

**PRACE NAUKOWE**

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

**RESEARCH PAPERS**

of Wrocław University of Economics

**266**

# Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,  
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,  
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

[www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl), [www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com),

The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com),

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

[http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się  
na stronie internetowej Wydawnictwa

[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie  
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2012

**ISSN 1899-3192**

**ISBN 978-83-7695-278-9**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

## Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

---

### Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

---

<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska</b> , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
<b>Ewelina Nojszewska</b> , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce .....	23
<b>Henryk Kromolowski</b> , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia .....	38
<b>Paulina Pieprzyk</b> , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia .....	46
<b>Maria Węgrzyn</b> , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska) .....	58

---

### Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

---

<b>Beata Zaleska</b> , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej .....	75
<b>Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska</b> , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
<b>Ewa Książek</b> , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia .....	99
<b>Dorota Korenik</b> , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
<b>Izabela Witczak</b> , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie .....	121
<b>Agnieszka Bem</b> , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie .....	143

---

### Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

---

<b>Monika Truszkowska-Kurstak</b> , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
<b>Mariola Dwornikowska-Dąbrowska</b> , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny .....	181
<b>Paulina Ucieklak-Jeż</b> , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia .....	194
<b>Dariusz Kotarski</b> , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych .....	209

---

### Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

---

<b>Joanna Jończyk</b> , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej .....	221
<b>Beata Buchelt</b> , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne .....	229
<b>Danuta Kunecka</b> , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi .....	246

## Summaries

<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska</b> , Ownership changes in healthcare system – historical background .....	22
<b>Ewelina Nojszewska</b> , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
<b>Henryk Kromolowski</b> , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection .....	45
<b>Paulina Pieprzyk</b> , Local government in healthcare system – threads and opportunities .....	57
<b>Maria Węgrzyn</b> , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
<b>Beata Zaleska</b> , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
<b>Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska</b> , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems? .....	98
<b>Ewa Książek</b> , Public-Private Partnership in healthcare sector .....	108

---

<b>Dorota Korenik</b> , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector .....	120
<b>Izabela Witczak</b> , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
<b>Agnieszka Bem</b> , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
<b>Monika Truszkowska-Kurstak</b> , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity .....	180
<b>Mariola Dwornikowska-Dąbrowska</b> , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system .....	193
<b>Paulina Ucieklak-Jeż</b> , Factors affecting functioning of health care system ...	208
<b>Dariusz Kotarski</b> , Improvement of service quality management in sanatoriums .....	218
<b>Joanna Jończyk</b> , Human resources as a critical component of health care change .....	228
<b>Beata Buchelt</b> , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities .....	245
<b>Danuta Kunecka</b> , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

**Anna Hnatyszyn-Dzikowska**

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

---

## PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA – RYS HISTORYCZNY

---

**Streszczenie:** System ochrony zdrowia przechodzi wiele zmian i przekształceń, których zakres i kierunek uwarunkowane są sytuacją polityczną, społeczną i ekonomiczną. W wyniku wszystkich przekształceń sektor niepubliczny stał się równoprawnym partnerem sektora publicznego. Wzrost liczby i jakości udzielanych świadczeń, większa troska o pacjenta, wzrost znaczenia przekształconych podmiotów udzielających świadczeń należy niewątpliwie zaliczyć do osiągnięć okresu transformacji w systemie opieki zdrowotnej. Celem artykułu jest przedstawienie dynamiki przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia w kontekście uwarunkowań prawnych. Przeprowadzona analiza w przekroju podmiotowym wskazuje na znaczącą rolę sektora niepublicznego na rynku ochrony zdrowia w Polsce, co przyczynia się pozytywnie do sprawności funkcjonowania systemu.

