

Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne

Ewelina Rabiej¹

Wprowadzenie

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat sektor ochrony zdrowia podlega ciągłym zmianom organizacyjnym. Jednym z obszarów reform są regulacje dotyczące form organizacyjnych podmiotów leczniczych, istotne z punktu widzenia uwarunkowań prawnych prowadzenia działalności leczniczej, formy gospodarki finansowej, możliwości w zakresie potencjalnych źródeł dochodów, nadzoru właścicielskiego czy zadowolenia klientów.

Celem niniejszego opracowania jest analiza form organizacyjnych podmiotów leczniczych z uwzględnieniem wybranych uwarunkowań prawnych i ekonomicznych. Pracę przygotowano na bazie studiów literaturowych, w tym aktów prawnych (według stanu prawnego: maj 2013 r.), informacji o wynikach kontroli przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli, raportów i opracowań Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i in. Ze względu na dostępność danych statystycznych i finansowych badaniami objęto lata 2008–2011.

Uwarunkowania prawne

Przez wiele lat podstawowym podmiotem w sektorze ochrony zdrowia był zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) zdefiniowany w *Ustawie z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* [DzU 2007.14.89, ze zm., akt prawny uchylony] jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ze względu na sposób i zakres udzielania świadczeń zakłady opieki zdrowotnej podzielono na dwie grupy, tj.:

- zakłady lecznictwa stacjonarnego (tzw. zamkniętego): szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne oraz inne zakłady przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym stałym pomieszczeniu;

¹ Dr Ewelina Rabiej, Zakład Finansów, Wydział Ekonomii, Uniwersytet Rzeszowski

- zakłady lecznictwa ambulatoryjnego (tzw. otwartego): przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakład rehabilitacji leczniczej, żłobek, ambulatorium lub ambulatorium z izbą chorych jednostki wojaskowej, policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej służby więziennej, stacja sanitarno-epidemiologiczna, wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej, jednostka organizacyjna publicznej służby krwi oraz inne zakłady spełniające warunki określone w ustawie.

Przyjmując organ założycielski jako kryterium podziału, wyodrębniono dwie formy prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej, tj. publiczną i niepubliczną. Dla publicznego ZOZ wskazano następujące organy założycielskie: minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego, publiczna uczelnia medyczna lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Zakłady opieki zdrowotnej utworzone i prowadzone przez inne podmioty sklasyfikowano jako niepubliczne [*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.07.2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania*, DzU 2004.170.1797, ze zm., akt prawny uchylony].

W *ustawie o zakładach opieki zdrowotnej* zdefiniowano trzy formy prowadzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, tj.: jednostka budżetowa (JB), zakład budżetowy (ZB) oraz samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ). Do końca 1998 r. podstawową formą prowadzenia działalności leczniczej były jednostki budżetowe. Przepisy *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* oraz *Ustawy z dnia 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* [DzU 1997.28.153, ze zm., akt prawny uchylony] wprowadziły obowiązek przekształcenia do dnia 1.01.1999 r. publicznych zakładów opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Gdyby prowadzenie podmiotu w formie SPZOZ-u było niecelowe, pozostawiono możliwość funkcjonowania publicznego zakładu opieki zdrowotnej w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej* nie regulowała kwestii form organizacyjno-prawnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (NZOZ), określając jedynie ich organy założycielskie. NZOZ, stanowiąc wyłącznie formę organizacyjną prowadzenia działalności, nie posiadał osobowości prawnej i korzystał w stosunkach cywilnoprawnych z podmiotowości prawnej swojego organu założycielskiego [Dercz, Recz 2007: 77].

Ustawa z dnia 27.08.2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o finansach publicznych [DzU 2009.157.1241, ze zm.] zmieniła z dniem 1.01.2010 r. zapisy *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* w zakresie form organizacyjno-prawnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, pozostawiając samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i jednostkę budżetową oraz wprowadzając dodatkowo instytucję gospodarki budżetowej. Podmioty te różnią się między sobą przede wszystkim zasadami gospodarki finansowej.

