

ANALIZA CELowa nr 15/2022

# JST W ROLI WŁAŚCICIELI SZPITALI DZIAŁAJĄCYCH W FORMIE SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE PROJEKTOWANEJ USTAWY O MODERNIZACJI I POPRAWIE EFEKTYWNOŚCI SZPITALI

*Dr hab. Jacek Klich, prof. UEK*

Jednostki samorządu terytorialnego (JST) jako właściciel szpitali funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) napotyka na rozliczne problemy związane z działalnością swoich szpitali. Jednym z takich problemów są rosnące zobowiązania ogółem szpitali. Na koniec I kwartału 2022 r. zobowiązania ogółem SPZOZ wynosiły 17 936,7 mln zł, a zobowiązania wymagalne 1 904,8 mln (tabela 1). Statystyki zadłużenia ogółem SPZOZ (prowadzone od III kw. 2003 r.) dają podstawę do twierdzenia, że zadłużenie SPZOZ jest strukturalnym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia.

Cdyby w takie ramy próbować wpisać szpitale rejonowe, to zgodnie z raportem udostępnionym przez Związek Powiatów Polskich, na dzień 23 sierpnia 2022 lista szpitali, w których zabraknie pieniędzy na podwyżki wynikające z ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022, poz. 1352) obejmuje 145 podmiotów<sup>[1]</sup> (Termedia, 2022).

[1] Warto przy tym zaznaczyć, że 19 sierpnia 2022 r. było ich 134, a wcześniej, 12 sierpnia – 119.

W tym miejscu warto przywołać – mutatis mutandis – sytuację z niedawnej przeszłości i uchwalenie ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2001, nr 5 poz. 45). Na jej podstawie wszystkim pracownikom publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zatrudniających powyżej 50 osób) zostały przyznane podwyżki w wysokości 203 zł w 2001 r. i 171 zł w roku następnym, ale bez wskazania źródeł finansowania tych podwyżek, co doprowadziło do wieloletnich perturbacji i kłopotów[2].

Wobec wzrostu zadłużenia SPZOZ podejmowano próby rozwiązania tego problemu poprzez regulacje ustawowe. W tym miejscu wymienić można trzy. Pierwsza, to ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005, nr 78, poz. 684). Druga, z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654) określiła model przekształceń SPZOZ, co miało prowadzić do zahamowania zadłużania się podmiotów leczniczych między innymi na skutek przekształceń własnościowych SPZOZ. Trzecią ustawą, która ma hamować procesy zadłużania się SPZOZ jest dyskutowany w chwili obecnej projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali.

Celem niniejszego tekstu jest ocena przepisów projektu tej trzeciej ustawy (wersja z 9 maja 2022) z perspektywy podmiotów tworzących, czyli jednostek samorządu terytorialnego, w kontekście systemowych dysfunkcji polskiego systemu ochrony zdrowia związanych z prawami właściciela. Taki cel jest trudny do osiągnięcia (i ryzykowny) głównie z uwagi na dynamicznie zmieniający się kontekst polityczny i towarzyszące temu zmiany w projekcie ustawy. Przedstawiony powyżej zamiar, nawet w obliczu trudności i ograniczeń ma jednak sens, gdyż po raz kolejny (vide Klich, 2007) okazuje się, że pomijanie (czy wręcz ignorowanie) w regulacjach strukturalnych dysfunkcji polskiego systemu ochrony zdrowia: monopsonistycznej pozycji Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ograniczeń w wykonywaniu przez jednostki samorządu terytorialnego praw właścicielskich wobec SPZOZ, nie tworzy warunków brzegowych do przeprowadzenia niezbędnych zmian.

Tekst składa się z czterech części. W pierwszej, przedstawiana jest dynamika procesu zadłużania się SPZOZ od 2002/2003 roku do 1 kwartału roku 2022, a w drugiej opisywane są sposoby rozwiązywania, czy łagodzenia tego problemu (wzmiankowane powyżej ustawy z 2005 i 2011 roku). W części trzeciej, prezentowane są i oceniane propozycje zmian zapisane w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali. Czwarta część przedstawia kilka ograniczeń w realizowaniu przez JST funkcji właścicielskich wobec SPZOZ. W zamierzeniu autora mają one zachęcić do podjęcia dyskusji na temat zmian w organizacji i w sposobie funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Na końcu zamieszczona została bibliografia oraz załączniki.

W niniejszym opracowaniu wykorzystane zostały ogólnie dostępne statystyki Ministerstwa Zdrowia, Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wybrane pozycje z literatury przedmiotu.

[2] Takie rozwiązanie doprowadziło do zadłużania się szpitali i wieloletnich sporów sądowych z udziałem takich interesariuszy systemu ochrony zdrowia jak: Sejm, Ministerstwo Zdrowia, podmioty założycielskie czy od roku 2004 – Narodowy Fundusz Zdrowia. To niepokojące, że w roku 2022 spotykamy (niebezpiecznie) podobną sytuację.

[3] Według doniesień medialnych z sierpnia 2022 r., z powołaniem się na słowa wiceministra zdrowia Waldemara Kraski, projekt ustawy ma być „gruntownie przemodelowany” (Gruntowne przemodelowane ustawy o szpitalnictwie, <https://www.termedia.pl/mz/Gruntowne-przemodelowane-ustawy-o-szpitalnictwie-48190.html>, dostęp 18 sierpnia 2022).

## 1. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jako strukturalny problem polskiego systemu ochrony zdrowia: historia i współczesność

*Działalność SPZOZ regulują: ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408 z późn. zm.), a od 1 lipca 2011 ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.).*

Przy okazji odwoływania się do prawnych regulacji SPZOZ warto odnotować, że chociaż ustawodawca zdawał sobie sprawę, że formę SPZOZ należy traktować jako ograniczoną temporalnie (Paplicki, 2020, s. 199), to forma ta funkcjonuje do dnia dzisiejszego i brak jest podstaw do twierdzenia, że SPZOZ będzie sukcesywnie zastępowany przez inne formy organizacyjno-prawne (wątek przekształceń SPZOZ będzie podejmowany w następnym punkcie). Chociaż problem zadłużenia SPZOZ pojawił się niemalże w chwili pojawienia się tej formy organizacyjnej (tj. od 1999 roku), to zorganizowany sposób pozyskiwania i udostępniania danych na ten temat datuje się na rok 2002 (zobowiązania wymagalne) i 2003 (zobowiązania ogółem).

Dynamikę zobowiązań ogółem i zobowiązań wymagalnych SPZOZ przedstawiają (odpowiednio) tabela 1 i tabela 2 zamieszczone w załącznikach. Tabela 1 pokazuje, że wysokość zobowiązań ogółem SPZOZ wykazuje tendencję rosnącą (z nielicznymi wyjątkami) z poziomu 7 501,6 tys. zł. w 3 kw. 2003 roku do 17 936,7 tys. w 1 kwartale 2022 roku. Między 1 kwartałem 2014[4] i 1 kwartałem 2022 roku zobowiązania ogółem bez mała podwoiły się (z poziomu 9 933,1 mln do 17 936,7 mln) a dynamika zobowiązań ogółem liczona kwartał do kwartału rosta (z wyjątkiem 4 kw. 2015, 1 kw. 2016, 4 kw. 2017 oraz 2 kw. 2020 r). Dane z tabeli 2 pokazują, że w odróżnieniu od zobowiązań ogółem, poziom zobowiązań wymagalnych zmniejszył się między 2002 (stan na 31 grudnia) i 1 kw. 2022 roku z 3 248 783 tys. zł do 1 904 928 tys. zł. Warto odnotować, że długoletni spadek wysokości zobowiązań wymagalnych rozpoczął się w 2005 roku, a od roku 2013 przyjmuje wartości poniżej 2 mld zł (z wyjątkiem 3 kw. 2021 roku, kiedy to na koniec tegoż kwartału osiągnęły poziom 2 132 659 tys.). Spadek ten w części może być tłumaczony działaniami przedstawianymi w części 2, poniżej. Pewien niepokój może budzić duży wzrost zobowiązań wymagalnych między końcem 2021 r i 1 kw. 2022 roku (odpowiednio 1 625 141 tys. i 1 904 928 tys. zł). W latach 2002 – 1 kw. 2022 udział SPZOZ utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w zobowiązaniach wymagalnych[5] spadł z 83,6% do 69,89% (za czym kryło się odpowiednio: 2 716 891 tys. i 1 331 473 tys. zł), natomiast udział SPZOZ utworzonych przez jednostki centralne wzrósł w tym okresie z 16,37% do 30,10% (co odpowiadało kolejno: 531 892 tys. i 575 455 tys. zł).

