

Szpitaly prywatne w Polsce – znaczenie w systemie leczenia oraz potencjał rozwoju

Katarzyna Dubas-Jakóbczyk¹, Katarzyna Kamińska²

¹ Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

² Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych

Adres do korespondencji: Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20, katarzyna.dubas@uj.edu.pl

Abstract

Private hospitals in Poland – role in the system and development potential

The aim of the article is to assess the private hospitals' role and potential of development in the Polish health care system. Due to the general problem of lack of complex and good quality data on hospital sector functioning – the analyses are conducted based on fragmented data available from official statistics, regional sources and received from the Polish Association of Private Hospitals. In 2016, approx. 300 private hospitals existed in Poland which represented 15% of total number of beds. The number of beds in private hospitals increased between 2010 and 2016 by 26%, yet the main source of financing remains the contract with the public payer. In general, in the context of Polish hospital sector – diverse examples of public-private mix exists. Thus differentiating 'private' from 'public' requires application of three different criteria: the ownership (1), the sources of financing (2) and the style of management (3). The potential of development of private hospitals in Poland is highly influenced by system level regulations, including inter alia: the barriers to private health insurance expansion and the 2017 Law on hospital network.

Key words: privatization, private hospital, hospital sector, Malopolskie voivodship

Słowa kluczowe: prywatyzacja, szpital prywatny, sektor szpitalnictwa, województwo małopolskie

Wstęp

Szpitaly prywatne stanowią nieodłączny element współczesnych systemów ochrony zdrowia. Ich udział, profil działalności czy forma organizacyjno-prawna i zasady świadczenia usług mogą być różne w poszczególnych krajach – niemniej jednak wzrost znaczenia szpitali prywatnych jest w Europie popularnym trendem [1]. Według danych Eurostatu udział łóżek szpitali prywatnych w liczbie łóżek szpitalnych ogółem wyniósł w 2014 roku: prawie 60% w Niemczech, ponad 31% w Hiszpanii i niemal 38% we Francji. Przy czym we wszystkich trzech krajach były to szpitale prywatne funkcjonujące zarówno w formule *for*, jak i *non profit* [2].

Cel

Artykuł podejmuje próbę oceny znaczenia i potencjału rozwoju szpitali prywatnych w polskim systemie ochrony zdrowia. Prowadzenie jakichkolwiek analiz na temat funkcjonowania sektora szpitalnictwa w Polsce napotyka problem braku kompleksowych i dobrej jakości danych statystycznych. Oficjalne zestawienia publikowane przez Ministerstwo Zdrowia (za pośrednictwem Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia) oraz Główny Urząd Statystyczny podają jedynie podstawowe informacje o liczbie i działalności szpitali ogólnych, bez rozróżnienia ich formy organizacyjno-prawnej czy struktury właścicielskiej. Zasadniczo brak jest jakiegokolwiek kompleksowego źródła danych na temat funkcjonowania szpitali prywatnych. Stąd zasto-

sowana metoda obejmuje przeprowadzenie analiz opierających się na danych odcinkowych, opracowanych na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych oraz pozyskanych z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych (OSSP). Analiza danych empirycznych została poprzedzona rozważaniami na temat problemów definicyjnych związanych z klarownym rozróżnieniem sektora publicznego i prywatnego w kontekście polskiego systemu szpitalnictwa. Ze względu na brak kompleksowych danych ilościowych problematyka potencjału rozwoju szpitali prywatnych analizowana jest przede wszystkim w kontekście systemowych uwarunkowań ich funkcjonowania.

Pojęcie prywatyzacji – problemy definicyjne w kontekście polskiego systemu szpitalnictwa

Problematyka funkcjonowania szpitali prywatnych stanowi element szerokiego procesu prywatyzacji ochrony zdrowia. W ujęciu klasycznym pojęcie prywatyzacji oznacza „zmianę stosunków własnościowych polegającą na zwiększeniu udziału osób prywatnych w procesie gospodarowania” [3]. W odniesieniu do systemu ochrony zdrowia pojęcie to ma jednak o wiele bardziej złożony charakter. Mamy tu bowiem do czynienia z koegzystencją i integracją sektora prywatnego i publicznego w ramach występowania różnego rodzaju rozwiązań publiczno-prywatnych (*public-private mix*) [4]. Wzrost udziału sektora prywatnego w podaży usług zdrowotnych może być wynikiem różnych form prywatyzacji: założycielskiej (powstawanie zupełnie nowych podmiotów), pośredniej (poprzez przekształcenia własnościowe z udziałem etapu komercjalizacji) oraz bezpośredniej (sprzedaż zakładów publicznych prywatnym inwestorom) [5]. Obok świadczenia usług zdrowotnych sektor prywatny może mieć także udział w procesie ich finansowania, jak również zarządzania podmiotami sektora zdrowia. Biorąc pod uwagę te trzy kryteria: własność, źródło finansowania oraz mechanizm zarządzania, można wyróżnić kilka prawdopodobnych kombinacji współdziałania sektora publicznego i prywatnego [4].

W polskim systemie ochrony zdrowia zakres współdziałania sektora publicznego i prywatnego jest dodatkowo uzależniony od poziomu opieki. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) zdecydowanie przeważa prywatna własność i zarządzanie [6]. Również zakres prywatnych źródeł finansowania nabiera coraz większego znaczenia. Zgodnie ze statystykami Narodowego Rachunku Zdrowia udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wyniósł w 2014 roku prawie 40% (Tabela I). W przypadku sektora szpitalnictwa natomiast nadal dominuje publiczna własność, zarządzanie i finansowanie. Udział wydatków prywatnych na świadczenia szpitalne wyniósł w roku 2014 zaledwie 4,5%. Niemniej jednak coraz częściej mamy do czynienia zarówno z połączeniem publicznej własności i finansowania z mechanizmami

zarządzania właściwymi dla podmiotów prywatnych, jak i prywatnej własności i zarządzania z publicznym finansowaniem. Rola sektora prywatnego w lecznictwie szpitalnym wzrasta.

Nie jest łatwo odpowiedzieć na pytanie, ile mamy w Polsce szpitali. Różne źródła danych mogą podawać odmienne informacje w zależności od: przyjętej definicji szpitala (na przykład uwzględnienia placówek posiadających poniżej pięciu łóżek), objęcia wszystkich podmiotów właścicielskich (na przykład szpitali podległych Ministrowi Sprawiedliwości) czy wreszcie sposobu liczenia łóżek (na przykład uwzględnienia inkubatorów i miejsc opieki dziennej). Niemniej jednak można założyć, iż w 2016 roku funkcjonowało w Polsce około 900 szpitali. Grupa ta obejmowała trzy podstawowe formy organizacyjno-prawne: (1) klasyczne szpitale publiczne funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ); (2) skomercjalizowane szpitale publiczne, funkcjonujące w formie spółek z większościowym lub całościowym udziałem jednostek samorządu terytorialnego (JST); (3) szpitale prywatne. Tabela II prezentuje statystyki dotyczące liczby łóżek w szpitalach trzech wyżej wymienionych kategorii w roku 2010 i 2016.

