

Bogumiła Leszczyńska-Konczanin

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Ekonomii, Katedra Polityki
Gospodarczej i Samorządowej
bogles10@wp.pl

**RESTRUKTURYZACJA PUBLICZNYCH
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
(SZPITALI) PROWADZONA W LATACH
1991–2013, PRZYCZYNY I SKUTKI**

Streszczenie: Transformacja systemowa polskiej gospodarki nie mogła nie dotyczyć również systemu ochrony zdrowia. Głównym jego elementem były publiczne zakłady opieki zdrowotnej funkcjonujące przede wszystkim w formie jednostek budżetowych. Zakłady te były niedofinansowane przez państwo, niewłaściwie zarządzane i nadzorowane, co prowadziło do ich złej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Restrukturyzacja systemu ochrony zdrowia rozpoczęła się w latach 90. i trwa nadal. Uzdrowienie systemu wymaga zaangażowania wysokich nakładów finansowych. Na pierwszym etapie zmian – począwszy od 1991 r. – dopuszczono powstanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, tworząc element konkurencyjności w publicznym systemie ochrony zdrowia. Następnie publiczne zakłady opieki zdrowotnej uzyskały osobowość prawną i samodzielność finansową, a finansowanie ochrony zdrowia oparte zostało na systemie ubezpieczeniowym. Ostatnim etapem przemian restrukturyzacyjnych jest komercjalizacja, w tym również z możliwością prywatyzacji. Na każdym etapie zmian publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub ich organy założycielskie były wspomagane finansowo ze środków budżetu państwa. Czy to wystarczy, aby uzdrowić ich sytuację w dłuższym czasie? Niezalenie od niezbędnego dobrego zarządzania i skutecznego nadzoru, będzie to zależeć również od wysokości środków przeznaczanych na świadczenia medyczne w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zmiany w organizacji, zadłużenie, oddłużenie, efektywność.

Klasyfikacja JEL: I13, I18, P31.

RESTRUCTURING OF PUBLIC HEALTHCARE UNITS (HOSPITALS) FROM 1991 TO 2013, CAUSES AND EFFECTS

Abstract: The transformation of the Polish economy could not ignore the healthcare system. The main element of that system is that public health care units were operating mainly in the form of budgetary units. These institutions were underfunded by the State, ineffectively managed and supervised which led to their poor economic and financial situation. The restructuring of the healthcare system began in the 1990s and it is still continuing. Improvement to the system requires huge financial resources. In the first step of the transition, started from 1991, non-public institutions have been allowed to operate as a competitive element to that system. The next step, public health care units obtained a legal status, financial autonomy and the healthcare system started to be based on the insurance system. The final step of the restructuring is commercialization, including the possibility of privatization. At every step of the transition healthcare units or their public owners were financially supported by the State budget due to their difficult financial situation. Is it enough to keep them operating in the long run? Irrespective of the requirement for good management and effective supervision, it will also depend on, amongst other things, the amount of financial resources spent on medical treatment under the public health insurance system.

Keywords: public healthcare units, changes to the organization, debt, debt relief, efficiency.

Wstęp

Zakres i jakość udzielanych świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest przedmiotem zainteresowania każdego członka naszego społeczeństwa. Wraz z rozwojem nauki i techniki rośnie też oczekiwanie społeczne co do m.in. zwiększania długości i poprawy jakości życia, a więc i poprawy jakości leczenia.

Transformacja polskiej gospodarki wymuszała zmiany również w działaniu systemu ochrony zdrowia. Od 1991 r. usługi medyczne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są świadczone nie tylko przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), ale również przez niepubliczne ZOZ, choć leczenie szpitalne pozostaje głównie w sferze publicznych zakładów. Kondycja finansowa znacznej części publicznych ZOZ, nieefektywnie zarządzanych i nadzorowanych, niedofinansowanych, dysponujących przestarzałym sprzętem, była zła, występowały problemy z utrzymaniem płynności finansowej,

czego skutkiem były nieregulowane terminowo zobowiązania. Administracja rządowa cyklicznie podejmowała działania restrukturyzacyjne tych podmiotów – głównie poprzez oddłużanie, niemniej niewystarczająca skala oddłużania, przy jednoczesnym braku zdecydowanych działań w kierunku tworzenia podstaw do zwiększania efektywności działalności ZOZ, nie pozwoliła na pełne rozwiązanie problemu.

