

# Katarzyna Wójtowicz

---

## Przesłanki, zakres i skutki przekształceń własnościowych SPZOZ przeprowadzanych przez JST w latach 1999-2010

---

Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia 46/3,  
407-416

---

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.



więćdziesiątych powstające szczeble samorządu terytorialnego otrzymały swoisty „prezent” w postaci niezreformowanego sektora ochrony zdrowia z utrwaloną tendencją do zadłużania.<sup>2</sup> Mimo podejmowanych wielokrotnie prób oddłużenia placówek medycznych uruchamianych na szczeblu krajowym, nie udało się powstrzymać tego niekorzystnego trendu, a skala długów SPZOZ na koniec 2010 r. przekroczyła 4,2 mld zł.<sup>3</sup> Zobowiązania te mogą wpłynąć negatywnie na możliwości przestrzegania przez JST limitów zadłużania, które po roku 2013 ulegną dodatkowemu zaostrzeniu<sup>4</sup>. Z tego też powodu JST – zwłaszcza wobec nieskuteczności działań naprawczych na poziomie centralnym – same podejmują działania na rzecz zwiększenia efektywności ekonomicznej SPZOZ, m.in. przez ich restrukturyzację własnościową. Celem artykułu jest charakterystyka genezy i zakresu przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzanych przez samorządy w latach 1999–2010 oraz ocena ich konsekwencji.

## 1. Przesłanki działań restrukturyzacyjnych SPZOZ

Charakterystyka głównych przyczyn uzasadniających potrzebę reorganizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce niewątpliwie wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Niemniej jednak warto w tym miejscu pokrótce odnieść się do pewnych uwarunkowania o charakterze systemowym i instytucjonalnym. W istotny sposób przyczyniły się one do pogłębienia nierównowagi finansowej w sektorze ochrony zdrowia, której wyrazem jest zadłużenia się placówek medycznych.

Przed wszystkim przy tworzeniu SPZOZ nie określono wyraźnie odpowiedzialności JST jako ich organów założycielskich i właścicielskich, co było tym istotniejsze, że konieczność sprawowania funkcji nadzorczych nad zakładami spadła na samorządy, które absolutnie nie były do tego przygotowane<sup>5</sup>. Nie zostały one wyposażone w dostateczne instrumenty prawne umożliwiające oddziaływanie na gospodarkę finansową podległych im podmiotów. Nie mogły wpływać na wysokość oraz alokację środków publicznych przekazywanych SPZOZ, ponieważ te kompetencje pozostawały domeną płatnika. Z drugiej strony w sytuacji, gdyby zakłady te generowałyby stratę, której nie były w stanie pokryć we własnym zakresie, JST zobowiązana była zdecydować o zmianie formy gospodarki

<sup>2</sup> M. Kachniarz, *Samorząd terytorialny – systemowe uwarunkowania działań restrukturyzacyjnych (na przykładzie Dolnego Śląska)*, „Finanse Komunalne” 2010, nr 7–8.

<sup>3</sup> *Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2012–2015*, MF, Warszawa 2012.

<sup>4</sup> Na mocy art. 243 ustawy z 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz.U. nr 157, poz. 1240.

<sup>5</sup> Paradoks tej sytuacji polegał na tym, że samorządy nie zakładały ZOZ-ów, a stały się podmiotem, który je utworzył.

finansowej SPZOZ lub o jego likwidacji, pokrywając jednocześnie jego ujemny wynik finansowy ze środków publicznych. Jednocześnie możliwości wpływania na kondycję finansową SPZOZ przez udzielanie dotacji z budżetów samorządowych na etapie wcześniejszym, tj. zanim zakład stał się niewypłacalny, zostały wyraźnie ograniczone do kilku okoliczności, takich jak: dofinansowanie inwestycji i remontów, pokrycie kosztów doksztalcenia pracowników czy też realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej oraz programów zdrowotnych. W praktyce skutkowało to sytuacją, w której JST, realizując swoje uprawnienia właścicielskie wobec SPZOZ i starając się umożliwić im przetrwanie, poręczały im spłatę kredytów, udzielały pożyczek, umarzały spłatę tych pożyczek, próbując w ten sposób także siebie uchronić przed problemami związanymi z przejmowaniem ich we własne struktury organizacyjne.<sup>6</sup> Jednocześnie przeprowadzane przez NIK a także RIO kontrole<sup>7</sup> jednoznacznie wskazywały na to, że JST będące organami założycielskimi zaniedbywały podejmowanie działań dyscyplinujących kierownictwo zakładów opieki zdrowotnej do poprawy efektywności gospodarowania.