Szacunkowa liczba szpitali prywatnych funkcjonujących w 2016 roku to około 300 podmiotów¹. Ich udział w liczbie łóżek szpitalnych ogółem wzrósł z 11% w roku 2010 do prawie 15% w 2016 (całkowita liczba łóżek w szpitalach prywatnych wzrosła o około 7000 sztuk pomiędzy rokiem 2010 i 2016) (Tabela II). Szpitale prywatne stanowią niejednorodną grupę – niemniej jednak w większości są to stosunkowo niewielkie, często mono-profilowe podmioty.

Szpitale funkcjonujące w formie spółek prawa handlowego z większościowym lub całościowym udziałem samorządu terytorialnego stanowią specyficzną grupę. Ich forma organizacyjno-prawna jest charakterystyczna dla sektora prywatnego, jednakże właścicielem pozostaje podmiot publiczny. Powstały one w wyniku procesów komercjalizacji szpitali publicznych przeprowadzanych na zasadzie oddolnych inicjatyw JST i/lub w ramach rządowych programów mających na celu wsparcie procesu oddłużania szpitali². W literaturze przedmiotu spotkać można się z określaniem tych szpitali mianem „niepublicznych samorządowych” [7]. Nazewnictwo to wynika z przepisów zawartych w obowiązującej do 2011 roku ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych dzielono na publiczne (funkcjonujące głównie w formie SPZOZ) oraz niepubliczne (funkcjonujące między innymi w formie spółek). Kryterium podziału stanowiła forma organizacyjno-prawna podmiotu, nie jego własność [8]. W niektórych aktualnych opracowaniach nadal można spotkać się z podziałem szpitali na publiczne i niepubliczne, przy czym te drugie obejmują zarówno typowe szpitale prywatne, jak i spółki samorządowe (z większościowym lub całościowym udziałem JST) [9]. Tymczasem biorąc pod uwagę kryterium własności, te ostatnie należy zaliczyć do podmiotów publicznych.

Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia	Kat. ICHA-HP	Ogółem (mln zł)	Schematy finansowania (wartości z mln zł)			Udział w wydatkach ogółem (%)		
			Wydatki publiczne	Wydatki prywatne*		Wydatki publiczne	Wydatki prywatne*	
				HF.1	HF.2		HF.3	HF.1
Szpitale	HP.1	38 154,0	36 428,9	1193,7	531,4	95,48%	3,13%	1,39%
Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej	HP.2	1457,4	1197,9	211,0	48,5	82,20%	14,48%	3,33%
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	HP.3	28 397,2	17 003,8	4385,5	7 007,9	59,88%	15,44%	24,68%
Świadczeniodawcy pomocniczych usług (np. ratownictwo medyczne)	HP.4	4968,6	3922,5	528,9	517,2	78,94%	10,65%	10,41%
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych (np. apteki)	HP.5	25 519,9	8705,7	69,1	16 745,1	34,11%	0,27%	65,62%
Świadczeniodawcy usług profilaktycznych	HP.6	140,8	7,2	133,6	–	5,15%	94,85%	0,00%
Podmioty koordynujące administrację i finansowanie	HP.7	3816,5	3816,5	–	–	100,00%	0,00%	0,00%
Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki (np. opieka domowa)	HP.8	5771,7	5771,7	–	–	100,00%	0,00%	0,00%
Zagranica	HP.9	511,0	353,8	157,2	–	69,23%	30,77%	0,00%
Wszyscy dostawcy	HP.1-HP.9	108 737,3	77 208,0	6679,0	24 850,2	71,00%	6,14%	22,85%

* Wydatki prywatne sformalizowane, np. ubezpieczenia prywatne, przedsiębiorcy (HF.2) oraz bezpośrednie opłaty gospodarstw domowych (HF.3).

Tabela I. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 roku według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia.

Źródło: Główny Urząd Statystyczny (GUS), Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r., Warszawa 2017 [16].

Rodzaj szpitala	2010		2016		Liczba szpitali w 2016 (szt.)
	Liczba łóżek (szt.)	Udział w liczbie łóżek ogółem (%)	Liczba łóżek (szt.)	Udział w liczbie łóżek ogółem (%)	
SPZOZ	179 087	76,71%	157 911	71,11%	451
Spółka samorządowa (> 50% JST)	28 067	12,02%	31 045	13,98%	122*
Szpital prywatny	26 308	11,27%	33 110	14,91%	300**
Ogółem	233 462	100,00%	222 066	100,00%	873

* Wartość szacunkowa na podstawie danych NIK [28].

** Wartość szacunkowa na podstawie danych Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych.

Tabela II. Liczba łóżek szpitalnych w 2010 i 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Najwyższej Izby Kontroli, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych.

Udział i znaczenie szpitali prywatnych w sektorze leczenia stacjonarnego na przykładzie województwa małopolskiego

Analiza udziału szpitali prywatnych w dostarczaniu świadczeń zdrowotnych została dokonana na przykładzie województwa małopolskiego. Źródło danych stanowiła regionalna mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego wraz z dodatkowym, uszczegółwiającym opracowaniem udostępnionym przez Małopolski Urząd Wojewódzki [10]. **Tabela III** prezentuje udział szpitali czterech kategorii w całkowitej liczbie łóżek, pacjentów oraz hospitalizacji w województwie małopolskim, według oddziałów 57 specjalności w roku 2014. Wyróżnione kategorie obejmują:

1. klasyczne szpitale publiczne (35 szpitali funkcjonujących w formie SPZOZ, dla których organem założycielskim są JST z terenu województwa, uczelnia medyczna, jak i poszczególne ministerstwa);
2. spółki samorządowe (dwa szpitale, w których całość udziałów w spółce posiada JST – Samorząd Województwa Małopolskiego oraz Gmina Miejska Rabka-Zdrój);
3. spółka prywatna oparta na majątku publicznym (jeden szpital, w którym JST – Starostwo Powiatowe w Olkuszu – posiada mniejszość udziałów, lecz jednocześnie pozostaje właścicielem majątku szpitala, który dzierżawiony jest przez spółkę);
4. szpitale prywatne (około 40 podmiotów, których właścicielem są zarówno klasyczni inwestorzy prywatni, jak i organizacje kościelne, np. szpital zakonu bonifratrów, czy spółki pracownicze, np. Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.).

Biorąc pod uwagę kryterium własności, szpitale z grup 1–2 można zaliczyć do podmiotów publicznych, zaś z grupy 3–4 do prywatnych. Wyróżnienie trzeciej kategorii (spółki prywatnej opartej na majątku publicznym) ma na celu podkreślenie występowania specyficznych, publiczno-prywatnych rozwiązań. W przypadku tego szpitala podmiot publiczny (samorząd) posiada mniejszościowy udział w spółce, lecz pozostaje właścicielem majątku. Przedmiotowy szpital z terenu województwa małopolskiego jest jednym z dziewięciu tego typu jednostek funkcjonujących w kraju w ramach tak zwanej Grupy Nowy Szpital Holding SA. Zasadą działania jest tu współpraca inwestora z samorządem obejmująca dzierżawę majątku ruchomego i nieruchomego szpitala [11]. Możliwa jest więc sytuacja, w której samorząd wypowiada spółce umowę dzierżawy majątku i wznawia działalność szpitala w formie spółki samorządowej³.

