

Maria Węgrzyn*

**ZMIANA FORMY PRAWNEJ SZPITALI
Z SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW
OPIEKI ZDROWOTNEJ NA SPÓŁKI PRAWA HANDLOWEGO
– OCZEKIWANIA I IMPLIKACJE
NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**

Streszczenie

Racjonalność funkcjonowania podmiotów leczniczych w systemie opieki zdrowotnej powinna być nadrzędnym celem wszystkich jej uczestników. Podejmowane działania nie zawsze jednak odpowiadają tej zasadzie. Celem artykułu jest przybliżenie pierwszych efektów zmian formy prawnej szpitali oraz próba oceny podjętych decyzji i dokonanych przekształceń. W centrum rozważań jest samorząd jako podmiot tworzący, właściciel, nadzorca i weryfikator działań szpitali.

Słowa kluczowe: przekształcenie szpitali, szpitale – spółki prawa handlowego, forma prawna szpitali, efektywność szpitali, samorząd właścicielem szpitala

Wprowadzenie

Wraz z wejściem w życie ustawy reformującej administrację publiczną, tj. z dniem 1 stycznia 1999 roku, samorządy stały się organem tworzącym dla istniejących na ich terenie zakładów opieki zdrowotnej, szpitali. Wówczas nałożono na samorządy nowe istotne zadania polegające m.in. na bezpośrednim nadzorze nad

* Maria Węgrzyn, dr hab., Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wydział Nauk Ekonomicznych, e-mail: maria.wegrzyn@ue.wroc.pl.

ZOZ/podmiotami leczniczymi czy na dbałości o prawidłową organizację i dostępność do opieki zdrowotnej. Zadania te okazały się w praktyce bardzo trudne do realizacji. Pojawiło się wiele trudności, w tym np. wysokie poziomy zobowiązań wymagalnych, niezadowolenie środowisk medycznych z powodu zbyt niskich wynagrodzeń. W konsekwencji samorządy do dnia dzisiejszego poszukują sposobów na poprawę pracy podmiotów leczniczych. Jednym z nich jest, wskazane w ustawie o działalności leczniczej, przekształcenie podmiotu w spółkę prawa handlowego. Celem artykułu jest przybliżenie pierwszych efektów zmian formy prawnej szpitali oraz próba oceny podjętych decyzji i dokonanych przekształceń. W centrum rozważań jest samorząd jako podmiot tworzący, właściciel, nadzorca i weryfikator działań szpitali.

1. Przyczyny przekształceń

Bardzo duże potrzeby zdrowotne zgłaszane przez mieszkańców wraz z nieadekwatnym do potrzeb dyrektorów szpitali ich finansowaniem skutkowały i nadal skutkują pogłębiającym się spadkiem poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz wzrostem poziomu zobowiązań wykazywanym przez podmioty lecznicze.

Niskie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego skupia się, wg badań CBOS¹, głównie w obszarze ograniczonej dostępności do specjalistów (85% respondentów), bardzo długiego czasu oczekiwania na przeprowadzenie badań diagnostycznych (65% respondentów) czy możliwości skorzystania z pomocy nocą lub poza miejscem zamieszkania. Znacząco zmniejszyła się liczba osób przekonanych o sprawiedliwym traktowaniu pacjentów (z 58% respondentów w 2012 r. do aż 78% w 2014 r.). I chociaż wzrósł odsetek osób zadowolonych z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a zatem czujących się bezpiecznie (od 2012 r. wzrost o 9 pkt do 28% w 2014 r.), to jednak w dalszym ciągu przeważa grupa badanych oceniających system krytycznie (68%). Rola samorządów, jako podmiotów tworzących, w zakresie funkcjonowania opieki zdrowotnej jest bardzo duża, bowiem one, sprawując funkcje nadzorcze, powinny wpływać na ciągłe udoskonalanie organizacji². Udoskonalanie powinno obejmować wszystkie aspekty procesów przypisanych do działań o charakterze restrukturyzacyjnym. W literaturze

¹ *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014 r.*, Komunikat z badań CBOS, nr 107/2014, CBOS, Warszawa 2014.

