



DOI: 10.18276/sip.2017.50/3-04

Mirela Romanowska*

Joanna Kowalik**

Uniwersytet Szczeciński

PRZEKSZTAŁCENIA W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawianie zjawiska prywatyzacji i komercjalizacji w sektorze ochrony zdrowia. Zaprezentowano istotę procesu prywatyzacji i komercjalizacji w celu odróżnienia znaczenia tych dwóch pojęć, które budzą silne emocje i stanowią istotny element polityki państwa. Dodatkowo przybliżono skalę zjawiska wyżej wymienionych procesów w sektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce. Dokonano ponadto analizy porównawczej finansowania opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej. W artykule wykorzystano analizę porównawczą, przegląd literatury oraz studium przypadku.

Słowa kluczowe: prywatyzacja, komercjalizacja, finansowanie, podmiot leczniczy

Wprowadzenie

Wyznacznikiem sukcesu państwa są nie tylko kształtujące się na optymalnym poziomie wskaźniki ekonomiczne, ale szeroko rozumiane dobro społeczne, zaś jednym z jego kryteriów jest zapewnienie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku zachwiania systemu opieki mamy do czynienia ze wzrostem świadczeń socjalnych i patologii oraz negatywnym nastrojem społecznym, który nie sprzyja kreowaniu wzrostu gospodarczego ani tworzeniu pozytywnego wizerunku

* Adres e-mail: mirelaj@wneiz.pl

** Adres e-mail: joannakowalik02@gmail.com

kraju. Stąd szczególnie ważne jest dążenie do usprawnienia dostępu do świadczenia usług medycznych w sposób racjonalny i efektywny. Takim rozwiązaniem może stać się prywatyzacja bezpośrednia lub pośrednia w zależności od sytuacji finansowej danego regionu czy też kraju.

1. Istota i znaczenie procesu prywatyzacji oraz komercjalizacji

Procesy prywatyzacji, jak i komercjalizacji w ostatnim dziesięcioleciu stanowią nieodłączny element przekształceń w ramach polskiego sektora ochrony zdrowia. Wyżej wymienione pojęcia są często zamiennie stosowane przez decydentów sektora zdrowotnego¹. Jednak na mocy polskiego prawa gospodarczego terminy te zostały zdefiniowane we właściwej ustawie z 1996 r. (Dz.U. 1996, nr 118, poz. 561 z późn. zm.). Zgodnie z jej zapisami komercjalizacja polega na „przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę”, bez zmiany struktury właścicielskiej. Zaś w odniesieniu do prywatyzacji ustawodawca wyróżnił jej dwie formy: prywatyzację bezpośrednią (sprzedaż przedsiębiorstwa państwowego) oraz pośrednią (zbywanie należących do Skarbu Państwa udziałów/akcji w spółkach). Mimo że zapisy ustawy dotyczą podmiotów państwowych, powszechnie przyjmuje się, że komercjalizacja jest procesem przekształcenia podmiotu publicznego w spółkę prawa handlowego z zachowaniem dotychczasowej struktury właścicielskiej (Dubas, Szetela, 2013, s. 39). Prywatyzacja natomiast dotyczy zmian właściciela skomercjalizowanego podmiotu poprzez sprzedaż większości bądź też całości udziałów/akcji (por. tabela 1). Głównym efektem tzw. prywatyzacji założycielskiej jest przyrost udziału sektora prywatnego w podaży usług zdrowotnych, który nastąpił w Polsce na przełomie ostatnich 10 lat. W przeciwieństwie do dwóch wcześniej wspomnianych form (tj. bezpośredniej i pośredniej), nie polega ona na przekształceniu struktury własnościowej podmiotu/zakładu przynależnego do sektora publicznego (Dubas, Szetela, 2013, s. 39), a na niezależnym powstawaniu zupełnie nowych, niepublicznych jednostek. Prywatyzacja założycielska przyczyniła się do szybszego rozwoju sektora prywatnego w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej (m.in. grupowe i indywidualne praktyki lekarskie). W szeroko rozumianym lecznictwie mamy do czynienia

¹ Tematyka prywatyzacji szpitali była w 2010 r. jednym z najgłośniejszych tematów kampanii wyborczej. Konkurujące sztaby prowadziły spór na hasła, oskarżając się wzajemnie z jednej strony o „dążenie do likwidacji publicznej opieki zdrowotnej”, z drugiej o „straszenie prywatyzacją”. Źródło: *Debata prezydencka: spór o komercjalizację w służbie zdrowia*. PAR, Rynek Zdrowia (www.rynekzdrowia.pl, dostęp 05.01.2016).

