

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 376

Zrównoważony rozwój organizacji – odpowiedzialne zarządzanie

Redaktorzy naukowci
Tadeusz Borys
Piotr Rogala
Paweł Skowron



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Barbara Majewska

Redakcja techniczna i korekta: Barbara Łopusiewicz

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja dofinansowana ze środków Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej we Wrocławiu



**Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska
i Gospodarki Wodnej
we Wrocławiu**

Poglądy autorów i treści zawarte w publikacji nie zawsze odzwierciedlają stanowisko WFOŚiGW we Wrocławiu

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-415-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.

ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

Część 1. W kierunku zrównoważonej organizacji

Tadeusz Borys: Zrównoważony rozwój organizacji – co chcemy lub powinniśmy równoważyć?	13
Grzegorz Hoppe: Zrównoważony rozwój organizacji – tworzenie doskonałości organizacyjnej czy utopia.....	25
Kamila Kuczaj: Czynniki wpływające na poziom jakości życia w miejscu pracy	37
Bazyli Poskrobko: Kreatywność pracowników jako narzędzie kształtowania zrównoważonego rozwoju przedsiębiorstwa.....	50
Paweł Skowron: Kategoria ryzyka w koncepcji zrównoważonego rozwoju przedsiębiorstwa	64
Magdalena Sławińska: Zrównoważony rozwój a klastry gospodarcze sektora MŚP	80
Sabina Zaremba-Warnke: Marketing zrównoważony jako narzędzie doskonalenia przedsiębiorstwa.....	100

Część 2. Odpowiedzialność w relacjach z interesariuszami

Urszula Bąkowska-Morawska: Analiza doboru partnerów w kreowaniu usług poprzez wykorzystanie map grup strategicznych	115
Grzegorz Biesok: Rekomendacje doskonalenia badań satysfakcji klienta w urzędach administracji samorządowej	127
Anna Dobrowolska: Wpływ głównych interesariuszy organizacji na zarządzanie jakością procesów usługowych	140
Rafał Haffer: Determinanty i następstwa satysfakcji pracowników w świetle teorii pozytywnego zarządzania	152
Monika Jedynak: Specyfika relacji z dostawcami w systemach zarządzania	169
Yuliya Melnyk: Zarządzanie ryzykiem na rynku sztuki.....	185
Elżbieta Studzińska: Lojalność klienta – pojęcie, podział, rodzaje i stopnie.	195
Wioletta Wereda: Orientacja na zaufanie a budowania relacji z interesariuszami w organizacji	216
Izabela Witczak: Odpowiedzialność prawna oraz ekonomiczno-finansowa publicznego szpitala wobec społeczeństwa	233

Część 3. Doskonalenie zarządzania jakością jako przejaw odpowiedzialności organizacji

Małgorzata Asejczyk-Woroniecka: Doskonalenie zarządzania w administracji samorządowej na przykładzie wybranej JST	245
Renata Brajer-Marczak: Dojrzałość procesowa przedsiębiorstw do doskonalenia procesów z perspektywy zdolności organizacji	264
Ewa Czyż-Gwiazda: Business Process Orientation and Quality Orientation interrelationship – survey results	275
Grzegorz Greła: Poprawa jakości i efektywności procesów przedsiębiorstwa poprzez insourcing	292
Piotr Grudowski, Małgorzata Wiśniewska: Six Sigma w małych i średnich przedsiębiorstwach. Puste hasło czy konieczność?	301
Marcin Jakubiec: Analiza i ocena wdrażania i funkcjonowania systemu zarządzania jakością w kontekście rozwoju przedsiębiorstwa	313
Piotr Jedynak: Relacje organizacji z otoczeniem. Perspektywa znormalizowanych systemów zarządzania	323
Romuald Kolman: Doskonalenie wszelkich odmian jakości z wykorzystaniem testów jakościowych	336
Andrzej Kwintowski: Samoocena jako narzędzie doskonalenia	346
Katarzyna Szczepańska: Związki podejścia do zarządzania jakością z teorią interesariuszy	357
Stanisław Tkaczyk, Małgorzata Wierzbicka, Beata Kuźdowicz: Doskonalenie zarządzania budowlanym procesem inwestycyjnym	375
Maciej Urbaniak: Znaczenie narzędzi doskonalenia operacyjnego w budowaniu relacji z dostawcami na rynku B2B	389
Sławomir Wawak: Model oceny jakości zarządzania	395
Małgorzata Wiśniewska, Piotr Grudowski: Wybrane systemy służące bezpieczeństwu w łańcuchu dostaw	405