Można zatem konkludować, że od blisko dwóch dekad zobowiązania ogółem SPZOZ rosły, a zobowiązania wymagalne po spadkach w latach 2004-2017 w ostatnich 8 kwartałach utrzymują się w przedziale 1,6 – 1,9 mld zł. Te wartości i tendencje warto skonfrontować z działaniami podjętymi przez ustawodawcę, aby problem zadłużenia SPZOZ rozwiązać, a przynajmniej zahamować.

[4] Przyjęcie roku 2014 jako punktu odniesienia tłumaczone jest tym, że – jak to będzie pokazywane w punkcie 2 poniżej – rok 2014 to ostatni rok, za który raportowane były ogólnodostępne statystyki dotyczące przekształceń SPZOZ w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

[5] Szkoda, że w ogólnie dostępnym układzie danych dotyczących zobowiązań ogółem SPZOZ nie są wyróżnione zakłady utworzone przez JST tak, jak to jest prezentowane w przypadku zobowiązań wymagalnych.

## 2. Działania podejmowane w celu rozwiązania problemu zadłużenia SPZOZ: ustawy z 2005 i z 2011 roku

*Ustawodawca podjął w ostatnich dwóch dekadach dwie próby zahamowania procesu zadłużania się SPZOZ w postaci specjalnych ustaw.*

### **Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej**

Pierwsza to ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005, nr 78, poz. 684). Ustawa ta stanowiła, że postępowanie restrukturyzacyjne było szczególnym postępowaniem administracyjnym, którego poszczególne etapy realizowane były na podstawie decyzji i pod nadzorem organów administracji rządowej. Celem postępowania restrukturyzacyjnego było odzyskanie przez SPZOZ posiadające trudności finansowe i znajdujące się w stanie zadłużenia finansowego, zdolności do samodzielnego działania na rynku usług zdrowotnych, w warunkach konieczności utrzymywania wewnętrznej dyscypliny finansowej. W restrukturyzacji SPZOZ wykorzystano wtedy dwa narzędzia: pożyczki Skarbu Państwa oraz dotacje. Dotacje mogły być wykorzystane na wsparcie działań polegających na restrukturyzacji zatrudnienia, zmian w strukturze organizacyjnej zakładu oraz inne działania mające na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu, bądź jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Postępowania restrukturyzacyjne prowadzone były według przyjętego schematu, który na realizację programu restrukturyzacyjnego (po wydaniu decyzji o warunkach restrukturyzacji) przewidywał 24 miesiące. W przebiegu restrukturyzacji istotną rolę odgrywały tzw. regionalne grupy wsparcia, grupujące m.in. naukowców i praktyków zarządzania w ochronie zdrowia, co miało obiektywizować i profesjonalizować proces restrukturyzacji SPZOZ. Można uznać, że proces restrukturyzacji SPZOZ był wspierany instytucjonalnie.

Chociaż restrukturyzacja była zorientowana, przede wszystkim, na racjonalizację zatrudnienia[6] to procesy przekształceń obejmowały również zmianę formę organizacyjno-prawną SPZOZ, czyli przekształcanie ich w spółki kapitałowe. Zmiana formy organizacyjno-prawnej SPZOZ mogła być przeprowadzona w oparciu o regulacje z ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408 z późn. zm.). Ponieważ ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie przewidywała formalnego przekształcenia SPZOZ w spółki z zachowaniem ich ciągłości prawnej, to najpierw należało zlikwidować SPZOZ, a następnie utworzyć nowy podmiot – spółkę (Wasilewski, Korzeniowski, 2015, s. 80). Między wrześniem 2005 i marcem 2008 roku procesy restrukturyzacji przeprowadzono (tj. wydano decyzje o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego) w 510 zakładach. Według stanu na 7 marca 2011 roku, przekształceniami własnościowymi objęto 114 szpitali, z czego 35 jednostek przekształcono w latach 2000-2004 (włącznie), a 79 jednostek od roku 2005 do marca 2011. Z powyższego widać, że od 2005 roku dynamika przekształceń wzrosła. Według stanu na koniec maja 2013 r. zmiana formy organizacyjno-prawnej dotyczyła 150 szpitali (NIK, 2014, s. 7).

Pomimo zaangażowania znacznych środków publicznych (ponad 4 mld zł), efekty wprowadzania w życie przepisów tej ustawy można uznać za mało satysfakcjonujące. Chociaż zahamowana została dynamika zadłużenia i zanotowano mniejszy poziom zobowiązań (zobowiązania ogółem w I kw. 2005 r. wynosiły 10 164,6 mln, a w I kw. 2011 r. 9 917,0 mln, a zobowiązania wymagalne odpowiednio: 5 917,2 oraz 2 345,5 mln) to – jak zaznaczono na wstępie – problem zadłużenia SPZOZ nie został rozwiązany.

[6] Cichym (choć podejmowanym w mediach) założeniem były przerosty zatrudnienia w niektórych grupach zawodowych.

Jeżeli chodzi o funkcjonowanie przekształconych SPZOZ, to literatura na ten temat jest relatywnie skromna (Wasilewski, Korzeniowski, 2015; Krasowska-Marczyk, Marciniak, 2017). Można się tu odwołać do informacji Najwyższej Izby Kontroli (NIK 2011; NIK 2014). W 2014 roku NIK ocenił działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe (20 badanych podmiotów plus informacje dodatkowe z 54 szpitali-spółek) posiadających w 2013 roku kontrakty z NFZ (NIK, 2014). Konkluzje nie napawały optymizmem: restrukturyzacja nie poprawiła trwale sytuacji finansowej szpitali. Część szpitali skorzystała z chwilowego oddłużenia, ale z powrotem zaczęła ponosić straty (co w warunkach monopolu NFZ wydaje się całkowicie zrozumiałe). Nie zanotowano też poprawy dostępu pacjentów do usług zdrowotnych. NIK konkludował również, że szpitale-spółki to efektywna forma organizacyjna zapewniająca skuteczny i przejrzysty nadzór właścicielski, a forma spółki zwiększa wiarygodność kredytową szpitala. Spółki mogą korzystać z instrumentów finansowych m.in. poprzez zaciąganie pożyczek i kredytów przeznaczanych na restrukturyzację oraz z leasingu.

Warto w tym momencie przytoczyć za NIK, że „Organy założycielskie, głównie jednostki samorządu terytorialnego, zaniedbując bieżący nadzór nad gospodarką finansową ingerowały nader chętnie w obsadę kierownictwa SPZOZ, nie zawsze stosując kryteria merytoryczne” (Wasilewski, Korzeniowski, 2015, s.79). Ten wątek skłania do podjęcia tematu jakości kontroli właścicielskiej JST, który – choć relewantny i ciekawy – nie może być analizowany w tym tekście.

### **Ustawa o działalności leczniczej**

Przyspieszeniu procesów restrukturyzacji SPZOZ miała służyć ustawa z 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz.654), która określiła model przekształceń SPZOZ. Ustawa stanowiła, że podmiot tworzący (w tym JST) może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej (z o.o. lub akcyjnej) lub jednostki budżetowej. Oznaczało to, że nie było już możliwe tworzenie nowych SPZOZ.

