

Beata ZALESKA*

FORMY POMOCY PAŃSTWA W ODDŁUŻANIU SZPITALI W POLSCE W LATACH 1994-2012

Zarys treści: Celem artykułu jest ukazanie problematyki powstawania długów szpitali, które od lat utrzymują się na wysokim poziomie. Zaprezentowano przyczyny powstawania zadłużenia szpitali prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ukazano także działania państwa, które mają pomóc szpitalom w uzyskaniu płynności i polepszeniu ich kondycji finansowej. Przedstawiono regulacje prawne, które stwarzają szansę na umorzenie długów i otrzymanie dotacji celowej na ich pokrycie dla zadłużonych szpitali.

Słowa kluczowe: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zadłużenie, dotacja państwa, regulacje prawne.

Wprowadzenie

Zadłużenie szpitali działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) na koniec czerwca 2012 roku wyniosło 10, 528 mld złotych¹.

Od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku długi szpitali w Polsce systematycznie rosną. Przyczyny ich powstawania można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne. Te pierwsze wywodzą się z sytuacji politycznej i społecznej kraju, rosnących potrzeb zdrowotnych pacjentów, powstawania nowych, kosztownych technologii medycznych i metod leczenia, przy jednoczesnym ograniczeniu środków finansowych przeznaczanych na funkcjonowanie podmiotów leczniczych. Do przyczyn wewnętrznych zadłużenia należą problemy finansowe organów założycielskich szpitali publicznych, którymi w większości są jednostki samorządu terytorialnego, wzrost kosztów stałych np. wynagrodzeń personelu medycznego, brak wyceny kosztów jednostkowych świadczeń medycznych w podmiotach leczniczych i sposób zarządzania szpitalem.

* Katedra Rachunkowości, Wydział Nauk Ekonomicznych, Politechnika Koszalińska

¹ B. Lisowska, *Zamiast pomocy dla szpitali – długi i prywatyzacja*, <http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=421609> (31-08-2012).

W artykule przedstawiono krótko niektóre przyczyny powstawania długów szpitali na przestrzeni ostatnich lat i obecny stan prawny w zakresie rozwiązań, które mają pomóc szpitalom w ich oddłużeniu.

Przyczyny zadłużania się szpitali

Do istotnych zewnętrznych przyczyn, które spowodowały zadłużenie szpitali w Polsce w ostatnich latach można zaliczyć:

1. brak zmian systemowych służby zdrowia do końca lat 90. ubiegłego wieku;
2. przekształcenie w latach 90. zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali, w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które zyskały większą samodzielność i odpowiedzialność, przy jednoczesnym braku przygotowania kadry do zarządzania tymi placówkami;
3. brak pokrycia kosztów przychodami, wskutek otrzymywania niewystarczających środków finansowych od publicznego płatnika, najpierw Kas Chorych, obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
4. konieczność zapłacenia przez SPZOZ-y po 2000 roku wynagrodzeń personelowi medycznemu zgodnie z ustawą 203²;
5. konieczność obliczania przez podmioty lecznicze po 2002 roku podatku od nieruchomości według najwyższej stawki;
6. brak możliwości odliczania przez podmioty lecznicze podatku VAT, co związane było z przyjętymi regulacjami unijnymi;
7. powstanie w 2008 roku dodatkowych kosztów związanych z wypłatą godzin nadliczbowych na podstawie ustawy zmniejszającej tygodniowy czas pracy personelu medycznego³.

Do końca lat 90. w Polsce obowiązywał budżetowy system finansowania opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej, w tym szpitale, jako jednostki budżetowe otrzymywały środki finansowe w formie dotacji od państwa, które było ich właścicielem. Zakłady opieki zdrowotnej generowały długi, które w rzeczywistości były długami państwa. Zadłużenie wynikało między innymi z braku kontroli kosztów szpitali, zaniechania ustalania celowości zakupu sprzętu i realizowanych inwestycji. Pod koniec 1998 roku zakłady opieki zdrowotnej jako jednostki budżetowe były zadłużone na łączną kwotę 8,5 mld

² Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 24 stycznia 2001 r.).

³ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89).

złoty, co stanowiło połowę rocznych nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną⁴.