Summaries

Part 1. Toward sustainable organization

Tadeusz Borys: Sustainable development of organization – are we aware what exactly we want or should consider?	24
Grzegorz Hoppe: Sustainable development of organization – creating organizational perfection or utopia?	36
Kamila Kuczaj: Determinants of quality of work life	49

Bazyli Poskrobko: Creativity of employees as an instrument of shaping the sustainable development of a company	62
Paweł Skowron: The risk category in the concept of sustainable development of enterprise	79
Magdalena Sławińska: SME clusters and sustainable development	99
Sabina Zaremba-Warnke: Sustainable marketing as a tool of enterprise improvement	112

Part 2. Responsibility in relations with stakeholders

Urszula Bąkowska-Morawska: Analysis of partners selection in service creation using strategic groups maps.....	126
Grzegorz Biesok: Recommendations for improvement of customer satisfaction surveys in self-governmental administration offices.....	139
Anna Dobrowolska: The impact of key stakeholders on the management of the quality of service processes	151
Rafał Haffer: Antecedents and consequences of employee satisfaction in the light of positive management theory	168
Monika Jedynek: The specificity of the relation with suppliers in management systems.....	184
Yuliya Melnyk: Risk management on the art market.....	194
Elżbieta Studzińska: Customer loyalty – notion, division, types and degrees	215
Wioletta Wereda: Orientation on trust and building relationships with stakeholders in organizations	232
Izabela Witzak: Legal and economic and financial responsibility of public hospital to the society	242

Part 3. Quality management improvement as an indication of responsibility of an organization

Małgorzata Asejczyk-Woroniecka: Management in territorial administration – case of improvement actions	263
Renata Brajer-Marczak: Business process maturity to improve processes from the perspective of the ability of an organisation	274
Ewa Czyż-Gwiazda: Relacja pomiędzy orientacją procesową a orientacją projakościową – wyniki badań	291
Grzegorz Greła: Improving the quality and efficiency of business processes through insourcing	300
Piotr Grudowski, Małgorzata Wiśniewska: Six Sigma in small and medium-sized enterprises. An empty slogan or necessity?	312

Marcin Jakubiec: Analysis and assessment of introducing and functioning of quality management system in the context of company growth.....	321
Piotr Jedynak: Relations of the organization with the environment. The perspective of standardized management systems.....	335
Romuald Kolman: Improvement of all quality varieties with the application of quality tests.....	345
Andrzej Kwintowski: Self-assessment as an improvement tool.....	356
Katarzyna Szczepańska: Connections of an approach to quality management with stakeholders theory	373
Stanisław Tkaczyk, Małgorzata Wierzbicka, Beata Kuźdowicz: Improvement of management of construction investment	388
Maciej Urbaniak: The role of processes improvement tools in building relationships with suppliers in the B2B market.....	394
Sławomir Wawak: Framework model of quality of management evaluation.	404
Małgorzata Wiśniewska, Piotr Grudowski: Selected systems for the security in the supply chain.....	415

Izabela Witczak

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

e-mail: izaeuro@wp.pl

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA ORAZ EKONOMICZNO-FINANSOWA PUBLICZNEGO SZPITALA WOBEC SPOŁECZEŃSTWA

Streszczenie: Najistotniejszą pozycję w systemie opieki zdrowotnej, zarówno ze względu na wielkość generowanych kosztów, jak i specyfikę pełnionych funkcji, zajmuje lecznictwo stacjonarne, w tym publiczne szpitale. Z punktu widzenia transformacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce stanowią one problem o szczególnym znaczeniu pod względem formy prawnej, organizacji, sposobu zarządzania, zadłużania. Działalność tych szpitali wiąże się z publiczną odpowiedzialnością państwa za dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Szpital publiczny należy do kategorii podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest podmiot należący do struktury organów, instytucji o charakterze publicznym, w tym do administracji rządowej i samorządowej. Szereg analiz dotyczących sytuacji finansowej publicznego sektora opieki zdrowotnej wskazuje, iż problemy finansowe są trwałym problemem tego sektora. W artykule zaprezentowano wybrane przykłady odpowiedzialności publicznego szpitala wobec społeczeństwa.