Ważną kwestią regulowaną w ustawie była sprawa zadłużenia SPZOZ i pokrywania jego ujemnego wyniku finansowego. Tu kluczową rolę odgrywał tzw. wskaźnik zadłużenia (wpz) SPZOZ, zdefiniowany w art. 71 ustawy, jako relacja sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SPZOZ do sumy przychodów SPZOZ. Przy wartości  $wpz > 0.5$  podmiot tworzący przejmował zobowiązania SPZOZ w takiej wysokości, żeby wpz wynosił nie więcej niż 0.5. W przypadku  $wpz \leq 0.5$  podmiot tworzący mógł przejąć zobowiązania SPZOZ i miał tu swobodę decyzji (art. 59). Jeżeli podmiot tworzący nie pokrył ujemnego wyniku finansowego, był zobligowany do zrealizowania jednej z trzech opcji: przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową (art. 70-82 ustawy); połączenia go z innym SPZOZ (art. 66 i 67) bądź zlikwidowania SPZOZ. Układ i treść informacji przekazywanych organowi dokonującemu przekształceń określał szczegółowy kwestionariusz[7]. Powyższe rozwiązania, w tym szczególnie zapisy art. 59, umożliwiały – w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego SPZOZ przez podmiot tworzący – niemal automatyczne przekształcenie SPZOZ. Zarówno sam proces przekształcenia SPZOZ, jak i dokumenty potrzebne do przekształcenia (w tym opis sytuacji finansowej SPZOZ) były precyzyjnie określone.

[7] Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia wzoru kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę kapitałową oraz wykazu dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia (Dz.U. 2012 poz. 26). W załączniku 2 znajdował się Wykaz dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, który zawierał siedemnaście pozycji.



W 2016 roku ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016, poz. 960) dokonano istotnych zmian w tym zakresie. Według zmienionego zapisu art. 59, podmiot tworzący ma obecnie pokryć stratę netto SPZOZ lub podjąć uchwałę o likwidacji SPZOZ[8]. Zniknął przepis o przekształcaniu SPZOZ w spółkę kapitałową lub łączeniu jednego SPZOZ z innym. Można to traktować jako odejście od restrukturyzacji SPZOZ na drodze przekształceń jego formy organizacyjno-prawnej.

Jeżeli chodzi o śledzenie dynamiki i skali restrukturyzacji SPZOZ to pojawiają się tu trudności związane, przede wszystkim, z brakiem swobodnego dostępu do odpowiednich danych statystycznych. Warto w tym miejscu odnotować znamienne fakty, które dało się zauważyć na przestrzeni kilku ostatnich lat, a które zestawione ze sobą tworzą interesujące tło dla politycznych uwarunkowań procesów restrukturyzacji SPZOZ.

Wizyta w dniu 16.XI.2015 na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia/>) i lektura bloku: *Organizacja ochrony zdrowia*, a w nim zakładki: *Restrukturyzacja i przekształcenia* pozwoliła na zdobycie informacji, że w okresie 1 lipca 2011 – 31 października 2013 r. na podstawie ustawy o działalności leczniczej przekształcono 48 SPZOZ, w tym 34 szpitale, z tego: w roku 2011 – 1 (szpital), w roku 2012 – 18 (w tym 13 szpitali), a w roku 2013 – 29 (w tym 20 szpitali). Kolejna wizyta na stronie internetowej MZ w dniu 28 września 2016 r. nie przyniosła jednak żadnych nowych informacji. Do tekstu z roku 2015 (i danych z 2013 r) nie dodano ani jednego słowa. Podobnie było w roku 2017: pod powyższym adresem można było znaleźć dane tylko za 2013 r. Kolejny, 2018 rok, był już rokiem zmian. Po pierwsze, od 12 marca 2018 r. Ministerstwo Zdrowia miało nową stronę internetową. Drugą zmianą była likwidacja zakładki: *Restrukturyzacja i przekształcenia*. Zatem o liczbie przekształconych SPZOZ nie było już żadnej, nawet historycznej, informacji.

W dążeniu do pozyskania informacji na temat postępów w restrukturyzacji SPZOZ złożono kolejną wizytę na stronie MZ w dniu 24 września 2020 r. Tym razem skorzystano z wyszukiwarki (zakładki *Restrukturyzacja i przekształcenia* już od blisko trzech lat nie było) i wpisano hasło: „restrukturyzacja spzoz”. W efekcie wyświetliło się 16 wyników, z czego 2 (i tylko pośrednio) dotyczyły restrukturyzacji SPZOZ. Pierwszy dotyczył poprawy sytuacji finansowej szpitali (i był datowany na 4 września 2018 r.), a drugi dotyczył organizacji ochrony zdrowia i nosił datę 22 listopada 2017 r. W żadnym z tych dwóch tekstów nie było jednak jakichkolwiek danych statystycznych. Ostatnia wizyta (w dniu 30 sierpnia 2022 r.) na stronie MZ w zakładce: *Co robimy?*, a w niej w *Programach i Projektach* pozwoliła odnaleźć blok: *Organizacja ochrony zdrowia*, gdzie można przeczytać, że: „W tym bloku znajdziesz informacje dotyczące m.in.: funkcjonowania ochrony zdrowia, podmiotów wykonujących działalność leczniczą, restrukturyzacji i przekształceń podmiotów leczniczych (podk. JK), zadłużenia SPZOZ, jakości w opiece zdrowotnej i publicznej służby krwi”. Niestety, w żadnej z zakładek tam zamieszczonych (czyli: *Podmioty wykonujące działalność leczniczą; Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą; Zadłużenie SPZOZ; Jakość w opiece zdrowotnej; Diagnostyka laboratoryjna; Nadzór i kontrola diagnostyki laboratoryjnej; Akredytacja - certyfikacja medycznych laboratoriów diagnostycznych; Publiczna służba krwi; Ochrona zdrowia w liczbach; Wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców; Materiały pomocnicze oraz Wykaz rejestrów medycznych*) nie znajdujemy danych na temat restrukturyzacji i przekształceń SPZOZ. Można zatem konkludować, że zagadnienia restrukturyzacji SPZOZ nie pozostają w centrum zainteresowań resortu zdrowia.

[8] Taki zapis został decyzją Trybunału Konstytucyjnego (Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17) uznany za niezgodny z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Wedle wyroku TK przepis traci moc obowiązującą po upływie 18 miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, tj. z dniem 29 maja 2021 roku. Niestety, brak jest ogólnodostępnych informacji na temat efektów tego wyroku TK.

Brak danych na temat przebiegu i dynamiki przekształceń SPZOZ może dziwić podwójnie, a to za sprawą danych dostępnych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Dane te (RPWDL, 2022) pozwoliły na stworzenie tabeli pokazującej strukturę podmiotów leczniczych, prowadzących działalność leczniczą według form organizacyjno-prawnych (tabela 3 w załącznikach)[9]. Lektura tabeli 3 prowadzi do wniosku, że udział samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (kod 0100 oraz 0102) w całkowitej liczbie podmiotów leczniczych wynosi zaledwie 7,25%. Można więc zapytać, dlaczego proces przekształceń SPZOZ (i dojście do tak relatywnie niskiego udziału SPZOZ w systemie ochrony zdrowia) nie jest z należytą starannością (czyli m.in. szczegółowo) dokumentowany?

Kolejną ustawą, która ma regulować procesy zmian w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest dyskutowany w chwili obecnej[10] projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali.

### **3.Cele projektowanej ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali oraz jej kluczowe postanowienia**

Najpierw dyskusje, a potem prace nad ustawą o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa trwały kilkanaście miesięcy i w grudniu 2021 projekt ustawy trafił do konsultacji publicznych. Od początku budził kontrowersje tak, że poprawiona wersja projektu została udostępniona szerokiemu gronu odbiorców dopiero w maju 2022 r (wersja z 9 maja 2022).

