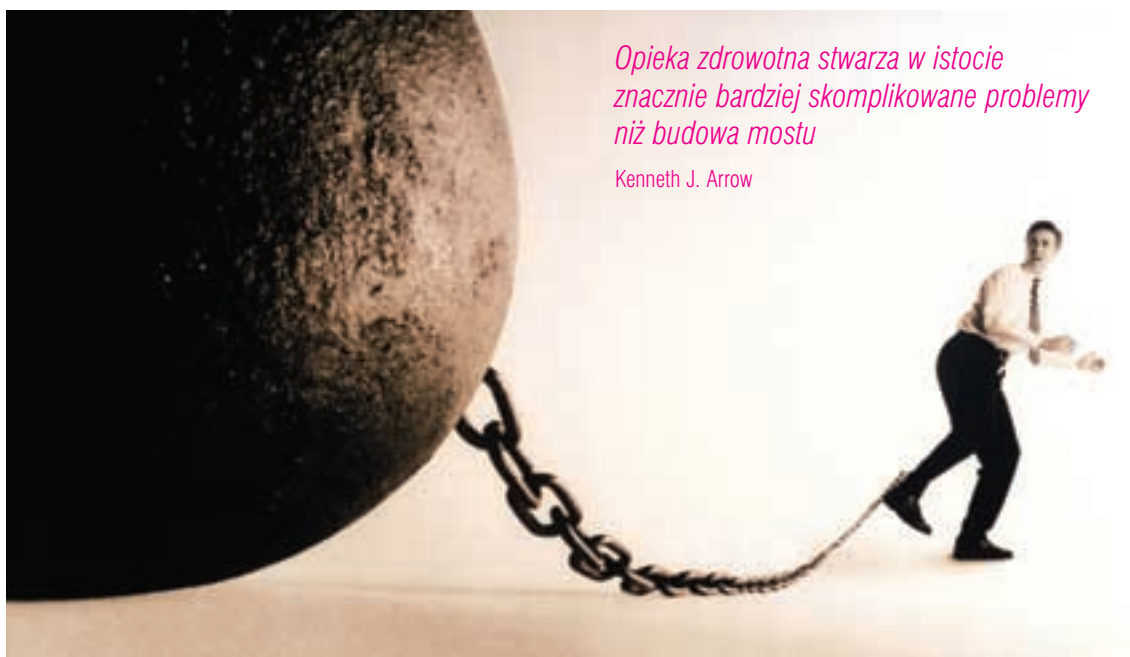


Sekurytyzacja wierzytelności jest jedyną szansą na oddłużenie zakładów opieki zdrowotnej



*Opieka zdrowotna stwarza w istocie znacznie bardziej skomplikowane problemy niż budowa mostu*

Kenneth J. Arrow

# Jak rozwiązać problem zadłużenia szpitali?

Wojciech Misiński

Od kilku miesięcy toczy się dyskusja wokół propozycji rządu, dotyczących restrukturyzacji zadłużenia oraz przekształceń własnościowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (szpitali). W czasie tej dyskusji zadłużenie szpitali uległo zwiększeniu co najmniej o 2–3 mld zł. Paradoksalnie, nikt nawet nie wie, ile wynosi rzeczywiste zadłużenie szpitali: 6, 8, 12 czy 15 mld zł?

Jak z kapelusza czarnoksiężnika pojawiają się coraz to nowe pomysły na restrukturyzację wierzytelności szpitali: tzw. ustawa Sikorskiego, kredyt pomostowy Raczkę czy ostatnio Hausnerowska zaliczka (kredyt) udzielona przez NFZ. Dewaluacja genialnych pomysłów rodzi konieczność zadania dwóch kluczowych pytań:

1. Czy proponowane przez rząd propozycje są w stanie zagwarantować rzeczywiste rozwiązanie obecnego problemu zadłużenia i, co ważniejsze, wyeliminowanie skłonności publicznych zakładów opieki zdrowotnej do zadłużania się w przyszłości?

2. Czy istnieją alternatywne w stosunku do propozycji rządowych koncepcje rozwiązania problemu zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej?

## **Propozycje rządowe – tzw. ustawa Sikorskiego<sup>1</sup>**

Analiza projektu ustawy pozwala na sformułowanie trzech podstawowych wniosków:

**Po pierwsze**, po raz kolejny proponowane zmiany dotyczą zaledwie wycinka systemu ochrony zdrowia. Oznacza to brak kompleksowości i spójności propo-

nowanych rozwiązań. Iluzją jest wiara, że jedynie zmiana własnościowa spzoz-ów, bez zmiany otoczenia, spowoduje ich racjonalne działanie. Niemożliwe jest podejmowanie racjonalnych decyzji w sytuacji antysystemowego, limitowanego i budżetowego kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Problematiczne jest również podejmowanie racjonalnych decyzji w sytuacji braku wpływu spzoz-u na wysokość przychodów jednostronnie określanych przez NFZ.

**Po drugie**, zaproponowane zmiany nie tworzą przejrzystej, kompletnej i wyłącznej struktury praw własności przekształconych spzoz-ów. Proponowana ustawa tworzy nieznaną w prawie i praktyce hybrydę spółki prawa handlowego i obecnych rozwiązań spzoz-u.

**Po trzecie**, dobrodziejstwa ustawy nie dotyczą spółek już utworzonych przez samorządy. Co prawda, zostaną one *przekształcone* w spółki użyteczności publicznej, jeżeli spełnią wymogi ustawowe, ale nie będą mogły skorzystać z umorzenia części zobowiązań publicznoprawnych.

### **Proces restrukturyzacji wierzytelności spzoz-ów, w tym umorzenia ich części**

Projekt przewiduje m.in. umorzenie części wierzytelności publicznoprawnych, na czym skorzystają ci, którzy tych zobowiązań nie płacili. Ci zaś, którzy je wcześniej regulowali, kosztem np. wstrzymania wypłaty wynagrodzeń pracowniczych, nie odniosą żadnych korzyści.

W zakresie zobowiązań cywilnoprawnych ustawa proponuje m.in. możliwość zawarcia ugody z wierzycielami, co nie jest nowym rozwiązaniem, spzoz-y także obecnie posiadają bowiem zdolność układową. Zdolność ta ma jednak charakter ułomny, ponieważ spzoz-y nie są zagrożone upadłością. Z powyższych względów niczym nieumotywowana jest wiara, iż wierzyciele zgodzą się na redukcję zobowiązań. Wierzyciele, którzy w dobrej wierze zdecydowali się na ugodę, czeka niemiła niespodzianka. Co prawda, mogą zerwać ugodę z ważnych powodów (np. z braku spłaty rozłożonych na raty zobowiązań), ale wymaga to zgody ponad 50 proc. wierzycieli reprezentujących ponad 50 proc. sumy zobowiązań. Prawo do zerwania ugody funkcjonować będzie jedynie do momentu przekształcenia spzoz-u w spółkę użyteczności publicznej; od tego momentu wierzyciele nie będą mogli zerwać ugody.

Iluzją jest wiara, iż wierzyciele zaakceptują konsersję wierzytelności na udziały lub akcje przekształconego spzoz-u. Przyjmując nawet, że aktywa niektórych spzoz-ów będą posiadały znaczną wartość, to maksymalny udział wierzycieli, zgodnie z projektem, może wynieść tylko 25 proc. i nie mogą być to udziały uprzywilejowane, w rozumieniu *Kodeksu spółek handlowych*.

### **Proces restrukturyzacji organizacyjno-produktowej spzoz-ów**

Projekt ustawy w zakresie procesów restrukturyzacyjnych koncentruje uwagę jedynie na restrukturyzacji mikroekonomicznej, tj. na poziomie poszczególnych

spzoz-ów. Pomija o wiele ważniejszy poziom restrukturyzacji w skali regionu. Twórcy ustawy wierzą, że większość spzoz-ów w wyniku jedynie wewnętrznych działań naprawczych jest w stanie odzyskać płynność finansową, a nawet będzie zdolna do generowania nadwyżki finansowej, przeznaczonej na spłatę czasowo zrestrukturyzowanych zobowiązań. W związku z budżetowym charakterem finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ, działania restrukturyzacyjne mogą być jedynie skoncentrowane na stronie kosztowej jednostki, bez wpływu na wysokość przychodów, co w praktyce ogranicza restrukturyzację do restrukturyzacji zatrudnienia (czyt. redukcji zatrudnienia). Takie podejście znacznie zubaża proces restrukturyzacji. Projekt ustawy przewiduje co prawda koordynację regionalną, ale twórcy projektu wyznaczają do tej funkcji wojewodę lub ministra zdrowia. Rozwiązanie, choć pozornie logiczne, nie spełnia jednak podstawowych metodologicznych zasad racjonalności podejmowania decyzji. Wojewoda i minister zdrowia nie dysponują aparatem zdolnym nawet do oceny programów restrukturyzacyjnych spzoz-ów, nie wspominając już o ich koordynacji, monitorowaniu i ocenie stopnia realizacji.

