

Zadania samorządu powiatu jako organu założycielskiego w zakresie gospodarki finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Abstrakt: Reformie terytorialnej i reformie ustrojowej samorządu terytorialnego z 1998 roku towarzyszyła też reforma systemu opieki zdrowotnej. W wyniku reformy terytorialnej przywrócono w zasadniczym podziale terytorialnym państwa powiat, któremu w ramach reformy samorządu terytorialnego nadano charakter samorządowy. W ramach reformy systemu opieki zdrowotnej usamorządowiono znaczną część publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których do końca 1998 roku podmiotem tworzącym były organy administracji rządowej. Tym samym z dniem 1 stycznia 1999 r. powiat stał się podmiotem tworzącym publiczne zakłady. Artykuł poświęcony jest prawnym i faktycznym uwarunkowaniom wykonywania przez powiaty nałożonego im przez ustawy reformujące zadania.

Słowa kluczowe: zakład opieki zdrowotnej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, podmiot leczniczy, spółki prawa handlowego, dotacja, powiat, jednostka samorządu terytorialnego

Gospodarka finansowa samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest powiązana z gospodarką finansową samorządu terytorialnego, czego efektem mogą być negatywne skutki dla finansów danej jednostki samorządowej. Zadłużenie służby zdrowia, a przede wszystkim utrata płynności finansowej wielu funkcjonujących w tej sferze jednostek, wymusiło zmianę przepisów upoważniających samorząd powiatowy do podjęcia działań mających na celu ograniczenie przyrostu długu oraz zmiany dotychczasowej formy prawnej prowadzenia działalności zakładów opieki zdrowotnej. Instytucje prawno-finansowe służące wydatkowaniu środków pieniężnych, tworzące system wydatków samorządu powiatowego, podlegają bowiem ograniczeniom – zarówno formalnym, jak i społecznym¹. Wydatkowanie środków ma się odbywać w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów². Podejmowanie przez samorząd powiatu decyzji finansowych oraz opiniowanie wniosków dotyczących gospodarki finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej musi być uzasadnione i poparte konkretnymi danymi oraz potwierdzającymi je wynikami kontroli. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie i analiza zadań

¹ W. Miemiec, K. Sawicka, M. Miemiec, *Prawo finansów publicznych sektora samorządowego*, Warszawa 2013, s. 52.

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.), dalej u.f.p.

samorządu powiatu dotyczących gospodarki finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

1. Przekształcenia własnościowe oraz restrukturyzacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Samorząd powiatowy, jako nowy szczebel administracji samorządowej, z dniem 1 stycznia 1999 r., na mocy ustawy przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną³, przejął uprawnienia organów administracji rządowej, które utworzyły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Uprawnienia te w stosunku do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejęły również gminy i samorządy województw odpowiednio do swoich kompetencji.

Dane zawarte w informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w latach 1999–2010⁴, pokazują ilość zakładów opieki zdrowotnej przejętych przez samorządy. Na dzień 31 grudnia 1999 r. funkcjonowało łącznie 2 474 publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Do września 2010 r. zlikwidowano 143 z nich, a przekształceniom własnościowym poddano 427 jednostek, w tym: 105 szpitali, 269 zakładów lecznictwa ambulatoryjnego i 53 oddziały szpitalne. Najwięcej przekształceń odbyło się w miastach i powiatach; przekształcono tam 312 jednostek: 85 szpitali, 39 oddziałów szpitalnych, 188 zakładów lecznictwa ambulatoryjnego. W wyniku powyższych przekształceń powołano jednostki niepubliczne.

Podstawą prawną działania i przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej była w latach 1999–2010 ustawa o zakładach opieki zdrowotnej⁵. Przewidywała funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej zarówno w formie samodzielnych publicznych zakładów, jak i zakładów tworzonych przez organy założycielskie spoza sektora finansów publicznych – kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, spółkę nieposiadającą osobowości prawnej. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej była wielokrotnie nowelizowana. Powodem było doprecyzowanie zasad łączenia (art. 43h–j⁶) i likwidacji samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej.

Podstawą gospodarki finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej był plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu. Samodzielny publiczny

³ Na mocy art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. Nr 133, poz. 872 z późn. zm.).

⁴ Ministerstwo Zdrowia – Departament organizacji Ochrony Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010*, Warszawa 2010 r.

⁵ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), zwana dalej u.z.o.z.