**Słowa kluczowe:** prywatyzacja, sektor publiczny, sektor prywatny, system ochrony zdrowia.

### 1. Wstęp

System ochrony zdrowia definiowany jest jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, także promocji zdrowia, prowadzących do zabezpieczenia i poprawy stanu zdrowia jednostki i zbiorowości [Poździoch 2000, s. 128]. W kontekście uwarunkowań społeczno-gospodarczych ulega on permanentnej ewolucji w celu dostosowania do zmieniającego się otoczenia. Niewątpliwie takim procesem dostosowawczym jest prywatyzacja. W kontekście przemian własnościowych w systemie ochrony zdrowia definiowana jest ona jako działania zmierzające do zwiększenia udziału niepublicznych instytucji zdrowotnych wśród świadczeniodawców zapewniających opiekę zdrowotną, co może być realizowane poprzez tworzenie instytucji stanowiących własność prywatną, które wchodzi na rynek, lub poprzez sprywatyzowanie podmiotów, które na nim funkcjonowały [Tymowska 2000]. W tym też znaczeniu w artykule została przeprowadzona analiza przemian własnościowych w sektorze ochrony zdrowia w układzie instytucjonalnym na tle uwarunkowań prawnych. Zaprezentowane badanie pozwala ocenić dynamikę i zróżnicowanie przemian oraz wystawić rekomendacje co do dalszych tendencji w sektorze.

## 2. Regulacje systemu ochrony zdrowia

Fundamentalne dla ochrony zdrowia akty prawne ulegały przemianom wraz z ewolucją systemu społeczno-gospodarczego. Przed transformacją gospodarki, w ramach gospodarki centralnie zarządzanej, dominowała koncepcja służby zdrowia jako strony zobowiązanej do świadczenia fachowej opieki zdrowotnej. Po II wojnie światowej, wraz z uchwaleniem ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce służby zdrowia [Ustawa z dnia 29 listopada 1948 r.], został wprowadzony scentralizowany model ochrony zdrowia, oparty na modelu Siemaszki [Prętki 2007, s. 46]. Gwarantowano obywatelom, zwłaszcza pracownikom, bezpłatną opiekę zdrowotną. W czasie socjalizmu sektor zdrowia w Polsce był całkowicie zmonopolizowany przez państwo. W latach 1948-1950 dokonano nacjonalizacji (upaństwowienia, *de facto* konfiskaty) wszystkich placówek służby zdrowia [Saneczki 2011, s. 36]. Jedynym źródłem finansowania i właścicielem jednostek ochrony zdrowia był budżet państwa, który miał wyłączność na prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej. Sektor prywatny miał więc bardzo ograniczoną możliwość rozwoju. Panowało przekonanie, że państwo jest w stanie zaspokoić potrzeby zdrowotne polskich obywateli. W latach 70. XX wieku powołano instytucję podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). POZ działała na terenach obwodów, które dzieliły się na rejony dla ludności miejskiej i wiejskiej. Przychodnie specjalistyczne zorganizowano przy zamkniętych zakładach służby zdrowia, poprzez sieć przychodni i poradni przyszpitalnych. W owym czasie możliwa była prywatna praktyka lekarska, ale liczba pozwoleń udzielanych na jej prowadzenie była ściśle reglamentowana. Uzasadnieniem działalności prywatnych gabinetów były grupy osób nieobjętych powszechnym ubezpieczeniem, np. rzemieślników, rolników. W sektorze prywatnym najlepiej rozwinięta była opieka stomatologiczna, oferował on również usługi normalnie niedostępne w ofercie sektora uspołecznionego, np. hipoterapię, apiterapię.