Słowa kluczowe: publiczny szpital, prawo, finanse, ekonomia, odpowiedzialność.

DOI: 10.15611/pn.2015.376.16

1. Wstęp

Zdrowie publiczne ukierunkowane jest na stworzenie środowiska, w którym działaniom w obszarze promocji zdrowia towarzyszy równolegle ochrona praw podmiotowych oraz ogólne zasady równości i sprawiedliwości [Witczak 2010, s. 52-53]. Organy administracji publicznej zapewniają realizację praw podmiotowych publicznych, przewidzianych przez przepisy prawa. Poprzez określenie zakładów opieki zdrowotnej mianem „publiczny” ustawodawca uznał, że ich znaczenie jest doniosłe z punktu widzenia interesu publicznego. Na tyle ważne, aby uznać konieczność ich podporządkowania rządowym lub samorządowym organom państwa [Dercz, Rek 2007, s. 60]. Celem opracowania jest przedstawienie wybranych aspektów odpowiedzialności prawnej oraz ekonomiczno-finansowej publicznego szpitala wobec społeczeństwa.

2. Szpitale i ich rola w polskim systemie ochrony zdrowia

Cechą specyficzną szpitala jako podmiotu leczniczego jest to, że został on powołany do udzielania świadczeń szpitalnych, które definiowane są jako wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgowaniu i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych [Dercz, Rek 2007, s. 26].

Znaczącą rolę w świadczeniu opieki zdrowotnej dla społeczeństwa polskiego odgrywają szpitale publiczne. Przesłanką do takiego stwierdzenia jest fakt, iż szpitale publiczne stanowią przeważającą liczbę szpitali w Polsce i tym samym udzielają większej ilości świadczeń zdrowotnych dla społeczeństwa. W tabeli 1 przedstawiono poszczególne rodzaje szpitali (publiczne i niepubliczne) oraz liczbę łóżek na których realizowane są świadczenia zdrowotne, z której wynika, że w Polsce funkcjonuje 517 publicznych szpitali.

Tabela 1. Szpitale i łóżka wg rodzajów, stan na dzień 31.12.2012 r.

Liczba łóżek	Liczba szpitali	Rodzaj szpitala
184 514	830	Szpitale ogólne stacjonarne w tym:
156 001	517	publiczne – nadzorowane przez MZ i MON w tym utworzone przez:
126 553	440	jednostki samorządu terytorialnego
9 322	34	ministra lub centralny organ administracji rządowej (bez MSW)
20 126	43	publiczną uczelnię medyczną
28 513	313	niepubliczne
17 761	48	psychiatryczne

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia wydany przez Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia.

Szpitale, podobnie jak każda organizacja, funkcjonują w zmiennym mikro- i makrootoczeniu, z którym oddziałują na różne sposoby i od którego są uzależnione. Jako przykład należy wskazać dominującą rolę publicznego płatnika, tj. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który narzuca stawki za poszczególne procedury oraz ustala wymagania odnośnie do kwalifikacji kadry medycznej, rodzajów sprzętu medycznego. Zdaniem M. Kautscha uwagę należy zwrócić na fakt, iż NFZ uzyskał w praktyce pozycję monopsonu ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami. W efekcie mamy do czynienia ze strukturalną nierównowagą sił pomiędzy płatnikiem i świadczeniodawcami na korzyść NFZ [Kautsch 2010, s. 58-60].