W połowie lat 90. jednostki budżetowe zaczęto przekształcać w Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej.⁵ Organami założycielskimi tych placówek stały się jednostki samorządu terytorialnego, które odciążyły w tym zakresie centralne szczeble władzy i były płatnikami zakładów opieki zdrowotnej. Po 1999 roku na skutek wprowadzonej reformy finansowania opieki zdrowotnej oddzielono funkcję płatnika od funkcji właściciela placówek medycznych. Zbieraniem i dystrybucją środków finansowych pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, płaconych przez pacjentów i pracodawców zajęły się najpierw Kasy Chorych a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Działania te miały zapobiec zadłużaniu się zakładów opieki zdrowotnej, co niestety nie przyniosło oczekiwanych rezultatów, szczególnie w odniesieniu do placówek publicznych.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej uzyskały większą samodzielność, ale też i większą odpowiedzialność. Przy czym ich gospodarka finansowa była mocno sformalizowana. Nie mogły bankrutować, nie mogły też uzyskiwać środków finansowych na zasadach komercyjnych. Władze samorządowe będące ostatecznymi płatnikami zobowiązań zaciąganych przez SPZOZ - y nie miały wystarczających środków finansowych do ich spłaty. Przejęcie długów przez jednostki samorządu terytorialnego utrudniały przepisy prawne, które wyznaczały limit ich zadłużenia do 60% rocznych przychodów⁶. Koszty placówek zdrowotnych nie były pokryte osiąganymi przychodami. Przyczyn tego stanu rzeczy upatrywano między innymi w niedoskonałościach związanych z funkcjonowaniem Kas Chorych. Lista zarzutów kierowanych do Kas Chorych wymusiła debatę nad zmianą systemu finansowania służby zdrowia. Kasom Chorych zarzucało się między innymi:

- ustalenie krótkich terminów do składania ofert przez świadczeniodawców;
- zniżenie limitów usług medycznych zakontraktowanych ze świadczeniodawcami;
- zniżenie stawek świadczeń;

⁴ *Koło ratunkowe dla szpitali od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, red. A. Kozierkiewicz, Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2008, s. 40.

⁵ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. nr 91, poz. 408.), Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

⁶ Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. z 2005 r., nr 249, poz. 2104 z późn. zm.).

- brak partnerskiego porozumienia między kasą chorych a świadczeniodawcami;
- źle przygotowane od strony prawnej umowy kontraktowe;
- brak kryteriów jakimi powinny kierować się kasy chorych przy rozstrzyganiu konkursów;
- utajnienie przebiegu konkursu, co uniemożliwia jego kontrolę;
- złą konstrukcję algorytmu, który dotyczył wyrównania finansowego między kasami⁷;
- różnych decyzji kas w tych samych przypadkach;
- różnych metod opłacania lekarzy, co sprzyjało różnicom w postępowaniu medycznym.

W 2003 roku wprowadzono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁸. NFZ zastąpił 16 regionalnych Kas Chorych i funkcjonuje obecnie. Posiada osobowość prawną i jest państwową jednostką organizacyjną. NFZ jest monopolistą i decyduje o cenach za świadczenia zdrowotne, które w praktyce nie podlegają negocjacji. Ustala też limit świadczeń zdrowotnych, które mogą być opłacone w ciągu roku, co niestety nie jest skorelowane z zapotrzebowaniem na usługi medyczne. Ponadlimitowe świadczenia nie są opłacane jeżeli nie zostaną jednoznacznie zakwalifikowane przez płatnika jako ratujące życie i zdrowie.

Działania Narodowego Funduszu Zdrowia były i są poddawane krytyce. Według znawców przedmiotu brakuje jasnych zasad związanych z podziałem środków pieniężnych, które trafiają do oddziałów terenowych NFZ. Krytyce poddana została dominująca rola Funduszu w stosunku do świadczeniodawców i samorządowych władz wojewódzkich. Stwierdzono także, że pacjenci nie mają kontroli nad środkami wnoszonymi w postaci składek na ubezpieczenia zdrowotne⁹. Największym minusem obecnego systemu opłacania usługodawców jest brak konkurencji po stronie płatnika. Wprowadzenie konkurencji w postaci prywatnych ubezpieczycieli mogłoby pozytywnie wpłynąć na kontraktowanie usług zdrowotnych.

⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. w sprawie algorytmu wyrównania finansowania dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględniane w wyrównaniu (Dz. U. z 1998 r., nr 134, poz. 8740).