⁶ Ustawa z dnia 14 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 143, poz. 1032 z późn. zm.).

zakład opieki zdrowotnej pokrywał z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty swojej działalności i powstałe zobowiązania. Samodzielnie gospodarował przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem komunalnym oraz majątkiem własnym. Zbycie majątku trwałego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie mogło nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez organ, który zakład utworzył. Jednocześnie samorządu terytorialnego, która utworzyła zakład, przysługiwało prawo pierwokupu zbywanego majątku na zasadach określonych w kodeksie cywilnym. Wniesienie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazywanie fundacji lub stowarzyszeniu wymagało zgody organu, który zakład utworzył. Jednocześnie ustawa o z.o.z. zabraniała wniesienia majątku zakładu lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazania fundacji lub stowarzyszeniu, których przedmiotem działalności było świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia.

Realizacja zadań własnych samorządów szczebla powiatowego w zakresie zadań z zakresu infrastruktury społecznej odbywała się głównie za pomocą publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁷. Pomimo możliwości prawnej funkcjonowania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej niewiele samorządów decydowało się na takie rozwiązanie. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy było to, że podmioty niepubliczne w sposób autonomiczny realizowały działania z zakresu opieki zdrowotnej bez konieczności konsultowania działań z lokalnym samorządem. Ponieważ podmioty niepubliczne korzystały ze środków publicznych, podlegały kontroli i nadzorowi merytorycznemu sprawowanemu przez Kasy Chorych lub później przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W pierwszych latach funkcjonowania samorządu powiatu kształtowanie polityki zdrowotnej na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego wynikało z konieczności dostosowania sieci szpitali i leczenia ambulatoryjnego do rzeczywistych potrzeb społeczności lokalnych. Dlatego też bardzo powoli dochodziło do zmian formy prawnej funkcjonujących jednostek publicznych, a znacznie częściej do ich łączenia i likwidacji⁸.

Powody prowadzonych przekształceń, łączenia i likwidacji publicznych zakładów opieki były następujące:

- 1) brak możliwości funkcjonowania publicznej służby zdrowia, szczególnie w przypadku leczenia zamkniętego, ze względu na całkowitą utratę płynności finansowej i brak możliwości prawnych finansowania działalności bieżącej przez organy założycielskie,
- 2) niewspółmiernie przyrastający rzeczywisty dług publicznej służby zdrowia – wysokie koszty ekonomiczne, handel długami,

⁷ W. Miemiec, K. Sawicka, M. Miemiec, *op. cit.*, s. 40.

⁸ Sieć szpitali i zakładów opiekuńczo-leczniczych przejęta przez samorządy powiatowe była zbyt duża. Większość miast będących siedzibami gmin posiadała szpital lub zakład opiekuńczo-leczniczy. Finansowanie niedostosowanej do potrzebnej ilości łóżek nie było możliwe i dlatego obniżenie dofinansowania zadań przez Kasy Chorych, a następnie NFZ spowodowało konieczność likwidacji lub łączenia nieefektywnych ekonomicznie placówek.

- 3) ustawowo zapewniony wzrost płac pracowników służby zdrowia – tzw. ustawa 203⁹,
- 4) okazjonalne oddłużanie publicznej służby zdrowia, w zależności od sytuacji politycznej, prowadziło do zmniejszenia efektywności zarządzania w jednostkach,
- 5) zbyt duża ilość miejsc szpitalnych w stosunku do liczby mieszkańców na terenie określonych samorządów,
- 6) bardzo wysokie koszty funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przy zbyt niskim finansowaniu usług medycznych,
- 7) możliwości prywatyzacji małych jednostek, takich jak zakłady leczenia ambulatoryjnego, ze względu na klarowny system rozliczania usług oraz możliwość generowania zysków przez te podmioty,
- 8) perspektywa konieczności przejęcia rosnących lawinowo długów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez ich organy założycielskie – pokrycia ujemnego wyniku finansowego.

Możliwość restrukturyzacji zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pojawiła się po wejściu w życie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰. W omawianym zakresie ustawa dotyczyła restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej i obejmowała zobowiązania publicznoprawne, cywilnoprawne oraz indywidualne roszczenia pracowników wynikające z art. 4 a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw¹¹. Restrukturyzacja finansowa polegała na umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych, rozłożeniu na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z odsetkami za zwłokę, zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych, możliwości zawarcia ugód z pracownikami w zakresie roszczeń płacowych.

Ze względu na objęcie procesem restrukturyzacji finansowej niewielkiej liczby funkcjonujących zakładów opieki zdrowotnej oraz brak zmian w ich zarządzaniu i finansowaniu nie udało się zahamować tendencji przyrostu długu. Sytuacja finansowa samorządów, a szczególnie samorządu powiatowego uniemożliwiała akceptację takiego stanu rzeczy. Rozwiązaniem najdalej idącym, zgodnie z art. 60 ustawy o z.o.z., było przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w jednostkę budżetową

⁹ Ustawa z 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym kształtowaniu przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw i ustaw o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 5, poz. 45).