Celem projektowanej ustawy jest: „...modernizacja i poprawa efektywności działalności podmiotu szpitalnego, wsparcie rozwoju podmiotu szpitalnego, optymalizacja jego działalności, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, wprowadzenie lub ulepszenie zarządzania procesowego podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby, naprawa działalności podmiotu szpitalnego, w tym poprzez restrukturyzację jego zadłużenia na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140 oraz z 2022 r. poz. 655)” (art.5).

Projekt ustawy w art. 1 stanowi, że ustawa określa zasady oraz warunki oceny i kategoryzacji podmiotu szpitalnego, zasady oraz warunki tworzenia przez podmiot szpitalny planu rozwojowego oraz tryb postępowania naprawczo-rozwojowego (w tym planu naprawczo-rozwojowego), zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Rozwoju Szpitali, wymagania związane ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego oraz sposób organizacji i przeprowadzania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego. W odróżnieniu od dwóch przywołanych powyżej ustaw, omawiany projekt ustawy jest zorientowany tylko na szpitale. Zapisy projektu stanowią, że podmiotem, który będzie miał decydujący wpływ na dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych będzie Agencja Rozwoju Szpitali, co jest traktowane jako eliminacja rozproszenia decyzyjnego.

W odpowiedzi na uwagi zgłaszane podczas konsultacji społecznych, w pierwszej wersji projektu dokonano kilku zmian:

- włączono wojewodę w opiniowanie planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych w zakresie obowiązku dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych i regionalnych potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych;

[9] Kolejna złośliwa uwaga: jeszcze kilka lat temu korzystając z RPWDL można było uzyskać liczbę niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej jednym kliknięciem, na pierwszej stronie. Obecnie nie tylko trzeba korzystać z „wyszukiwania zaawansowanego”, ale należy również pracować wyklikiwać kilkanaście wierszy, aby pozyskać informację na temat liczby niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

[10] Według doniesień medialnych z sierpnia 2022 r., z powołaniem się na słowa wiceministra zdrowia Waldemara Kraski, projekt ustawy ma być „gruntownie przemodelowany” (Gruntowne przemodelowane ustawy o szpitalnictwie, <https://www.termedia.pl/mz/Gruntowne-przemodelowane-ustawy-o-szpitalnictwie-,48190.html>, dostęp 18 sierpnia 2022).

- włączono ARS w proces związany z IOWISZ (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia) i doprecyzowano, że inwestycje przewidziane w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym będą wyłączone z konieczności uzyskiwania opinii o celowości inwestycji;
- ustalono, że plan rozwojowy będzie opracowywany w porozumieniu z podmiotem nadzorującym[11];
- w przypadku, kiedy plan naprawczo-rozwojowy będzie przewidywał restrukturyzację zatrudnienia (przy czym nie będzie to miało miejsca w przypadku każdego podmiotu) będzie musiało to zostać zaopiniowane przez związki zawodowe;
- środek ochronny w postaci ochrony przed egzekucją ograniczono czasowo – do 12 miesięcy od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego;
- zwiększono wymagania konieczne do objęcia funkcji nadzorca podmiotu szpitalnego, będącego pracownikiem Agencji Rozwoju Szpitali;
- zwiększono wymagania konieczne do objęcia stanowiska Prezesa Agencji Rozwoju Szpitali.

Projekt wprowadza cztery kategorie szpitali: A, B, C i D, definiuje (art. 26, ust.2) i precyzuje kryteria do kwalifikowania podmiotów leczniczych do poszczególnych kategorii (art. 26, ust.3-6). Syntezę tych regulacji przedstawia tabela 4.

**Tabela 4. Kategorie podmiotów szpitalnych i kryteria przyznawania kategorii**

	Kategoria A	Kategoria B	Kategoria C	Kategoria D
1.Ogólna charakterystyka	podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A	podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego ARS prowadzi postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1;	podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego ARS prowadzi postępowanie naprawczo-rozwojowe;	podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego ARS prowadzi postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej Prezes ARS uprawniony jest do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki Prezes ARS uprawniony jest do ustanowienia zarządcy
2. Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej	> 0,0%	n/a	< -2,0%	< -5,0%
3. Wskaźnik płynności szybkiej	> 1,00	n/a	< 0,70	< 0,35
4. Wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem	< 0,2%	n/a	> 5,0% i < lub = 15%	> 15,0%
5. Wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem	< 30,0%	n/a	n/a	> 50,0%
Uwagi	Do kategorii A kwalifikują się podmioty szpitalne spełniające łącznie warunki w punktach od 2 do 5.	Do kategorii B kwalifikują się podmioty nie kwalifikujące się do kategorii A, C i D	Do kategorii C kwalifikują się podmioty, które nie zostały zakwalifikowane do kategorii D i dla których wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5,0% i jednocześnie mniejszą lub równą 15,0%	Jeżeli spełnione są łącznie warunki w punktach: 2, 3 i 5 lub gdy spełniony jest warunek z punktu 4.

Źródło: kompilacja autora na podstawie projektu ustawy

[11] Warto pamiętać, że włączenie właściciela do tego – podstawowego z punktu widzenia zarządzania – procesu nastąpiło dopiero wskutek publicznych dyskusji i interwencji.



Z tabeli 4 wynika, że kryteria kwalifikacji do poszczególnych kategorii mają wąsko finansowy charakter i odnoszą się do wyników finansowych z roku poprzedniego.

Warto również nadmienić, że w rozdziale 12, projekt ustawy zawiera propozycje zmian w przepisach obowiązujących. W art. 142 ust. 6 czytamy, że projektowane są zmiany w art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Proponowany przepis ma następujące brzmienie: „2. Jeżeli strata netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, podmiot tworzący może pokryć w całości albo w części stratę netto tego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w kwocie jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji.” Można powiedzieć, że historia zatoczyła koło, bo wracamy do brzmienia ust. 2 sprzed zmian dokonanych ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

## Agencja Rozwoju Szpitali

Kluczową rolę w procesach rozwojowych oraz naprawczo-rozwojowych szpitali, a w odniesieniu do tych drugich, szczególnie wobec szpitali kategorii C i D, ma odgrywać Agencja Rozwoju Szpitali (ARS). Nad działalnością ARS z punktu widzenia legalności, gospodarności, celowości i rzetelności nadzór sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia (art. 124).

ARS ma być państwową osobą prawną i posiadać szeroki zakres działania (przedstawiany w art. 90), obejmujący:

- ocenę i kategoryzację podmiotów szpitalnych;
- inicjowanie, wspieranie i monitorowanie procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych;
- nadzór nad procesami rozwojowymi i postępowaniami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych;
- wsparcie rozwoju podmiotów szpitalnych przez udzielanie pożyczek z oprocentowaniem 0%, bezzwrotne wsparcie finansowe, wsparcie merytoryczne, doradztwo eksperckie;
- organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych;
- wdrażanie i nadzorowanie zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych oraz monitorowanie funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.

Równie szeroki jest zakres szczegółowych zadań ARS (przedstawianych w art. 113) obejmujących:

- pozyskiwanie danych i ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych oraz związane z tym przyznanie odpowiedniej kategorii;
- określanie wielkości zapotrzebowania finansowego na realizację procesów rozwojowych, postępowań naprawczo-rozwojowych, restrukturyzacji długu oraz na zapewnienie płynności podmiotom szpitalnym;
- pozyskiwanie finansowania na inwestycje, rozwój i naprawę podmiotów szpitalnych;
- emisję obligacji, których limit jest określany w planie finansowym ARS jako zobowiązania z tytułu emisji obligacji;
- finansowanie inwestycji i rozwoju podmiotów szpitalnych;
- finansowanie planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- wsparcie płynnościowe podmiotów szpitalnych;
- udzielanie poręczeń i gwarancji podmiotom szpitalnym, których limit jest określany w planie finansowym ARS i jako zobowiązania z tytułu udzielonych poręczeń i gwarancji;
- monitorowanie funkcjonowania i sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych;

- zatwierdzanie planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- nadzór i monitorowanie realizacji planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- powoływanie ekspertów, wsparcie merytoryczne i doradztwo eksperckie;
- wdrażanie i rozwijanie zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych;
- organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych;
- wspieranie i inicjowanie wdrażania w podmiotach szpitalnych systemu szpitalnej oceny technologii medycznych.