### **Proces przekształcenia spzoz-ów w spółki użyteczności publicznej**

Projektowane zmiany przewidują, iż bilans zamknięcia spzoz-u będzie równocześnie bilansem otwarcia spółki użyteczności publicznej, a więc zachowana zostaje tzw. *ujemna* wartość kapitału własnego spółki, występująca w wielu spzoz-ach, nawet przy uwzględnieniu wartości zabudowanych nieruchomości gruntowych pozostających do chwili obecnej w nieodpłatnym użytkowaniu. W takim przypadku nie będzie możliwe zarejestrowanie spółki w KRS. W tej sytuacji ustawa przewiduje dalsze funkcjonowanie zakładu w formie spzoz-u do końca 2005 r., ale wówczas nierealne staje się spełnienie warunku częściowego umorzenia wierzytelności publicznoprawnych. Z mocy prawa spzoz-y, których przekształcenie w spółki nie będzie możliwe, ulegną z dniem 1.01.2006 r. likwidacji lub przekształceniu w zakłady bądź jednostki budżetowe. W wielu przypadkach dla samorządów oznaczać to będzie przejście zobowiązań, przekraczających limity określone w ustawie o finansach publicznych, a następnie wprowadzenie zarządu komisarycznego.

### **Zasady funkcjonowania spółek użyteczności publicznej**

Podstawowym mankamentem konstrukcji spółek użyteczności publicznej jest ograniczenie do 25 proc. udziału niepublicznych podmiotów w kapitale spółki. Ograniczenie to w praktyce spowoduje brak zainteresowania potencjalnych inwestorów udziałem w takiej spółce. Kuriozalny przy tym jest zapis, iż czynności zbycia lub podwyższenia kapitału, prowadzące do przekroczenia 25 proc. udziałów inwestorów niepublicznych jest prawnie nieważne. Taki zapis jest wyraźnym ograniczeniem praw własności samo-

rzędu oraz jest niezgodny z ustawami ustrojowymi (samorządowymi), jak i Konstytucją RP. Kolejnym kuriozalnym zapisem jest uznanie za prawnie nieważne zaciągnięcie przez spółkę użyteczności publicznej zobowiązań powyżej 50 proc. wartości jej aktywów. Powstaje pytanie: nieważnym prawnie dla kogo – dla dostawców czy też może dla pracowników, których należności z tytułu wynagrodzeń przekroczą 50 proc. wartości aktywów spółki?

Ograniczeniem systemowym jest propozycja tworzenia krajowej sieci szpitali jedynie ze spółek użyteczności publicznej, co oznacza nierówne traktowanie niepublicznych podmiotów oraz brak możliwości angażowania prywatnych środków inwestycyjnych, często wręcz niezbędnych do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń medycznych ratujących życie.

### **Pierwsza propozycja uzupełniająca – tzw. kredyt pomostowy**

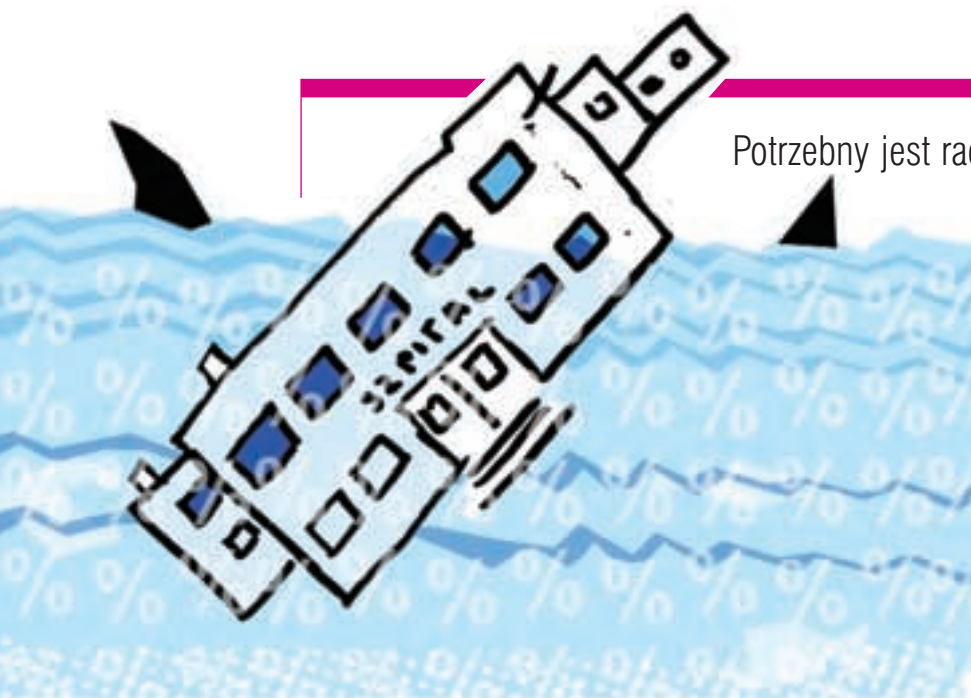
Ten pomysł ma szereg wad, do których w szczególności należy zaliczyć następujące fakty:

- kredytobiorcą miałby być każdy szpital, który utracił płynność finansową. Z punktu widzenia prawa bankowego oznaczałoby to udzielanie kredytów

podmiotom nieposiadającym tzw. zdolności kredytowej, co jest naruszeniem procedur bankowych, a także musiałoby skutkować obowiązkiem tworzenia przez bank rezerw w wysokości udzielonego kredytu;

- kredyt mógłby zostać przeznaczony na spłatę zobowiązań, niekoniecznie powstałych w wyniku tzw. ustawy 203 zł, co w przypadku poręczenia kredytu przez Skarb Państwa oznaczałoby podwojenie zobowiązań Państwa: raz z tytułu ustawy 203 zł, drugi raz z tytułu zaciągniętego kredytu;
- kredytodawcą mógłby być każdy bank komercyjny, co w przypadku poręczenia kredytu przez Skarb Państwa oznaczałoby komercjalizację długu publicznego, z pewnością przy wysokim koszcie pozyskania kapitału;
- udzielenie w takiej formie kredytu co prawda pozwoliłoby na krótkie odzyskanie płynności finansowej, w dłuższej perspektywie jednak pogłębiłoby trudności szpitali odnośnie terminów wymagalności udzielonych kredytów.

Prawdopodobnie powyższe wady kredytu pomostowego spowodowały odrzucenie tego rozwiązania i pojawienie się nowego pomysłu.



Potrzebny jest radykalny program restrukturyzacji. Na to jednak nie odważy się żadna z partii politycznych.

# Wielki dług

Jacek Szczęsny

Dług szpitala miejskiego w Zamościu przekroczył 19 mln zł, olsztyński Szpital Wojewódzki ma już 16 mln długu, a puławski SP ZOZ swoje wierzycelności ocenia na blisko 20 mln zł. To jednak nie są rekordziści. Już dwa lata temu Szpital Kliniczny nr 1 w Gdańsku miał 58,7 mln długu, a Wojewódzki Szpital im. Falkiewicza w Legnicy osiągnął pułap zadłużenia oceniany na 53,07 mln zł. Wartość wierzycelności całej publicznej służby zdrowia specjaliści z Ministerstwa Zdrowia oceniają na co najmniej 30 proc. tego, co wydajemy rocznie na ochronę zdrowia.

## Druga propozycja uzupełniająca – tzw. specjalna zaliczka od Narodowego Funduszu Zdrowia

Pomysłodawcy tego rozwiązania zapominają, że zaliczka specjalna tylko teoretycznie przypomina tzw. kredyt pomostowy.

