

## **Dariusz Porębski**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Katedra Finansów Przedsiębiorstwa i Zarządzania Wartością  
e-mail: [dariusz.porebski@ue.wroc.pl](mailto:dariusz.porebski@ue.wroc.pl)  
tel. 607 70 44 45

# **Wybór publiczny i rynek usług zdrowotnych oraz problemy etyczne w dobie komercjalizacji szpitali**

***Streszczenie.** Obecnie duży nacisk kładzie się na to, by szpitale publiczne ulegały przekształceniom w spółki kapitałowe. Ma temu sprzyjać sytuacja polityczna i zmiany w prawie. Jednak ciągle toczy się spór o to, czy szpitale powinny być publiczne, czy prywatne. Pojawia się w tej tematyce wiele problemów etycznych. W opracowaniu dokonano porównania finansów publicznych klasycznych (paternalistycznych), jakie funkcjonują w Polsce, do wyboru publicznego stosowanego w wielu efektywnych gospodarkach, a także porównania szpitali publicznych i prywatnych. Przedstawiono badania rynku usług medycznych, które wzbogacono o tematykę etyki prowadzenia prywatnych jednostek służby zdrowia. Część wątków została zweryfikowana naukowo, wśród pozostałych wiele może budzić zastrzeżenia, choć jest uznanych jako fakt przez media. Należałoby zweryfikować je naukowo, by określić skalę problemów, zwłaszcza w przypadku problemów etycznych, takich jak transferowanie pacjentów czy podwójne zatrudnienie personelu medycznego. Artykuł ukazuje problematykę redystrybucji funduszy publicznych według dwóch teorii: klasycznych finansów i wyboru publicznego, a następnie porusza tematykę szpitali publicznych i prywatnych. Łącznikiem są dobra publiczne, które stają się prywatnymi.*

***Słowa kluczowe:** wybór publiczny, etyka służby zdrowia, komercjalizacja służby zdrowia*

## **Wstęp**

W artykule przedstawiono funkcjonowanie polskich jednostek służb zdrowia prywatnych i państwowych. Poruszono również temat dóbr publicznych i ich transformacje w dobra rynkowe na przykładzie usług medycznych.

Celem opracowania jest przedstawienie dwóch znanych systemów finansów publicznych i zwrócenie uwagi na to, że rola finansów jest często ważniejsza niż pacjent. Temat podjęto w skali makro, by następnie przejść do problemów jednostek, czyli do skali mikro. W tym ostatnim przypadku zanalizowano rynek usług medycznych oraz porównano jednostki publiczne i prywatne. Ponadto wykazano wiele problemów etycznych występujących w branży usług medycznych.

Tematyka finansów publicznych, polityki, ekonomii, zarządzania jednostkami służby zdrowia jest obszerna, lecz powiązana ze sobą. Przede wszystkim rola państwa jest niekwestionowana, ponieważ od narodzin aż do śmierci każdego obywatela różne działania podejmowane przez państwo na niezliczone sposoby wpływają na jego życie, bowiem:

- rodzimy się w szpitalach,
- większość z nas uczęszcza do szkół publicznych,
- praktycznie każdy w jakimś momencie życia otrzyma pomoc od państwa,
- wszyscy płacimy państwu podatki,
- spora liczba osób zatrudniona jest w instytucjach państwowych,
- podróżujemy po drogach publicznych,
- poprzez odpowiednie regulacje prawne państwo decyduje o tym, co jemy i pijemy, gdzie i w jakich domach mieszkamy,
- stworzone przez państwo ramy prawne pozwalają osobom fizycznym i przedsiębiorstwom zawierać umowy między sobą,
- państwo dba o przepisy w zakresie ochrony środowiska,
- państwo dba o nasze bezpieczeństwo (np. nakaz zapinania pasów, obowiązek pierwszej pomocy)<sup>1</sup>.

W uprzemysłowionych społeczeństwach pojawiły się problemy, których rozwiązanie adresowano do instytucji państwowych: problemy ekologiczne, rozwoju infrastruktury w zurbanizowanym środowisku człowieka. Do ich rozwiązywania potrzebne były środki i musiał się zwiększyć zakres redystrybucji dochodów ludności. W dużym stopniu odnosiły się one do dóbr publicznych, ponieważ to na nie w dużej mierze były przeznaczane środki.