W artykule przedstawiono – na podstawie badań literaturowych oraz analizy aktów prawnych regulujących działalność ZOZ – główne przyczyny trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej publicznych ZOZ (głównie szpitali) oraz dokonano analizy skuteczności działań restrukturyzacyjnych podejmowanych przez państwo w stosunku do tych zakładów, obejmujących przede wszystkim wprowadzanie systemowych zmian zasad funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej oraz oddłużanie.

1. Sytuacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1991–1998

Restrukturyzacja według definicji tego procesu sformułowanej dla przedsiębiorstwa, ale mającej zastosowanie również do innych form gospodarowania, to „złożony proces istotnych, często fundamentalnych zmian, którego celem jest bieżące (operacyjne) i długofalowe (strategiczne) kształtowanie atrybutów jego podmiotowości pod kątem zmian w otoczeniu i potrzeb wewnętrznych” [Suszyński 2003, s. 71]. W warunkach polskich w latach 90. ubiegłego wieku restrukturyzacja występowała głównie w związku z transformacją gospodarki i zmianami otoczenia – warunków zewnętrznych funkcjonowania podmiotów gospodarczych i instytucji [Suszyński 2003, s. 11–15].

Potrzeba szeroko rozumianej restrukturyzacji mającej na celu nie tylko zmianę organizacji i zasad funkcjonowania w związku z transformacją całej gospodarki, ale również uzdrowienie sytuacji ekonomiczno-finansowej wystąpiła m.in. w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ich systemową reformę zapoczątkowano w 1999 r. Publiczne ZOZ przed 1999 r. działały zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r., głównie w formie jednostek budżetowych urzędów wojewódzkich bądź ministerstw, nie posiadały ani osobowości prawnej (działały z upoważnienia organów administracji rządowej), ani zdolności upadłościowej. Ich problemy finansowe miały podłoże przede wszystkim w:

- systemie budżetowego finansowania działalności, który nie sprzyjał efektywnemu gospodarowaniu środkami, w tym racjonalności wydatków w szcze-

gólności związanych z zatrudnieniem, zakupami sprzętu medycznego i prowadzeniem inwestycji, jak i gospodarowaniem majątkiem będącym w ich posiadaniu;

- nieefektywnym zarządzaniu – dyrektorami ZOZ byli zazwyczaj lekarze nieposiadający kwalifikacji w zakresie zarządzania, co pogłębiało słabą kondycję finansową ZOZ;
- nieskutecznym systemie kontroli i nadzoru nad działalnością ZOZ [Kachniarz 2008, s. 15–20; Zemke-Górecka 2010, s. 11–14];
- wprowadzeniu – zgodnie z ustawą z 1991 r. – elementu konkurencyjności systemu ochrony zdrowia w postaci powstania niepublicznych ZOZ [Kachniarz 2008, s. 2–3].

Problemem pozostawało również niedofinansowanie całego systemu ochrony zdrowia przez państwo. Dane Ministerstwa Zdrowia wskazują, że wydatki na ochronę zdrowia w odniesieniu do produktu krajowego brutto (PKB) były niskie. W latach 1990–2000 zamykały się przedziale od 5,6% do 6,02% rocznie [Ministerstwo Zdrowia 2009, s. 101].

Kolejnym ważnym aspektem organizacji systemu ochrony zdrowia, stanowiącym istotny element kosztów funkcjonowania szpitali w Polsce, była wysoka liczba łóżek szpitalnych przy jednoczesnym braku polityki (celów) państwa w tym zakresie. Według danych Ministerstwa Zdrowia w okresie od 1990 r. do 2003 r. średni wskaźnik liczby łóżek opieki stacjonarnej na 1000 mieszkańców wynosił odpowiednio 6,3 i 5,1¹ [Ministerstwo Zdrowia 2009, s. 158–159].

Znaczna część publicznych ZOZ (największe problemy miały szpitale) działających w wyżej opisanych uwarunkowaniach znajdowała się w trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Słaba kondycja finansowa przejawiała się m.in. w problemach z zachowaniem płynności finansowej, skutkujących wzrostem wymagalnych zobowiązań, zwiększaniem kosztów obsługi długu, narastaniem strat bilansowych i wymagała podjęcia działań naprawczych. Skala problemu była istotna już w latach 90., o czym świadczy poziom przejętego do 1998 r. przez Skarb Państwa długu publicznych ZOZ – łączna kwota przejętego długu stanowiła blisko 12 mld zł [Kachniarz 2003 s. 2–3].

