

## Wstęp

Opieka zdrowotna stanowi skomplikowany i zróżnicowany system, który można rozpatrywać ze względu na liczbę działających usługodawców, ich wielkość i rozmieszczenie, realizowane przez nie funkcje opieki zdrowotnej, posiadane zasoby, stopień integracji.

W przeciwieństwie do innych sektorów gospodarowania, poprawiając jej funkcjonowanie nie można zdać się całkowicie na mechanizmy rynkowe. System nie jest bowiem zdolny do osiągnięcia równowagi ekonomicznej. Zrównoważenia popytu na usługi zdrowotne oraz podaży tych usług nie można oczekiwać w wyniku zrównania ich krańcowej użyteczności z kosztem alternatywnym dla użytkownika – pacjenta. Na zastosowanie takiego modelu równowagi nie pozwalają z jednej strony charakter potrzeb zdrowotnych i wrażliwość społeczna, wynikająca z określonego systemu wartości, a z drugiej strony – ograniczone możliwości płatnicze publicznych i prywatnych nabywców świadczeń opieki zdrowotnej. Systemowa niezdolność do równowagi, a jednocześnie konieczność osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych przy ograniczonych środkach, przeznaczonych na ten cel ze źródeł publicznych i prywatnych, wpływa na komplikację systemu i na ciągłe eksperymentowanie w poszukiwaniu rozwiązań doskonalących sektor opieki zdrowotnej, m.in. z wykorzystaniem instrumentów ekonomicznych, prawnych i organizacyjnych.

Jednym z najistotniejszych interdyscyplinarnych zagadnień, jest problematyka własności podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne oraz ich status prawno-ekonomiczny. Kwestie te są poddane regulacji. Przepisy określają formy prawne i zasady funkcjonowania usługodawców opieki zdrowotnej, określają zakres i metody gospodarowania oraz rozwiązania dotyczące organizacji i zarządzania. Kształtując możliwości i nakładając ograniczenia, wpływają w znacznym stopniu na strategię, sposób funkcjonowania i uzyskiwane efekty. Szereg reform dotyczy właśnie przekształceń własnościowych oraz zmian regulacji form i zasad działania usługodawców.

Problematyka struktury własnościowej i prawno-ekonomicznych regulacji działania usługodawców opieki zdrowotnej jest wielce kontrowersyjna, zarówno

w teorii jak i w praktyce. W Polsce od początku transformacji ustrojowej temat ten jest szczególnie aktualny.

Jak wiadomo reformy polegające na zmianie źródeł finansowania opieki zdrowotnej nie muszą mieć bezpośredniego związku ze zmianami własnościowymi w sektorze usługodawców. Są to dwa względnie niezależne wektory reform. Świadczenia finansowane ze środków publicznych mogą być realizowane przez podmioty niepubliczne i *vice versa*. Z analiz porównawczych wynika, że w różnych krajach mamy do czynienia z różną „mieszanką” usługodawców publicznych i prywatnych, realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych i prywatnych.

Należałoby odpowiedzieć m.in. na następujące pytania: jaka powinna być ukształtowana preferowana „mieszanka”? Ile powinno być podmiotów prywatnych, a ile publicznych? W jakiej formie prawnej i na jakich zasadach ekonomicznych powinny funkcjonować podmioty publiczne? Czy i w jakim zakresie powinny być administrowane i zależne od administracji albo niezależne lub częściowo niezależne i poddane oddziaływaniu mechanizmów rynkowych lub quasi-rynkowych? Jaki charakter powinny mieć podmioty prywatne – jednostek biznesowych (nastawionych na zysk) czy nie-nastawionych na zysk (*non-for-profit*). Wydaje się, iż wyjściowe zagadnienie proporcji usługodawców publicznych do niepublicznych jest równie istotne jak pytanie o główny cel działania usługodawców niepublicznych (nastawione czy nienastawione na zysk?) oraz pytanie o stopień niezależności usługodawców publicznych. Dochodzi jeszcze zagadnienie zapewnienia kształtowania warunków współpracy podmiotów publicznych i niepublicznych w realizacji celów systemu opieki zdrowotnej.