NFZ nie jest instytucją mogącą prowadzić działalność bankową, a tym samym udzielona zaliczka może mieć jedynie charakter typowo handlowy, a nie stać dodatkowego zasilenia zewnętrznego. Rodzi to kolejne konsekwencje prawnoekonomiczne. Zaliczka handlowa, po pierwsze, nie może przekroczyć wartości podpisanego kontraktu, co może wpływać ograniczająco na jej wysokość. Po drugie, zaliczka handlowa musi zostać rozliczona w terminach (miesięcznych) zgodnych z zawartym kontraktem. Oznacza to, że szpiz nie będzie mógł otrzymać żadnych innych środków finansowych za wykonane świadczenia zdrowotne. Tym samym już po pierwszym miesiącu od daty udzielenia zaliczki będzie musiało nastąpić całkowite załamanie się finansów szpiz-u.

Wydaje się, że rząd w ostatniej chwili zreflektował się, iż proponowane rozwiązanie ma charakter nie-

zgodny z obowiązującym w Polsce prawem, na posiedzeniu 26.07.04 r. wycofał się bowiem z pomysłu specjalnej zaliczki wypłacanej szpiz-om przez NFZ.

Podsumowując propozycje rządowe, należy potwierdzić, że nie są one w stanie rozwiązać problemu zadłużenia szpiz-ów, jak również cechują się niezgodnością z obowiązującym w Polsce prawem.

## Kredyt factoringowy

Bardziej skomplikowanym instrumentem finansowym, aniżeli kredyt bankowy, jest zawarcie z bankiem (lub instytucją factoringową) umowy factoringowej. Celem takiej umowy byłoby utrzymanie bieżącej płynności finansowej szpiz-u do czasu wejścia w życie tzw. ustawy Sikorskiego. W momencie wejścia w życie ww. ustawy *kredyt factoringowy zamieniony* zostałby w długoterminowy kredyt gwarantowany przez Skarb Państwa, a nie samorząd województwa. Wariant ten umożliwia zniwelowanie dwóch wad prostego kredytu, a mianowicie:

1. konieczności tworzenia przez bank rezerwy w wysokości udzielonego kredytu,
2. zamiany poręczenia samorządu na, np. cesję należności od NFZ.

– *To jeszcze nie jest zgon, aczkolwiek faktyczny dług szacujemy nawet na 14–15 mld zł. Należy bowiem pamiętać, że wiarytelności polskich szpitali zostały w dużej części wykupione. Wraz z odsetkami obciążają one cały system polskiej ochrony zdrowia* – stwierdza Romuald Holly, szef Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, profesor SGH i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Niewydolną polską służbę zdrowia dobiły zapisy konstytucyjne, nieudane reformy, nieodpowiedzialność menedżerów zdrowia, a także afery finansowe. – *Podstawową jednak przyczyną były niedoszacowane kontrakty oraz niestabilny system ochrony zdrowia* – zauważa dr Jarosław Pinkas, dyrektor ds. klinicznych w Instytucie Kardiologii w Aninie

Jak oceniają specjaliści, obecnej sytuacji nie uratuje nawet powiększenie składki zdrowotnej o 10 czy 15 proc., wprowadzenie opłat hotelowych za łóżka czy 2-złotowych świadczeń za wizyty u lekarza rodzinnego. Potrzebny jest radykalny program restrukturyzacji. Na to jednak nie odważy się żadna z partii politycznych. Niktą nadzieję można pokładać we wzrastającym PKB. Aby jednak dochód budżetu państwa przeżył się na poprawę sytuacji szpitali, Polska musiałaby utrzymać obecny, 6-procentowy wzrost gospodarczy przez najbliższą dekadę.

## Za mało PKB

Szefowie klinik i lekarze podkreślają wysoki poziom usług medycznych oferowanych w Polsce. Jednak nie jest on rozłożony równomiernie w całym kraju. Ta sytuacja nie powinna mieć miejsca, gdyż wydając na ochronę zdrowia 3,8 proc. PKB, daleko nam do standardów Francji czy Niemiec. Na medycznej mapie świata jesteśmy w okolicach Turcji czy Egiptu. Niesprawna i przerośnięta admini-

## Szpizal w długach

zadłużenie szpitali	7–10 mld zł
przychody szpitali	20,2 mld zł
koszty szpitali	22,2 mld zł
wzrost zadłużenia w jednym roku	2,0 mld zł
średnie zadłużenie 1 szpitala	ok. 10 mln zł
minimalne koszty finansowania zadłużenia (odsetki ustawowe)	12,25 proc.
rzeczywiste koszty finansowania zadłużenia	30 proc.
roczny koszt obsługi długu wymagalnego (4,8 mld zł)	0,6 mld zł

Materiały źródłowe: *Partnerski Program Wsparcia Szpitali*, dane szacunkowe, dotyczą 2003 r.

Wariant ten ma jednak szereg wad, m.in.:

- zapewnia tylko bieżącą płynność finansową bez równoczesnej restrukturyzacji już powstałego zadłużenia,
- wariant ten należy uznać za realny jedynie w przypadku pewności, iż w niedalekiej przyszłości wejdzie w życie tzw. ustawa Sikorskiego,
- w związku z brakiem zdolności kredytowej, tj. m.in. generowaniem straty oraz ujemnym kapitałem własnym spoz-ów, samodzielne uzyskanie przez nie kredytu factoringowego jest w rzeczywistości niemożliwe.

Wariant ten, choć przewidziany także w tzw. ustawie Sikorskiego, mimo iż najprostszy, należy uznać za mało realistyczny, wiarygodność bowiem takiej ugody dla wierzycieli jest równa lub bliska zeru.

### Restrukturyzacja – sekurytyzacja

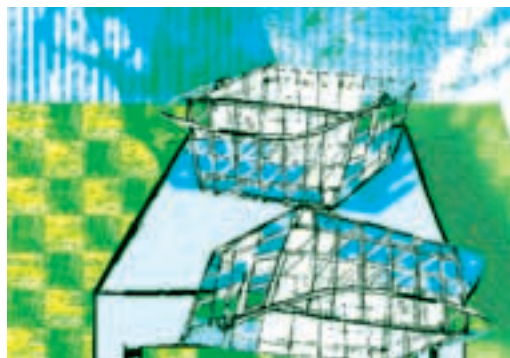
Przegląd propozycji rządowych, jak i innych instrumentów finansowych, mających na celu rozwiązanie problemu zadłużenia spoz-ów, dowodzi, iż nie ma prostych rozwiązań. Autorska koncepcja opiera się na następujących wstępnych założeniach:

” Propozycje rządowe nie są w stanie rozwiązać problemu zadłużenia spoz-ów ”

### Prosta ugoda z wierzycielami

Alternatywą w stosunku do pozyskania zewnętrznych (np. bankowych) środków finansowych jest zawarcie z wierzycielami ugody, której celem byłaby warunkowa (pod warunkiem terminowej spłaty co najmniej wierzytelności bieżących i rat) redukcja części zadłużenia i ich rozłożenie na raty.

1. Koncepcja restrukturyzacji zadłużenia powinna wykorzystywać sprawdzony w praktyce model bankowego postępowania ugodowego, co oznacza:
  - a) nadanie bankowi finansującemu kluczowej roli organu restrukturyzacyjnego,
  - b) restrukturyzację wszystkich wierzytelności, co powinno oznaczać nie ich proste umarzanie, lecz zastosowanie instrumentu sekurytyzacji,



stracja dodatkowo obniża kwoty, jakie możemy wydać na leczenie chorych. Gdyby bowiem całe 30 mld zł (budżet służby zdrowia) przeznaczyć na leczenie szpitalne, wówczas na kurację każdego pacjenta przypadłoby ok. 4,5 tys. zł. Praktycznie jednak na każdego z ok. 6,5 mln pacjentów, którzy są leczeni rocznie w szpitalach i przychodniach, przypada jedynie ok. 1 500 zł. Tymczasem tak prosty zabieg, jak resekcja przepukliny kosztuje 1 350 zł. Problem w tym, że każdy może jej się domagać za darmo. Podobnie jak operacji neurochirurgicznej, której koszty wynoszą 15 tys. zł. Gwarantuje to art. 68 Konstytucji RP. Tymczasem najmniej zarabiający przekazują do kasy NFZ niecałe 600 zł na rok. Za taką kwotę można żądać wypełnienia 6 zębów,

” Nad finansami NFZ nie ma żadnej kontroli, a widmo zamykanych oddziałów i bankructw całych szpitali ciąży nad całym systemem ”

a nie operacji usunięcia trzustki, która kosztuje ponad 6,5 tys. zł. – *Sytuacja się pogorszy, bo po wejściu VAT-u na środki techniczne wzrosną ceny, a kontrakty pozostaną takie same. W ten sposób na leczenie będziemy mieli jeszcze mniej pieniędzy* – dodaje dr Jarosław Pinkas.

