

Wstęp.....	7
1. Przesłanki i uwarunkowania organizacji i działania systemu opieki zdrowotnej.....	13
1.1. Charakterystyka zdrowia i opieki zdrowotnej	13
1.2. Zdrowie i opieka zdrowotna jako dobro publiczne i merytoryczne.....	18
1.3. Relacja: państwo a opieka zdrowotna.....	21
1.4. Polityka zdrowotna kreatorem kierunku rozwoju opieki zdrowotnej.....	40
2. Organizacja i struktura systemu opieki zdrowotnej w Polsce	61
2.1. System opieki zdrowotnej. Cele i funkcje	61
2.2. Elementy składowe i struktura podmiotowa systemu.....	77
2.3. Opieka zdrowotna w zadaniach administracji samorządowej	91
3. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Źródła publiczne.....	111
3.1. Transfery środków finansowych na opiekę zdrowotną.....	111
3.2. Wydatkowanie środków w systemie opieki zdrowotnej. Kontraktowanie świadczeń	129
3.3. Alokacja środków finansowych w systemie opieki zdrowotnej w układzie regionalnym	151
3.4. Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej	173
4. Proces restrukturyzacji opieki zdrowotnej w Polsce	194
4.1. Restrukturyzacja – definicja, cel i istota pojęcia w kontekście zmian w opiece zdrowotnej.....	194
4.2. Restrukturyzacja organizacyjna opieki zdrowotnej.....	212
4.2.1. Działania restrukturyzacyjne w lecznictwie szpitalnym.....	212
4.2.2. Działania restrukturyzacyjne w podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	236
4.3. Restrukturyzacja finansowa jako metoda zwiększenia potencjału podmiotów leczniczych	244
5. Przekształcenia własnościowe jako forma restrukturyzacji podmiotów leczniczych	273
5.1. Pojęcie komercjalizacji i prywatyzacji sp zoz/podmiotów leczniczych..	273
5.2. Komercjalizacja i prywatyzacja sp zoz – proces i efekty zmian	289

Zakończenie	319
Załącznik. Koncepcja alokacji świadczeń medycznych w mieście Wrocławiu – analiza przypadku	331
Literatura.....	354
Spis aktów prawnych	364
Spis rysunków.....	369
Spis tabel.....	371
Summary.....	373

Problemem badawczym pracy jest restrukturyzacja publicznych podmiotów leczniczych przebiegająca w taki sposób, aby zapewnić realizację podstawowego zapisu Konstytucji RP stanowiącego, że: „każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia” oraz „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”¹.

Istnieje wiele przesłanek dużej wagi tak określonego problemu badawczego. Opieka zdrowotna stanowi istotny, a zarazem trudny element polityki gospodarczej i społecznej państwa². W społecznym odbiorze jest jednym z najbardziej drażliwych i budzących silne emocje problemów praktycznych. Stanowi nierozwiązaną od wielu lat trudność ekonomiczno-społeczną kraju. Podejmowane działania reformatorskie niezmiennie wskazują na istniejące niedostatki organizacyjno-funkcjonalne i finansowe w sektorze opieki zdrowotnej, w konsekwencji – na niskie zadowolenie społeczne z dostarczanych świadczeń przy jednoczesnym marnotrawstwie środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Zjawisko to obserwowane jest nie tylko w Polsce, lecz również w innych państwach Europy i na świecie. Ostatnie dekady XX wieku i początek XXI wieku stanowią dla systemów opieki zdrowotnej okres szczególnie trudny ze względu na dokonujący się postęp w medycynie, perspektywę realizacji tego, co dotychczas było niewykonalne z medycznego punktu widzenia, w zderzeniu z rzeczywistymi, silnie ograniczonymi możliwościami finansowymi systemów.

Bez względu na przyjęty w danym państwie model finansowania usług medycznych wielkość środków finansowych przekazywanych na ten cel jest zwykle niewystarczająca. Dzieje się tak pod wpływem trzech grup czynników: socjalno-kulturowych, obejmujących postawy pacjentów ukierunkowane na pozyskiwanie jak największej liczby nieodpłatnych świadczeń i na jak najwyższym możliwym poziomie jakościowym, demograficznych, które bezpośrednio wpływają na przychody systemów zdrowotnych, oraz technologicznych, związanych z tym, że wysoka technologia prowadzi do gwałtownego wzrostu kosztów świadczonych usług medycznych. W zależności od stopnia rozwoju kraju siła oddziaływania poszczególnych czynników jest różna. Niemniej każdy z nich wpływa w istotny sposób na kształtowanie się ekonomicznej (finansowej) wydolności systemu.

¹ Artykuł 68 Konstytucji RP mówi o prawie do ochrony zdrowia każdego obywatela, Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, DzU nr 78, poz. 483.

² Pomijając fakt, że aktualnie jest bardzo złożona w ujęciu *stricte* medycznym (ujęcie to wykracza poza ramy prac ekonomicznych).