Wybitny ekonomista Paul Samuelson pierwszy formalnie rozważał, czym są dobra publiczne. Jego definicja nie jest jedyną powszechnie używaną, ale bardzo istotną. Dobra publiczne to dobra, które charakteryzują się tym, że nie ma możliwości wyłączenia ich z konsumpcji oraz jednocześnie nie są konkurencyjne w konsumpcji. Pierwszy warunek oznacza, że dostawca dobra nie może legalnie zapobiec używaniu dobra przez innych. Drugi warunek oznacza, że konsumpcja dobra przez jedną osobę nie pozbawia innych osób możliwości konsumpcji tego samego dobra, a zatem bez żadnych konsekwencji dobro może być konsumowane przez wiele osób jednocześnie. Inna definicja mówi, że są to dobra, które

<sup>1</sup> J. E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, WN PWN, Warszawa 2004, s. 4.

zazwyczaj mogłyby być dobrami prywatnymi, ale z różnych powodów, zwykle na skutek prowadzonej przez władze publiczne polityki społecznej, są dostępne dla każdego obywatela i finansowane z funduszy publicznych (np. w Polsce oświata czy właśnie opieka zdrowotna). Inna sprawa, że mechanizmy rynkowe łatwiej działają w przypadku dóbr prywatnych, na które jest cena i można je kupić. Znacznie trudniej przedstawia się sprawa dóbr publicznych.

Istnieją dwa bardzo znane i odmienne podejścia do finansów publicznych i mają one wpływ na redystrybucję dóbr.

## 1. Sytuacja finansów publicznych w Polsce

Gromadzenie i rozdysponowywanie pieniężnych środków publicznych wymaga działania określonych podmiotów nie tylko najwyższego szczebla władzy ustawodawczej i wykonawczej, lecz także sieci instytucji (podmiotów), które na bieżąco realizują dochody i wydatki publiczne. Podmioty te mają określoną formę organizacyjną, działają na podstawie określonych aktów normatywnych, w oparciu o określone instytucje finansowe (np. budżet państwa, fundusze ubezpieczeniowe). Finanse publiczne tworzą więc złożony system w przekroju podmiotowym, organizacyjnym, prawnym, instytucjonalnym, instrumentalnym itd.<sup>2</sup>

Celowa ingerencja państwa w życie jednostki jest motywowana koniecznością jej ochrony i jej dobrem. Jest to teoria klasyczna finansów publicznych, za której twórcę uznaje się m.in. Richarda A. Musgrave'a. Nie do końca spełniała ona oczekiwania większości. Tak rozpoczęły się spory pomiędzy politykami i ekonomistami, ponieważ kierunki redystrybucji dochodów bardzo często nie odzwierciedlają rzeczywistych oczekiwań konsumentów, czyli obywateli. Skutki złej redystrybucji bardzo często są spotykane na co dzień. Warto przytoczyć pewien zapomniany przykład. W trakcie rządów Leszka Millera obywatele nie mieli możliwości ustosunkowania się w referendum do zakupu drogich samolotów bojowych z USA. Zakup ten spotkał się z krytyką mediów, wywołując polityczne rozgrywki. Oprócz F-16 były do wyboru szwedzki Gripen oraz francuskie Mirage<sup>3</sup>. O ile raporty ekspertów popierają decyzję rządową, to nie da się przemilczeć kilku argumentów przeciwników decyzji. Sam zakup nie uczynił z Polski potęgę militarnej i nie było to możliwe. Należy również pamiętać, że przez długi czas Polska nie miała pilotów do zakupionych maszyn, gdyż nabyto samoloty bojowe, a o treningowym zapomniano. Poniesiono również i nadal jest ponoszony koszt podwójnej infrastruktury, ponieważ oprzyrządowanie dla F-16 jest inne niż

<sup>2</sup> S. Owsiak, *Finanse publiczne – teoria i praktyka*, WN PWN, Warszawa 2005, s. 90.

<sup>3</sup> M. Kaliński, E. Laskowska, *Umowy offsetowe. Teoria a praktyka*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ”, Towarzystwo Biblioteki Słuchaczy Prawa UJ, 2010, nr 1, s. 21.

dotąd posiadane przez Polskę dla MIG-29. Polska jest jedynym krajem w Europie, który posiada dwie infrastruktury dla dwóch równorzędnych modeli samolotów.

Takie problemy zdarzają się coraz częściej, dotyczą przeróżnych sytuacji i obciążają finansowo społeczeństwo polskie. Stąd pytanie: Czy polskiemu społeczeństwu jest to wszystko potrzebne? Czy państwo rzeczywiście wie lepiej, co dobre dla obywateli? Społeczeństwo polskie nie ma wyboru publicznego, musi zaakceptować rozwiązania rządu, który niekoniecznie działa w interesie podatników, czyli publicznym, i obciąża społeczeństwo finansowo. Wymienione problemy próbuje rozwiązać teoria wyboru publicznego.

