

Krystyna Piotrowska-Marczak

Odpowiedzialność finansowa jednostek samorządu terytorialnego za usługi zdrowotne

Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia 46/3, 395-404

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, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu

KRYSZYNA PIOTROWSKA-MARCZAK

*Odpowiedzialność finansowa
jednostek samorządu terytorialnego za usługi zdrowotne*

Local governments' financial responsibility for medical services

Słowa kluczowe: gospodarka finansowa JST, polityka ochrony zdrowia, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej odpowiedzialność finansowa

Key words: finance of local governments, healthcare policy, independent public health care, financial responsibility

Wprowadzenie

Ustawa o finansach publicznych z 2009 r. zmieniła warunki funkcjonowania jednostek samorządu terytorialnego (dalej: JST) w obszarze gospodarki finansowej. Szczególnie miejsce w tym układzie zajmuje rozszerzenie sfer zadań w zakresie usług społecznych. Dodatkowym czynnikiem, który kieruje uwagę w stronę zmian funkcjonowania JST jest wprowadzenie ograniczeń dotyczących wyniku finansowego. W tych warunkach dużego znaczenia nabiera fakt związany z konsekwencjami finansowymi wynikającymi z nadzoru JST nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (dalej: SPZOZ). Jest to skorelowane z realizacją określonego kształtu polityki ochrony zdrowia w Polsce, aktualnie bardzo krytykowanej. Stąd niniejsze rozważania, skoncentrowane na procesach mających miejsce na poziomie samorządu terytorialnego, wymagają szerszego spojrzenia wykraczającego poza ramy gospodarki lokalnej.

Oznacza to potrzebę określenia, w jakim zakresie realizacja polityki ochrony zdrowia ma być skierowana do JST? Na tym tle dopiero podjęta jest kwestia roli

JST jako organu założycielskiego SPZOZ. Konsekwencją takiego stanu są zobowiązania JST wynikające z nadzorowania SPZOZ, zawarte w ustawie z 2011 r. o działalności leczniczej. Ilustracje sytuacji w tym zakresie stanowią dane statystyczne. Na tej podstawie są wyprowadzane wnioski.

1. Ograniczenia i swoboda gospodarki JST według ustawy o finansach publicznych z 2009 r.

Ustawa o finansach publicznych z 2009 r. wprowadza w systemie finansowym JST dwojakiego rodzaju zmiany: jedne modyfikują dotychczasowe rozwiązania, wprowadzają nowe, w większości, mające nakazową postać. W tym pierwszym obszarze znajdują się zmiany form organizacyjnych JST, wydłużenie czasu planowania finansowego, ustalenie limitu zadłużenia i obowiązku kontroli zarządczej. Natomiast w drugim obszarze jest nakaz równoważenia budżetu w zakresie wydatków bieżących i wprowadza się indywidualny wskaźnik zadłużenia¹. A zatem ustawa zawiera regulacje, które nie tylko mają postać neutralnej zmiany, ale także występują w formie ograniczeń swobody gospodarki finansowej JST.

Zgodnie z art. 211 ustęp 4 „Podstawą gospodarki finansowej jednostki samorządu terytorialnego w danym roku budżetowym jest uchwała budżetowa” – uchwała ta określa łączną kwotę dochodów i wydatków budżetu jednostki samorządu terytorialnego z podziałem na bieżące i majątkowe, równocześnie wprowadzając limit zobowiązań. Ma to związek ze źródłami finansowania deficytu budżetu JST. Może on być sfinansowany ze sprzedaży papierów wartościowych, kredytów, pożyczek, prywatyzacji majątku, nadwyżki z lat ubiegłych.

W budżecie JST tworzy się rezerwę ogólną odniesioną do wydatków budżetu od 0,1 do 1% oraz rezerwy celowe do 5% (art. 222).