z różnymi formami prywatyzacji. Jednakże należy pamiętać, że jeżeli chodzi o szpitale, które stanowią podstawę leczenia stacjonarnego, kluczową rolę odgrywa prywatyzacja pośrednia z udziałem podmiotów podległych jednostkom samorządu terytorialnego. Te dwa pojęcia, o których jest mowa, stanowią odrębne procesy, ponieważ komercjalizacja szpitali publicznych może stanowić pierwszy etap na drodze do prywatyzacji. Obowiązujące przepisy zawierają swego rodzaju zachęty (tj. pobudki finansowe), które mają na celu skłonić organy założycielskie do komercjalizacji szpitali publicznych, tym samym kwestia dotycząca ich prywatyzacji jest niezależną oraz indywidualną decyzją podmiotu tworzącego (Horosz, 2012, s. 42–58).

Tabela 1. Formy procesu prywatyzacji w ochronie zdrowia

PRYWATYZACJA		
ZAŁOŻYCIELSKA	POŚREDNIA	BEZPOŚREDNIA
– powstawanie zupełnie nowych, prywatnych podmiotów	– komercjalizacja (przekształcanie w spółkę prawa handlowego – sprzedaż części/całości udziałów/akcji podmiotom prywatnym	– sprzedaż zakładu inwestorom prywatnym

Źródło: Dubas, 2010, s. 138.

Istotne jest również odróżnienie prywatyzacji ze względu na kryterium finansowe, tzn. skąd pochodzą środki, oraz prawno-organizacyjne, tzn. statut i własność jednostki. Według raportu NFZ, w latach 2009–2011 udział wartości kontraktów „leczenie szpitalne” zawartych z podmiotami niepublicznymi wzrósł z 7,38% do 9,15% całkowitej wartości zawartych w tym zakresie umów z płatnikiem publicznym (NFZ, 2012, s. 9). Szacuje się również, że w roku 2011 ponad 75% szpitali niepublicznych miało podpisany kontrakt z NFZ (Dubas i in., s. 40). Jest to dowód na to, że w odniesieniu do sektora szpitalnictwa, którego charakterystyczną cechą są wysokie koszty świadczonych usług, dla utrzymania się na rynku koniecznym jest finansowanie publiczne, niezależne od formy własności.

2. Skala zjawiska komercjalizacji i prywatyzacji opieki zdrowotnej w Polsce

Stacjonarna opieka zdrowotna (ang. *Inpatient Health Care*) definiowana jest jako całodobowa opieka pielęgniarska i lekarska świadczona w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej (GUS, 2016). Ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.) określa, że właśnie ten rodzaj działalności lecz-

niczej obejmuje zarówno świadczenia szpitalne, jak również wiele innego rodzaju usług zdrowotnych, m.in. świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne oraz pomoc społeczną i psychologiczną dla osób w stanie terminalnym. Oznacza to także, że do podmiotów sektora opieki stacjonarnej, obok szpitali, zaliczane są m.in. zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze i ośrodki rehabilitacyjne.

Skalę zjawiska komercjalizacji w sektorze opieki stacjonarnej odzwierciedla udział w nim podmiotów publicznych oraz niepublicznych. Podmioty publiczne funkcjonują w większej części w formie SP ZOZ, a ich właścicielami (podmiotami tworzącymi, organami założycielskimi) są ministrowie, centralne organy administracji rządowej, wojewodowie, jednostki samorządu terytorialnego (JST), publiczne uczelnie medyczne i Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Podmioty niepubliczne funkcjonują w formie spółek, a ich właścicielami są przede wszystkim: osoby fizyczne lub prawne (krajowe i zagraniczne), pracodawcy, fundacje, związki zawodowe, samorządy zawodowe, stowarzyszenia, kościoły, związki wyznaniowe czy też spółki, które nie mają osobowości prawnej (Dubas i in., s. 40). Taka klasyfikacja w dostępnych statystykach obowiązuje od lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Jest ona przydatna do oceny skali zjawiska komercjalizacji szpitali publicznych, ale z drugiej strony przysparza trudności w ocenie stopnia prywatyzacji (por. tabela 2). Można to wytłumaczyć w ten sposób, że w grupie szpitali niepublicznych pojawiają się także świadczeniodawcy, którzy funkcjonują na zasadzie spółek kapitałowych, gdzie JST mają większościowy bądź całościowy udział. Te jednostki często określa się mianem „niepublicznych samorządowych”. Już sama nazwa wskazuje, że jest to zestawienie dwóch przeciwstawnych pojęć (Dubas i in., s. 41). Samorządowy, bowiem jest przynależny do elementu administracji publicznej, z kolei niepubliczny, ponieważ nie ma w nim wymienionej spółki kapitałowej, gdyż obowiązujące regulacje prawne zawierają zamknięty katalog form organizacyjno-prawnych, gdzie może funkcjonować publiczny świadczeniodawca usług zdrowotnych.