W latach 1999–2011 jedynym sposobem zmiany formy organizacyjno-prawnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej było powołanie niepublicznego zakładu

opieki zdrowotnej przez jednostkę samorządu terytorialnego w oparciu o *ustawę o zakładach opieki zdrowotnej* oraz ustawy samorządowe, tj. *Ustawę z dnia 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym* [DzU 2001.142.1591, ze zm.], *Ustawę z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym* [DzU 2001.142.1592, ze zm.] oraz *Ustawę z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie województwa* [Dz.U. 2001.142.1590, ze zm.]. Zmiany organizacyjno-prawne polegały na likwidacji SPZOZ i powołaniu w to miejsce NZOZ lub likwidacji komórki organizacyjnej SPZOZ i wydzierżawieniu jej zasobów i działalności podmiotowi niepublicznemu. Z ogółu 1411 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej istniejących na dzień 31.12.1999 r. do dnia 31.12.2010 r. zmianami organizacyjno-prawnymi objęto 478 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów, w tym 114 szpitali, 309 zakładów lecznictwa ambulatoryjnego i 55 oddziałów szpitalnych, na wszystkich szczeblach samorządu terytorialnego. Największą inicjatywę przekształceń wykazywano w miastach (43,1%) oraz w powiatach (29,9%), nieco niższą na poziomie gminy (18,2%) oraz województwa (8,8%). Najczęściej niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej powoływane były przez spółki kapitałowe, przy czym najliczniejszą grupę NZOZ-ów powstałych na bazie majątku publicznych zakładów utworzyły spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (74% wśród spółek ogółem), natomiast spółki akcyjne znacząco mniej (2,3%). Pozostałe powoływane były przez spółki cywilne (15%) i spółki osobowe, tj. spółki partnerskie (5%) oraz spółki jawne (4%). Wysokość udziałów jednostek samorządu terytorialnego w kapitale zakładowym nowo utworzonych spółek była zróżnicowana i kształtowała się w przedziale od 0% do 100%. Największy udział zarejestrowano w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością. Stopień zaawansowania procesu przekształceń własnościowych, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego, rozumiany jako udział procentowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej objętych przekształceniami, w ogólnej liczbie SPZOZ-ów zarejestrowanych w kraju według stanu na dzień 31.12.2010 r. wynosił 28%. Proces przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia był zróżnicowany w czasie i w skali kraju. Zmiany dotyczyły przede wszystkim podmiotów prowadzących działalność ze stratą. Najwyższą dynamikę przekształceń odnotowano w latach 2004–2009, szczególnie w grupie zakładów lecznictwa ambulatoryjnego i grupie szpitali [*Informacja o przekształceniach...* 2011].

Jak wynika z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dominującą pozycję w sektorze ochrony zdrowia stanowią aktualnie niepubliczne podmioty, których udział w grupie wszystkich zakładów opieki zdrowotnej wynosi 88%. Są to jednak, w przeważającej większości, podmioty działające na ograniczoną skalę (szczególnie w obszarze lecznictwa stacjonarnego), w odróżnieniu od publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wśród których 69% stanowią SPZOZ-y prowadzące działalność we wszystkich zakresach działalności leczniczej. Dla 90% samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego (tabela 1)².

² Na dzień 10.05.2013 r. nie jest możliwe porównanie wyników analizy danych pochodzących z *Rejestru zakładów opieki zdrowotnej* z danymi gromadzonymi obecnie w *Rejestrze podmiotów wykonują-*

Tabela 1. Struktura zakładów opieki zdrowotnej według kryterium organu założycielskiego i formy gospodarki finansowej na dzień 31.12.2011 r.