Ponadto JST może uzyskać pożyczkę z budżetu państwa, która wraz z odsetkami nie ulega umorzeniu (art. 224). Wniosek w tej sprawie kieruje się do ministerstwa finansów, które jej realizację zleca Bankowi Gospodarstwa Krajowego. Może on otworzyć rachunek osobny do obsługi pożyczek. Jeśli pożyczka wraz z odsetkami będzie niespłacona, ministerstwo może jej kwotę potrącić z subwencji ogólnej.

Rozszerzeniu źródeł finansowania JST towarzyszy równocześnie obowiązek uchwalania budżetu, w którym wydatki bieżące nie są wyższe od bieżących dochodów (art. 242), co stanowi także kolejne ograniczenie. Na to nakłada się obowiązujące od dawna postępowanie dotyczące dotacji i wymagające jej zwrotu w przypadku niewykorzystania do końca roku budżetowego.

¹ K. Sawicka, *Założenia reformy finansów samorządowych i ich realizacja w ustawie o finansach publicznych*, „Finanse Komunalne” 2012, nr 1–2.

Do wszystkich wymienionych przykładowo zmian trzeba dodać, że istnieje obowiązek zaopiniowania przez regionalną izbę obrachunkową (dalej: RIO) wieloletnich prognoz JST, co także stanowi swoiste ograniczenie ich swobody.

Ogólna ocena elementów, które wprowadziła ustawa o finansach publicznych nie zawiera entuzjazmu i lawiny pozytywnych komentarzy. Wymieniając jej walory, wskazuje się na Wieloletnie Plany Finansowe i zindywidualizowane podejście do miary zadłużenia. Zgodnie z ustawą o finansach publicznych z 2009 r. wprowadzono ograniczenie deficytu JST w relacji do dochodów, co daje efekt w postaci dążenia do zmniejszenia zobowiązań². Dzieje się tak dlatego, że część zobowiązań JST jest wliczona do długu, np. zobowiązania wynikające z umów partnerstwa publiczno-prywatnego czy papiery wartościowe o ograniczonej zbywalności³.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera oferta Banku Gospodarstwa Krajowego (dalej: BGK) dotycząca Partnerstwa Inwestycyjnego czy też kredyty dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych⁴, z których mogą skorzystać SPZOZ, posiadające kontrakty z NFZ na kwotę ponad 2,5 mln zł⁵. W tym kontekście uważa się, że JST będą skłonne do przyjęcia przytoczonych ofert. Stąd ważne jest, aby rozważyć jaki ma być związek JST z realizacją polityki zdrowotnej.

2. Rola jednostek samorządu terytorialnego w realizacji polityki ochrony zdrowia

Punktem wyjścia dla rozważań poświęconych polityce ochrony zdrowia musi być określenie, czym jest zdrowie. Zgodnie z propozycją WHO – Światowej Organizacji Zdrowia – jest to pełnia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka⁶. Takie ujęcie wyraźnie wskazuje, że polityka ochrony zdrowia ma charakter interdyscyplinarny i nie może obejść się bez dorobku nauk społecznych, politycznych i biologicznych⁷.

Podstawą do wyodrębnienia polityki ochrony zdrowia są występujące w tym zakresie potrzeby społeczne, które w gruncie rzeczy są nieograniczone. Mają z jednej strony charakter obiektywny, a z drugiej subiektywny. Podstawą dla tych pierwszych jest ustalenie, co jest niezbędne do zachowania zdrowia. A zatem

² L. Kluza, K. Kluza, *Symulacja wpływu zmian ustawowych na dostępność do finansowania dla JST. Nowe formy finansowania zadań samorządowych*, „Finanse Komunalne” 2012, nr 1–2.

³ *Ibid.*, s. 91.

⁴ *Ibid.*, s. 94.

⁵ *Ibid.*, s. 95.

⁶ Por. L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, PWE, Warszawa 1983, s. 19.

⁷ Por. *Ibid.*, s. 20.

trzeba katalog potrzeb zdrowotnych określić, a w konsekwencji zapewnić dostęp do usług ochrony zdrowia i dążyć do ograniczenia dysproporcji w tym zakresie.

