

Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ  
- kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu

**Maria Węgrzyn**

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu  
Katedra Finansów

## **KOMERCJALIZACJA I PRYWATYZACJA PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA W POLSCE A GLOBALNY RYNEK USŁUG MEDYCZNYCH**

Wydarzenia polityczne przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych zapoczątkowały długotrwały proces przekształceń systemowych, w wyniku których centralne zarządzanie gospodarką narodową zastąpiono regułami wolnorynkowymi. Zmiany objęły swoim zasięgiem także systemu ochrony zdrowia.

Rozpoczęte na początku lat dziewięćdziesiątych prace koncepcyjne nad konstrukcją nowych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia uwzględniały dysproporcje między potrzebami zgłaszanymi przez pacjentów i pracowników a możliwościami ich zaspokojenia oraz dążenie do utrzymania „bezpłatności” świadczeń przy zadowalającym poziomie jakości usług medycznych.

Efektem prac było powstanie kilku programów zmierzających do przekształcenia dotychczasowego systemu. Do najczęściej podejmowanych kwestii, a zatem najbardziej istotnych w całym systemie, należały organizacja oraz zasilanie finansowe. Na kanwie przyjętych rozwiązań dokonano próby zwiększenia autonomii zakładów opieki medycznej przez nadanie im statusu „samodzielnego” oraz wprowadzono możliwość kształtowania cen na własne usługi przez negocjowanie kontraktów z płatnikiem (Kasą Chorych/Narodowym Funduszem Zdrowia). Zmiany te ugruntowano następnie poprzez stworzenie podstaw prawnych do powołania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej z prawem do ubiegania się o korzystanie ze środków publicznych, których dysponentem jest płatnik.

Dzięki takim zapisom obserwujemy w Polsce dynamiczny proces tworzenia niepublicznych szpitali, przychodni i gabinetów lekarskich. Powstały i nadal powstają zarówno duże ośrodki medyczne, jak i małe rodzinne praktyki lekarskie. Firmy te potrafią doskonale funkcjonować w otoczeniu gospodarczym, wykazując

lepsze przygotowanie do pracy w warunkach gospodarki rynkowej. Zmiana formy własności pociąga za sobą sprawniejsze zarządzanie, większą aktywność na rynku, wpływa na dynamikę rozwoju oraz poprawia ocenę jakości pracy personelu medycznego.

Doświadczenia te, poparte badaniami np. efektywności działania firm medycznych publicznych i niepublicznych, skłaniają do rozważań nad przekształceniem publicznych jednostek ochrony zdrowia w jednostki o charakterze niepublicznym, czy też stworzeniem systemu zachęt do tego procesu. Przedmiotem dyskusji powinna być także dopuszczalna skala realizacji działań prywatyzacyjnych/ komercjalizacyjnych w obszarze ochrony zdrowia. Niezaprzeczalnym argumentem przemawiającym za koniecznością wprowadzenia zmian jest zgłaszane niezadowolenie<sup>1</sup> z obecnego stanu systemu zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów.

Proces prywatyzacji jako „proces ekonomiczny prowadzący do przejmowania własności społecznej, państwowej przez osoby prywatne w celu efektywniejszego wykorzystania majątku produkcyjnego, dzięki stworzeniu silniejszej motywacji wynikającej z prawa własności” wskazuje na zasadniczy cel przekształcenia.

#### **Prywatyzacja w służbie zdrowia ma wpłynąć na:**

- lepszy stosunek do pacjenta, wyrażony m.in. indywidualizacją opieki,
- zwiększenie świadomości potrzeb zdrowotnych odbiorców usług,
- ograniczenie popytu na niektóre świadczenia lekarskie,
- równomierne rozłożenie podaży,
- równy poziom ofert medycznych,
- podniesienie jakości świadczonych usług,
- lepsze warunki dla pracowników ochrony zdrowia,
- ułatwienie analizy nie tylko skuteczności, ale i efektywności realizacji usług medycznych.

Założenia te są niewątpliwie słuszne. Szczególnym warunkiem jest jednak równoczesne zapewnienie pożądanego poziomu dostępności, jakości i zakresu usług medycznych oraz ciągłości ich udzielania. Przeciwnicy procesu prywatyzacji w ochronie zdrowia zgłaszają wiele argumentów przemawiających za ograniczeniem tego procesu. Oto najważniejsze z nich<sup>2</sup>:

- konieczne jest utrzymanie służby zdrowia ze środków publicznych ze względu na ryzyko zagrożenia ogólnego;
- fetyszyzacja rozwiązań rynkowych niszczy zaufanie pacjenta do lekarza (uznanie priorytetu ekonomicznego nad potrzebami zdrowotnymi pacjentów).