3. Odpowiedzialność prawna publicznych szpitali wobec społeczeństwa

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nakłada na władze publiczne obowiązek określania zasad do ochrony zdrowia. Z zapisu zawartego w artykule 68 ust. 2 wynika, iż „obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Podstawową wartością wynikającą z cytowanego zapisu jest zdrowie pojmowane jako wartość szczególna, jako dobro publiczne. Konstytucyjny charakter prawa do ochrony zdrowia oznacza, że prawo to przyznane jest każdemu niezależnie od tego, czy jest ubezpieczony czy też nie. Ustawą o kluczowym znaczeniu dla prawa do ochrony zdrowia jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Definiuje ona pacjenta jako osobę zwracającą się o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Jednym z kluczowych praw pacjenta jest dostępność do świadczeń zdrowotnych, która często krytykowana jest przez polskich pacjentów w środkach masowego przekazu. Krytyce poddawana jest zwłaszcza realizacja zasady powszechności i równości w publicznych szpitalach do niektórych świadczeń zdrowotnych, np. operacje zaćmy czy wszczepianie endoprotezy stawu biodrowego. Kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych została uregulowana w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, która określa również szczegółowe warunki i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z artykułem 20 cytowanej ustawy określone zostały zasady prowadzenia list oczekujących na świadczenia zdrowotne z respektowaniem sprawiedliwego, niedyskryminującego, równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Poniższa tabela prezentuje średni czas oczekiwania pacjentów.

Tabela 2. Wybrane przykłady średniego czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne

Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba oczekujących	Rodzaj świadczenia medycznego
3118	732	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego (Uniwersytecki Szpital we Wrocławiu)
970	475	Operacja zaćmy – Oddział Okulistyczny (Zakład Opieki Zdrowotnej SALVE w Bałutach)
678	894	Porada w Poradni Endokrynologicznej (Wojewódzkie Centrum Medyczne we Wrocławiu)
302	158	Usługa rehabilitacji ambulatoryjnej (NZOZ „ZDROWIE” w Sempolnie)

Źródło: <http://kolejki.nfz.gov.pl> (4.06.2014).

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w Polsce opublikował wyniki badań Eurobarometru (międzynarodowy projekt regularnego badania opinii publicznej realizowany na zlecenie Komisji Europejskiej, w którym ankiety wypełniane są przez reprezentantów 1000 obywateli z każdego państwa członkowskiego UE), przeprowadzonych w 2013 r. W kategorii „bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki zdrowotnej” zaledwie co trzeci pacjent jest zadowolony ze świadczeń zdrowotnych w Polsce. W powyższej kategorii polscy pacjenci krytycznie oceniają następujące aspekty: brak zaufania, że lekarz w porę rozpozna chorobę i będzie potrafił im pomóc, oraz opiekę szpitalną – około 69% ankietowanych boi się błędnej diagnozy oraz zakażeń szpitalnych. W tym miejscu należy podkreślić, że w tym samym badaniu wśród wszystkich krajów członkowskich UE średnio 70% pacjentów jest zadowolonych ze służby zdrowia w swoim kraju. Także inne badania przeprowadzone w Polsce [Pawłowska 2009] potwierdzają niską jakość usług medycznych realizowanych w szpitalach, co zdaniem autorki badań jest związane m.in. z trudną sytuacją finansową, brakiem wspólnej wizji systemu po stronie organu, który tworzy politykę zdrowotną państwa, silną pozycją płatnika – NFZ, sztucznie wprowadzanymi limitami na usługi. W literaturze przedmiotu [Pokorski, Pokorska, Złowodzki 2010, s. 84-85] podkreślane jest, że szpital współczesny jest miejscem szczególnym, a hospitalizacje związane z zabiegiem operacyjnym są przyczyną wielu powikłań, często wymagających kolejnych zabiegów operacyjnych, intensywnego leczenia, a nawet zakończone zgonem pacjenta. Na świecie rocznie przeprowadza się około 234 milionów operacji, a odsetek poważnych powikłań wynosi w krajach rozwiniętych od 3 do 16%.