„Gwarancja dostępu do opieki zdrowotnej najczęściej uzależniona jest od rozwoju ekonomiczno-społecznego kraju oraz przyjętych kierunków działań rządu”⁸. Dążenie do zabezpieczenia możliwości korzystania z usług ochrony zdrowia, może przyjmować różną postać, których podstawą jest odmienne gromadzenie środków. Stąd mogą one pochodzić od konsumentów, być uzyskiwane w dobrowolnych bądź przymusowych systemów ubezpieczeń. W każdym z tych rozwiązań ustala się dochody jednostek świadczących usługi medyczne, zasady ich nabywania i zabezpieczenia do nich dostępu⁹. Konkretną postać rozwiązania te przyjęły w modelach określonych od nazwisk ich twórców: Bismarckowskim, Beveridge’a, Siemaszki i występującym w USA – rynkowym. Nie wchodząc w szczegóły, można jedynie wskazać, że, kolejno biorąc, opierały się one na systemie ubezpieczeń obowiązkowych, budżecie państwa opartym głównie na podatkach, budżecie bez oparcia na podatkach i na odpłatności na zasadach rynkowych. Mimo istotnych różnic, w każdym z tych modeli podstawę stanowił system finansowy o różnych formach organizacyjnych, aktach normatywnych tworzących całość i wzajemnie powiązanych. „Decydujący wpływ na kształtowanie się systemów ma organizacja sposobów przekazywania środków finansowych wytwórcom świadczeń zdrowotnych uwzględniająca różne grupy podmiotów uczestniczących w podejmowaniu decyzji”¹⁰. Ciekawa teza prezentowana w literaturze dotyczy silniejszego wpływu na stan zdrowia czynników pozamedycznych, w tym i ekonomicznych niż czysto medycznych¹¹. I stąd wynika potrzeba finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych, ale nie można kwestii finansowania sprowadzić wyłącznie do kosztów leczenia. Najczęściej środki publiczne pochodzą z budżetu państwa lub budżetów lokalnych.

„Uwzględnienie kryterium ekonomicznego wymaga rozwiązania problemu ustalenia propozycji pomiędzy wysokością kosztów medycznych i społecznych, podażą opieki zdrowotnej oferowanej przez system a popytem pacjentów na świadczenia zdrowotne oraz pomiędzy publicznym a prywatnym finansowaniem opieki medycznej”¹². W tym kontekście niemałą rolę odgrywa system ubezpieczeń zdrowotnych, w którym znaczenie ma poziom składki oraz rozłożenie jej ciężaru między pracownika i pracodawcę. Rozwiązania w tym zakresie są różne. Wahania są od 14% do 7% do dochodu.

⁸ J. Suhecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 36.

⁹ Por. *Ibid.*, s. 45, 46.

¹⁰ *Ibid.*, s. 38.

¹¹ *Ibid.*, s. 79.

¹² *Ibid.*, s. 273.

Osobny problem stanowi podział obowiązku realizacji polityki ochrony zdrowia między szczeble administracyjne państwa, głównie chodzi o rozdzielenie funkcji pełnionych przez państwo i samorząd terytorialny, co odpowiada skali działania w ujęciu mikro i makroekonomicznym oraz społecznym. Nie oznacza to jednak, aby oba te układy mogły być separowane. Wręcz przeciwnie, muszą ze sobą współdziałać.

Historycznie rzecz biorąc, w Polsce tradycje wspólnej polityki w zakresie ochrony zdrowia prowadzonej przez rząd i samorząd sięgają dwudziestolecia międzywojennego. Znaczna część instytucji ochrony zdrowia, np. szpitale, była finansowana przez samorządy.

