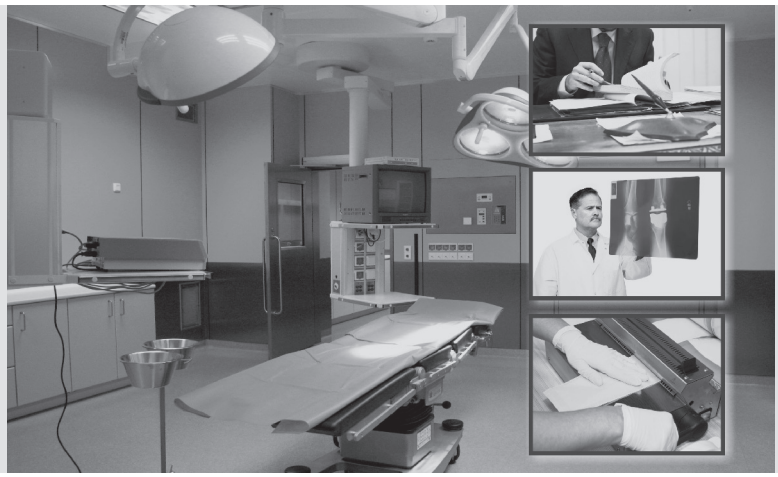
PRACE NAUKOWE
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
RESEARCH PAPERS
of Wrocław University of Economics

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, www.ebscohost.com,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
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

Kopiowanie i powielanie w jakiejkolwiek 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

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

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

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

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

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

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

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

Summaries

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

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

PRACE NAUKOWE UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO WE WROCŁAWIU
RESEARCH PAPERS OF WROCŁAW UNIVERSITY OF ECONOMICS nr 266 • 2012
Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia ISSN 1899-3192

Paulina Pieprzyk
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

SAMORZĄD TERYTORIALNY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA – SZANSE, MOŻLIWOŚCI I ZAGROŻENIA

Streszczenie: Artykuł w zarysie przedstawia problematykę związaną z rolą samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia. Wychodząc od rozważań prawnoustrojowych, zakreśla najnowsze rozwiązania prawne zawarte m.in. w ustawie o działalności leczniczej, wskazując na ewentualne konsekwencje finansowe dotykające jednostki samorządu terytorialnego występujące w roli podmiotów tworzących. Artykuł przedstawia również najnowsze orzecznictwo sądów administracyjnych dotyczące trybu zastosowania art. 43 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz roli związków zawodowych w procesie likwidacji bądź przekształcania zakładów opieki zdrowotnej. Na zakończenie krótko opisuje szanse i możliwości rozwoju, wynikające ze stopniowego urynkowiania sektora ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: ustawa o działalności leczniczej, przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej, związki zawodowe.

1. Wstęp

Samorząd terytorialny w Polsce niemal od początku zaangażowany był w ochronę zdrowia obywateli. Współcześnie jego rola w systemie ochrony zdrowia znacząco wzrosła po wejściu w życie ustawy o samorządzie gminnym [Ustawa z dnia 8 marca 1990 r.] oraz ustawy o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organami gminy a organami administracji rządowej [Ustawa z dnia 17 maja 1990 r.; zob. też: Tatara, Dąbrowska-Bender 2009, s. 165]. Stopniowo na jednostki samorządu terytorialnego (dalej: JST) nakłada się coraz więcej obowiązków i zadań, nie zapewniając możliwości ich zrealizowania, a więc działając wbrew konstytucyjnej zasadzie adekwatności. Artykuł ramowo nakreśla źródła głównych zagrożeń dla JST (głównie ich budżetów) w związku z odgrywaną przez nie rolą w systemie ochrony zdrowia. Wskazuje także możliwości i szanse poprawy sytuacji.

„Obecny stan rzeczy wymaga gwałtownie reformy. Samorząd powinien posiadać własną organizację służby zdrowia, która by była w stanie pełnić obowiązki

nałożone na samorządy przez ustawę" – postulat ten został sformułowany już w 1936 r. przez dr. Klemensa Łazarowicza [Łazarowicz 1936, s. 4]. Dostrzegano rozdźwięk pomiędzy zadaniami nałożonymi przez ustawodawcę na samorząd terytorialny w obszarze ochrony zdrowia a zapewnieniem możliwości ich realizacji w praktyce. Zgodnie z ustawą sanitarną [Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r., art. 4] zarządy komunalne zostały zobowiązane do „wykonywania i utrzymywania we własnej administracji niezbędnych dla ich gmin urządzeń sanitarno-technicznych, zakładania i utrzymywania szpitali, przychodni, przytułków, domów izolacyjnych, kąpielisk itp., utrzymywania lekarzy sanitarnych, akuszerek gminnych, pielęgniarek, dezynfektorów i innego niezbędnego personelu służbowego". Wyraźnie widać, że na samorządzie lokalnym właściwie od początku jego istnienia spoczywał obowiązek realizowania większości zadań związanych z organizacją systemu ochrony zdrowia. Ustawodawca nigdy jednak nie zajął się praktycznym wymiarem realizacji tych zadań.