Podobne korzyści i ograniczenia wywołuje komercjalizacja polegająca na przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę. Konsekwencją tego pro-

<sup>1</sup> Na podstawie badań prowadzonych przez OBOP.

<sup>2</sup> J. Orczyk, *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 2005, s. 151

cesu jest wstąpienie we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem było przedsiębiorstwo państwowe, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Obecnie dzięki kreatywnym postawom menedżerów ochrony zdrowia, zmieniającym się przepisom prawa oraz dążeniu do spełnienia oczekiwań pacjentów liczba niepublicznych świadczeniodawców rośnie. Szczególne znaczenie w tym zakresie ma tu sektor szpitalny, wymagający dużego zaangażowania finansowego.

Tabela nr 1. Szpitale Niepubliczne

Lata	Liczba szpitali niepublicznych
1998	13
1999	18
2000	38
2001	78

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych.

Zwiększenie udziału prywatnych instytucji wśród dostawców świadczeń dla uprawnionych<sup>3</sup> pacjentów może w istotny sposób sprzyjać efektywnemu rozwojowi systemu ochrony zdrowia. Zdynamiczowanie tego procesu wymaga jednak jasnych regulacji prawnych, zapewniających ład instytucjonalny. Do podstawowych, wciąż nie uchwalonych aktów prawnych zaliczyć należy m.in. ustawę o prywatyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Przygotowywane, proponowane czy wprowadzane zmiany w polskim systemie należy postrzegać znacznie szerzej, ze względu na procesy unifikującej się Europy. Rozwiązania prawne i instytucjonalne powinny brać pod uwagę rozwiązania przyjęte w Unii Europejskiej.

Wprawdzie w doktrynie prawnej Unii Europejskiej wielokrotnie podkreślana jest suwerenność rządów krajów członkowskich w kształtowaniu systemów opieki zdrowotnej, są jednak wytyczne wpływające na kształt systemów. Regulacje wspólnej polityki zdrowotnej UE<sup>4</sup> dało przyjęcie Traktatu o energii..., w którym odrębny rozdział poświęcono bezpieczeństwu i zdrowiu. Następnie Jednolity akt europejski dał możliwości regulacji służby ochrony zdrowia. Traktat z Maastricht w art. 3n(o) zachęcał, aby „działać w celu zapewnienia wysokiego poziomu ochro-

<sup>3</sup> W myśl przepisów ustawy z dnia 20 września 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004 nr 210, poz. 2135.

<sup>4</sup> D. Wasilewski, *Polityka zdrowotna Unii Europejskiej a możliwość wykorzystania wspólnotowych programów pomocowych*, [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i w Niemczech – perspektywy współpracy. Materiały konferencyjne*, Niemiecko-Polska Akademia Zdrowia, Garbicz 2003.

ny zdrowia”, i podkreślił w art. 129, że „wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowiły nieodłączną część polityki Wspólnoty”. Działania te sprowadzały się do wymiany poglądów, koordynacji polityki i programów zdrowotnych oraz tworzenia raportów pod kątem zdrowia (np. rynek wewnętrzny, bezpieczeństwo, polityka społeczna). Podstawowym kryterium było zapobieganie chorobom o dużym znaczeniu społecznym przez zapewnienie informacji i edukacji zdrowotnej.

Realizację zadań w zakresie opieki zdrowotnej pozostawiono w gestii poszczególnych państw. Traktat amsterdamski jasno podkreślił w art.152 pierwszeństwo polityki państw członkowskich, przyjmując, że „w pełni respektuje obowiązki państw członkowskich z tytułu organizacji i zapewnienia usług w zakresie ochrony zdrowia”, i utrwalił tendencję do koncentrowania się na zdrowiu publicznym i zapobieganiu chorobom, ochronie i poprawie zdrowia ludzkiego, wyłączając harmonizację prawa krajów członkowskich.

Można zatem stwierdzić, że polityka zdrowotna UE wyraźnie ogranicza się do sfer, które mogą być skoordynowane na poziomie ogólnoeuropejskim, a dotykałyby zdrowia społeczeństw i związanych z tym działań systemowych. Dlatego wszystkie działania wymagają koordynacji, kompatybilności i komplementarności w obrębie państw.

Wyraźnie określając obszary zainteresowania, Unia Europejska nie dąży do tworzenia jednolitego rynku<sup>5</sup> na tym polu, tak jak to dzieje się w sektorze telekomunikacji czy farmacji. Niemniej ochrona zdrowia nie jest odporna na przenikanie wpływów zasad jednolitego rynku UE. Mają one często pośredni wpływ, a czasami nawet niezamierzony, na to, w jaki sposób świadczenia medyczne są dostarczane przez kraje członkowskie. Wpływ ten jest odczuwany w dziedzinach, których dotyczy zasada „czterech swobód” przemieszczania w obrębie jednolitego rynku europejskiego, a zatem:

- **swobodne przemieszczanie ludzi**, łącznie z pacjentami i profesjonalistami opieki zdrowotnej,
- **swobodne przemieszczanie towarów**, łącznie z farmaceutykami i sprzętem medycznym,
- **swobodne przemieszczanie się świadczeń**, łącznie z ochroną zdrowia i ubezpieczeniem,
- **swobodne przemieszczanie kapitału**, łącznie z EURO i wzrastającą przejrzystością cen.