² *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

znajdujemy wiele definicji restrukturyzacji. Restrukturyzacja jest systemową przebudową, modernizacją lub unowocześnieniem czy uwspółcześnieniem struktury organizacyjnej czy zasad funkcjonowania przedsiębiorstw lub innych obiektów badań ekonomicznych. Ma charakter złożony, wielowymiarowy i długotrwały, przesłankami jej podejmowania są sytuacje krytyczne w rozwoju struktur, których ona dotyczy³. Restrukturyzacja oznacza także przemyślaną reorganizację celów (misji) przedsiębiorstwa i dostosowanie do nich techniki, organizacji, ekonomiki i kadr⁴. Jest to także zespół działań nastawionych na podniesienie efektywności wykorzystania zasobów w prowadzonej działalności gospodarczej w celu zapewnienia konkurencyjności rynkowej⁵. Podobnie C. Trocki⁶ zbudował pojęcie restrukturyzacji, wprowadzając pojęcie restrukturyzacji ZOZ jako przedsięwzięcia polegającego na przebudowie struktur zakładu w celu poprawy skuteczności jego działania i zapewnienia rozwoju. Przy pomocy działań restrukturyzacyjnych mamy więc do czynienia z ponownym kształtowaniem się struktury, wraz ze wzajemnymi powiązaniem i interakcjami, pomiędzy poszczególnymi elementami w podmiocie. Pamiętać należy, że restrukturyzacja może mieć charakter nie tylko naprawczy, choć z taką zazwyczaj mamy do czynienia w odniesieniu do podmiotów leczniczych, ale także rozwojowy. Wpływ samorządów na powoływanych przez siebie dyrektorów podmiotów leczniczych powinien koncentrować się zatem nie tylko na ocenie dotychczasowej pracy podmiotów leczniczych, lecz także, a może przede wszystkim (w sytuacji zbyt niskiej efektywności działania), na nakłanianiu dyrektorów do prowadzenia konstruktywnych i rozwojowych zmian.

Ciekawym przykładem wprowadzania zmian o charakterze restrukturyzacyjnym jest województwo dolnośląskie. Samorząd, dążąc do wzrostu wykorzystania posiadanych zasobów, poczynił, wraz z dyrekcjami szpitali, wiele działań. Efekty tych działań przedstawiono w tabeli 1.

³ *Zarządzanie restrukturyzacją procesów gospodarczych. Aspekt teoretyczno-praktyczny*, red. R. Borowiecki, Difin, Warszawa 2003, s. 77.

⁴ Podobnie restrukturyzację definiują M. Czapiewski i Z. Kreft, pisząc, że oznacza ona organizacyjne, kadrowe, finansowe, techniczne przystosowanie przedsiębiorstwa do działania w warunkach gospodarki rynkowej, w celu podniesienia jego efektywności. Zob. M. Czapiewski, Z. Kreft, *Koncepcja restrukturyzacji Portu Handlowego Gdynia SA*, w: *Restrukturyzacja przedsiębiorstw w procesie transformacji rynkowej*, materiały konferencyjne AE-TNOiK, Kraków 1996, s. 327.

⁵ A. Kamela-Sowińska, A.B. Mirecki, *Restrukturyzacja jako proces podnoszenia efektywności przedsiębiorstw*, OPO, Bydgoszcz 1995, s. 16.

⁶ *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, red. C. Trocki, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003, s. 84.

Tabela 1

Liczba zakładów i łóżek na Dolnym Śląsku w latach 2004–2011

Rok	Ogółem		Podległe SWD	
	liczba zakładów	liczba łóżek	liczba zakładów (szpitale)	liczba łóżek
2004	1 087	31 188	46	10 208
2005	1 147	30 991	45	9 853
2006	1 190	31 091	44	9 428
2007	1 215	30 591	43	8 932
2008	1 205	31 960	32	8 315
2009	1 241	31 931	30	8 101
2010	1 285	32 041	27	7 527
2011	1 335	33 438	27	7 211
Zmiany	+248	+2 250	-19	-2 997

Źródło: opracowanie na podstawie danych CSIOZ, materiały UMWD.