Sytuacja ta niestety nie poprawiła się – od czasów transformacji ustrojowej można obserwować stale zwiększającą się liczbę zadań związanych z ochroną zdrowia nakładanych na JST, ale w ślad za nimi nie idą środki niezbędne do ich realizacji. Pomimo wielu, mniej lub bardziej udanych, reform nadal rola samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia nie została jednoznacznie określona i budzi wiele kontrowersji. Nowe regulacje wcale nie rozwiązują sytuacji, co więcej: „przerzuca się na samorząd terytorialny i regionalny zadanie dotyczące polityki zdrowotnej państwa prowadzonej co do zasady przez rząd, bez jednoczesnego zabezpieczenia odpowiednich do tego środków finansowych" [Dercz, Rek 2012, komentarz do art. 59].

Obowiązek podejmowania działań przez samorząd terytorialny w obszarze ochrony zdrowia wynika wprost z przepisów tzw. ustaw ustrojowych, dotyczących administracji samorządowej. Ustawa o samorządzie gminnym [Ustawa z dnia 8 marca 1990 r., art. 7, ust. 1, pkt 5] nakłada na gminę obowiązek zaspokajania potrzeb wspólnoty w zakresie zdrowia, a ustawy o samorządzie powiatowym [Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r., art. 4, ust. 1, pkt 2] i o samorządzie województwa [Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r., art. 14, ust. 1, pkt 2] wskazują odpowiednio samorząd powiatowy i samorząd wojewódzki jako właściwe do wykonania określonych ustawami zadań publicznych o charakterze ponadgminnym i wojewódzkim w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Zadania JST w obszarze systemu opieki zdrowotnej zostały sformułowane w ogólny, wręcz lakoniczny sposób. W doktrynie wielokrotnie podnoszono kwestię niejasnego podziału obowiązków pomiędzy organami administracji rządowej i samorządowej; „powoduje to, iż samorządy nie podejmują działań w sferach, w których ich aktywność byłaby niezbędna, oraz uniemożliwia im to koordynację działań podejmowanych przez poszczególne samorządy terytorialne i administrację rządową" [Tatara, Dąbrowska-Bender 2009, s. 165]. Realizacja zadań własnych JST w obszarze ochrony zdrowia napotykała przeszkody regulacyjne – samorządy zaczęły przejmować jednostki podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie indywi-

dualnych porozumień z organami administracji rządowej (a więc jako zadania zlecone). W 1995 r. na podstawie miejskiego programu pilotażowego i ustawy miejskiej z 1995 r. gminom o statusie miast przekazano kompetencje wynikające z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.], wcześniej realizowane przez organy rządowej administracji ogólnej [Rozporządzenie Rady Ministrów z 13 lipca 1993 r.; Ustawa z 24 listopada 1995 r.]. W ten sposób jednostki opieki zdrowotnej, nad którymi dotychczas pieczę sprawowali wojewodowie, na podstawie ich decyzji stały się komunalnymi jednostkami organizacyjnymi [Białynicki-Birula 2006, s. 87], a uprawnienia organu założycielskiego przeszły z wojewodów na JST [Niżnik 2004, s. 162]. Odpowiedzialne za sprawowanie funkcji założycielskich i nadzorczych nad zakładami opieki zdrowotnej (dalej: ZOZ) stały się zatem samorządy powiatowe i wojewódzkie, które nie były na to w ogóle przygotowane. A. Zemke-Górecka pisze, że paradoksalnie samorządy „nie zakładały [ZOZ-ów], a stały się podmiotem, który [je] utworzył" [Zemke-Górecka 2010, s. 7].

Chociaż współcześnie w systemie ochrony zdrowia miejsce centralnego planowania zajęły rozwiązania wolnorynkowe, to nadal główną rolę odgrywa państwo, a nie sektor prywatny. Wynika to wprost z uregulowań konstytucyjnych – pod pojęciem „ochrona zdrowia", o którym wspomina art. 68 Konstytucji RP, kryje się zarówno prawo podmiotowe jednostki (każdemu obywatelowi Konstytucja gwarantuje równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej), jak i prawo przedmiotowe (uregulowania prawne składające się na prawne pojęcie ochrony zdrowia) [Jończyk 2010, s. 3]. Zagadnieniem tym wielokrotnie zajmował się Trybunał Konstytucyjny. W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. stwierdził m.in.: „z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia. Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny [...]) stan 'zdrowia' poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności" [Wyrok Trybunału Konstytucyjnego… 2004]. Przepis art. 68, ust. 2 Konstytucji nakłada na władze publiczne, a w szczególności na ustawodawcę, obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – w miarę dostępnych funduszy.