Aktualnie zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ z 23 stycznia 2003, samorządom przekazano wiele zadań w zakresie ochrony zdrowia. Było to konsekwencją ustawy z 1997 r. wprowadzającej w Polsce Kasy Chorych i rozporządzenia Rady Ministrów z 2001 r., w którym ustalono wykaz samodzielnych publicznych zakładów zdrowia, które zostały przyjęte przez gminy, powiaty i województwa. Do zadań gminy w omawianym zakresie należy zabezpieczenie ambulatoryjne opieki zdrowotnej w obszarze podstawowym i częściowo specjalistycznym. Natomiast do kompetencji powiatu należy strategia w zakresie struktury opieki zdrowotnej i tworzenie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. I wreszcie zadania województwa w obszarze opieki zdrowotnej wiążą się z organizacją systemu w skali regionu¹³. Podkreślenia wymaga fakt, że od 1998 r., kiedy nastąpiła zmiana struktury administracyjnej w Polsce, samorząd terytorialny uzyskał status organu założycielskiego w stosunku do SPZOZ. Spowodowało to skutki, które występują do tej pory i mają charakter zarówno pozytywny, gdyż samorządy mają możliwości podejmowania decyzji dotyczącej systemu opieki zdrowotnej odpowiadającej lokalnym potrzebom w tym zakresie, jak i negatywny, głównie związany z obciążeniami finansowymi i odpowiedzialnością za skutki niegospodarności instytucji opieki zdrowotnej. Z tego tytułu trzeba przyjrzeć się bliżej konsekwencjom, które ta sytuacja ma dla jednostek samorządu terytorialnego, szczególnie w warunkach kryzysu finansowego i rygorów związanych z dążeniem do ograniczania deficytu i długu publicznego nie tylko na szczeblu centralnym, ale także lokalnym i regionalnym.

¹³ Por. A. Frączkiewicz-Wronka i in., *Samorządowa polityka zdrowotna*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004 s. 72, 76, 79.

3. Skutki statusu JST jako organu założycielskiego SPZOZ

Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. wraz ze zmianami SPZOZ bazuje na podstawach, w których najważniejszą rolę odgrywają następujące zasady:

- pokrywania z uzyskiwanych przychodów kosztów działalności i zobowiązań;
- samodzielnego gospodarowania przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem skarbu państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym;
- możliwość uzyskania środków finansowych z odpłatnych świadczeń zawodowych z wydzielonej działalności gospodarczej;
- możliwość wniesienia swojego majątku do spółki i fundacji;
- możliwość uzyskania dotacji budżetowych także na inwestycje oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- pokrywanie we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego¹⁴.

Zgodnie z ustawą z 13 października 1998 r.¹⁵ JST przyjęły funkcję organu założycielskiego SPZOZ, ale nie towarzyszyło temu zabezpieczenie środków pochodzących z budżetu państwa przeznaczonych na ten cel. Dokonane zatem zostało przekazanie zadań i kompetencji w zakresie ochrony zdrowia na poziom lokalny, ale nie pociągnęło to za sobą zabezpieczenia w postaci dopływu ustabilizowanych środków finansowych.

Podstawowym źródłem dochodów SPZOZ stały się, zgodnie z dokonanymi zmianami w modelu organizacji i finansowania służby zdrowia, zawierane od 2003 r. kontrakty z NFZ. Ich bazą były plany finansowe zawierające przewidywane zakresy świadczeń medycznych. Dotyczyło to zarówno lecznictwa otwartego, jak i stacjonarnego. Dodatkowym źródłem finansowania stały się kredyty przeznaczone na bieżące zobowiązania wobec dostawców „Takie postępowanie doprowadziło do sytuacji, w której część szpitali stanęła przed widmem zaprzestania działalności z powodu groźby wstrzymania dostaw leków i mediów przez największych wierzycieli ZOZ”¹⁶. W tej sytuacji następowało poszukiwanie innych źródeł finansowania, którymi było świadczenie odpłatnych usług medycznych. W tym przypadku usługi te mogły być wykupywane przez organ założycielski, ale to jest uzależnione od jego możliwości finansowych. W tym przypadku należy się zgodzić z poglądem, że „Jest to przejaw komercjalizacji rynku opieki zdrowotnej, na którym chęć posiadania własnej bazy sprzętowej i komfortu samodzielnego wykonywania wszystkich świadczeń przegrywa z ra-

¹⁴ Por. *Ibid.*, s. 76, 77.