Zestawienie pokazuje zmiany dokonane na przestrzeni lat 2004–2011 w zakresie liczby szpitali i liczby łóżek szpitalnych będących w dyspozycji szpitali na terenie województwa dolnośląskiego. Samorząd doprowadził do wzrostu efektywności wykorzystania posiadanej bazy szpitalnej poprzez zmniejszenie liczby szpitali (aż o 19) i posiadanych przez nie łóżek (o 2997). Warto zauważyć, że w tym samym okresie wzrosła liczba (o 248) zakładów nowo utworzonych wraz z liczbą łóżek niewiele mniejszą od łóżek zlikwidowanych przez samorząd (+2250). Można by zatem wysnuć nieprawdziwy wniosek, że dotychczas posiadana baza łóżkowa miała optymalny wymiar. Takiemu stwierdzeniu przeczą wyniki ekonomiczne uzyskiwane przez szpitale podległe samorządowi, bowiem

Tabela 2

Efekty medyczne i organizacyjne procesów restrukturyzacyjnych dotyczące samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) na Dolnym Śląsku w latach 2004, 2010

Rok	Liczba łóżek rzeczywistych	Liczba pacjentów	Liczba wykonanych zabiegów specjalistycznych	Obłożenie łóżek (w %)	Średni pobyt chorego	Liczba chorych na 1 łóżko
2004	10 208	338 449	369 188	74,93	7,47	37
2010	7 527	480 710	488 322	87,78	4,60	70
Zmiany	-2 681	+142 261	+119 134	+12,85	-2,87	+33

Źródło: opracowanie na podstawie danych CSIOZ, materiały UMWD.

Tabela 3

Wysokość zobowiązań ogółem oraz zobowiązań SPZOZ
w latach 2003 – I kwartał 2015

Rok	Wartość zobowiązań ogółem w mln zł	Dynamika zobowiązań ogółem w % (rok poprzedni = 100)	Wartość zobowiązań wymagalnych w mln zł
2003	7 327,7	–	4 589,4
2004	9 450,1	128,9	5 872,3
2005	10 273,6	108,7	4 933,6
2006	10 384,2	101,0	3 723,8
2007	9 563,3	92,1	2 666,2
2008	9 979,7	104,3	2 357,9
2009	9 627,6	96,4	2 241,8
2010	9 963,1	103,4	2 138,8
2011	10 383,9	104,2	2 316,5
2012	10 661,4	102,7	2 474,0
2013	9 922,1	93,1	2 015,5
2014	10 334,6	104,1	1 890,4
I kwartał 2015	10 549,2	102,1	1 942,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, www.mz.gov.pl.

nie uległa zmniejszeniu liczba przyjętych pacjentów ani liczba wykonanych zabiegów specjalistycznych (nawet wzrosła), a przecież zmniejszyła się liczba łóżek. Skrócił się natomiast czas pobytu pacjentów oraz wzrosło obłożenie łóżek. Dane zaprezentowane w tabeli 2 wskazują na olbrzymie możliwości tkwiące w decyzjach i działaniach samorządów i dyrekcji szpitali. Niemniej jednak wiele samorządów nie wykonało żadnych albo prawie żadnych działań o charakterze restrukturyzacyjnym wobec podległych im podmiotów leczniczych, co ostatecznie skutkowało wciąż pogarszającą się sytuacją ekonomiczną podmiotów leczniczych. Poziom zobowiązań ewidencjonowanych przez publiczne ZOZ/podmioty lecznicze w latach 2003–2015 zaprezentowano w tabeli 3, w której dane dla podmiotów leczniczych od 2004 roku pokazują wysokie wartości zobowiązań (ogółem i wymagalnych). Niepokojący jest fakt stałych rosnących tendencji, pomimo chwilowych spadków ich poziomów⁷. Dane te wskazują równocześnie na rzeczywistą nierównowagę pomiędzy kosztami (uzasadnionymi bądź nie) a przy-

⁷ Zob. też J. Klich, *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 245–246.

chodami (wystarczającymi bądź nie), którymi dysponują szpitale, w tym szpitale podległe samorządom.

Duże wartości niedoborów środków finansowych (zobowiązań) powinny skutkować przede wszystkim podejmowaniem działań restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych w celu poprawy efektywności wykorzystania posiadanych zasobów. W praktyce przekładały się zwykle (jedynie) na dążenie do zwiększenia środków w systemie⁸ w celu uzyskania większych kwot na pokrycie kosztów swojej działalności. Szczególnych działań restrukturyzacyjnych w wielu podmiotach leczniczych nie podejmowano wcale. Jedynymi bodźcami do wprowadzania zmian były kolejne ustawy nakładające do konkretnych działań, do tworzenia planów naprawczych, do wprowadzenia niezbędnych zmian w organizacjach w zamian za oddłużenie⁹, itp. W tabeli 3 wyraźnie pokazano, że spadki wartości zobowiązań są zbieżne z datami kolejnych ustaw mających na celu podniesienie efektywności działań szpitali. Trwałych efektów tak przygotowanych działań restrukturyzacyjnych nigdy jednak nie osiągnięto.