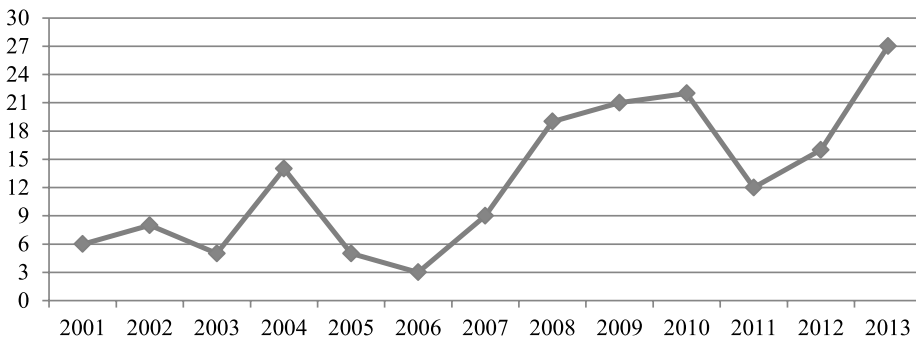
Tabela 2. Liczba przekształconych szpitali w Polsce w latach 2001–2013

Lata	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba przekształceń	6	8	5	14	5	3	9	19	21	22	12	16	27

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sytuacja finansowa szpitali w Polsce, edycja 2014, PMR Magellan S.A.

Dokonujące się procesy przekształceń w szpitalach, które wśród podmiotów tworzących sektor ochrony zdrowia dysponują największym potencjałem, przebiegają powoli ze względu na ryzyko. Skalę tego zjawiska w latach 2001–2013 prezentuje tabela 2. Obserwowany trend wzrostowy (por. rysunek 1) nie oznacza, że procesy przekształceń przebiegają ze zdecydowanie większą dynamiką.

Rysunek 1. Liczba przekształconych szpitali w Polsce w latach 2001–2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Sytuacja finansowa szpitali w Polsce, edycja 2014, PMR Magellan S.A.)

Wśród 897 szpitali (bez MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości) w latach 2001–2014 przeprowadzono 167 przekształceń, wybierając różne ścieżki. Oznacza to, że zdecydowana większość placówek ciągle stoi w obliczu konieczności przeprowadzenia procesu przekształceń.

3. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce

W każdym systemie opieki zdrowotnej wymagane są ogromne nakłady, dlatego też tak istotny jest sposób jego finansowania. Wyróżnia się trzy modele finansowania (Ryć, Skrzypczak, 2010, s. 9):

- powszechny ubezpieczeniowy, nazywany modelem Bismarcka (który jest oparty na obowiązkowych ubezpieczeniach zdrowotnych),
- narodowej służby zdrowia, nazywany modelem Beveridge'a (państwo z podatków finansuje opiekę zdrowotną),
- oparty na ubezpieczeniach prywatnych.

Pierwszy z nich to system budżetowy – część finansów publicznych w postaci funduszy, które są finansowane ze składek obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Drugi z nich to także element finansów publicznych, gdzie środki pochodzą z płaconych podatków. Natomiast trzeci dotyczy finansów prywatnych, pochodzących z dobrowolnego ubezpieczenia, które są odpowiedzialne za pokrycie części ogółu środków i stanowią istotne uzupełnienie finansów zasilających ochronę zdrowia.

