

W Ł O D Z I M I E R Z C E Z A R Y W Ł O D A R C Z Y K

Między rynkiem i publiczną odpowiedzialnością – meandry polskiej reformy zdrowotnej

Systemy zdrowotne dzielą z organizmami żywymi tę ich cechę, że podlegają nieustannym zmianom. Z jednej strony tak instytucje, jak i pracujący w nich ludzie nieustannie próbują reagować na docierające do nich bodźce. Bodźce mają różnorodny charakter: mogą być efektem różnych zmian zachodzących w otoczeniu – jak pojawianie się nowych czynników chorobotwórczych, albo nadające się do wykorzystania innowacje technologiczne – ale mogą mieć postać intencjonalnie wprowadzanych zmian. Wszystkie współczesne rozwinięte państwa podejmują działania, które – przynajmniej w zamierzeniu – powinny prowadzić do większej efektywności ochrony zdrowia. Większa efektywność powinna polegać na osiągnięciu lepszego efektu zdrowotnego za możliwie małe wydatki, ale działania związane ze zdrowiem pełnią też rozmaite inne funkcje, od wzmacniania subiektywnie odczuwanego poczucia bezpieczeństwa, poprzez upiększające efekty medycyny estetycznej, aż po kreowanie przekonania, że władza z troską myśli o zdrowiu obywateli. Wzgląd na ten ostatni czynnik sprawia, że jedną z atrakcyjnych dla polityków form aktywności jest podejmowanie inicjatyw reformowania systemów. Ponieważ jest sprawą oczywistą, że żaden system nie funkcjonuje perfekcyjnie i każdy może kosztować mniej, praktycznie w każdej sytuacji zawsze jest coś do poprawienia.

Deklarowanie przez polityków, że chcą coś naprawić, zawsze jest witane nie tylko z nadzieją, ale i z uznaniem, jako widoczny dowód pozytywnie ukierunkowanej aktywności. Nie zawsze tak było i przez dużą część XX w. systemy były stabilne, po drugiej wojnie światowej wraz z rozwojem państw opiekuńczych zwiększono zakres osób uprawnionych do świadczeń, ale dopiero w latach osiemdziesiątych uznano, że reformowanie systemów jest oczywistym i naturalnym obowiązkiem polityków. Jednocześnie dla ogółu obywateli stało się oczywiste, że obowiązkiem władzy jest podejmowanie wysiłków, aby służba zdrowia funkcjonowała możliwie dobrze. Prawie wszędzie panuje opinia, że władzę można obciążać odpowiedzialnością za jakość funkcjonowania systemu zdrowotnego. Jednym z najważniejszych problemów, jakie próbowano rozstrzygnąć w ostatnich latach, była kwestia zakresu i głębokości stosowania mecha-

nizmów rynkowych. Reprezentanci skrajnych opcji opowiadali się, z jednej strony, za możliwie szerokim ich wykorzystywaniem, co w konsekwencji było równoznaczne z postulatem ograniczania roli państwa czy podmiotów publicznych, a z drugiej strony zalecano możliwie maksymalne ograniczanie wpływu rynku, wskazując całą listę dysfunkcji, do których rynek może doprowadzać (*market failures*), jeśli pochopnie dopuści się go do wpływu na relacje wewnątrz służby zdrowia.

W tym opracowaniu zamierzam przedstawić trzy doświadczenia polskiego procesu reformatorskiego z ostatnich lat, kiedy to przed decydentami stawał problem wykorzystywania lub niewykorzystywania mechanizmu rynkowego. Przedmiotem rozstrzygnięć była kwestia konkurencji, doboru podmiotów, które miały być do konkurencji dopuszczane, zasad wynagradzania zwycięzców, a także konsekwencji, jakie ponosili przegrani. Do rozważenia pozostaje pytanie, na ile konsekwentne były rozstrzygnięcia przyznające pierwszeństwo jednej ze wskazanych opcji albo w jakim stopniu próbowano doprowadzić do kompromisu między nimi. Opis analizowanych sytuacji poprzedzam skrótowym przedstawieniem dwóch skrajnych modeli na temat wykorzystywania rynku w sektorze zdrowotnym.

Rynek i odpowiedzialność publiczna

Charakterystyka skrajnych stanowisk określających miejsce rynku w ochronie zdrowia opiera się na dwóch dostępnych w Polsce książkach. Pierwsza to zbiór esejów noblisty z 1972 r., Kennetha Arrowa, z których jeden został poświęcony ubezpieczeniom zdrowotnym z punktu widzenia ekonomii dobrobytu [1]¹. Nie ma wątpliwości, że to jeden z przełomowych tekstów w tej dziedzinie. Druga książka, postulująca szerokie stosowanie rynkowych mechanizmów, została poprzedzona wstępem napisanym przez Milтона Friedmana, także noblisty, jednego z najwybitniejszych przedstawicieli neoliberalnej szkoły chicagowskiej [15]².

W stanowisku Arrowa istotne było twierdzenie, że świadczenia będące bezpośrednim efektem działań podejmowanych w służbie zdrowia są produktem nierynkowym i jako takie z największym trudem mogą stawać się przedmiotem obrotu rynkowego. Było to równoznaczne ze stwierdzeniem, że takie funkcje rynku jak prowadzące do zwiększania podaży przez ujawnianie wielkości popytu i umożliwiająca korzystanie zdolność i gotowość do płacenia nie prowadzą do osiągnięcia optymalnej równowagi. Miała przesądzać o tym specyfika produktu – świadczenia zdrowotnego – który był wytwarzany jako środek prowadzący do uzyskania rzeczywistego celu: utrzymania czy przywrócenia zdrowia. Pierwszą, braną pod uwagę cechą była niepewność odnosząca się do dwóch aspektów sytuacji. Po pierwsze, wystąpienie niepożądanego zdarzenia w postaci uszczerbku na zdrowiu, a przynajmniej jego zagrożenia, było niepewne. Wprawdzie w dużych populacjach prognoza epidemiologiczna pozwalała na określenie wielkości prawdopodobieństwa zachorowania na określoną chorobę albo stania się ofiarą wypadku, ale w odniesieniu do określonej osoby stosowanie takiej metody było nieprzystdatne. Po drugie, chodziło o niepewność osiągnięcia pożądanego skutku w po-

¹ Esej 8: *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*.

² Ciekawostka wydawnicza: książka ukazała się przy wsparciu finansowym miasta Stalowa Wola.

staci poprawy stanu zdrowia. Skuteczność wszystkich procedur medycznych jest również szacowana z określonym prawdopodobieństwem i reakcja organizmu poddawane leczeniu nigdy nie daje się z całą pewnością przewidzieć. Indywidualna podatność na stosowane bodźce, niedające się przewidzieć antagonistyczne reagowanie na stosowane procedury mogą łatwo zniweczyć podejmowane wysiłki. Drugą istotną cechą miała być asymetria informacji. Świadczeniodawca – lekarz dysponował fachową wiedzą na temat zdrowia i jego braku, wraz z bardzo szerokim zakresem informacji na temat symptomów, których występowanie w określonej konfiguracji przesądzało o postawionej diagnozie. Pacjent stanowił natomiast nieocenione źródło informacji na temat stanu własnego zdrowia na podstawie wywiadu, badania fizykalnego, a zwłaszcza badań obrazowych. Następstwem procesu pozyskiwania informacji było rozpoznanie przypadku i podjęcie decyzji o sposobie terapeutycznego postępowania. Instancją rozstrzygającą była zawsze osoba lekarza, nawet wtedy, gdy głos pacjenta i jego oczekiwania i preferencje były poważnie brane pod uwagę w podejmowanych decyzjach. Wśród dwóch stron uczestniczących w relacji lekarz – pacjent obrazy sytuacji zdrowotnej są – na ogół – zasadniczo odmienne: po stronie lekarza precyzyjne ustalenie kliniczne – oczywiście nie zawsze, biorąc pod uwagę trudności rozpoznania, a po stronie pacjenta budzący niepokój ogólnie tylko określony problem zdrowotny. W rezultacie nierówno podzielonej wiedzy między lekarzem i pacjentem powstawała specyficzna relacja zaufania, jakim pacjent musiał obdarzać lekarza. Swoisty przymus nie musiał być dolegliwy, bowiem działający racjonalnie pacjent prawidłowo postrzegał swoją niezdolność do właściwego zdefiniowania swojego problemu zdrowotnego. Niezbędne zaufanie, z jakiego korzystał lekarz, miało prowadzić po jego swoistej moralnej obligacji zobowiązującej go do działania w imieniu i na rzecz pacjenta. A więc nie własna korzyść lekarza – a już z pewnością nie zysk – miały motywować lekarza, ale troska o dobro innych, tych gorzej poinformowanych, słabszych i zależnych. Wyidealizowany obraz sytuacji lekarza i pacjenta był długo traktowany jako opis rzeczywistości, zachęcając do wyłączenia sektorów zdrowotnych spod zewnętrznej kontroli, a w obliczu ujawnianych patologii, wyzwalając fale krytyki skierowanej przeciw medykom, którzy nie byli w stanie sprostać anhelicznym wyobrażeniom, na swój temat.

Przedstawiany w książce postulat szerokiego wykorzystywania mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowotnym jest wywodzony z diagnozy o permanentnym kryzysie większości państwowych systemów ochrony zdrowia. Kryzys polega na nieprzerwanie rosnących kosztach, co jest często efektem decyzji szukających popularności polityków przy jednoczesnym braku możliwości zaspokojenia deklarowanych potrzeb. Zapotrzebowanie zwiększa się nie tylko w wyniku rosnącej świadomości i oczekiwań z nią powiązanych, co faktu nieistnienia finansowej bariery w momencie korzystania z publicznego/państwowego systemu. Tak to interwencja polityczna i podporządkowanie sektora zdrowotnego zewnętrznej kontroli, a więc wyeliminowanie oddziaływania sił rynkowych musi nieuchronnie prowadzić do drastycznego obniżania efektywności. Jest to sytuacja nie do uniknięcia, bo układ motywacji, czy raczej jej braku, nieodparcie nakłania poszczególne grupy decydentów do nieefektywnych wyborów. Z jednej strony, pacjent postrzegający świadczenie jako bezpłatne nie ma żadnych zachęt do unikania ryzyka zdrowotnego ani do ograniczania zgłaszalności, ani do szukania najbardziej skutecznych metod leczenia. Z drugiej strony, świadczeniodawcy nie zależy na szybkiej i precyzyjnej diagnozie prowadzącej do szybkiego wyleczenia, bo medyczna efektywność jego działań

– szybkie i możliwie tanie wyleczenie – nie jest brana pod uwagę przy jego ocenie i wynagrodzeniu. Przewlekłe i drogie leczenie nie jest zatem przedmiotem jego uwagi i troski. Monopolizacja uprawnień do organizowania procesu zaspokajania zdrowotnych potrzeb, której jednym z przejawów jest zasada jednego płatnika, została – zdaniem autorów – skompromitowana we wszystkich krajach, które próbowały ją stosować.