Organ założycielski	Forma gospodarki finansowej				
	SPZOZ	JB	ZB	Inne	Razem
Minister albo centralny organ administracji rządowej	115	335	–	16	466
Wojewoda	–	332	–	2	334
Jednostka samorządu terytorialnego:	1.307	15	1	6	1.329
– województwo	325	3	–	2	330
– powiat	267	–	1	–	268
– gmina	586	6	–	3	595
– gmina miejska na prawach powiatu	129	6	–	1	136
Publiczna uczelnia medyczna, publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	46	–	–	8	54
Kościół lub związek wyznaniowy	–	–	–	175	175
Pracodawca	–	3	–	14	17
Fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie	–	–	–	567	567
Inna krajowa lub zagraniczna osoba prawna lub osoba fizyczna oraz spółka nieposiadająca osobowości prawnej	–	–	–	15.773	15.773
Razem	1.468	670	1	16.561	18.700

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: dane CSIOZ na dzień 31.12.2011 r., <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>

W Ustawie z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej [DzU 2011.112. 654, ze zm.], która weszła w życie z dniem 1.07.2011 r., zrezygnowano z zakładu opieki zdrowotnej jako dominującej formy prowadzenia działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Działalność lecznicza w świetle nowych przepisów może być wykonywana przez podmioty lecznicze, którymi są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej [DzU 2010.220.1447, ze zm.] we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej (art. 4.: *przedsiębiorcą (...) jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą*),
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,

cych działalność leczniczą, ponieważ baza nie dysponuje jeszcze kompletnymi danymi rejestracyjnymi, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/>

- jednostki budżetowe,
- instytuty badawcze,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Podmioty lecznicze podlegają rejestracji na podstawie *ustawy o działalności leczniczej w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą*, będącym kontynuacją *Rejestru zakładów opieki zdrowotnej*. Podmioty ewidencjonowane są na zasadach określonych w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania* [DzU 2012.594]. Rozporządzenie wyodrębnia podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami oraz podmioty niebędące przedsiębiorcami, dla których organami założycielskimi są: minister właściwy do spraw zdrowia, minister obrony narodowej, minister sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, inny minister albo centralny organ administracji rządowej, wojewoda, województwo, powiat, gmina, gmina miejska na prawach powiatu, publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, albo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. W rozporządzeniu określono następujące formy organizacyjno-prawne podmiotów wykonujących działalność leczniczą: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa, instytut badawczy, kościół, kościelna osoba prawna lub związek wyznaniowy, fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie, spółdzielnia, działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, spółka akcyjna i in. Wymienione formy organizacyjno-prawne podmiotów wykonujących działalność leczniczą podzielone są w rejestrze na dwie grupy, tj. podmioty działające dla zysku i podmioty nie działające dla zysku.

Uwarunkowania ekonomiczne

W *ustawie o działalności leczniczej* formę samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zarezerwowano tylko dla już istniejących podmiotów, wprowadzając równocześnie możliwość przekształcania SPZOZ-ów w jednostki budżetowe lub spółki kapitałowe. W myśl przepisów ustawy podmiot tworzący SPZOZ w terminie trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego może pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy SPZOZ, jeżeli wynik ten po dodaniu amortyzacji ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. W przypadku, gdy organ tworzący nie pokryje ujemnego wyniku finansowego, zobowiązany jest w ciągu dwunastu miesięcy do podjęcia decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej SPZOZ lub jego likwidacji. W obu sytuacjach podmiot tworzący przejmuje zobowią-

zania SPZOZ-u – w całości, w przypadku likwidacji, lub w części, w przypadku przekształcenia. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia³ wynosi:

- powyżej 0,5 – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot tworzący przejmuje zobowiązania SPZOZ-u o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia ustalany na dzień przekształcenia dla spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ-u wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 0,5 lub mniej – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot tworzący może przejąć zobowiązania SPZOZ-u.

Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej, obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Nowe przepisy mają na celu uniemożliwienie permanentnego zadłużania się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W *ustawie o działalności leczniczej* nie wskazuje się wprost żadnych konsekwencji prawnych, jakie mogłyby zaistnieć w związku z niepodjęciem ustawowych działań przez organ tworzący, co jednak nie zwalnia z odpowiedzialności za konsekwencje finansowe wynikające z sytuacji ekonomicznej SPZOZ [Brzezińska-Grabarczyk, Narolski 2012: 42].

Jak wynika z analizy sektorowych wskaźników finansowych za lata 2008–2011, sytuacja finansowa podmiotów leczniczych ulega systematycznie z roku na rok stałemu pogorszeniu. Świadczy o tym przede wszystkim dramatyczny spadek wskaźników rentowności: wskaźnik rentowności operacyjnej aktywów spadł z poziomu 22,25% w 2008 r. do poziomu 5% w 2011 r., wskaźnik rentowności kapitału własnego – z 29,4% do 6,01%, wskaźnik rentowności netto sprzedaży – z 5,32% do 1,35%, wskaźnik rentowności sprzedaży – z 6,03% do 1,28%, a wskaźnik rentowności ekonomicznej sprzedaży – z 10,02% do 5,95% (tab. 2).

Tabela 2. Wskaźniki finansowe w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2008–2011

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011
Wskaźnik rentowności operacyjnej aktywów (w %)	22,25	16,55	7,47	5,00
Wskaźnik rentowności kapitału własnego (w %)	29,40	21,58	10,27	6,01
Wskaźnik rentowności netto sprzedaży (w %)	5,32	4,88	2,67	1,35
Wskaźnik rentowności sprzedaży (w %)	6,03	5,35	2,59	1,28
Wskaźnik rentowności ekonomicznej sprzedaży (w %)	10,02	9,41	7,47	5,95
Wskaźnik płynności I stopnia	2,67	2,61	2,57	2,41
Wskaźnik płynności II stopnia	2,51	2,49	2,41	2,24
Wskaźnik płynności III stopnia	1,22	1,36	1,35	1,16
Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	29	30	31	31
Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	17	16	18	19
Wskaźnik rotacji zapasów (w dniach)	4	4	4	5
Wskaźnik pokrycia aktywów trwałych kapitałem własnym i rezerwami długoterminowymi	1,90	1,73	1,43	1,37
Wskaźnik trwałości struktury finansowania	0,73	0,75	0,76	0,75
Wskaźnik ogólnego zadłużenia (w %)	36,51	35,70	36,63	38,59

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komisji ds. Analizy Finansowej Rady Naukowej Stowarzyszenia Księgowych w Polsce, http://rachunkowosc.com.pl/c/Artykuly,Wskazniki_sektorowe

³ Wskaźnik zadłużenia = (zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe – inwestycje krótkoterminowe) / przychody.

Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia, SPZOZ-y są głęboko zadłużone. Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wyniosły w 2011 r. 10,4 mld zł, w tym 2,3 mld zł to zobowiązania wymagalne. Zobowiązania ogółem wzrosły w porównaniu z 2010 r. o 4,2%, a zobowiązania wymagalne o 8,2% (tab. 3)⁴.

Tabela 3. Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2008–2011

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011
Zobowiązania ogółem:				
– wartość (w mln zł)	9.979,7	9.627,6	9.963,1	10.383,6
– dynamika (w %)	104,0	96,5	103,5	104,2
Zobowiązania wymagalne:				
– wartość (w mln zł)	2.357,9	2.241,8	2.140,0	2.316,5
– dynamika (w %)	88,4	95,1	95,5	108,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, www.mz.gov.pl, 10.05.2013 r.