Pomimo że swobody te nie zawsze są wyraźnie ukierunkowane na ochronę zdrowia, znaczna część przepisów może mieć zastosowanie właśnie w tej dziedzinie.

Zasada swobodnej wymiany ludzi, towarów, usług, kapitału, technologii, jak również informacji, wiedzy czy idei określana jest przez pojęcie „globalizacja”. Proces globalizacji trwa od tysiącleci, ale w dwudziestym wieku w miarę z rozwo-

---

<sup>5</sup> P. Belcher, *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, CSIOZ, Warszawa 2001, s. 55.

ju nowoczesnych środków transportu i przepływu informacji globalizacja stała się zjawiskiem funkcjonującym we wszystkich dziedzinach życia. Pojęcie globalizacji wykreowane zostało w 1983 r. przez T. Lewitę. Uznał on, że potrzeby i pragnienia konsumentów wszelkich dóbr uległy współcześnie niespotykanej dotąd homogenizacji.<sup>6</sup> Zjawisko to ma zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na nasze życie.

**Entuzjaści twierdzą, że globalizacja m.in.:**

- otwiera producentom dostęp do większego rynku, a konsumentom lepszy wybór i niższe ceny dóbr i usług;
- promuje efektywność i wydajność i stwarza klimat korzystny dla inwestycji zagranicznych, co zapewnia wzrost gospodarczy;
- zapewnia lepszy podział pracy między krajami i umożliwia krajom o niższych płacach specjalizację w bardziej pracochłonnych dziedzinach.

**Pesymiści zaś twierdzą, że globalizacja:**

- powoduje upadek tradycyjnych wartości, załamanie się solidarności społecznej i ograniczenie roli państwa (nieraz aż do niebezpiecznego ubezwłasnowolnienia rządów poszczególnych krajów);
- wpływa na wzajemne uzależnienie zmiany kursów walut, stóp procentowych i cen akcji, w skutek czego zwiększa wrażliwość gospodarek poszczególnych państwa na kryzysy międzynarodowe i kryzysy na rynkach finansowych;
- globalne przedsiębiorstwa stają się zbyt wielkie, aby mogły upaść i w rezultacie mogą przerzucać koszty swojej nieudolności na podatników poszczególnych krajów, które nierzadko dysponują budżetem mniejszym od ponadnarodowego koncernu;<sup>7</sup>
- w przypadku wymiany usług medycznych (ale oczywiście nie tylko) rodzi konsekwencje o charakterze odpowiedzialności cywilnej- prawie niezauważalne dziś w polskich placówkach ochrony zdrowia.

W wariacie optymistycznym zatem globalizacja stworzy nowy wspaniały świat, który w pierwszej połowie XXI w. wejdzie tzw. trzecią falę długotrwałego rozwoju gospodarczego, a w wariacie pesymistycznym globalizacja jest pułapką, która w XXI w. stworzy epokę wielkiego kryzysu.<sup>8</sup>

Korzyści i niedogodności strategii globalnej przedstawiono w tabeli nr 2.

<sup>6</sup> M. Lisiecki, H. Ponikowski: *Współczesne organizacje i regiony w procesie zmian globalnych*, KUL, Lublin 2004, s. 285.

<sup>7</sup> K. Kłosiński, *Globalizacja sektora usług w Polsce*, PWE, Warszawa 2005, s.19.

<sup>8</sup> M. Lisiecki, H. Ponikowski, *Współczesne...* op. cit., s. 285.

Tabela 2. „Instrumenty strategii globalnej i związane z nimi korzyści i niedogodności”