Efektom tak stawianej diagnozy, podkreśliły, że o uniwersalnym stosowaniu, jest prosta recepta na reformę polskiego systemu. We wprowadzeniu od Wydawcy znajduje się następujące stwierdzenie: „Dla Polaków najlepszym wyjściem jest uwolnienie służby zdrowia spod rządów państwa, wprowadzenie konkurencji na rynku usług medycznych, przywrócenie «archaicznego» systemu, w którym pacjent płaci temu, kto go leczy”. Wbrew temu, co twierdził powołany wcześniej Arrow i z czym zgadza się większość badaczy, w książce przyjmuje się, że „usługi medyczne są takim samym towarem, jak mleko, benzyna czy ziemniaki, są zatem takim samym, jak one, przedmiotem transakcji rynkowych”. Powiązanie usług zdrowotnych ze zdrowiem i życiem, dobrami, które – przynajmniej w deklaracjach – są lokowane na najwyższych piętrach ludzkich wartości, wydaje się nie mieć żadnego znaczenia. Skoro o nabyciu mleka, benzyny i ziemniaków decydujemy samodzielnie i jesteśmy gotowi do wniesienia stosowanej opłaty, to podobne decyzje powinny być zostawione potencjalnym pacjentom. Działający racjonalnie pacjent, dbając o własne zdrowie, będzie troszczyć się o finansowe zadowolenie lekarza, wiedząc, że zadowolony lekarz lepiej zatroszczy się o zdrowie pacjenta. Z drugiej strony, lekarz myślący o swoich dochodach dbać będzie i o zdrowie, i o zadowolenie pacjenta. Zdrowy i zadowolony pacjent nie będzie miał oporów przed ponoszeniem stosownych wydatków. Pośrednicy – w postaci państwa – nie są potrzebni, a jedyną potrzebną instytucją jest prywatne ubezpieczenie.

Trzy sytuacje

Po 1989 r., po rozpoczęciu transformacji, w polskim systemie zdrowotnym wprowadzono bardzo wiele zmian. W tym tekście zajmę się tylko trzema spośród nich: próbami traktowania świadczeniodawców, zwłaszcza szpitali, jako przedsiębiorców, ograniczeniem swobody ubiegania się o umowę z narodowym płatnikiem – NFZ – poprzez zbudowanie sieci szpitali, koncepcją upublicznienia Państwowego Ratownictwa Medycznego. W każdym z tych przypadków najpierw przedstawiam działania rozszerzające stosowanie mechanizmu rynkowego, a następnie działania zmierzające do jego ograniczania.

Świadczeniodawca jako przedsiębiorca – w stronę rynku

Pierwsze inicjatywy szerszego wykorzystywania mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowotnym były podejmowane stosunkowo wcześniej, co doprowadziło w 2008 r. do zainicjowania przez rząd PO-PSL prac nad nową wersją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [66]. W jej treści znalazła się idea traktowania ZOZ jako przedsiębiorstw w rozumieniu KC i organizowania ich w formie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółek akcyjnych. Ustawa ta została zawetowana przez prezydenta, związanego z partią opozycyjną. W uzasadnieniu weta znalazło się następujące stwierdzenie

[77]: „Spółki kapitałowe są, owszem, doskonałą formą, w której może być prowadzona działalność gospodarcza. Formuła spółki nie nadaje się jednak do każdej działalności. Gdyby świadczenie usług zdrowotnych miało się odbywać na zasadach w pełni komercyjnych, to ta forma byłaby właściwa. Ustawa nie dotyczy jednak lecznictwa komercyjnego, lecz dostępnego dla wszystkich, którego zorganizowanie jest konstytucyjnym obowiązkiem Państwa. To ono ma zapewnić opiekę zdrowotną. Można mieć wrażenie, że koncepcja spółek kapitałowych została przewidziana zamiast wprowadzenia działań koniecznych, by wywiązać się z tego obowiązku”.

W uzasadnieniu punktem wyjścia argumentacji zmiany było stwierdzenie, że polski system ochrony zdrowia od wielu lat przeżywa poważne trudności [38, s. 12]. Nie przedstawiono dowodów na istnienie takiego stanu rzeczy, co można uznać za zrozumiałe, ponieważ w uzasadnieniach aktów prawnych na ogół nie ma odwołania do empirycznych dowodów. Można też uznać, że autorzy uzasadnienia opierali się na wiedzy potocznej, jeśli, na przykład, badania opinii społecznej ujawniały wysoki poziom dyssatisfakcji pacjentów [21]³. Elementem diagnozy było także wskazanie głównych przyczyn mankamentów w funkcjonowaniu systemu:

- 1) ułomnej, nieefektywnej formy prawnej, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,
- 2) niewystarczających kwalifikacji kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej,
- 3) ograniczonej odpowiedzialności podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Pierwsze, radykalnie krytyczne stwierdzenie, mogłoby przemawiać za zmianą prawnej formy instytucji świadczącej usługi zdrowotne, ale jak pisze jedna z autorek „Nadaremnie jednak szukać w uzasadnieniu racjonalnego i rzeczowego wyjaśnienia stawianych tez [7, s. 30]. Projektodawcy nie dowodzą, na czym polega ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują SPZOZ”. W miejsce dowodów posłużono się frazą o „powszechnie znanych mankamentach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” [38]. Również bez dowodu przedstawiana jest krytyka podejmowana przez badaczy, którzy orzekają na przykład o „niejasnej formie prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w aspekcie prowadzenia przez niego działalności gospodarczej i statusu przedsiębiorstwa” [18]. W próbie interpretowania treści argumentu o ułomnej formie prawnej SPZOZ wskazać można tę jej cechę, która polega na braku możliwości bankructwa. Ale traktowanie tego jako zarzut ma słabe podstawy. Jak stwierdził jeden z autorów: „brak zdolności upadłościowej został wprowadzony w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej właśnie po to, aby nie traktować ZOZ-ów jako przedsiębiorców, lecz jako odrębne jednostki organizacyjno-prawne świadczące usługi bardzo szczególnego rodzaju, polegające przede wszystkim na ratowaniu życia i zdrowia ludzkiego” [19]. Pogląd, zgodnie z którym zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obywateli było podstawowym zadaniem SPZOZ jako instytucji ochrony zdrowia, był szeroko akceptowany w literaturze. Nacisk na efektywne wykorzystywanie zasobów miał być położony „jednocześnie” z realizacją zadania podstawowego, bezzasadne zatem byłoby jego priorytetowe traktowanie [76].

³ W badaniach CBOS z lutego 2010 roku 75% respondentów wyrażało opinie krytyczne, w tym 36% zdecydowanie krytyczne, 20% deklarowało zadowolenia, w tym 2% wysokie zadowolenie.

Nie było jednak tak, by autorzy uzasadnienia nie próbowali rozwinąć używanego przez siebie argumentu. Po pierwsze stwierdzili, że definicja wprowadzona w ustawie o ZOZ „odbiega od definicji przedsiębiorstwa określonej w art. 551 Kodeksu cywilnego poprzez niezrozumiałe z cywilistycznego punktu widzenia połączenie czynnika ludzkiego i substratu majątkowego” [38]. Odmienność podejścia w KC w stosunku do definicji ustawy o ZOZ była faktem, ale nie było powodu, by jako punkt odniesienia i kryterium poprawności wykorzystywać pojęcie przedsiębiorstwa. Przeciwnie, jak już wspomniano, twórcy ustawy o ZOZ byli jak najdalej od postrzegania zakładów jako przedsiębiorstw. Po drugie, autorzy Uzasadnienia napisali, że występujący chaos definicyjny był potęgowany rozwiązaniem, zgodnie z którym zakład opieki zdrowotnej mógł być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej. Miało to w praktyce niejednokrotnie prowadzić do tworzenia zagmatwanych struktur zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w ramach innych zakładów opieki zdrowotnej. Nie trudno zauważyć, że decyzje kształtujące struktury poszczególnych instytucji były dziełem polityków samorządowych, którzy uchwalali statuty ZOZ w postaci uznawanej przez siebie za najlepsze, a statuty te były następnie rejestrowane przez upoważnione do tego władze. Istniała więc realna możliwość uproszczenia struktur w każdej sytuacji, w której uznano by to za konieczne, a zatem nie wynikał z tego postulat likwidacji samej koncepcji ZOZ.

Kwestia słabych kompetencji kadry zarządzającej robi wrażenie bardziej pretekstu niż rzeczywistego problemu, który miałby być rozwiązywany przy pomocy zmian na poziomie ustawy. Łatwo zauważyć, że już sama diagnoza dotycząca jakości kadr zarządzających mogła być zakwestionowana, nie było bowiem dowodów na jej rzecz. Fakt zadłużania się szpitali mógł być powodowany – i był powodowany – wieloma innymi czynnikami, wśród których umiejętności menadżerskie nie były z pewnością najważniejsze. Po wtóre, dobór kadr jest efektem jednostkowych decyzji podejmowanych na niskim szczeblu, z dala od władzy centralnej – pomijając oczywiście naciski polityczne, które w tamtym czasie nie odgrywały raczej znaczącej roli. Jeśli zatem w praktyce wybierano kiepskich menadżerów, to odpowiedzialność winna być przypisana lokalnym decydom. Po trzecie, istniały podstawy by sądzić, że zasoby kadrowe, z których można było czerpać kandydatów na stanowiska kierownicze, ulegały w tamtych latach bardziej wzmocnieniu niż osłabieniu. Liczne kursy z zarządzania w opiece zdrowotnej, łącznie z MBA, liczni absolwenci studiów zdrowia publicznego tworzyli mocne zaplecze, z którego można było powoływać sprawnych zarządzających.

Ograniczona odpowiedzialność organów tworzących SPZOZ-y, a więc samorządów, była faktem, ale było to rezultatem sytuacji wynikającej ze sposobu usytuowania władzy samorządowej w strukturach państwa [43]⁴. Organy samorządowe miały ponosić finansową odpowiedzialność za zadłużone instytucje zdrowotne, nie mając w praktyce żadnego wpływu na ich działalność, bo instytucje zawsze stanowiły podmioty odrębne formalnie i funkcjonalnie od podmiotów tworzących. Było to o tyle naturalne, że sama koncepcja SPZOZ była wyprowadzana z zasady, że instytucja ta sama miała pokrywać z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty swojej działalności oraz z tego samego źródła miała regulować swoje zobowiązania. Zadłużenie szpitali było następstwem różnicy między wielkością pieniędzy przekazywanych przez NFZ a wielkością

⁴ Pod koniec 2011 roku organy centralne prowadziły 115 placówek, a władze samorządowe 1307.

wydatków poniesionych przez świadczeniodawców, dążących do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych zgłaszających się, uprawnionych pacjentów [27]⁵. Często odmowa udzielenia świadczenia nie była możliwa, co wynikało z obligacji wprowadzonej art. 7 ustawy o ZOZ [71]⁶. W jednym z oficjalnych dokumentów [22, s. 6], w którym analizowano problem zadłużania się szpitali, wskazano na szereg przyczyn prowadzących do niekorzystnego stanu rzeczy: niedoszacowanie kosztów wielu usług (stawały się deficytowe na skutek niedoszacowania rzeczywistych kosztów), stosowanie zasady samofinansowania ubezpieczenia zdrowotnego prowadzące do obniżania cen poszczególnych usług, obowiązek udzielania świadczeń osobom nieobjętym ubezpieczeniem w wypadku zagrożenia życia lub zdrowia, nieracjonalne rozmieszczenie zasobów, zwłaszcza łóżek szpitalnych, prowadzące do ich niepełnego wykorzystywania, naciski polityczne wynikające z ambicji posiadania własnych szpitali utrudniające racjonalizację ich lokalizacji. Postawiono tezę, że oddziaływanie tych czynników nieuchronnie prowadzi do niewydolności finansowej SPZOZ. Warto odnotować, że w świetle tej tezy argument o braku kompetencji kadry zarządzającej jest bezprzedmiotowy.

