływana często jako argument przeciwko komercjalizacji samorządowych szpitali obawa odsprzedaży części/całości udziałów inwestorom prywatnym pozostaje kwestią otwartą. Z jednej strony inwestorzy prywatni nie są jednak zainteresowani mniejszościowym udziałem własnościowym, z drugiej zaś to na samorządzie spoczywa ustawowy obowiązek zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń medycznych, w tym także opieki szpitalnej. Czy komercjalizacja samorządowych szpitali (przekształcenie ich w spółki) pociągnie za sobą ich rzeczywistą prywatyzację (odsprzedaż większości udziałów inwestorom prywatnym), pozostaje w zakresie mocy decyzyjnej i odpowiedzialności samorządów.

Pamiętać należy, iż przyszłość niepublicznych szpitali samorządowych, obok sfery finansowej, w dużym stopniu jest uzależniona również od dostępności odpowiednich instrumentów (m.in. zasobów kadrowych, instytucjonalnych, właściwego *know-how*) umożliwiających samorządom realizację przypisanych im zadań. Zakres funkcji pełnionych przez jednostki samorządu terytorialnego w obszarze sektora zdrowotnego obejmuje bowiem z jednej strony funkcje właścicielskie wobec świadczeniodawców, a z drugiej pełnienie roli kreatora lokalnej polityki zdrowotnej. Jeśli dodamy do tego szeroki katalog zadań z zakresu pomocy społecznej, oświaty czy dbałości o lokalną infrastrukturę, otrzymamy niezwykle złożony zestaw celów, których sprawna realizacja jest dla samorządów trudnym i ambitnym wyzwaniem. Końcowe pytanie nie powinno jednak brzmieć „czy” samorządy sprostać tymże wyzwaniom, tylko „jak” je w tym procesie wesprzeć. Nie ma bowiem podmiotów, które byłyby w stanie wyřęczyć i/lub zastąpić jednostki samorządu terytorialnego w realizacji wspomnianych funkcji.

#### ■ Abstract:

***Non-public hospitals in the Malopolska region – functioning profile and participation in the in-patient services delivery***

**Key words:** private hospital, non-public local government's hospital, privatization, ownership transformation, Malopolska region

The aim of the article is to characterize the profile of the non-public hospitals functioning in one of the Polish provinces – Malopolska region and their participation in the in-patient services delivery.

As the process of privatization of the Polish health care sector, launched in 90. is progressing (especially in the out-patient sector), the hospitals remain dominantly public area – in 2008 about 93% of the hospital beds belonged to the public sector. Additionally, according to the Polish law, the non-public hospitals group includes both the private owned hospitals, as well as those owned by the local governments units, but run in a form of companies (mainly limited liability and joint stock companies).

The private hospitals functioning in Malopolska region are usually small units, specialized in narrow disciplines – mainly: gynaecology and obstetrics, surgery, nephrology (dialysis units), and rehabilitation. In 2009 majority of them signed contracts with the National Health Fund (public health insurance payer) and delivered services for the public health insurance patients. Specific for hospital services – high costs of both delivery and equipment maintenance are the main reasons for significantly smaller than in out-patient services, contribution of the private sector.

#### ■ Piśmiennictwo:

1. Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
2. Salman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K. (red.), *Decentralization in health care, strategies and outcomes*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, WHO 2007.
3. Golinowska S., Boni M., (red.), *Nowe dylematy polityki społecznej*. Raport CASE, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2006.
4. Lagomarsino G., Nachuk S., Kundra S.S., *Public stewardship of private providers in mixed health systems*. Synthesis report from the Rockefeller Foundation, Washington 2009.
5. Witeczak I., *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
6. Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
7. *Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona księga II*, pod kierunkiem Stanisławy Golinowskiej. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2009.
8. Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź – Warszawa 2009.
9. WHO, *World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance, Geneva 2000.

#### ■ Podziękowania:

Autorka składa serdecznie podziękowania Pani Profesor Stanisławie Golinowskiej za cenne wskazówki i wsparcie merytoryczne okazane zarówno na etapie opracowania koncepcji, jak i finalizacji niniejszego artykułu.

#### ■ O autorce:

**mgr Katarzyna Dubas** – doktorantka w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>35</sup> Obliczenia własne na podstawie *Biuletynu Statystycznego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)*. Warszawa 2009.

<sup>36</sup> Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia, Warszawa, maj 2006 r., druk sejmowy nr 622, s. 81–86, przyt. za: Cichońska D., *Szpital publiczny jako centrum kompetencyjne polskiego systemu ochrony zdrowia*, w: Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź – Warszawa 2009: 62.