Wyrażona w art. 68 Konstytucji zasada, zdaniem niektórych przedstawicieli doktryny, uniemożliwia skuteczne zreformowanie systemu ochrony zdrowia. Warto przytoczyć myśl W. Łączkowskiego, który rozwiązania kryzysu finansowego dotykającego wiele państw upatruje w przekazaniu możliwie największej liczby zadań publicznych podmiotom pozapaństwowym, ponieważ „państwo rezygnując z realizacji zadań, które lepiej i taniej mogą być wykonane przez inne podmioty, mogłoby nie tylko skuteczniej skoncentrować się na swoich obowiązkach, ale także znacznie odciążyć finanse publiczne" [Łączkowski 2010, s. 23]. Autor zasadzie egalitaryzmu przeciwstawia zasadę pomocniczości, której właściwe zastosowanie mogłoby przeciwdziałać dalszej dezintegracji systemu ochrony zdrowia.

Rola samorządów terytorialnych w systemie ochrony zdrowia od czasu wprowadzenia reformy administracyjnej i równolegle opieki zdrowotnej polega głównie na pełnieniu funkcji właścicielskiej w stosunku do ZOZ oraz na kreowaniu szeroko rozumianej polityki zdrowotnej (zarówno w sferze lokalnej, jak i państwowej). Funkcje te przypadły JST trochę niespodziewanie. Mimo poważnych trudności, z jakimi przyszło borykać się samorządom w bądź co bądź nowej dla nich sytuacji, coraz częściej do głosu dochodzi teoria, zgodnie z którą decentralizacja to „jeden z najbardziej obiecujących kierunków przekształceń mających na celu zwiększenie efektywności działania systemów zdrowotnych" [Frączkiewicz-Wronka, Austen 2008, s. 163].

W większości państw Unii Europejskiej obserwuje się tendencje do stopniowego przekazywania samorządom terytorialnym znaczących kompetencji w działalności służącej ochronie zdrowia (skrajnym przykładem jest Szwecja). Ze względu na udział JST w systemie ochrony zdrowia można wyróżnić cztery modele: obowiązkowy, który polega na realizowaniu celów związanych z ochroną zdrowia głównie przez władze samorządowe (Norwegia, Szwecja, Finlandia, Dania); uznaniowy – gdzie pozostawia się dużą swobodę samorządom w kwestii wyboru pełnionej funkcji i metod działania (USA); ograniczony – rola i działalność samorządu są stosunkowo niewielkie w porównaniu z kompetencjami rządu (Niemcy, Austria, Kanada); wyłączony – dotyczy państw z centralistycznie zorganizowaną opieką zdrowotną, które praktycznie wykluczyły samorządy z systemu ochrony zdrowia (Wielka Brytania, Australia, do 1990 r. również Polska) [Frączkiewicz-Wronka, Austen 2008, s. 164].

2. System prawny

Otoczenie prawne, w którym funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej, wpływa w oczywisty sposób na ich kondycję. Podejmowane od początku lat 90. próby zreformowania systemu ochrony zdrowia miały wycinkowy charakter i „korygowały system odziedziczony po PRL. Raz zmieniano system finansowania, innym razem usamodzielniano zakłady opieki zdrowotnej, a jeszcze potem zaczęto przekształcać je w spółki kapitałowe" [Bardzki 2011, s. 7]. Nie zdecydowano się na stworzenie docelowego modelu systemu ochrony zdrowia. Wiele SP ZOZ nie mogąc doczekać się jednoznacznych rozwiązań systemowych, podejmowało (i nadal podejmuje) trud zmian formalnych w obowiązującym systemie prawnym [Kachniarz 2008]. Zmiany te obejmują głównie przekształcenia form organizacyjno-prawnych ZOZ. Poczynając od początku lat 90., równolegle tworzone były zarówno publiczne, jak i niepubliczne ZOZ. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej stwarzała zatem teoretyczną możliwość zróżnicowania stosunków właścicielskich przez tworzenie i przejmowanie ZOZ przez szeroki katalog podmiotów, w tym zwłaszcza przez gminy [Kachniarz 2008; Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r.]. Co ciekawe, najnowsze orzeczenia sądów administracyjnych dowodzą, że w czasie poprzedzającym wejście w życie ustawy o działalności leczniczej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.] brak było pod-

staw prawnych do likwidacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej i przeniesienia ich ustawowo i statutowo określonych zadań na podmioty niepubliczne utworzone przez spółki prawa handlowego.