Odpowiadając na te pytania, trzeba uwzględnić wiele czynników: tradycję, społeczne oczekiwania, stopień zaufania do instytucji państwowych, a z drugiej strony preferencje dla rozwiązań rynkowych i szereg podobnych uwarunkowań o charakterze społeczno-kulturowym. Jednak najistotniejszym kryterium powinna być efektywność działania systemu usługodawców, bo o to chodzi sterującym systemem i ponoszącym wydatki na opiekę zdrowotną (czyli nam wszystkim). Mówiąc o efektywności, nie możemy ograniczać się tylko do miar efektywności finansowej charakteryzujących usługodawców, ale musimy brać pod uwagę miary relacji między uzyskanymi efektami zdrowotnymi jednostek i populacji a poniesionymi nakładami. A więc – który typ własności i jakie formuły prawno-ekonomiczne sprzyjają efektywności działania usługodawców opieki zdrowotnej? Jeśli choć pobieżnie zapoznamy się z literaturą przedmiotu, to dylematy w tej materii wydają się być znacznie trudniejsze, niż można by sądzić, słuchając naszych polityków i mediów. Po okresie fascynacji neoliberalnymi rozwiązaniami, które doprowadziły do przynajmniej częściowego wdrożenia rozwiązań rynkowych lub quasi-rynkowych, następuje czas ocen. „Sektor prywatny – panaceum czy placebo?” to jeden z ważniejszych tematów, podających w wątpliwość twierdzenie

o bezwzględnej wyższości sektora prywatnego. Z drugiej strony równie przekonujące jest stwierdzenie „rynek zawodzi, ale państwo też nie daje rady”. Poszukuje się rozwiązań mieszanych, kształtowania struktury sektora usługodawców, w której funkcjonują i współdziałają różne podmioty. Daje się zauważyć odejście od doktryn, a koncentrowanie się na problemach i niestandardowych sposobach ich rozwiązywania.

Charakter i złożoność systemu wymaga podejmowania interdyscyplinarnych badań naukowych i współpracy specjalistów nauk ekonomicznych, medycznych i społecznych oraz doświadczeń praktyki zarządzania w opiece zdrowotnej. Monografia *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie* jest zbiorem tekstów, opisujących zagadnienia struktury własnościowej i prawno-ekonomicznych form działania usługodawców opieki zdrowotnej. Choć większość autorów odnosi się do sytuacji w Polsce, to w pierwszej części prezentowane są zagraniczne koncepcje, rozwiązania i doświadczenia. Iga Rudawska przedstawia neoliberalną ideę nowego zarządzania publicznego (*New Public Management*) w odniesieniu do opieki zdrowotnej. Autorka przedstawia z jednej strony założenia nowego zarządzania publicznego, a z drugiej – dylematy oceny, wynikające z niepowodzeń w praktycznym ich wdrażaniu. Krzysztof Wąsowski oraz Aleksandra Wąsowska referują brytyjskie oraz hiszpańskie rozwiązania i doświadczenia, wynikające z wdrażania koncepcji partnerstwa publiczno-prywatnego w opiece zdrowotnej. Zapoznają z formami partnerstwa oraz uwarunkowaniami budowy i rozwoju tych relacji. Należą do nich zarówno gwarancje formalno-prawne zawarte w umowach, jak i – co szczególnie warto podkreślić – wysoki poziom zaufania między stronami. Należy zwrócić uwagę, że prezentowane pomysły i wdrożenia rozwiązań rynkowych oraz mieszanych – rynkowo-administracyjnych – pojawiły się w krajach z państwowym systemem opieki zdrowotnej, z dominacją finansowania publicznego i publicznych usługodawców. Dlatego też w kolejnym tekście autorstwa Izabeli Rydlewskiej-Liszkowskiej znajdujemy postulaty odejścia od dychotomicznego podziału jednostek sektora opieki zdrowotnej na publiczne – administrowane i prywatne – rynkowe. Należy skoncentrować się raczej na kwestiach różnego zakresu „urynkowienia” świadczeń opieki zdrowotnej, tak po stronie podaży, jak i popytu, a także na współdziałaniu podmiotów publicznych i niepublicznych. Głównym celem powinno być uzyskiwanie coraz wyższej efektywności usługodawców, a ta zależy nie tylko od ich cech (w tym m.in. od typu własności, formy i zasad działania), ale i od charakterystyki drugiej strony relacji rynkowej, czyli nabywców świadczeń zdrowotnych (zwłaszcza nabywców instytucjonalnych). Jeśli nabywcy nie będą mieli do dyspozycji wystarczających środków finansowych i nie będą mieli możliwości lub motywacji do kupna i wyegzekwowania wysokiej jakości świadczeń dających korzyści zdrowotne, nie osiągniemy w systemie efektywności alokacyjnej. Bez spełnienia tych wymogów, niezależnie od formy działania i typu

własności usługodawców, społeczeństwo nie osiągnie celu systemu, jakim jest efektywne zaspokajanie potrzeb zdrowotnych. Autorka odnosi tezy sformułowane w literaturze przedmiotu oraz wnioski z doświadczeń międzynarodowych do oceny jakości polityki i strategii przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podmioty niepubliczne.