Jednoznacznie negatywna ocena ZOZ prowadziła logicznie do wniosku o konieczności jego eliminowania z systemu. Miało to następować stopniowo, już to w postaci likwidacji koniecznej w razie niemożliwego do spłacenia zadłużenia, już to przez przyjęcie zasady, że nowotworzony świadczeniodawca nie może być organizowany w formie ZOZ. Postulowano, by w przyszłości podmioty wykonujące działalność leczniczą miały status przedsiębiorcy w rozumieniu art. 43¹ Kodeksu cywilnego i mogły przybierać postać albo podmiotu leczniczego albo praktyki zawodowej. Podmioty lecznicze miały działać jak przedsiębiorstwa, ale z ograniczeniami, takimi jak zakaz reklamowania usług lub zakaz wykonywania przez podmiot leczniczy działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych oraz ich reklamie. Podmiot publiczny, administracja centralna lub samorządowa, odtąd miał mieć możliwość powołania do życia nowej instytucji – podmiotu leczniczego – w formie spółki kapitałowej, działającej według regulacji zawartych w Kodeksie spółek handlowych lub jednostki budżetowej. Także uczelnie medyczne miały tworzyć podmioty lecznicze w formie spółek, ale – w tym wypadku – miały obowiązywać ograniczenia zbywania akcji podmiotom niepublicznym. Biorąc pod uwagę, że w zastanej sytuacji większość szpitali była zorganizowana jako SPZOZ oczywista stała się potrzeba uregulowania ich funkcjonowania w nowych warunkach. Dla rozwiązania – przejściowego – tego problemu zaproponowano wzmocnienie nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego (samorządu) oraz zwiększenie jego odpowiedzialności za sytuację finansową SPZOZ.

Mimo zdecydowanie krytycznej opinii na temat SPZOZ nie postulowano ich likwidacji, ale wszczynanie postępowań restrukturyzacyjnych pozwalających na ich przekształcenie w spółkę kapitałową, a więc zmianę formy prawnej bez konieczności ich uprzedniej likwidacji. SPZOZ miał być zastępowany przez spółkę, gdyż ta forma „sprzyja [...] efektywnemu zarządzaniu, otwiera nowe możliwości uzyskiwania przychodów, racjonalizuje gospodarowanie. Spółka powstała w wyniku przekształcenia

⁵ Zadłużenie szpitali na koniec 2011 r. wynosiło 10,06 mld zł.

⁶ Art. 7. Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

będzie następcą prawnym zakładu, wstępując w jego prawa i obowiązki” [38]⁷. Aby zachęcać władze samorządowe do tego rodzaju przekształceń, autorzy projektu ustawy zaproponowali mechanizm wsparcia dla zadłużonych SPZOZ. Miało je to uchronić przed groźbą bankructwa, bowiem jedną z cech spółki jako preferowanej struktury organizowania świadczeniodawców była możliwość jej upadłości (w przeciwieństwie bowiem do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej spółka kapitałowa miała mieć zdolność upadłościową). Perspektywa czy wręcz zagrożenie było bodźcem skłaniającym menadżerów do unikania nowego zadłużania się.

Zmiany wprowadzane przez projekt ustawy były dla systemu bardzo poważne. Wszystkie publiczne zakłady działające na podstawie dotychczasowych przepisów miały stać się podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami i w ciągu roku dostosować swoją działalność, statuty i regulaminy do nowych przepisów. Natomiast zakłady niepubliczne z dniem wejścia w życie ustawy miały stać się przedsiębiorcami podmiotów leczniczych. Znoszono zatem na przyszłość jedną z ważnych cech opisujących świadczeniodawców – ich zróżnicowanie na instytucje publiczne i niepubliczne. Podmiotami leczniczymi mieli być bowiem przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, a więc spółki, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia, a także kościoły lub związki wyznaniowe [4, s. 64]⁸.

Wskazać należy, że autorzy diagnozy i działań naprawczych nie przedstawili dowodów potwierdzających ich stanowisko. Ani ustalenie przyczyn nie było poprzedzone empirycznym rozpoznaniem sytuacji, ani wybór proponowanych mechanizmów – stosowanie mechanizmu rynkowego i uznanie spółki za obiecującą formę organizacyjną – nie było wsparte argumentami potwierdzającymi ich skuteczność w zastanej sytuacji. Uzasadnieniem był zespół poglądów, zgodnie z którymi mechanizm rynkowy jest dobrym rozwiązaniem w każdej sytuacji, a zatem rozpoznanie szczegółowych uwarunkowań nie jest potrzebne dla podjęcia skutecznych działań naprawczych.

W toku procesu legislacyjnego przedstawiony projekt ustawy był poddany wielostronnej krytyce, także w czasie publicznego wysłuchania, jakie odbyło się w Komisji Zdrowia [20]. Przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” stwierdziła, że wprowadzanie systemowych zmian w ochronie zdrowia powinny zawsze poprzedzać szczegółowe analizy sytuacji bieżącej, a także wytyczenie perspektywy na przyszłość. Treść propozycji pozwala sądzić, że intencją ustawodawcy nie jest rozwiązanie problemu zadłużenia ochrony zdrowia w Polsce, powszechna eliminacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z kręgu pomiotów udzielających świadczenia. Proponowaną metodą rozwiązywania problemów miałyby być poprzedzona komercjalizacją prywatyzacja. Do krytycznych opinii przyłączyła się Przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej OPZZ, która negatywnie oceniła perspektywę dominacji w ochronie zdrowia mechanizmów rynkowych poprzez traktowanie zakładów opieki zdrowotnej jako podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które mają być przedsiębiorstwami. Oznacza to wprost, że ostatecznie celem zmian systemowych jest efekt ekonomiczny, a nie zdrowotny, czyli

⁷ Uzasadnienie... s. 13.

⁸ Pogląd, że ustawa zniesie ten podział, nie był powszechny i niektórzy komentatorzy twierdzili, że „jedną z najistotniejszych unormowanych (w ustawie) kwestii jest dokonanie podziału na publiczne i niepubliczne”.

dąży się do wprowadzenia przewagi rynku i ekonomii ponad misję publicznej natury ochrony zdrowia. Szczególnie krytycznie oceniono preferowane dążenie do komercjalizacji szpitali klinicznych, a także regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, zdaniem OPZZ te dwa obszary szczególnie wymagają nadzoru państwa, a nie wolnego rynku. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdził, że dla lekarzy i lekarzy dentyistów nie do zaakceptowania jest widoczne w projekcie ustawy uznanie działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej poddanych prawom wolnego rynku. Rozwiązanie takie może zagrozić dostępności obywateli do świadczeń zdrowotnych, narażając na szwank ich bezpieczeństwo zdrowotne. Uznał także za fikcję dobrowolność przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej, gdyż zaproponowano wprowadzenie w życie mechanizmów bardzo silnie zachęcających do restrukturyzowania SPZOZ i większość decydentów tym zachętom ulegnie. Prezes jednej z Okręgowych Izb Lekarskich zgodził się z autorami projektu ustawy w tym, że nie można dłużej tolerować sytuacji zapaści finansowej wielu szpitali i trzeba podjąć zdecydowane działania przeciwdziałające temu zjawisku. Ale przedstawiony projekt proponuje inicjowanie procesów komercjalizacji i przekształceń w spółki prawa handlowego, a nie ma zapisów mówiących o zapewnieniu pacjentowi dostępu do świadczeń. Przypomnieć zatem należy, że zysk spółki nie jest głównym celem szpitali. A przy przekształcaniu szpitala może być podjęta decyzja o pozostawieniu oddziałów przynoszących dochód i likwidowaniu oddziałów przynoszących straty, bez troski o skutki dla pacjentów. Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wskazała krytycznie, że ustawa zmierza do pełnej komercjalizacji podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia, pomijając całkowicie publiczną misję tych jednostek. W efekcie wejścia w życie ustawy w zaproponowanym kształcie zagubienie publicznej misji podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest wysoce prawdopodobne.

Ekspert Pracodawców RP sprzeciwiając się głosom krytycznym, powołał się na przykład działania ponad 100 szpitali samorządowych przekształconych w spółki prawa handlowego, w których żaden oddział nie został zamknięty, nikt nie kazał pacjentom płacić za świadczenia i żaden pacjent nie został odesłany do szpitala zwanego publicznym. Zakwestionował przy tym rozróżnienie na szpitale publiczne i niepubliczne, twierdząc, że w obydwu rodzajach szpitali realizowana jest funkcja publiczna, kiedy świadczenia są udzielane w ramach kontraktów z publicznym płatnikiem, jakim jest NFZ. Prezes Zarządu Spółki Pro-Medica, powołując się na własne doświadczenia prowadzonej w jednym z miast spółki samorządowej stwierdził, że – wbrew obawom – spółka prawa handlowego jest sprawdzoną formułą organizacyjno-prawną, która w żaden sposób nie grozi pacjentom, nie powoduje drenowania prywatnych kieszeni, a zdecydowanie rozwija swoją działalność i w dalszym ciągu chce mieć coraz lepsze warunki do swojej działalności. Idee zawarte w przedstawionym projekcie ustawy opisał jako „nieocenioną rzecz”, dającą wsparcie racjonalnym zmianom i możliwość równoprawnego traktowania podmiotów.

Reprezentujący sejmową lewicę posłowie [2]⁹ przedstawili kilkanaście propozycji mających zagwarantować nowo powołanym lub powstającym z przekształcenia spół-

⁹ Warto przypomnieć, że jeden z wnioskujących posłów, Marek Balicki, został odwołany z funkcji wiceprzewodniczącego Komisji Zdrowia, co było niekiedy interpretowane jako element sankcji podjętych przez większość parlamentarną, wywołanych przez jego krytykę projektu ustawy o działalności leczniczej. W obronie Balickiego wystąpili posłowie PiS.

kom publiczny charakter [49]. W kolejnych fazach postępowania legislacyjnego komisja rekomendowała sejmowi odrzucenie zmierzających w tym kierunku poprawek [5]. Jeszcze w dniu głosowania, na chwilę przed jego przeprowadzeniem, podniesiono problem ograniczenia możliwości zbywania akcji podmiotom niepublicznym. Wnieśiona w tej sprawie poprawka została odrzucona [54].

W czasie dyskusji parlamentarnej powtórzono wiele spośród przedstawionych wyżej argumentów [53]. Poseł sprawozdawca w imieniu większości rządowej podkreślił spodziewane korzyści, których osiągnięcie będzie możliwe dzięki wprowadzeniu w życie projektu. Reprezentant koalicyjnego PSL zapowiedział głosowanie za ustawą, ale nie powstrzymał się od uwagi, że „[...] po wejściu w życie ustawy szpital już nie będzie zakładem opieki zdrowotnej, ale przedsiębiorstwem”. Przedstawiciel klubu PiS zapowiedział sprzeciw, protestując przeciw zmianom, które „z pacjenta chciały uczynić najsłabsze ogniwo systemu” i zaproponował zorganizowanie referendum pytające obywateli, „czy są za powszechną komercjalizacją otwierającą szeroką drogę do masowej prywatyzacji polskich szpitali”. Przedstawiciel klubu SLD zarzucił projektowi dążenie do pozbawienia świadczeniodawców charakteru instytucji użyteczności publicznej, przez zastosowanie procedury restrukturyzacji. Świadczyłoby to o tym, że celem przekształconych przedsiębiorstw ma stać się wynik finansowy, czyli maksymalizacja zysku, a nie to, co jest istotą funkcjonowania przedsiębiorstw użyteczności publicznej, czyli bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb obywateli poprzez świadczenie powszechnych usług, jakimi są usługi zdrowotne. W projekcie nie zaproponowano żadnych zabezpieczeń, które uniemożliwiłyby przekazanie większości udziałów w ręce prywatnych udziałowców przez dopuszczenie do niekontrolowanych upadłości. W ten sposób powstało realne zagrożenie, że władze publiczne utracą wpływ na infrastrukturę szpitalną, która ma zapewnić korzystanie ze świadczeń osobom potrzebującym.