Ten rozbudowany katalog uprawnień (może za wyjątkiem organizowania i koordynowania wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych) pokrywa się z podręcznikowym rozumieniem zarządzania operacyjnego i strategicznego podmiotem leczniczym, które w klasycznym ujęciu są domeną właściciela lub wyznaczonego przez niego pełnomocnika (zarządzającego)[12]. Mamy tu zatem propozycję centralizacji i przenoszenia funkcji właściciela na ARS. Właściciele (podmioty tworzące, podmioty nadzorujące) są obowiązane współpracować z ARS (art. 91 ust. 3). Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego, ARS może wystąpić do podmiotu nadzorującego o podjęcie czynności nadzorczych (art. 35 ust. 3). Postępowanie naprawczo-rozwojowe jest prowadzone przez ARS z udziałem nadzorcy, którym może być pracownik ARS lub osoba fizyczna wpisana na listę nadzorców prowadzoną przez Prezesa ARS (art. 39). Warto zaznaczyć, że nadzorcą nie może być pracownik podmiotu tworzącego (czyli właściciela).

Zadania nadzorcy obejmują:

- opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego;
- przekazanie planu naprawczo-rozwojowego ARS;
- nadzór nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego;
- zawarcie umowy z nadzorcą układu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, a następnie współpracę z nadzorcą układu, ustalenie dnia układowego, składanie propozycji układowych i złożenie do sądu wniosku o zatwierdzenie układu oraz stosowanie określonych ustawą środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych oraz dokonywanie wszelkich czynności zmierzających do ich realizacji (art. 46).

Nadzorca może zbywać składniki mienia, należące do podmiotu szpitalnego za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia (art. 76., ust.1). Nadzorca podmiotu szpitalnego kategorii C albo D (w zdefiniowanych przypadkach również B) opracowuje we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego. Struktura tego planu jest opisana w art. 56 ust. 1. W ust. 3 tegoż artykułu czytamy, że minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia wzór planu naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D.

Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje do podmiotu nadzorującego, który formułuje opinię. Opinia ta wraz z planem naprawczo-rozwojowym przekazywana jest do prezesa ARS. Zatem właściciel jedynie opiniuje plan naprawczo-rozwojowy (do tego wątku będzie jeszcze nawiązanie poniżej). Prezes ARS może zgłosić uwagi do przedłożonego planu naprawczo-rozwojowego, a nadzorca w wyznaczonym przez prezesa czasie ma dokonać stosownych zmian w planie. Warto w tym miejscu zacytować art. 63 ust.3: „W przypadku nieprzedłożenia przez nadzorcę dostosowanego planu, uwzględniającego uwagi Prezesa Agencji, w wyznaczonym terminie, Prezes Agencji może dokonać zmiany nadzorcy, wyznaczając termin na dostosowanie planu.” Wątpliwości budzi sformułowanie „dostosowanego planu”. Co bowiem w sytuacji, kiedy nadzorca prześle dostosowany plan w terminie, ale prezes ARS uznaje ten plan za „niedostosowany” do swoich uwag?

[12] Ten wątek będzie podejmowany w części 4, poniżej.

Plan naprawczo-rozwojowy może bardzo poważnie zmienić działalność leczniczą szpitala, a projekt ustawy przewiduje, że środki na sfinansowanie kosztów związanych z przeprofilowaniem „...są zapewniane przez Agencję na zasadach ustalonych w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym” (art. 77 ust. 3). Podmiot nadzorujący nie decyduje zatem o sposobie wykorzystania swojej własności. Również tak podstawowa prerogatywa właściciela jak finansowanie kosztów zakupu aparatury i sprzętu, kosztów wynagrodzeń postojowych dla pracowników komórek organizacyjnych, jednostek organizacyjnych lub zakładów leczniczych podmiotu szpitalnego podlegających przeprofilowaniu – przechodzi do ARS.

Na postanowienia prezesa ARS o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu, służy zażalenie, ale wyłącznie „... w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny” (art. 64 ust. 2), a wniesienie takiego zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu. Wstrzymać wykonanie planu w zaskarżonym zakresie może jedynie decyzja sądu. Takie rozwiązanie nie tylko ogranicza przedmiotowo właściciela w składaniu zażalenia, ale „stępią również jego ostrze” (uwzględniając czas i nakłady ponoszone z tytułu postępowania sądowego).

W zależności od celów i zapisów planu naprawczo-rozwojowego zatwierdzonego przez prezesa ARS, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może podjąć rokowania z podmiotem szpitalnym lub wypowiedzieć umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny przy udziale nadzorcy (art. 66 ust. 1), a podmiot nadzorujący monitoruje realizację zatwierdzonego planu. Użycie sformułowania „przy udziale nadzorcy” brzmi niemal groteskowo, jeżeli pamięta o prerogatywach nadzorcy przedstawianych powyżej.

Z proponowanych rozwiązań wynika, że właściciel nie ma wpływu na rozwiązania przyjęte w planie naprawczo-rozwojowym, w tym na tak ważne środki naprawczo-rozwojowe jak:

- restrukturyzacja zatrudnienia;
- odstąpienie od umów;
- restrukturyzacja majątku;
- przeprofilowanie działalności;
- restrukturyzacja zadłużenia

czy też inne środki mające na celu poprawę sytuacji podmiotu szpitalnego.

Prezes ARS może w zdefiniowanych w art. 78 ust.1 przypadkach odwołać dotychczasowego kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C lub D (z wyjątkiem tych podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister) działającego w formie SPZOZ oraz powołać na okres 6 lat,[13] w drodze postanowienia, nowego kierownika tego podmiotu[14]. Prezes ARS ustala wynagrodzenie nowego kierownika. Podmiot tworzący (właściciel) może jedynie składać zażalenie na powyższe decyzje prezesa ARS.

Konkludując zapisy projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali w odniesieniu do ARS można dowodzić, że planuje się utworzenie bardzo wpływowej, podporządkowanej ministerstwu zdrowia organizacji, która w przypadku podmiotów szpitalnych kategorii C i D przejmuje kluczowe funkcje właściciela. Znamienne, że zobowiązania przekształcanych SPZOZ pozostają po stronie Skarbu Państwa, uczelni medycznych oraz JST (art. 142, ust.7).

[13] Okres ten może być przedłużony do 8 lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego kierownikowi podmiotu szpitalnego brakuje nie więcej niż 2 lata.

[14] Nie trzeba dodawać, że odbywa się to z poniechaniem trybu konkursowego.

## Pozycja właściciela w projekcie ustawy

Oslabiona pozycja właściciela (w tym głównie JST) wyziera już z przedstawianej powyżej mocnej pozycji ARS oraz nadzorcy w procesie restrukturyzacji SPZOZ, a w tym miejscu będzie tylko zrekapitulowana. Uwagi dotyczące pozycji JST można rozpocząć od uszczypliwości dotyczącej użytej w projekcie ustawy terminologii. Projekt postuluje się terminem „podmiot nadzorujący”, ale rozumie się przez niego podmiot tworzący, albo ministra sprawującego nadzór nad instytutem badawczym (art. 2 ust. 14). Zatem do wykorzystywanych do tej pory w polskim prawodawstwie, w interesującej nas kwestii, określeń właściciela: „podmiot założycielski” oraz „podmiot tworzący” dochodzi teraz „podmiot nadzorujący”[15]. Odwołując się do słownikowego znaczenia słowa „nadzór” można złośliwie (i skrajnie subiektywnie) konkludować, że ustawodawca (przypadkowo? świadomie? celowo?) deprecjonuje właściciela. Niestety, ograniczanie pozycji i znaczenia właściciela nie sprowadza się li tylko do użytej terminologii.