Do wzrostu zadłużenia SPZOZ przyczyniały się także inne czynniki systemowe, takie jak: polityka oparta na samofinansowaniu ubezpieczenia zdrowotnego, realizowana przez zasadę równoważenie kosztów z przychodami ze składek, której efektem jest proces zmniejszania ilości i cen świadczeń kontraktowanych przez płatnika. Powodowało to narastanie zobowiązań w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, które, świadcząc usługi, nie otrzymywały zwrotu kosztów odpowiadającego ilości i jakości wykonywanych usług. Warto wreszcie zwrócić uwagę na to, że niedofinansowanie placówek medycznych wymuszało przeznaczanie uzyskiwanych przychodów na zaspokojenie bieżących potrzeb finansowych bez możliwości inwestowania w sprzęt i infrastrukturę medyczną. Było to tym istotniejsze, że amortyzacja majątku trwałego, stanowiąc element kosztów – nie wchodziła jednak do wyceny kontraktów zawieranych z płatnikiem. Zły stan infrastruktury szpitalnej oraz nadmierna eksploatacja sprzętu powodowała jego dekapitalizację, wymuszającą ponoszenie kosztów związanych z naprawą lub odnowieniem.

Warto wreszcie zauważyć, że zasadniczym problem towarzyszącym reformowaniu opieki zdrowotnej w Polsce było także bagatelizowanie problemu rosnącego zadłużenia SPZOZ. Z jednej strony wynikało to z ugruntowanego przekonania o nieistotności kosztów funkcjonowania placówek wobec podstawowego celu ich istnienia, tj. ratowania zdrowia i życia pacjentów, z drugiej zaś opie-

<sup>6</sup> Por. *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008, s. 29.

<sup>7</sup> *Informacja o wynikach kontroli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za lata 2006–2007*, Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych, RIO w Łodzi, 2009.

rało się na przeświadczeniu, że dysfunkcje w działaniu całego mechanizmu będą stopniowo eliminowane na skutek jego samoczynnego dostosowywania. Państwo przyjęło na siebie jedynie rolę organizatora, który, stojąc od początku na pozycji niezaangażowanego arbitra, tylko obserwował grę toczącą się między głównymi uczestnikami systemu, tj.: płatnikiem i świadczeniodawcami.<sup>8</sup> Powodowało to w praktyce, że inicjatywy ustawodawcze podejmowane przez państwo miały zazwyczaj charakter doraźnych korekt, niekiedy przyczyniając się jeszcze do pogłębienia istniejących problemów (jak to miało miejsce chociażby w przypadku tzw. „ustawy 203”<sup>9</sup>).

Mimo braku rozwiązania w skali kraju problemu zadłużenia SPZOZ, podejmowano pewne działania o charakterze naprawczym zmierzające do poprawy kondycji finansowej zakładów. Miały one charakter dwutorowy, obejmując z jednej strony interwencje na rzecz restrukturyzacji finansowej inicjowane na poziomie krajowym (wynikające zarówno z przepisów ustawowych, jak i różnego typu programów rządowych) oraz z drugiej strony – wysiłki na rzecz restrukturyzacji własnościowej realizowane na szczeblu samorządowym, mimo braku dla nich wystarczających podstaw prawnych.

## 2. Restrukturyzacja finansowa SPZOZ i jej efekty

Restrukturyzacja finansowa realizowana była przede wszystkim na mocy ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.<sup>10</sup> Jak wskazują dane zawarte w tab. 1, przyczyniła się ona w latach 2005–2007 do spadku poziomu zadłużenia SPZOZ, lecz nie przyniosła radykalnej poprawy ich sytuacji finansowej.

Tabela 1. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nadzorowanych przez JST (wmln zł) i jego dynamika (w %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zadłużenie SPZOZ	2558,1	3236,7	4411,8	5230,9	5793,5	5635,2	4867,2	4725,8	4426,1	4202,2
Dynamika (rok poprzedni = 100)	–	1,27	1,36	1,19	1,11	0,97	0,86	0,97	0,94	0,95

Źródło: Dane pochodzące ze *Strategii zarządzania długiem sektora finansów publicznych* sporządzanych w latach 2003–2010, MF, Warszawa.