Instrumenty strategii globalnej	Korzyści				Niedogodności
	obniżka kosztów	poprawa jakości produktów i programów	wzmacnianie preferencji klientów	wzrost konkurencyjności	
Uczestnictwo w rynku globalnym	wzrost wolumenu dający efekt korzyści skali	wymagający klienci i innowacyjni konkurenci	globalna dostępność do serwisu i globalne rozpoznawanie marki	korzyści wczesnego wejścia; więcej miejsc prowadzenia ataków i kontrataków	zbyt wczesne lub zbyt silne przywiązanie się do rynku ze względu na jego odrębną wartość.
Produkty globalne	ograniczenie dublowania prac rozwojowych; zmniejszanie kosztów zaopatrzenia, produkcji i zapasów	koncentracja zarówno na rozwijaniu zasobów, jak i na zarządzaniu nimi	umożliwienie klientom korzystania ze znanego im produktu również za granicą; umożliwienie użytkowania tego samego produktu w różnych krajach	możliwość taniej inwazji na rynki; kompensowanie niedogodności małego udziału w rynku.	zmniejszona wrażliwość na potrzeby klientów
Globalna lokalizacja działalności	redukowanie dublowania działalności; ułatwiona eksploatacja korzyści skali; kosztowe wykorzystywanie różnic wymiany walut; częściowa koncentracja umożliwiająca elastyczność wobec zmian kursów walut	koncentracja wysiłków; bardziej spójna kontrola jakości		możliwość utrzymania przewagi niezależnie od warunków lokalnych; elastyczność w umiejscawianiu przewagi konkurencyjnej	oddalenie działalności od klientów; wyższe ryzyko wymiany walut; wyższe ryzyko wykreowania konkurentów; trudniejsze zarządzanie łańcuchem wartości dodanej

Globalne posunięcia konkurencyjne				większa dostępność zasobów dla każdego kraju; możliwość stosowania większej liczby sposobów ataków i obrony	może zająć konieczność poświęcenia lokalnej pozycji konkurencyjnej
Marketing globalny	zmniejszenie kosztów tworzenia i produkcji programów marketingowych	koncentracja na talentach i zasobach; wspomaganie dobrych i rzadkich produktów	wzmocnienie przekazów marketingowych przez dostarczanie tych samych elementów marketingu-mix		słabsza adaptacja do lokalnych zachowań konsumencjki i uwarunkowań rynkowych

Źródło: G. S. Yip *Strategia globalna*, PWE, Warszawa 2004 r., s. 55.

**W strategii globalnej można wyróżnić sześć podstawowych typów posunięć konkurencyjnych.<sup>9</sup> Są to:**

- 1) międzykrajowe subwencjonowanie przedsiębiorstwa,
- 2) przeciwnatarcia,
- 3) globalna koordynacja kolejności posunięć konkurencyjnych,
- 4) identyfikacja obecnych i potencjalnych konkurentów,
- 5) opracowywanie planów w każdym z głównych układów kraj-konkurent,
- 6) wyprzedzające stosowanie strategii globalnej.

Każdy z wymienionych typów posunięć służy dążeniu do osiągnięcia pozycji dominującej. Pozycja dominująca pozwala na wyznaczanie warunków i typów zachowań podmiotów działających w określonej dziedzinie. Za szczególnie ważne uznane są te zachowania przedsiębiorstwa globalnego, które pozwalają na zdobywanie i utrzymania kolejnych rynków lokalnych, nawet kosztem ich kilkuletniego, wewnętrznego subwencjonowania.

Doświadczenia praktyczne wykazują natomiast, że w erze globalizacji coraz intensywniej zwalczana jest „nieuczciwa konkurencja”, polegająca na protekcjonalistycznym wsparciu, np. na subwencjonowaniu krajowego przedsiębiorstwa przez rząd.

W kontekście ochrony zdrowia należy zauważyć, że proces globalizacji jest szczególnym zagrożeniem nie całego systemu, lecz małych i średnich rodzimych

<sup>9</sup> G. S. Yip, *Strategia globalna*, PWE, Warszawa 2004, s.324.

praktyk i firm medycznych. Z całą pewnością konkurencji nie sprostają także publiczne szpitale.

Na efekt globalizacji i małe szanse przetrwania w walce z dużymi korporacjami szczególnie wrażliwe są małe i średnie podmioty na takim rynku usług, który charakteryzuje się:

- koniunkcją wysokich kosztów postępu technicznego z krótkim okresem życia produktu/usługi,
- wytwórczością angażującą specyficzne umiejętności,
- wysokimi kosztami stałymi,
- łatwością w ujednoczeniu metod marketingu w odniesieniu do wielu miejsc i krajów,
- łączną wiązką produktów/usług wyzwalającą specyficzny efekt akceptowany przez klientów.<sup>10</sup>

Wymienione cechy odnoszą się bezpośrednio do usług medycznych.

Stworzone w Polsce warunki rozwoju firm medycznych sprzyjają powstaniu dwóch rodzajów placówek lecznictwa zamkniętego – wysoko specjalistycznych szpitali i przychodni specjalistycznych o dużym nasyceniu specjalistyczną aparaturą medyczną, oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych nastawionych na opiekę długoterminową. W warunkach ostrej konkurencji rynkowej i zawrotnego postępu technologicznego wysoki koszt aparatury medycznej powoduje, że szanse przetrwania i ciągłego unowocześniania bazy medycznej mają wyłącznie te placówki, które są stabilne finansowo. Założenie to dotyczy także przedsiębiorstwa globalnego. Dodatkowo jednak przedsiębiorstwo globalne ma większe możliwości odzyskania zainwestowanego kapitału, przez pełne wykorzystanie sprzętu medycznego dzięki przemieszczaniu go, sprawnemu, ale przestarzałemu, do krajów o niższym poziomie rozwoju.