¹ Kwestia określenia liczby szpitali niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce nie została dotychczas uregulowana. Średnia liczba łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców dla wybranych krajów OECD w 2011 r. kształtowała się na poziomie od 13,4 w Japonii do 3 w Wielkiej Brytanii i do 2,7 dla Szwecji (najniższa wartość dla Meksyku – 1,6). Polska (wskaźnik 6,6) na tle tej statystyki mieści się w grupie państw o najwyższej liczbie łóżek – tylko 6 z grupy 34 państw (poza Polską) miało ten wskaźnik wyższy, a 27 państw – niższy [GUS 2012, s. 138].

2. Formy i skuteczność restrukturyzacji publicznych ZOZ

2.1. Restrukturyzacja poprzez oddłużenie i zmiany organizacji funkcjonowania

Pierwsza próba restrukturyzacji systemu publicznej służby zdrowia dokonana została w 1999 r. i oparta była przede wszystkim na wprowadzeniu zmian zasad funkcjonowania publicznych ZOZ [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991]. Zakłady opieki zdrowotnej uzyskały osobowość prawną i samodzielność. Publiczne ZOZ działające w formie jednostek budżetowych zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Samodzielność oznaczała m.in. pokrywanie kosztów działalności z posiadanych środków i uzyskanych przychodów, decydowanie o podziale ewentualnego zysku [Ustawa z 30 sierpnia 1991, rozdział 1a, 4]. Niezmiennie cechą charakterystyczną funkcjonowania publicznych zakładów opieki pozostał brak zdolności upadłościowej [Zemke-Górecka 2010, s.105].

Istotnym elementem tej reformy było również przekazanie znacznej części publicznych ZOZ samorządowi terytoralnemu (województwom, powiatom, gminom) jako organom tworzącym [Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 22 czerwca 2001]. Powyższe skutkowało przeniesieniem w znacznym stopniu odpowiedzialności za osiąganę przez publiczne ZOZ wyniki finansowe ze Skarbu Państwa na samorząd terytorialny.

Kolejnym nowym i ważnym elementem zmian systemowych było wprowadzenie ubezpieczeniowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych. Podmiotami finansującymi świadczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zostały kasy chorych, a następnie NFZ [Kachniarz 2008, s. 4–5; Zemke-Górecka 2010, s. 14–17].

Dokonane zmiany systemowe, choć istotne z punktu widzenia funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie wyeliminowały wszystkich występujących wcześniej przyczyn słabej kondycji finansowej ZOZ, przedstawionych powyżej. W dużym uproszczeniu, z jednej strony wprowadzone kontraktowanie świadczeń powinno wymuszać dostosowywanie skali działalności ZOZ do możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych przez system zorganizowany przez państwo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. do wysokości kontraktów zawartych z kasami chorych², z drugiej jednak – ramy prawne działalności SPZOZ nakazywały im m.in. udzielanie świadczeń pacjentom niezależnie od wysokości kontraktu, jeżeli wymagał

² Poziom świadczeń udzielanych odpłatnie przez SPZOZ nie ma istotnego wpływu na ich sytuację ekonomiczno-finansową.

tego stan zdrowia osoby zgłaszającej się, nie tylko ze względu na zagrożenie jej życia ale również zdrowia [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991, art. 7]. Powyższe pozostawało w sprzeczności z zasadami racjonalnego gospodarowania środkami, nie pomagało zbilansować działalności w aspekcie wynikowym. Ponadto różna była polityka kas chorych w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych. Zróżnicowanie cen za te same świadczenia realizowane przez SPZOZ w różnych województwach niekorzystnie wpływało na ich kondycję finansową, zwłaszcza że w pierwszym okresie środki przekazywane SPZOZ na świadczenia medyczne były o ok. 20% niższe niż w poprzednim okresie. Nie bez znaczenia dla sytuacji SPZOZ były utrzymujące się błędy w ich zarządzaniu [Kachniarz 2008, s.14–21; Ministerstwo Zdrowia 2006, s. 37–43].

Problemem pozostawał niewystarczający poziom finansowania służby zdrowia przez państwo. Poziom wydatków na ochronę zdrowia należał nadal do najniższych w państwach należących do OECD. Wydatki te w 2001 r. wyniosły 5,9%, niższe były tylko w przypadku Estonii, Korei Płd., Meksyku, Słowacji i Turcji. W 2010 r. sytuacja na tle innych państwa OECD prezentowała się jeszcze gorzej – choć wydatki Polski wyniosły 7% PKB, to tylko w przypadku dwóch z 33 państw (poza Polską) były one niższe [GUS 2012, s. 144]. Podobnie w 2012 r. wydatki Polski wyniosły 6,9% PKB i tylko w czterech państwach z grupy 33 (poza Polską) były one niższe [GUS 2013, s.148].