⁸ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r., nr 45, poz. 391).

⁹ Por. L. Wdowiak: *Uwagi do projektu ustawy o ubezpieczeniu w narodowym Funduszu zdrowia i jego uzasadnienie* (druk sejmowy 932.) 2002.

Zadłużenie szpitali na początku 2003 roku szacowane było na około 5 miliardów złotych¹⁰. W 2005 roku ogólny poziom zadłużenia placówek służby zdrowia osiągnął 10 mld złotych¹¹. Oprócz niewystarczającej kwoty środków finansowych otrzymywanych od publicznego płatnika, do zadłużenia podmiotów leczniczych, w tym szpitali publicznych, przyczyniła się konieczność podniesienia wynagrodzeń pracownikom z własnych środków zgodnie z ustawą 203. Na jej podstawie wszystkim pracownikom publiczne placówki zatrudniające ponad 50 osób miały wypłacić w 2001 roku podwyżkę w wysokości 203 złotych a rok później w wysokości 171 złotych. Ustawodawca nie wskazał źródła sfinansowania podwyżki. Niektóre zakłady wypłaciły pieniądze swoim pracownikom, inne nie. Wprowadzenie ustawy skutkowało gwałtownym zadłużeniem szpitali¹².

Ustawa trafiła do Trybunału Konstytucyjnego, który wskazał NFZ jako podmiot, który powinien partycypować w kosztach wypłaty wynagrodzeń. Na koniec 2009 roku procesowało się o wypłatę środków finansowych z NFZ 77 szpitali, a roszczenia wobec płatnika wynosiły ponad 386 mln złotych¹³.

Podobna sytuacja miała miejsce po 2008 roku. Po 1 stycznia 2008 roku został unormowany czas pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej¹⁴. Miało to na celu dostosowanie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do unijnych wymagań¹⁵. Dyżury lekarskie zostały wliczone do czasu pracy. Poza tym ustalono maksymalny czas pracy, który może być zwiększony tylko w porozumieniu z pracownikiem. Dało to podstawę pracownikom medycznym do niezgadzania się na nadgodziny, w przypadku gdy nie zostaną zagwarantowane podwyżki wynagrodzeń. Wiele szpitali zgodziło się na podwyżki aby zagwarantować pacjentom ciągłość opieki medycznej. Skutkiem był wzrost zadłużenia szpitali i generowanie ujemnego wyniku finansowego.

Inne przyczyny zadłużania się szpitali tkwiły w rozwiązaniach podatkowych. Do 1 lipca 2011 roku niższe opodatkowanie pomieszczeń zajmowanych przez szpital możliwe było tylko w przypadku pomieszczeń

¹⁰ Por. A. Gielewska: *W pętli długów*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 25-28.

¹¹ *Koło ratunkowe...* op. cit., s. 45, 128.

¹² D. Sikora, *Ustawa 203*, http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339560,ustawa_203.html.

¹³ A. Kaczmarek, *Ustawa „203” wiecznie żywa: szpitale wciąż walczą o pieniądze*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ustawa-203-wiecznie-zywa-szpitale-wciaz-walcza-o-pieniadze,16103,1.html>.

¹⁴ Ustawa z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 176, poz. 1240.).

¹⁵ Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. L 299 z 18.11.2003 r.).

przeznaczonych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie obejmowało ono pozostałych pomieszczeń jak np. pralnia, rejestracja itp. Obecnie niższa stawka naliczanego podatku od nieruchomości będzie obejmowała cały budynek szpitala, z wyjątkiem tych pomieszczeń które przekazane zostały osobom trzecim na prowadzenie innej działalności np. prowadzenie apteki¹⁶. Stosowane wcześniej wyższe stawki podatku od nieruchomości zwiększały wydatki szpitali. Do niedawna zakłady opieki zdrowotnej były zwolnione przedmiotowo z podatku VAT. Dotyczyło to sprzedaży usług medycznych wobec NFZ, ZUS, firm ubezpieczeniowych, czy pacjenta. Szpital nie ustalał podatku należnego, ale musiał płacić VAT naliczony od zakupu np. energii elektrycznej, materiałów itp. Podmiot leczniczy nie miał więc możliwości odliczenia podatku VAT naliczonego od należnego. Podatek VAT naliczony obciążał koszty zakładu opieki zdrowotnej i zwiększał zadłużenie. W 2004 roku oszacowano, że wartość podatku VAT wydatkowana przez SPZOZ-y na nabycie towarów i usług wyniosła 955 mln złotych¹⁷.