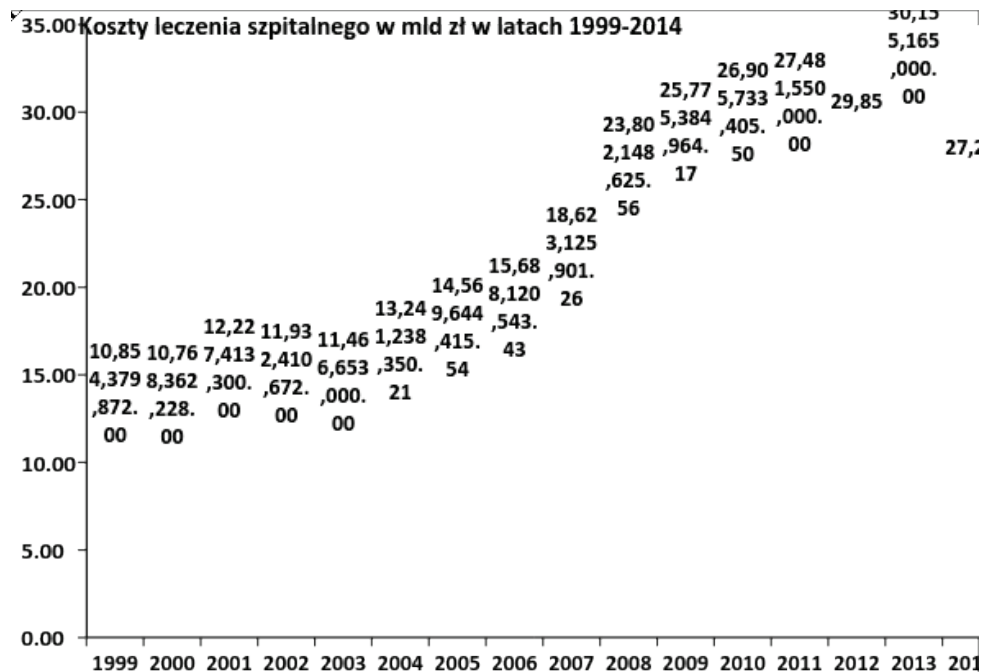
4. Odpowiedzialność ekonomiczno-finansowa publicznych szpitali wobec społeczeństwa

Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na leczenie szpitalne ponad 40% wszystkich środków finansowych. Według planu finansowego opublikowanego przez Departament Ekonomiczno-Finansowy NFZ, w 2014 roku koszty świadczeń opieki zdrowotnej szacowane są na 63 643 635 złotych, z czego na koszty szpitalne zarezerwowano 30 362 212 zł [<http://nfz.gov.pl>].

Stały wzrost nakładów finansowych na leczenie szpitalne przedstawiony na wykresie (rys. 1) wskazuje na fakt, że nakłady finansowe kierowane są głównie na zdrowie naprawcze, a w niewielkim zakresie na profilaktykę i zapobieganie chorobom. Z badań przeprowadzonych przez E. Nojszewską w 2009 r. [Nojszewska 2011, s. 243-250] w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce wynika, że:

- średnia krajowa udziału hospitalizacji udzielonych w trybie nagłym wyniosła ponad 60%, co ujawnia nieprawidłowości w organizacji procesu leczenia,
- niewykorzystywane jest leczenie szpitalne w trybie jednodniowym (np. okuliastyka na poziomie 14,1%),

- w latach 2008-2009 średnia wartość hospitalizacji zwiększyła się o 48%,
- sposób finansowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), czyli kapitacja, prowadzi do niekorzystnego dla systemu opieki zdrowotnej kierowania pacjentów do szpitali. Wprowadzenie lekarzy rodzinnych doprowadziło do 40-procentowego wzrostu hospitalizacji.

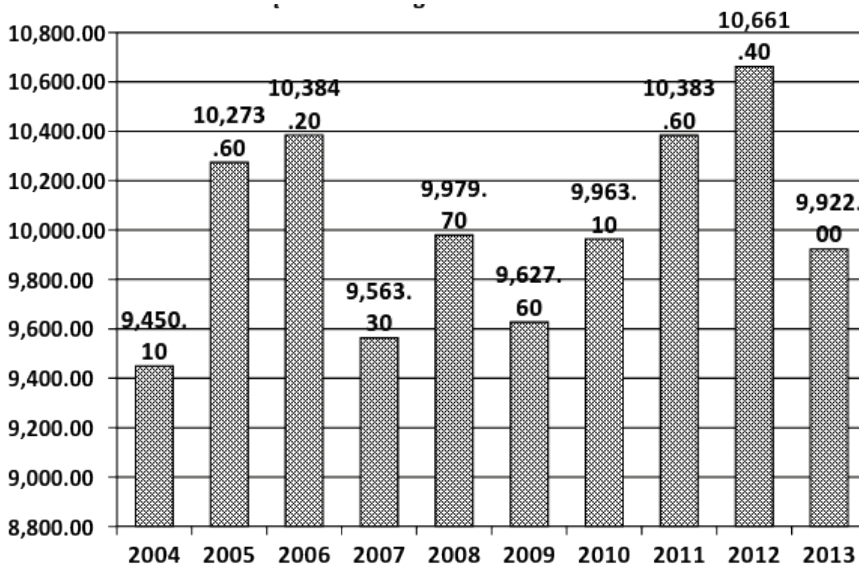


Rys. 1. Środki przekazywane na leczenie szpitalne przez publicznego płatnika (kasy chorych, Narodowy Fundusz Zdrowia) w latach 1999-2014