Sejm przyjął ustawę 251 głosami, przeciw było 173 posłów (PiS – 134, lewica – 38) [14]. Senat zaproponował wprowadzenie jedynie kosmetycznych poprawek – wnioski mniejszości nie miały szans dalszego procedowania [51]. Ustawa wróciła do Sejmu, gdzie na posiedzeniu 15 kwietnia, poprawki zostały częściowo przyjęte, co było równoznaczne z jej uchwaleniem [55].

Świadczeniodawca jako przedsiębiorca – od rynku

Dokumentem, w którym przedstawione były strategiczne dążenia PiS, partii, która zwyciężyła w wyborach 2015 r., był programowy dokument z roku 2014 [80]. Sprawy zdrowia były jedną z trzech części zamierzeń obejmujących także pracę i rodzinę. Z uwagi na polityczny charakter tekstu nie stroniono w nim od politycznych polemik, omawiając ochronę zdrowia jako „szczególnie zaniedbaną sferę «zaplanowanego kryzysu i bałaganu»”. Skrytykowano zmuszanie szpitali do komercjalizacji, co zostało potraktowane jako droga do ich prywatyzacji. Poza naturalnymi deklaracjami dążeń do poprawy sytuacji, zwiększenia dostępności zapowiedziano odwrócenie działań komercjalizacyjnych i budżetowe funkcjonowanie szpitali, których – co potwierdzono – nie zamierzano zamykać.

Rządowe zamierzenia skonkretyzowano w strategicznym dokumencie Ministerstwa Zdrowia [30]. Zrezygnowano z polemicznej retoryki, natomiast w próbie diagno-

zy jednoznacznie wskazano stosowanie mechanizmów rynkowych jako siłę sprawczą bardzo złej sytuacji w sektorze zdrowotnym. Napisano mianowicie: „Ustawienie akcentów polityki zdrowotnej na konkurencję i komercjalizację oparte o rynek pojedynczych świadczeń lub nawet procedur medycznych, przy jednoczesnym radykalnym niedofinansowaniu systemu, spowodowało znaczące nierówności w dostępie do różnych typów świadczeń i spowodowało długie kolejki w wielu obszarach”. Stwierdzono wręcz, że w wyniku zmian z 2011 r. „dotychczasowi właściciele podmiotów leczniczych (podatnicy, za pośrednictwem administracji centralnej i samorządowej) utracili narzędzia nadzoru nad swoją własnością, a część publicznych podmiotów leczniczych skupiła się na działalności komercyjnej”. Wskazano też dalekosiężne konsekwencje w sferze ustrojowej – rezygnacja ze strony państwa jego konstytucyjnej odpowiedzialności za zabezpieczenie zdrowotne obywateli.

W uzasadnieniu ustawy mającej zmienić rozwiązania przyjęte w 2011 r. kierunek przekształceń rozpisany na 15 zadań szczegółowych można streścić sformułowaniem zawartym w jednym z nich: zastąpienie określenia „przedsiębiorstwo”, określeniem „zakład leczniczy” [74]. Oczywiście, w istocie autorzy nowelizacji nie zamierzali ograniczać się do zmiany terminologicznej, ale chodziło o odstąpienie od rynkowej koncepcji przedsiębiorstwa wraz ze wzmocnieniem, a niekiedy przywróceniem publicznych organów władzy – państwowej i samorządowej – nad instytucjami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Miało to polegać, między innymi, na wzmocnieniu narzędzi nadzoru podmiotu tworzącego nad „swoim” samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, wprowadzeniu zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te utraciłyby większościowy pakiet akcji albo udziałów, czy wprowadzeniu zasady niewypłacania dywidendy w spółkach kapitałowych, w których Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna posiadają ponad 51% akcji albo udziałów.

Przedstawiając propozycję zmian ich autorzy nie przedstawili mocnych dowodów na ich poparcie, poza jedyną zawartą w Uzasadnieniu twardą informacją, że poziom zobowiązań ogółem w 2015 r. wyniósł blisko 11 mld zł. Autorzy mieli możliwość wykorzystania w tym celu wyników kontroli przeprowadzonych przez NIK. W raporcie pierwszej z nich, opublikowanej w 2011 r. napisano, że „Najważniejsze cele komercjalizacji: powstrzymanie generowania strat i zmniejszenie kolejek pacjentów oczekujących na zabiegi – w większości skontrolowanych szpitali – nie zostały osiągnięte. Nie poprawiła się również dostępność świadczeń zdrowotnych, gwarantowanych w ramach ubezpieczenia” [29]. Wnioski kolejnej kontroli były bardziej rozbudowane [28]. W raporcie z 2014 r. stwierdzono, że szacunki MZ dotyczące liczby podmiotów zainteresowanych przekształceniem SPZOZ-ów w spółki okazały się znacznie zawyżone. W latach 2011-2014 zaledwie 34 jednostki samorządu terytorialnego podjęły działania na podstawie ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej, przekształcając 45 SPZOZ z przewidywanych 500. W tym okresie wykorzystano mniej niż 1/4 środków rezerwy budżetowej przeznaczonych na ten cel. W Ministerstwie nie analizowano przyczyn niskiego zainteresowania środkami z dotacji i corocznie planowano na ten cel zawyżone kwoty, co NIK oceniła negatywnie. Ustalenia kontroli wskazały, że niewielkie wykorzystanie rezerwy było konsekwencją struktury zobowiązań SPZOZ-ów i ograniczeń ustawowych, dotyczących wykorzystania tych środków na spłatę zobowiązań. W 38 SPZOZ przekształconych w spółki kapitałowe, jednostki samorządu terytorialnego zbyły po-

siadane akcje lub udziały. Zaobserwowano także, że w badanym okresie zaszły mało korzystne zmiany: liczba szpitali nieznacznie się zwiększyła, a liczba łóżek szpitalnych tylko minimalnie się zmniejszyła.

W czasie dyskusji prowadzonej w Komisji Zdrowia jeden z posłów opozycyjnych poinformował, że „żaden z podmiotów, który konsultował tę ustawę, nie wypowiedział się pozytywnie w żadnym punkcie odnośnie do tej ustawy. Wszystkie oceny są negatywne” [56]. Przedstawicielka koalicji rządowej skomentowała natomiast przedstawione propozycje jako dotyczące jednego tylko słowa: „Słowo «przedsiębiorstwo» zamieniamy na wyrazy «zakład leczniczy». To wszystko [...]. Naprawdę nie trzeba tego długo wyjaśniać, ponieważ żaden zakład leczniczy, żadna instytucja lecznicza nie jest fabryką. Wprawdzie niektórzy nazywają to fabrykami zdrowia, ale nie jest to fabryka” [57]. Komentarz ten był drastycznym zawężeniem, zniekształcającym treść rozważanych zmian¹⁰.

Ustawa została przyjęta przez Sejm w dniu 10 czerwca 2016 r., 226 głosów za i 190 przeciw [13].

Sieć szpitali – do rynku

Jednym z najważniejszych rynkowych mechanizmów, jakie wykorzystywać można w organizowaniu pracy sektora zdrowotnego, jest tworzenie ram konkurencji między świadczeniodawcami ubiegającymi się o tę samą pulę publicznych pieniędzy przeznaczonych na zaspokojenie zdrowotnych potrzeb ludzi. Idea taka jest stosunkowo nowa, bowiem przez wiele lat panowało przekonanie, że finansowe bodźce działające w konkurencji nie są właściwym narzędziem motywowania medycznych profesjonalistów. Przekonanie takie wynikało z poważnego traktowania koncepcji profesjonalizmu medycznego, zgodnie z którą dla lekarzy bodźcem miało być poczucie misji i posłannictwa, a nie dążenie do zysku. Doświadczenia wielu krajów wykazały fałszywość tego rodzaju nadziei, doprowadzając niekiedy do stanu określanego jako kryzys zaufania do medycyny. Od końca lat osiemdziesiątych inspirowana przez Alaina Enthovena koncepcja wewnętrznego rynku [8] była bardzo szeroko stosowana i jej wykorzystanie stało się standardem kolejnych propozycji reformowania opieki zdrowotnej [10]. Warunkiem podejmowania działań konkurencyjnych było oddzielenie funkcji świadczeniodawcy od funkcji płatnika. Warunek ten, całkowicie naturalny w systemach ubezpieczeniowych, wcale nie był oczywisty w systemach wewnętrznie zintegrowanych, takich jak brytyjska NHS lub służba zdrowia w krajach realnego socjalizmu [25].

W polskim procesie reformatorskim idea rozłączenia tych dwóch funkcji pojawiła się w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, kiedy stwierdzono, że kasy chorych zawierają umowy o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami, umowy te są jawne [67]¹¹. W ustawie nie było jednak przepisów regulujących kształt powiązań między procedurą zawierania umów a mechanizmami rynkowymi, takimi jak konkurencja.

¹⁰ Można wyrazić zdziwienie, że argumenty wskazane w raportach NIK nie zostały wykorzystane przez zwolenników proponowanych zmian. Same raporty zostały natomiast wspomniane – ale bez prezentacji ich treści – w debacie prowadzonej w Komisji Zdrowia;

¹¹ Art. 53.1.

Kilka lat później, kiedy przygotowywano ustawę, która ostatecznie doprowadziła do utworzenia Narodowego Funduszu Zdrowia, sytuacja uległa zmianie. W uzasadnieniu projektu tej ustawy napisano, że „Fundusz jest obowiązany traktować jednakowo wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji” [73]¹². W kolejnych przepisach postulat przestrzegania zasad uczciwej konkurencji skierowano do ministra, mającego przygotować przepisy wykonawcze oraz do komisji konkursowych, które nie powinny tak opisywać przedmiotu zamówienia, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję.

Naczelna Rada Lekarska nie odniosła się wprost do zasady uczciwej konkurencji, ale skrytykowała podstawową formułę zawierania umów, wskazując nierównoprawną pozycję płatnika i świadczeniodawcy [63]. Dominująca rola płatnika uniemożliwiała negocjacje warunków kontraktów, tworząc dyktat jednej strony. Z innych spraw postulowano podjęcie prac prowadzących do zdefiniowania pozytywnego koszyka świadczeń tak, by możliwe było wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń, umożliwiających korzystanie z pozostałych świadczeń. Analogicznie, w opinii Federacji ZZPOZ problem uczciwej konkurencji nie został podjęty, podjęto natomiast – nieoczekiwanie, biorąc pod uwagę temat opinii – kwestię niedostatecznego finansowania opieki zdrowotnej i przypomniano postulat podniesienia wysokości składki do poziomu 11% wynagrodzenia [62]. Sejmowa Komisja Zdrowia na kolejnych posiedzeniach najpierw przyjęła omawiany artykuł bez komentarza [48], a następnie powtórzyła aprobującą frazę o „równym traktowaniu świadczeniodawców oraz uczciwej konkurencji” [50].