3. Ustawa o działalności leczniczej

Nowa ustawa o działalności leczniczej weszła w życie 1 lipca 2011 r. i zastąpiła ustawę z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.]. Wpisuje się ona w nurt reform zmierzających do przystosowania polskiego modelu ochrony zdrowia do rozwiązań przyjętych w modelach z dominującą rolą gospodarki rynkowej. Ustawa ta, jak czytamy w jej uzasadnieniu, miała być odpowiedzią na konieczność wprowadzenia zmian zarówno w zakresie organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą [Druk sejmowy… 2012, s. 1]. Zgodnie z nową ustawą podmiot leczniczy może być utworzony i prowadzony w formie spółki kapitałowej albo jednostki budżetowej bądź to przez Skarb Państwa (reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę), bądź przez JST. Podmioty te mogą przystąpić do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą (art. 6, ust. 8), mogą również prowadzić SP ZOZ-y. Omawiana ustawa wprowadza bardzo doniosłe konsekwencje finansowe dla JST. Co do zasady, SP ZOZ we własnym zakresie pokrywa ujemny wynik finansowy, natomiast JST, jako podmiot tworzący SP ZOZ, może (w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego SP ZOZ-u) pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości (art. 59, ust. 2). W przypadku nieskorzystania z tej możliwości podmiot tworzący w ciągu 12 miesięcy od upływu określonego wyżej terminu wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej (czyli o przekształceniu w spółkę kapitałową bądź jednostkę budżetową) lub o likwidacji SP ZOZ-u (art. 59, ust. 4). Jednakże „nie od dziś wiadomo, że znaczna liczba SP ZOZ-ów ma wieloletnie ujemne wyniki finansowe i zadłużenia niekiedy wyższe niż całoroczne budżety ich podmiotów tworzących. W takiej sytuacji ustawodawca, mimo formalnie występujących alternatyw, skazuje takie zadłużone SP ZOZ-y na likwidację lub komercjalizację, która *de facto* skończyć się może pełną prywatyzacją" [Dercz, Rek 2012, komentarz do art. 59]. Obawy przedstawicieli JST przed przejmowaniem zadłużonych SP ZOZ-ów podziela również doktryna. S. Golinowska twierdzi, że „wobec prób dyscyplinowania finansów publicznych nie ma szans, żeby samorządy same poradziły sobie z tym problemem" [Lisowska 2012, s. B1]. Podobnie M. Dercz: „osiągnięcie przez SP ZOZ ujemnego wyniku finansowego jest dla podmiotu tworzącego bardzo poważnym zagrożeniem finansowym. […] W krańcowym przypadku deficyt tego podmiotu może obciążyć państwowy lub samorządowy podmiot tworzący. Zasadą jest, że SP ZOZ ma pokrywać we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Wobec braku znaczniejszego ma-

jątku – w szczególności braku zbywalnych praw do nieruchomości – SP ZOZ nie ma większych możliwości uzyskania kredytu ani poważniejszych środków ze sprzedaży majątku. Ponadto, jak wiadomo, może on dokonać sprzedaży jedynie na zasadach ustalonych przez podmiot tworzący" [Dercz, Rek 2012]. Na marginesie warto zaznaczyć, że liczne wątpliwości budzi również jednoznaczne określenie sposobu wyliczenia tzw. wskaźnika zadłużenia, od którego uzależnione jest podjęcie decyzji o przekształceniu SP ZOZ-u.

Należy dodać, że zmiany w strukturze właścicielskiej ZOZ, często potocznie nazywane prywatyzacją i komercjalizacją, to w świetle obowiązujących przepisów zmiany pozorne. Komercjalizacja to przekształcenie przedsiębiorstwa państwowego w spółkę, dostosowanie działalności danego podmiotu gospodarczego do wymogów gospodarki rynkowej (poprzez zmianę formy prawnej podmiotu, ale także sukcesję praw i obowiązków – następstwo prawne), natomiast prywatyzacja to proces przekazywania majątku państwowego podmiotom prywatnym, przekształcania gospodarki państwowej w gospodarkę prywatną, ograniczania roli państwa w gospodarce. To proces prowadzący do zmiany kontroli nad gospodarką i zmiany własności społecznej w prywatną. Specjaliści porównują prywatyzację ZOZ do firm polonijnych, które, mimo że prywatne, ale działały w otoczeniu reglamentowanej gospodarki socjalistycznej – podobnie prywatne szpitale zmuszone zostały do działania w nierynkowych warunkach [Sadowski 2011, s. 18].