Źródło: opracowanie na podstawie: [http://www.nfz.gov.pl].

W tym miejscu należy również zwrócić uwagę na sposób funkcjonowania szpitali prywatnych (działających w większości w formie spółki prawa handlowego), które kierując się dyscypliną finansową, unikają wykonywania trudniejszych i gorzej płatnych świadczeń zdrowotnych, przerzucając je jednocześnie do sektora publicznego. Argumentem w takim postępowaniu jest fakt, iż szpitale te nie mają w swoich strukturach oddziałów intensywnej terapii, urazowych czy też szpitalnych oddziałów ratunkowych, w których to realizacja świadczeń zdrowotnych jest bardzo kosztochłonna. W literaturze przedmiotu podnoszony jest problem, że należy zwrócić szczególną uwagę na specyfikę spółek prawa handlowego: są to podmioty, których podstawowym celem jest osiągnięcie zysku, co sytuuje je w obszarze rynku, stosowania zasad i reguł prawa gospodarczego. Ich relacje z systemem wyznacza dopiero zawarcie kontraktu z NFZ (dobrowolne). Do tego momentu podmiot prowa-

dzący działalność leczniczą jest „obojętny” systemowo [Mokrzycka, Kowalska 2012, s. 124-130]. Dodatkowym problemem finansowym publicznych szpitali jest zapis, zawarty w art. 19.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, który stanowi, że „w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie”. Ponieważ to właśnie publiczne szpitale są główną bazą świadczeń wysokospecjalistycznych i szpitale mają oddziały ratunkowe, tam są kierowani pacjenci po wypadkach komunikacyjnych, z urazami wielonarządowymi. Problemy finansowe z tym związane dla publicznych szpitali to wysokie koszty leczenia takich pacjentów oraz generowanie świadczeń ponad limit ustalony w kontrakcie z NFZ. Analiza przyjętych w Polsce rozwiązań uprawnia do konstatacji, że obszar opieki zdrowotnej jest narażony na ryzyko moralnych nadużyć. Zdaniem słynnego teoretyka w tej dziedzinie K.J. Arrowa [1963, s. 944-969] świadczenia zdrowotne finansowane z publicznego ubezpieczenia charakteryzują się większą konsumpcją, co skutkuje nieracjonalnym wykorzystywaniem środków publicznych. Jako przykład należy podać szpitale publiczne, które często generują tzw. nadwykonania, czyli przekroczenie kontraktu zawartego z NFZ, ponosząc jednocześnie koszty ponad limit wykonanych świadczeń, chociaż były one wykonywane na „ratunek życia”. Problematykę z tym związaną podnosi A. Zemke-Górecka [2010, s. 255-266], podkreślając, że stosunek łączący NFZ ze świadczeniodawcą powinien być tak skonstruowany i interpretowany, aby świadczenie zdro-



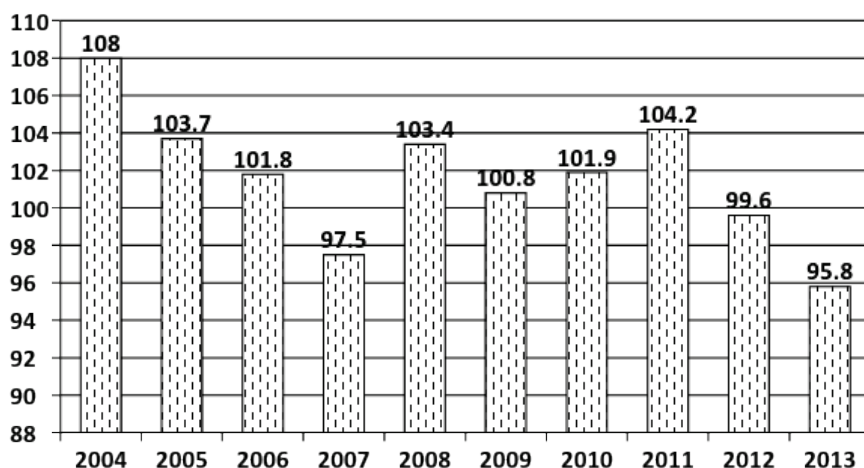
Rys. 2. Zobowiązania finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w latach 2004-2013 w miliardach złotych