Od 1989 r. do początku XXI wieku został przyjęty pakiet ok. 20 ustaw, związanych z ochroną zdrowia, sprzyjających harmonijnemu rozwojowi sektora prywatnego. Pierwszy krok do przekształceń opieki zdrowotnej w Polsce wprowadziła ustawa o działalności gospodarczej [Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r.]. To ona wpłynęła na rozmiar i tempo rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej. W tym czasie jednym z głównych założeń było wprowadzenie mechanizmów rynkowych w celu racjonalizowania alokacji środków publicznych, zwiększenia efektywności działania i podniesienia jakości usług (poprzez nasilenie konkurencji usługodawców prywatnych i publicznych), zmianę zasad funkcjonowania usługodawców (zmiana statusu prawno-ekonomicznego, zasad gospodarki finansowej, sprzedaż usług zdrowotnych, nacisk na kwalifikacje menadżerskie kadry kierowniczej) [Sobczak 1999, s. 17]. Do systemu opieki zdrowotnej należało więc wprowadzić reguły rządzące gospodarką rynkową. Wpłynęły one pozytywnie na wszystkie ogniwa systemu opieki zdrowotnej. Prywatne podmioty stopniowo pojawiały się w działach związanych z produkcją i dystrybucją leków, częściowo w podstawowej opiece zdrowotnej czy stomato-

logii [Tymowska 1996a, s. 29]. Niektóre prywatne zakłady opieki zdrowotnej powstały jako efekt prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, przy których istniała przemysłowa służba zdrowia. Stworzono podstawy do rozwijania przedsiębiorczości, nadal jednak dominujący udział w zapewnianiu świadczeń zdrowotnych miały instytucje publiczne. Wynikało to z prawa do świadczeń finansowych, które przysługiwało do stycznia 1992 r. jedynie publicznym zakładom. Dopiero po wejściu w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r.] zaistniała możliwość szerszego włączenia prywatnych instytucji ochrony zdrowia do systemu świadczeń. Stało się możliwe zlecenie prywatnym instytucjom zadań zakładów publicznych [Tymowska 1999, s. 11-16]. Od 1993 r. zaczęły funkcjonować prywatne gabinety, które tworzyli głównie dawni pracownicy publicznych zakładów (wydzierżawiali oni gabinety oraz sprzęt od publicznych zakładów). W dużych miastach zaczęły powstawać wieloprofilowe instytucje opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej. Przekształcenia w opiece zdrowotnej doprowadziły także do wzrostu roli środków z budżetów domowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną.

W latach 90. XX wieku proces prywatyzacji obejmował więc stopniowo wszystkie obszary rynku ochrony zdrowia i zaczął oddziaływać na zaangażowane podmioty. Znaczący wpływ na rozwój prywatnych placówek medycznych miało przyjęcie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz o zawodzie lekarza [Ustawa z 25 sierpnia 2009 r.]. Regulacje te wprowadziły nowe formy organizacyjno-prawne zarówno dla indywidualnych, jak i grupowych praktyk lekarskich, pielęgniarskich oraz położniczych. Kolejnym uregulowaniem prawnym, które wpłynęło na rozwój sektora prywatnego, była ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych z [Ustawa z 30 sierpnia 1996 r.]. Stanowiła ona rozwinięcie i rozszerzenie ustawy prywatyzacyjnej z 1990 r. Szacuje się, że w wyniku dokonywanych przekształceń w pierwszej połowie lat 90. XX wieku w sektorze prywatnym pracowało ok. 80% lekarzy, z których większość łączyła praktykę z zatrudnieniem w sektorze publicznym [Tymowska 1996b].

Wprowadzenie w 1999 r. systemu ubezpieczeniowego w ochronie zdrowia poprzez powiązanie ze zmianami właścicielskimi szpitali (przekazano je w gestię samorządu) dodatkowo zintensyfikowało proces przekształceń. Do 2011 r. jedyny sposób zmiany formy organizacyjno-prawnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej opierał się na istniejących ustawach samorządowych: ustawie o samorządzie gminnym, ustawie o samorządzie powiatowym, ustawie o samorządzie województwa oraz wspomnianej już ustawie o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 8 marca 1990 r.; Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym; Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa; Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r.]. W świetle wymienionych regulacji realizacja świadczeń zdrowotnych polegała na umowach zawieranych przez płatnika (poprzednio Kasy Chorych, obecnie NFZ) z publicznymi i prywatnymi dostawcami usług zdrowotnych. Przedstawione regulacje określały warunki, zakres i zasady współistnienia sektora publicznego i prywatnego w systemie ochrony zdrowia w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej [Balicki 2011, s. 98].