### Koszyk solidarności

Fatszywie pojmowany solidaryzm społeczny powoduje, że w Polsce na wszystkie usługi ma wystarczyć podatek zdrowotny. Tymczasem lekarze i ekonomiści już od dawna alarmują, że należy określić koszyk negatywny lub jego lustrzane odbicie. Dzięki temu można byłoby wybrać wariant, w którym z powszechnego ubezpieczenia opłacane byłoby, np. najdroższe operacje i zabiegi, a za podstawowe świadczenia pacjenci płaciliby z własnej kieszeni. Na taką alternatywę prawdopodobnie nie będzie jednak zgody politycznej. Jedyna politycznie

- c) stworzenie systemu umorzeń zobowiązań publiczno-prawnych, które powinny być skierowane jedynie do organów tworzących (głównie samorządów) i realizowane w formie warunkowo-zadaniowych dotacji, a nie prostego ich umarzenia,
- d) restrukturyzację nie tylko na poziomie poszczególnych zakładów, ale także na poziomie regionalnym.
2. Komerccjalizacja i prywatyzacja spzoz-ów bez limitowania udziałów powinna być realizowana w powiązaniu z tworzeniem krajowej sieci szpitali rozumianej jako system ratownictwa medycznego finansowanego poza systemem powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Własność publiczna, w postaci tzw. złotych udziałów w jednostkach opieki zdrowotnej, umożliwia kontrolę decyzji strategicznych w sieci oraz powinna dotyczyć decyzji o liście zakładów (w tym klinik i instytutów), które nie będą podlegać prywatyzacji.
3. Powyższym działaniom powinno towarzyszyć szybkie opracowanie otwartego, nielimitowanego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, przy zachowaniu jego kontroli. System otwarty musi być oparty na obligatoryjnej, ostrej standaryzacji wyposażeniowo-kwalifikacyjnej i standaryzacji świadczeń zdrowotnych. Systemowi temu towarzyszyć musi skuteczny system kontroli zasadności medycznej reali-

zowanych świadczeń, nie tylko *ex post*, ale również *ex ante*) w formie preautoryzacji.

Wymienione założenia spełnia poniżej prezentowana koncepcja restrukturyzacji (sekurytyzacji) wierzytelności skorelowana z mikro- i makroekonomiczną restrukturyzacją spzoz-ów.

### Koncepcja sekurytyzacji<sup>3</sup> wierzytelności skorelowana z mikro- i makroekonomiczną restrukturyzacją spzoz-ów

Analiza ocenianych wariantów restrukturyzacji zadłużenia prowadzi do próby ich zweryfikowania dla uzyskania takich właściwości, jak:

- programy nie mogą się ograniczać wyłącznie do projektowania instrumentów finansowych sekurytyzacji, ale muszą zawierać propozycje prac, warunkujących uruchomienie i powodzenie realizacji programu. Oznacza to, że istota programów polega na określeniu mechanizmu nie tylko pozyskiwania kapitału, ale także jego spłaty, co wymaga sprzężenia programu sekurytyzacji z procesem restrukturyzacji zakładu opieki zdrowotnej;
- proces restrukturyzacji należy ujmować w aspekcie podmiotowym oraz funkcjonalnym;

niebezpieczna reforma zaowocowała stworzeniem kas chorych. Szybko jednak okazało się, że na jej wprowadzeniu poległa Akcja Wyborcza Solidarność i szpitale.

Utworzenie systemu kas chorych miało zdecentralizować finanse służby zdrowia oraz stworzyć podstawy systemu zbliżonego do rynkowego. Nikt jednak nie pomyślał o tym, że w Polsce działa 735 szpitali, które wymagają utrzymania. Jednocześnie stworzono system, w którym pieniądze miały iść za pacjentem, a zarazem wyznaczono limity usług medycznych. Efektem były puste łóżka w dziesiątkach szpitali regionalnych oraz tłok w najlepszych ośrodkach, które nie mogły odmówić leczenia z powodów konstytucyjnych. W rezultacie np. Centrum Zdrowia Dziecka co roku przyjmowało ponad limit 30 proc. pacjentów, a przed powołaniem NFZ okazało się, że z kas chorych nie otrzymało pieniędzy za leczenie ponad 3 tys. dzieci. W ten sam sposób w tarapaty finansowe zaczęły popadać najlepsze placówki w Polsce.

### Menedżerowie do wymiany

Równoległe ze szpitalami o najwyższym standardzie, które nie mogły odmówić leczenia, działały jednostki po prostu źle zarządzane. Ich szefowie, nie zważając na zmianę systemu, nie racjonalizowali wydatków zakładając, że organ założycielski jakoś ureguluje długi. Taka mentalność menedżerów zdrowia doprowadzała czasami do katastrofalnego wzrostu kosztów działania szpitala. Jak bowiem wykazały wnioski Najwyższej Izby Kontro-



foto: Piotr Wanior

**Prof. R. Holly:** *Faktyczny dług polskiej służby zdrowia szacujemy nawet na 14–15 mld złotych*

- restrukturyzacja w ujęciu podmiotowym oznacza priorytet restrukturyzacji regionalnej jako podstawy do restrukturyzacji jednostkowej, czyli spoz-u.

Zakłada się, że program sekurytyzacji w powiązaniu z procesem restrukturyzacji może być prowadzony dwuetapowo, przy czym pierwszy etap dotyczyłby sekurytyzacji, drugi – zarówno sekurytyzacji, jak i restrukturyzacji.

W etapie I możliwe są do zastosowania dwa warianty sekurytyzacji, których celem byłoby natychmiastowe pozyskanie środków finansowych, niezbędnych do prowadzenia bieżącej działalności spoz-u, a mianowicie:

- wariant I uwzględniający aktywną rolę banku,
- wariant II uwzględniający factoring z wyodrębnioną instytucją obsługującą umowy ze spoz-em.

### Etap I – Sekurytyzacja warunkowo-pomostowa

Konieczność natychmiastowego pozyskania środków finansowych dla spoz-u sprawia, że głównym celem tego etapu jest:

- szybkie zapewnienie płynności finansowej publicznej jednostki na wypłatę co najmniej wynagrodzeń,
- uzyskanie gwarancji banku na finansowanie zakupu bieżących niezbędnych dostaw medycznych,

- uzyskanie akceptacji samorządu i banku finansującego na uruchomienie etapu II,
- zapoczątkowanie procesu sekurytyzacji w zakresie negocjacji z wierzycielami, dotyczących terminowej restrukturyzacji zobowiązań.

Warunkiem przejścia z etapu I do etapu II jest założenie, że istnieje możliwość odstąpienia od realizacji przedsięwzięcia w przypadku zmiany programu sekurytyzacji.

Oba warianty zakładają pozyskanie środków pieniężnych w bardzo krótkim czasie (4 tyg.), a kiedy nie udaje się spełnić wymogu przejścia do etapu II – możliwość wyjścia z programu.

Narzędziem realizacji etapu I może być:

1. w wariantcie I warunkowa, np. na 3 miesiące, umowa przejścia długu przez instytucję finansującą z wykorzystaniem:
  - a) sekurytyzacji wierzytelności w przypadku uruchomienia etapu II,
  - b) zmiany umowy przejścia długu przez instytucję finansującą (bank) na umowę zaliczki udzielonej przez NFZ, sfinansowanej zwiększonym debetem w banku finansującym oddział NFZ, w przypadku nieuruchomienia etapu II.



graf. 3 x Natalia Gościński

li, 64 proc. publicznych zoz-ów dokonywało zakupów aparatury medycznej i laboratoryjnej z naruszeniem ustawy o zamówieniach publicznych.