Ograniczoność zasobów (w tym także finansowych) skłania do refleksji nad istotą zaspokajania potrzeb zdrowotnych i zmusza do poszukiwania rozwiązań i sposobów jak najlepszego wykorzystania zgromadzonych na ten cel środków pieniężnych i pozostałych zasobów. Zasada gospodarności nakazuje bowiem osiągnięcie zakładanego celu przy minimalnym zużyciu środków w sytuacji wyraźnego ich limitowania. Możliwości zaspokajania potrzeb szuka się na drodze bądź oszczędności zasobów, bądź zwiększenia efektu działania. Dlatego wciąż żywe są dyskusje na temat racjonowania usług medycznych, toczące się niejako równolegle z dyskusjami na temat racjonalizacji kosztów/nakładów finansowych i konieczności prowadzenia procesów restrukturyzacyjnych. Im większe efekty uzyska się bowiem w dziedzinie poprawy wykorzystania posiadanych zasobów niezbędnych do wytwarzania świadczeń opieki zdrowotnej, tym skala racjonowania może być mniejsza. Kierunki reform zdrowotnych zawsze osadzają się na rozwiązaniach zawartych między racjonowaniem a racjonalizacją, innymi słowy – na równoważeniu systemu opieki zdrowotnej.

Równoważenie systemu opieki zdrowotnej (dalej: systemu zdrowotnego) polega z jednej strony na kształtowaniu jego relacji z otoczeniem w sposób zapewniający dostateczne finansowe zasilanie z zewnątrz (ze źródeł publicznych i niepublicznych), z drugiej zaś – na takim wzajemnym dostosowaniu elementów wewnętrznych, które umożliwi ich sprawne współdziałanie³. Równoważenie to, poprzez m.in. prowadzenie działań restrukturyzacyjnych, jest działaniem trudnym, charakteryzuje się dużą złożonością, zmiennością zjawisk i procesów zarówno wewnątrz samego systemu, jak i w jego mikro- i makrootoczeniu. Budowanie trafnych i skutecznych strategii zmierzających do racjonalizacji funkcjonowania i finansów opieki zdrowotnej jest zatem obarczone wysokim stopniem ryzyka niepowodzenia.

W obliczu stale zwiększających się potrzeb zdrowotnych i niezmiennie wysokich oczekiwań społeczeństwa polskiego odnośnie do zabezpieczenia świadczeń medycznych ze środków publicznych zasób pieniądza publicznego był i nadal będzie niewystarczający. Dlatego konieczne jest racjonalne posługiwanie się pieniądzem publicznym w różnych zakresach, takich jak:

- rozdysponowanie pomiędzy świadczenia związane z różnymi jednostkami chorobowymi (przeznaczenie pieniądza pod tym kątem wymaga przede wszystkim szczegółowych analiz medycznych, w związku z czym w niniejszym opracowaniu, mającym charakter ekonomiczny, nie mieści się w polu bezpośredniego zainteresowania autorki),
- alokacja pomiędzy świadczeniodawców usług zdrowotnych, w tym należących do sektora publicznego i sektora prywatnego,

³ J. Ruszkowski, *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010.

- gospodarne wykorzystywanie środków przez świadczeniodawców, co w praktyce stwarza potrzebę dokonania procesów restrukturyzacyjnych w działaniu publicznych podmiotów leczniczych.

Konieczne jest, by mechanizm publicznego zasilania finansowego opieki zdrowotnej był:

- sprawny (niezakłócony trwale w wyniku ewentualnego wdrażania zmian w systemie opieki zdrowotnej lub systemie finansowym państwa),
- efektywny (tzn. nie prowadzący do marnotrawienia relatywnie niewielkich środków pieniężnych w systemie).

Ważne jest także, by stymulował/wymuszał niezbędne zmiany, tj. zmiany restrukturyzacyjne, w sektorze świadczeniodawców. Chodzi o zmiany natury organizacyjnej (wewnątrz podmiotu), funkcjonalnej (sposób funkcjonowania podmiotu, powiązania funkcjonalne i własnościowe pomiędzy podmiotami), instytucjonalnej (rodzaje podmiotów w sferze wykonawczej/świadczeniodawców oraz w sferze regulacyjnej/reglamentacji usług) czy prawnej.

W pracy przyjęto hipotezę, że w badanym okresie występowały zależności przyczynowo-skutkowe między dokonywanymi przemianami w systemie opieki zdrowotnej a restrukturyzacją podmiotów leczniczych (decyzjami, działaniami, zakresem restrukturyzacji).

Przedmiotem pracy są procesy restrukturyzacji w sektorze publicznych podmiotów leczniczych i ich uwarunkowania zewnętrzne w okresie 2003-2010. Niemniej w miarę możliwości, tj. dostępu do danych statystycznych, uzupełniono dane za lata następne i wcześniejsze, szczególnie w zakresie restrukturyzacji finansowej.

W pracy sformułowano następujący cel korespondujący z hipotezą badawczą: zbadanie, jak przemiany w systemie opieki zdrowotnej wpływały na procesy restrukturyzacji, tj. przebieg i efekty. By osiągnąć ten cel, postawiono następujące pytania:

1. Jak działał i jak się zmieniał system opieki zdrowotnej w Polsce z perspektywy podmiotu leczniczego – lub inaczej – jakie były i jak się zmieniały uwarunkowania zewnętrzne działalności publicznego podmiotu leczniczego? Odpowiedzi na te pytania zawarto w rozdziałach 1-3.