1 lipca 2011 r. zaczęła obowiązywać ustawa o działalności leczniczej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.]. Prognozuje się, że akt ten wpłynie na tempo i strukturę przekształceń własnościowych w systemie ochrony zdrowia. W 2012 r. zaczną się pierwsze realne przekształcenia w szpitalne spółki, w 2013 r. przekształcą się te jednostki, które będą chciały skorzystać z dotacji budżetowej przeznaczonej na oddłużenie, a w latach 2014-2015 będziemy mieli do czynienia z pierwszymi wymuszonymi ekonomicznie przekształceniami [Rotaub 2011].

Podsumowując, w dokumentach regulujących polski system ochrony zdrowia podkreśla się, że program prywatyzacji jednostek ma dostarczyć wsparcia jednostkom samorządu terytorialnego dążącym do poprawy efektywności udzielania świadczeń i promowania zasad racjonalnego gospodarowania w zakładach opieki zdrowotnej [Rydlewska-Liszkowska 2010, s. 54]. Poniższa analiza dowodzi, że tendencje przekształceń własnościowych są zróżnicowane w aspekcie podmiotowym i terytorialnym.

### 3. Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej

Na podstawie *Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010*, z ogółu 2474 publicznych zakładów opieki zdrowotnej istniejących w dniu 31 grudnia 1999 r. do 31 grudnia 2010 r. zmianami organizacyjno-prawnymi objęto 478 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, w tym:

- 114 szpitali (24% ogółu przekształconych jednostek),
- 55 oddziałów szpitalnych (11%),
- 309 zakładów leczenia ambulatoryjnego (65%).

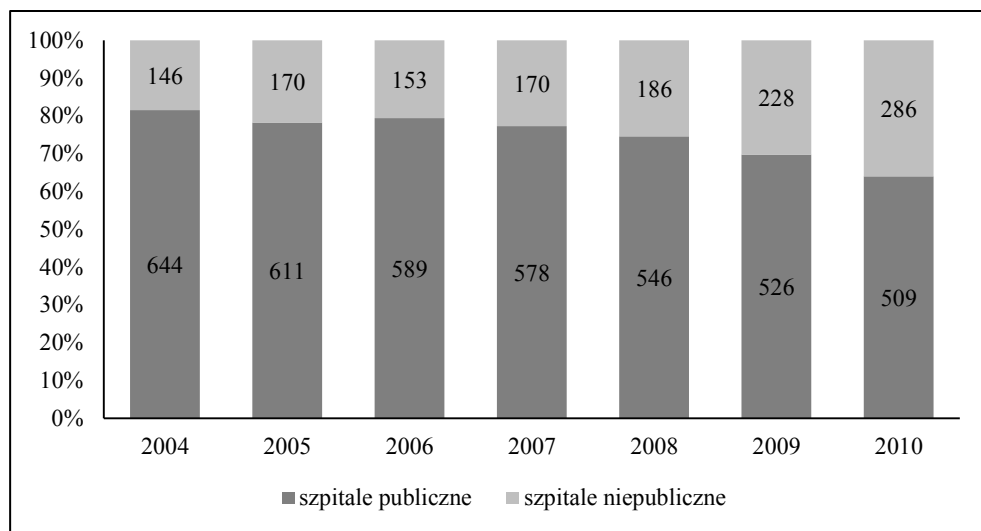
Dokonywane przekształcenia były zróżnicowane zarówno w układzie terytorialnym, jak i struktury spółek, które powoływały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. W województwie podkarpackim dokonano zaledwie jednego przekształcenia. Liderami przemian organizacyjno-prawnych w systemie ochrony zdrowia są województwa śląskie (149), kujawsko-pomorskie (49) i dolnośląskie (40). Biorąc pod uwagę zarówno szpitale, jak i zakłady leczenia ambulatoryjnego, najliczniejszą grupę przekształconych podmiotów na bazie majątku publicznych zakładów utworzyły spółki z o.o. (74% spółek ogółem), a najniższy udział w procesie przekształceń miały spółki akcyjne (2,3%).