W 2014 roku szpitale prywatne (kategoria 4) z terenu województwa małopolskiego prowadziły oddziały łącznie 19 z 57 występujących w województwie specjalności. Jednakże po uwzględnieniu szpitala funkcjonującego w formie spółki prywatnej opartej na majątku publicznym (kategoria 3) liczba specjalności, w których podmioty prywatne prowadziły oddziały, wzrasta do 23, co stanowiło 40% specjalności oddziałów szpitalnych występujących w województwie (23 z 57). W przypadku

oddziałów trzech specjalności (chirurgii jednego dnia, leczenia jednego dnia dla dzieci oraz chirurgii naczyniowej) szpitale prywatne (kategorii 3 + 4) dysponowały większą liczbą łóżek i przyjęły więcej pacjentów niż szpitale publiczne, w przypadku zaś oddziałów kolejnych czterech specjalności (nefrologii, neonatologii, ginekologii i położnictwa oraz urologii dziecięcej) podmioty te przyjęły powyżej 20% ogółu pacjentów w województwie. Łącznie podmioty prywatne (kategorii 3 + 4) posiadały około 1250 łóżek, przyjęły prawie 64 000 pacjentów i wykonały prawie 60 000 hospitalizacji pełnych⁴, co stanowiło odpowiednio: 10% ogółu łóżek, ponad 11% ogółu pacjentów i ponad 10% ogółu hospitalizacji w województwie.

W 2014 roku Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) zawarł umowy na świadczenie usług w zakresie „leczenie szpitalne” z 75 świadczeniodawcami. Łączna kwota zawartych umów wyniosła 2,6 mld zł, z czego zdecydowana większość przypadła na podmioty publiczne: 35 SPZOZ-ów oraz dwie spółki samorządowe – odpowiednio 83,63% i 6,39%. Szpitale prywatne (kategoria 4) w liczbie 37 podmiotów podpisały umowy z NFZ w zakresie „leczenie szpitalne” na łączną kwotę około 235 mln zł, co stanowiło 8,9% całkowitego budżetu MOW NFZ. Jednakże po uwzględnieniu szpitala funkcjonującego w formie spółki prywatnej opartej na majątku JST (kategoria 3) podmioty prywatne pochłonęły ponad 10% całkowitego budżetu MOW NFZ w zakresie „leczenie szpitalne” (**Tabela IV**).

Potencjał sektora szpitali prywatnych na przykładzie danych Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych powstało w 2002 roku (do roku 2011 funkcjonowało pod nazwą Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych). Stowarzyszenie skupia ponad 100 podmiotów leczniczych, zarządzających około 150 szpitalami (według stanu na rok 2016 podmioty wchodzące w skład stowarzyszenia stanowią około 42% szpitali prywatnych w Polsce). Szpitale zrzeszone w OSSP funkcjonują w ramach różnych form organizacyjno-prawnych, z dominującym udziałem spółek prawa handlowego (w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością funkcjonuje 74% podmiotów) [12].

W 2014 roku szpitale zrzeszone w OSSP (157 jednostek) dysponowały około 10 000 łóżek i udzieliły łącznie około 12 mln świadczeń dla prawie 9 mln pacjentów. W strukturze udzielonych świadczeń dominowały jednak usługi z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz inne świadczenia udzielone w trybie ambulatoryjnym (między innymi POZ, rehabilitacja lecznicza). Pacjenci przyjęci w trybie hospitalizacji stanowili około 8% wszystkich przyjęć (6% wszystkich przyjęć stanowiły hospitalizacje pełne, 2% hospitalizacje jednodniowe).

Zagregowane dane finansowe, uzyskane od grupy 61 szpitali prywatnych, wskazują, iż:

Lp.	Oddział	Kod resortowy	Wartość w województwie			Udział (%) / Kategoria szpitali											
			Liczba łóżek (szt.)	Liczba pacjentów (tys.)	Liczba hospitalizacji (tys.)	1			2			3			4		
						SPZOZ			Spółka samorządowa*			Spółka prywatna oparta na majątku publicznym**			Szpital prywatny		
			Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji
1	anestezjologii i intensywnej terapii	4260	303	8,6	8,7	94,4%	94,2%	94,1%	4,3%	3,5%	3,5%	2,0%	0,8%	0,8%	2,3%	1,5%	1,6%
2	chirurgiczny ogólny	4500	1111	50,1	55,1	87,5%	82,8%	83,6%	5,2%	5,5%	5,6%	3,8%	2,4%	2,4%	3,5%	9,3%	8,4%
3	chirurgiczny dla dzieci	4501	130	9,5	10,4	99,2%	98,2%	98,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,8%	1,7%
4	chirurgii naczyniowej	4530	105	3,7	4,5	38,1%	32,0%	29,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	61,9%	68,0%	70,1%
5	chirurgii onkologicznej	4540	142	5,5	6,3	90,1%	83,7%	85,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,9%	16,3%	15,0%
6	chirurgii plastycznej	4550	16	0,7	0,8	0,0%	0,0%	0,0%	93,8%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%
7	chirurgii urazowo-ortopedycznej	4580	969	32,0	35,6	81,5%	85,4%	85,7%	6,4%	5,6%	5,6%	2,7%	2,5%	2,4%	9,4%	6,6%	6,2%
8	chorób wewnętrznych	4000	1947	64,9	80,6	87,6%	86,6%	87,1%	4,2%	3,9%	3,8%	1,5%	3,2%	3,2%	6,7%	6,3%	5,9%
9	chirurgii jednego dnia	4670	40	9,5	0,0	0,0%	3,6%	–	0,0%	0,0%	–	0,0%	0,0%	–	100,0%	96,4%	–
10	leczenia jednego dnia dla dzieci	4671	2	0,6	0,0	0,0%	0,0%	–	0,0%	0,0%	–	0,0%	0,0%	–	100,0%	100,0%	–
11	kardiologiczny	4100, 4106	702	33,7	39,2	79,9%	78,6%	79,1%	4,7%	3,3%	3,3%	5,3%	2,6%	2,6%	10,1%	15,5%	15,0%
12	nefrologiczny	4130	121	3,9	4,2	66,1%	53,6%	68,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,9%	46,4%	31,6%
13	neonatologiczny	4421, 4403	855	36,8	37,9	79,2%	72,6%	72,9%	1,6%	3,9%	3,8%	2,3%	1,6%	1,6%	16,8%	21,9%	21,7%
14	neurochirurgiczny	4570	109	5,3	5,9	77,1%	84,6%	84,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	22,9%	15,4%	15,3%
15	o charakterze położniczym lub ginekologicznym	4450, 4452, 4454, 4456, 4458	1 467	72,2	84,6	76,6%	76,0%	76,4%	2,7%	3,7%	3,5%	2,7%	1,8%	1,7%	17,9%	18,5%	18,4%
16	okulistyczny	4600	197	15,0	17,0	83,8%	87,1%	91,8%	11,2%	11,6%	8,2%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%	1,3%	0,0%
17	otolaryngologiczny	4610	213	11,7	13,3	82,2%	84,0%	80,9%	13,1%	11,4%	10,9%	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%	4,5%	8,2%
18	urologiczny	4640	236	11,6	15,4	87,3%	85,3%	85,4%	11,0%	14,3%	14,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,3%	0,3%
19	urologiczny dla dzieci	4641	17	1,1	1,3	82,4%	72,7%	75,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,6%	27,3%	24,2%
20	neurologiczny	4220, 4222	644	21,0	27,2	90,4%	89,7%	80,0%	5,7%	5,6%	16,1%	3,9%	4,7%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%