Placówki lecznictwa zamkniętego są zobligowane do opieki całodobowej, co wynika ze specyfiki świadczonych usług. Powoduje to obowiązek dostosowania czasu pracy personelu do szczególnego rytmu pracy, przy coraz ostrzejszych uregulowaniach czasu pracy wprowadzanych w Unii Europejskiej. Wymogom takim sprostać mogą jedynie duże jednostki, mogące łatwiej reagować na okresowe wahania liczby stałego personelu, powstałe np. na skutek zwolnień lekarskich czy urlopów.

---

<sup>10</sup> K. Kłosiński, *Globalizacja...* op. cit., s. 24.

Interesujące jest to, że wprowadzenie strategii globalnej do działalności ponadnarodowej firmy niesie ze sobą także takie negatywne konsekwencje, które mogą stać się szansą na przetrwanie małych i średnich niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej broniących swojego miejsca na lokalnym rynku usług medycznych. Konsekwentnie prowadzona strategia globalna wymusza maksymalną standaryzację wprowadzonego na rynek produktu lub usługi, często nie liczącą się z przyzwyczajeniami odbiorcy i lokalną specyfiką rynku.

Doświadczenia ponadnarodowych koncernów wykazują, że w pewnych specyficznych branżach wprowadzenie globalnego produktu (usługi) może oznaczać, że nie będzie ona satysfakcjonować klientów w żadnym miejscu na świecie. Globalizacji najłatwiej poddają się te usługi, w których istnieje mała potrzeba fizycznego i psychologicznego zaangażowania się klienta w proces świadczenia usługi. Sektor ochrony zdrowia ze względu na swoją specyfikę (długotrwałe i intensywne zaangażowanie pacjenta w usługę) jest z natury trudno podatny na procesy globalizacyjne. Ponadto usług w ochronie zdrowia nie można świadczyć centralnie, toteż globalizacja w tym sektorze nie jest tak agresywna jak w innych sferach usług. Niemniej jednak można oczekiwać, że tak jak w innych sferach usług, również w tej strategia globalna będzie dążyć do tego, aby w większym stopniu zmieniać upodobania klientów na poszczególnych rynkach, niż dostosowywać sposób działania globalnego przedsiębiorstwa do obecnych zachowań klientów.<sup>11</sup>

Charakterystyczną cechą usług zdrowotnych jest ich podobieństwo na różnych kontynentach. W ochronie zdrowia od stuleci dominuje dążenie do unifikacji procedur medycznych na całym świecie. Można wysnuć tezę, że sama wiedza medyczna jest z założenia globalna, lokalny zaś może być sposób organizacji ochrony zdrowia. Zatem globalna konkurencja skupiać się będzie z pewnością na wspólnych potrzebach różnych rynków, np. na uzyskaniu wysokiego poziomu jakości danej usługi, określeniu procedur dotyczących bezpieczeństwa (np. standardów sterylizacji i higieny), natomiast mniejszy nacisk będzie kładziony na kwestie związane z mentalnością czy przyzwyczajeniami pacjentów.

Pamiętać jednak należy, że prowadzenie działalności w sektorze ochrony zdrowia wymaga przestrzegania szczególnych wymagań etycznych.<sup>12</sup> W odczuciu społecznym działalność w tej dziedzinie winna przede wszystkim kierować się głęboko humanistyczną troską o dobro chorego. Niemniej jednak nie można ignorować otoczenia makro- i mikroekonomicznego oraz nie zauważać konkurencji, której głównym długofalowym celem działania jest zysk.

Na tle powyższych rozważań wydaje się, że bardzo korzystne, z punktu widzenia globalizacji usług, będzie zorganizowanie się małych i średnich niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w sieć działającą pod wspólną marką na zasadzie sto-

<sup>11</sup> G. S. Yip, *Strategia...* op. cit., s. 41, 61, 85, 127, 324, 390.