4. Uchwały o likwidacji SP ZOZ a związki zawodowe

Uchwały o likwidacji SP ZOZ podejmowane przez organy stanowiące JST są aktami prawa miejscowego i jako takie podlegają szczególnym wymogom, m.in. obowiązkowi zaopiniowania przez odpowiednie władze statutowe właściwego związku zawodowego [Ustawa z dnia 23 maja 1991 r., art. 19, ust. 2]. Wielokrotnie w tej sprawie głos zabierały sądy administracyjne, wydając często niekorzystne dla JST wyroki uchylające podejmowane uchwały. Przykładem takiego niekorzystnego dla samorządu (tu: powiatowego) rozstrzygnięcia jest wyrok WSA w Gliwicach, obejmujący następujący stan faktyczny [Wyrok WSA w Gliwicach… 2011]: rada powiatu podjęła uchwałę w sprawie przekształcenia SP ZOZ poprzez ograniczenie rodzajów jego działalności i udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z zapisem §1 przedmiotowej uchwały rada powiatu postanowiła dokonać przekształcenia ZOZ w K., polegającego na ograniczeniu jego działalności i udzielanych świadczeń zdrowotnych przez zniesienie wymienionych w tym paragrafie jednostek organizacyjnych. Przepis §2 uchwały wskazał zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez: spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą „Szpital w K." Sp. z o. o. z siedzibą w K. prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej oraz spółkę partnerską „B., G., G., G. Spółka Partnerska" z siedzibą w P. Wezwaniem do usunięcia naruszenia prawa pełnomocnik trzech mieszkańców powiatu,

działając w trybie art. 87, ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym, zarzucił przedmiotowej uchwale obrazę przepisów prawa materialnego – zwłaszcza art. 43 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w związku z art. 68 Konstytucji RP, art. 21, ust. 7 ustawy o samorządzie powiatowym i art. 19, ust. 1, 2 i 21 ustawy o związkach zawodowych – polegającą na niewłaściwym określeniu sposobu zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu, dalszego nieprzerwanego udzielania takich świadczeń i istotnego jego ograniczenia, poprzez zapewnienie realizacji tych świadczeń wyłącznie przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, a tym samym brak zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych i ich ciągłości przez jednostkę samorządu terytorialnego bez względu na sytuację materialną pacjentów (mieszkańców). W uzasadnieniu skargi wskazano, iż zagwarantowana konstytucyjnie ochrona zdrowia nakłada na władze publiczne, w tym również radę powiatu, nie tylko obowiązek zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej, promocji zdrowego trybu życia poprzez popieranie rozwoju kultury fizycznej, eliminowania zagrożeń dla zdrowia, ale także zapewnienia równego i nieuzależnionego od sytuacji materialnej mieszkańców dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (por. art. 4, ust. 1, pkt 2 ustawy o samorządzie powiatowym i art. 68, ust. 1 i 2 Konstytucji RP). Podjęta uchwała w sposób zasadniczy ogranicza obowiązek jednostki samorządowej do prowadzenia ZOZ w formie przewidzianej w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Przekazanie podmiotom prywatnym wymienionym w zakwestionowanej uchwale wszystkich rodzajów działalności i udzielanych świadczeń zdrowotnych zlikwidowanego SP ZOZ pod nazwą Zespół Opieki Zdrowotnej w K. skutkuje brakiem dostępności mieszkańców powiatu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantowanych treścią art. 68 Konstytucji RP, mimo że normy konstytucyjne obligują władze publiczne do stworzenia rozwiązań najbardziej optymalnych, umożliwiających każdemu obywatelowi należytą realizację jego prawa do ochrony zdrowia.

Jak widać, przedmiotowy wyrok porusza kwestie o zasadniczym znaczeniu dla funkcjonowania całego systemu. W analizowanym stanie faktycznym powiat miał 21% udziału w kapitale zakładowym sp. z o.o., co zdaniem skarżących „stwarzało niebezpieczeństwo iluzorycznej kontroli nad działalnością tej spółki". Co więcej, brak jednostki publicznej, która świadczyłaby podobne usługi medyczne, nie pozostaje bez wpływu na terminowość, jakość oraz dostępność świadczeń medycznych dla mieszkańców powiatu i rodzi obawy, czy ze świadczeń będą mogły skorzystać osoby najbardziej potrzebujące, a przy tym niezamożne. Zdaniem sądu likwidacja lub przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie ogranicza się jedynie do wewnętrznych, technicznych lub organizacyjnych aspektów funkcjonowania tego zakładu, lecz może pociągać za sobą skutki w postaci dostępności świadczeń zdrowotnych dla obywateli. Likwidacja utworzonego przez powiat publicznego zakładu opieki zdrowotnej skutkuje wyzbyciem się zadania publicznego. Działanie takie godzi w interes prawny skarżących, rozumiany jako prawo do szerokiego i ni-