Lp.	Oddział	Kod resortowy	Wartość w województwie			Udział (%) / Kategoria szpitali											
			Liczba łóżek (szt.)	Liczba pacjentów (tys.)	Liczba hospitalizacji* (tys.)	1			2			3			4		
						SPZOZ			Spółka samorządowa*			Spółka prywatna oparta na majątku publicznym**			Szpital prywatny		
			Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji
21	o specyfice chorób zakaźnych	4340, 4348	259	8,0	8,9	92,3%	94,6%	94,9%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	5,4%	5,1%	0,0%	0,0%	0,0%
22	pediatryczny	4401, 4403	679	29,2	33,1	94,8%	97,0%	97,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	3,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%
23	onkologiczny	4240, 4242	274	6,0	16,6	83,9%	86,4%	85,3%	14,2%	13,0%	14,7%	1,8%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
24	radioterapii	4244	95	2,2	3,0	69,5%	85,4%	87,6%	30,5%	14,6%	12,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25	chirurgii szęszawkowo-twarzowej	4630	32	1,4	1,7	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
26	dermatologiczny	4200	88	54,6	3,6	86,4%	98,9%	81,4%	13,6%	1,1%	18,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
27	hematologiczny	4070	106	2,3	6,8	44,3%	61,4%	54,8%	55,7%	38,6%	45,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
28	oddziały 30 specjalności***, o kodach resortowych: 4010, 4011, 4261, 4120, 4520, 4581, 4008, 4030, 4031, 4050, 4051, 4060, 4460, 4270, 4272, 4273, 4081, 4560, 4561, 4101, 4554, 4140, 4131, 4571, 4221, 4249, 4349, 4601, 4611, 4280, 4150		1943	62,1	82,4	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Suma			12 802	563,2	603,6	85,6%	84,5%	84,7%	4,7%	4,1%	5,4%	2,2%	1,6%	1,7%	7,5%	9,7%	8,2%

* JST posiada całość udziałów w spółce.

** JST posiada 30% udziałów w spółce i jest właścicielem majątku, który spółka dzierżawi.

*** Alergologiczny, alergologiczny dla dzieci, anestezyjologii i intensywnej terapii dla dzieci, angiologiczny, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, chorób metabolicznych, endokrynologiczny, endokrynologiczny dla dzieci, gastroenterologiczny, gastroenterologiczny dla dzieci, ginekologii onkologicznej, gruźlicy lub chorób płuc, gruźlicy lub chorób płuc dla dzieci, immunologii klinicznej dla dzieci, kardiologiczny dla dzieci, kardiologiczny dla dzieci, leczenia oparzeń, medycyny nuklearnej, nefrologiczny dla dzieci, neurochirurgiczny dla dzieci, neurologiczny dla dzieci, o charakterystyce onkologicznej dla dzieci, o specyfice chorób zakaźnych dla dzieci, o specyfice chorób zakaźnych dla dzieci, okulistyce dla dzieci, otolaryngologiczny dla dzieci, reumatologiczny, toksykologiczny.

Tabela III. Udział szpitali czterech kategorii w całkowitej liczbie łóżek, pacjentów oraz hospitalizacji według oddziałów w województwie małopolskim w roku 2014.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Małopolski Urząd Wojewódzki (MUW), Analiza i diagnoza stanu aktualnego na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych Lecznictwa szpitalnego województwa małopolskiego oraz sprawozdania MZ-29, 2017 – stan na 31.12.2014 [10].

Kategoria	Rodzaj szpitala	Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Kontrakt z NFZ „leczenie szpitalne”
1	SPZOZ-y	85,57%	84,53%	84,72%	83,53%
2	Spółki samorządowe*	4,69%	4,12%	5,39%	6,39%
3	Spółka prywatna oparta na majątku publicznym**	2,23%	1,64%	1,71%	1,18%
4	Szpitaly prywatne	7,51%	9,71%	8,17%	8,90%

* JST posiada całość udziałów w spółce.

** JST posiada 30% udziałów w spółce i jest właścicielem majątku, który spółka dzierżawi.

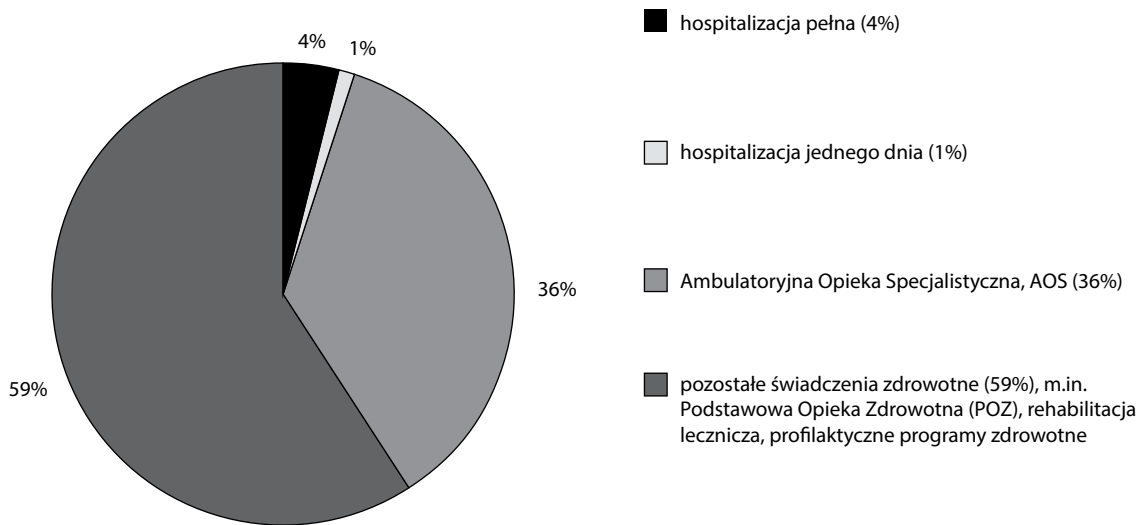
Tabela IV. Udział szpitali czterech kategorii w całkowitej liczbie łóżek, pacjentów, hospitalizacji oraz wartości kontraktu z NFZ w zakresie „leczenie szpitalne” w województwie małopolskim w roku 2014.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Małopolski Urząd Wojewódzki (MUW), Analiza i diagnoza stanu aktualnego na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego województwa małopolskiego oraz sprawozdania MZ-29, 2017 – stan na 31.12.2014 [10] oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Informator o zawartych umowach, 2017 [29].