<sup>12</sup> T. Tomkalski, *Wpływ wybranych aspektów globalizacji na perspektywę rozwoju małych i średnich NZOZ*, Praca podyplomowa, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2005, s. 5.

warzyszenia lub franchizingu. Umożliwi to wejście na ogólnopolski rynek reklamy i stworzenie korzystnych warunków do wspólnych przedsięwzięć, np. lobbingu czy negocjacji z usługobiorcą. O skuteczności takiej strategii świadczyć może pozycja lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jaką uzyskali oni po powołaniu tzw. Porozumienia Zielonogórskiego w negocjacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podobnie istotną rolę może odegrać Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych, zrzeszające dotychczas 58 szpitali.<sup>13</sup>

Obecnie nie ma jeszcze globalnych czy chociażby międzynarodowych korporacji skupionych głównie na działalności w sektorze usług medycznych. Niemniej jednak sytuacja na tym rynku jest dynamiczna; nie ma żadnych racjonalnych przesłanek, które uniemożliwiałyby w praktyce przejście niektórych dużych firm prowadzących usługi medyczne do skali międzynarodowej, a następnie globalnej.<sup>14</sup>

Polskie placówki medyczne będą musiały więc w coraz bliższej przyszłości przeciwstawić się przewadze korporacji transnarodowych – przewadze związanej z wykorzystywaniem kapitału finansowego i intelektualnego, oraz kosztownych technologii informatycznych, dających efekty przy dużej skali przedsięwzięcia. Wszystkie działania dużych korporacji mają jeden cel – zajęcie dominującej pozycji na rynku. Do firm takich zaliczymy działające już na polskim rynku firmy takie jak: Medicover SA, Falck Medycyna SA, Medycyna Rodzinna SA, Swissmed Centrum Zdrowia SA, Intermedica SA czy Instytut Medyczny EMC SA.

Firma **Medicover Sp. z o.o.** („Medicover”) powstała w 1994 r. Początkowo nosiła nazwę „ABC Medicover”. Jej założycielem był Bengt Beckmann, twórca Africa Air Rescue Health Services – firmy świadczącej kompleksowe usługi medyczne w Kenii. AAR działała najpierw jako pogotowie medyczne, z czasem poszerzyła swój profil o 24-godzinną gorącą linię, pomoc ambulatoryjną i hospitalizację. Dzisiaj AAR oferuje usługi medyczne, w których skład wchodzi też: podstawowa opieka medyczna, planowanie rodziny i opieka nad matką i dzieckiem oraz programy edukacyjne. Obecnie centra medyczne tej firmy działają w Polsce, Czechach, na Węgrzech, w Rumunii i Estonii. Firma zapewnia świadczenia profilaktyczne i lecznicze w ramach abonamentu na rzecz ponad 5 tys. klientów korporacyjnych i ponad 125 tys. pacjentów. Medicover posiada 40 w pełni wyposażonych centrów Medicover, zatrudniających ogółem około 1200 pracowników służby zdrowia. W roku 2003 uzyskała przychody w wysokości 36,5 mln euro. Akcje firmy znajdują się w obrocie publicznym na giełdzie w Sztokholmie.<sup>15</sup>

**Falck Medycyna** to polska filia duńskiej spółki o kapitale akcyjnym 7500 000 zł. Spółka ta oprócz działań w zakresie ratownictwa organizuje także sieć

<sup>13</sup> <http://www.szpitale.org> z dnia 26.06.2005 r.

<sup>14</sup> Każda globalna firma kiedyś znajdowała się w jednym mieście. W 1985 r. w Dallas uruchomiono wypożyczalnię kaset wideo Blockbuster. W 1999 r. sieć Blockbuster liczyła już 6000 wypożyczalni w 26 krajach podano za: Naomi Klein *No logo*. Świat Literacki, Warszawa 2004, s. 150.

<sup>15</sup> <http://www.medicover.com/pl/pl/ONas/Default.aspx?TabId=69> z 26.06.2005 r.

prywatnych przychodni działających w systemie kart abonamentowych. Zamiarem Falcka jest osiągnięcie w Polsce wzorowej pozycji wśród organizacji zapewniających opiekę medyczną w nagłych wypadkach losowych i trudnych życiowych w programie sytuacjach. Falcka są również edukacja i profilaktyka zdrowotna oraz pomoc ludziom na wszystkich etapach ich życia. W Polsce kierownictwo Falcka rozważa możliwość przejścia podupadających publicznych szpitali. Falck zgodnie ze swoją misją ma ambicje stania się ogólnoswiatową marką. Obecnie działalność firmy skupia się na macierzystym rynku duńskim oraz w Norwegii i w Polsce.<sup>16</sup>

**Medycyna Rodzinna SA** jest polską firmą z zagranicznym kapitałem. Jest przykładem inwestycji funduszu *private equity*. W 2000 r., Polish Enterprise Fund (PEF), fundusz *private equity* zarządzany przez Enterprise Investors, zainwestował w spółkę Medycyna Rodzinna i stał się właścicielem przeszło 90-procentowego pakietu jej akcji. Inwestycja pozwoliła na sfinansowanie planu utworzenia ogólnopolskiej sieci prywatnych poradni. Obecnie spółka dysponuje siecią szesnastu przychodni. PEF przeznaczył na inwestycję w Medycynę Rodzinną kwotę około 10 mln USD. Na swojej stronie internetowej spółka deklaruje, że inwestycja ta pozwoli na sfinansowanie planów utworzenia ogólnopolskiej sieci prywatnych poradni medycyny rodzinnej świadczących usługi opłacane przez NFZ oraz przez samych pacjentów. Gdy pojawią się w Polsce zapowiadane prywatne ubezpieczenia zdrowotne, Medycyna Rodzinna zamierza również świadczyć usługi na rzecz ubezpieczonych w ten sposób pacjentów. PEF przeznaczył na inwestycję w Medycynę Rodzinną kwotę do 10 mln USD, z czego kwota około 5 mln USD ma być wykorzystana na budowę sieci poradni, a kolejne 5 mln USD na rozwój - w ramach sieci - dodatkowych specjalistycznych usług medycznych. Obecnie firma oprócz usług w ramach kontraktu z NFZ oferuje swoje usługi także w postaci pakietów abonamentowych.<sup>17</sup>