czym nie ograniczonego dostępu do placówek opieki zdrowotnej zapewnianej przez powiat. Dalej sąd wywiódł, że z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (art. 36) wynika, że każde działanie, które ma prowadzić do utworzenia, przekształcenia lub likwidacji ZOZ przez jednostkę samorządu terytorialnego, wymaga uchwały właściwego organu takiej jednostki, uwzględniając w szczególności sprawy wskazane w art. 38 i art. 43 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Uchwała taka jest aktem prawa miejscowego, w związku z tym podlega pewnym rygorom: „kwalifikacja prawna zaskarżonej uchwały, uznająca ją za akt normatywny mający charakter prawa miejscowego powoduje, wynikającą z przepisów ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, konsekwencję polegającą na tym, że taka uchwała musi podlegać dla swojej ważności opublikowaniu w dzienniku urzędowym" (fragment uzasadnienia wyroku; zob. Wyrok WSA w Gliwicach… 2011; zob. też: Ustawa z dnia 20 lipca 2000 r.). Zgodnie bowiem z przepisem art. 4, ust. 1 oraz art. 13, pkt 2 tej ustawy akty normatywne zawierające przepisy powszechnie obowiązujące ogłaszane w dziennikach urzędowych wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ich ogłoszenia, jeżeli dany akt normatywny nie określa innego dłuższego terminu, a akty prawa miejscowego stanowione przez organy gminy ogłaszane są w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Tymczasem zaskarżona uchwała została podjęta w dniu 26 marca 2009 r. i zgodnie z zapisem § 6 weszła w życie z dniem podjęcia, zatem nie skierowano jej do ogłoszenia w dzienniku urzędowym. Wprawdzie przepisy zezwalają jednostkom samorządu terytorialnego na tworzenie spółek kapitałowych, to jednak ta okoliczność nie świadczy o możliwości wyzbycia się i przekazania realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia, gdyż w celu realizacji tych zadań przez powiat ustawodawca określił prawną formę działania w postaci publicznego zakładu opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r., art. 8, ust. 1, pkt 3]. Przepis art. 43 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi o likwidacji publicznego zakładu z zachowaniem określonego w tym przepisie trybu i warunków, jednakże brak jest podstaw do przyjęcia, że można zlikwidować funkcjonujący publiczny szpital w powiecie, wyzbywając się zadań publicznych, a tym samym pozostawiając te zadania bez zapewnienia świadczeń zdrowotnych, nawet jeśli mają je przejąć wymienione w zaskarżonej uchwale niepubliczne ZOZ. Żaden z powołanych przepisów nie daje podstaw do likwidacji publicznego ZOZ i przeniesienia jego ustawowo i statutowo określonych zadań na niepubliczny zakład utworzony przez spółkę z o.o. z siedzibą w K. pod nazwą „Szpital w K." bądź też inne podmioty działające w formie wpisu do działalności gospodarczej lub spółki jawnej.

W kwestii związków zawodowych sąd orzekł, że przedmiot zaskarżonej uchwały dotyczy spraw publicznych o istotnym znaczeniu społecznym i mieści się w zakresie działania związków zawodowych, powołanych do obrony praw oraz zarówno zbiorowych, jak i indywidualnych interesów pracowników, wywołuje bowiem skutki zewnętrzne przez zawarte w niej rozwiązanie organizacyjne, dotyczące przekształcenia poprzez likwidację publicznego zakładu opieki zdrowotnej (§ 1 uchwa-

ły). Niewątpliwie likwidacja powoduje konieczność zmian w strukturze zatrudnienia, wkraczając tym samym w sferę praw pracowniczych, a więc tej sfery, która leży w bezpośrednim polu zainteresowania związków zawodowych, ustawowo reprezentujących wszystkich pracowników, nawet niezrzeszonych. Z tego powodu konieczne było opiniowanie projektu zaskarżonej uchwały przez związki zawodowe. A zatem naruszenie tego wymogu należy kwalifikować jako naruszenie prawa procesowego, które mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy. Definiując pojęcie działalności związkowej, sąd posłużył się wykładnią rozszerzającą, twierdząc, że ochrona praw i interesów wchodząca w zakres działalności związkowej musi być rozumiana szeroko, także jako reprezentacja ogółu zbiorowości, zatem uprawnienia związków dotyczą sfery reprezentowania i obrony nie tylko indywidualnych interesów ludzi pracy (a więc nie tylko samych związkowców), lecz także zbiorowych. Przy czym przedmiotowy krąg tych interesów obejmuje sprawy zatrudnienia, czyli np. zachowanie dotychczasowych miejsc pracy w likwidowanym zakładzie pracy, co wpływa choćby na warunki materialne osób wymienionych w art. 2 ustawy o związkach zawodowych. Ponadto podmiotowy krąg tych interesów dotyczy dbałości o właściwy poziom usług medycznych świadczonych dla ogółu obywateli, w tym mieszkańców powiatu. Sąd podkreślił, że projekt uchwały o likwidacji bądź przekształceniu zakładu opieki zdrowotnej podlega opiniowaniu przez związki zawodowe w trybie ustawy o związkach zawodowych [Ustawa z dnia 23 maja 1991 r., art. 19, ust. 2].