¹⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684).

¹¹ Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2 z późn. zm.).

lub jego likwidacja i w obu przypadkach pokrycie ujemnego wyniku finansowego z budżetu powiatu.

2. Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową

Przyrastające zadłużenie funkcjonujących zakładów opieki zdrowotnej było przyczyną zmian przepisów określających zasady ich funkcjonowania. Dnia 1 lipca 2011 roku weszła w życie ustawa o działalności leczniczej¹².

W nowej ustawie nie ma już podziału na zakłady opieki zdrowotnej publiczne i niepubliczne – są tylko podmioty lecznicze, do których ustawodawca zalicza przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej¹³, we wszystkich formach przewidzianych do wykonywania działalności gospodarczej; samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; instytuty badawcze¹⁴; 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 one działalność leczniczą.

Skarb Państwa oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i prowadzić podmiot publiczny w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej. Uczelnia medyczna może natomiast utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy tylko w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Pozostałe udziały lub akcje mogą być objęte wyłącznie przez Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

Scenariusz przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe został uregulowany w art. 70–82 ustawy o działalności leczniczej. Utworzenie podmiotu w nowej formie prawnej ma umożliwić jego funkcjonowanie zarówno pod względem finansowym, jak i organizacyjnym. W wyniku przekształcenia spółka kapitałowa nie może posiadać wskaźnika zadłużenia powyżej 0,5 relacji sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe, przekształcanego zakładu opieki zdrowotnej, do sumy

¹² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), dalej ustawa o działalności leczniczej.

¹³ Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm.).

¹⁴ Ustawa z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618 z późn. zm.).

jego przychodów. Samorząd powiatowy musi zatem przejąć zobowiązania przekształcanego zakładu tak, aby wskaźnik zadłużenia ustalany na dzień przekształcenia wyniósł nie więcej niż 0,5. Jeżeli natomiast wskaźnik zadłużenia w dniu poprzedzającym przekształcenie jest niższy lub równy 0,5, samorząd powiatu może przejąć zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Na ten cel samorząd powiatu może uzyskać z budżetu państwa dotacje, których otrzymanie jest uzależnione od spełnienia określonych warunków. W ustawie budżetowej na 2013 r. przeznaczono 1 400 mln zł na dotacje dla podmiotów tworzących, które przekształcą do końca 2013 r. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Warunkiem podstawowym jest przejęcie przez samorząd zobowiązań przekształconego zakładu opieki zdrowotnej. Pozostałe warunki uzyskania dotacji to wpisanie spółki powstałej z przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do rejestru przedsiębiorców¹⁵ nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r. oraz zawarcie przez samorząd powiatowy ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych, z których będą wynikały przynajmniej częściowe umorzenia tych zobowiązań lub odsetek. Kolejnym warunkiem jest przejęcie zobowiązań przez podmiot tworzący z tytułu kredytów bankowych zaciągniętych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej na restrukturyzację na podstawie ustawy z 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Również uiszczenie przez samorząd powiatowy podatku od towarów i usług od wniesionego do utworzonej spółki aportu kwalifikuje powiat do otrzymania dotacji. Pozostałe warunki jej otrzymania to istnienie, w dniu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zobowiązania wobec organu założycielskiego wynikającego z udzielonej przed dniem 31 grudnia 2009 r. pożyczki z budżetu powiatu oraz poniesienie przez samorząd kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości.

Samorząd powiatowy może uregulować zobowiązania przekształcanego zakładu opieki zdrowotnej dopiero po otrzymaniu dotacji, a nie w momencie ich faktycznego przejęcia. Na skutek takich zapisów samorząd ponosi dodatkowe obciążenia z tytułu wyższych odsetek od przejętych zobowiązań.

W wypadku przeprowadzenia przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową samorządowi powiatowemu mogą zostać umorzone przejęte zobowiązania od zakładu opieki zdrowotnej z tytułu zobowiązań publicznoprawnych znanych na dzień 31 grudnia 2009 r. wraz z odsetkami. Ze względu na to, że windykacja zobowiązań publiczno- prawnych odbywa się w sposób skuteczny samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej rzadko posiadają zobowiązania z roku 2009 i lat wcześniejszych.