2. Jakie były skutki zmian uwarunkowań zewnętrznych w sferze finansowej podmiotów?

3. Jakie były i jak przebiegały procesy restrukturyzacyjne publicznych podmiotów leczniczych oraz jakie były ich efekty? Odpowiedziom na te pytania poświęcono rozdziały 4 i 5.

Na podstawie odpowiedzi uzyskanych na te pytania w zakończeniu podjęta została próba sformułowania dezyderatów, możliwych scenariuszy zmian w systemie opieki zdrowotnej, sprzyjających polepszeniu działania publicznych podmiotów leczniczych w Polsce.

Przyjęto następujący tok postępowania badawczego. W pierwszej kolejności dokonano opisu naukowego działań systemu opieki zdrowotnej i dokonujących się w nim zmian przez podanie faktów w układzie chronologicznym. Jest on potrzebny do przeprowadzenia analizy działania tego systemu i zachodzących w nim zmian. Równocześnie krytycznie oceniono zmieniający się system opieki zdrowotnej (zdarzeń, zjawisk opartych na faktach). Ze szczegółowego badania wyłączono pewne elementy, tj. otoczenie wewnętrzne podmiotów leczniczych, zatem w istocie pierwsze trzy rozdziały dotyczą uwarunkowań zewnętrznych działalności podmiotów leczniczych.

W odniesieniu do kwestii finansowania świadczeń opieki zdrowotnej także przedstawiono skutki w postaci różnych możliwych zachowań finansowych podmiotów leczniczych. Pokazane one zostały jako zmiany zachowań finansowych podmiotów leczniczych przy wykorzystaniu metody logicznego wnioskowania (dedukcji). Wnioski na temat możliwych efektów wyciągnięto na podstawie zmieniającego się obrazu uwarunkowań zewnętrznych, a następnie poddano je weryfikacji. Do potwierdzenia (lub odrzucenia) słuszności tych wniosków wykorzystano dostępną literaturę przedmiotu, odniesiono się też do literatury opisującej rzeczywiste przypadki zachowań, np. raportów Najwyższej Izby Kontroli.

Należy dodać, że pokazanie – już na etapie szukania odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze – efektów procesów restrukturyzacyjnych skutkujących różnymi zachowaniami finansowymi badanych podmiotów jest uzasadnione tym, że na podstawie wstępnych studiów nad restrukturyzacją podmiotów leczniczych założono, że przebieg procesów restrukturyzacyjnych w badanym okresie był reakcją podmiotów leczniczych na zmiany w mechanizmie przepływów finansowych w systemie ochrony zdrowia.

Zagadnieniom dotyczącym *stricte* restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych poświęcono dwa kolejne rozdziały. Tok postępowania badawczego obejmuje:

- 1) przedstawienie istoty i form restrukturyzacji podmiotów leczniczych oraz przebiegu działań restrukturyzacyjnych w badanym okresie,
- 2) ocenę krytyczną przebiegu tych działań z uwzględnieniem ich znaczenia.

Wskazanej logice postępowania przyporządkowano strukturę rozdziałów w taki sposób, że z rozdziału 4 wyłączono jedną z form restrukturyzacji, tj. własnościową – tę omówiono w rozdziale 5. Było to podyktowane szczególną wagą restrukturyzacji własnościowej, z którą łączyć się może radykalna zmian stosunków własnościowych, co z kolei nie dotyczy innych form restrukturyzacji. W rozdziale 4 uwzględniono zatem te formy restrukturyzacji, które nie wywołują zmian w stosunkach własnościowych, natomiast w rozdziale 5 umieszczono restrukturyzację własnościową skutkującą zmianą w stosunkach własnościowych.

W każdym rozdziale ukierunkowanym na poszukiwanie odpowiedzi na któreś z wyszczególnionych pytań badawczych starano się prowadzić:

- opis naukowy wybranego, opartego na faktach wycinka rzeczywistości, który ujmowano z zachowaniem chronologii zdarzeń,
- analizę badanego wycinka rzeczywistości,
- ocenę krytyczną odnośnego do wycinka rzeczywistości.

Całość pracy została przygotowana zgodnie z założeniami wielokryterialnej analizy porównawczej jako bardzo ważny element w badaniu prawidłowości rozwojowych. Szczególny nacisk położono na:

- porównania pionowe, inaczej czasowe albo wewnętrzne, dotyczące tych samych elementów występujących w podmiocie leczniczym, a także w innego rodzaju podmiotach występujących w systemie opieki zdrowotnej, np. u płatnika,
- porównania poziome, inaczej zewnętrzne, przestrzenne lub geograficzne – wojewódzkie, dotyczące tych samych elementów występujących w różnych podmiotach leczniczych, a także w innego rodzaju podmiotach funkcjonujących w systemie opieki zdrowotnej.