W podobnym tonie wypowiedział się NSA, który w wyroku z 2005 r. orzekł, że akt prawa miejscowego likwidujący publiczny zakład ochrony zdrowia wprost odnosi się do działalności związków zawodowych, a jedynie zakres tych zadań jest mniejszy niż przy akcie prawnym rangi ustawowej [Wyrok NSA… 2005]. Zbliżone stanowisko zajął WSA w Krakowie, który – po przeanalizowaniu podobnego stanu faktycznego – stwierdził, że konieczność opiniowania projektu uchwały o likwidacji ZOZ przez związki zawodowe jest jednolicie przyjmowana w orzecznictwie sądowym. Naruszenie tego wymogu należy kwalifikować jako naruszenie prawa procesowego, które mogło wywrzeć istotny wpływ na wynik sprawy.

Dla równowagi można przytoczyć pogląd wyrażony przez skład orzekający WSA w Łodzi w wyroku z 2010 r.: „Z istoty opinii wynika, że jest ona poglądem wyrażonym w określonej sprawie a podmiot jej zasięgający nie jest związany stanowiskiem opiniodawcy" [Wyrok WSA w Łodzi… 2010].

Szanse i możliwości

Przed samorządem terytorialnym stoją również szanse i możliwości związane z rolą odgrywaną w systemie ochrony zdrowia. Upatruje się ich np. w wykorzystaniu nowoczesnych koncepcji zarządzania czy we współpracy z prywatnym sektorem, w pozyskiwaniu kapitału własnego. Istnieje (niestety niewielka) grupa niezadłużonych podmiotów leczniczych, które wypracowują zysk.

Od zakładów opieki zdrowotnej wymaga się dostosowania działalności do realiów gospodarki rynkowej. „Urynkowienie usług zdrowotnych i odpowiedzialność jednostek za samodzielną gospodarkę finansową stanowi impuls do wprowadzania nowych metod zarządzania w placówkach medycznych" [Marcinkowska 2010]. Rosnąca konkurencja i sytuacja ekonomiczna zmuszają zakłady opieki zdrowotnej do ciągłego podnoszenia efektywności i jakości świadczonych usług. Implikuje to konieczność zmiany w funkcjonowaniu tych zakładów, nie tylko w obszarze zarządzania, ale też finansowania. Coraz większą popularność zyskują instrumenty pozyskania kapitału o charakterze hybrydowym. Najczęściej dotyczy to odejścia od finansowania dłużnego na rzecz finansowania przez kapitał własny, w nowoczesnych realiach ekonomicznych bowiem niezwykle istotna i przydatna może okazać się umiejętność pozyskiwania i wykorzystania wewnętrznych źródeł finansowania [Lewandowska 2011, s. 262]. Wskazuje się tu np. na ograniczenie działalności na rzecz *core business* (outsourcing), przekazanie zewnętrznym dostawcom wybranych obszarów działalności czy likwidację lub wydzierżawienie majątku trwałego. Istota outsourcingu sprowadza się do przekazania dostawcom zewnętrznym działalności dotychczas wykonywanej przez podmiot macierzysty. Ma to nie tylko podnieść jakość świadczonych usług, ale także doprowadzić do zmniejszenia kosztów działalności pomocniczej i poświęcenia większej uwagi działalności stanowiącej tzw. *core business*. Poprzez zmniejszenie kosztów działalności *non-core business* pozyskuje się dodatkowe środki finansowe na działalność podstawową. Główną zaletą tej metody zarządzania jest właśnie możliwość zredukowania kosztów w krótkim czasie. Co więcej, outsourcing pozwala skoncentrować uwagę organizacji na podstawowych zadaniach, umożliwia realizację strategicznych założeń i zapewnia elastyczność – tak ważną w zmieniających się warunkach rynkowych [Lewandowska 2011]. Dzięki temu stosujący tę metodę podmiot może wzmocnić swoją pozycję na rynku i poprawić pozycję konkurencyjną. Oczywiście, zawsze należy wyważyć wykorzystanie tej metody, dostosowując wprowadzane rozwiązania do aktualnej sytuacji zakładu. Outsourcing wiąże się również z pewnymi zagrożeniami – przede wszystkim powoduje zbyt mocne uzależnienie się od zewnętrznych podmiotów, a w efekcie utratę kontroli nad „istotnymi funkcjami przedsiębiorstwa" [Lewandowska 2011].