<sup>8</sup> M. Kachniarz, *op. cit.*

<sup>9</sup> 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, Dz.U. nr z 2001 r. nr 5, poz. 45.

<sup>10</sup> Dz.U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.

Proces restrukturyzacji finansowej objął znane na dzień 31 grudnia 2004 r. i powstałe w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r. zobowiązania publicznoprawne, cywilnoprawne oraz indywidualne roszczenia pracowni-  
cze wynikające z tzw. „ustawy 203”. Restrukturyzacja finansowa zakładów polegała na umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych lub rozłożeniu ich na raty (w przypadku składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne) oraz na zawarciu przez zakłady ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych. Istotnym źródłem finansowania działań restrukturyzacyjnych była pożyczka udzielana przez Skarb Państwa, wyliczana według specjalnego algorytmu. Realizacja programów restrukturyzacyjnych została negatywnie oceniona zarówno przez NIK<sup>11</sup>, jak przez RIO. Wskazywano, że wprowadzone instrumenty prawne nie wiązały w dostateczny sposób pomocy publicznej udzielonej zakładom z realnymi przekształceniami w ich strukturze organizacyjnej i finansowej. W większości przypadków dokonano bowiem jedynie konwersji części zobowiązań wymagalnych z tytułu dostaw towarów i usług na zobowiązania niewymagalne – w formie długoterminowych pożyczek głównie wobec Skarbu Państwa, co miało swoje odzwierciedlenie w wyraźnym spadku w latach 2006–2009 udziału zobowiązań wymagalnym w zadłużeniu SPZOZ ogółem, podczas gdy wartość zobowiązań ogółem nie uległa już tak wyraźnemu zmniejszeniu.

### **3. Zakres przekształceń własnościowych SPZOZ przeprowadzonych przez JST w latach 1999–2010 i ich konsekwencje**

W związku z brakiem skuteczności restrukturyzacji finansowej drugi kierunek działań naprawczych koncentrował się wokół przekształceń własnościowych polegających przede wszystkim na zmianie formy organizacyjno-prawnej z SPZOZ na spółki prawa handlowego z większościowym udziałem JST. Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, inicjowanie tego rodzaju działań przez samorządu często opierało się na dość iluzorycznym przekonaniu, że zmiana formy organizacyjno-prawnej placówki medycznej wymusi jej restrukturyzację finansową, jakby zapominając o tym, że poprawa kondycji finansowej jest uzależniona przede wszystkim od: jakości zarządzania i determinacji we wdrażaniu rozwiązań naprawczych.<sup>12</sup>

W latach 1999–2010 powoływanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej możliwe było jedynie w oparciu o przepisy samorządowych ustaw ustrojowych

<sup>11</sup> Informacja o wynikach kontroli restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem pomocy publicznej, NIK, Warszawa 2008.

<sup>12</sup> E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak, *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008, s. 10 i n.

wych<sup>13</sup>, a także ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>14</sup>. Ze względu na brak możliwości bezpośredniego przekształcenia SPZOZ w spółkę, odbywało się to w formule pośredniej, w ramach której w pierwszym etapie dochodziło do likwidacji zakładu i przejęcia jego długu przez organ założycielski, drugi etap stanowiło zaś powołanie spółki w miejsce zlikwidowanej placówki.

Z danych zawartych w tab. 2 wynika, że w badanym okresie zmiany własnościowe przeprowadzono we wszystkich typach JST, jednak największą aktywnością w tej dziedzinie wykazywały się miasta na prawach powiatu oraz powiaty, na które przypało aż 73% wszystkich przekształceń.

Tabela 2. Liczba przekształconych SPZOZ według typów JST w latach 1999–2010 (stan na dzień 31 grudnia 2010 r.)

Wyszczególnienie	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (1999–2010)	
	Liczba spółek	Struktura w %
Województwa	42	8,8
Powiaty	143	29,9
Gminy	87	18,2
Miasta na prawach powiatu	206	43,1
Razem	478	100,0

Źródło: *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją JST w latach 1999–2010*, MZ, Departament Organizacji Ochrony zdrowia, Warszawa 2011.

Jeśli chodzi o strukturę podmiotową przekształcanych placówek, to w miastach na prawach powiatu oraz gminach najczęściej restrukturyzowano zakłady leczenia ambulatoryjnego. Z kolei na szczeblu powiatów i województw przekształceniom poddawane były przede wszystkim szpitale i oddziały szpitalne (tab. 3).