2. Zmiana formy prawnej podmiotów leczniczych – efekty

Słabe wyniki ekonomiczne powinny być przyczynkiem do zwiększonego monitorowania działań szpitali, do motywowania zarządów/dyrekcji do prac o charakterze restrukturyzacyjnym. Jednak istotne decyzje naprawcze w tym zakresie samorządy podejmowały raczej rzadko. Najczęściej oczekiwano na rozwiązania o charakterze systemowym. Obserwacja działań Ministerstwa Zdrowia, brak woli wprowadzenia kolejnego oddłużenia spowodowały u władz samorządu województwa dolnośląskiego (SWD) podjęcie decyzji o zmianie formy prawnej prowadzenia działalności leczniczej przez wybrane słabe podmioty. Decyzja ta wiązała się z bardzo konkretnymi oczekiwaniami. Należało do nich m.in.:

- oczekiwanie utworzenia drugiego (poza środkami publicznymi) wydajnego strumienia wpływów finansowych (bezpośrednie opłaty wnoszone przez pacjentów),
- oczekiwanie zwiększenia możliwości inwestycyjnych podmiotów leczniczych poprzez perspektywę występowania do UE po środki pomocowe,

⁸ Świadczą o tym np. liczne interpelacje poselskie kierowane do Komisji Zdrowia, wskazujące na pilną potrzebę wzrostu środków w systemie.

⁹ M. Węgrzyn, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2013.

- oczekiwanie przeprowadzenia istotnych zmian organizacyjnych i personalnych w przekształcanych podmiotach,
- i najistotniejsze – oczekiwanie zatrzymania procesu przyrostu zobowiązań.

Decyzje podjęte w latach 2008–2013 spowodowały przekształcenie przez SWD sześciu podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego. Ekonomiczne efekty działalności przekształconych podmiotów przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4

Ekonomiczno-finansowe efekty działalności przekształconych podmiotów leczniczych

Lp.	Podmiot leczniczy	Wynik netto		Rentowność sprzedaży (w %)		Przychody na 1 pracującego	
		I–IV 2014	I–IV 2015	I–IV 2014	I–IV 2015	I–IV 2014	I–IV 2015
1.	Spółka A	–509 142	–947 426	–5,7	–10,4	43 303	42 680
2.	Spółka B	734 973	1 536 183	6,1	12,0	53 685	59 068
3.	Spółka C	–270 515	–330 720	–3,0	–3,5	27 984	30 432
4.	Spółka D	–1 409 024	–780 265	–14,4	–8,1	29 992	30 452
5.	Spółka E	–1 291 926	–2 101 849	–12,7	–21,9	36 965	37 461
6.	Spółka F	–490 590	–274 899	–4,9	–2,5	30 895	33 577

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UMWD.

Dane w tabeli 4 wskazują, że zmiana formy prawnej prowadzenia działalności nie wpłynęła znacząco na poprawę działania. Spośród sześciu spółek aż pięć wciąż wykazuje stratę (w sumie –4 435 158), a tylko jedna spółka wykazuje zysk. Rentowność sprzedaży ma zasadniczo tendencję malejącą (poza dwoma przypadkami). Korzystny jest natomiast wskaźnik *przychody na jednego pracującego* – jego rosnące wartości (we wszystkich podmiotach) pokazują wzrost efektywności wykorzystania posiadanych zasobów i zapewne sprawne działanie nowego, prywatnego strumienia finansowego. Formułowanie zatem jednoznacznego wniosku, że zmiana formy prowadzenia działalności wcale nie wpływa na poprawę efektywności działania, mogłoby być mimo wszystko zdecydowanie przedwczesne.

Pomimo wysiłków (o różnej sile sprawczej) wkładanych w procesy restrukturyzacyjne nie zawsze osiąga się sukcesy. I chociaż samorządy mogą wpływać, wymuszać zmiany i działania restrukturyzacyjne w podmiotach leczniczych, to nie mają większego wpływu na poziom i strukturę finansowania działalności leczniczej. To płatnik (NFZ) ustala wycenę poszczególnych procedur realizowanych w szpitalach i w oparciu o nie pokrywa koszty udzielonych świadczeń.