¹⁵ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej określała obowiązek rejestracji zakładu opieki zdrowotnej w Krajowym Rejestrze Sądowym, co automatycznie powodowało uzyskanie przez zakład osobowości prawnej, w ustawie o działalności leczniczej brak jednoznacznego przepisu regulującego status prawny istniejących zakładów opieki zdrowotnej. W świetle art. 33 i 37 w związku z art. 35 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) jednostka organizacyjna uzyskuje osobowość prawną z chwilą jej wpisu do właściwego rejestru, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Osobowość prawną nie może być domniemana, lecz musi jednoznacznie wynikać z normy prawnej, co potwierdza orzecznictwo Sądu Najwyższego.

Windykacja należności uniemożliwia bowiem bieżącą działalność zakładu, powodując całkowitą utratę jego płynności finansowej, co jest jednoznaczne z brakiem możliwości funkcjonowania. Możliwość zastosowania umorzeń w tym zakresie dotyczy zatem bardzo niewielkiej liczby zakładów i wydaje się czysto hipotetyczna.

3. Pokrycie przez samorząd ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Podstawowe zadania i uprawnienia podmiotu tworzącego zostały w nowej ustawie o działalności leczniczej poszerzone o możliwość pokrycia ujemnego wyniku finansowego za dany rok obrotowy, w terminie trzech miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego. W przypadku nieskorzystania przez samorząd z powyższego uprawnienia podmiot tworzący, w terminie 12 miesięcy od upływu terminu pokrycia ujemnego wyniku finansowego, zobligowany jest do zmiany formy organizacyjno-prawnej lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Po raz pierwszy przepisy te weszły w życie w 2013 r. i dotyczą sprawozdania finansowego za rok 2012.

W celu umożliwienia samorządom pokrycia ujemnego wyniku finansowego ustawa o działalności leczniczej określiła sposób jego obliczania. Jest to wynik finansowy za poprzedni rok obrotowy, który po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.

Jak wynika ze wstępnych danych dotyczących wyników finansowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mechanizm przewidziany w ustawie o działalności leczniczej nie zadziałał¹⁶. Ujemny wynik finansowy, skorygowany o koszty amortyzacji, w wielu wypadkach przekształcił się w dodatni wynik finansowy. Zabieg ten nie wymagał zwiększenia efektywności zarządzania w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, podejmowania działań zmierzających do ograniczania zbędnych kosztów czy optymalizacji zatrudnienia. Zgodne z ustawą o działalności leczniczej odpowiednie zapisy księgowe związane z korektą ujemnego wyniku finansowego o koszty amortyzacji odroczyły podjęcie decyzji przez samorządy o przekształceniu bądź likwidacji zakładów opieki zdrowotnej. Należy również wziąć pod uwagę fakt, że możliwości skorygowania ujemnego wyniku finansowego o koszty amortyzacji miały te zakłady opieki zdrowotnej, które w ostatnich latach inwestowały w zakupy sprzętu lub miały możliwość otrzymania od podmiotów tworzących lub w formie darowizn sprzętu i aparatury specjalistycznej. Źródłem finansowania inwestycji zakładów opieki zdrowotnej były dotacje podmiotów tworzących, darowizny, rzadko – środki własne.

Według wstępnych danych na koniec 2012 r. 205 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej miało ujemne wyniki finansowe¹⁷.

Konieczność podjęcia działań związanych z pokryciem ujemnego wyniku finansowego zakładu opieki zdrowotnej przez samorządy wymaga zabezpieczenia w ich

¹⁶ B. Lisowska, *Bicz na zadłużone szpitale nie zadziałał*, „Dziennik Gazeta Prawna” 1 lipca 2013 r.

¹⁷ D. Sikora, *Miliardy resortu zdrowia nie kuszą powiatów*, „Dziennik Gazeta Prawna” nr 164 z 2013 r.

budżetach odpowiednich środków. Pokrycie ujemnego wyniku finansowego jest dla budżetu samorządu wydatkiem bieżącym, który zgodnie z art. 242 u.f.p. należy pokryć dochodami bieżącymi. Samorząd powiatowy nie może zaciągać długu na finansowanie wydatków bieżących budżetu; uzasadnieniem do zadłużenia j.s.t. może być tylko brak środków na finansowanie wydatków majątkowych lub brak środków własnych na spłatę zobowiązań wcześniej zaciągniętych¹⁸.