Jak podnoszono powyżej, podmiot nadzorujący (właściciel) jest istotnie ograniczany (podmioty szpitalne kategorii C i D) w kluczowych decyzjach, w tym odnoszących się do obsady kierownika szpitala, decyzji o strukturze organizacyjnej i obsadzie kadrowej czy kierunków rozwoju (w tym, zakresu i ilości świadczeń medycznych) bądź finansowania zakupu sprzętu medycznego. Właściciel monitoruje jedynie realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych (art. 34) oraz zatwierdzonego przez prezesa ARS planu naprawczo-rozwojowego (art. 66 ust. 2) bez możliwości silnego wpływu na rozwiązania zapisane w planie naprawczo-rozwojowym.

W takim kontekście warto odwołać się do praw właściciela i przypomnieć znacznie respektowania praw właściciela w życiu gospodarczym.

## 4. Słowo o prawach właściciela w teorii i w praktyce

Mając na uwadze cel niniejszego tekstu z jednej, a ograniczoność łamów z drugiej strony, trzeba dokonać bardzo poważnych skrótów (i – niestety – dokonać wynikających z tego uproszczeń) w prezentowaniu teoretycznej podstawy dla analizy praw właściciela, w kontekście ekonomii w ogólności i wzrostu gospodarczego w szczególności (Leblang, 1996; Zak, 2002; Samadi, Ostadad, 2013; Irmen, Kuehnel, 2014; Lahsen, Piper, 2019). Warto również zaznaczyć, że wyzwaniem dla ekonomistów ciągle pozostaje konstrukcja modelu, który określałby optymalny udział sektora publicznego i prywatnego w gospodarce (Samadi, Ostadad, 2013).

Przyjmijmy, że kwestia realizowania przez właściciela jego praw jest najszerzej reprezentowana w trzech teoretycznych nurtach:

- teorii praw własności (Property Rights Theory – PRT) (Coase; Alchian; Demsetz[16]),
- teorii zwierzchnika-agenta/pełnomocnika (Principal-Agent Theory – PAT) (Alchian i Demsetz; Prendergast; Eisenhardt),
- ekonomii/teorii kosztów transakcyjnych (Transaction Cost Economy – TCE) (Coase; Williamson; North).

Chociaż te trzy nurty są szeroko wykorzystywane w badaniach w naukach społecznych, to zakres ich wykorzystywania do analiz zarządzania szpitalami jest skromniejszy, chociaż publikacje na ten temat liczą sobie już kilkadziesiąt (Clarkson, 1972; Rosenman, Friesner, 2001) bądź kilkanaście lat (Wildfire et al., 2007; Eggleston, Shen, 2011). Dużo większy zakres mają badania praw własności (w tym szczególnie własności intelektualnej) w innowacjach w ochronie zdrowia (Srinivas, 2008; Rake, 2022), polityce i praktyce transplantacji (Nwabueze, 2014; Pila, 2014), biotechnologii (Dwivedi et al., 2022) czy produktach leczniczych (Bertolai, Scorzafave, 2021).

[16] Dla skrócenia wywodu nie będą tu przywoływane kanoniczne dzieła wymienianych autorów. Szerzej na ten temat: Klich, 2007.

Z prac publikowanych w ostatnich latach poświęconych prawom własności w kontekście zarządzania w ochronie zdrowia można wskazać na analizę Kinga i Clarksona poświęconą relacjom między rodzajem własności i zarządzaniem podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej w Australii (pod kątem kontroli zarządzania) (King, Clarkson, 2019) oraz Cordery i Howell, które zajmowały się badaniem spółdzielni i podmiotów prywatnych działających nie dla zysku, w systemie ochrony zdrowia (Cordery, Howell, 2017).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że przedstawiane poniżej argumenty pozostają w logicznej zgodności z analizą Vininga i Weimera, którzy badając hybrydowe publiczno-prywatne organizacje wskazywali, że rozdzielone prawa własności (*fractionalized ownership rights*) nie służą efektywnemu zarządzaniu, prowadzą do dysonansu w zarządzaniu i oportunistycznym (Vining, Weimer, 2016).

W nawiązaniu do badań nad prawami wartości w zarządzaniu w ochronie zdrowia można przedstawić wybrane tylko ograniczenia w korzystaniu z praw własności przez JST w odniesieniu do posiadanych przez nie szpitali. Można również dowodzić, że w polskim systemie ochrony zdrowia nie są stworzone brzegowe warunki do efektywnego wykonywania praw właściciela przez JST w odniesieniu do SPZOZ[17].

Punktem wyjścia do przedstawienia ograniczeń JST w prawach właściciela jest klasyczne rozumienie praw właściciela, czyli *ius utendi, fruendi et abutendi re sua, quatenus iuris ratio patitur* (prawo używania i pobierania pożytków z rzeczy oraz dysponowania rzeczą, na ile zezwala racja prawna). Każde z tych trzech praw w odniesieniu do JST jako właściciela SPZOZ (szpitala) podlega ograniczeniom[18].

Prawo używania rzeczy (*ius utendi*) jest ograniczane na co wskazywano w poprzednim punkcie omawiając zapisy projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali. W tym miejscu można przypomnieć ograniczenia właściciela w decyzjach dotyczących profilu działania szpitala (szpitale kategorii C i D), planów jego działania, strategii czy obsady stanowiska kierownika szpitala. Obok tego, właściciel nie może NIE używać posiadanych przez siebie zasobów i *nie zabezpieczać potrzeb zdrowotnych* mieszkańców powiatu.

Bodaj największe ograniczenia związane są z prawem do pobierania pożytków z rzeczy (*ius fruendi*). JST nie może dodatnich wyników finansowych szpitala (scenariusz optymistyczny, ale przecież są i takie szpitale powiatowe) przeznaczyć na realizację innych zadań, na przykład w sferze oświaty, zaopatrzenia w wodę czy poprawę infrastruktury. Nie jest też możliwe świadczenie przez szpital rejonowy posiadający już kontrakt z NFZ na określone usługi, tych usług również odpłatnie, dla pacjentów komercyjnych<sup>1</sup>. Strukturalnym błędem jest nadanie NFZ statusu monopsonu, faktyczne narzucanie wysokości kontraktu i konserwowanie takiego stanu rzeczy.

Ograniczenia występują również w realizacji prawa do dysponowania faktycznym rzeczą (*ius abutendi*). Tu należałoby po raz kolejny wspomnieć o ograniczeniach w zbywaniu aktywów (szczególnie jeżeli pamiętać o rozproszeniu własności niektórych aktywów, na przykład gruntu, elementów infrastruktury, sprzętu, wyposażenia, etc.) oraz ustawowych barierach dla wycofywania się JST z zapewniania świadczeń zdrowotnych, których oferowanie (po cenach de facto narzucanych przez NFZ) prowadzi do powiększania zobowiązań SPZOZ.

[17] Poniższa prezentacja z uwagi na jej skrótową (bo nie obejmującą wszystkich ograniczeń praw własności) i uproszczoną (bo nie przedstawiającą wszystkich argumentów) formę jest jedynie zaproszeniem do pogłębionej dyskusji.

[18] Takie stwierdzenie nie oznacza, że JST nie są ograniczane w swoich prawach właściciela w odniesieniu do podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych, w których JST mają swoje udziały.

[19] Kuriozalnym przykładem mogą tu posłużyć sale operacyjne, które - przy realizacji kontraktu z NFZ - nie są w pełni wykorzystywane, a są warunki do tego, by sprzęt mógł być wykorzystany na potrzeby pacjentów komercyjnych i przynosić dodatkowy dochód dla szpitala.