Istotny, niekorzystny wpływ na kondycję finansową SPZOZ miała m.in. podwyżka wynagrodzeń zagwarantowana ustawowo pracownikom SPZOZ – tzw. ustawa 203³ wprowadzona w latach 2001–2002. Zakłady zatrudniające powyżej 50 pracowników zostały zobligowane do podwyższenia wynagrodzeń pracownikom⁴, bez prawa do uzyskania z budżetu państwa środków na ten cel. Wywiązanie się z tego ustawowego obowiązku dodatkowo pogorszyło sytuację finansową SPZOZ [Kachniarz 2008, s. 17–21].

Dużym problemem SPZOZ stały się prowadzone przeciwko nim egzekucje komornicze. Windykacją obejmowane były bezpośrednio aktywa SPZOZ (środki na rachunkach bankowych) oraz wierzytelności z tytułu realizacji kontraktów należne SPZOZ od kas chorych (następnie NFZ), co potęgowało trudności płatnicze oraz dodatkowo zwiększało koszty działalności SPZOZ [Ministerstwo Zdrowia 2006, s. 24–28; Kachniarz 2008, s.17–21].

Kolejną słabą stroną funkcjonowania SPZOZ pozostawał mało skuteczny nadzór nad ich działalnością. W ramach nadzoru organ tworzący nie został

³ Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o ZOZ.

⁴ W wysokości 203 zł w 2001 r. i 171 zł w 2002 r.

bowiem wyposażony w odpowiednie instrumenty. Organy tworzące (administracja rządowa, samorząd terytorialny) nie miały uprawnień do zatwierdzenia sprawozdań rocznych, stosowania sankcji wobec zarządzających SPZOZ. Kontrole działalności SPZOZ, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, mogły skutkować tylko skierowaniem zawiadomień do odpowiednich organów (rzecznika dyscypliny finansów publicznych, organów ścigania). Rada społeczna SPZOZ jako organ doradczy również nie była skutecznym narzędziem nadzoru. Rzeczywisty wpływ na funkcjonowanie SPZOZ uzyskał płatnik systemu ubezpieczenia zdrowotnego – kasy chorych/NFZ. Nadzór płatnika był jednak skoncentrowany na jakości usług medycznych, prawidłowości rozliczeń finansowych kontraktowanych usług, spełnieniu warunków kontaktu, a nie, kondycji finansowej SPZOZ [Kachniarz 2008, s. 6–9, 15–16]

Wraz ze zmianami funkcjonowania SPZOZ w 1999 r. wprowadzono kontynuowany przez kilka następnych lat „Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako elementu restrukturyzacji zatrudnienia”. Miał on służyć poprawie kondycji finansowej SPZOZ. W ramach programu SPZOZ mogły otrzymać dofinansowanie kosztów restrukturyzacji zatrudnienia, jak również wsparcie finansowe dla działań inwestycyjnych. Na jego realizację – według ustaleń kontroli NIK [NIK 2004]– w latach 1999–2002 wydatkowano blisko 1 mld zł [NIK 2004].

Reasumując, podjęte przez administrację rządową działania restrukturyzacyjne, polegające na wprowadzeniu wyżej zaprezentowanych zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia jak i realizacji rządowego programu restrukturyzacyjnego, zapoczątkowały istotne zmiany w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej, ale okazały się niewystarczające do uzdrowienia systemu ochrony zdrowia. Poziom zadłużenia SPZOZ, mierzony stanem zobowiązań wymagalnych, nadal wzrastał. Według danych zgromadzonych w Ministerstwie Zdrowia poziom zobowiązań wymagalnych SPZOZ na dzień 31.12.2001 r. wyniósł 2744,4 mln zł i wzrósł do poziomu 5684,1 mln zł na 31.12.2004 r. Zadłużenie przeterminowane występowało w ponad połowie liczby wszystkich SPZOZ [Ministerstwo Zdrowia 2006, s. 20–24; 2014].