Samorządy powiatowe nie posiadają wystarczających nadwyżek operacyjnych¹⁹, które mogłyby przeznaczyć na pokrycie ujemnych wyników finansowych zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Również art. 243 u.f.p., określający indywidualny wskaźnik zadłużenia danej j.s.t., limituje wydatki o tym charakterze. Nadmienić trzeba, że zaplanowanie takiego wydatku w budżecie na 2013 rok było niemożliwe. Wysokość ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej samorządy poznały dopiero w drugim kwartale, po przedstawieniu przez zakłady opieki zdrowotnej do zatwierdzenia sprawozdania finansowego za 2012 rok. Na podjęcie decyzji pozostawiono samorządom bardzo mało czasu. Pokrycie ujemnego wyniku finansowego wiąże się z koniecznością wprowadzenia do budżetu danej jednostki samorządu terytorialnego zmian, umożliwiających wydatkowanie środków na ten cel. Problemy finansowe, z jakimi borykają się obecnie samorządy szczebla powiatowego, bardzo ograniczają pole działania w tym zakresie. Wygospodarowanie jakichkolwiek kwot z przeznaczeniem na wydatki bieżące w III kwartale roku jest trudne i wiąże się z podjęciem istotnych decyzji, popartych realnymi możliwościami ekonomicznymi i społecznymi.

Zmniejszenie nadwyżki operacyjnej samorządów powiatowych poprzez dodatkowe wydatki bieżące, przeznaczone na pokrycie ujemnego wyniku finansowego, może zmienić sytuację finansową samorządu, a w skrajnych wypadkach nawet uniemożliwić jego funkcjonowanie.

4. Udzielenie przez samorząd powiatowy dotacji podmiotowi leczniczemu

Od momentu przejścia przez samorząd powiatowy w 1999 r. funkcji organu założycielskiego istniała możliwość udzielania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej dotacji z budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Dotacja mogła być udzielana na następujące cele: realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom oraz szerzenie oświaty zdrowotnej, pokrycie kosztów uczestnictwa w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, wykonywanie

¹⁸ W. Miemiec, K. Sawicka, M. Miemiec, *op. cit.*, s. 160.

¹⁹ Nadwyżka operacyjna to różnica dochodów bieżących i wydatków bieżących. Pojęcie wydatków bieżących jest zdefiniowane w polskim prawie i ich wyodrębnienie na podstawie obowiązującej klasyfikacji budżetowej nie nastręcza większych trudności. Dochody bieżące są to te dochody, które mają charakter stały, powtarzalny, związany z regularną działalnością jednostki samorządowej. Są więc nimi na przykład podatki lokalne, opłaty za usługi, a także subwencja ogólna i inne dochody na zaspokajanie potrzeb bieżących jednostek samorządowych. Wydatki bieżące to wszystkie wydatki j.s.t., które nie dotyczą wydatków majątkowych, czyli takich, w których wyniku j.s.t. nabywa prawa własności lub inne prawa majątkowe.

określonych programów zdrowotnych, inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej. Do 2006 r. dotacji mógł udzielić wyłącznie organ założycielski. Po znowelizowaniu ustawy o z.o.z. w zakresie art. 55 dotacji mógł udzielać również właściwy terytorialnie samorząd niebędący organem założycielskim, czyli na przykład gmina, której mieszkańcy korzystali ze świadczeń zdrowotnych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Rozliczanie dotacji następowało w trybie ustawy o finansach publicznych.

W ustawie o działalności leczniczej nastąpiła zmiana podejścia do udzielania dotacji ze środków publicznych. Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą obecnie, po spełnieniu określonych w ustawie warunków, otrzymywać dotacje na podstawie zawartych umów ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także z jednostką samorządu terytorialnego lub z uczelnią medyczną oraz z innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

Dotacje mogą być przeznaczone na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonywanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, remonty oraz pozostałe inwestycje – w tym zakresie dotowane mogą być tylko te działania, które służą udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Możliwe jest również uzyskanie środków publicznych na realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych środków niepodlegających zwrotowi i na zasadach określonych w innych przepisach, na cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych, na realizację programów wieloletnich, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Wysokość przyznanych środków publicznych nie może przekroczyć wysokości kosztów potrzebnych do realizacji całego zadania. Ustawa o działalności leczniczej reguluje, w jaki sposób podmiot dotujący określa wysokość środków publicznych. Dotacje oblicza się na podstawie planowanego kosztu realizacji dotowanego zadania pomnożonego przez współczynnik wynikający z wysokości przychodów podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, uzyskanych w poprzednim roku obrotowym, do wysokości ogółu przychodów z poprzedniego roku obrotowego. Podmiot leczniczy może zatem uzyskać dotację proporcjonalnie w takiej wysokości, w jakiej udzielał świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych w poprzednim roku obrotowym. Podmioty lecznicze świadczące usługi lecznicze na zasadach komercyjnych, przy pełnej odpłatności pacjentów, zostały poprzez postanowienia ustawy o działalności leczniczej wyłączone z możliwości otrzymania dotacji. Rozliczanie przyznanych środków finansowych uwzględnia również wysokość przychodów uzyskanych w roku obrotowym, w którym podmiot uzyskał dotację. Jeżeli przychody uzyskane ze środków publicznych za świadczone usługi

zdrowotne na dzień rozliczenia dotacji są niższe niż w poprzednim roku obrotowym to podmiot wykonujący działalność leczniczą, który uzyskał dotację, jest zobowiązany dokonać zwrotu części tych środków.