Ostatecznie zasada równego traktowania i uczciwej konkurencji została przyjęta jako artykuł 134 w uchwalonej ustawie [70]. Należy odnotować, że przepis ten, stał się punktem wyjścia do opracowania swoistej, znanej tylko w omawianej ustawie, procedury zawierania umowy w sprawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Postępowanie to zostało mocno sformalizowane przez włączenie do niego wymagań dotyczących trybu jego przeprowadzenia. Zostały one przedstawione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w postaci szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej [45]. Odnotować także należy, że ustawowy przepis w niezmiennionej postaci, w czasie pisania tego tekstu, formalnie nadal obowiązuje, niezależnie od zmian systemowych dotyczących konkursów ofert, o których będzie dalej mowa.

Nie rozporządzam systematyczną analizą i oceną praktyki stosowania powołanego przepisu i wywodzonej zeń procedury. Z ułamkowych informacji można jednak sformułować wnioski, że podmioty przegrywające konkursy, z reguły uważając, że stało się to w wyniku ich nierównego, czyli gorszego traktowania, próbowały korzystać ze środków odwoławczych. W toku postępowania odwoławczego prowadzonego przez organy NFZ odwołania były zwykle oddalane [por. np. 3]. Jeśli duża częstotliwość tego rodzaju praktyk byłaby potwierdzona, to można byłoby formułować tezę o niechęci struktury administracyjnej, jaką jest NFZ, do uczestniczenia w aktywnościach typu rynkowego. Sytuacja ulegała jednak zmianie, jeśli uważający się za pokrzywdzony podmiot decydował się na wejście na drogę sądową. Ilustracją może być wyrok jednego z wojewódzkich sądów administracyjnych, który uwzględnił odwołanie niepublicznego podmiotu, który przegrał

¹² Art. 139,1.

konkurs i stracił możliwość podpisania umowy o świadczenie usług [79]. Sąd stwierdził naruszenie postanowień opisywanego przepisu polegające na zawyżeniu ceny oferty złożonej przez SPZOZ, zaniechaniu przez komisję konkursową rzetelnej weryfikacji złożonej oferty oraz wyborze tej oferty do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem sądu doszło do naruszenia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a interes prawny skarżącej niepublicznej spółki doznał uszczerbku w wyniku tego naruszenia, co oznacza, że naruszenie zasad postępowania przez NFZ spowodowało, że niepubliczny świadczeniodawca został pozbawiony możliwości zawarcia umowy.

Sieć szpitali – od rynku

Jedną z metod ograniczania siły wpływu mechanizmu rynkowego w sektorze zdrowotnym jest stosowanie metod planowania infrastruktury, takich jak budowanie „sieci szpitali” [por. np. 36]. Badacze potwierdzają, że w polskich reformach punktem wyjścia lansowania koncepcji sieci szpitali była analiza zastanego stanu rzeczy [23]. Chodziło o przygotowane w Państwowym Zakładzie Higieny opracowanie przedstawiające uwarunkowane demograficznie i epidemiologicznie potrzeby hospitalizacji, z uwzględnieniem struktury zachorowań [78]. Było to przeniesienie na polski grunt rozwijanej w świecie i wspieranej przez WHO koncepcji planowania zasobów szpitalnych i budowania ich sieci [9; 26].

Inicjatywę podjął Zbigniew Religa, w 2006 r., minister w rządzie koalicji pod przewodnictwem PiS. W różnych wersjach uzasadnienia wskazano czynniki zdrowotne – starzenie się społeczeństw, zmiany epidemiologiczne, czynniki organizacyjne – duże nasycenie łóżkami ostrymi w porównaniu z innymi rozwiniętymi krajami, ich bardzo małe wykorzystanie – ale nie ukrywano także względów politycznych, odwołując się do priorytetów programowych Klubu Prawa i Sprawiedliwości [72]. Zestaw przedstawionych argumentów pozwalał sądzić, że efektem tworzenia sieci będzie zmniejszenie liczby dostępnych łóżek, ale w tekście była mowa jedynie o przekształceniu około 7 200 łóżek w skali kraju. Niezależnie od merytorycznej zawartości projektu sytuacja polityczna nie sprzyjała dyskusjom o proponowanych rozwiązaniach [16]. Upadek rządu w 2007 r. spowodował zarzucenie dalszych prac, choć nie przedstawiono uzasadnienia braku ich kontynuacji.

Zapowiedziana w strategicznym dokumencie z 2016 r. idea sieci szpitali została na nowo podjęta na początku następnego roku i stosowny projekt został skierowany do sejmu [75]. Już w pierwszym zdaniu Uzasadnienia autorzy odnieśli się krytycznie do regulacji, zgodnie z którą powstała „niemal nieograniczona możliwość ubiegania się świadczeniodawców o zawarcie umów realizacji świadczeń zdrowotnych”. Było to możliwe, gdyż do okresowych postępowań byli dopuszczani wszyscy świadczeniodawcy spełniający warunki określone w ustawie i rozporządzeniach wykonawczych. Krytyczna opinia została przedstawiona jako konsekwentna kontynuacja negatywnych ocen formułowanych już wcześniej przez pokonanych w wyborach politycznych przeciwników, którzy nowelizacją z 2013 r. ograniczyli stosowanie otwartych konkursów, zwracając także uwagę na niedostateczne akcentowanie wymogu przestrzegania zasady ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, a także lekceważenie możliwości wykorzystywania poradni przyszpitalnej jako miejsca realizacji świadczeń ambulatoryjnych.

Negatywną diagnozę rozwinięto w kilku punktach:

- Zachwiana została zasada udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły, a powtarzające się postępowania konkursowe promowały fragmentację procesu udzielania świadczeń. W rozliczaniu umów brano pod uwagę tylko jeden z elementów procesu leczenia, zniechęcając do udzielania świadczeń w sposób skoordynowany, obejmujący nie poszczególne procedury, ale cały cykl leczenia.
- Stosowany w konkursach system ocen zachęcał do kształtowania struktur organizacyjnych szpitali w sposób sprzyjający oferowaniu atrakcyjnych dla płatnika „produktów konkursowo/rozliczeniowych”, z pomijaniem potrzeb zdrowotnych. Tworzenie nowych elementów infrastruktury mogło służyć pozyskiwaniu bardziej intratnych umów niezależnie od rzeczywistego zapotrzebowania na udzielane tam świadczenia.
- Zmieniające się z konkursu na konkurs wymogi stawiane świadczeniodawcom utrudniały możliwości racjonalnego inwestowania i długofalową politykę kadrową, przyczyniając się także do marnotrawstwa zasobów.

Jako remedium na stwierdzone braki systemowe autorzy zaproponowali powołanie do życia nowej instytucji prawnej w postaci systemu „podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” (PSZ), która to instytucja miała być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń szpitalnej opieki zdrowotnej. Zakres świadczeń udzielanych przez PSZ miał być szeroki i obejmować: świadczenia wysokospecjalistyczne, rehabilitację leczniczą, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, realizowaną w przychodniach przyszpitalnych, programy lekowe wraz z chemioterapią, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Warunkiem zaliczenia szpitala do PSZ było spełnienie opisanych w przepisach warunków dotyczących zakresu i poziomu medycznych kompetencji i wynikających z tego rodzajów i zakresów oferowanych świadczeń zdrowotnych – im wyższe kompetencje definiowane specjalizacjami medycznymi (lista wymaganych specjalności została zdefiniowana), tym wyższy poziom przyznawany w ramach PSZ. Brano także pod uwagę czas funkcjonowania oraz wskazane cechy organizacyjne i związane z systemem zarządzania.

Istotną zmianą w stosunku do dotychczasowego systemu otwartych konkursów miało być ryczałtowe finansowanie szpitali zaliczonych do PSZ, pokrywające wydatki na wszystkie profile, rodzaje i zakresy świadczeń udzielanych w PSZ gwarancje finansowania miały obejmować okres czteroletni. Zgodnie z oficjalną deklaracją Ministerstwa Zdrowia na finansowanie szpitali należących do PSZ miano przeznaczyć 91% środków przeznaczanych dotychczas na działalność szpitali [47]¹³. Dodać należy, że pozostałe 9% miało być rozdysponowane zgodnie ze stosowanymi dotychczas zasadami prowadzenia konkursów. Wprowadzając ryczałtową formę finansowania, miano przekazywać szpitalom jedną kwotę należną za całość opieki udzielanej pacjentom, odstępując od finansowania pojedynczych przypadków i procedur. Szpitale zakwalifikowane do PSZ, co następowało z przypisaniem do jednego z poziomów specjalistycznych, miały mieć zagwarantowane zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia bez konieczności przechodzenia przez procedurę konkursową. Szczegółowy zakres umów zawieranych między płatnikiem i szpitalami należącymi do PSZ miał być każ-

¹³ Ocena Skutków Regulacji, dołączona do Uzasadnienia. Na oficjalnej stronie Ministerstwa Zdrowia podano wielkość 93%, w dyskusjach w Komisji Zdrowia posługiwano się wielkością 91%.

dorazowo uzależniony od kompetencji medycznych uwidocznionych przypisaniem do określonego poziomu systemu zabezpieczenia świadczeń.

Do uzasadnienia dołączono zestawienie 325 uwag i propozycji zgłoszonych w czasie konsultacji z 49 podmiotami. Zdecydowana większość propozycji została uznana za bezzasadne i autorzy zgodzili się na uwzględnienie tylko kilku z nich, na przykład na włączenie do systemu PSZ szpitali o profilu rehabilitacyjnym lub włączenie zapisu zapewniającego bezlimitowe finansowanie diagnostyki onkologicznej. W trakcie dyskusji wewnątrz rządu doszło prawdopodobnie do kontrowersji między ministrem zdrowia i jednym z wicepremierów, co jednak nie wpłynęło na zmiany proponowanych treści [44].

W opiniach Biura Legislacyjnego [34] wskazano krytycznie, że w projekcie wprowadzono zasadę, że do PSZ zakwalifikowane mogą być wyłącznie podmioty spełniające określone kryteria – zdolność do udzielania szerokiego katalogu świadczeń oraz konieczność udzielania świadczeń na podstawie umowy przez co najmniej 2 ostatnie lata. W konsekwencji nowe podmioty, jak i podmioty prywatne oferujące jeden tylko rodzaj świadczeń zostałyby wykluczone, co mogłoby być interpretowane jako złamanie konstytucyjnej zasady ochrony zaufania obywateli do państwa. Ze sceptycyzmem przyjęto sytuację, w której oczekiwany jest wzrost puli świadczeń, a nie towarzyszy temu zwiększenie nakładów na opiekę szpitalną. Zwrócono też uwagę na pośpiech prowadzonych prac i bardzo krótkie *vacatio legis*, co może uniemożliwić przystosowanie się do nowych warunków.

W dyskusji prowadzonej w Komisji Zdrowia [59] wiele miejsca zajmowała politycznie motywowana krytyka, krążąca wokół zarzutu o powrót do rozwiązań nawiązujących wprost do epoki socjalizmu („i największy powrót do czasów PRL”). Ze spraw merytorycznych wykazywano znaczne pogorszenie sytuacji szpitali przystępujących do konkursów, jeśli do ich dyspozycji pozostawiano jedynie 9% dostępnych dotychczas środków. Zdecydowanie krytykowano wyłączenie z sieci opieki kardiologicznej – szpitale monospecjalistyczne i często prywatne – oraz opieki geriatrycznej. Jako błąd oceniono praktyczne likwidowanie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pomysł jej zastąpienia przez SORy. Jak stwierdzono barwnie: „W SOR-ach będą dzieci z biegunką, z grypą, pacjenci z udarem, z zawałem i z wypadku. Wszyscy w jednym miejscu”. Jeden z posłów PiS przypomniał, że profesor Religa, przygotowując wdrożenie sieci szpitali, planował zamykanie szpitali. Ustawa została przyjęta przez Sejm 230 głosami, przeciwko 209 (PO – 122, Kukiz-15 – 33, N – 30, PSL – 14, UED – 4, Republikanie – 3, niezależni – 2). Ustawa została przegłosowana głosami PiS, wspartymi 2 głosami WiS oraz jednym głosem posła niezależnego.