Medycyna Rodzinna jest największym prywatnym kontrahentem NFZ. Prowadzi poradnie w Warszawie, Katowicach, Tychach, Opolu, Krakowie, Łodzi, Szczecinie, Gdyni i Gdańsku. Funkcjonują one pod nazwami: Medycyna Rodzinna, Bonder Medica i Klinika Zdrowie. Od maja 2002 r. współpracuje z największą polską firmą ubezpieczeniową - PZU Życie SA. Efektem współpracy są trzy dodatkowe poradnie (Kraków, Łódź i Gdańsk). Działają one pod nazwą „Klinika Zdrowie” i obsługują pacjentów ubezpieczonych w PZU Życie. Od listopada 2003 r. „Klinika Zdrowie” świadczy usługi medyczne również osobom objętych ubezpieczeniem powszechnym. W 2002 r. do Grupy Medycyna Rodzinna dołączyła warszawska spółka medyczna Bonder Medica, prowadząca dwie poradnie (w Warszawie i Piasecznie) oraz mająca jedno z najnowocześniejszych i najlepiej prosperujących w Polsce laboratoriów analitycznych. W 2004 r. firma nawiązała współ-

<sup>16</sup> <http://www.falck.com.pl/falck.php> z 26.06.2005 r.

<sup>17</sup> <http://www.medycynarodzinnna.pl> z dnia 26.06.2005 r.

pracę z kolejnymi firmami ubezpieczeniowymi: Inter Polska SA i Cigna Stu SA, oferującymi dodatkowe, indywidualne ubezpieczenia medyczne.<sup>18</sup>

**Swissmed Centrum Zdrowia SA** jest organizacją medyczną działającą od 1996 r. Firma powstała z połączenia pracy polskich lekarzy oraz kapitału szwajcarskiego udziałowca. Spółka realizuje przyjęte kilka lat temu założenia rozwojowe, oferując pełny zakres usług medycznych od medycyny rodzinnej do leczenia szpitalnego. Do dziś Swissmed Centrum Zdrowia udzieliło pomocy medycznej kilkuset tysiącom pacjentów. Obecnie firma proponuje opiekę medyczną w pięciu przychodniach i w nowo wybudowanym szpitalu. Oferta spółki obejmuje usługi medyczne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki specjalistycznej obejmującej badania specjalistyczne i konsultacje lekarzy specjalistów, m.in. chorób wewnętrznych, ginekologii i położnictwa, okulistyki, neurochirurgii, leczenia szpitalnego (zabiegi chirurgiczne), usług medycznych dla obcych podmiotów, tj. asystę zabiegową, znieczulanie do zabiegów, opiekę pooperacyjną, medycynę pracy, orzecznictwo medyczne na rzecz towarzystw ubezpieczeniowych, badań profilaktycznych oraz badań okresowych kierowców. Jednocześnie Operator Infrastruktury udostępnia infrastrukturę szpitala podmiotom zewnętrznym, które na mocy umowy o współkorzystanie realizują świadczenia medyczne na rzecz swoich pacjentów, tj. specjalistyczne zabiegi chirurgiczne i konsultacje lekarskie.<sup>19</sup>

Na krajowym rynku szpitali niepublicznych dominującą pozycję zajmuje mający siedzibę we Wrocławiu **Instytut Medyczny EMC SA**. Obecnie spółka ta opiera się wyłącznie na kapitale krajowym.

Spółka EMC Instytut Medyczny SA powstała 26 listopada 2004 r. w wyniku połączenia dwóch spółek, tj. EuroMediCare Instytut Medyczny Sp. z o.o. oraz EMC Serwis Sp. z o.o., działających na rynku usług medycznych świadczonych przez prywatne jednostki. EMC jest właścicielem trzech szpitali. Pierwszy ze szpitali, zbudowany we Wrocławiu, działa od 2002 r. W 2004 r. firma uruchomiła drugi szpital – w Ozimku koło Opola. Najnowszą inwestycją firmy jest szpital w Ząbkowicach Śląskich. EMC dzierżawi tam budynek po szpitalu powiatowym, ale planuje przeniesienie szpitala do nowego, zakupionego już budynku.