¹⁵ Dz.U. 1998 nr 133 poz. 872.

¹⁶ A. Frączkiewicz-Wronka i in., *op. cit.*, s. 89.

chunkiem ekonomicznym i ograniczeniem kosztów działalności w celu zapewnienia rentowności świadczonych usług¹⁷.

Jeszcze innym źródłem dochodów dla SPZOZ staje się prowadzenie własnej działalności gospodarczej, co należy wprowadzić do statutu zakładu. Dotyczy to takich działań, jak np. usług w zakresie wyżywienia pacjentów czy realizacji usług pralniczych.

W sumie wszystkie możliwości finansowania miały stanowić warunki, aby SPZOZ posiadały zdolność do samofinansowania. Oznaczało to, że organ założycielski, czyli JST, nie ma prawa finansowania bieżącej działalności ZOZ. Natomiast w sytuacji, kiedy SPZOZ ma ujemny wynik finansowy, JST, będąca organem założycielskim, może podjąć decyzję o jego likwidacji. Taka bezwzględność nie może być jednak pozbawiona oceny warunków związanych z zabezpieczeniem opieki medycznej na danym terytorium. Czyli trzeba brać pod uwagę, czy możliwa jest sytuacja, aby obowiązki zlikwidowanego ZOZ przejął inny zapewniający przestrzenną dostępność do świadczeń opieki medycznej dla mieszkańców danego obszaru. Stąd takie decyzje nie były często podejmowane. Ale równocześnie trzeba już w tym miejscu zwrócić uwagę, że gdyby pokrycie ujemnego wyniku finansowego SPZOZ było przeniesione na barki JST, to w efekcie spowodowałoby to jego „upadłość”. Z kolei narastające niepokryte zobowiązania SPZOZ i brak możliwości tego dokonania bez włączenia się organu założycielskiego powodują, że staje się enigmatyczny fakt samodzielności finansowej SPZOZ. Przedstawione kwestie dotyczą bieżącej działalności SPZOZ. Natomiast odrębną sprawą są ich potrzeby inwestycyjne w warunkach dokonującego się postępu techniki bez nakładów przeznaczonych na sprzęt, aparaturę, zapewniających zgodną ze współczesnymi wymaganiami jakość usług medycznych.

Środki na cele inwestycyjne SPZOZ mogą pochodzić z dochodów własnych bądź uzyskanych dotacji budżetowych. Ocena potrzeby dokonania inwestycji należy do organu założycielskiego. Powinna ona zawierać analizę wykorzystania przez SPZOZ majątku trwałego i sprzętu medycznego i na tej podstawie powinno się podejmować decyzje o przyznaniu dotacji. Należy jednak pamiętać, że tempo zmian technicznych i postęp w zakresie wynalazków powoduje, że istniejąca w danym momencie czasowym infrastruktura bardzo szybko starzeje się i powinna być wymieniona na nową, ewentualnie musi być zmodyfikowana. Do tego należy dodać, że postępowi technicznemu towarzyszy coraz bardziej skomplikowana postać aparatury medycznej, której koszt wyprodukowania rośnie w postępie geometrycznym. Zastąpienie drewnianej słuchawki stetoskopem pociąga za sobą narastające lawinowo koszty. Mimo tego dokonywanie inwesty-

¹⁷ *Ibid.* s. 91.

cji nie jest dostatecznie dyskontowane w kontraktach zawieranych przez SPZOZ z NFZ.