## 2. Teoria wyboru publicznego

Teoria wyboru publicznego, którą można zaliczyć do ekonomii instytucjonalnej, a zwłaszcza jej nurtu zwanego nową ekonomią instytucjonalną, bada przede wszystkim proces kształtowania instytucji w sferze polityki<sup>4</sup>. Teoria ta, wykorzystując wiele osiągnięć z zakresu normatywnej teorii wyboru społecznego, rozwija się głównie w kierunku teorii opisowo-wyjaśniającej i predykcyjnej. Posługuje się ona tymi samymi prawami, jakich ekonomiści używają do analizy ludzkich zachowań na rynku. Zakładają oni, że ludzie motywowani są tylko przez własny interes. I chociaż czasami ludzie zachowują się w pewien sposób w trosce o dobro innych ludzi, dominującym bodźcem zachowania jest troska o własne interesy. Nie ma znaczenia, czy chodzi o pracownika, pracodawcę, czy konsumenta. Ekonomiści badający teorię wyboru publicznego przyjmują to samo założenie. Nawet ludzie zajmujący się polityką, mimo że mają na celu troskę o innych, w głównej mierze i tak myślą tylko o swoim interesie. Teoria wyboru publicznego korzysta z badań empirycznych i stanowi ważną podstawę decyzji strategicznych i planistycznych. Stanowi istotne i coraz powszechniejsze źródło wiedzy o mechanizmach i prawidłowościach funkcjonowania społeczeństwa.

Sens teorii wyboru najlepiej opisuje Joseph Stiglitz, mówiąc po prostu, „że jedni wolą lody czekoladowe, a inni waniliowe”. Paternalistyczny system nie będzie w stanie odpowiedzieć na indywidualne potrzeby jednostek, więc obywatele muszą mieć swobodę wyboru.

Teoria wyboru rozwinęła się przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, gdzie istnieją jej największe szkoły w Virginii, Chicago i Rochester. Za prekursora badań nad tą teorią uważa się jednak Duncana Blacka, profesora Glasgow University, którego artykuł *On the Rationale of Group Decision Making* był inspiracją dla wielu badaczy i należy do kanonu lektur z dziedziny teorii wyboru publicznego. Teorią tą zajmowali się również James M. Buchanan (uważany za

<sup>4</sup> W. F. Shughart II, *Public Choice 118*, Cambridge University Press, Cambridge – New York 2004, s. 469-473.

twórcę szkoły wyboru publicznego), Gordon Tullock (razem z Buchananem napisał wiele znaczących dzieł) oraz Kenneth Arrow, który odnosi się w swoich pracach również do problematyki świadczeń zdrowotnych.

### 3. Spór między zwolennikami i przeciwnikami rynkowości świadczeń zdrowotnych

Spór ten toczy się wokół odmiennych interpretacji procesów wymiany. Kenneth Arrow uważa, że usługi zdrowotne nie są dobrami rynkowymi, ponieważ:

- popyt na usługi nie jest konsekwencją pożądania zaspokojenia potrzeby, ale koniecznością, której się unika;
- nie ma doskonałej symetrii informacji posiadanych przez lekarza i pacjenta (tj. przez bezpośrednie strony wymiany), co w wielu przypadkach oznacza zakup zaufania, a nie precyzyjne określenie efektu;
- zjawisko nieuzasadnionych medycznie świadczeń powoduje wypaczanie krzywej popytu poprzez konsumpcję świadczeń<sup>5</sup>.

Usługi medyczne są dostępne na rynku, ale podejście przedstawione przez Arrowa skłania do przemyśleń i pozwala wyróżnić usługi medyczne jako nietypowe. Do istotnych cech rynku usług zdrowotnych można zaliczyć:

- silne zróżnicowanie wewnętrzne asortymentu usługowego (co wiąże się ze zróżnicowanym poziomem rozwoju poszczególnych placówek zdrowotnych),
- występowanie specyficznych preferencji poszczególnych segmentów pacjentów (klientów placówek zdrowotnych), podczas gdy w analizach zmian w tym sektorze pacjenci-klienci traktowani są często jako zbiór homogeniczny,
- podejmowanie decyzji dotyczących struktury sektora zdrowia w sposób właściwy dla mechanizmu rynkowego i regulowanego (regulacji podlegają zasady prowadzenia działalności przez podmioty świadczące usługi medyczne, dostęp do zawodu, specjalizacje, zasady rozliczeń z NFZ, formy reklamy itp.).