W 2004 r. łączne przychody dwóch spółek, w wyniku połączenia których powstał EMC, wyniosły 15 mln zł. Ponad 80% przychodów firmy pochodzi z kontraktów realizowanych dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozostałą część zapewniają jej wpływy z sektora prywatnego.<sup>20</sup>

Działająca w Poznaniu i Krakowie sieć **Intermedica** składa się obecnie z trzech ośrodków: Kliniki Leczenia Niepłodności i Kliniki Okulistycznej w Poznaniu i Centrum Okulistyki w Krakowie. Wyłącznym właścicielem Intermedica Sp. z o.o. jest duńska korporacja Transmedica A/S, zajmująca się w Skandynawii wer-

---

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> <http://www.swissmed.com.pl/> z 28.06.2005 r.

<sup>20</sup> [www.infor.pl/?rodzaj=13&news=13682](http://www.infor.pl/?rodzaj=13&news=13682) z 26.06.2005 r.

bowaniem lekarzy do pracy w publicznej służbie zdrowia i organizowaniem zastępstw w razie choroby czy urlopów personelu w publicznym sektorze ochrony zdrowia.<sup>21</sup>

Funkcjonowanie na polskim rynku tak dużych firm oraz uwzględnienie międzynarodowych tendencji rozwojowych skłaniają do refleksji nad prawidłowym kierunkiem prowadzenia działań prywatyzacyjnych i komercjalizacyjnych w Polsce. Skupienie się na małych i/lub słabych podmiotach nie pozwoli na kontynuację funkcjonowania systemu zgodnie z aspiracjami polskich władz i obywateli. Działanie polskich placówek, na podstawie istniejącego obecnie potencjału na globalnym rynku usług medycznych jest niemożliwe. Niedoinwestowane szpitale (bez szansy na przyływ kapitału), dobrze wykształcony personel (bez możliwości wykorzystania jego umiejętności z racji np. braku odpowiedniego sprzętu medycznego), dekapitalizacja obiektów medycznych czy niska jakość infrastruktury spowodują niedopuszczenie do rynku globalnego. Konieczne jest stworzenie prawnych warunków umożliwiających szybką zmianę formy własności. Takie działanie pozwoli na wzrost efektywności posiadanego potencjału oraz wpłynie na wzmocnienie kapitałowe. Wstrzymywanie zaś procesu przekształceń skróci okres niezbędny do przystosowania się do pracy w nowych warunkach ekonomiczno – organizacyjnych, a tym samym spowoduje utratę szansy na zaistnienie i trwanie na tym trudnym rynku usług medycznych.

## Literatura

- [1] Belcher P., *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, CSIOZ, Warszawa 2001.
- [2] Klein N., *No logo*, Świat Literacki, Warszawa 2004.
- [3] Kłosiński K., *Globalizacja sektora usług w Polsce*, PWE, Warszawa 2005.
- [4] Lisiński M., Ponikowski H., *Współczesne organizacje i regiony w procesie zmian globalnych*, KUL, Lublin 2004.
- [5] Orczyk J., *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 2005.
- [6] Tomkalski T., *Wpływ wybranych aspektów globalizacji na perspektywy rozwoju małych i średnich NZOZ*, Praca podyplomowa, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2005.
- [7] Wasilewski D., *Polityka zdrowotna unii europejskiej a możliwość wykorzystania wspólnotowych programów pomocowych*, [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i w Niemczech- perspektywy współpracy. Materiały konferencyjne*, Niemiecko-Polska Akademia Zdrowia, Garbicz 2003.
- [8] Węgrzyn M., *Strategiczne obszary współpracy na rynku usług medycznych Polska-Niemcy*, Uniwersytet Szczeciński 2005.
- [9] Yip G. S., *Strategia globalna*, PWE, Warszawa 2004.

---

<sup>21</sup> [www.transmedica.dk/uk/1\\_a.asp](http://www.transmedica.dk/uk/1_a.asp) z 26.06.2005 r.

**COMMERCIALIZATION AND PRIVATIZATION  
OF HEALTH CARE UNITS IN POLAND  
AND THE GLOBAL MARKET OF MEDICAL SERVICES**

**Summary**

System changes dropping in Poland in 90-ties influenced the trend of transformations and development of the health care system in the meaning way. Dissatisfaction of patients from the quality of given services and ineffectiveness of existing medical posts have caused the need to search for better form of operation in this sector. Present actions directed to the privatization and commercialization are pointing at potentially better economic efficiency of transformed subjects. The announced process of private transformations will be happening in Poland on the background of uniting Europe. So the author is showing the threats and benefits that the globalization process is causing in regard to medical companies, in particular of small or average entities.