Według znawców przedmiotu rozwiązaniem tego problemu byłoby wprowadzenie stawki zerowej VAT dla świadczeń zdrowotnych. Doprowadziłoby to do zmniejszenia kosztów szpitali ale jednocześnie uszczupliłoby wpływy do budżetu państwa¹⁸. Nie jest to więc rozwiązanie realne. Od 2011 roku obowiązuje nowelizacja ustawy o podatku od towarów i usług, według której z podatku VAT zwolnione mogą być usługi „z zakresu opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz dostawa towarów i świadczeń ściśle z tymi usługami związanych”¹⁹. Nowelizacja ustawy wynika z wymogów unijnych w tym zakresie.

Obecnie o zwolnieniu usługi z podatku VAT decyduje jej cel²⁰. Rozwiązanie to nie przyczyni się jednak do zmniejszenia kosztów szpitali.

¹⁶ Ustawa o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2010 r., Nr 95, poz. 613 z późn. zm.).

¹⁷ Dane pochodzą z Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce Zielona Księga II <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=435&mx=0&ma=11992>.

¹⁸ W. Styło, *Obszary potencjalnych oszczędności w podmiotach leczniczych – cz. I*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, Warszawa 2012, nr 3.

¹⁹ Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. nr 177, poz. 1054).

²⁰ N. Adamska-Golińska, *Absurdy w opodatkowaniu świadczeń medycznych. Podwójny cennik*, Menedżer Zdrowia, Warszawa 2010, nr 9.

Większość ich przychodów pochodzi bowiem z zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych z NFZ, które będą nadal zwolnione z podatku VAT. Przyczyny wewnętrzne zadłużania się szpitali dotyczą sposobu zarządzania. Związane jest to z między innymi zaniechaniem działań restrukturyzacyjnych, utrzymywaniem nierentownych oddziałów, niewykonywaniem kalkulacji kosztów usług medycznych, brakiem szukania oszczędności w bieżącej działalności.

Działania państwa w zakresie oddłużania szpitali

Państwo od lat oddłuża placówki służby zdrowia. W latach 90. i na początku obecnego wieku taką akcję przeprowadzono kilka razy (tabela 1).

Tabela 1. Pomoc państwa w oddłużaniu SPZOZ w latach 1994-2006

Lp.	Lata	Kwota oddłużenia	Efekty oddłużenia
1	1994-1995	Dwie dotacje budżetowe na spłatę długów w łącznej wysokości 2 mld złotych.	Po każdorazowym oddłużeniu szpitale w niedługim czasie generowały długi. Brak efektów tego procesu
2	1997 rok	Skarb Państwa przejął 12,7 mld długu.	związany był z nieprzeprowadzeniem działań
3	1998 rok	Oddłużenie wyniosło ponad 8 mld złotych.	restrukturyzacyjnych w szpitalach, niezajomością kosztów działalności szpitali, brakiem kontroli wydatków inwestycyjnych.
4	2005 roku	Uchwalono ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.), zgodnie z którą przeznaczono 2 mld złotych na pożyczki (stanowiło to 1/3 zadłużenia).	

Zródło: Wykonanie własne na podstawie M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 20-63.

Przeprowadzane w tych latach akcje oddłużeniowe systemu opieki zdrowotnej nie wiązały się z koniecznością przeprowadzenia przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zmian restrukturyzacyjnych, czy organizacyjno-prawnych i może dlatego nie przyniosły pozytywnego efektu.