### 4. Sektor prywatny w systemie szpitalnictwa

Biorąc pod uwagę fragment systemu, jakim jest szpitalnictwo, dążenie do przekształceń własnościowych publicznych szpitali wyniknęło w głównej mierze z ich nierentowności i zadłużenia. Przekształcone placówki stały się szansą na sprawniejsze funkcjonowanie i efektywniejsze zarządzanie. Państwo przestało być w tej dzie-

dzinie monopolistą, pacjent zaś dostał możliwość wyboru szpitala (publiczny czy niepubliczny), a także formy płatności (usługa finansowana przez NFZ, płacenie z własnej kieszeni, pokrycie kosztów przez dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne) [szerzej: Hnatyszyn-Dzikowska 2011, s. 337-353]. Ponieważ działalność szpitalna wymaga zaangażowania dużo większego kapitału, stanowi wyznacznik wzrostu znaczenia sektora niepublicznego [Kautsch 2010, s. 121].

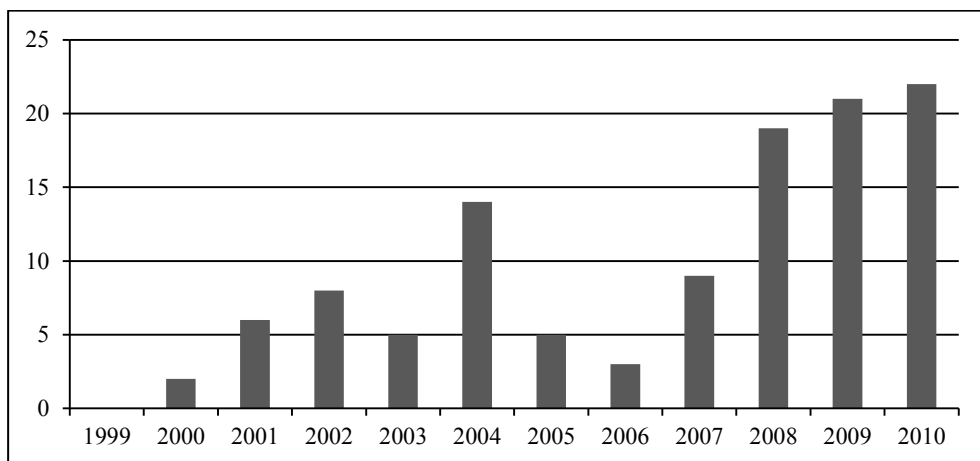
Na początku transformacji liczba prywatnych szpitali była niewielka, gdyż uruchomienie takiej placówki wiąże się nie tylko z dużymi nakładami finansowymi, ale także niepewnością wynikającą z faktu słabo rozwiniętego rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz ograniczonych możliwości ponoszenia przez pacjentów kosztów leczenia w placówkach lecznictwa stacjonarnego z własnych środków finansowych. Dopiero w drugiej połowie lat 90. XX wieku, w wyniku prywatyzacji placówek publicznych, zaczęło powstawać coraz więcej szpitali niepublicznych. Przedstawione na rysunku 1. dane świadczą o zwiększającym się potencjale sektora niepublicznego w dostarczaniu usług zdrowotnych. Obecnie szpitale niepubliczne stanowią ok. 30% szpitali ogółem, jednak są to placówki relatywnie mniejsze (znajduje się w nich zaledwie 13% wszystkich łóżek), chociaż można zauważyć stały wzrost infrastruktury prywatnego lecznictwa stacjonarnego, tj. oddziałów szpitalnych i łóżek.