Państwowe Ratownictwo Medyczne – ku rynkowi

W projekcie ustawy, a następnie w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym przyjęto, że jednostkami należącymi do systemu są instytucje, z którymi „zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych” [46; 68]¹⁴. W trakcie prowadzenia procesu legisla-

¹⁴ Art. 32 projektu ustawy i ustawy.

cyjnego problem konkursów ofert tylko raz stał się przedmiotem dyskusji na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Przedstawiciel rządu powoływał się na doświadczenia z zakupem świadczeń szpitalnych, kiedy to propozycja przedstawiona przez posiadającego pieniądze płatnika spotkała się z żywą reakcją ze strony świadczeniodawców: „Powiedz, że jeżeli są pieniądze w NFZ i jest potrzeba zakupów, to gwarantuję, że rynek natychmiast na to odpowie przedłożeniem oferty” [58]. Ustawa została uchwalona 253 głosami koalicji rządowej (PiS, Samoobrona, LPR), sprzeciwiło się dwoje posłów, reszta wstrzymała się od głosu [11].

Otwartość, a więc dostępność dla wszystkich zainteresowanych, konkursów ofert dotyczących świadczeń ratownictwa medycznego została oficjalnie potwierdzona w imieniu ministra zdrowia [31]. Jego przedstawiciel, odpowiadając na interpelację poselską, przypomniał, że w polskim systemie już od reformy z 1999 r. finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami po przeprowadzeniu konkursów, dawniej przez kasy chorych, a obecnie przez NFZ. Zakresy świadczeń i zobowiązań nakładanych na mocy tych umów na niepubliczne i publiczne podmioty lecznicze są takie same. Status podmiotu leczniczego nie ma wpływu na jakość i dostęp do świadczeń ratowniczych. Wiceminister wypowiedział się także przeciw ograniczeniu możliwości realizacji świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego jedynie do publicznych podmiotów, a tym bardziej powołaniu publicznej służby ratownictwa medycznego.

Zauważyć warto, że przekonania o pozytywnym wpływie konkurencji na jakość i dostępność świadczeń ratownictwa medycznego były podzielane z nadzieją przez wiele środowisk, także tych związanych profesjonalnie ze świadczeniodawcami [42]¹⁵.

Państwowe Ratownictwo Medyczne – od rynku

Nie było jednak tak, by idea i praktyka otwartych konkursów na udzielanie świadczeń ratunkowych, czyli funkcjonowania pogotowia, cieszyła się powszechnym i bezwyjątkowym poparciem. Protestowali politycy obozu rządzącego: 32 senatorów Platformy Obywatelskiej oraz jeden senator niezrzeszony podpisali apel do premiera, by ratownictwo medyczne było służbą państwową [17]. Protestowali samorządowcy. Jeden z Konwentów Powiatowych zdecydowanie sprzeciwił się rozpisywaniu w kolejnym roku konkursu na świadczenia usług ratownictwa medycznego [41]. Tego rodzaju stanowisko było następstwem przegrywania przez państwowe instytucje konkursów, co niejednokrotnie miało miejsce [64]. Sytuacje takie – niekiedy – zmuszały publicznych świadczeniodawców do zwrotu pozyskanych z UE pieniędzy na zakup sprzętu [6].

Nie mam podstaw do ustalenia, w jakim stopniu krytyczne opinie na temat systemu konkursów wpłynęły na stanowisko władz, a w jakim stopniu było ono efektem przekonań o konieczności wzmocnienia roli państwa w różnych dziedzinach aktywności, ale pod koniec 2017 r. stosowna propozycja została przedstawiona sejmowi [40].

¹⁵ Por. wypowiedź prof. Andrzeja Zawadzkiego, konsultanta krajowego ds. medycyny ratunkowej: „Z punktu widzenia pacjenta nie jest istotne, czy świadczeniodawca w zakresie medycyny ratunkowej jest podmiotem państwowym czy prywatnym. Przede wszystkim liczy się wysoka jakość usług, a to dyktuje konkurencja na rynku”.

Posłużono się tam pojęciem „upublicznienia” systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. W uzasadnieniu projektu ustawowych zmian napisano, że „upublicznienie jest wprowadzane z uwagi na ważny interes społeczny, jakim jest zapewnienie pomocy medycznej w obliczu zagrożenia, niezależnie od koniunktury panującej na rynku usługodawców świadczeń zdrowotnych”. Wskazano, że prócz tradycyjnie występujących ryzyk, jak zachorowania, urazy, zatrucia, wypadki komunikacyjne, wypadki przy pracy czy przestępstwa, pojawiło się nowe zagrożenie w postaci terroryzmu, a także możliwość wystąpienia działań zbrojnych. Mimo używania neutralnej nazwy „upublicznienie” nie ukrywano, że powodem propozycji była bardzo krytyczna ocena „samej istoty i charakteru działalności podmiotów niepublicznych”, na które władze publiczne miały tylko ograniczony wpływ. Prywatne podmioty zainteresowane podpisywaniem intratnych kontraktów mogły uciekać się do szantażu, odmawiając podpisania umów, co, biorąc pod uwagę charakter świadczeń ratowniczych, mogło tworzyć zagrożenie dla zdrowia ludzi. Napisano wprost, że „zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli [...] nie może być związane z ewentualnością braku zabezpieczenia świadczeń, jakie niesie ze sobą mechanizm zawierania umów z podmiotami prywatnymi”. Brak zaufania do podmiotów niepublicznych skłaniał do zaproponowania na przyszłość – od 2021 r. – wyłączności uprawnień publicznych instytucji do świadczenia usług ratownictwa medycznego. W uzasadnieniu wskazano także, że „upublicznienie” zwiększy poczucie bezpieczeństwa podmiotów publicznych do uzyskania środków publicznych na realizację działań ratowniczych, co można potraktować jako odpowiedź na fakt niekorzystnych dla publicznych podmiotów rozstrzygnięć konkursowych. W dokumencie OSR, dołączonym do projektu ustawy oceniano, że w chwili zgłaszania projektu ponad 90% zasobów należało do sektora publicznego, więc efektami upublicznienia miało być dotkniętych nie więcej niż 10% świadczeniodawców [39].

W opinii BSA wskazano dwie okoliczności ważne dla prawnej oceny propozycji „upublicznienia” PRM [32]. Po pierwsze, propozycja ta została wniesiona przez Ministra Zdrowia jako autopoprawka w końcowej fazie procesu legislacyjnego i w związku z tym nie była przedmiotem społecznych konsultacji [37]¹⁶. Po drugie, wyrażono obawę – czy ostrzeżenie – że wyeliminowanie z polskiego systemu zagranicznych świadczeniodawców może narazić kraj na międzynarodowy arbitraż. Wskazano także jako nadmiernie optymistyczne przekonanie wyrażone w OSR, że proponowane zmiany nie będą miały wpływu na rynek pracy. W kolejnej opinii [33], odnoszącej się do wyniku prac Komisji Sejmowej zajmującej się projektem ustawy, podtrzymano negatywną ocenę propozycji eliminowania zagranicznych podmiotów, konkretyzując zagrożenie konfliktu z Królestwem Danii – kiedy przygotowywano opinię prowadzona była prawna procedura o zmianie i zakończeniu obowiązywania Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Królestwa Danii w sprawie popierania i wzajemnej ochrony inwestycji, podpisanej w Kopenhadze dnia 1 maja 1990.

W czasie obrad w Komisji Zdrowia [60] poinformowano, że w wyniku „upublicznienia” z systemu wypadnie 135 podmiotów na 1543 działające wcześniej, czyli 8,94%. W dalszej dyskusji wyjaśniono, że jest to liczba karettek, a obsługiwana przez nie populacja to około 2 milionów. Ekspert Konfederacji Lewiatan przekazał informację, że próby nacjonalizacji PRM doprowadzą do trwałego i nierozwiązanego konfliktu

¹⁶ Faktycznie autopoprawka została wniesiona do Rady Ministrów w dniu 28 listopada 2017.

z Danią, co – między innymi – będzie skutkowało koniecznością poniesienia przez Polskę kosztów odtworzenia zlikwidowanych karettek. W odpowiedzi przedstawiciel MZ potraktował jej autora jako przedstawiciela firmy Falck (głównego prywatnego podmiotu zagrożonego wyeliminowaniem z rynku), zaprotestował przeciw nazywaniu proponowanych zmian nacjonalizacją oraz skomentował wcześniejsze zachowania firmy Falck jako całkowicie pozbawione empatii w obliczu przegrywanych przez publiczne podmioty konkursów. Inny przedstawiciel Konfederacji Lewiatan wskazał bezprzedmiotowość „upublicznienia” PRM, gdyż w sytuacji rzeczywistego zagrożenia państwo zawsze ma możliwość przejścia i kontroli wszystkich działających służb.

W trakcie kolejnego posiedzenia Komisji [61], kiedy poseł PO przypomniał wniosek o wykreślenie z projektu propozycji eliminowania z PRM podmiotów publicznych, okazało się, że nie ma stanowiska rządu w tej sprawie, ale zadeklarowano sprzeciw Ministra Zdrowia. Przedstawiciel MZ zapewnił także, że nie zachodzi zagrożenie, że pracownicy likwidowanych podmiotów utracą zatrudnienie, bo zostaną przejęci przez podmioty publiczne.

Równoległe z pracami legislacyjnymi przedstawiane były stanowiska środowisk zainteresowanych pośrednio lub bezpośrednio proponowanymi zmianami. Rada Główna Nauki i Szkolnictwa Wyższego, rzadko zabierająca głos w tego rodzaju sprawach, w specjalnie podjętej uchwale [65] stwierdziła, że „ustawa powinna przynajmniej dopuszczać możliwość innej formuły ratownictwa medycznego na zasadach lub ogólnych warunkach określonych ustawowo i za zgodą ministra właściwego ds. zdrowia”. Autorzy uchwały mieli na myśli możliwość realizacji umów na wykonywanie zadań ratownictwa medycznego przez podmioty niepubliczne. Zagrożona eliminacją z rynku firma Falck wskazała, że realizacja przedstawionych propozycji oznacza likwidację 71 podmiotów niepublicznych zatrudniających ponad 3 500 osób [35]. Przypomniała fakt trwającej ponad 12 lat lojalnej współpracy. Z nieskrywanym żalem autorzy napisali: „Nigdy w całej historii obecności na polskim rynku Falck nie odmówił podpisania proponowanej umowy. Co więcej, 4 razy pomagaliśmy Państwu Polskiemu wykonując prace wykraczające poza nasze umowne zobowiązania. W czasie strajków naszych kolegów z jednostek publicznych nasze załogi gwarantowały bezpieczeństwo pacjentów”. Po czym zadali kłopotliwe dla wnioskodawcy pytanie o to, kto w przyszłości będzie mógł zastąpić strajkujących pracowników podmiotów publicznych, jeśli podmioty niepubliczne zostaną zlikwidowane. Konfederacja Pracodawców Lewiatan zwróciła się do premiera z wnioskiem o rezygnację z przedstawionych propozycji [24]. Wskazano, że w systemie zdrowotnym jest miejsce zarówno dla podmiotów publicznych, jak i prywatnych, które dzięki współpracy są w stanie zapewnić lepszą jakość i wyższy poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i zaapelowano o wykreślenie z projektu likwidacji otwartych konkursów w ratownictwie medycznym.