Pierwszą próbą pomocy pokrycia długów placówek publicznych przez państwo, która wiązała się ze zmianami organizacyjno-prawnymi zakładów opieki zdrowotnej, był przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. program rządowy „Wsparcie jednostek samorządu

terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” potocznie zwany „Planem B”. Dotyczył on przede wszystkim szpitali. Zakładał dobrowolne przekształcenie szpitali działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Przekształcenia miały dokonać ich organy założycielskie, którymi w większości są jednostki samorządu terytorialnego. Motywacją do tego działania miało być przekazanie jednostkom samorządu terytorialnego środków finansowych na oddłużenie przekształconych szpitali. Efekty planu B przeprowadzonego w latach 2009-2012 przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Efekty planu B w latach 2009-2012

Srodki finansowe przeznaczone na oddłużenie szpitali.	753 mln złotych
Liczba samorządów, które przeprowadziły zmiany w szpitalach.	62
Liczba powstałych spółek samorządowych.	54
Liczba zlikwidowanych szpitali w wyniku przeprowadzonych przez samorzady zmian organizacyjnych .	26
Liczba spółek samorządowych powstałych w wyniku przekształcenia, które na koniec 2011 roku wykazały stratę .	30
Liczba spółek samorządowych powstałych w wyniku przekształcenia, które obecnie (2012 rok) są zagrożone upadłością.	14

Źródło: Wykonanie własne na podstawie B. Lisowska, *Rządowa pomoc nie pomogła co trzeciemu szpitalowi spółce*, <http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=421253> (29-08-2012) i B. Lisowska, *Zamiast pomocy dla szpitali – długi i prywatyzacja*, <http://edgp.gazeraprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=421609> (31-08-2012).

Na koniec 2011 roku 30 spółek przekształconych w ramach „Planu B” wykazało stratę na łączną kwotę 36 mln złotych a 14 spółek jest zagrożonych upadłością. Można więc stwierdzić, że „Plan B” nie przyniósł zakładanych efektów. Sama zmiana formy organizacyjno-prawnej nie powoduje, że szpital przestaje się zadłużać.

Potwierdza to opublikowany niedawno raport NIK z kontroli dotyczącej wyników przekształceń własnościowych szpitali dokonanych w latach 2006-2010. Kontrolę przeprowadzono od 1 września do 20 stycznia 2011 roku (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki kontroli NIK przekształconych szpitali w spółki w latach 2006-2010

Liczba skontrolowanych spółek powstałych w wyniku likwidacji szpitali działających w formie SPZOZ.	12
Liczba spółek, którym jednostki samorządu terytorialnego wydzierżawiły majątek po zlikwidowaniu szpitali.	3
Liczba spółek z dodatnim wynikiem finansowym w I – szym półroczu	4

2010 roku.	
Liczba spółek ze stratą.	8

Źródło: Wykonanie własne na podstawie NIK, *Informacje o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010*, Nr ewid. 104/2011/P/10/097/KPZ. <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf>, s. 1-72.

NIK stwierdził, iż część kontrolowanych jednostek generuje nadal straty. Nie poprawiła się także dostępność do świadczeń medycznych. Spowodowane to jest przede wszystkim ograniczoną wysokością kontraktów zawieranych z NFZ i brakiem działań restrukturyzacyjnych. Stwierdzono, że 4 spółki, które osiągnęły zysk dokonały tego na skutek:

- dostosowania struktury leczenia stacjonarnego do potrzeb zdrowotnych i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych określonych przez NFZ;
- optymalizacji zatrudnienia personelu medycznego;
- obniżenia kosztów działalności poprzez lepsze gospodarowanie posiadanymi zasobami;
- skutecznych negocjacji z dostawcami odnośnie cen i terminów płatności za leki i sprzęt medyczny;
- zwiększenia przychodów, dzięki świadczeniu poza kontraktem z NFZ odpłatnych świadczeń zdrowotnych.

Większość z badanych jednostek po przekształceniu nie podjęła jednak takich działań i generowała nadal straty.

Ostatni sposób pomocy w oddłużeniu publicznych placówek służby zdrowia, zaproponowany niedawno, wynika z obowiązującej od 1 lipca 2011 roku ustawy o działalności leczniczej,²¹ która zastąpiła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Między innymi stwarza ona możliwość komercjalizacji SPZOZ poprzez tak zwany „przymus ekonomiczny”²². Polega on na konieczności pokrycia przez organ założycielski (jednostkę samorządu terytorialnego) ujemnego wyniku finansowego SPZOZ, bądź jego przekształcenie w spółkę kapitałową lub likwidację. Dla samorządów, które zdecydują się na komercjalizację SPZOZ przewidziana jest pomoc finansową w pokryciu ich długów. Zobowiązania przejęte od SPZOZ przez podmiot tworzący będą podlegały umorzeniu, jeżeli przekształcenie w spółkę kapitałową nastąpi do dnia 31 grudnia 2013 roku. Ustawa przewiduje także przyznanie dotacji celowej podmiotowi tworzącemu. Dotację przeznaczyć można na spłatę zobowiązań przejętych od SPZOZ razem z odsetkami, lub na pokrycie kosztów przekształcenia. Państwo przeznaczyło na ten cel 1,4 mld złotych.

²¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654).

²² E. Cichecka., *Co jest dobre dla pacjenta*, „Gazeta Wyborcza” z 28 października, 2010.

Do tej pory (wrzesień 2012 rok) według zasad obowiązujących w ustawie o działalności leczniczej przekształciło się w spółki kapitałowe 7 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej²³. Przewiduje się, iż masowe przekształcenia nastąpią w 2013 roku, kiedy to jednostki samorządu terytorialnego staną przed dylematem z czego pokryć ujemny wynik finansowy zadłużonych SPZOZ. Ze względu na to, że same posiadają problemy finansowe będą przekształcały SPZOZ-y w spółki kapitałowe. Skutki tego przekształcenia będą możliwe do zauważenia dopiero po paru latach funkcjonowania przekształconych podmiotów leczniczych. Już dzisiaj jednak wiadomo, że kwota pomocy finansowej przeznaczanej przez państwo na pokrycie długów przekształconych SPZOZ jest niewystarczająca. Wynosi ona bowiem 1,4 mld złotych a obecne zadłużenie szpitali to ponad 10 mld złotych²⁴.

Z analizy literatury i danych statystycznych można wyciągnąć następujące wnioski:

1. pomoc państwa w oddłużaniu szpitali w latach 1994-1998 nie przyniosła efektu, ze względu na brak kontroli nad szpitalami w zakresie wielkości generowanych kosztów i zasadności ponoszonych wydatków;
2. brak zadawalających efektów planu B związane było z zaniechaniem zmian restrukturyzacyjnych w przekształconych w spółki szpitalach, brakiem możliwości planowania strategicznego, ze względu na krótkie umowy (1 rok) zawierane z NFZ, narastaniem odsetek od długów wymagalnych, które nie zostały zastąpione kredytem niskooprocentowanym.

Wydaje się więc, że przeprowadzone do tej pory akcje oddłużania szpitali przez państwo nie przyniosły efektu. Sama zmiana formy organizacyjno-prawnej nie powoduje większych oszczędności i generowania zysku. Potrzebne jest efektywne zarządzanie szpitalem. Dotyczy to planowania strategicznego kosztów i przychodów, na podstawie dobrze oszacowanych potrzeb epidemiologicznych na terenie funkcjonowania podmiotu leczniczego. Niezbędne jest zmniejszenie zatrudnienia a nawet zastosowanie outsourcingu, czyli przekazania niektórych funkcji wykonywanych przez szpital na zewnątrz, na przykład pralni czy stołówki. Obniża to koszty utrzymania pomieszczeń, dokonywania napraw, remontów itp. Istotne jest bieżące zmniejszanie kosztów poprzez np. wybór tańszych leków, czy stosowanie

²³ B. Lisowska, *Rządowa pomoc nie pomogła co trzeciemu szpitalowi spółce*, [http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=421253\(29-08-2012\)](http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=421253(29-08-2012)).

²⁴ Por. J. Watoła, *Kto utrzyma szpitale*, „Gazeta Wyborcza” z 11 stycznia 2011.

partnerstwa publiczno-prywatnego np. przy zakupie dużej ilości materiałów medycznych, co powoduje oszczędności w formie rabatów i upustów.

Podsumowanie

Zadłużenie szpitali w Polsce nie zmienia się od wielu lat. Kolejne próby oddłużenia tych placówek nie odnoszą skutku. Generowanie długów przez podmioty lecznictwa stacjonarnego jest problemem złożonym. Dotyczy niewystarczających środków finansowych przeznaczanych na funkcjonowanie tych placówek, braku konkurencji po stronie płatnika, braku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, ograniczenia konkurencji po stronie świadczeniodawców. Przyczyny powstawania długów szpitali związane są także z zaniechaniem ich restrukturyzacji, niedoskonałością rachunku kosztów, który pozwoliłby na rzetelną wycenę świadczeń zdrowotnych a także z niestosowaniem bodźców, które motywowałyby pracowników do oszczędnego gospodarowania ograniczonymi zasobami itp. Wydaje się, że dopiero zadziałanie tych wszystkich czynników razem spowoduje mniejsze zadłużenie podmiotów leczniczych.