Ponadto specyfika popytu na usługi medyczne dotyczy:

- trudności w przewidywaniu popytu,
- uzależnienia popytu od stylu życia i postępów cywilizacji,
- wysterowania tzw. popytu subiektywnego – hipochondrycy,
- ograniczonej sezonowości na usługi medyczne,
- konieczności i efektywności ekonomicznej wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z usług ze względu na nadmierną konsumpcję usług medycznych przez pacjentów.

Mimo tych wątpliwości usługi medyczne są świadczone w Polsce zarówno na rynku regulowanym (opartym na systemie ubezpieczeń zdrowotnych), jak i na

<sup>5</sup> A. Bukowska-Piestrzyńska, *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 13-15.

wolnym rynku. Traktowanie działalności medycznej jako działalności gospodarczej sprawia, że menadżerowie jednostek muszą pozyskiwać informację rynkową, poznawać oczekiwania klientów. Komercyjna działalność medyczna pojawiła się, ponieważ zostały spełnione następujące warunki:

- istnienie co najmniej dwóch stron o niezaspokojonych potrzebach,
- strony te miały zamiar i możliwość zaspokojenia tych potrzeb,
- istniał skuteczny sposób porozumienia się między nimi,
- była usługa i były pieniądze, które mogły stać się przedmiotem wymiany<sup>6</sup>.

#### **4. Rynek usług medycznych – porównanie polskich szpitali publicznych z prywatnymi**

Istotę problemów etycznych może przybliżyć porównanie jednostek medycznych, a mianowicie szpitali. Przykładem publicznej jednostki jest typowy polski szpital specjalistyczny. Ze względu na zamieszkanie autor wybrał dolnośląską jednostkę. Natomiast obraz prywatnego szpitala powstał na podstawie kilku niepublicznych jednostek, których zakres usług można bez problemu odnaleźć w ogólnodostępnych źródłach informacji, zwłaszcza internetowych. O ile szpitale specjalistyczne cechuje względna jednorodność, o tyle prywatne jednostki można uznać za dość podobne. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny ma aż 21 dużych oddziałów<sup>7</sup> i obecnie rozwija się o kolejne 4. Jest już samowystarczalna, a rozszerzenie pozwoli na pełną autonomię. Oznacza to, że wszelkie problemy zdrowotne pacjent jest w stanie rozwiązać w obszarze jednej jednostki bez konieczności przemieszczania się do innych szpitali czy ich ingerencji.

Zupełnie inaczej prezentują się najczęściej spotykane szpitale prywatne. Przebadano losowo 30 jednostek szpitalnych prywatnych z całej Polski (tab. 1).

Z przeprowadzonych badań wynika, że w prywatnych szpitalach często jest od 2 do 10 oddziałów. Są one małe, bez specjalistycznego sprzętu technicznego. Z bazy specjalności badanych trzydziestu jednostek z całej Polski powstała lista i udział usług medycznych<sup>8</sup>. Wymieniono 25 rodzajów usług, jednakże z obserwa-

<sup>6</sup> Ibidem, s. 14-15.

<sup>7</sup> W państwowym Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym mieszczą się: Blok operacyjny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Angiologiczny, Oddział Chemioterapii, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Chirurgii Onkologicznej, Oddział Dermatologiczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Kardiologiczny, Oddział Kardiologii Dziecięcej, Oddział Nefrologiczny, Oddział Neonatologiczny, Oddział Okulistyczny, Oddział Otolaryngologiczny, Oddział Pediatriczny, Oddział Urologiczny, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Stacja Dializ, Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

<sup>8</sup> Usługi medyczne polskich prywatnych jednostek służby zdrowia: okulistyka, pediatria, ginekologia, onkologia, medycyna estetyczna, ortopedia, położnictwo, laparoscopia, urologia, stoma-