Procesy restrukturyzacji własnościowej podejmowane w latach 1999–2010 przez JST nie przyniosły w większości przypadków zakładanych efektów, polegających na utworzeniu sprawnych i efektywnych ekonomicznie placówek ochrony zdrowia, które zapewniałyby świadczenia medyczne na odpowiednio wysokim poziomie, gwarantując przy tym zbilansowanie kosztów z działalności z osiąganymi przychodami. Jak wskazują wyniki kontroli NIK<sup>15</sup>, przeprowadzone programy restrukturyzacyjne nie spowodowały wyraźnego zmniejszenia łącznej

<sup>13</sup> Tj. ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2001 r. nr 142, poz. 1591, z późn. zm.), ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2001 r. nr 142, poz. 1592, z późn. zm.), ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2001 r. nr 142, poz. 1590, z późn. zm.).

<sup>14</sup> Tekst jedn. z 2007 r., Dz.U. nr 14, po. 89 ze zm.

<sup>15</sup> *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, NIK, Warszawa 2011.



Tabela 3. Struktura podmiotów powstałych po przekształceniu SPZOZ-ów w latach 1999–2010 według typów JST (w %)

Wyszczególnienie	Struktura podmiotów przekształconych przez poszczególne typy JST (w %)		
	Zakłady lecznictwa ambulatoryjnego	Szpitalne	Oddziały szpitalne
Województwa	3	18	24
Powiaty	13	63	58
Gminy	26	3	2
Miasta na prawach powiatu	58	16	16

Źródło: Jak w tab. 2.

kwoty zobowiązań SPZOZ, co potwierdzają również dane MF zaprezentowane w tab. 1. Z kolei z analiz przeprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia<sup>16</sup> obejmujących okres 1999–2010 wynika wprawdzie, że stan zobowiązań w przypadku 36 badanych zakładów opieki zdrowotnej po ich przekształceniu w spółki obniżył się z 624 mln zł do zaledwie 110 mln zł oraz że po restrukturyzacji ich wynik finansowy netto poprawił się, niemniej jednak na dzień 31 grudnia 2010 nadal wykazywały one stratę na poziomie 4 mln zł. Ponadto stosunek zakładów osiągających zysk do tych ponoszących stratę w wyniku przekształceń własnościowych uległ pogorszeniu, przed likwidacją bowiem udział tych pierwszych wynosił 61,1%, a na koniec roku 2010 już tylko 52,8%. Jak wskazała NIK, generowanie strat, mimo przejęcia przez samorząd zobowiązań zlikwidowanych zakładów, było konsekwencją niezrealizowania przyjętych założeń, zwłaszcza w zakresie reorganizacji jednostek oraz restrukturyzacji ich zatrudnienia. Jednocześnie wskazano na to, że obniżanie kosztów i efektywniejsze gospodarowanie zasobami byłoby możliwe także bez zmiany formy organizacyjno-prawnej podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Natomiast utworzenie spółek motywowało ich zarząd do podjęcia działań na rzecz zwiększenia przychodów, np. przez udzielanie – poza kontraktem zawartym z NFZ – odpłatnych świadczeń zdrowotnych.

Sygnalizowany przez NIK brak wystarczających efektów ekonomicznych przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia nie został w żaden sposób uwzględniony przez ustawodawcę we wprowadzonej w życie z dniem 1 lipca 2011 r. ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>17</sup>, która zastąpiła wcześniej obowiązującą ustawę o ZOZ. Wręcz przeciwnie – w nowo wprowadzonych przepisach prawnych ustawodawca wyraźnie opowiedział się za komercjalizacją i prywatyzacją jako optymalnym kierunkiem restrukturyzacji

<sup>16</sup> Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją JST w latach 1999–2010, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.

<sup>17</sup> Dz.U. nr 112, poz. 654.