5. Podsumowanie

System opieki zdrowotnej jest newralgicznym obszarem działalności władzy państwowej i samorządowej. Samorządy przejmują od państwa coraz więcej obowiązków i zadań. Proces ten nie znajduje odzwierciedlenia w zmianach systemowych, co więcej, napotyka liczne przeszkody (np. w regulacjach prawnych). Realizacja zadań nałożonych na samorządy przez ustawodawcę często poważnie zagraża ich sytuacji finansowej. Niestety, najnowsze regulacje prawne mające uzdrowić sytuację budzą wiele obaw i kontrowersji, a liczba zagrożeń stojących przed JST znacznie przewyższa potencjalne szanse i możliwości związane z funkcją pełnioną w systemie ochrony zdrowia.

Literatura

Bardzki M., *Publiczne czy prywatne – dylemat na nową kadencję*, „Służba Zdrowia" 2011, nr 77-84.
Białynicki-Birula P., *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2006.
Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, System Informacji Prawnej Lex, Warszawa 2012.
Druk sejmowy nr 3489, http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/$file/3489.pdf, 12.01.2012.
Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., *Wpływ procesu decentralizacji na efektywność działania jednostek ochrony zdrowia"*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2008.
Jończyk J., *Zasady i morale ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo" 2010, nr 8.
Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, System Informacji Prawnej Lex, Warszawa 2008.
Lewandowska H., *Outsourcing – metoda pozyskiwania wewnętrznych źródeł finansowania*, [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. Suchecka, Wydawnictwo ABC, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
Lisowska B., *Rząd: znowelizujemy ustawę o działalności leczniczej*, „Dziennik Gazeta Prawna" 17.01.2012.
Łazarowicz J.K., *Zadania samorządu w dziedzinie zdrowia i opieki społecznej*, „Samorząd Miejski" 1936, nr 14-15.
Łączkowski W., *Finanse publiczne XXI w. – egalitaryzm czy zasada pomocniczości*, [w:] *System finansów publicznych. Prawo finansowe wobec wyzwań XXI w.*, red. A. Dobacz, CeDeWu, Warszawa 2010.
Marcinkowska E., *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*, System Informacji Prawnej Lex, Warszawa 2010.
Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz 2004.
Sadowski A., *Piekło czy niebo*, „Menedżer Zdrowia" 2011, nr 8.
Tatara T., Dąbrowska-Bender M., *Przyszłość systemu ochrony zdrowia w Polsce – decentralizacja i prywatyzacja*, [w:] *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. E. Nojszewska, Wydawnictwo SGH w Warszawie, Warszawa 2009.
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 28 lipca 2005 r., sygn. OSK 1832/04, LEX nr 190729.
Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1, TK.
Wyrok WSA w Łodzi z dnia 16 września 2010 r., III SA/Łd 103/10, http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/32B0FB1C55, 12.01.2012.
Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 23 sierpnia 2011 r., sygn. IV SA/Gl 780/10.
http://www.orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/4C4A7830DC.
Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010.

Akty prawne

Rozporządzenie Rady Ministrów z 13 lipca 1993 r. w sprawie określenia zadań i kompetencji z zakresu rządowej administracji ogólnej i specjalnej, które mogą być przekazane niektórym gminom o statusie miasta, wraz z mieniem służącym do ich wykonywania, a także zasad i trybu przekazania, DzU 1993, nr 65, poz. 309 ze zm.

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, DzU 1990, nr 16, poz. 95, z późn. zm.
Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organami gminy a organami administracji rządowej, DzU 1990, nr 34, poz. 198, z późn. zm.
Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych, DzU 2001, nr 79, poz. 854, z późn. zm.
Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 2007, nr 14, poz. 89, z późn. zm.
Ustawa z 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych, DzU 1997, nr 36, poz. 224, z późn. zm.
Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym i o samorządzie województwa, DzU 1998, nr 91, poz. 578 i 576.
Ustawa z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, DzU 2010, nr 17, poz. 95.
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654, z późn. zm.
Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r., DzU 1919, nr 63, poz. 371.

LOCAL GOVERNMENT IN HEALTHCARE SYSTEM – THREADS AND OPPORTUNITIES

Summary: This paper describes the role of the local government in Polish health care system. Regardless the growing number of responsibilities there are no regulations which would assign additional funds for this purpose. Self government's main tasks are described including its opportunities and chances (like new management strategies) but putting special attention to threats (i.e. transformation into companies and assumption of financial liabilities in case of risk of bankruptcy public medical establishments).

Keywords: the act on medical activity, legal status of health care units, transformation of health care units, healthcare trade unions.