Wobec problemu wysokiego i dynamicznie narastającego, nieobsługiwanego przez SPZOZ zadłużenia oraz licznie prowadzonych przeciwko nim postępowań egzekucyjnych podjęto ponownie próbę systemowego rozwiązania problemów finansowych SPZOZ poprzez restrukturyzację według zasad wprowadzonych ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki (dalej: ustawa restrukturyzacyjna). Restrukturyzacją na podstawie ww. przepisów SPZOZ mógł być objęty tylko jeden raz. Rozpoczęcie postępowania restrukturyzacyjnego, potwierdzonego decyzją

organu administracji rządowej, prowadzonego w ramach opracowanych przez SPZOZ programów restrukturyzacyjnych, gwarantowało wstrzymanie postępowań egzekucyjnych. Dodatkowo można było uzyskać pomoc państwa w postaci umorzenia istniejących według stanu na dzień 31 grudnia 2004 r. zobowiązań publicznoprawnych, m.in. z tytułu podatków wobec budżetu państwa, należności celnych, składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika, składek na Fundusz Pracy (z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne), opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005, rozdział 2]. Umorzenie następowało po uprzednim pozytywnym zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego oznaczającym:

- nieposiadanie przez SPZOZ zaległości z tytułu zobowiązań publicznoprawnych powstałych przed 1 stycznia 1999 r. oraz po 31 grudnia 2004 r. (poprzez dokonanie ich spłaty lub uzyskanie rozłożenia płatności na raty i ich terminowe spłacanie albo uzyskanie odroczenia);
- zrealizowanie ugód z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych oraz ugód z pracownikami (w przypadku posiadania przeterminowanych zobowiązań wobec pracowników), do których zawarcia SPZOZ był zobowiązany w ramach prowadzonego postępowania [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005, art. 6].

Spłata wymagalnych zobowiązań w ramach postępowania restrukturyzacyjnego nastąpić mogła m.in. z emisji obligacji, pożyczki zaciągniętej od Skarbu Państwa, kredytów bankowych, wsparcia finansowego organu tworzącego – jednostki samorządu terytorialnego [Ustawa z dnia 15.04.2005, art. 34].

Z restrukturyzacji prowadzonej zgodnie z ww. zasadami skorzystały niektóre SPZOZ, co przejściowo pozwoliło na obniżenie łącznej wysokości zobowiązań wymagalnych SPZOZ. Zobowiązania wymagalne na koniec 2005 r. wyniosły 4933,6 mln zł (co stanowiło 47,5% zobowiązań ogółem, w ich strukturze dominowały zobowiązania publicznoprawne – 41,9% oraz zobowiązania wobec dostawców – 19,6%) i obniżały się do 2241,8 mln zł na koniec 2009 r. [Ministerstwo Zdrowia 2006; 2014].

W okresie od 1999 r. do 30.06.2008 r. – na podstawie ustawy z 30.08.1991 r. – jednostki samorządu terytorialnego, rozwiązując problemy prowadzonych SPZOZ przez uprzednią ich likwidację, przekształcili 280 jednostek zakładów (w tym: 65 szpitali, 165 zakładów leczenia ambulatoryjnego i 50 oddziałów szpitalnych) spośród 1635 SPZOZ, w tym 634 szpitali, 1001 zakładów leczenia ambulatoryjnego [Ministerstwo Zdrowia, *Informacja*].

Wymieniona wyżej ustawa pozostaje w mocy i mogą z niej korzystać SPZOZ, które dotychczas nie korzystały z tej formy restrukturyzacji.

2.2. Restrukturyzacja poprzez oddłużenie z jednoczesną komercjalizacją

Wobec nie w pełni rozwiązanego i wciąż poważnego problemu złej kondycji finansowej SPZOZ, którego nie udało się rozwiązać ustawą restrukturyzacyjną z 2005 r., opracowane zostały kolejne zasady uzdrowienia ich sytuacji ekonomicznej. Wprowadzony został program wieloletni pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” (tzw. plan B), określający warunki udzielania pomocy państwa w formie dotacji celowej. Był on realizowany w 2009–2011 [Uchwała 2009]. Państwo proponowało pomoc finansową w restrukturyzacji SPZOZ pod warunkiem, że pozwoli ona – poprzez uprzednią likwidację SPZOZ – na powstanie spółek kapitałowych prowadzących niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (komercjalizację). Powołanie spółki kapitałowej prowadzącej niepubliczny ZOZ (po uprzedniej likwidacji SPZOZ) nie musiało nastąpić tylko w sytuacji, gdy istniała możliwość zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w innym (wskazanym w rozporządzeniu lub uchwale o likwidacji SPZOZ) zakładzie opieki zdrowotnej [Uchwała 2009].

Proponowana komercjalizacja była korzystnym rozwiązaniem dla budżetu państwa w aspekcie odpowiedzialności finansowej za działanie skomercjalizowanych SPZOZ. Przekształcenie w spółkę kapitałową ogranicza bowiem odpowiedzialność właściciela za zobowiązania i straty bilansowe spółki do wielkości wpłaconego kapitału oraz wyposaża spółkę w zdolność upadłościową, co jest niezwykle ważną cechą w przypadku podmiotów mogących generować straty. Ponadto spółka zagrożona niewypłacalnością może skorzystać z przepisów o postępowaniu naprawczym.