Szpitala powinny zatem dążyć do dostosowania się do struktury finansowej oferowanej przez NFZ. Tak się jednak nie dzieje. Różnica między potrzebami finansowymi zgłaszanymi przez dyrektorów podmiotów leczniczych a możliwościami publicznego płatnika jest bardzo duża. Liczba rzeczywistych pacjentów oczekujących pomocy medycznej przekracza bowiem liczbę planowanych świadczeń wpisanych do umów z płatnikiem. W efekcie mamy do czynienia z milionowymi kwotami wykonanych tzw. nadwykonań, zaakceptowanych przez NFZ i oczekujących na zapłatę. To z kolei wpływa na ujemne wyniki finansowe podmiotów leczniczych. Sytuacja taka nie powinna jednak powodować u samorządów i dyrektorów szpitali zaniechania procesu zmian oraz zobojętnienia wobec troski o dalszą możliwość prowadzenia działalności leczniczej. W dużej jednak mierze często stanowi ona usprawiedliwienie do nieprowadzenia dalszego procesu restrukturyzacyjnego.

Wobec powyższego z dniem 1 lipca 2011 roku weszła w życie długo oczekiwana ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰. Zastąpiła ona ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Warto zauważyć, że, jak zaznaczono w uzasadnieniu projektu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r., do kategorii podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami ustawa zalicza samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej. Z tego względu proponowane w tym zakresie rozwiązania wzorowane są na dotychczas obowiązujących przepisach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹¹. Od 1 lipca 2011 roku działalność zakładów opieki zdrowotnej regulują nowe przepisy prawa wprowadzone ustawą o działalności leczniczej.

Najistotniejsze zmiany wpływające na sytuację finansową zakładów publicznych w stosunku do stanu obowiązującego do końca czerwca 2011 roku na mocy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczą zwiększenia odpowiedzialności organów założycielskich za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany dotyczą:

- konieczności pokrywania ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w okresie 3 miesięcy od terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego w przypadku, kiedy zakład samodzielnie nie dokonana przedmiotowej czynności,

¹⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU nr 112, poz. 654.

¹¹ A. Zemke-Górecka, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Monografie, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

- obowiązku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub zmiany formy organizacyjno-prawnej w przypadku niedokonywania czynności wskazanej powyżej w okresie 12 miesięcy od terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego. Obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jego likwidacji powstaje po raz pierwszy za rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej.

W okresie 1 lipca 2011–31 października 2013 r. na podstawie ustawy o działalności leczniczej przekształcono w Polsce 48 SP ZOZ, co przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5

Liczba podmiotów leczniczych¹², które zmieniły formę prawną z SPZOZ na spółkę prawa handlowego w latach 2011–2013

Rok	Liczba przekształconych podmiotów leczniczych	W tym szpitali
2011	1	1
2012	18	13
2013	29	20
Razem	48	33

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl.

Aż 33 spośród 48 przekształconych podmiotów leczniczych to szpitale, głównie powiatowe. Decyzje w sprawie zmiany formy prawnej podmiotów leczniczych podejmowane były przede wszystkim na skutek złej lub bardzo złej ich sytuacji ekonomicznej. Brak informacji o aktualnym stanie ich finansów uniemożliwia obecnie ogólne podsumowanie efektów tego działania. Niemniej jednak poza pozytywnymi rezultatami takich zmian (które na pewno wystąpiły) można zanotować również bardzo niepokojące skutki.

Przykładem negatywnej i bardzo poważnej konsekwencji zmiany formy własności szpitala jest szpital w Środzie Śląskiej w województwie dolnośląskim. Otóż proces przekształcenia w spółkę prawa handlowego przebiegł pozytywnie.

¹² Interesujący jest fakt, że różne statystyki pokazują różną liczbę szpitali w Polsce. Zob. K. Nyczaj, D. Wasilewski, *Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej*, w: *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, red. M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 319, Wrocław 2013, s. 84–93.

Początkowo właścicielski pakiet większościowy był w rękach samorządu. Fakt zmiany formy własności nie spowodował jednak poprawy sytuacji finansowej szpitala, czego oczekiwał samorząd. Z uwagi na konieczność dalszego nadzorowania i dofinansowania podmiotu samorząd odsprzedał swoje udziały. Prywatny właściciel, po dokonaniu analizy ekonomicznej, wypowiedział umowę z publicznym płatnikiem NFZ. Działanie takie spowodowało całkowity brak możliwości uzyskania przez mieszkańców Środy Śląskiej i jej okolic szpitalnych świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ. Powstało bezpośrednie ograniczenie dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych i nastąpiło złamanie podstawowej zasady działania systemu.