- w 2014 roku podstawowe źródło przychodów stanowiły świadczenia z zakresu POZ, rehabilitacji leczniczej, programów zdrowotnych oraz AOS. Hospitalizacje wygenerowały około 5% przychodów ogółem (**Wykres 1**);
- średnio 26% wszystkich udzielonych w 2014 roku świadczeń objętych było kontraktem z NFZ (w tym: 96% świadczeń zrealizowanych w ramach hospitalizacji pełnej, 63% świadczeń hospitalizacji jednego dnia, 51% w ramach AOS, 3% pozostałych świadczeń, jak między innymi POZ, rehabilitacja lecznicza, profilaktyczne programy zdrowotne);
- 87% podmiotów osiągnęło w 2014 roku przychody w kwocie poniżej 40 mln zł (całkowita wartość przychodów osiągniętych przez grupę 61 szpitali prywatnych sukcesywnie rosła w okresie 2011–2014, w ujęciu nominalnym odnotowano wzrost o 31% pomiędzy rokiem 2011 a 2014);
- w 2014 roku tylko 62% podmiotów osiągnęło zysk netto – dla porównania w roku 2013 było to 82% podmiotów; mediana zysku netto zmniejszyła się z 231 tys. zł w 2013 do 48 tys. zł w 2014 – wynikało to głównie z gwałtownego wzrostu kosztów usług obcych (głównie kontraktów lekarskich) (**Wykres 2**);
- 40% podmiotów nie korzystało w 2014 roku z obcego finansowania (zarówno krótko-, jak i długoterminowego), angażując w podejmowane inwestycje kapitał własny – całkowita wartość kapitału własnego dla grupy 61 analizowanych szpitali prywatnych wzrosła z 205 mln zł w roku 2011 do 1,3 mld zł w 2014 roku (**Wykres 3**);
- większość analizowanych podmiotów (60%) posiadała w 2014 roku kredyty i pożyczki długoterminowe. W okresie 2011–2014 największa wartość zobowiązań długoterminowych osiągnięta została w roku 2013 – ponad 1,6 mld zł⁵ (był to rok tak zwanego boomu inwestycyjnego wspartego kapitałami własnymi) (**Wykres 4**);
- dominującą pozycją aktywów są rzeczowe aktywa trwałe, głównie nieruchomości (całkowita wartość rzeczowych aktywów trwałych dla grupy 61 szpitali sukcesywnie rosła w okresie 2011–2014, z 730 mln zł do prawie 840 mln zł – wzrost o 15% w ujęciu nominalnym).
Podsumowując przedstawione powyżej dane, można stwierdzić, iż szpitale prywatne zrzeszone w OSSP to głównie małe i średnie podmioty. W przypadku wielu z nich działalność z zakresu usług szpitalnych stanowi jedynie uzupełnienie przychodów generowanych głównie przez usługi udzielane w trybie ambulatoryjnym. Szpitale prywatne wykorzystują różne formy współpracy z sektorem publicznym – z badań ankietowych członków OSSP wynika, że z nieruchomości własnych korzysta zaledwie około 50% podmiotów. Jednym ze spotykanych modeli jest dzierżawa nieruchomości, której właścicielem pozostaje podmiot publiczny. O znacznym potencjale rozwoju szpitali prywatnych częściowo może świadczyć wysoki poziom zaangażowania kapitałów własnych (dla analizowanej grupy 61 podmiotów – w 2014 roku – 40% podmiotów w ogóle nie korzystało z obcych źródeł finansowania, sumaryczna wartość kapitałów własnych zaś wzrosła w okresie 2011–2014 ponad sześciokrotnie).

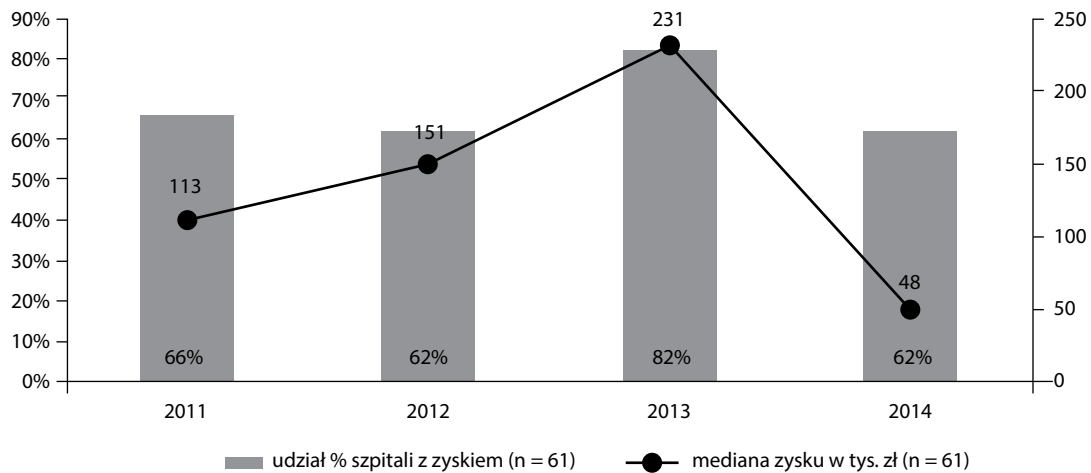
Dyskusja i wnioski

Szpitaly prywatne stanowią nieodłączny element systemu świadczeniodawców usług zdrowotnych. W okresie 2010–2016 liczba łóżek w szpitalach prywatnych wzrosła o 26% (przy czym ich udział w liczbie łóżek ogółem wzrósł w tym samym okresie o 4% i wyniósł w 2016 roku prawie 15%). Ugruntowana pozycja szpitali prywatnych widoczna jest między innymi na przykładzie województwa małopolskiego, gdzie podmioty prywatne posiadają łącznie około dziesięcioprocentowy udział w rynku usług szpitalnych, mierzony zarówno liczbą łóżek, jak i pacjentów, hospitalizacji oraz kwotą kon-



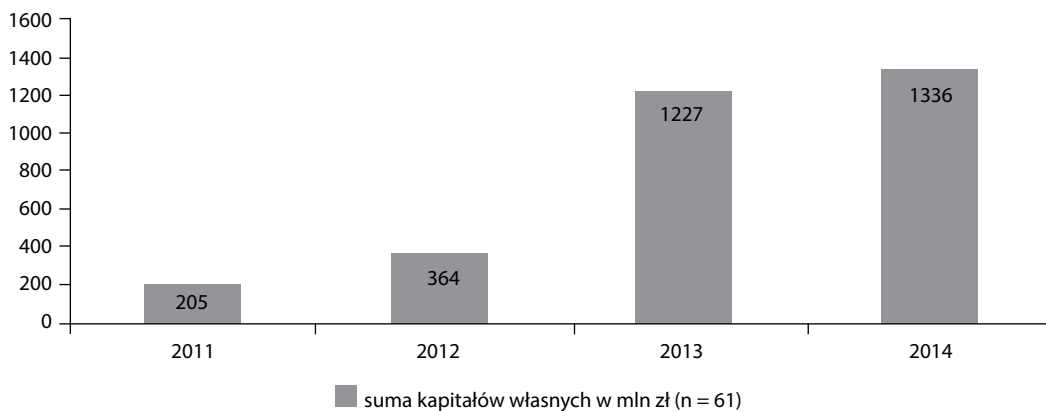
Wykres 1. Struktura świadczeń generujących przychody dla grupy 61 szpitali prywatnych w 2014 roku.