5. Aplikowanie samorządu powiatu o środki unijne na zakupy inwestycyjne

Kolejnym zadaniem samorządu powiatu było aplikowanie o środki unijne na zakupy inwestycyjne publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W związku z tym, że beneficjentami programów unijnych w latach 2007–2013 mogły być jednostki samorządu terytorialnego, to właśnie one aplikowały o środki unijne. Celem było przede wszystkim doposażenie w nowoczesny, drogi sprzęt i aparaturę medyczną zadłużonych zakładów, przy niewielkim, bo często 15-procentowym wkładzie własnym samorządu. W wyniku takich działań, po uzyskaniu przez samorząd na rzecz publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wyposażone w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną zakłady mogły przystępować do kontraktowania usług medycznych, a przede wszystkim zapewniały pacjentom lepszą dostępność i jakość świadczonych usług.

6. Kontrola i ocena działalności zakładów opieki zdrowotnej

Oprócz funkcji związanych z kształtowaniem polityki zdrowotnej samorząd powiatu zgodnie art. 67 ustawy o z.o.z. sprawował nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej. Na gruncie nauk prawnych, pojęcie nadzoru jest rozumiane jako obowiązek czuwania nad pewnymi zjawiskami²⁰. Szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej zostały uregulowane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r.²¹ Podmiot sprawujący nadzór wykonywał kontrolę i dokonywał oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu. Kontrola i ocena obejmowała w szczególności realizację zadań statutowych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową.

Kontrola nad realizacją zadań statutowych, dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń dotyczyła głównie zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w statucie. Zadania te podlegały również stałej kontroli instytucji finansującej usługi zdrowotne – Kasy Chorych czy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto nadzór nad prawidłowością gospodarowania mieniem dokonywany był poprzez kontrolę i ocenę wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego oraz opiniowania wniosków dotyczących ich zakupu, zbycia i wydzierżawienia.

²⁰ R. Mastalski, E. Fojcik-Mastalska (red.), *Prawo finansowe*, 2. wydanie, Warszawa 2013, s. 564.

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz.1097 z późn. zm.).

Natomiast nadzór nad gospodarką finansową odbywał się poprzez kontrolę i ocenę jej legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. W rozporządzeniu posłużono się podobnie ogólnymi pojęciami jak w ustawie o finansach publicznych, dlatego też podmioty sprawujące nadzór miały poważne problemy w sformułowaniu wniosków dotyczących celowości i rzetelności wydatkowania środków publicznych. Gospodarka finansowa obejmuje swoim zakresem działania polegające na gromadzeniu środków, ich wydatkowaniu, sporządzaniu, realizacji i monitoringu planów rzeczowo-finansowych oraz obowiązki sprawozdawcze wynikające z przepisów wykonawczych.

Kontrola gospodarki finansowej wykonywana była przez organ nadzorujący za pomocą następujących czynności:

- 1) analizę kwartalnych sprawozdań o przychodach, kosztach i wyniku finansowym,
- 2) analizę i zatwierdzanie do realizacji rocznego planu rzeczowo- finansowego,
- 3) zatwierdzanie sprawozdania z realizacji planu rzeczowo- finansowego,
- 4) zatwierdzanie rocznego sprawozdania finansowego,
- 5) w przypadku stwierdzenia, że zagrożona jest płynność finansowa publicznego zakładu opieki zdrowotnej, podmiot nadzorujący mógł żądać comiesięcznych sprawozdań o przychodach, kosztach lub wyniku finansowym,
- 6) zgodnie z przepisami wykonawczymi organ nadzorujący w każdym roku przeprowadzał kontrolę w siedzibie kontrolowanego we wszystkich trzech omawianych aspektach. Członkami komisji byli pracownicy urzędów organów założycielskich, kontrole zaś miały charakter okresowy i sprawdzający.

W wyniku kontroli przeprowadzanych w samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej organ wykonawczy samorządu powiatu podejmował działania mające na celu doprowadzenie do zgodności stanu faktycznego z obowiązującymi przepisami. Wykonanie zaleceń pokontrolnych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej weryfikowano przez kontrolę sprawdzającą. W wypadku niezrealizowania zaleceń zarząd powiatu wyciągał konsekwencje służbowe wobec kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Kontrole gospodarki finansowej w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – powiatowych osobach prawnych – przeprowadzała również regionalna izba obrachunkowa²².