## Zakończenie

W chwili pisania tego tekstu nie była znana decyzja rządu w sprawie dalszego procedowania projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali. Jak wskazywano powyżej, utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali z szerokimi kompetencjami skutkować będzie istotnymi ograniczeniami praw właścicielskich sprawowanych przez JST w odniesieniu do szpitali. Zatem rezygnacja rządu z dalszego procedowania projektu ustawy może być witana z zadowoleniem. Można jednak zapytać, jak w takim razie rozwiązywana będzie sprawa rosnących zobowiązań ogółem SPZOZ, które obciążają właściciela? Są podstawy by twierdzić, że bez rewizji ustawowych i organizacyjnych zasad regulujących prawa właściciela SPZOZ, w tym prawa do ustalania cen na świadczenia medyczne oferowane przez posiadane podmioty lecznicze, trudno liczyć na rozwiązanie tej kwestii. Przedstawiane w tym tekście doświadczenia z ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ustawą o działalności leczniczej pokazują, że nie można efektywnie restrukturyzować szpitali w warunkach silnego ograniczenia praw właścicieli SPZOZ. To z kolei oznacza konieczność przeprowadzenie rewolucyjnych zmian w systemie ochrony zdrowia, na które politycy nie zechcą się zdecydować.

## Bibliografia

- Bertolai, J.D.P., Scorzafave, L.G.D.S. (2021). Property rights' emergence in illicit drug markets. *Rationality & Society* 2021, 33(1): 52-105.
- Clarkson, K. W. (1972). Some Implications of Property Rights in Hospital Management. *Journal of Law and Economics* 1972, 15(2): 363-384.
- Cordery, C., Howell, B. (2017). Ownership, Control, Agency and Residual Claims in Healthcare: Insights on Cooperatives and Non-Profit Organizations. *Annals of Public and Cooperative Economics* 2017, 88(3): 403-424.
- Dwivedi, K., Anand, G., Yadav, D. (2022). Intellectual property rights in healthcare: an overview. *Biotechnology in Healthcare*. Volume 1: Technologies and Innovations. Academic Press 2022, s. 259-266.
- Eggleston, K., Shen, Y-C. (2011). Soft budget constraints and ownership: Empirical evidence from US hospitals. *Economics Letters* 2011, 110(1): 7-11.
- Irmen, A., Kuehnle, J. (2014). Property Rights, Public Enforcement, and Growth. *Scandinavian Journal of Economics* 2014, 116(3): 797-819
- King, R., Clarkson, P. (2019). An investigation of the relation between ownership structure and management control in professional service organisations. *Journal of Accounting & Organizational Change* 2019, 15(1):147-168.
- Klich, J. (2007). *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007.
- Krasowska-Marczyk, M., Marciniak, E. (2017). Lecznictwo szpitalne w Polsce w okresie transformacji. Próba oceny działalności szpitali publicznych i niepublicznych w sferze organizacyjno-ekonomicznej w oparciu o model karty dokonań. *Studia Administracyjne* 2017, 9: 17-28.
- Lahsen, A.A., Piper, A.T. (2019). Property rights and intellectual property protection, GDP growth and individual well being in Latin America, *Latin American Economic Review* 2019, 28(12), <https://doi.org/10.1186/s40503-019-0073-5>.
- Leblang, D.A. (1996). Property Rights, Democracy and Economic Growth, *Political Research Quarterly* 1996, 49(1): 5-26.
- NIK (2011). Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006 – 2010. KPZ-4101-05/2010. Nr ewid.104/2011/P/10/097/KPZ
- NIK (2014). Informacja o wynikach kontroli.Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe. KZD-4101-004/2014. Nr ewid.196/2014/P/14/061/KZD.
- Nwabueze, R.N. (2014). Body parts in property theory: an integrated framework. *Journal of Medical Ethics* 2014, 40 (1): 33-38.
- Paplicki, M. (2020). Zakład administracyjny a Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej [w:] Kocowski, T., Lisowski, P., Paplicki, M. (red.) (2020). Tadeusz Bigo o administracji i prawie administracyjnym - refleksje wrocławskiej szkoły administratywistycznej. *Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego*. Seria: e-Monografie, 169: 197-205.
- Pila, J.(2014). Intellectual property rights and detached human body parts. *Journal of Medical Ethics* 2014, 40(1): 27-32.
- Rake, B. (2022). Waiving intellectual property rights: Boom or bust for medical innovation? *Drug Discovery Today* 2022, 27(2): 384-389.
- RPWDL (2022). <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/RegistryList>, dostęp 30.08.2022.
- Rosenman, D., Friesner, R. (2001). The Property Rights Theory of the Firm and Mixed Competition: A Counter-Example in the US Health Care Industry. *International Journal of the Economics of Business* 2001, 8(3): 437-450.
- Samadi, A.H., Ostadzad, A. H. (2013). Optimum share of public and private sectors in property rights protection: An augmented endogenous growth model. *Economic Modelling* 2013, 33: 947-955.
- Srinivas, S. (2008). Intellectual Property Rights, Innovation and Healthcare: Unanswered Questions in Theory and Policy. *Economica* (Fluminense Federal University) 2008, 10(2): 106-146.

- Vining, A.R., Weimer, D.L. (2016). The Challenges of Fractionalized Property Rights in Public-Private Hybrid Organizations: The Good, the Bad, and the Ugly, Regulation and Governance 2016, 10(2): 161-178.
- Termedia (2022). Lista niewypłacalnych szpitali stan na 23 sierpnia, <https://www.termedia.pl/mz/ListaNiewypłacalnych-szpitali-stan-na-23-sierpnia,48306.html>, dostęp 24.08.2022.
- Wasilewski, P., Korzeniowski, P. (2015). Co się zmieniło w opiece zdrowotnej? Przekształcenie szpitali w spółki kapitałowe. Kontrola Państwowa 2015, 5: 79-93.
- Wildfire, A., Stebbing, J., Gazzard, B. (2007). Rights theory in a specific healthcare context: "Speaking ill of the dead". Postgraduate Medical Journal 2007, 83(981): 473-477.
- Zak, P.J. (2002). Institutions, Property Rights, and Growth, Recherches économiques de Louvain 2002, 68(1): 55-73.

## Załączniki

**Tabela 1. Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003 - I kw. 2022**

Wyszczególnienie kwartałów	Wartość zobowiązań ogółem (w mln zł)	Dynamika zobowiązań ogółem w % (kwartał poprzedni = 100)
III 2003	7 501,6	-
IV 2003	7 327,7	97,7
I 2004	7 791,6	106,3
II 2004	8 624,5	110,7
III 2004	8 749,0	101,4
IV 2004	9 450,1	108,0
I 2005	9 348,4	98,9
II 2005	9 646,2	103,2
III 2005	9 908,2	102,7
IV 2005	10 273,5	103,7
I 2006	10 164,6	98,9
II 2006	10 093,4	99,3
III 2006	10 195,7	101,0
IV 2006	10 384,2	101,8
I 2007	10 233,6	98,5
II 2007	10 139,6	99,1
III 2007	9 808,9	96,7
IV 2007	9 563,3	97,5
I 2008	9 527,0	99,6
II 2008	9 627,9	101,1
III 2008	9 653,3	100,3
IV 2008	9 979,7	103,4
I 2009	9 828,7	98,5
II 2009	9 646,3	98,1
III 2009	9 550,3	99,0
IV 2009	9 627,6	100,8
I 2010	9 849,3	102,3
II 2010	9 931,8	100,8
III 2010	9 774,8	98,4
IV 2010	9 963,1	101,9
I 2011	9 917,0	99,5
II 2011	10 057,2	101,4
III 2011	9 961,6	99,0
IV 2011	10 383,6	104,2
I 2012	10 570,5	101,8
II 2012	10 535,4	99,7
III 2012	10 705,5	101,6
IV 2012	10 661,4	99,6
I 2013	10 745,1	100,8
II 2013	10 889,8	101,3
III 2013	10 356,0	95,1
IV 2013	9 922,1	95,8
I 2014	9 933,1	100,1

II 2014	10 034,2	101,0
III 2014	10 242,1	102,1
IV 2014	10 345,8	101,0
I 2015	10 560,9	102,1
II 2015	10 863,8	102,9
III 2015	10 885,2	100,2
IV 2015	10 812,6	99,3
I 2016	10 712,1	99,1
II 2016	10 942,4	102,2
III 2016	11 154,7	101,9
IV 2016	11 249,5	100,8
I 2017	11 268,0	100,2
II 2017	11 523,0	102,3
III 2017	11 858,5	102,9
IV 2017	11 757,0	99,1
I 2018	11 849,3	100,8
II 2018	12 132,2	102,4
III 2018	12 676,8	104,5
IV 2018	13 069,9	103,1
I 2019	13 546,8	103,6
II 2019	13 850,5	102,2
III 2019	14 322,9	103,4
IV 2019	14 609,1	102,0
I 2020	15 307,9	104,8
II 2020	14 775,3	96,5
III 2020	15 197,6	102,9
IV 2020	16 597,8	109,2
I 2021	16 807,1	101,3
II 2021	16 859,5	100,3
III 2021	17 216,5	102,1
IV 2021	17 743,6	103,1
I 2022	17 936,7	101,1

Źródło: Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz> (dostęp 19.07.2022).