Jednostki organizacyjne, do których zalicza się te udzielające świadczeń zdrowotnych, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministra Zdrowia, są elementami systemu finansowego opieki zdrowotnej w Polsce (Hady, Leśniowska, 2011, s. 6). Podstawową funkcję w finansowaniu oraz zapewnieniu dostępu do usług zdrowotnych pełni NFZ, do którego zgodnie z ustawą należy zabezpieczenie ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych. (Dz.U. nr 45, poz. 391). NFZ ustala również zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, sprawdza ich dostępność oraz jakość, dokonuje analiz kosztów świadczeń, ustala zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami, kontroluje realizację umów zawieranych ze świadczeniodawcami oraz odpowiedzialny jest za prowadzenie tzw. Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (Dz.U. nr 45, poz. 391). Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem świadczeń zdrowotnych mogą udzielać: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, położnicze czy pielęgniarские. Ubezpieczenia zdrowotne stanowią podstawowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce oraz zapewniają pacjentom wszechstronny zakres świadczeń zdrowotnych. Należy zwrócić uwagę, że większość przychodów NFZ stanowią składki na ubezpieczenie zdrowotne (Hady i in., s. 8). Finansowanie świadczeń zdrowotnych pochodzące z budżetu państwa uregulowane zostało w rozporządzeniu z 13 grudnia 2004 roku w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej do dyspozycji właściwego ministra do spraw zdrowia (Dz.U. nr 267, poz. 2661 z późn. zm.). Środki publiczne przekazywane są świadczeniodawcom, z którymi właściwy minister do spraw zdrowia zawarł umowę o udzielaniu tychże świadczeń oraz są one przeznaczane wyłącznie na pokrycie kosztów związanych z realizacją umowy. Środki pochodzące z budżetów jednostek terytorialnych (JST) oraz budżetu państwa nie stanowią uregulowanego trwale strumienia przychodów sektora zdrowotnego, ponieważ ich kształtowanie się podlega zmiennym regulacjom, które dotyczą decyzji alokacyjnych władz centralnych i samorządu terytorialnego (Hady i in., s. 9). Należy również pamiętać, że bardzo znaczącym składnikiem przychodów sektora zdrowotnego są indywidualne dochody ludności, przeznaczane są na ochronę zdrowia.

Przykładem może być sytuacja, w której ubezpieczony korzysta ze świadczenia zdrowotnego, tylko częściowo lub wcale finansowanego ze środków publicznych.

W Polsce na przełomie ostatnich kilkunastu lat system opieki zdrowotnej przeszedł ogromne przeobrażenia. Najważniejszą zmianą w tym zakresie była reforma przeprowadzona w roku 1999, w konsekwencji której nastąpiła decentralizacja systemu opieki zdrowotnej, finansowanej do tej pory bezpośrednio przez państwo (Stańdo-Górowska, 2012, s. 71). W latach 2004 oraz 2010 system opieki zdrowotnej ulegał dalszym przekształceniom także jeżeli chodzi o sposób finansowania. Tabela 3 przedstawia źródła finansowania ochrony zdrowia w polskim systemie zdrowotnym po roku 1999.

Tabela 3. Finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce

Źródła finansowania	Obszar finansowania
Powszechnie ubezpieczenie zdrowotne	W zakresie objętym przez kontrakty z NFZ: – podstawowa opieka zdrowotna, – świadczenia specjalistyczne, ambulatoryjne i stacjonarne
Budżet państwa	– specjalistyczne procedury medyczne, – programy polityki zdrowotnej, – ratownictwo medyczne, – publiczna służba krwi, – inspekcja sanitarna, – część składek ubezpieczenia zdrowotnego osób niezyskujących dochodów
Jednostki samorządu terytorialnego (JST)	Organizacja opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym, w tym: – finansowanie inwestycji i przekształceń infrastrukturalnych, – pokrywanie długów i dalsze finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej generujących stratę
Wydatki prywatne	– bezpośrednie zakupy leków i świadczeń zdrowotnych, – wykup komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, – finansowanie zakładowej służby zdrowia, – zakup dla pracowników abonamentów w prywatnych placówkach opieki zdrowotnej

Źródło: Jaworzyńska, 2010, s. 19–21.

Mimo że najważniejszym źródłem finansowania ochrony zdrowia stała się składka na ubezpieczenie zdrowotne, nie zrezygnowano jednak całkowicie z bezpośredniego finansowania przez budżet państwa oraz jednostki samorządu terytorialnego. Skalę tego finansowania w latach 2013–2015 przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2013–2015