Rys. 1. Szpitale publiczne i niepubliczne

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Bank Danych Lokalnych].

Wyraźny wzrost liczby niepublicznych szpitali nastąpił dopiero w 2000 r., co należy tłumaczyć długim okresem powstawania tego typu placówek oraz niepewności co do finansowania ze strony publicznego płatnika. Obecnie systematycznie wzrasta liczba pacjentów leczonych w przekształconych szpitalach.



**Rys. 2.** Szpitale objęte przekształceniami własnościowymi

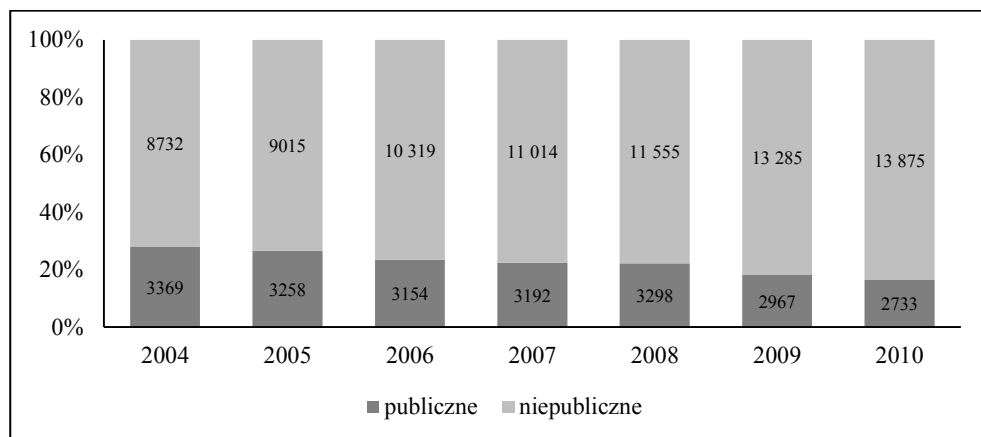
Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Informacja o przekształceniach własnościowych... 2011].

Na podstawie *Informacji o przekształceniach własnościowych...* do 31 grudnia 2010 r. przekształceniami objęto 114 szpitali. Według danych Ministerstwa Zdrowia najwyższe tempo przekształceń w grupie szpitali odnotowano w 2010 r. – 22 (zob. rys. 2).

## 5. Sektor prywatny w systemie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

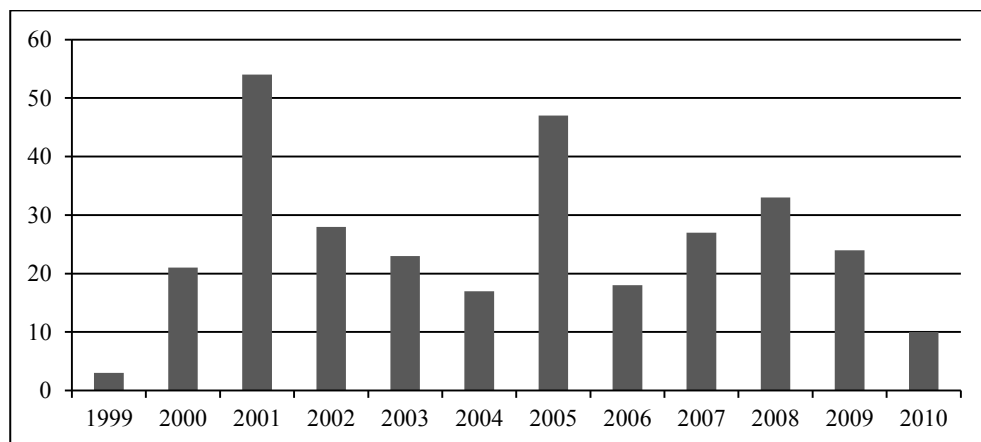
W okresie transformacji zaszły istotne zmiany w zakresie liczebności i rozmieszczenia zakładów opieki zdrowotnej w lecznictwie ambulatoryjnym. Niekorzystna sytuacja finansowa wielu przedsiębiorstw spowodowała zmniejszenie liczby zakładów opieki zdrowotnej, szczególnie placówek zakładowej czy przemysłowej służby zdrowia. Co więcej, wyraźnie zmniejszyła się liczba rejonowych zakładów ambulatoryjnych, ośrodków zdrowia, zakładów świadczących usługi medycyny pracy. Wiele przychodni rejonowych połączono ze specjalistycznymi. Istotne jest to, że zmniejszenie liczby placówek leczniczych dotyczyło tylko sektora publicznego, w przeciwieństwie do szybko rozwijającego się sektora prywatnego (zob. rys. 3).