Z pominięciem wspomnianej ustawy dokonano również aż o 60,2 proc. większych zakupów odczynników laboratoryjnych. Jak np. wskazała NIK, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu, realizując postanowienia umowy zawartej w czerwcu 1999 r. o użyczeniu przez 4 lata analizatora o wartości 270 tys. zł, kupował odczynniki po cenach wyższych o 103,7 proc. od określonych w katalogach (co po okresie obowiązywania umowy spowodowało zapłatanie za aparat 2,8-krotnej jego wartości). Z kolei Samo-

dzielny Publiczny ZOZ w Bielsku Podlaskim w latach 1995–1997 zawarł 4 umowy użyczenia, najmu i dzierżawy urządzeń laboratoryjnych, zobowiązując się jednocześnie do nabywania odczynników po cenach wyższych od rynkowych. Szacunkowe płatności, jakie ZOZ poniósł na pokrycie wartości przyjętych urządzeń, były wyższe o 35 proc. od ich wartości. Natomiast ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim do użyczonego analizatora Cobas Minos STE-8 o wartości 4,9 tys. zł zakupił odczynniki o wartości wyższej od liczonej w cenach katalogowych o 68,6 tys. zł. W sumie 63 proc. umów zawieranych przez zoz-y powodowało przepłacanie za odczynniki od 2 do 729 proc.

### Próby ratunkowe

Jak oceniają specjaliści, natychmiastowej likwidacji powinno podlegać co najmniej 50–70 szpitali. – *Zbyt wielka liczba podmiotów szpitalnych po prostu obciąża cały system. Te bolesne decyzje trzeba zacząć podejmować jak najszybciej* – mówi dr Jarosław Pinkas.

Można się obawiać, że na takie cięcia nie zgodzą się politycy. Nie pozwolą im na to elektorat, mieszkańcy regionów i związki pracowników. Problem należy jednak rozwiązać, bo już dawno powstała paradoksalna sytuacja, w której największe długie generowały szpitale najlepsze i najgorsze. Te

2. w **wariancie II** – umowa factoringu między szpitalami i instytucją finansową z terminowym zabezpieczeniem na przychodach z NFZ (sekurytyzacja należności wraz z cesją należności), z opcją przejęcia (w tym zmiany instytucji finansującej) wierzytelności w przypadku uruchomienia etapu II.

Proponowane rozwiązania w etapie I są spowodowane tym, że dodatkowe zasilenie spzoz-u w środki finansowe w drodze zaliczki finansowanej przez NFZ ze zwiększonego debetu Funduszu wymaga co najmniej 2-miesięcznej procedury (zmiany ustawy, uchwał Rady Funduszu, przetargu o bank finansujący), a ponadto powoduje wysoki koszt obsługi zaciągniętego kredytu przez NFZ.

W obu wariantach etapu I występują podmioty zawierające wielostronne umowy:

- szpitale,
- instytucja finansująca,
- Narodowy Fundusz Zdrowia (gwarant warunkowy),
- samorząd (gwarant warunkowy do czasu wejścia w życie tzw. ustawy Sikorskiego),
- wojewoda (przyjmujący do wiadomości – gwarant legalności),

- wierzyciele [oddzielne umowy przejęcia części (1) lub spłaty części zobowiązań (2) wraz z dodatkową wstępną umową restrukturyzacji całości zobowiązań].

Instrumenty finansowe (zawarte umowy) są z jednej strony pomostem do rzeczywistej sekurytyzacji wierzytelności, z drugiej – bez względu na możliwą opcję wyjścia z przedsięwzięcia, gwarantując szybkie pozyskanie niezbędnego kapitału, pozwalającego na odzyskanie płynności finansowej jednostek do realizacji świadczeń zdrowotnych.

## Etap II – sekurytyzacja i restrukturyzacja

Głównym celem etapu jest:

1. Zapewnienie pełnej płynności finansowej zoz-ów, co powinno zagwarantować bieżące dostawy środków medycznych.
2. Dokonanie restrukturyzacji mikroekonomicznej. Warunkami realizacji tego etapu jest:
  - a) akceptacja przez samorząd przygotowanego programu sekurytyzacji,
  - b) wybór instytucji finansującej (banku).
3. Podpisanie wstępnych umów między uczestnikami projektu.

ze środka listy też nie miały łatwo. Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Inowrocławiu w pierwszym roku reformy wypracował zysk. W następnym roku zwiększono liczbę usług o 14 proc. Jednak kasa chorych przyznała o 10 proc. mniej pieniędzy niż w roku poprzednim. W efekcie straty wyniosły 4,7 mln zł.

Szefowie niektórych placówek zaczęli szukać oszczędności. W Szpitalu Powiatowym w Gryficach zmieniono sposób zatrudnienia personelu, zawierając z nimi indywidualne umowy. W efekcie zlikwidowano dział kadr. Próby ratowania placówek spętały jednak na niczym, bo szybko okazało się, że urzędnicy zapomnieli o podstawowych prawach ekonomii. Zaczęli zwiększać liczbę wymaganych usług za te same pieniądze. Jak stwierdziła dr Halina Sarul z Samodzielnego Publicznego ZOZ w Giżycku, kasa chorych nie uwzględniła inflacji. Kolejne ustawy i tworzone do nich z opóźnieniem rozporządzenia nie wskazywały źródeł i zasad finansowania zoz ze środków publicznych bądź niepublicznych.

Wobec braku nowej ustawy o ochronie zdrowia i zaskarżeniu poprzedniej do Trybunału Konstytucyjnego, można zaryzykować stwierdzenie, że w dużej części szpitale są finansowane przez swoich dostawców, którzy kredytują zoz-y. Ten stan jednak nie będzie trwał długo, ponieważ na rynku pojawiły się już firmy skupujące długi szpitali, któ-

re nie będą miały żadnych sentymentów w ich egzekucji. Wyjściem byłoby wprowadzenie factoringu lub sekurytyzacja długów. Według dr. Jarosława Pinkasa *należy również jak najszybciej ustabilizować system, który umożliwi szpitalom zaciąganie kredytów bankowych.*

Problem polega na tym, że dyskusja nad różnymi rozwiązaniami trwa, a długi szpitali rosną.

## Kasa kusi

Nie mniej istotną przyczyną wzrostu długów było potraktowanie przez niektórych polityków

## Akcje specjalne

### Oddłużanie służby zdrowia

1994 r. – dotacja budżetowa na spłatę długów w wysokości 1 mld zł

1995 r. – dotacja budżetowa na spłatę długów w wysokości 1 mld zł

1997 r. – umorzenie 1,7 mld zł długu

1998 r. – przejęcie przez Skarb Państwa 8 mld zł długu

2003 r. – minister zdrowia Leszek Sikorski proponuje umorzenie 3,5 mld zł długu (wg informacji złożonej przez niego w Sejmie 9 maja, w 2002 r. zadłużenie szpitali wynosiło prawie 5,5 mld zł, a obecnie jest szacowane na 7–8 mld zł)



Etap sekurytyzacji wymaga zastosowania następujących działań:

1. Zawarcia umów o przejęciu długu przez instytucję finansującą, równoległe z umowami:

a) dotyczącymi sekurytyzacji długu przy wykorzystaniu takich źródeł finansowych, jak:

- środki własne banku w drodze kredytu długoterminowego (instrument nie zaliczany do instrumentów sekurytyzacji),

województwa (umowa powiązana z umowami w punkcie a),

c) dotyczącymi sekurytyzowanych należności w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych (z dochodów NFZ oraz z upłynienia majątku, w tym z transakcji typu *future*).

Podmiotami uczestniczącymi w projekcie są:

- spzoz,

## ” Sekurytyzacja długu musi wykorzystywać środki własne banku, weksle jednostek zoz i obligacje spółki emitującej obligacje oraz nadzorującej program restrukturyzacji ”

- weksle jednostek zoz (jako zabezpieczenie i /lub samoistny papier dłużny procesu sekurytyzacji),
- obligacje spółki SPV, w tym obligacje zamienne przy uwzględnieniu kompensaty wiarytelności, a także innych źródeł spłaty (umowa dodatkowa między zarządem województwa a instytucją finansującą),

b) dotyczącymi restrukturyzacji mikro- i makroekonomicznej między instytucją finansującą i zarządem

- instytucja finansująca (bank lub konsorcjum bankowe) wraz z instytucjami wspomagającymi program restrukturyzacji, w tym towarzystwa ubezpieczeniowe,
- spółka SPV – spółka emitująca obligacje oraz nadzorująca program restrukturyzacji,
- Narodowy Fundusz Zdrowia (gwarant w przypadku sekurytyzacji należności),
- samorząd (gwarant warunkowy w przypadku nierealizowania programu restrukturyzacji),