Na plenarnym posiedzeniu sejmu [52] wskazano, że koszt decyzji o odtworzeniu stanu posiadania PRM po wyeliminowaniu zeń podmiotów prywatnych to ok. 67 mln zł. Zapytano, jakie było *ratio legis* odchodzenia w PRM od systemu prywatnego na rzecz systemu państwowego, co skomentowano okrzykiem „komuna wraca”. Przedstawiciel MZ stwierdził, że potencjał, jaki w tej chwili mają publiczne podmioty, jest wystarczający, by zabezpieczyć funkcjonowanie ratownictwa medycznego na terenie całego kraju, co jest potwierdzone deklaracją Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego. Dodał ponadto, że gdyby do pierwszego postępowania konkursowego nie zgło-

siły się publiczne podmioty, które chciałyby na danym obszarze zabezpieczyć świadczenia, zaistnieje możliwość udziału również podmiotów prywatnych. W sytuacji takiej podmioty prywatne będą mogły udzielać świadczeń przez okres 2 lat.

Ustawa została uchwalona 258 głosami (w tym jeden głos posła PO), przeciwko głosowało 154 posłów [12] i ostatecznie przegłosowana po poprawkach Senatu [69].

Zakończenie

Przyjmując normatywny standard uprawiania polityki zdrowotnej, gdzie na pierwszym miejscu jest umieszczana diagnoza zastanej sytuacji, jako niezbędny warunek zgłaszania jakichkolwiek propozycji reformatorskich, nie jest trudno zauważyć, że w omówionych zmianach był on całkowicie pominięty. Żaden spośród aktywnych zespołów reformatorskich nie przedstawił argumentów wystarczająco mocno wspartych empirycznym rozeznaniem sytuacji, by wykazać jasno przyczyny skłaniające do zainicjowania przebudowy systemu. Brak informacji o sytuacji wyjściowej z konieczności ograniczał możliwości bardziej sprecyzowanego sformułowania celów, a więc pożądane – i deklarowane – efekty zmian nie mogły być przedstawione jedynie w postaci dobrze brzmiących ogólników o poprawie sytuacji. Na marginesie zauważyć można, że brak precyzyjnych diagnoz i ogólnikowość celów występuje wśród reformatorów powszechnie i w żadnej mierze nie powinny być traktowane jako szczególnie znacząca dla wydarzeń zachodzących w polskim systemie zdrowotnym.

Niedostatek informacji opisującej sytuację systemu musiał być uzupełniany inspiracją ideologiczną, czerpaną z dominujących w danym czasie przekonań na temat roli rynku w ochronie zdrowia. Zmienność tych opinii, widoczna w ewoluujących paradygmatach reformowania systemów zdrowotnych, została już jakiś czas temu dostrzeżona przez badaczy. O ile po okresie radykalnego odrzucania rynku, na poziomie mainstreamowych poglądów, pod koniec lat osiemdziesiątych zapanowało powszechne przekonanie o bardzo dużej przydatności mechanizmów rynkowych – poprawa jakości świadczeń, lepsza dystrybucja zasobów – o tyle wraz z upływem lat zaufanie do rynku malało i coraz większą rolę zaczęto przypisywać narzędziom publicznej kontroli. Nie zrezygnowano wprawdzie z rynku *en bloc*, ale uznano, że należy wykorzystywać go w ograniczonym zakresie, pod możliwie ścisłą kontrolą. W opisywanych w tym tekście przypadkach bardzo wyraźnie można było dostrzec prorynkową orientację w zmianach wprowadzanych wcześniej przez rządy PO-PSL i wyraźne odchodzenie od rynku przez rząd PiS po roku 2015. Nie ma wątpliwości, że w polskich warunkach o takim ukierunkowaniu zmian przesądzał nie tylko zmieniający się paradygmat polityki zdrowotnej, ale ideologiczny fundament dominujących środowisk politycznych. O ile o PO można ogólnie stwierdzić, że jest liberalna i prorynkowa, niezależnie od zauważalnej ewolucji w tej kwestii, o tyle PiS jest nieporównanie bardziej etatystyczna, posuwając się niekiedy do dezawuowania rynku jako przydatnego mechanizmu regulowania społecznych stosunków.

Na zakończenie uwaga dotycząca ogłoszonego niekiedy postulatu kontynuowania w sektorze zdrowotnym zamierzeń wcielanych w życie przez politycznych poprzedników. Postulat taki jest wywodzony z przekonania o ponadpolitycznym charakterze tego sektora, w którym nadrzędna wartość – zdrowie – jest równie cenna dla wszystkich, niezależnie od politycznych przekonań. O ile można zgodzić się, przynajmniej na

wysokim szczeblu ogólności, że zdrowie jest ważne powszechnie, to już mechanizmy działania w jego utrzymywaniu i przywracaniu są tak ściśle powiązane z ideą sprawiedliwości, że jego lokowanie poza sporem politycznym nie jest możliwe. Mówiąc inaczej, co do sposobu budowania dobrego, czyli i sprawiedliwego, i efektywnego systemu zdrowotnego, trzeba się porozumieć. W funkcjonującym systemie demokratycznym jest to możliwe. Jednak biorąc pod uwagę zmiany społecznych przekonań, a więc i poglądów na temat sprawiedliwości, proces porozumiewania musi trwać i być wielokrotnie powtarzany. Nie można raz na zawsze umówić się na „dobry” system i trwać przez wieki przy jego ustalonym kształcie. Trwająca ewolucja wszystkich systemów zdrowotnych przekonuje o tym dowodnie i nie ma żadnego powodu, by w Polsce było inaczej. Byłoby jednak dobrze, gdyby zmiany były poprzedzane diagnozą i ustalaniem tego, co ma być rezultatem kolejnej reformy.

Tekst ten został napisany wcześniej, niż pandemia COVID-19 zaatakowała wszystkie społeczeństwa świata. W Polsce jej konsekwencje ujawniły przynajmniej dwa fakty związane z podjętymi tu problemami. Po pierwsze, okazało się, że prywatni organizatorzy domów pomocy społecznej tylko częściowo poradzili sobie z przygotowaniem prowadzonych przez siebie placówek do radzenia sobie z trudnymi warunkami wywołanymi pandemią. Dali dowód na to, że kierowanie się dążeniem do zysku nieodłącznie współwystępujące z orientacją rynkową może łączyć się z lekceważeniem celów zdrowotnych. Po drugie, w ferworze kampanii wyborczej niektórzy jej uczestnicy nie wahali się powołać na prywatyzację szpitali jako zagrożenie dla gwarantowanego dostępu pacjentów do leczenia. Było to o tyle zaskakujące, że w toku kampanii żadna z sił politycznych biorących udział w wyborach o takim punkcie programu nigdy nie wspominała. Uznano jednak widocznie, że użycie takiego argumentu jako zagrożenia może okazać się skuteczne. Po dekadach zastanawiania się, co robić z prywatyzacją w sektorze zdrowotnym, nie jest to wniosek specjalnie optymistyczny.

Bibliografia

- [1] Arrow K. J., *Eseje z teorii ryzyka*, Warszawa 1979.
- [2] *Balicki odwołany z Komisji Zdrowia*, [dokument elektroniczny] fakty.interia.polska, 10 lipca 2008, <https://fakty.interia.pl/polska/news-balicki-odwolany-z-komisji-zdrowia,nId,842874> [dostęp: 12.01.2020].
- [3] *Decyzja nr 31 /2017/ZRP Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*, Łódź, dnia 21 czerwca 2017, [dokument elektroniczny] http://ftp.nfz-lodz.pl/Inne/Decyzje_administracyjne/2017/Decyzja%20nr%2031_2017_ZRP%20z%20dnia%202021-06-2017.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [4] Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- [5] *Dodatkowe sprawozdanie komisji zdrowia o rządowym projekcie ustawy o działalności leczniczej*, 13 marca 2011, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/065FABA4895B-D2A1C12578570028044E/\\$file/3921-A.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/065FABA4895B-D2A1C12578570028044E/$file/3921-A.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [6] Dragon M., *Olesno. Szpital musi oddać dotację*, [dokument elektroniczny] Nowa Trybuna Opolska, 29.03.2012, <https://nto.pl/olesno-szpital-musi-oddac-dotacje/ar/10213852> [dostęp: 12.01.2020].
- [7] Drozdowska U., Sikorski S., Zemke-Górecka A., *Determinanty prawne i socjologiczne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – relacja z konferencji [w:] Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, pod red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 11-31.
- [8] Enthoven A. C., *Internal Market Reform of the British National Health Service*, Health Affairs, 1991, vol. 10, nr 3, s. 60-70. doi:10.1377/hlthaff.10.3.60

- [9] Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N., *Policy Brief: Capacity planning in health care*, Brussels 2008. [dokument elektroniczny] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/108966/E91193.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [10] *European health care reform. Analysis of current strategies*, ed. by R. B. Saltman and J. Figueras, Copenhagen 1997. [dokument elektroniczny] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136670/e55787.pdf?ua=1 [dostęp: 12.01.2020].
- [11] *Głosowanie nr 55 – posiedzenie nr 24 dnia 08-09-2006*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/SQL.nsf/glosowania?OpenAgent&5&24&55> [dostęp: 12.01.2020].
- [12] *Głosowanie nr 77 na 61. posiedzeniu Sejmu dnia 13-04-2018*, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=glosowania&nrkadencji=8&nrprowadzenia=61&nrglosowania=77> [dostęp: 12.01.2020].
- [13] *Głosowanie nr 114 na 20. posiedzeniu Sejmu dnia 10-06-2016*, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=glosowania&nrkadencji=8&nrprowadzenia=20&nrglosowania=114> [dostęp: 12.01.2020].
- [14] *Głosowanie nr 125 – posiedzenie nr 87 dnia 18-03-2011: Głosowanie nad przyjęciem w całości projektu ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu proponowanym przez Komisję Zdrowia, wraz z przyjętymi poprawkami*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/SQL.nsf/glosowania?OpenAgent&6&87&125> [dostęp: 12.01.2020].
- [15] Goodman J. C., Musgrave G. L., Herrick D. M., *Jak uzdrowić służbę zdrowia*, słowo wstępne M. Friedman, Warszawa 2008.
- [16] *Informacja o konferencji uzgodnieniowej dot. projektu ustawy o sieci szpitali oraz konferencji prasowej Ministra Zdrowia*, 2 lutego 2007, [dokument elektroniczny] http://www.szpital.com.pl/dane/2007/aktualnosci/konferencja_ministra.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [17] Kaczmarek A., *Ratownictwo medyczne: są „państwowi”, są „prywatni”, tylko zgody nie ma*, [dokument elektroniczny] Rynek Zdrowia, 2 kwietnia 2010, <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Ratownictwo-medyczne-sa-panstwowi-sa-prywatni-tylko-zgody-nie-ma,16921,8.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [18] Karniej P., *System opieki zdrowotnej – instytucje – zawody medyczne – szpitale i organizacje opiekuńcze – determinanty wzrostu kosztów i wydatków*, Wrocław 2014. [dokument elektroniczny] <http://www.medicahome.pl/pub/Makroekonomia1.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [19] Kołodziejczyk R., *Glosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2002 r, IV CKN J 667/00*, Prawo Spółek, 2003, nr 7-8.
- [20] *Komisja Zdrowia /nr 194/ – wysłuchanie publiczne dotyczące rządowego projektu ustawy o działalności leczniczej, 10-12-2010*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/0/9D4969A7E3A1EC9AC125780200340919?OpenDocument> [dostęp: 12.01.2020].
- [21] *Komunikat z Badań CBOS BS/24/2010, Opinie o opiece zdrowotnej*, [dokument elektroniczny] http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_024_10.PDF [dostęp: 12.01.2020].
- [22] Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych. Komisja Analiz Budżetowych, *Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i wynikające z nich zagrożenia dla sytuacji finansowej jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2006.
- [23] Kuszewski K., Krysińska M., Różycka A., *Planowanie sieci szpitali : historia pewnej inicjatywy*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2014, t. 12, nr 2, s. 129-133.
- [24] *Lewiatan chce by premier zatrzymał upaństwowienie ratownictwa medycznego*, ISB Zdrowie, 9 kwietnia 2018, [dokument elektroniczny] <http://www.isbzdrowie.pl/2018/04/lewiatan-chce-by-premier-zatrzymal-upanstwowienie-ratownictwa-medycznego/> [dostęp: 12.01.2020].
- [25] Light D. W., *Is NHS purchasing serious? An American perspective*, BMJ, 1998, vol. 316, nr 7126, s. 217-220. doi: 10.1136/bmj.316.7126.217
- [26] Llewelyn-Davies R., Macaulay H. M. C., *Hospital planning and administration*, Geneva 1966. [dokument elektroniczny] <http://www.who.int/iris/handle/10665/41781> [dostęp: 12.01.2020].
- [27] Mączyński G., Pawłowski P., *Przekształcanie SPZOZ i innych podmiotów leczniczych. Szanse i zagrożenia dla spółek powstałych w wyniku przekształcenia SPZOZ*, Warszawa, 12-13 kwietnia 2012, [dokument elektroniczny] <https://docplayer.pl/3731584-Przekształcanie-spzoz-i-innych-podmiotow-leczniczych-szansy-i-zagrozenia-dla-spok-powstalych-w-wyniku-przekształcenia-spzoz.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [28] Najwyższa Izba Kontroli, *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, 2 marca 2015, [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf> [dostęp: 12.01.2020].