Część II poświęcona jest zagadnieniom prawnym – regulacjom form i zasad działania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Otwiera ją obszerna charakterystyka samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako dominującej formy działania w sektorze publicznych usługodawców. Iwona Wrześniewska-Wal przedstawia, jak prawo polskie i unijne reguluje działanie spzoz jako przedsiębiorcy, pracodawcy oraz uczestnika rynku świadczeń zdrowotnych i czym w tych aspektach spzoz różni się od zakładów niepublicznych. W kolejnym tekście Małgorzata Paszkowska dowodzi tezy o zdecydowanie gorszej pozycji publicznych świadczeniodawców (głównie spzoz-ów) w zakresie możliwości korzystania z dopuszczalnych prawnie źródeł pozyskiwania środków finansowych. Opracowanie Małgorzaty Winter zawiera porównanie wybranych przepisów, dotyczących rachunkowości publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z przepisami dotyczącymi zakładów niepublicznych. W oparciu o analizę stanu prawnego autorka dokonała przeglądu funkcjonujących rozwiązań, omówiła projektowane przepisy odnoszące się do rachunku kosztów publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, krytycznie je analizując. Ewa i Robert Pietrusińscy porównują formułę spzoz do hybrydy przedsiębiorstwa państwowego, spółdzielni i samorządu. Na tym tle omawiają możliwości sprawniejszego zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, jakie stwarza, choć nie gwarantuje, forma spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

W części III zawarto wybrane zagadnienia odnoszące się do zasobów, gospodarki i finansów oraz zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Marcin Kautsch przedstawia wybrane charakterystyki potencjału, skali działania, jakości i sytuacji finansowej publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Wskazuje na tendencję zwiększania udziału niepublicznych zakładów jako realizatorów świadczeń zdrowotnych, ich konsolidację przez fuzje i przejęcia, coraz wyraźniejsze problemy z dostępnością do usług, także u świadczeniodawców niepublicznych, przy generalnie rosnącej jakości świadczeń w obu grupach zakładów. Aldona Frączkiewicz-Wronka i Przemysław Kotowski prezentują na przykładzie województwa śląskiego wykorzystanie środków finansowych z funduszy Unii Europejskiej do poprawy infrastruktury publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, a tym samym do tworzenia lepszych warunków realizacji świadczeń zdrowotnych. Istotą dystrybucji funduszy unijnych jest realizacja konkretnych mierzalnych celów systemu opieki zdrowotnej w regionie. Fundusze stanowią dodatkowe zasilenie finansowe ze środków publicznych, a ich wykorzystanie nie jest jeszcze szeroko omawiane. Alicja Sobczak analizuje wyniki badania

rentowności sektora samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz-ów), które są dominującą formą prawno-ekonomiczną usługodawców publicznych w Polsce. Badania porównawcze, z wykorzystaniem danych finansowych spzoz-ów na koniec roku 2006 i 2008, dowodzą istotnej poprawy wyników finansowych brutto oraz wskaźników zyskowności netto i zyskowności działalności operacyjnej we wszystkich grupach zakładów, wyróżnionych ze względu na organ założycielski. Trzeba to wiązać z dynamicznym wzrostem wartości kontraktów na świadczenia zdrowotne, zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z efektami programu restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Na zakończenie Henryk Mruk i Małgorzata Michalak formułują postulaty i sugerują metody zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, służące wzrostowi skuteczności jego działania. Pokazują jak realizacji celów zakładu służy orientacja na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych usługobiorców. Prezentowane przez nich analizy i rekomendacje skutecznych instrumentów zarządzania mają zastosowanie zarówno w publicznych, jak i w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w innych podmiotach, oferujących dobra zaspokajające potrzeby zdrowotne.

W książce pokazano złożoność i niejednoznaczność kwestii związanych z własnością i formą działania usługodawców opieki zdrowotnej oraz z ich przekształceniami. Publikacja ma charakter interdyscyplinarny, omawia zagadnienie z punktu widzenia różnych dyscyplin naukowych – prawa, ekonomii, nauki o zarządzaniu. Jest adresowana do szerokiego grona odbiorców – specjalistów z zakresu polityki zdrowotnej i reformowania systemu opieki zdrowotnej, kadry zarządzającej zakładów opieki zdrowotnej i innych instytucji w systemie ochrony zdrowia. Stanowi też materiał dydaktyczny dla studentów kierunków ekonomicznych, specjalizujących się w zagadnieniach organizacji i ekonomiki zdrowia, a także dla studentów kierunku zdrowie publiczne oraz osób odbywających specjalizację w dziedzinie zdrowia publicznego.

*Prof. dr hab. Kazimierz Ryc i dr Alicja Sobczak*