Dla dynamiki procesu przekształceń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej fundamentalne znaczenie miała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r.], przewidująca inny niż instytucje publiczne organ założycielski takiego zakładu. Zakłady opieki ambulatoryjnej zaczęły tworzyć osoby prywatne, fundacje, stowarzyszenia, związki wyznaniowe, a także kościoły. Co prawda, rozwój prywatnych zakładów opieki ambulatoryjnej nie był tak znaczny jak prywatnych gabinetów, lecz jest to normalne, zakłady bowiem, jako podmioty większe, wymagają większych nakładów kapitałowych, a ponadto w porównaniu z praktykami prywatnymi stawiane są im wyższe wymagania co do warunków lokalowych,



**Rys. 3.** Publiczne i niepubliczne placówki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Bank Danych Lokalnych].



**Rys. 4.** Zakłady lecznictwa ambulatoryjnego objęte przekształceniami własnościowymi

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Informacja o przekształceniach własnościowych... 2011].

sanitarnych czy wyposażenia w sprzęt. Według danych Ministerstwa Zdrowia najbardziej dynamiczny wzrost liczby prywatnych zakładów ambulatoryjnych został odnotowany po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli od 1999 r., kiedy to podmioty prywatne mogły, na znacznie szerszą niż uprzednio skalę, korzystać z publicznych środków finansowych (zob. rys. 4).

## 6. Podsumowanie

Przeprowadzone badania dowiodły, że w wyniku wieloletniego procesu prywatyzacji w polskim systemie ochrony zdrowia to sektor prywatny odgrywa komplementarną rolę w stosunku do sektora publicznego. Skuteczne i nowoczesne usługi na rynku ochrony zdrowia powinny korzystać z najnowszych rozwiązań zarówno w obszarach metodyki leczenia i aparatury, jak i systemów informatycznych, już dziś działających i pomagających w diagnostyce i leczeniu na odległość w bardziej rozwiniętych krajach świata. Prywatyzacja systemu ochrony zdrowia miała być środkiem zaradczym na zły stan rzeczy w tym sektorze (jak przerośnięta biurokracja, niedobór finansowy). Jednakże zmiany organizacyjno-prawne, które nastąpiły po transformacji ustrojowej, spowodowały wzrost udziału negatywnych opinii społecznych, zwłaszcza o dostępności i liczbie świadczeń otrzymywanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej [Skrzypczak 2008, s. 43-53].

Niepubliczni świadczeniodawcy zaczynają odgrywać coraz bardziej dominującą rolę w systemie. Rozmach w powstawaniu nowych gabinetów i praktyk lekarskich można tłumaczyć zarówno coraz gorszym stanem państwowej służby zdrowia, jak i pozytywnym nastawieniem obywateli do prywatnych świadczeń medycznych. Prywatna opieka zdrowotna, na co wskazują liczne sondaże opinii publicznej, jest lepiej oceniana niż państwowa w zakresie: sprawności funkcjonowania, wykorzystywania nowoczesnych metod leczenia, dostępu do świadczeń, zatrudnienia fachowego personelu, oferowania szybkiej pomocy, poczucia bezpieczeństwa, traktowania pacjenta. Jediną kategorią, w której publiczna opieka zdrowotna ma przewagę, jest bezpłatność świadczeń.