Komercjalizacja według tzw. planu B uprawniała organ tworzący SPZOZ do uzyskania pomocy finansowej z budżetu państwa w formie dotacji celowej, której wysokość była ustalana na podstawie:

- przejętych przez organy tworzące zobowiązań publicznoprawnych SPZOZ według stanu na dzień zakończenia likwidacji, jednak nie większej niż kwota zobowiązań znana na dzień 31 grudnia 2008 r. lub według stanu na dzień zakończenia likwidacji, jeżeli likwidacja tych zakładów nastąpiła od dnia 1 stycznia 2000 r. do dnia podjęcia uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu;
- umorzonych w wyniku ugód zawartych z wierzycielami zobowiązań cywilnoprawnych: kwoty głównej i odsetek;
- przejętych przez organy tworzące zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z kredytów zaciągniętych przez SPZOZ na restrukturyzację pro-

wadzoną według zasad ustawy z 2005 r., w wysokości pozostałej do spłaty na dzień 31 grudnia 2008 r.;

- wysokości podatku od towarów i usług uiszczonego od aportu wniesionego przez jednostkę samorządu terytorialnego do spółki kapitałowej [Uchwała 2009].

Założenia ww. programu nie rozwiązały – podobnie jak ustawa restrukturyzacyjna z 2005 r. – systemowo problemów finansowych SPZOZ. W okresie realizacji programu sytuacja wielu SPZOZ była na tyle zła, że ich majątek był znacząco niższy od zobowiązań. Organy tworzące bały się likwidacji, gdyż niespłacone zobowiązania przez SPZOZ, po ich likwidacji, stawały się zobowiązaniami podmiotu tworzącego [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991, art. 60], a więc istniało ryzyko skierowania przez wierzycieli SPZOZ egzekucji właśnie przeciwko organom tworzącym, które będąc podmiotami sfery finansów publicznych, zazwyczaj same były zadłużone i nie posiadały wolnych środków na spłatę zobowiązań przejętych po SPZOZ. Zadłużenie organów tworzących w wielu przypadkach (głównie samorządów) było związane m.in. z udzielaniem pożyczek, poręczeń lub gwarancji spłaty kredytów i pożyczek właśnie SPZOZ [Węgrzyn, Łyszczak i Wasilewski 2013, s. 113–116]. Wsparcie oferowane z budżetu państwa nie było wystarczające do przeprowadzenia likwidacji wszystkich wysoko zadłużonych zakładów, w tym będących w trakcie likwidacji przed wprowadzeniem programu. W okresie realizacji ww. programu łączny poziom zobowiązań wymagalnych SPZOZ niemalże się nie zmienił – nieznacznie zmniejszył się z 2357,9 mln zł na koniec 2008 r. do 2316,5 mln zł na koniec 2011 r. [Ministerstwo Zdrowia 2014].

Najnowszą propozycją restrukturyzacji SPZOZ, również wspartą pomocą finansową państwa, były warunki przedstawione w ustawie o działalności leczniczej. Była to również restrukturyzacja przez komercjalizację – przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego, bez konieczności przeprowadzenia uprzedniej likwidacji SPZOZ [Ustawa z 15 kwietnia 2011 r, art. 69–82]. Pomoc finansową zaoferowano organom tworzącym, które do końca 2013 r. przekształciły SPZOZ w spółki prawa handlowego. Udzielenie pomocy finansowej państwa w formie dotacji celowej było uzależnione od spełnienia co najmniej jednej z przesłanek, do których zaliczono m.in.:

- istnienie w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z kredytów bankowych, zaciągniętych w związku z realizacją restrukturyzacji na warunkach z ustawy restrukturyzacyjnej z 2005 r.;
- istnienie w dniu przekształcenia SPZOZ zobowiązania wynikającego z pożyczki udzielonej mu przez podmiot tworzący do dnia 31 grudnia 2009 r.;

- zawarcie ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych przejętych przez podmiot tworzący od SPZOZ, w których zakresie wynegocjowano co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich;
- uiszczenie przez podmiot tworzący, który przekształcił SPZOZ w spółkę kapitałową, podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu; a wartość tej pomocy mogła być równa wysokości zobowiązań SPZOZ wynikających z ww. tytułów [Ustawa z 15 kwietnia 2011, art. 196–199].