Źródło: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Katalog Szpitali Prywatnych, http://www.szpitale.org/images/stories/inne/OSSP_2016.pdf (dostęp: 26.04.2017) [12].



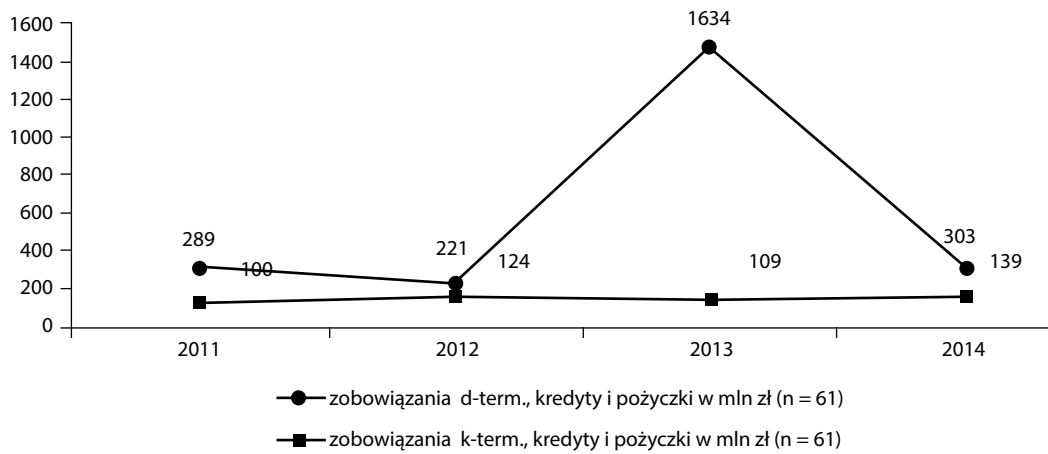
Wykres 2. Udział szpitali (%) generujących zysk netto oraz mediana jego wartości (tys. zł) w grupie 61 szpitali prywatnych w latach 2011–2014.

Źródło: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Katalog Szpitali Prywatnych, http://www.szpitale.org/images/stories/inne/OSSP_2016.pdf (dostęp: 26.04.2017) [12].



Wykres 3. Wartość kapitałów własnych dla grupy 61 szpitali prywatnych w latach 2011–2014 (mln zł).

Źródło: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Katalog Szpitali Prywatnych, http://www.szpitale.org/images/stories/inne/OSSP_2016.pdf (dostęp: 26.04.2017) [12].



Wykres 4. Wartość zaciągniętych kredytów i pożyczek dla grupy 61 szpitali prywatnych w latach 2011–2014 (mln zł).

Źródło: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Katalog Szpitali Prywatnych, http://www.szpitale.org/images/stories/inne/OSSP_2016.pdf (dostęp: 26.04.2017) [12].

traktu z NFZ w zakresie „leczenie szpitalne”. Dane udostępnione przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych (dla grupy 61 szpitali) wskazują, iż w 2014 roku ponad 95% świadczeń udzielanych w ramach hospitalizacji pełnej oraz ponad 60% w ramach hospitalizacji jednodniowej było objętych kontraktem z publicznym płatnikiem. Jednocześnie szpitale zrzeszone w OSSP odgrywają istotną rolę w dostarczaniu usług udzielanych w trybie ambulatoryjnym (w 2014 roku szpitale zrzeszone – w liczbie 157 podmiotów – udzieliły łącznie świadczeń dla około 9 mln pacjentów, z czego ponad 90% stanowiły usługi w trybie ambulatoryjnym).

Dużym problemem analizy i oceny na poziomie systemu jest brak danych statystycznych, które pozwoliłyby na kompleksową ewaluację znaczenia podmiotów prywatnych w zabezpieczaniu potrzeb zdrowotnych populacji. Analiza taka powinna obejmować wszystkie poziomy opieki (usługi dostarczane w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym) oraz zarówno publiczne, jak i prywatne źródła finansowania. Problem braku dobrej jakości danych dotyczących funkcjonowania szpitali odnosi się zarówno do podmiotów prywatnych, jak i publicznych⁶. Tymczasem dostępność kompleksowych danych, o charakterze technicznym, finansowym oraz medycznym, stanowi podstawę efektywnego sterowania/zarządzania (*stewardship*) systemem w skali makro, stanowiącego jedną z podstawowych funkcji systemu ochrony zdrowia [13, 14].

W Polsce problematyka dostępności kompleksowych danych jest związana z jednej strony z kwestią ich zbierania i przetwarzania, z drugiej zaś strony dotyczy budowy systemu wskaźników oceny i monitorowania jakości usług zdrowotnych. Dla obydwu kwestii istotne znaczenie ma postęp procesów informatyzacji ochrony zdrowia, które obok wielu dodatkowych funkcji pozwolą na szybki i zintegrowany transfer danych, niezbędnych w procesie zarządzania zarówno na poziomie indywidualnych szpitali, jak i systemu w skali

makro. Proces informatyzacji ochrony zdrowia znajduje się w centrum zainteresowania decydentów sektora od wielu już lat, lecz nadal napotyka poważne problemy koncepcyjne i wdrożeniowe [15]. Tymczasem bez dostępu do odpowiedniej jakości, kompleksowych i aktualnych danych nie jest możliwe stworzenie systemu koordynacji podaży usług szpitalnych oraz ich dopasowania do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji. Informatyzacja stanowi również podstawę budowy systemu oceny i kontroli jakości usług. System taki jest niezbędny do zagwarantowania bezpieczeństwa pacjenta, a docelowo stanowi także podstawę wprowadzenia elementów opłaty za rezultat (*pay-for-performance*). Z perspektywy pacjenta nie jest bowiem istotne, kto jest właścicielem szpitala, lecz jaka jest jakość usług w nim świadczonych.

Szpitale prywatne funkcjonują w ramach różnych form organizacyjno-prawnych i mogą się opierać na różnych modelach współpracy z sektorem publicznym. W Polsce w przypadku usług z zakresu szpitalnictwa można stwierdzić, iż niezależnie od struktury właścicielskiej świadczeniodawcy standardem jest publiczne finansowanie. Wynika to z relatywnie wysokich kosztów usług szpitalnych z jednej strony oraz braku rozwiniętego systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, pokrywających tego rodzaju koszty z drugiej. Zgodnie z szacunkami Narodowego Rachunku Zdrowia w 2014 roku udział bezpośrednich opłat gospodarstw domowych w całkowitych wydatkach na leczenie szpitalne wyniósł zaledwie 1,4%, w wydatkach poniesionych w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zaś wyniósł około 3% [16]. Kwestia rozwoju systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych była wielokrotnie poruszana przez decydentów sektora zdrowia. W 2011 roku Ministerstwo Zdrowia zaprezentowało projekt ustawy o dobrowolnym, dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym [17], który spotkał się z ostrą krytyką środowisk eksperckich [18]. Jedną z najważniejszych barier rozwoju rynku

ubezpieczeń prywatnych w Polsce jest bowiem konstrukcją koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach obowiązkowego publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Chodzi tu o relatywnie szeroki zakres koszyka, przy jednoczesnym braku kryteriów dostępności (np. maksymalny czas oczekiwania) czy jakości świadczeń [18, 19]. Obowiązujące regulacje ograniczają możliwości rozwoju rynku ubezpieczeń prywatnych oferujących na przykład świadczenia nieobjęte koszykiem (ubezpieczenia komplementarne) czy usługi lepszej jakości (ubezpieczenia suplementarne).