Tabela 1. Badane jednostki prywatne

Lp.	Nazwa jednostki	Liczba oddziałów
1.	Centrum Medyczne EMC	6
2.	Szpital Wielospecjalistyczny ORTHOS	4
3.	Medicover Centrum Medyczne	4
4.	Medicover Szpital Warszawa	7
5.	Żagiel MED. Szpital	6
6.	Szpital Zacisze Warszawa	6
7.	Szpital Centrum Warszawa	6
8.	Pulsmed Łódź	4
9.	Swissmed Gdańsk	3
10.	Centrum Medyczne Damiana	5
11.	Angelus Katowice	3
12.	Dermex Kutno	5
13.	Gameta k. Łodzi	3
14.	Medyk Centrum Częstochowa	7
15.	Europejskie Centrum Zdrowia Otwock	5
16.	CERTUS Poznań	7
17.	Euromedic Katowice	10
18.	Szpital św. Rodziny Rzeszów	6
19.	Weiss Klinik	3
20.	EuroMediCare Wrocław	10
21.	Salve Szpital Łódź	5
22.	Eskulap Szpital Bydgoszcz	8
23.	Pro-Familia Rzeszów	7
24.	Humana Medica Omeda Białystok	4
25.	Szpital w Błachowni	6
26.	Scanmed Kraków	4
27.	Medpolonia Poznań	8
28.	Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Włocławek	8
29.	Centrum Medyczne Ujastek	2
30.	Dr Olender – Szpital Chirurgii Plastycznej Żarki Letnisko	5

Źródło: opracowanie własne.

cji badania wynika, że bardzo często np. neurochirurgia łączona jest z neurologią. Natomiast chirurgia plastyczna utożsamiana jest z medycyną estetyczną, ponadto autor spotkał się z kwalifikowaniem do tego działu chirurgii naczyniowej, chirurgii szczęki, zabiegów odchudzania czy nawet proktologii. Choć w medycynie są

tologia, laryngologia, SOR, chirurgia ogólna, neurochirurgia, neurologia, diagnostyka, kardiologia, dermatologia, medycyna pracy, rehabilitacja, radiologia, anestezjologia, choroby wewnętrzne, gastroscopia, geriatria.

to różne działy często należące do odpowiedzialności innych oddziałów, w prywatnych szpitalach wszystkie traktowane są jako zabiegi mające na celu poprawę wyglądu pacjenta.

Badania wykazały, że prywatny szpital posiada na ogół małe oddziały, do których najczęściej należą:

- onkologia,
- chirurgia plastyczna (łączona z/lub nazywana często medycyną estetyczną),
- urologia,
- ginekologia,
- okulistyka,
- laryngologia,
- chirurgia ogólna (najczęściej jednodniowa)
- diagnostyka (ograniczona do specjalności danej jednostki).

Istnienie niektórych z tych oddziałów, jak ginekologia i onkologia, wynika z dużego zapotrzebowania społecznego, podobnie jednodniowa chirurgia ogólna związana z drobnymi urazami. Wyróżnione są jednak te obszary działalności medycznej, które przynoszą zysk. Nieomal w całości sprywatyzowana jest stomatologia, chirurgia plastyczna, gdzie większość prywatnych klientów na własne życzenie poddaje się operacji, pediatria oparta na położnictwie, przeznaczona dla zamożnych rodzin. Wydaje się, że olbrzymią szansę mają szpitale prywatne, które zainwestują w oddziały geriatryczne, wypełniając lukę, która w przyszłości może być dla nich dochodowa.

Szpitale prywatne nie wypadają imponująco na tle szpitali państwowych specjalistycznych. Są przedsiębiorstwami, więc w pierwszej kolejności kierują się zyskiem, a nie dobrem pacjenta. Tak naprawdę to chęć zysku powoduje powstanie pewnych specyficznych problemów, których część jest natury etycznej. Warto przeanalizować je dokładnie.

## 5. Problemy etyczne występujące w prywatnych szpitalach

We współpracy ze szpitalem specjalistycznym i w kontakcie z prywatną branżą medyczną zauważono pewne zjawiska rodzące problemy natury etycznej. Wśród nich można wyróżnić:

- podwójne zatrudnienie (praca bez ograniczeń),
- podwójne wykonywanie usług, świadczeń,
- działalność w obszarach, którymi można handlować,
- sposób na pozyskiwanie funduszy NFZ dla własnych potrzeb,
- transferowanie pacjentów.

Pierwszy problem to podwójne zatrudnienie. Przypomina on zjawisko spotykane wśród wykładowców uczelni wyższych. W tzw. złotym okresie dla tej bran-



ży, który trwał do ok. 2009 r., można było spotkać wykładowców pracujących dla kilku uczelni jednocześnie. W szpitalach prywatnych często można spotkać ten sam personel, co w szpitalach publicznych. Kadra administracyjna jest łatwa do zastąpienia, gorzej z tą techniczną. Przykładowo chirurg specjalista otwierając swoją działalność, często ma problem z zatrudnieniem doświadczonego personelu, a taki często już ma wypracowany w publicznym zakładzie. Warto zwrócić uwagę, że nie ma ograniczeń godzin pracy w branży medycznej. Dzięki ograniczeniu tygodniowego wymiary czasu pracy lekarzy do maksymalnie 48 godzin, chorych powinni leczyć nieprzepracowani specjaliści. Tak się jednak nie dzieje, gdyż pozwalają na to niejasne przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej<sup>9</sup>.