- [29] Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010*, [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [30] Narodowa Służba zdrowia. *Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce w Polsce na lata 2016-2018*, [dokument elektroniczny] <http://i.ryneksejnia.pl/i/00/27/73/002773.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [31] *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 12998 w sprawie zmian aktów prawnych regulujących organizację ratownictwa medycznego*, 22 stycznia 2013, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=19F836D1> [dostęp: 12.01.2020].
- [32] *Opinia merytoryczna do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*, 8 stycznia 2018, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=2137> [dostęp: 12.01.2020].
- [33] *Opinia merytoryczna do sprawozdania Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*, Warszawa, 23 lutego 2018, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=2137> [dostęp: 12.01.2020].
- [34] *Opinie Biura Analiz Sejmowych Druk nr 1322* [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=1322> [dostęp: 12.01.2020].
- [35] *Oświadczenie Zarządu FALCK Medycyna po posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia*, [dokument elektroniczny] <http://www.medexpress.pl/oswiadczenie-zarzadu-falck-medycyna-po-posiedzeniu-sejmowej-komisji-zdrowia/69469> [dostęp: 12.01.2020].
- [36] Pershing Yoakley & Associates, *Hospital Network Alliances: Independence Through Interdependence*, 2014, [dokument elektroniczny] <http://info.pyapc.com/hubfs/White-Papers/Hospital-Network-Alliances-White-Paper-PYA.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [37] Pismo Katarzyny Głowackiej z dnia 28 listopada 2017 roku, upoważnionej przez Ministra Zdrowia, w sprawie autopoprawki, [dokument elektroniczny] <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12290955/12384420/12384421/dokument319478.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [38] *Projekt ustawy o działalności leczniczej*, 15 października 2010, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/\\$file/3489.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/$file/3489.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [39] *Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Część I*, 11 grudnia 2017, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/A8FF9CAA1DD5E0EEC12581F7003AADEB/%24File/2137-cz.I.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [40] *Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Część II*, 11 grudnia 2017, Część II, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/A8FF9CAA1DD5E0EEC12581F7003AADEB/%24File/2137-cz.II.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [41] Przybylski C., *Ratownictwo medyczne powinno pozostać służbą publiczną*, [dokument elektroniczny] <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Ratownictwo-medyczne-powinno-pozostac-sluzba-publiczna,121900,8.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [42] PW, *Prywatna konkurencja wymusi konsolidację publicznego pogotowia?* [dokument elektroniczny], *Rynek Zdrowia*, 10 września 2012, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Prywatna-konkurencja-wymusi-konsolidacje-publicznego-pogotowia-Dala-przyklad-Wielkopolska,122951,1.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [43] Rabiej E., *Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne*, *Przedsiębiorstwo i Region*, 2013, nr 5, s. 100-109.
- [44] *Reforma zdrowia i wprowadzenie sieci szpitali. Nawet politycy PiS krytykują rządowy pomysł. Dlaczego?* [dokument elektroniczny] *Newsweek*, 21 lutego 2017, <https://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/ustawa-o-szpitalach-i-sieci-szpitali-nawet-gowin-jest-przeciwno/zkzywvb> [dostęp: 12.01.2020].
- [45] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, *Dziennik Ustaw*, 2016, poz. 1372.
- [46] *Rządowy projekt ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, 12 lipca 2006, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf/wgdruku/853> [dostęp: 12.01.2020].
- [47] *Sieć Szpitali*: Oficjalna strona rządowego projektu sieci szpitali, [dokument elektroniczny] <http://siecszpitali.mz.gov.pl/> [dostęp: 12.01.2020].

- [48] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia /nr 208/ 16 lipca 2004*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgsknrn/ZDR-208> [dostęp: 12.01.2020].
- [49] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o działalności leczniczej*, 3 marca 2011, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/0/081673053EC0436FC1257850003-77515/\\$file/3921.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/0/081673053EC0436FC1257850003-77515/$file/3921.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [50] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, 23 lipca 2004, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/\(\\$vAllByUnid\)/77074DB82F9EFCBDC1256EDA00330727/\\$file/31118.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/($vAllByUnid)/77074DB82F9EFCBDC1256EDA00330727/$file/31118.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [51] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia o uchwalonej przez Sejm w dniu 18 marca 2011 r. ustawie o działalności leczniczej*, 31 marca 2011, [dokument elektroniczny] <http://ww2.senat.pl/k7/dok/dr/1150/1150z.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [52] *Sprawozdanie stenograficzne z 61. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 13 kwietnia 2018 r.*, [dokument elektroniczny] http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter8.nsf/0/E2FD549FC42E96EE-C125826E00633D32/%24file/61_c_ksiazka_bis.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [53] *Sprawozdanie Stenograficzne z 87 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 17 marca 2011 r.*, [dokument elektroniczny] [http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/21F1B9CEf3401AD5-C1257857004E7FC9/\\$file/87_b_ksiazka.pdf](http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/21F1B9CEf3401AD5-C1257857004E7FC9/$file/87_b_ksiazka.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [54] *Sprawozdanie Stenograficzne z 87. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 18 marca 2011 r.*, [dokument elektroniczny] [http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/6564DC3D1F681CAD-C125786100428A9D/\\$file/87_c_ksiazka.pdf](http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/6564DC3D1F681CAD-C125786100428A9D/$file/87_c_ksiazka.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [55] *Sprawozdanie Stenograficzne z 90. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 15 kwietnia 2011 r.*, [dokument elektroniczny] [http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/8C81652732545C05C1257873005CC49D/\\$file/90_c_ksiazka.pdf](http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/8C81652732545C05C1257873005CC49D/$file/90_c_ksiazka.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [56] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 27/, 9 czerwca 2016*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-27> [dostęp: 12.01.2020].
- [57] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 28/, 10 czerwca 2016*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-28> [dostęp: 12.01.2020].
- [58] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 53/, 6 września 2006*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgsknrn5/ZDR-53> [dostęp: 12.01.2020].
- [59] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 66/, 8 marca 2017*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-66> [dostęp: 12.01.2020].
- [60] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 113/, 6 lutego 2018*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-113> [dostęp: 12.01.2020].
- [61] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 122/, 10 kwietnia 2018*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-122> [dostęp: 12.01.2020].
- [62] *Stanowisko Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia w sprawie rządowego projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/CC1C3205FFBFDE2FC1256ED60032830F/\\$file/op_2976_21.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/CC1C3205FFBFDE2FC1256ED60032830F/$file/op_2976_21.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [63] *Stanowisko nr 59/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 czerwca 2004 r. w sprawie projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/B72DD02D47A31E1FC1256EC8004D92AA/\\$file/op_2976_10.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/B72DD02D47A31E1FC1256EC8004D92AA/$file/op_2976_10.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [64] *Szamotuly: ponowna konkursowa przegrana pogotowia ratunkowego*, [dokument elektroniczny] Rynek Zdrowia, 24 czerwca 2009, <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Szamotuly-ponowna-konkursowa-przegrana-pogotowia-ratunkowego,8312,8.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [65] *Uchwała nr 5/2018 Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 lutego 2018 r. w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/68C2A5F9061D9595C1258239004812F4/%24file/2137-003.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [66] *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej* [dokument elektroniczny] http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/284_u.htm [dostęp: 12.01.2020].
- [67] *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 153.

- [68] *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dziennik Ustaw, 2006, poz. 1410.
- [69] *Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*, Dziennik Ustaw, 2018, poz. 1115.
- [70] *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dziennik Ustaw, 2004, poz. 2135.
- [71] *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, Dziennik Ustaw, 1991, poz. 408.
- [72] *Uzasadnienie projektu ustawy o sieci szpitali*, wersja z 5 marca 2007, wersja dla Rady legislacyjnej, [dokument elektroniczny] http://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/2029_p.htm#_edn1; https://rada-legislacyjna.gov.pl/sites/default/files/dokumenty/projekt_ustawy_48.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [73] *Uzasadnienie projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, 11 czerwca 2004, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruku/2976/\\$file/2976.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruku/2976/$file/2976.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [74] *Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw*, 3 czerwca 2016, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/68FA0504C9-B6E805C1257FCA0038A76B/%24File/562.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [75] *Uzasadnienie projektu ustawy – o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, 21 lutego 2017, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1322> [dostęp: 12.01.2020].
- [76] Wawrowski R., *Specyfika polityki rachunkowości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, *Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe*, 2014, nr 201, s. 393-403.
- [77] *Weto do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, 27 listopada 2008, [dokument elektroniczny] <http://www.prezydent.pl/archiwum-lecha-kaczynskiego/ustawy/ustawy-zawetowane/art,10,weto-do-ustawy-o-zakladach-opieki-zdrowotnej.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [78] Wojtyniak B., Goryński P., Kuszewski K., *Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności*, Warszawa 2006. [dokument elektroniczny] http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pzh_pop_19122006.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [79] *Wyrok WSA w Gdańsku – III SA/Gd 1052/17*, 26 kwietnia 2018, [dokument elektroniczny] <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/35A2767249> [dostęp: 12.01.2020].
- [80] *Zdrowie. Praca. Rodzina. Program Prawa i Sprawiedliwości 2014*, [dokument elektroniczny] <http://pis.org.pl/dokumenty> [dostęp: 12.01.2020].