Na osobnej płaszczyźnie należy rozpatrywać nałożony na organ założycielski obowiązek dokonywania kontroli SPZOZ. Dotyczy to trzech obszarów: dostępności i poziomu udzielanych świadczeń, gospodarowania mieniem i gospodarki finansowej¹⁸. Niewątpliwie następuje sprzeczność między narzuconymi JST uprawnieniami kontrolnymi a możliwością ich efektywnego działania. Wynika to z wielu powodów. Z jednej strony jest to brak środków ograniczonych w kontraktach z NFZ na pokrycie potrzeb bieżących, z drugiej strony jest to niedoinwestowanie służby zdrowia. Ponadto brakuje ustalonych metod i narzędzi prowadzonej, w tym specyficznym obszarze kontroli¹⁹.

Pewnym antidotum na polepszenie stanu funkcjonowania opieki zdrowotnej miała być możliwość przekształcania SPZOZ w spółki prawa handlowego, ale jest to droga, która nie została zaakceptowana i spopularyzowana.

Innym sposobem polepszenia sytuacji w ochronie zdrowia miały być wieloletnie plany określające zakres świadczeń zabezpieczających potrzeby ludności i możliwość ich zabezpieczenia, zarówno organizacyjnego, jak i finansowego. Jest to zgodne z dążeniem do planowania budżetowego opartego o system zadaniowy. Problem jednak tkwi w tym, że plany te muszą być oparte na rzetelnych analizach i specjalnie do tego celu sporządzanych informacjach. Obecnie jest to bardzo złożone. Dodatkowo dlatego, że horyzont czasowy tych planów sięga czterech lat i może być weryfikowany każdego roku. Taki okres jest zbyt krótki, biorąc pod uwagę nie tylko potrzeby bieżące, ale i inwestycyjne związane chociażby z procesami starzenia się ludności. Ponadto trzeba brać pod uwagę, że skoro w opiece zdrowotnej przypisana jest istotna rola samorządom terytorialnym, to trzeba uwzględnić zróżnicowanie potrzeb w tym zakresie w układzie przestrzennym. Niezwykle ważny jest w tym przypadku system ewidencji prowadzony przez SPZOZ, który winien mieć postać ujednoczoną, co pozwoli na ocenę sytuacji w skali całego kraju. W tym układzie niezbędne jest uwzględnienie faktu, że w Polsce istnieje dopuszczona przez ustawę o ZOZ możliwość tworzenia niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (NZOZ). Aktualnie ich liczba jest znaczna i przewyższa liczbę publicznych ZOZ, co powoduje, że niezbędne są informacje dotyczące świadczonych przez nie usług medycznych.

Ograniczając się jednak tylko do podległych JST SPZOZ, trzeba wskazać, jakie ten fakt ma konsekwencje wynikające z tego, że w wielu przypadkach w gospodarce finansowej tych podmiotów występuje wynik ujemny. W takiej sytuacji, jak już stwierdzono, można go zlikwidować, spłacić zobowiązania, przekształ-

¹⁸ *Ibid.*, s. 97.

¹⁹ *Ibid.*, s. 99.

cić w jednostkę budżetową (na mocy ustawy o zakładach opieki), co oznacza w całości jej finansowanie ze środków JST. W tej sytuacji trzeba się przyjrzeć jak wyglądały zobowiązania JST z tytułu nadzoru SPZOZ do ich dochodów.

Tabela 1. Zobowiązania jednostek samorządu terytorialnego z tytułu nadzoru SPZOZ

Wyszczególnienie	Relacja zobowiązań JST i nadzorowanych SPZOZ do dochodów budżetowych JST (w %)	
	lata	
	2009	2010
Polska	28,9	36,4
Województwa	25,8	44,0
Powiaty	28,3	31,3
Gminy	22,7	30,5

Źródło: Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego w 2010 r. Warszawa 2011 s. 175, opracowanie własne.

Z danych zawartych w tab. 1 wynika, że zobowiązania te narastają na wszystkich szczeblach JST. Najsilniej dotyczy to województw, co może oznaczać problemy z utrzymaniem na ich terenie SPZOZ²⁰.