Wyszczególnienie	2013	2014	2015	2013	2014	2015
	w mln złotych			w procentach		
Budżet państwa						
Ogółem	321345,3	312522,7	331743,4	100	100	100
w tym na ochronę zdrowia	7534,1	7357,6	7324,5	2,3	2,4	2,2
Budżet samorządów terytorialnych						
Województwa ogółem	16527	18238,3	17202,7	100	100	100
w tym na ochronę zdrowia	927,3	774,7	1106,7	5,6	4,2	6,4
Miasta na prawach powiatu ogółem	64952,6	69661,4	69824,2	100	100	100
w tym na ochronę zdrowia	1058,2	1065,2	1063,2	1,6	1,5	1,5
Powiaty ogółem	22916,5	23784,3	23441,1	100	100	100
w tym na ochronę zdrowia	1327,3	1274,0	1183,7	5,8	5,4	5,0
Gminy ogółem	79442,5	85070,1	85944,4	100	100	100
w tym na ochronę zdrowia	541,6	561,3	553,0	0,7	0,7	0,6
Razem JST	183838,6	196754,1	196412,4			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W budżecie państwa wydatki na ochronę zdrowia w kwotach bezwzględnych malały w 2014 roku w porównaniu do 2013 o 176,5 mln zł, a w 2015 w porównaniu do 2014 o 33,1 mln zł. W strukturze wydatków stanowiły one ok. 2,2–2,4%. Jedynie miasta na prawach powiatu i gminy wydały na ochronę zdrowia ze swoich budżetów mniejszą ich część, tzn. odpowiednio 1,5–1,6% i 0,6–0,7%.

W Polsce na ochronę zdrowia wydawanych jest nieco ponad 6,5% PKB. Średnio państwa OECD wydają na opiekę zdrowotną 8,9% PKB. Spośród 44 krajów monitorowanych przez OECD Polska pod względem % PKB przeznaczanego na opiekę zdrowotną zajmuje 36. miejsce („Health at Glance 2015”, www.oecd.org, dostęp 9.05.2017).

Celem porównania finansowania systemu opieki zdrowotnej w krajach UE, w tabeli 5 przedstawiono stosowane przez te kraje mieszane źródła finansowania, deklarując, że ich podstawowym źródłem są środki, które mają publiczny charakter i są kontrolowane w sposób bezpośredni oraz pośredni.

Tabela 5. Źródła finansowania opieki zdrowotnej w wybranych krajach

Kraje	Dominujący system finansowania	Główny dodatkowy system finansowania
Dania, Portugalia	publiczny: dochody podatkowe	bezpośrednie opłaty
Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Szwecja, Hiszpania	publiczny: dochody podatkowe	prywatne dobrowolne ubezpieczenia, bezpośrednie opłaty
Holandia	mieszane: obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i prywatne dobrowolne ubezpieczenia	publiczne: system podatkowy, bezpośrednie opłaty
Austria, Belgia, Francja, Niemcy, Luksemburg	publiczny: obowiązkowe ubezpieczenia	prywatne dobrowolne ubezpieczenia, bezpośrednie opłaty, publiczne: dochody podatkowe

Źródło: Hady, Leśniowska, 2011, s. 6.

Finansowanie ze środków publicznych odbywa się poprzez obowiązkowy system ubezpieczeń oraz bezpośrednie finansowanie ze środków, które pochodzą z dochodów publicznych, czyli budżetu państwa czy budżetów gminnych lub regionalnych. Na dodatkowe systemy finansowania w głównej mierze, tak jak w przypadku Polski, składają się bezpośrednie opłaty, które są uiszczane przez pacjentów, prywatne dobrowolne ubezpieczenia oraz dochody podatkowe.

Podsumowanie

Prywatyzacja w polskim sektorze ochrony zdrowia wydaje się być obiektywnie konieczna, dlatego warto podejmować tego typu działania, choćby w celu usprawnienia i podnoszenia standardów leczenia pacjentów. Wyniki prowadzonych w tym zakresie badań dowodzą, że przekształcanie szpitali w placówki prywatne jest dobrym posunięciem. Sprywatyzowane placówki cieszą się zdecydowanie lepszą opinią mieszkańców, przykładem może być chociażby Szpital św. Rocha w Ozimku. Należy mieć jednak na uwadze fakt, że przed prywatyzacją szpitale są często w złej sytuacji finansowej. Wielkość ich zadłużenia w większości przypadków przekracza nawet roczne przychody placówek. Efektem skutecznie przeprowadzonej prywatyzacji zakładów leczniczych jest pozyskanie nowych pacjentów, rozwój działalności, poszerzenie oferty leczniczej, a nawet zwiększające się kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szczególnie ważnym elementem tego zjawiska jest podniesienie standardu świadczonych usług, ponieważ placówki zostają w pełni wyremontowane, wyposażone w nowy sprzęt (możliwość zwiększenia liczby łóżek na oddziałach) oraz zatrudniają dodat-

kowych specjalistów. Mimo tych niewątpliwych korzyści płynących z prywatyzacji, pacjenci w Polsce odczuwają strach przed tym posunięciem ze strony państwa. Można to dostrzec w badaniach opinii społecznej przeprowadzanych przez Pracownię Badań Społecznych w listopadzie 2013 roku. Wynika z nich, że ponad 70% nie chce, aby najbliższe im szpitale były sprywatyzowane, a ponad 60% twierdzi, że prywatyzacja będzie niekorzystna dla pacjentów. Polacy boją się wysokich kosztów (ponad 60% respondentów) oraz spadku dostępności leczenia (ok. 40%) (Kaczmarek, 2014).