Współpraca szpitali prywatnych z sektorem publicznym może polegać także na dzierżawie majątku należącego na przykład do jednostki samorządu terytorialnego. Ten model współpracy wykorzystywany jest między innymi przez szpitale działające w ramach Grupy Nowy Szpital Holding SA, aktualnie skupiającej dziewięć byłych szpitali samorządowych. Inwestor prywatny podpisuje tu wieloletnią (na 25–30 lat) umowę dzierżawy majątku należącego do samorządu terytorialnego (głównie powiatów i gmin) oraz gwarantuje kontynuację działalności medycznej opartej na kontrakcie z NFZ. Samorząd może mieć swojego przedstawiciela w radzie nadzorczej spółki i/lub być jej mniejszościowym udziałowcem [11]. Inna forma współpracy samorządu z inwestorem prywatnym została zastosowana w przypadku szpitala powiatowego w Żywcu, gdzie na podstawie przepisów o partnerstwie publiczno-prywatnym (PPP) rozpoczęto inwestycję budowy nowego szpitala. W przedsięwzięcie zaangażowane jest także konsorcjum banków, a szacunkowy koszt inwestycji to ponad 200 mln zł. Inwestor prywatny (międzynarodowa firma specjalizująca się w zarządzaniu projektami z zakresu ochrony zdrowia) będzie odpowiedzialny za prowadzenie i zarządzanie szpitalem przez 30 lat, po czym zostanie on przekazany Starostwu Powiatowemu w Żywcu. Inwestor jest zobowiązany do prowadzenia działalności medycznej w takim samym lub rozszerzonym zakresie jak dotychczasowy szpital powiatowy [20].

Powyższe przykłady, pomimo iż wskazują na duży potencjał zaangażowania kapitałów prywatnych w sferze lecznictwa szpitalnego, w skali kraju mają jednak charakter marginalny. Ekspertki wskazują na liczne formalno-prawne bariery, które ograniczają i/lub zniechęcają prywatnych inwestorów do angażowania się w projekty partnerstwa publiczno-prywatnego w zakresie lecznictwa szpitalnego [21, 22]. Jednym z podstawowych problemów jest duży zakres niepewności co do uwarunkowań sektora zdrowia (brak gwarancji kontraktu z publicznym płatnikiem) oraz niestabilność przepisów prawnych, przyczyniające się do wysokiego poziomu ryzyka inwestycyjnego.

Obecnie podstawowe znaczenie dla potencjału rozwoju prywatnego sektora usług szpitalnych ma przyjęta w marcu 2017 roku ustawa wprowadzająca przepisy o tak zwanej sieci szpitali [23]. Zgodnie z jej przepisami, począwszy od października 2017 roku, będzie funkcjonować sieć szpitali tworzących system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Na funkcjonowanie tego systemu ma być przeznaczone

około 91% środków publicznych, z których obecnie jest finansowane leczenie szpitalne [24]. Zakwalifikowanie szpitala do sieci będzie obowiązywać przez cztery lata i stanowić gwarancję, że płatnik publiczny zawrze z nim umowę – bez konieczności uczestniczenia w postępowaniu konkursowym. Podstawowe kryteria kwalifikacji obejmują: prowadzenie szpitalnego oddziału ratunkowego, posiadanie przez okres co najmniej dwóch lat kontraktu z NFZ oraz posiadanie określonej struktury oddziałów szpitalnych (w zależności od poziomu systemu: szpitale ogólne I, II i III stopnia, szpitale specjalistyczne) [23]. Szpitale niewłączone do sieci (jak również podmioty nią objęte, lecz w zakresie dodatkowych procedur) mogą ubiegać się o środki publicznego płatnika na zasadzie konkursowej.

Tak skonstruowane kryteria kwalifikacji w dużej mierze wykluczają z uczestnictwa w sieci szpitale prywatne, które w większości stanowią małe i/lub mono-profilowe podmioty. Na etapie konsultacji społecznych projektu przepisów o sieci szpitali część ekspertów proponowała umożliwienie tworzenia konsorcjów placówek publicznych i prywatnych, które jako połączony podmiot mogłyby spełnić kryteria kwalifikacji [25]. Finałnie przyjęte przepisy nie dają jednak takiej możliwości. Dodatkowo kryteria kwalifikacji nie uwzględniają standardów jakościowych, ani nie mają bezpośredniego przełożenia na mapy potrzeb zdrowotnych [26]. Sieć nie obejmuje także usług udzielanych w trybie hospitalizacji jednego dnia, w których wyspecjalizowało się wiele szpitali prywatnych. W konsekwencji przykładowo w województwie małopolskim na 67 (35 publicznych i 32 prywatne) placówek posiadających w 2017 roku kontrakt z MOW NFZ w zakresie „leczenie szpitalne” do sieci zostało zakwalifikowanych ogółem 36 szpitali, w tym tylko trzy prywatne [27]. Dokładna analiza przepisów dotyczących sieci szpitali wykracza poza ramy niniejszego artykułu. Niemniej jednak z perspektywy szpitali prywatnych nowe regulacje stanowią poważne ograniczenie w dostępie do środków publicznych i zwiększają ryzyko inwestycyjne (niepewność finansowania), co może doprowadzić do zahamowania wzrostu sektora.

Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia ważnym i permanentnym problemem jest deficyt środków finansowych. Tym samym zasadne jest tworzenie takich warunków formalno-prawnych, które zachęcą inwestorów prywatnych do angażowania się w projekty z dziedziny ochrony zdrowia. Rolą państwa jest natomiast zagwarantowanie bezpieczeństwa pacjenta oraz opracowanie mechanizmów umożliwiających kontrolę jakości świadczeń zdrowotnych i koordynację ich podaży, by stanowiły odpowiedź na rzeczywiste potrzeby zdrowotne. W Polsce deficyt środków finansowych może być bardziej odczuwalny po roku 2020, kiedy to przestaną być dostępne środki Funduszy Unii Europejskiej, stanowiące aktualnie podstawowe źródło finansowania inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia. Pozostaje tylko pytanie, czy do tego czasu potencjał zaangażowania inwestorów prywatnych w zakresie ochrony zdrowia nie ulegnie ograniczeniu.