Punktem wyjścia dla podjęcia decyzji przez organ założycielski o pokryciu ujemnego wyniku finansowego SPZOZ-u lub zmianie formy organizacyjno-prawnej, lub likwidacji SPZOZ-u powinna być szczegółowa ocena działalności, wsparta rzetelną analizą finansowo-ekonomiczną oraz analizą wskaźników niefinansowych⁵. Szczególnego znaczenia nabiera tu rewizja finansowa. Raport z badania sprawozdania finansowego SPZOZ-u powinien wskazywać zjawiska zagrażające kontynuowaniu działalności. Do istotnych elementów oceny zalicza się m.in.:

- wynik finansowy w poszczególnych kategoriach (sprzedaż, pozostała działalność operacyjna, operacje finansowe, zdarzenia nadzwyczajne),
- wynik na działalności operacyjnej powiększony o amortyzację, który pozwala ocenić wypracowane środki do dyspozycji jednostki – jest to szczególnie ważne w przypadku SPZOZ-ów, gdyż w związku z wieloletnią dekapitalizacją majątku zintensyfikowano obecnie jego odbudowę, co znacząco wpływa na wysokość amortyzacji,
- wskaźniki struktury i dynamiki poszczególnych grup kosztów *versus* struktura i dynamika odpowiadających im przychodów.

Według *Międzynarodowego standardu rewizji finansowej 570 – kontynuacja działalności*, objawami, które mogą budzić wątpliwości dotyczące zdolności jednostki do kontynuacji działalności są m.in.: wysokość zobowiązań netto, niekorzystne kształtowanie się kluczowych wskaźników finansowych, istotne straty operacyjne, niemożność terminowego regulowania zobowiązań.

⁴ Zobowiązania SPZOZ-ów w województwie podkarpackim sięgnęły w tym czasie poziomu 479,2 mln zł, co oznacza 11% wzrostu w stosunku do 2010 r., zobowiązania wymagalne wzrosły z 87,3 mln w 2010 r. do 98,4 mln w 2011 r., tj. o 12,7%.

⁵ Wskaźniki niefinansowe to wskaźniki dotyczące posiadanych zasobów oraz działalności medycznej, tj.: liczba łóżek, liczba personelu z uwzględnieniem struktury zatrudnienia, liczba pacjentów, liczba osobodni, wskaźniki wykorzystania łóżek, średni czas pobytu.

W świetle *ustawy o działalności leczniczej* konsekwencje nierównowagi finansowej SPZOZ-ów dla jednostek samorządu terytorialnego (JST), które są organami założycielskimi dla większości SPZOZ-ów, mogą być bardzo poważne. Jednostki samorządu terytorialnego podlegają twardym ograniczeniom budżetowym – łączna kwota długu nie może przekroczyć 60% dochodów, a łączna kwota wydatków na obsługę długu 15% dochodów⁶. W 2011 r. deficyt budżetów JST zamknął się kwotą 10 285,6 mln zł. Najwyższy deficyt w kwocie 4 650,7 mln zł zanotowały budżety miast na prawach powiatu, deficyt gmin wyniósł 3 856,2 mln zł, województw 1 271,5 mln zł, a powiatów 507,2 mln zł. Deficyt JST stanowił 6% całości ich dochodów, województw 8,4%, miast na prawach powiatu 8,2%, gmin 5,1%, powiatów 2,2%. Nadwyżka budżetowa w 2011 r. wystąpiła w 857 jednostkach samorządu terytorialnego (30,5% ogółu), z czego w 104 jednostkach wskaźnik ten był wyższy niż 10%. Deficyt odnotowało 1952 JST, tj. 69,5% wszystkich samorządów. W 713 jednostkach (25,4% ogółu) deficyt przekraczał 10% dochodów [*Gospodarka finansowa...* 2012]. Uwzględniając wyniki finansowe zarówno samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak i jednostek samorządu terytorialnego, realizacja zapisów *ustawy o działalności leczniczej* będzie stanowić poważne zagrożenie dla finansów samorządowych.