30 mld zł na ochronę zdrowia jak tortu, z którego trzeba odkroić jak największy kawałek. Jak bowiem ujawniła *Rzeczpospolita*, były szef NFZ, Aleksander Nauman, był współwłaścicielem firmy, która przez fikcyjne darowizny sprzętu medycznego doprowadziła do zadłużenia szpitali na wiele milionów zł. Afera, określana jako sprzęto-

okazywało się jednak, że Ryszard P. wystawiał firmom poświadczenia, że wskazane przez niego szpitale są winne pieniądze za dostarczony sprzęt medyczny, a długi powinien pokryć resort zdrowia. Takie poświadczenie było sprzedawane na rynku długów, dzięki czemu firma odzyskiwała część pieniędzy z darowizny dla szpitali. Ryszard

## ” Jak oceniają specjaliści, natychmiast należałoby zlikwidować co najmniej 70 szpitali ”

wa, uchodzi za największą dotychczas aferę w służbie zdrowia. Straty Skarbu Państwa do tej pory oszacowano na 100 mln zł. *Rzeczpospolita* wiąże sprawę również z byłym urzędnikiem resortu zdrowia, Ryszardem P. Według *Rzeczpospolitej* w sprawozdaniu finansowym firmy Pharmakon ze Szwajcarii, która na aferze sprzętowej zarobiła najwięcej, jest informacja, że na konta bankowe Naumana i jego współnika z branży medycznej, Wacława Bańbuty, spółka miała przekazać po 200 tys. franków szwajcarskich. Mechanizm działania był bardzo prosty. Zachodnia firma wstawiała do szpitala aparaturę lub sprzęt medyczny, traktując ją jako darowiznę. Po jakimś czasie

P. wystawił kilkadziesiąt takich poświadczeń na kwotę ponad 20 mln zł. Według świadków w tej sprawie (dyrektorów szpitali, przychodni), firmy zgłaszały się do nich z propozycjami darowizny z polecenia P. Gdy szefowie szpitali dzwonili do niego, uspokajał ich, twierdząc, że ministerstwo ureguluje wszystkie długi. Między innymi w ten sposób z resortu wyprowadzono pieniądze, które mogły pokryć zadłużenie co najmniej 10 szpitali.

### Gwoździe w trumnie

Gdy kolicja AWS-UW wprowadzała w 1998 r. kasy chorych, państwo spłaciło 7 mld zł szpitalnych

- Skarb Państwa na warunkach określonych w tzw. ustawie Sikorskiego,
- wierzyciele,
- wojewoda (przyjmujący do wiadomości – gwarant legalności).

Uruchomienie etapu II wymaga powiązania z zakończeniem etapu I poprzez przejęcie wierzytelności w terminie maksimum do 3 mies.

Zakończenie etapu II wyznacza data zakończenia procesu restrukturyzacji, co dla całkowitej spłaty zadłużenia spoz-ów oznacza minimum 5–7 lat.

Program restrukturyzacji powiązany z programem sekurytyzacji wierzytelności spoz-u proponuje się w dwóch wariantach.

**Wariant I** z aktywną rolą banku, gdzie inicjatorem i głównym operatorem programu sekurytyzacji jest bank.

**Wariant II** z aktywną rolą wierzycieli pierwotnych, gdzie inicjatorem i głównym operatorem są wierzyciele pierwotni.

**W wariantcie I** – inicjatorem i głównym operatorem programu sekurytyzacji jest bank, który samodzielnie lub poprzez operatora (zasilonego kredytem) przejmuje (przy wykorzystaniu różnych form prawnych) wierzytelności zoz-u. Następnie te wierzytelności wnoszone

są do spółki specjalnego przeznaczenia (SPV). Spółka SPV, utworzona przez bank bądź inny podmiot i jedynie zasilona kredytem przez bank, emituje papiery dłużne, czyli dokonuje sekurytyzacji wierzytelności.

**W wariantcie II** – inicjatorem i głównym operatorem programu sekurytyzacji są jedynie wierzyciele pierwotni, którzy bezpośrednio wnoszą swoje wierzytelności do spółki specjalnego przeznaczenia. Udziałowcami (akcjonariuszami) spółki SPV w tym wariantcie jest także organ tworzący (samorząd powiatowy lub województwa<sup>4</sup>), wnoszący wkład w formie środków pieniężnych w wysokości umownego odsetka sumy wierzytelności objętej programem sekurytyzacji. Założenie takie wynika z konieczności pokrycia kosztów uruchomienia programu (do czasu emisji papierów dłużnych) oraz z konieczności zapewnienia wiarygodności programu restrukturyzacji. Co ważne, w tym wariantcie emisja papierów dłużnych następować będzie 2-etapowo. W pierwszym etapie w emisji papierów dłużnych będą udział wierzycieli własne wierzycieli pierwotnych. Środki finansowe uzyskane z pierwszej emisji oraz ewentualnie środki pozyskane od banku zostaną wykorzystane do przejęcia wierzytelności wierzycieli wtórnych, oraz małych i średnich wierzytelności pierwotnych. W oparciu o powyższe wierzytelności wy-

długów. Dziś takich możliwości nie ma, ponieważ deficyt finansów państwa wynosi już 23 proc.

*– Jednak musi się znaleźć sposób na „wyzeroowanie” długów szpitalnych, bo bez tego każda próba racjonalizacji finansów systemu ochrony zdrowia będzie jedynie abstrakcyjnym zapisem pobożnych życzeń. Wyjściem byłyby może kredyty bankowe, gdyby szpitale mogły uzyskiwać, np. gwarancje ubezpieczeniowe. Jednak wykupienie takich polis przez szpitale nie wydaje się możliwe, choćby ze względu na powszechny brak programów naprawczych, niezbędnych do przyjęcia i oszacowania ryzyka, a tym samym do określenia wysokości składki za takie ubezpieczenie. Programy naprawcze zaś staną się realne dopiero wówczas, gdy zostanie wreszcie jednoznacznie określony status formalnoprawny zoz-ów. Wtedy też będziemy mogli zasadnie rozważać i oceniać ekonomiczną racjonalność wspomnianych kredytów, sekurytyzacji szpitalnych długów, czy też wykorzystanie innych instrumentów finansowych – stwierdza prof. Romuald Holly.*

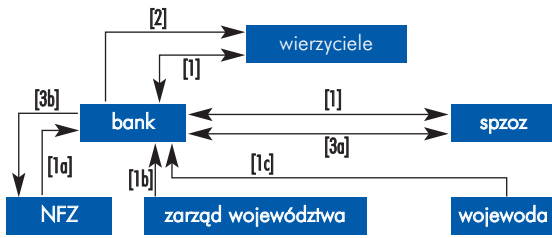
Część dyrektorów brnie w długi z premedytacją, nie widząc innej drogi ratowania pacjentów i podtrzymania działania swoich placówek. Upaństwowiona i scentralizowana przez ministra Mariusza Łapińskiego służba zdrowia nie ma po-

myślu na wyjście z impasu. Kolejni szefowie NFZ podają się do dymisji, a jeden z nich, Maciej Tokarczyk, popełnił nawet samobójstwo. Nad finansami NFZ nie ma żadnej kontroli, a widmo zamykanych oddziałów i bankructw całych szpitali ciąży nad całym systemem. Sejm jest zobligowany terminami konstytucyjnymi do uchwalenia nowej ustawy o ochronie zdrowia. Jednak przedstawiony projekt ustawy Zyta Gilowska (PO) określiła jako zlepek starych pomysłów. To oznacza, że jak na razie nikt tego problemu nie traktuje poważnie. ■

## Targowisko długów

Niektóre firmy skupujące wierzytelności szpitali

Inkasso Reform	– Legnica – (76) 850 85 02
Magellan sp. z o.o.	– Łódź – (42) 636 62 84
PROFIT sp. z o.o.	– Łęczna – (81) 462 76 56
Pomorska Izba Finansowo Handlowa	– Toruń – (56) 651 36 37
Electus SA	– Lubin – (76) 841 59 00