Źródło: opracowanie w oparciu o dane z Ministerstwa Zdrowia: [<http://www.mz.gov.pl>].

wotne mogło być wykonane fachowo i starannie, ale w granicach środków finansowych pochodzących ze składek. Jednakże limity określone w umowach nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia i zdrowia.

Zdecydowana większość publicznych szpitali mimo transformacji systemu ochrony zdrowia cierpi na chroniczną niemożność zbilansowania kosztów z przychodami, czyli występuje w sytuacji permanentnej nierównowagi finansowej, co prezentuje rys. 2.

Rysunek 3 prezentuje dynamikę zobowiązań szpitali, która stanowi wypadkową dynamiki przychodów i kosztów. Największą dynamikę zobowiązań odnotowano w 2012 roku.



Rys. 3. Dynamika zobowiązań SPZOZ w latach 2004-2013

Źródło: opracowanie w oparciu o dane z Ministerstwa Zdrowia: [<http://www.mz.gov.pl>].

Z uwagi na narastające przez wiele lat trudności finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej państwo wielokrotnie podejmowało próby udzielania pomocy publicznej, których wybrane przykłady prezentuje tab. 2.

Słusznie zwraca uwagę M. Kautsch, że problemy związane z prowadzeniem procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia można tłumaczyć relatywnie długim okresem, przez który ten sektor był uznawany za wrażliwy społecznie, przez co państwo uniemożliwiało lub utrudniało wprowadzenie mechanizmów rynkowych, ignorując jednocześnie pogarszającą się sytuację.

Zdaniem E. Nojszewskiej [2011, s. 252-255] jedną z przyczyn nawracającego zadłużenia się SPZOZ-ów jest niedofinansowanie ochrony zdrowia. Szpitale przyjmują i leczą pacjentów, mimo że NFZ brakuje funduszy na pokrycie kosztów tych działań. Ponadto nadzór właścicielski nie zawsze jest właściwie wykonywany.

Tabela 2. Programy restrukturyzacji w ochronie zdrowia w Polsce – wybrane przykłady

Cel programu restrukturyzacji	Rodzaj programu
Restrukturyzacja szpitali, podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego i specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego, a także restrukturyzacja zatrudnienia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W trakcie realizacji programu zwolniono ponad 92 tys. pracowników, dokonano likwidacji 35 935 łóżek w szpitalach ogólnych.	Program wsparcia na lata 2001-2002, na podstawie ustawy z 12 maja 2000 r. o zasadach wspierania rozwoju regionalnego (DzU nr 48, poz. 550 z późn. zm.).
Restrukturyzacja finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej precyzująca zasady udzielania pomocy publicznej państwa tym zakładom w zakresie uregulowań zadłużeń publicznoprawnych, cywilnoprawnych oraz indywidualnych roszczeń pracowników. Większość zadłużonych publicznych szpitali nie skorzystała z pomocy państwa, podając jako jedną z przyczyn, że ustawodawca przewidział zbyt krótki termin składania wniosków, wymagając jednocześnie przygotowania szeregu ugód z wierzycielami.	Program restrukturyzacji na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (DzU nr 78, poz. 6840).

Źródło: opracowanie na podstawie: [Karkowski 2010, s. 170-183; Witczak, Korenik 2007, s. 33-41].

Kolejnym instrumentem prawnym, który ma przeciwdziałać nawracającym zadłużeniom SPZOZ-ów, jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, umożliwiająca tym podmiotom przekształcenia w spółki kapitałowe. Mechanizmy wsparcia przekształceń SP ZOZ mają na celu:

- umorzenie zobowiązań publicznoprawnych SPZOZ,
- zapewnienie dotacji celowych z budżetu państwa.