Powyższe opinie stają się bodźcem do dalszych konsekwentnych działań restrukturyzacyjnych, których pozytywne skutki są również funkcją czasu. J. Kornai i K. Eggleston podkreślają, że reforma systemu ochrony zdrowia jest procesem, nowe instytucje muszą mieć czas na ewolucję, a obywatele na adaptację [Kornai 2002]. Istotne jest, by modelowanie reformy było oparte na jasno wyznaczonych celach strategicznych i operacyjnych docelowego modelu systemu ochrony zdrowia.

## Literatura

- Balicki M., *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 31.12.2009)*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP, Warszawa 2011.
- Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- Hnatyszyn-Dzikowska A., *Tendencje przekształceń własnościowych szpitali w Polsce*, [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości rozwiązań*, red. E. Nojszewska, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011, <http://www.mz.gov.pl>, 10.10.2011.

- Kautsch M., *Potencjał publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce – wybrane elementy*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Kornai J., Eggleston K., *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa 2002.
- Poździej S., *System zdrowotny*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Poździej i in., Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000.
- Prętki K., *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2007.
- Rotaub R., *Przekształcenia szpitali według nowej ustawy: powiaty pójdą na pierwszy ogień*, „Rynek Zdrowia” 2011, www.rynekzdrowia.pl, 18.12.2011.
- Rydlewska-Liszkowska I., *Prywatyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej – kierunki działań w systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Sanecki M., *Systemy zdrowia. Procesy transformacji. Przyczyny i cele zmian*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP, Warszawa 2011.
- Skrzypczak Z., Czech M., *Ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia finansowanego ze źródeł publicznych w świetle sondaży ankietowych i doniesień prasowych*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo UW, Warszawa 2008.
- Sobczak A., *Wolny czy kontrolowany rynek świadczeń?*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1999.
- Tymowska K., *Główne kierunki zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] *System umów w opiece zdrowotnej w Anglii i w Polsce*, red. K. Tymowska, V. Malin, A. Alaszewska, Centrum Edukacji i Rozwoju Biznesu, Warszawa 1996a.
- Tymowska K., *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce*, „Gabinet Prywatny” 2000, nr 3.
- Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999, www.isp.org.pl, 15.10.2011.
- Tymowska K., *Zmiana relacji między publicznym a prywatnym sektorem opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] *System umów w opiece zdrowotnej w Anglii i w Polsce*, red. K. Tymowska, V. Malin, A. Alaszewska, Centrum Edukacji i Rozwoju Biznesu, Warszawa 1996b.

## Akty prawne

- Ustawa z dnia 29 listopada 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, DzU 1948, nr 55, poz. 434.
- Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej, DzU 1988, nr 41, poz. 324.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, DzU 1990, nr 16, poz. 95.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991, nr 91, poz. 408.
- Ustawa z 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, DzU 1996, nr 118, poz. 561.
- Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, DzU 1998, nr 91, poz. 576.
- Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, DzU 1998, nr 91, poz. 578.
- Ustawa z 25 sierpnia 2009 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz o zawodzie lekarza, DzU 2009, nr 151, poz. 1217, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654.

## **OWNERSHIP CHANGES IN HEALTHCARE SYSTEM – HISTORICAL BACKGROUND**

**Summary:** Healthcare system undergoes a lot of changes and transformations, which scope and direction are conditioned by political, social and economic situation. As a result of all the transformations the private sector has become an equal partner of the public sector. The increase of quantity and quality of services, more concern for the patient, the rise of significance of private operators providing benefits should be certainly regarded as the achievement of transformation in healthcare system. This article aims to present the dynamics of ownership transformation in health sector in the context of legal requirements. The analysis shows a significant and complementary role of the private sector on healthcare market in Poland, which contributes positively to the efficiency of the system.

**Keywords:** privatization, public sector, private sector healthcare system.