Przyznana dotacja celowa mogła być przeznaczona tylko na spłatę zobowiązań przejętych od przekształcanego SPZOZ lub wydatki związane z przekształceniem, w tym wyceny nieruchomości przekazywanych do tworzonej spółki, ewentualny podatek VAT od tego aportu [Ustawa z dnia 15.04.2011, art. 201]. Obowiązek przejęcia zobowiązań istniał w przypadku SPZOZ, dla których wyznaczony wskaźnik zadłużenia⁵ przekraczał wartość 0,5 [Ustawa z 15 kwietnia 2011, art. 72].

Jak łatwo zauważyć, tym razem wielkość udzielanej pomocy publicznej na przekształcenie SPZOZ zależała w dużym stopniu od poziomu wsparcia udzielonego SPZOZ do 2009 r. przez organ tworzący oraz od poziomu niespłaconych przez SPZOZ kredytów i pożyczek zaciągniętych w ramach postępowania restrukturyzacyjnego, prowadzonego zgodnie z ustawą restrukturyzacyjną z 2005 r. Dodatkowo możliwe było uzyskanie umorzenia przejętych od SPZOZ przez podmiot tworzący zobowiązań publicznoprawnych znanych na dzień 31 grudnia 2009 r. wraz z odsetkami z tytułu podatków wobec budżetu państwa, składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne [Ustawa z 15 kwietnia 2011 r., art. 191–192].

Z dobrodziejstw restrukturyzacji wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej skorzystało niewiele organów tworzących. Według danych Ministerstwa Zdrowia⁶ zgodnie z ww. ustawą do 31.10.2013 r. przekształcono 48 SPZOZ, z tego 34 szpitale. Na powyższy cel organy założycielskie w stosunku do 33 przekształceń SPZOZ otrzymały pomoc finansową w łącznej wysokości ok. 269 mln zł⁷ wobec zarezerwowania na ten cel w budżecie państwa

⁵ Ustalony zgodnie z treścią art. 71 ustawy o działalności leczniczej jako iloraz sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe do przychodów ogółem.

⁶ <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia>.

⁷ Rzeczywisty stan wykorzystania pomocy państwa może być wyższy, dane nie zawierają dotacji celowych wypłaconych organom założycielskim w 2014 r.

kwoty 1400 mln zł. Założenia administracji rządowej co do skali, w jakiej organy tworzące skorzystają z tej formy pomocy, okazały się mocno przeszacowane. Do końca 2013 r., tj. okresu, w którym organ tworzący mógł złożyć wniosek o dotację celową na przekształcenie, poziom zobowiązań wymagalnych SPZOZ zmniejszył się z 2316,5 mln zł na koniec 2011 r. do 2015,5 mln zł na koniec 2013 r. [Ministerstwo Zdrowia 2014].

Niezwyczajnie ważną kwestią wprowadzoną ustawą o działalności leczniczej jest obowiązek pokrycia strat SPZOZ przez organ tworzący w terminie trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia rocznych sprawozdań finansowych, w przypadku niepokrycia straty przez SPZOZ. Pokryciu przez organ tworzący podlega strata pomniejszona o koszty amortyzacji. Jeśli organ tworzący tego nie uczyni, musi zmienić formę organizacyjno-prawną SPZOZ lub go zlikwidować w ciągu kolejnych 12 miesięcy [Węgrzyn, Łyszczak i Wasilewski 2013, s. 141–142; Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011, art. 59]. Powyższe wymuszać będzie konieczność podejmowania na bieżąco przez organy tworzące decyzji co do dalszego funkcjonowania SPZOZ.

Zakończenie

Problem skutecznej restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej ma naturę bardzo złożoną. System ochrony zdrowia, oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jest obszarem bardzo wrażliwym społecznie, wymagającym wielkich nakładów finansowych państwa nie tylko na bieżące finansowanie świadczeń medycznych, ale również oddłużenie SPZOZ wymagających takiego wsparcia. Mimo że w latach 1991–2013 zaangażowano z budżetu państwa wysokie wartości środków finansowych na restrukturyzację publicznych zakładów opieki zdrowotnej, problem nie został kompleksowo rozwiązany, choć należy odnotować, że wartość zobowiązań wymagalnych SPZOZ znacząco się zmniejszyła. Dlaczego problem restrukturyzacji SPZOZ pozostaje nierozwiązany? Do jej przeprowadzenia potrzebne są znaczne środki finansowe, a organy tworzące nie dysponują odpowiednimi ich zasobami. Warunki oferowanej przez państwo pomocy finansowej są również niewystarczające do kompleksowego przeprowadzenia tego procesu. Ponadto wprowadzenie zapisów w ustawie o działalności leczniczej obligujących organy tworzące do znalezienia sposobu na pokrycie strat SPZOZ może wpłynąć na pogorszenie sytuacji organów tworzących, których może nie być stać ani na pokrycie strat SPZOZ, ani na przeprowadzenie ich likwidacji. Równie trudna

może się okazać ewentualna zmiana formy organizacyjno-prawnej SPZOZ będących w trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Obecnie pomoc finansowa państwa może być udzielana SPZOZ na zasadach pozostającej w mocy ustawy restrukturyzacyjnej z 2005 r.