Jeżeli do tego dodamy, że JST mogą wspierać finansowo SPZOZ, udzielając im pożyczek, dokonując poręczeń, ewentualnie emitując obligacje, to trzeba wyrazić poważne obawy, czy ten ciężar mogą unieść, aby nie zaprzestać innych działań w pozostałych dziedzinach przypisanych im zadań i kompetencji.

W tej sytuacji nasuwa się prosty wniosek o konieczności wprowadzenia zmian. Takie działanie podjęto, ale czy uzyska się przy jego pomocy oczekiwane efekty? 15 kwietnia 2011 uchwalono ustawę o działalności leczniczej²¹ i co ona wniosła?

W art. 59 stwierdza się, że SPZOZ pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy, ale podmiot tworzący go może go pokryć. Jeśli tego nie dokona, to winien go zlikwidować lub zmienić jego formę organizacyjną. Zmiana formy może być dokonana w postaci: spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej (art. 6). Spółkę kapitałową może utworzyć np. uczelnia medyczna z udziałem nie mniejszym niż 51%. Przed dokonaniem przekształcenia ustala się wskaźnik zadłużenia SPZOZ (art. 70).

Zgodnie z art. 61, „Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego”.

²⁰ Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych... , Warszawa 2011, s. 174.

²¹ Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

Przepisy przejściowe przewidują (art. 190), że jeżeli podmiot tworzący SPZOZ przekształcił go w spółkę kapitałową do 31 grudnia 2013 r., to jego zobowiązania umarza się.

4. Konsekwencje finansowe i społeczne JST jako organu założycielskiego SPZOZ

Skutki zmian, jakie nastąpiły w Polsce od 1991 r. po wprowadzeniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przejawiają się na wielu płaszczyznach. Nie aspirując do pełnej ich enumeracji, wskazane zostaną tylko te z nich, które mają związek z funkcjonowaniem JST. Należą do nich:

1. Przekazanie JST kolejnego obszaru, jakim jest opieka zdrowotna.
2. Ustanowienie JST jako potencjalnego założyciela SPZOZ.
3. Złożenie na barki JST jako organu założycielskiego SPZOZ skutków wynikających z uzyskania przez te podmioty ujemnego wyniku finansowego.
4. W przypadku decyzji JST o likwidacji SPZOZ przyjęcie jej zobowiązań finansowych i ograniczenia dostępności do usług medycznych.
5. W przypadku zmiany formy organizacyjnej i przekształcenia SPZOZ w jednostkę budżetową przejęcie przez JST kosztów jej utrzymania.
6. W przypadku decyzji utrzymania SPZOZ z ujemnym wynikiem finansowym konieczność partycypacji w pokryciu jej zobowiązań.
7. W sytuacji wsparcia SPZOZ w postaci pożyczki, poręczenia czy emisji obligacji poniesienia skutków, w sytuacji kiedy nastąpi brak ich realizacji zgodnie z umową.
8. Poniesienie przez JST konsekwencji błędów w wieloletnim planowaniu potrzeb zdrowotnych.
9. Poniesienie konsekwencji w braku precyzji w prowadzeniu kontroli SPZOZ, szczególnie w zakresie gospodarki finansowej.
10. Odpowiedzialność JST za zabezpieczenia potrzeb w zakresie świadczeń ochrony zdrowia społeczności lokalnej.

Bibliografia

- Frąckiewicz-Wronka A. i in., *Samorządowa polityka zdrowotna*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004.
- Frąckiewicz L., *Polityka ochrony zdrowia*, PWE, Warszawa 1983.
- Kluza L., Kluza K., *Symulacja wpływu zmian ustawowych na dostępność do finansowania dla JST. Nowe formy finansowania zadań samorządowych*, „Finanse Komunalne” 2012, nr 1–2.
- Sawicka K., *Założenia reformy finansów samorządowych i ich realizacja w ustawie o finansach publicznych*, „Finanse Komunalne” 1–2/2012.