**Tabela 2. Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2002 - I kw. 2022 (w tys. zł)**

Stan na dzień:	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez jednostki centralne		Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego		Razem samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	
	Zobowiązania wymagalne		Zobowiązania wymagalne		Zobowiązania wymagalne	
		w tym z tytułu dostaw i usług		w tym z tytułu dostaw i usług		w tym z tytułu dostaw i usług
31.12.2002 r.	531 892	437 329	2 716 891	1 647 078	3 248 783	2 084 406
31.12.2003 r.	710 178	499 458	4 022 796	1 981 405	4 732 974	2 480 863
31.12.2004 r.	923 828	630 186	4 760 597	2 209 444	5 684 426	2 839 630
31.12.2005 r.	825 667	543 317	4 049 705	1 766 756	4 875 372	2 310 073
31.12.2006 r.	917 013	655 758	2 686 726	1 257 232	3 603 739	1 912 989
31.12.2007 r.	797 308	642 641	1 830 119	1 021 594	2 627 427	1 664 235
31.12.2008 r.	847 008	651 828	1 532 569	858 691	2 379 577	1 510 519
31.12.2009 r.	693 927	596 687	1 646 827	982 402	2 340 755	1 579 090
31.12.2010 r.	646 014	601 260	1 612 812	1 056 278	2 258 826	1 657 537
31.12.2011 r.	629 814	585 054	1 651 515	1 259 775	2 281 329	1 844 829
31.12.2012 r.	631 874	584 681	1 728 602	1 376 450	2 360 475	1 961 131
31.12.2013 r.	652 890	602 479	1 278 081	1 054 747	1 930 971	1 657 225
31.12.2014 r.	645 401	597 398	1 161 784	1 005 819	1 807 185	1 603 217
31.12.2015 r.	614 620	585 972	1 144 270	978 157	1 758 890	1 564 129
31.12.2016 r.	590 985	565 839	1 148 491	989 512	1 739 476	1 555 351
31.12.2017 r.	473 937	444 285	933 732	829 427	1 407 669	1 273 712
31.12.2018 r.	600 390	598 907	1 021 909	948 221	1 622 299	1 547 128
31.12.2019 r.	543 115	540 607	1 338 137	1 251 039	1 881 252	1 791 645
31.12.2020 r.	470 648	467 972	1 204 818	1 119 069	1 675 467	1 587 040
31.03.2021 r.	555 584	554 489	1 358 127	1 267 770	1 913 711	1 822 259
30.06.2021 r.	591 233	588 725	1 395 221	1 290 839	1 986 454	1 879 564
30.09.2021 r.	608 305	602 017	1 524 353	1 408 817	2 132 659	2 010 834
31.12.2021 r.	461 217	459 915	1 163 924	1 078 126	1 625 141	1 538 041
31.03.2022 r.	573 455	567 765	1 331 473	1 248 979	1 904 928	1 816 744

Źródło: Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdania Rb-Z - rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 2396), <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz> (dostęp 19.07.2022).

**Tabela 3. Podział aktywnych podmiotów leczniczych według formy organizacyjno-prawnej (stan na 30.08.2022)**

Forma organizacyjno-prawna podmiotu leczniczego	Liczba znalezionych ksiąg
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (0100)	1106
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej bez celu osiągnięcia zysku (0102)	1200
Jednostka budżetowa (0200)	235
Jednostka budżetowa bez celu osiągnięcia zysku (0202)	207
Instytut badawczy (0300)	28
Instytut badawczy bez celu osiągnięcia zysku (0302)	0
Kościół, kościółna osoba prawna lub związek wyznaniowy (0400)	92
Kościół, kościółna osoba prawna lub związek wyznaniowy bez celu osiągnięcia zysku (0402)	48
Fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie (0500)	483
Fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie bez celu osiągnięcia zysku (0502)	245
Spółdzielnia (0600)	139
Spółdzielnia bez celu osiągnięcia zysku (0602)	4
Działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną (0700)	13179
Działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną bez celu osiągnięcia zysku (0702)	7
Spółka cywilna (0800)	3855
Spółka cywilna bez celu osiągnięcia zysku (0802)	0
Spółka jawna (0900)	1827
Spółka jawna bez celu osiągnięcia zysku (0902)	0
Spółka partnerska (1000)	854
Spółka partnerska bez celu osiągnięcia zysku (1002)	0
Spółka komandytowa (1100)	736
Spółka komandytowa bez celu osiągnięcia zysku (1102)	0
Spółka komandytowo-akcyjna (1200)	33
Spółka komandytowo-akcyjna bez celu osiągnięcia zysku (1202)	0
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (1300)	7052
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością bez celu osiągnięcia zysku (1302)	11
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego (1310)	172
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego bez celu osiągnięcia zysku (1312)	5
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące mniej niż 51% kapitału zakładowego (1320)	10
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące mniej niż 51% kapitału zakładowego bez celu osiągnięcia zysku (1322)	0
Spółka akcyjna (1400)	162
Spółka akcyjna bez celu osiągnięcia zysku (1402)	0
Spółka akcyjna, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego (1410)	22
Spółka akcyjna, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego bez celu osiągnięcia zysku (1412)	0
Spółka akcyjna, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące mniej niż 51% kapitału zakładowego (1422)	10
Spółka akcyjna, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają udziały albo akcje reprezentujące mniej niż 51% kapitału zakładowego bez celu osiągnięcia zysku (1422)	0
Inna (1500)	48
Inna bez celu osiągnięcia zysku (1502)	4
Razem	31774

Źródło: kompilacja autora na podstawie RPWDL, <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/SearchEx> (dostęp 30.08.2022)

## O AUTORZE

**Jacek Klich**, dr nauk humanistycznych, dr nauk ekonomicznych, dr hab. nauk ekonomicznych, Zakład Zarządzania Organizacjami Publicznymi, Kolegium Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Autor i/lub współautor 6 książek, 94 rozdziałów w tomach zbiorowych oraz 134 artykułów naukowych publikowanych w języku polskim, angielskim, niemieckim, ukraińskim oraz serbskim. Obszar zainteresowań badawczych obejmuje polityki publiczne, przedsiębiorczość, sektor małych i średnich przedsiębiorstw, rozwój sektora prywatnego w gospodarkach państw postkomunistycznych (ze szczególnym uwzględnieniem sektora ochrony zdrowia) oraz zarządzanie w sektorze ochrony zdrowia (na poziomie makro, mezo i mikro).

*Opinie wyrażone w powyższym tekście mają charakter autorski i nie należy ich traktować jako stanowiska Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej im. Jerzego Regulskiego.*

.....

Warszawa, wrzesień 2022

[www.frdl.org.pl](http://www.frdl.org.pl)

Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej im. Jerzego Regulskiego  
ul. Żurawia 43, 00-680 Warszawa