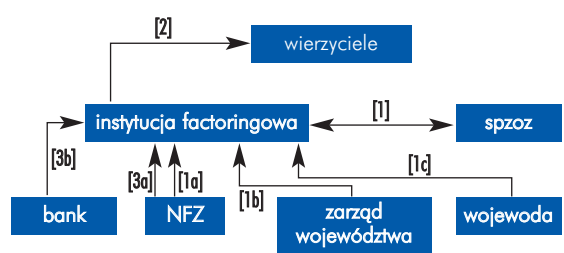


**Legenda:**

1. Warunkowo-terminowa umowa przejęcia długu za zgodą dłużnika
- 1a. Gwarant warunkowy poprzez przejęcie długu (w trybie umowy na zaliczkę) w przypadku nieuruchomienia programu sekurytyzacji
- 1b. Gwarant warunkowy spłaty zobowiązania wobec NFZ w przypadku nieuruchomienia programu sekurytyzacji
- 1c. Przyjmujący do wiadomości (gwarant legalności)
2. Spłata wybranych zobowiązań
- 3a. Przejęcie do etapu II – zawarcie umowy sekurytyzacyjnej
- 3b. Wyjście banku z przedsięwzięcia poprzez przejęcie przez NFZ długu (w trybie umowy na zaliczkę) w przypadku nieuruchomienia programu sekurytyzacji (z ewentualną umową debetu w rachunku bieżącym)

**Schemat nr 1**

Wariant I – podmioty terminowo-warunkowej (do czasu wejścia w życie tzw. ustawy Sikorskiego) umowy przejęcia długu przez instytucję finansującą

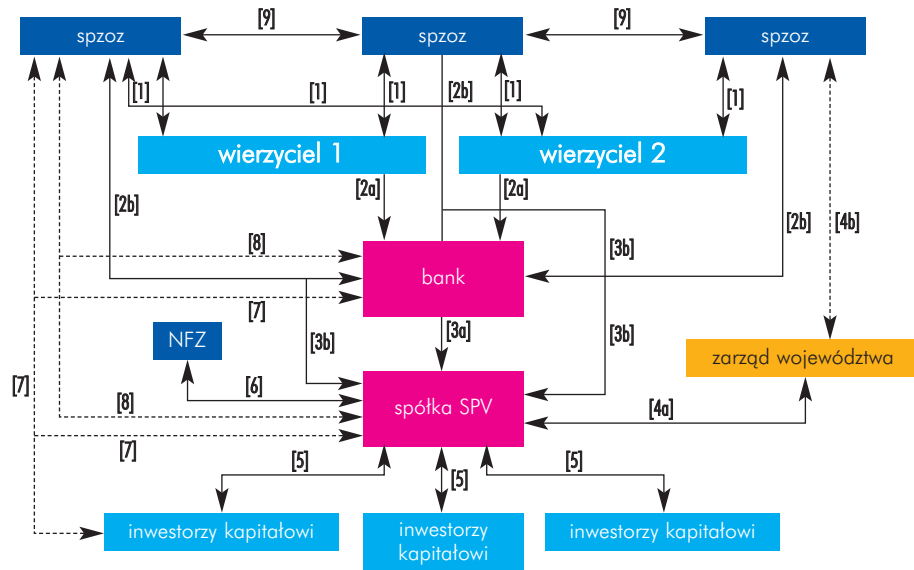


**Legenda:**

1. Umowa factoringowa na spłatę ściśle określonych zobowiązań [2] zabezpieczona na przychodach z NFZ [3a] lub spłacie przez bank finansujący program sekurytyzacji [3b]
- 1a. Gwarant warunkowy poprzez potrącenie z należności od NFZ (w przypadku nieuruchomienia programu sekurytyzacji)
- 1b. Gwarant warunkowy spłaty zobowiązania wobec NFZ w przypadku nieuruchomienia programu sekurytyzacji
- 1c. Przyjmujący do wiadomości (gwarant legalności)
2. Spłata wybranych zobowiązań (wstąpienie w miejsce dłużnika)
- 3a. Wyjście instytucji factoringowej z przedsięwzięcia poprzez potrącenie z należności od NFZ z gwarancją [1b]
- 3b. Wyjście instytucji factoringowej z przedsięwzięcia poprzez przejęcie długu przez bank finansujący – przejście do etapu II programu sekurytyzacji

**Schemat nr 2**

Wariant II – umowa factoringowa między szpitalem i instytucją finansową



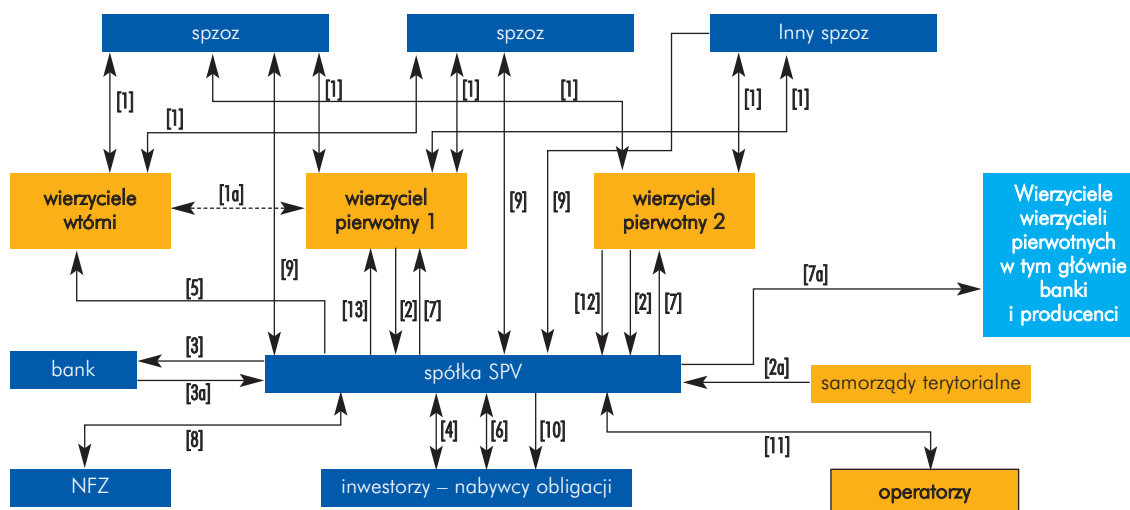
**Legenda:**

1. Zobowiązania
- 2a. Negocjacje *an block* oraz umowy wstąpienia w miejsce dłużnika za zgodą OT [4 i 4a]
- 2b. Przejęcie długu i zmiana wierzyciela wraz z indywidualną *umową sekurytyzacyjną* i współudziałem w tworzeniu i nadzorze nad restrukturyzacją mikro [4 i 4a]
- 3a. Wniesienie należności do spółki
- 3b. Ewentualna zmiana dłużnika bezpośrednio od zoz-u lub pozostawienie dłużnikiem banku [warant zależy od odpowiedzi na pytanie o gwarancję emisji (5)]
- 4a. Umowa generalna regulująca program sekurytyzacji wierzyciela i należności (czas, warunki spłaty i umorzeń, uprawnienia decyzyjne w ramach programów restrukturyzacji makro, opcje na

- dochód ze zbycia lub przejęcia nieruchomości, prywatyzacja, w tym opcje na udział poprzez wniesienie wierzyciela, nowe przedsięwzięcia w formie transakcji *future* i sekurytyzacji należności)
- 4b. Decyzje jako konsekwencja umowy generalnej [4a] i umowy indywidualnej [2b]
5. Emisja weksli i/lub obligacji pod należność (od banku lub bezpośrednio od jednostek zoz-u) (typowe schematy sekurytyzacji)
6. Sekurytyzacja *należności* pod przyszłe dochody od ubezpieczyciela (z opcją odpisadoży wierzyciela NFZ), także w celu realizacji nowych przedsięwzięć
7. Dochody ze sprzedaży lub przejęcia nieruchomości w tym transakcji typu *future* (różne opcje podmiotowe)
8. Dochody z tytułu prywatyzacji lub zamiany wierzyciela (obligacji) na akcje lub udziały (różne opcje podmiotowe)
9. Działania restrukturyzacyjne, makrofuzje, konsolidacje, przekształcenia [4b]