Podsumowanie

Formy organizacyjne podmiotów leczniczych mają istotne znaczenie zarówno z punktu widzenia funkcjonowania jednostki w określonym otoczeniu prawnym, jak i ekonomicznym. Transformacja systemu ochrony zdrowia powinna dążyć do podniesienia efektywności poprzez działania podejmowane równolegle w zakresie mikro- i makroekonomicznym, tj. na poziomie podmiotów leczniczych oraz ich otoczenia prawnego i gospodarczego. W przekształceniu SPZOZ-ów w spółki kapitałowe dostrzega się szansę na poprawę ich sytuacji finansowej poprzez utworzenie nowego podmiotu, nieobciążonego zobowiązaniami, mającego możliwość pozyskiwania nowych źródeł przychodów ze sprzedaży odpłatnych świadczeń zdrowotnych [*Informacja o wynikach...* 2011]. Należy jednak mieć na uwadze, że w świetle obowiązujących przepisów prawnych przekształcenie SPZOZ-ów w spółki kapitałowe spowoduje z jednej strony ich zrównanie z podmiotami prywatnymi w świetle prawa, ale z drugiej strony nadal będzie spoczywał na nich konstytucyjny obowiązek zagwarantowania równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli. Oznacza to konieczność wykonywania świadczeń zdrowotnych bez względu na korelację pomiędzy rzeczywiście ponoszonymi kosztami a wyceną świadczeń, co w konsekwencji może prowadzić do ponownego zadłużania się i upadłości. Przyjęte rozwiązania prawne stanowią również poważne zagrożenie dla stabilności sytuacji finansowej organów założycielskich SPZOZ-ów, tj. jednostek samorządu terytorialnego.

⁶ Aktualne przepisy dotyczące dopuszczalnego poziomu zadłużenia oraz obciążenia z tytułu obsługi długu obowiązują na mocy *Ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych* (Dz.U. 2005.249.2104, ze zm.) do 31.12.2013 r.

Bibliografia

- Brzezińska-Grabarczyk D., Narolski M. red., 2012, *Prawo o działalności leczniczej. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
- Dercz M., Recz T., 2007, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, ABC, Warszawa.
- Gospodarka finansowa jednostek samorządu terytorialnego w 2011 r.*, 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*, 2011, Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, 2011, KPZ-4101-05/2010, nr 104/2011/P/10/097/KPZ, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.
- Międzynarodowy standard rewizji finansowej 570 – kontynuacja działalności*.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania*, Dz.U. 2012.594.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.07.2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania*, Dz.U. 2004.170.1797, ze zm. (akt prawny uchylony).
- Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej*, Dz.U. 2011.112.654, ze zm.
- Ustawa z dnia 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Dz.U. 1997.28.153, ze zm. (akt prawny uchylony).
- Ustawa z dnia 29.09.1994 r. o rachunkowości*, Dz.U. 2009.152.1223, ze zm.
- Ustawa z dnia 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej*, Dz.U. 2010.220.1447, ze zm.
- Ustawa z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych*, Dz.U. 2009.157.1240, ze zm.
- Ustawa z dnia 27.08.2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o finansach publicznych*, Dz.U. 2009.157.1241, ze zm.
- Ustawa z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych*, Dz.U. 2005.249.2104, ze zm. (akt prawny uchylony).
- Ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, Dz.U. 2007.14.89, ze zm. (akt prawny uchylony).
- Ustawa z dnia 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym*, Dz.U. 2001.142.1591, ze zm.
- Ustawa z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym*, Dz.U. 2001.142.1592, ze zm.
- Ustawa z dnia 5.06.1998 r. o samorządzie województwa*, Dz.U. 2001.142.1590, ze zm.

Organizational forms of health care operators – legal and economic conditions

Summary

Abstract: In the study analysis of organizational forms of health care operators was conducted, including selected legal and economic conditions. Changes in the area of regulations of health care sector were provided, economic conditions of the process of transformations of health care organizations were also examined. It results from conducted studies that the transformation of the health care system should aspire parallel to improving efficiency through taken action in the micro- and macroeconomic, i.e. on the level of health care organization and their legal and economic environment. Leaving the form of SPZOZ, dominating today, for companies, is a huge challenge and can turn out for SPZOZ with both the chance and the threat.

Key words: health operators, organizational forms, law regulations