W wielu jednostkach prywatnych usługi wykonuje się masowo. Formalności medycyny pracy załatwiane bywają z jednoczesną diagnozą prostych problemów zdrowotnych. Wydawałoby się to bardzo ekonomiczne, ale jest głęboko nietyczne i mało kulturalne, gdy dwaj pacjenci przebywają jednocześnie w jednym gabinecie. Spotykane jest też przyjmowanie na przemian pacjentów zarejestrowanych z drobnymi urazami i pacjentów z medycyny pracy. Dotyczy to zakładów medycznych, które mają umowy z dużymi przedsiębiorstwami. Zakłady medyczne skuszone łatwym zarobkiem przyjmują wyjątkowo dużą liczbą zleceń, a duży przedsiębiorca miewa dużą rotację, co czyni go doskonałym kooperantem w biznesie. Można jeszcze dodać, że w medycynie pracy zleca się kompletne zestawy badań, dodatkowych zdjęć czy odczytów. Większość z nich jest niepotrzebna i zabiera czas pacjentowi, ale stanowi to sposób na pozyskanie środków pieniężnych, ponieważ jeżeli badania opłaca duży przedsiębiorca, niekiedy zagraniczny, to jest to przecież doskonały płatnik.

Niewątpliwie widoczna jest działalność w obszarach podatnych na handel, gdzie liczy się szybkość podjęcia decyzji i są potrzebne opinie, które można sprzedać. Dochodzą też do tego kaprysy pacjentów i chęć dokonywania zabiegów na tzw. życzenie (stomatologia czy chirurgia plastyczna). Łatwo stwierdzić że nastawienie na zarobek jest bardzo duże i często przekracza granice etyki.

Prywatne zakłady opieki zdrowotnej stanowią często dodatkowe źródła pozyskiwania pieniędzy dla personelu medycznego. W kapitalizmie każdy ma prawo prowadzić działalność, ale prywatna działalność powinna mieć również płatnika prywatnego. Obecnie wiele prywatnych zakładów ma umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, tak jak szpitale publiczne. Jest to doskonały sposób na pozyskanie środków funduszu, tyle że w tym w wypadku dla właściciela biznesu.

Problemem natury etycznej jest też transferowanie pacjentów. Jednostki prywatne nie posiadają specjalistycznego i wyjątkowo drogiego sprzętu medyczne-

<sup>9</sup> *Ograniczenia czasu pracy lekarzy to fikcja*, „Dziennik Gazeta Prawna” 2009, nr 192, <http://media.wp.pl/kat,1022939,title,Ograniczenia-czasu-pracy-lekarzy-to-fikcja,wid,11554410,wiadomosc.html> [17.05.2013].

go, więc w ciężkich przypadkach, zwłaszcza onkologicznych, przekazują pacjentów jednostkom publicznym. Transfer odbywa się również i w drugą stronę, gdy pacjent musi mieć zrobione mniej skomplikowane badanie, a nie ma czasu czekać w kolejce.

Niewątpliwe zachowania nieetyczne i nastawienie na szybki zysk są rażące zwłaszcza w branży medycznej, gdzie pacjent często liczy na pomoc czy obiektywną opinię przedstawiciela zawodu zaufania publicznego, jakim jest lekarz.

## 6. Rozwiązanie problemów służby zdrowia w Polsce z punktu widzenia rządzących

Podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2012” eksperci stwierdzili, że szpitale publiczne nie powinny zwlekać z przekształceniem w spółki kapitałowe, co umożliwiają im obecne ustawy. Specjaliści z firmy doradczej Ernst & Young przekonywali, iż można poczekać z decyzją o przekształceniu szpitala w spółkę do końca 2013 r. Jednak ich zdaniem największy sukces mogą osiągnąć liderzy zmian, a nie maruderzy. Podobnie wypowiedzieli się inni uczestnicy debaty, choć przyznawali, że szpitale nie wykazują na razie większego zainteresowania przekształceniami. Mimo to, jak mówili, oczekuje się, że w najbliższych 2-3 latach przekształci się od 40 do 60% szpitali.