Przypisy

¹ Różne źródła mogą podawać inną liczbę szpitali prywatnych, m.in. w zależności od uwzględniania podmiotów świadczących usługi w trybie hospitalizacji jednego dnia lub przyjętej definicji „szpitala prywatnego”. Przykładowo, raport PMR pt. „Rynek szpitali niepublicznych w Polsce 2015. Analiza porównawcza województw i perspektywy rozwoju” informuje o około 560 szpitalach niepublicznych funkcjonujących w 2015 roku. Odejmuje zaliczone do tej grupy około 120 szpitali funkcjonujących w formie spółek samorządowych, otrzymujemy około 440 szpitali prywatnych.

² Wiele samorządów dokonało komercjalizacji swoich szpitali w okresie 2000–2010, wykorzystując przepisy zawarte w tzw. Ustawach samorządowych (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591; Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592; Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590) oraz Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89). Rządowe programy/przepisy wspierające proces przekształceń lub regulujące jego przebieg obejmowały: (1) Program z 2009 pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” przyjęty Uchwałą Rady Ministrów Nr 58 /2009 z dnia 27 kwietnia 2009 r.; (2) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zmianami).

³ Taka sytuacja zdarzyła się w przypadku (funkcjonującego również w ramach Grupy Nowy Szpital) szpitala w Krośnie Odrzańskim. W 2016 roku Starostwo Powiatu Krośnieńskiego wypowiedziało umowę dzierżawy majątku szpitala, co wiązało się z kilkumiesięcznym zawieszeniem działalności leczniczej podmiotu. W 2017 roku działalność szpitala została wznowiona, ale w formie spółki z całościowym udziałem samorządu (75% Powiat Krośnieński, 25% Gmina Gubin).

⁴ Bez przyjęć w ramach chirurgii/leczenia jednego dnia.

⁵ W przypadku analizowanej grupy większość kwoty zobowiązań długoterminowych przypadała na jeden duży szpital.

⁶ Przykładowo, często analizowane i szeroko komentowane dane na temat stanu zadłużenia szpitali publicznych nie obejmują spółek samorządowych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami Ministerstwo Zdrowia nie może egzekwować danych finansowych od podmiotów funkcjonujących na podstawie prawa handlowego.

Piśmiennictwo

- Jeurissen P., Duran A., Saltman RB., *Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector*, „BMC Health Serv. Res.” 2016; 16 (Supl. 2): 168.
- Eurostat, *Hospital beds by type of ownership, 2008 and 2014*, Luksemburg 2017, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Hospital_beds_by_type_of_ownership_2008_and_2014.png (dostęp: 20.05.2017).
- Polskie Wydawnictwo Naukowe (PWN), *Encyklopedia – wersja online*, <http://encyklopedia.pwn.pl/> (dostęp: 26.04.2017).
- Golinowska S., Sowada Ch., *Koegzystencja i integracja sektora prywatnego i publicznego w ochronie zdrowia*, w: Golinowska S. (red.), *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, PWN, Warszawa 2015.
- Dubas K., *Szpitale niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz znaczenie w systemie lecznictwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1): 137–148.
- Szetela P., *Sektor prywatny króluje w opiece ambulatoryjnej*, „Nowoczesna Klinika. Magazyn Prywatnej Ochrony Zdrowia” 2010; 3: 38–39.
- Dubas K., Szetela P., *Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce – skala i znaczenie zjawiska*, „Przegląd Organizacji” 2013; 12: 39–45.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
- PWR, *Rynek szpitali niepublicznych w Polsce 2015. Analiza porównawcza województw i perspektywy rozwoju*, 2015, <https://www.pmrpublications.com/product/Rynek-szpitali-niepublicznych-w-Polsce-2015> (dostęp: 26.04.2017).
- Małopolski Urząd Wojewódzki (MUW), *Analiza i diagnoza stanu aktualnego na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego województwa małopolskiego oraz sprawozdania MZ-29 – stan na 31.12.2014*, 2017, https://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=mapa_potrzeb_zdrowotnych (dostęp: 20.01.2017).
- Grupa Nowy Szpital, *Dla samorządów*, 2017, http://www.nowyszpital.pl/grupa_nowy_szpital/dla_samorzadow (dostęp: 18.05.2017).
- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, *Katalog Szpitali Prywatnych*, http://www.szpitale.org/images/stories/inne/OSSP_2016.pdf (dostęp: 26.04.2017).
- World Health Organization (WHO), *World Health Report 2000*, 2000, <http://www.who.int/whr/2000/en/> (dostęp: 20.04.2017).
- Travis P. et al., *Towards better stewardship: Concepts and Issues in Health systems performance assessment*, Murray C., Evans D. (red.), Geneva 2003, http://www.who.int/health_financing/documents/cov-hspa/en/ (dostęp: 20.04.2017).
- Klinger K., Kurowska A., *Chore e-zdrowie, czyli spektakularna porażka programu za setki milionów*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 10.02.2016, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/923480,e-zdrowie-e-recepta-informatyzacja-sluzby-zdrowia.html> (dostęp: 11.06.2017).
- Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, Warszawa 2017.
- Ministerstwo Zdrowia, *Projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym*, 2011, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pu_duz_0432011.pdf (dostęp: 15.05.2017).
- Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M., Dubas K., Jurkiewicz-Świątek I., Kocot E., Seweryn M., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2012.
- Polska Izba Ubezpieczeń (PIU), *Rola prywatnych ubezpieczeń prywatnych w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Rola_prywatnych_ubezpieczen_zdrowotnych_2013.pdf (dostęp: 17.05.2017).
- Starostwo Powiatowe w Żywcu, *Budowa szpitala*, 2017, <http://www.zywiec.powiat.pl/blog/budowa-szpitala,strona1> (dostęp: 18.05.2017).

21. Kancelaria Doradztwa Gospodarczego Cieślak & Kordasiewicz (KDG C&K), *Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, 2011, https://www.ppp.gov.pl/Publikacje/Documents/KDG_RAPORT_PPP_ZDROWIE_2011.pdf (dostęp: 21.05.2017).
22. Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP), *Raport dotyczący rynku PPP w Polsce w obszarze ochrony zdrowia*, 2015, http://www.ppp.parp.gov.pl/uploads/files/PPP_Publikacje_z_projektu/03_Raport_ochrona_zdrowia/03_Raport%20Ochrona%20zdrowia.pdf (dostęp: 21.05.2017).
23. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844).
24. Ministerstwo Zdrowia, *Oficjalna strona rządowego projektu sieci szpitali*, 2017, <http://siecszpitali.mz.gov.pl/> (dostęp: 51.05.2017).
25. Wójcik M., Wypowiedź i dane zaprezentowane podczas III Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, Katowice 9.03.2017.
26. Biardzki M., *W jakim kierunku podąży sieć?* „Manager Zdrowia” 2017; 4–5: 46–49.
27. Małopolski Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ), *Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ*, Kraków 28.06.2017, <http://www.nfz-krakow.pl/dla-swiaadczeniodawcow/komunikaty/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz-malopolska,2374.html> (dostęp: 20.08.2017).
28. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, kwiecień 2015, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf> (dostęp: 20.04.2017).
29. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), *Informator o zawartych umowach*, 2017, <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/> (dostęp: 30.04.2017).