SPZOZ. Ustawa ta wprowadziła bowiem do porządku prawnego nieznanie wcześniej rozwiązanie umożliwiające bezpośredniego przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, iż pozwoli to na zmianę formy prawnej bez konieczności uprzedniej likwidacji zakładu.<sup>18</sup> Dokonanie przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową ma wprawdzie charakter fakultatywny, bowiem decyzje w tym zakresie podejmuje JST, niemniej jednak ustawodawca wprowadził system zachęt o charakterze ekonomicznym, takich jak możliwość umorzenia zobowiązań samorządu przejętych po SPZOZ bądź uzyskania dotacji celowej z budżetu państwa na ich spłatę. Jednocześnie możliwość skorzystania z powyższych zachęt jest ograniczona w czasie, co ma dodatkowo motywować JST do odpowiednio szybkiego podejmowania tego rodzaju decyzji. Warto wreszcie zauważyć, że sposobem nacisku ze strony ustawodawcy jest zastosowanie przekształcenia SPZOZ w spółkę jako alternatywy dla corocznego pokrywania ujemnego wyniku finansowego SPZOZ-u przez podmiot tworzący.<sup>19</sup> Trzeba także dodać, że obecne przepisy nie nakładają już na JST w przypadku likwidacji SPZOZ obowiązku zapewnienia pacjentom likwidowanej placówki możliwości dalszego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Może to wskazywać na ukrytą intencję do ograniczania liczby publicznych podmiotów leczniczych przy jednoczesnym braku zabezpieczenia minimalnego wymaganego poziomu świadczeń medycznych. Niepokojące wydaje się także to, że na gruncie obowiązującej ustawy nie została wyraźnie określona kwestia możliwości upadłości SPZOZ w sytuacji osiągnięcia przez niego ujemnego wyniku finansowego. Ze względu na przyjęcie zasady, że działalność SPZOZ stanowi działalności gospodarczą<sup>20</sup>, można pokusić się o tezę, że przepisy upadłościowe mogą być wobec niego odpowiednio stosowane.

## Zakończenie

Przekształcenia własnościowe w sektorze ochrony podejmowane przez JST nie rozwiązały problemu jego narastającego zadłużenia. Na niewystarczające efekty tych działań wpływ miały zarówno czynniki wewnętrzne – polegające na braku konsekwentnego wdrażania programów naprawczych, przejawiających się m.in. w reorganizacji zatrudnienia, ograniczeniu kosztów, wzmocnionym nadzorze i kontroli przestrzegania dyscypliny finansowej, jak uwarunkowania zewnętrzne – wynikające z ograniczonej wysokości kontraktów zawieranych przez NFZ. Bez uwzględnienia powyższych okoliczności zmiany form prawnych podmiotów świadczących usługi medyczne nie pociągną za sobą automatycznej poprawy ich

<sup>18</sup> Druk sejmowy nr 3489, <http://orka.sejm.gov.pl>, dostęp: 12.06.2012, s. 1.

<sup>19</sup> M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wyd. ABC, Warszawa 2012.

<sup>20</sup> Art. 55 ust. 1 pkt 1–2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

sytuacji finansowej. W związku z powyższym niezbędne wydaje się wzmocnienie nadzoru JST nad procesami przekształceń podmiotów leczniczych w spółki, w szczególności zaś konsekwentne wdrażanie programów restrukturyzacyjnych. Nowa ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie rozwiązuje powyższych problemów. Jednocześnie wobec zaostżenia limitów zaciągania zobowiązań przez JST swoboda wyboru między pokryciem długów SPZOZ a ich przekształceniem jest całkowicie „pozorna”.

## Bibliografia

- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wyd. ABC, Warszawa 2012.
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją JST w latach 1999–2010*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.
- Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, NIK, Warszawa 2011.
- Informacja o wynikach kontroli restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem pomocy publicznej*, NIK, Warszawa 2008.
- Informacja o wynikach kontroli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za lata 2006–2007*, Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych, RIO w Łodzi, 2009.
- Kachniarz M., *Samorząd terytorialny – systemowe uwarunkowania działań restrukturyzacyjnych (na przykładzie Dolnego Śląska)*, „Finanse Komunalne” 2010, nr 7–8.
- Konstytucja RP z 2.04.1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483 ze zm.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M., *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008.
- Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.
- Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2012–2015*, MF, Warszawa 2012.
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 654.
- Ustawa z 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz.U. nr 157, poz. 1240.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.
- 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, Dz.U. nr z 2001 r. nr 5, poz. 45.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jedn. z 2007 r., Dz.U. nr 14, po. 89 ze zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz.U. z 2001 r. nr 142, poz. 1592, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz.U. z 2001 r. nr 142, poz. 1590, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz.U. z 2001 r. nr 142, poz. 1591, z późn. zm.

### **Summary**

The main purpose of the article is the characterization of the origin and the scope of the restructuring process in the health care sector carried out by local authorities in 1999–2010 and the assessment of their consequences.