Resort zdrowia przygotowuje zmiany, które mogłyby wpłynąć na poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce w najbliższych latach. Dotyczą one między innymi decentralizacji NFZ, stworzenia organu, który poza płatnikiem wyceniałby świadczenia medyczne według określonej metodologii i wprowadzenia ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach. Innym pomysłem jest np. zmiana systemu opłacania szpitali. Dotyczy ona zastosowania finansowania uzależnionego od uzyskanego efektu zdrowotnego (value – based purchasing – VBP, pay for performance – P4P), który kilkanaście lat temu został wprowadzony w Wielkiej Brytanii i USA²⁵.

Bibliografia

1. Adamska-Golińska N, *Absurdy w opodatkowaniu świadczeń medycznych. Podwójny cennik*, „Menedżer Zdrowia” nr 9, Warszawa 2010.

²⁵ R. Zyśk, *Placenie za wyniki leczenia – szansa na poprawę jakości w opiece zdrowotnej? Za zdrowie, nie za świadczenie*, „Menedżer Zdrowia” 2012, nr 6 s. 32.

3. Cichecka E., *Co jest dobre dla pacjenta*, „Gazeta Wyborcza” 2010 r., 28 października.
4. Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. *dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy* (Dz.Urz. L 299 z 18.11.2003 r.).
5. Gielewska A., *W pętli długów*, „Służba Zdrowia” 2003 nr 25-28.
6. Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
7. Kaczmarek A., *Ustawa „203” wiecznie żywa: szpitale wciąż walczą o pieniądze*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ustawa-203-wiecznie-zywa-szpitala-wciaz-walczą-o-pieniądze,16103,1.html>.
8. *Koło ratunkowe dla szpitali od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, red. A. Kozierkiewicz, Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2008.
9. Lisowska B., *Zamiast pomocy dla szpitali – długi i prywatyzacja*, <http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=421609> (31-08-2012).
10. Lisowska B., *Rządowa pomoc nie pomogła co trzeciemu szpitalowi spółce*, <http://edgp.gazetaprawna.pl/index.php?act=mprasa&sub=article&id=421253> (29-08-2012).
11. NIK, *Informacje o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010*, Nr ewid.104/2011/P/10/097/KPZ. <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf>, s.1-72.
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. *w sprawie algorytmu wyrównania finansowania dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględniane w wyrównaniu* (Dz. U. 1998, nr 134, poz.8740).
13. Styło W., *Obszary potencjalnych oszczędności w podmiotach leczniczych – cz. I*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” nr 3, Warszawa 2012.
14. Sikora D., *Ustawa 203*, http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339560,ustawa_203.html.
15. Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. *o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 24 stycznia 2001 r.).
16. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (tj. Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89).

17. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408.).
18. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).
19. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2005 r. nr 249, poz. 2104 z późn. zm.).
20. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391).
21. Ustawa z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 176, poz. 1240.).
22. Ustawa o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2010 r. nr 95, poz. 613 z późn. zm.).
23. Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. nr 177, poz. 1054).
24. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654).
25. Wdowiak L., *Uwagi do projektu ustawy o ubezpieczeniu w narodowym Funduszu zdrowia i jego uzasadnienie* (druk sejmowy 932) 2002.
26. Watoła J., Kto utrzyma szpitala, „Gazeta Wyborcza” z 11 stycznia 2011 r.
27. Zyśk R., *Płacenie za wyniki leczenia – szansa na poprawę jakości w opiece zdrowotnej? Za zdrowie, nie za świadczenie*, „Menedżer Zdrowia”, nr 6, 2012, s. 32.

FORMS OF STATE ASSISTANCE WITH DEBT ADJUSTMENT OF HOSPITALS IN POLAND IN 1994-2012

The article aims to present the problem of hospital debt, which has remained at a fairly constant level for years. It discusses some of the factors causing debt in hospitals operating in the form of independent public health service facilities. It also presents the state's actions towards helping hospitals regain liquidity and improving their financial situation, as well as the legal regulations which provide indebted hospitals with a chance to have their debts remitted and receive subsidies designated for this purpose.

Keywords: independent public health service facility, debt, state subsidy, legal regulations.