Ustawa stwarza możliwość przekształcenia w spółkę kapitałową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Przewidziano w niej m.in. przejmowanie zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez organ założycielski oraz przekształcenie jednego lub więcej zakładów opieki, mających różne podmioty tworzące, będące jednostkami samorządu terytorialnego, w jedną spółkę. Nie będą mogły już powstawać nowe samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z wyjątkiem tych, które powstaną z połączenia co najmniej dwóch innych. Nowe placówki będą musiały być spółkami. Samorządy przekształcające szpitale mogą liczyć na rządową pomoc finansową<sup>10</sup>.

Agnieszka Pachciarz, wiceminister zdrowia w 2012 r., za najważniejsze uznała to, jak szpital czy spółka są zarządzane. Stwierdziła, iż są publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które nie mają długów.

Przekształceniom szpitali w spółki sprzeciwiają się niektóre środowiska, argumentując, że długi nadal będą rosły, a ponadto może zwiększyć się nierówność w dostępie do publicznej opieki zdrowotnej. Z raportu Najwyższej Izby Kontroli wynika, iż szpitale zamienione przez samorządy w spółki wciąż popadają w długi. Komerccjalizacja większości skontrolowanych szpitali nie przynosi zamierzonego efektu. Kolejki pacjentów nie zmniejszają się, całkowite zadłużenie ochrony

<sup>10</sup> *Komerccjalizacja szpitali. Eksperci radzą się spieszyć*, <http://prawo.money.pl/aktualnosci/wiadomosci/artykul/komerccjalizacja;szpitali;ekspceri;radza;sie;spieszyc,100,1,990308.html> [9.10.2013].

zdrowia nie maleje, a część poddanych przekształceniom szpitali wpada w kolejne długi. W niektórych przypadkach (przy akceptacji samorządów) cały proces przemian (w zakresie funkcjonowania szpitala) ograniczył się do operacji księgowych, czyli oddłużenia placówki – uznała NIK<sup>11</sup>.

Według Ernst & Young głównym powodem przekształceń będą długi szpitali publicznych. W 2013 r. samorzady będą musiały podjąć decyzję, czy zadłużoną placówkę zlikwidować, czy zamienić w spółkę. Utworzenie spółki nie jest sposobem na likwidację długów, bo to nie jest panaceum na złe zarządzanie<sup>12</sup>.

Przedstawiciele biznesu, firmy doradcze czy ustawodawcy to osoby, które niekoniecznie mają wiedzę na temat działania specyficznej jednostki, właściwie non-profit, jaką jest szpital. Po za tym wszyscy są zainteresowani tym przekształceniem. Komercjalizacja większości skontrolowanych szpitali nie przyniosła w wielu przypadkach zamierzonego efektu. Kolejki oczekujących pacjentów nie zmniejszają się, a całkowite zadłużenie służby zdrowia nie maleje. Spora liczba poddanych przekształceniom szpitali wpada w kolejne długi. Są w stanie sprostać tym zadaniom jednostki, które już przed prywatyzacją miały dobre wyniki finansowe. Komercjalizacja jakby w ogóle nie miała wpływu na efektywność tych jednostek, które były wcześniej zadłużone. Liczy się nie tyle prywatyzacja, ile sprawne zarządzanie. Publiczny szpital ma pewnego rodzaju protekcję urzędów czy państwa, natomiast prywatny skazany jest na duże ryzyko rynkowe, tak jak przedsiębiorstwo. W obu przypadkach złe zarządzanie powoduje negatywne efekty finansowe. Jednakże prywatyzacja stwarza dodatkowe ryzyko i problemy. Z pomocą mogą przyjść firmy doradcze.

Wielu ordynatorów twierdzi, że szpitale z natury są deficytowe, a w końcu powinien liczyć się pacjent, a nie zyski. Problem ten nie jest łatwy i na pewno będzie wielokrotnie nagłaśniany przez media, stanie się też podstawą sporów politycznych. Oby tylko wszystkie zainteresowane strony nie zapomniały o pacjencie.

## Zakończenie

„Sądzę, że zarówno wybór publiczny, jak i finanse publiczne oferują pożyteczne rady dla polityki państwa. Oczywiście potrzebne są nam dobre zasady konstytucyjne, lecz potrzebujemy także dobrej polityki na niższym szczeblu podejmowania decyzji. Obie sprawy idą w parze i nie ma tu żadnych sprzeczności”<sup>13</sup>.  
Opinia Hansa Wernera Sinna podsumowuje dokonania Richarda A. Musgrave’a i Jamesa Buchanana. Obaj wywarli duży wpływ na tysiące studentów, a setki pro-

<sup>11</sup> Ibidem, s. 1.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 2.