Czy proponowana od 2009 r. przez administrację rządową restrukturyzacja poprzez komercjalizację pozwoli zapewnić stabilność finansową w publicznej służbie zdrowia w dłuższej perspektywie? Teoretycznie powinna, zakładając, że właściciele utworzonych spółek, prowadzących w szczególności lecznictwo szpitalne, będą sprawować właściwy nadzór nad spółkami, a te będą dobrze zarządzane. Komercjalizacja może być skuteczną formą restrukturyzacji, gdy działalność skomercjalizowanych podmiotów podlega przede wszystkim prawom rynku. W przypadku właścicieli spółek wykonujących zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia nie jest to już tak oczywiste. Najważniejszym wyznacznikiem oceny takich spółek nie może być bowiem tylko zysk. Spółki te nie mogą kierować się uzyskiwaniem rentowności na każdej świadczonej usłudze. W przypadku ujemnych wyników na niektórych z nich nie mogą – kierując się dbałością o wyniki – z tych usług rezygnować, dla przykładu likwidując nierentowne oddziały szpitalne, gdyż w ten sposób mógłby być ograniczony dostęp do usług medycznych osobom ubezpieczonym z terenu działania tego szpitala.

Nie powinno się również oczekiwać, że powstałe spółki kapitałowe, świadczące usługi medyczne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego będą miały wysoką rentowność, bo przecież są finansowane ze środków pochodzących ze składek osób ubezpieczonych stanowiących środki publiczne. Wynik finansowy tych spółek, po uwzględnieniu potrzeb rozwojowych służących podnoszeniu jakości świadczonych usług, powinien oscylować wokół progu rentowności, aby móc bez większych zakłóceń, nieprzerwanie świadczyć usługi medyczne i nie zmuszać właścicieli – w tym przypadku głównie podmiotów sfery finansów publicznych – do udzielania ustawicznego wsparcia finansowego.

Ponadto dla zapewnienia stabilności dalszego działania SPZOZ i spółek powstałych z przekształcenia SPZOZ niezbędne będzie nie tylko efektywne zarządzanie tymi podmiotami i skuteczny nadzór, ale również odpowiednia wysokość środków przeznaczanych na finansowanie usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uzdrowienie SPZOZ pozostających w trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej, a dotychczas nieobjętych procesem skutecznej restrukturyzacji i pozbawionych pomocy ze strony państwa może się okazać niemożliwe.

Bibliografia

- GUS, 2012, *Zdrowie i ochrona zdrowia za 2011 r.*, Warszawa, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf.
- GUS, 2013, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r,1,3.html>.
- Kachniarz, M., 2008, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, ABC.
- Ministerstwo Zdrowia, 2006, *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa, 21 marca, http://www.ikard.pl/prezentacje.html?file=tl.../zadluzenie%20SPZOZ_21...
- Ministerstwo Zdrowia, 2009, *W 70 wskaźników dookoła zdrowia*, Warszawa, <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=5>.
- Ministerstwo Zdrowia, 2014, *Zobowiązania wymagalne – aktualizacja III kw. 2014*, Warszawa, 21 listopada, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-SPZOZ>.
- Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2008 (I półrocze)*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=4&mx=0&mt=&my=180&ma=011576>.
- Ministerstwo Zdrowia, *Restrukturyzacja i przekształcenia*, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia>.
- Najwyższa Izba Kontroli, 2004, *Informacja o wynikach kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia*, Warszawa, luty.
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw, Dz.U., nr 65, poz. 659.
- Suszyński, C., 2003, *Restrukturyzacja konsolidacja globalizacja przedsiębiorstw*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Uchwała nr 58 z dnia 27 kwietnia 2009 r. Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=1&ml=pl&mi=122&mx=0&mt=&my=191&ma=014678>.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007, nr 14, poz. 89 ze zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U., nr 78, poz. 684 ze zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. 2015, poz. 618 ze zm.

Węgrzyn, M., Łyszczak, M., Wasilewski, D. (red.), 2013, *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce Nowe wyzwania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.

Zemke-Górecka, A., 2010, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Wolters kluwer.