W oparciu o przegląd literatury można stwierdzić, że prywatyzacja ochrony zdrowia może być korzystna dla pacjentów i wcale nie oznacza, że pacjenci będą za nią płacić ze środków pochodzących z domowego budżetu. „Prywatyzacja” ludzi budzi wśród społeczeństwa negatywne skojarzenia z odpłatnością za usługi lecznicze. Należy zwrócić uwagę, że prywatyzacja służby zdrowia to nie to samo, co prywatyzacja szpitali, ponieważ gdyby hipotetycznie wszystkie szpitale były prywatne, to i tak służba zdrowia zostałaby publiczna, gdyż płatnik jest publiczny.

Zakłady Opieki Zdrowotnej od dłuższego czasu są już sprywatyzowane, co nie oznacza zwiększonej odpłatności za leczenie. Zdrowie obywateli to najważniejszy priorytet, a zależy ono w dużej mierze od jakości świadczonych usług medycznych, natomiast te uzależnione są od finansów, czyli – jak wcześniej wspomniano – sprzętu czy wysoko wykwalifikowanej kadry. Z punktu widzenia pacjenta nie powinno być istotne, kto jest właścicielem danej placówki, ważny jest sposób płatności, a jeżeli NFZ w dalszym ciągu będzie wykonywał opłaty, to pacjent nie zauważy zachodzących zmian.

Literatura

- Debata prezydencka: spór o komercjalizację w służbie zdrowia.* PAR, Rynek Zdrowia (www.rynekzdrowia.pl, 05.01.2016).
- Dubas, K., Szetela, P. (2013). Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce – skala i znaczenie zjawiska. *Przegląd organizacji miesięcznik TNOiK*, 12.
- Dubas, K. (2010). Szpitale niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz znaczenie w systemie lecznictwa. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, VIII (1).
- Hady, J., Leśniowska, M. (2011). Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów UE. *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, 10 (1).
- Horosz, P. (2012). *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*. Warszawa: Wydawnictwo ABC, Wolters Kluwer.

- Jaworzyńska, M. (2010). *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa: CeDeWu.
- Kaczmarek, A. (2014). *Prywatny szpital też publiczny, czyli prywatyzacyjne lęki i mit*. Rynek Zdrowia, www.rynekzdrowia.pl.
- NFZ (2012). *Kompleksowa analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009–2011 w rodzaju: lecznictwo szpitalne na terenie całej Polski*. Warszawa: NFZ.
- Ryć, K., Skrzypczak, Z. (2010). *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.
- Stańdo-Górowska, H. (2012). Kształtowanie wydatków na opiekę zdrowotną jako problem społeczno-ekonomiczny. *Nierówność społeczna a Wzrost Gospodarczy*, 26.
- Ustawa z 30.08.1991 o zakładach opieki zdrowotnej Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408 z późn. zm.
- Ustawa z 30.08.1996 o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych Dz.U. 1996, nr 118, poz. 561 z późn. zm.
- Ustawa z 23.01.2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia Dz.U. 2003, nr 45, poz. 391.
- Ustawa z 13.12.2004 w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia Dz.U. 2004, nr 267, poz. 2661, z późn. zm.
- Ustawa z 15.04.2011 o działalności leczniczej Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654, z późn. zm.
- <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej>.

TRANSFORMATIONS IN THE HEALTHCARE SECTOR IN POLAND

Abstract

The aim of the article is to present the phenomenon of privatization and commercialization in the healthcare sector. The Authors define privatization and commercialization processes in order to distinguish between these two concepts as they arouse strong emotions and constitute an important element of the state policy. Additionally the Authors touch upon the magnitude of the phenomenon of the abovementioned processes in the stationary healthcare sector in Poland and conduct a comparative analysis of the health system financing in the EU countries. The article uses comparative analysis, literature review and case study.

Translated by Mirela Romanowska

Keywords: privatization, commercialization, funding system, health care sector

JEL Codes: J18, G28, P36