<sup>13</sup> J. M. Buchanan, R. A. Musgrave, op. cit., s. 213.

fesjonalnych ekonomistów podążają w ich ślady, np. wybitny ekonomista, laureat nagrody Nobla, Amartya Kumar Sen.

W artykule przedstawione zostały rozwiązania, jakie podejmuje rząd w sprawie ochrony zdrowia obywateli. Porównano jednostki publiczne i prywatne w kontekście prywatyzacji. Problemy etyczne po całkowitej komercjalizacji prawdopodobnie się nasilą, choć na pewno przyjmą inny obraz. Zaskakujące jest, że w polskiej gospodarce nadal praktykowany jest silny, paternalistyczny sposób zarządzania finansami publicznymi. Państwo w każdej sferze publicznej powinno bardziej zwracać uwagę na oczekiwania obywateli i uwzględniać je. Jednakże nie tak jak dotychczas, teoretycznie, lub tak jak w przypadku instalowania fotoradarów drogowych – w trosce o bezpieczeństwo uczestników ruchu drogowego, a w praktyce okazuje się, że najważniejsze są wpływy z mandatów.

Państwo powinno inwestować w naukę i rozwój, dokonywać szczegółowych analiz rynku oraz potrzeb społecznych. Dotychczasowe działania rządu nie zmniejszają migracji obywateli. Polscy obywatele wybierają kraje, gdzie opieka socjalna w tym i medyczna jest lepsza. Zadaniem polityków i ekonomistów oraz kierowników szpitali jest wspólne wypracowanie systemu, który pozwoli sprawnie zarządzać szpitalami. Należałoby zmienić system finansów publicznych, położyć nacisk na wybór publiczny, wzorując się na rozwiniętych gospodarkach zachodnich.

## Literatura

- Buchanan J.M., *Finanse publiczne w warunkach demokracji. Systemy fiskalne a decyzje indywidualne*, WN PWN, Warszawa 1997.
- Buchanan J.M., Musgrave R.A., *Finanse publiczne a wybór publiczny dwie odmienne wizje państwa*, Wyd. Sejmowe, Warszawa 2005.
- Bukowska-Piestrzyńska A., *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Golinowska S., *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej*, WN PWN, Warszawa 1994.
- Kaliński M., Laskowska E., *Umowy offsetowe. Teoria a praktyka*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ”, Towarzystwo Biblioteki Słuchaczy Prawa UJ, 2010, nr 1.
- Komercjalizacja szpitali. Eksperti radzą się spieszyć*, <http://prawo.money.pl/aktualnosci/wiadomosci/artukul/komercjalizacja;szpitali;eksperti;radza;sie;spieszyc,100,1,990308.html> [9.10.2013].
- Musgrave R.A., Musgrave P.B., *Public Finance in Theory and Practice*, McGraw Hill, New York 1984.
- Ograniczenia czasu pracy lekarzy to fikcja*, „Dziennik Gazeta Prawna” 2009, nr 192, <http://media.wp.pl/kat,1022939,title,Ograniczenia-czasu-pracy-lekarzy-to-fikcja,wid,11554410,wiadomosc.html> [17.05.2013].
- Owsiak S., *Finanse publiczne – teoria i praktyka*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Shughart W.F. II, *Public Choice 118*, Cambridge University Press, Cambridge Mass. – New York 2004.
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, WN PWN, Warszawa 2004.

## Public choice and healthcare market services associated with ethical problems in the era of hospital commercialization

**Abstract.** *In the present time, many public hospitals will be transformed into private ones. This is influenced by the political situation and developments in laws. However, there is still controversy about whether hospitals should be public or private. There also appears to be a large number of ethical problems associated with this issue. This study included a comparison of the public finance, so-called classic (or paternalistic), that exist in Poland, to public choice used in many efficient economies. The article also compares public hospitals to private ones. Recent studies of the medical services market expanded to include the subject of ethical conduct in private health care institutions. Part of the topics has been verified scientifically. The author is aware that many of the other topics may give rise to concerns, although the media recognizes this as a fact. This should be scientifically verified to determine the scale of the problems, especially when it comes to ethical issues such as transferring patients or the double employment of medical personnel. The article has a dualistic character. It demonstrates problems of the redistribution of public funds by two great theories: classical finance and public choice. In the latter part of the article, the author takes the subject of public and private hospitals from the perspective of macro scale to the micro level. The link is public goods that become private.*

**Keywords:** *public choice, healthcare ethics, healthcare commercialization*