Według danych Ministerstwa Zdrowia [<http://www.mz.gov.pl>] w okresie od 1 lipca 2011 do 31 października 2013 roku 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,
- w roku 2013 – 29, w tym 20 szpitali.

Należy podkreślić, że prywatyzacja nie jest celem samym w sobie, lecz tylko środkiem do osiągnięcia celu, jakim jest efektywność ekonomiczna i skuteczność kliniczna, które mogą zaistnieć tylko w warunkach konkurencji rynkowej [Nojszewska 2011, s. 257].

5. Wnioski

Obecnie mamy do czynienia w Polsce z rynkiem usług zdrowotnych, w którym zadowolenie pacjenta z otrzymanej usługi bezpośrednio przedkłada się na realizację prawa do ochrony zdrowia. Tymczasem przeprowadzane badania wykazują ogólnie niską jakość usług medycznych. Szpitale publiczne odgrywają doniosłą rolę dla społeczeństwa polskiego, spełniając szereg wymogów ustawowych, jednak są one w gorszej pozycji, np. prawnej, w stosunku do szpitali prywatnych. Współdziałanie

sektorów publicznego i prywatnego w sektorze opieki zdrowotnej jest nieuniknione, podobnie jak w innych gałęziach gospodarki. Rozwój sektora prywatnego można zaobserwować między innymi poprzez stały wzrost liczby prywatnych szpitali. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem działającym według zasad nieporównywalnych z zasadami działania innych podmiotów, a w szczególności gospodarczych, poddanych oddziaływaniu konkurencji. Istnieje potrzeba opracowania ustawy o zdrowiu publicznym, która koordynowałaby szereg dziedzin i instytucji, mających wpływ na zdrowie polskiego społeczeństwa. Stały wzrost nakładów finansowych na leczenie szpitalne wskazuje na fakt, że nakłady finansowe kierowane są głównie na zdrowie naprawcze, a w niewielkim zakresie na profilaktykę i zapobieganie chorobom. Społeczeństwo polskie powinno mieć pełną wiedzę, kto za co odpowiada w dziedzinie zdrowia publicznego i jak wydatkowane są środki finansowe.

Literatura

- Arrow K.J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „The American Economics Review”, 1963, no. 53.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej, Komentarz*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – komentarz*, Wydawnictwo ABC, Warszawa 2007.
- Karkowski T., *Restrukturyzacja szpitali*, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
- Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
- Mokrzycka A., Kowalska A., *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych*, Difin, Warszawa 2012.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, LEX Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Pawłowska E., *Prawo do ochrony zdrowia i jego realizacja na przykładzie zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] M. Thorz (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Polityka. Etyka. Prawo*, Częstochowa 2009.
- Pokorski J., Pokorska J., Złówdzki M., *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Kraków 2010.
- Witczak I., *Prawo zdrowia publicznego*, [w:] A. Felińczak, M.A. Fal (red.), *Zdrowie publiczne. Podręcznik akademicki AM*, Wrocław 2010.
- Witczak I., Korenik D., *Pomoc publiczna i restrukturyzacja jako instrumenty poprawy sytuacji finansowej zadłużonych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Sektor publiczny a rynek w ochronie zdrowia*, Wrocław 2007.
- Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*”, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, DzU z 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU nr 112, poz. 654.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, DzU z 2009, nr 52, poz. 417 z późn. zm.

Strony internetowe

<http://nfz.gov.pl> (4.07.2014).

<http://mz.gov.pl> (12.07.2014).

<http://prawapacjenta.eu> (28.06.2014).

<http://kolejki.nfz.gov.pl> (4.06.2014).

LEGAL AND ECONOMIC AND FINANCIAL RESPONSIBILITY OF PUBLIC HOSPITAL TO THE SOCIETY

Summary: The most important position in the health care system due to both the generated costs as well as the specificity of their functions, is stationary care including public hospitals. A series of analyzes on the financial situation of the public health care sector shows that financial problems are permanent in it. The deteriorating economic conditions, in which Polish hospitals operate, are also affected by the state of Polish economy. This article presents selected examples of public hospitals accountability to the society.

Keywords: public hospital, law, finance, economics, responsibility.