Pośrednio kontrola nad gospodarką finansową wykonywana była w związku z zadaniami ustawowymi organu założycielskiego, począwszy od utworzenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej, poprzez przekazanie w zarząd części mienia komunalnego; nadanie statutu; powołanie kierownika zakładu oraz nawiązanie z nim stosunku pracy; powołanie, odwołanie oraz zwołanie pierwszego posiedzenia rady społecznej; określenie standardu i przeznaczenia aparatury oraz sprzętu medycznego; określenie zasad zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania oraz użyczenia aktywów trwałych; wyrażanie

²² Ustawa z dnia 7 października 1992 r. o regionalnych izbach obrachunkowych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1113).

zgody, po zasięgnięciu opinii kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na czynność prawną, mającą na celu zmianę wierzyciela; wykonanie czynności związanych z ewentualnym połączeniem lub likwidacją; pokrycie ujemnego wyniku finansowego w przypadku zaprzestania działalności i braku możliwości kontynuacji świadczeń przez inny publiczny zakład opieki zdrowotnej aż do przejęcia zobowiązań i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji.

Znaczna część wymienionych zadań dotyczyła w sposób bezpośredni gospodarki finansowej powiatowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Poza sprawami organizacyjnymi i kadrowymi, realizacja funkcji opiniodawczej i kontrolnej nad gospodarką finansową bez dokładnego uregulowania w przepisach zakresu odpowiedzialności kierownika zakładu nie mogła być skuteczna. W ustawie o z.o.z. w art. 44 ust. 1 uregulowano, że kierownik zakładu ponosi odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Kierownik powiatowej osoby prawnej, jaką jest publiczny zakład opieki zdrowotnej, podlega również sankcjom wynikającym z ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych²³.

Jednocześnie ustawa prawo upadłościowe i naprawcze²⁴ określa katalog podmiotów, które nie mogą ogłosić upadłości. Należą do nich między innymi samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Oznacza to, że zaciąganie zobowiązań przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej nie podlegało żadnym sankcjom. Jako jednostki sektora finansów publicznych samodzielne zakłady opieki zdrowotnej były i są zobligowane do stosowania przepisów ustawy o finansach publicznych.

O ile ustawa o z.o.z. nie przewidywała pokrycia ujemnego wyniku finansowego funkcjonującego zakładu opieki zdrowotnej, a jedynie w wypadku jego likwidacji lub przekształcenia w jednostkę budżetową, o tyle bezpośrednią odpowiedzialność za nieefektywną gospodarkę finansową, w świetle ustawy o działalności leczniczej, ponosi obecnie samorząd powiatowy, który musi pokryć ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo dokonać przekształcenia zakładu w spółkę kapitałową.

Podobnie jak w ustawie o z.o.z., ustawa o działalności leczniczej w art. 118, 119 i art. 121 ust. 3 precyzuje uprawnienia podmiotów tworzących do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych. Nadzór nad podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą, sprawuje podmiot tworzący; w ramach niego podmiot tworzący może żądać wyjaśnień i dokumentów oraz może dokonywać kontroli i oceny działalności podmiotu leczniczego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych²⁵ reguluje

²³ Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 168).

²⁴ Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. prawo upadłościowe i naprawcze (Dz.U. z 2012 r. poz. 1112 z późn. zm.).

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. poz. 1509).

kwestie przygotowania kontroli, jej przebiegu oraz dokumentów będących wynikiem przeprowadzonej kontroli. Rola samorządu powiatowego w zakresie obowiązku przeprowadzania kontroli pozostała taka, jak poprzednio. Doprecyzowaniu w ustawie o działalności leczniczej i w rozporządzeniu wykonawczym uległy szczegółowe obowiązki przygotowania procesu kontroli, jej przebiegu, możliwości wyłączeń osób kontrolujących, przebiegu samej kontroli oraz ustalenia jej wyników.

Poszerzenie w ustawie o działalności leczniczej katalogu zadań ustawowych podmiotu tworzącego powoduje, że szczególnie ważnego wymiaru nabiera rola kontroli przeprowadzanej w wyniku stwierdzenia powstania ujemnego wyniku finansowego funkcjonującego zakładu opieki zdrowotnej. Potwierdzenie nieprawidłowości w zakresie gospodarki finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wpływających bezpośrednio na powstanie ujemnego wyniku finansowego, będzie skutkowało podjęciem decyzji kadrowych oraz wzmocnieniem bieżącej kontroli sprawowanej przez podmiot tworzący.