Tymczasem płatnik (NFZ) jako zobowiązany (podobnie jak samorząd) do zapewnienia dostępności do świadczeń podjął działania zastępcze polegające na analizie migracji zdrowotnej mieszkańców powiatu średzkiego. W oparciu o przeprowadzone analizy i uzyskane wyniki dokonane zostały przesunięcia kontraktów, co w praktyce niewiele zmieniło w zakresie dostępności do świadczeń szpitalnych. Na terenie miasta Środa Śląska szpitalnych świadczeń leczniczych finansowanych przez NFZ w podstawowych zakresach po prostu nie ma. Obecnie np. rodząca kobieta może uzyskać pomoc w szpitalu w Wałbrzychu lub we Wrocławiu (ok. 50 km od Środy Śląskiej). Samorząd tym samym nie wykonuje obowiązku organizacji i nadzoru nad opieką zdrowotną w regionie ani nie dąży do usprawnienia dostępności do świadczeń. Wręcz odwrotnie, swoimi decyzjami spowodował trwale ograniczenie tej dostępności. Zapewne nie taka była intencja samorządu przy podejmowaniu uchwał o przekształceniu szpitala, ale ostateczny skutek jest zdecydowanie negatywny.

Podsumowanie

Słabe wyniki ekonomiczno-finansowe polskich szpitali mogą wpływać na podejmowanie decyzji o konieczności ich przekształcania. Zachęca do tego ustawa o działalności leczniczej, stawiając wybór pomiędzy zmianą formy prawnej a koniecznością pokrycia ujemnego wyniku finansowego. Dotychczas nie wypracowano jednak dobrych rozwiązań w zakresie trwania i prowadzenia podmiotów leczniczych, przekształconych, lecz wciąż osiągających niskie efekty finansowe. Trudno oczekiwać od prywatnych właścicieli filantropii. Jedynie podmiot publiczny daje gwarancję istnienia szpitala i prowadzenia działalności zgodnej

z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców. Wciąż nierozwiązanym problemem pozostanie jednak niska efektywność wykorzystania posiadanych zasobów czy brak środków na pokrycie ujemnych wyników finansowych. Istota tkwi zatem nie tyle w formie prawnej prowadzenia działalności, ile raczej w sposobach i metodach nadzorowania i motywowania do osiągnięcia coraz lepszych rezultatów oraz do odpowiedzialności za prowadzoną działalność.

Literatura

- Czapiewski M., Kreft Z., *Koncepcja restrukturyzacji Portu Handlowego Gdynia SA*, w: *Restrukturyzacja przedsiębiorstw w procesie transformacji rynkowej*, materiały konferencyjne AE-TNOiK, Kraków 1996.
- Kamela-Sowińska A., Mirecki A.B., *Restrukturyzacja jako proces podnoszenia efektywności przedsiębiorstw*, OPO, Bydgoszcz 1995.
- Klich J., *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Materiały Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.
- Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, red. C. Trocki, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003.
- Nyczaj K., Wasilewski D., *Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej*, w: *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, red. M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 319, Wrocław 2013.
- Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014*, komunikat z badań CBOS, nr 107/2014, CBOS, Warszawa 2014.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU nr 112, poz. 654.
- Węgrzyn M., *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2013.
- Zarządzanie restrukturyzacją procesów gospodarczych. Aspekt teoretyczno-praktyczny*, red. R. Borowiecki, Difin, Warszawa 2003.
- Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Monografie, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

**TRANSFORMATION OF AN HMO INTO COMMERCIAL COMPANY
– EXPECTATIONS AND IMPLICATIONS.
CASE OF DOLNOŚLĄSKIE VOIVODSHIP**

Summary

Reasonable operation of medical entities within the healthcare system should be a primary objective of all contributors. However not everybody follows this rule. My coverage focuses on first effects of transformations of legal status in hospitals and tries to evaluate those decisions and results of transformation. Local government (the founding body, owner, supervisor and verifier of hospital's activity) is the main figure here.

Keywords: transformation of hospitals, hospitals – commercial companies, legal status of hospitals, efficiency of hospitals, local government as an owner of hospital

Translated by Krzysztof Jasiński