Podsumowanie

Zadania samorządu powiatu jako organu założycielskiego, w zakresie gospodarki finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, uległy na przestrzeni trzynastu lat od przejścia nad nimi nadzoru poszerzeniu i doprecyzowaniu. Zadania te dotyczą każdego etapu działania zakładów opieki zdrowotnej, a rozpoczynają się od utworzenia zakładu i wyposażenia podmiotu leczniczego w majątek. Samorząd powiatowy nie ma obecnie prawnej możliwości wyposażenia podmiotu leczniczego w odpowiedni majątek. Ponieważ ustawodawca nie przewiduje tworzenia nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, podmiot tworzący nie może przekazywać w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości i majątku ruchomego funkcjonującemu samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej. Jediną formą jest użyczenie mienia ruchomego i nieruchomości na podstawie zawartej umowy użyczenia (art. 710 i art. 719 K.c.). Samorząd powiatowy ma bowiem prawo do dokonywania wszelkiego rodzaju prawnie dozwolonych dyspozycji majątkowych na rzecz zakładów opieki zdrowotnej²⁶.

Zadaniem bardzo ważnym z punktu widzenia możliwości finansowych samorządu powiatu jest monitorowanie wyniku finansowego zakładu opieki zdrowotnej. Znaczna część zadań, o których wspomniano wcześniej, ma na celu przeciwdziałanie sytuacjom, w których przyrost długu zakładu następuje w sposób niekontrolowany. W związku z tym organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego jest zobowiązany, między innymi, do wyrażenia zgody na dokonywanie czynności prawnych mających na celu zmianę wierzyciela. Chodzi tu nie tylko o umowy bezpośrednio dotyczące zmiany wierzyciela, ale także o umowy, których skutkiem jest taka zamiana. Z doświadczeń lat 2001–2006 wynika, że takie umowy były zawierane bez zgody organu założycielskiego,

²⁶ M. Dercz, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, ABC 2012.

co w efekcie powodowało znaczny przyrost długu oraz utratę płynności finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Prowadzenie bieżącego nadzoru nad działalnością samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej odbywa się poprzez zatwierdzanie planu rzeczowo-finansowego, półrocznych i rocznych sprawozdań z jego realizacji oraz przez bieżącą analizę dokumentów finansowych, takich jak kwartalne, półroczne i roczne sprawozdania RB-Z, RB-N i FO1. Ponadto, samorząd powiatowy ma obowiązek przeprowadzenia kontroli gospodarki finansowej w siedzibie kontrolowanego. W wyniku stwierdzenia ujemnego wyniku finansowego samorząd powiatu może podjąć decyzję o jego pokryciu. W wypadku braku takiej decyzji konieczna jest zmiana formy organizacyjno-prawnej lub likwidacja zakładu. W wypadku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do zadań samorządu powiatu w zakresie gospodarki finansowej należy określić sposób i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi, które po likwidacji zakładu stają się jego własnością, oraz przejęcie do bilansu powiatu zobowiązań i należności zlikwidowanego zakładu.

W wypadku przekształcenia zakładu w spółkę kapitałową, samorząd może nadal bez przeszkód realizować zadania z zakresu opieki zdrowotnej, ale jako podmiot posiadający 100% udziałów jest zobligowany do podjęcia określonych prawem działań. Przykładowo, w przypadku powstania w spółce z.o.o. straty bilansowej, która przewyższa sumę kapitału zapasowego i rezerwowego oraz połowę kapitału zakładowego, zarząd spółki jest zobowiązany niezwłocznie zwołać zgromadzenie wspólników w celu powzięcia decyzji dotyczącej dalszego istnienia spółki, zgodnie z art. 233 § 1 k.s.h.²⁷ i ewentualnego podniesienia kapitału własnego spółki. Przekształcenie w spółkę kapitałową nie daje zatem samorządowi powiatowemu możliwości odciążenia się od długów generowanych przez zakład opieki zdrowotnej funkcjonujący w nowej formie prawnej.

Literatura

Dercz M., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, ABC 2012

Lisowska B., *Bicz na zadłużone szpitale nie zadziałał*, „Dziennik Gazeta Prawna” 1 lipca 2013 r.

Mastalski R., Fojcik-Mastalska E. (red.), *Prawo finansowe*, 2. wydanie, Warszawa 2013

Miemiec W., Sawicka K., Miemiec M., *Prawo finansów publicznych sektora samorządowego*, Warszawa 2013

Sikora D., *Miliardy resortu zdrowia nie kuszą powiatów*, „Dziennik Gazeta Prawna” nr 164 z 2013 r.

²⁷ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1030).