**Schemat nr 3**

Uproszczony schemat programu sekurytyzacji z aktywną rolą banku

**Legenda:**

1. Zobowiązania
- 1a. Transakcje wykupu (przejęcia) długu
2. Wniesienie do spółki wierzytelności. Tylko wierzyciele pierwotni
- 2a. Wniesienie gotowizny do spółki w wysokości np. 1 proc. wysokości zobowiązań publicznych zoz-ów objętych programem, dla których dany samorząd jest organem tworzącym, oraz zawarcie umowy generalnej zobowiązującej do działań restrukturyzacyjnych wraz z systemem poręczeń. Ewentualne wniesienia aportów (nieruchomości do sprzedaży) lub gotowizny ze sprzedaży prywatyzowanego majątku. Działanie skorelowane z punktem [9] – zmiana umowy restrukturyzacji zadłużenia danego spzoz-u. Wniesienie aportu lub gotowizny skorelowane również z odpowiednią strukturą kapitału spółki i strukturą własności
3. Ewentualne zlecenie opracowania emisji papierów dłużnych wraz gwarancją objęcia emisji obligacji. Ewentualne ubezpieczenie emisji
- 3a. Ewentualne kredytowe zasilenie spółki
4. Pierwsza emisja papierów dłużnych, w tym obligacji zamiennych
5. Wykup długu od wtórnych wierzycieli
6. Druga emisja obligacji
7. Pożyczki ze środków uzyskanych z emisji obligacji
- 7a. Wykup wierzytelności wierzycieli pierwotnych w celu odblokowania ich płynności finansowej
8. Sekurytyzacja *należności* pod przyszłe dochody od ubezpieczyciela (z opcją odsprzedaży wierzytelności NFZ), także w celu realizacji nowych przedsięwzięć. Ewentualna umowa cesji należności zoz
9. Umowa restrukturyzacji długu zgodna z planem emisji obligacji. Spłata odsetek. Spłata zobowiązań
10. Wykup obligacji z możliwością rolowania obligacji
11. Umowa na restrukturyzację
12. Zwrot pożyczki
13. Umożnienie udziałów lub akcji albo rozwiązanie umowy spółki

**Schemat nr 4**

Program sekurytyzacji z aktywną rolą wierzycieli

**Uwaga: Prezentowane schematy obejmują kilka możliwych rozwiązań**

emitowana zostanie druga emisja papierów dłużnych. Środki finansowe z tej emisji przeznaczone zostaną alternatywnie na system pożyczek na rzecz wierzycieli pierwotnych lub wykup ich wierzytelności u wierzycieli zaopatrujących (banki, producenci i dostawcy). Operacja ma na celu zapewnienie bieżącej płynności wierzycieli pierwotnych, udziałowców (akcjonariuszy) spółki SPV. Wyjście udziałowców (akcjonariuszy) spółki SPV zaplanowano w formie umorzenia udziałów (akcji) lub/i w drodze rozwiązania spółki SPV (spółki czasowej) po zrealizowaniu programu restrukturyzacji i spłaceniu przez spzoz-y i organy tworzące zobowiązania wobec spółki SPV.

W każdym z wymienionych wariantów powodzenie programu sekurytyzacji jest uwarunkowane powodzeniem programu restrukturyzacji zarówno w skali mikro-, jak i mezoekonomicznej. Powodzenie zaś programu restrukturyzacji zależy od szybkiego wdrożenia programu sekurytyzacji. Procesy restrukturyzacji i sekurytyzacji odbywają się równocześnie, ponieważ są:

- wzajemnie powiązane, co oznacza, że realizacja jednego procesu jest powiązana z drugim procesem,

- wzajemnie uwarunkowane, co oznacza, że skuteczna realizacja jednego procesu warunkuje skuteczność realizacji drugiego procesu,
- wzajemnie przenikające się, co oznacza, że jedynie teoretycznie te dwa procesy istnieją oddzielnie, w rzeczywistości zaś zadania w ramach tych procesów nakładają się wzajemnie i są realizowane zarówno w celu realizacji procesu sekurytyzacji, jak i restrukturyzacji.

Opisane zjawisko prowadzi zatem do *pętli*, w której możliwość realizacji programu sekurytyzacji (czyt. także realności odzyskania należności przez wierzycieli pierwotnych) jest uwarunkowana skutecznością opracowania i wdrożenia programu restrukturyzacji.

Skuteczność programu restrukturyzacji uwarunkowana jest zaś opracowaniem i wdrożeniem programu sekurytyzacji. Należy przy tym pamiętać, że program sekurytyzacji nie jest *antidotum* na kryzysową sytuację spzoz-ów, lecz jedynie i aż instrumentem finansowym, umożliwiającym terminową restrukturyzację zadłużenia, a tym samym możliwością pozyskania niezbędnego czasu do przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych.

## Podsumowanie

Realizacja zaproponowanej koncepcji sekurytyzacji wierzytelności, skorelowana z restrukturyzacją produkto-organizacyjną szpocołów nie jest z pewnością łatwa. Jest jednak jedyną obecnie szansą na racjonalne funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, ich odciążenie, pozyskanie niezbędnych środków na restrukturyzację majątkową, dopasowanie podaży usług medycznych do popytu oraz eliminację nieefektywnych i zbędnych medycznie zakładów. Zgoda na papierową restrukturyzację, opierającą się na decyzjach politycznych, prowadzi do fikcji rozwiązania problemu zadłużenia szpocołów oraz w konsekwencji do upadłości zakładów, lecz nie tych, które w rzeczywistości powinny zniknąć z rynku usług medycznych.

Wojciech Misiński

Autor jest adiunktem w Katedrze Ekonomiki i Organizacji Przedsiębiorstwa Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu oraz ekspertem Centrum im. Adama Smitha

## Przypisy

<sup>1</sup>Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw.

<sup>2</sup>Z oczywistych względów pominięto pomysł całkowitego umorzenia zobowiązań szpocołów w drodze ich spłaty przez Skarb Państwa.

<sup>3</sup>Sekurytyzacja wywodzi się od angielskiego słowa *security*, oznaczającego papier wartościowy. Terminem tym nazywany jest proces, w wyniku którego tworzy się obligacyjne papiery wartościowe, zabezpieczone określonymi składnikami majątku emitenta. Jeżeli aktywa emitenta mają niską jakość, to muszą wystąpić dodatkowe zabezpieczenia, których udzielają inne jednostki, np. bank, skarby państwa czy samorząd. Por.: J. Koleśnik, M. Rewieński. *Sekurytyzacja wierzytelności bankowych – wybrane aspekty*. Prawo Bankowe 2000; 7/8: 81-87.

<sup>4</sup>W związku zapisami ustaw samorządowych w przypadku powiatów i samorządu województwa koniecznym jest pośrednie do spółki.

**ELECTUS SA** oferuje 6-miesięczny limit pieniężny, będący źródłem finansowania wymagalnych zobowiązań w wysokości średniego miesięcznego przychodu jednostki

# Pogotowie dla szpitali !

W sytuacji, w jakiej znalazła się polska służba zdrowia, szpitale można podzielić na takie, które mają przejściowe kłopoty z regulowaniem zobowiązań oraz na takie, które płynność finansową tracą lub już utraciły. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom i potrzebom firma ELECTUS SA w Lubinie przygotowała produkt finansowy, który przez jej pracowników żartobliwie został nazwany *pogotowiem ratunkowym dla szpitali*.

Mowa tu o nowej ofercie krótkoterminowego finansowania placówek służby zdrowia. ELECTUS SA oferuje 6-miesięczny limit pieniężny, będący źródłem finansowania wymagalnych zobowiązań w wysokości średniego miesięcznego przychodu jednostki.

Podstawową funkcją tego produktu jest restrukturyzacja zadłużenia podmiotów świadczących usługi medyczne. Krótkoterminowe finansowanie polega na przyznaniu 6-miesięcznego limitu pieniężnego, którego wysokość jest ustalana indywidualnie dla każdej placówki. Na podstawie zawieranej umowy wybrane przez jednostkę zobowiązania są przenoszone na ELECTUS SA, a ich spłata rozkładana jest na wybraną liczbę miesięcznych rat. Dodatkową zaletą tej oferty jest możliwość negocjowania przez dłużników wysokości odsetek. Limit odnawiany jest po spłacie każdej raty. Dopuszczalne jest także renegotjowanie warunków spłaty w trakcie trwania porozumienia. Placówki mogą także rozliczyć należności w drodze ich kompensaty wierzytelnościami wobec innych dłużników.

Oferta krótkoterminowego finansowania nie tylko pozwala na wyeliminowanie niebezpieczeństwa ograniczenia działalności szpitala z powodów finansowych. Dzięki temu produktowi placówki służby zdrowia mogą kontynuować współpracę z dotychczasowymi dostawcami towarów i usług. Jest to bardzo istotna korzyść, zwłaszcza w sytuacji, gdy nieuregulowane należności mogą spowodować utratę kluczowych kontrahentów. Fakt, iż jednostka zaczyna wywiązywać się ze swoich zobowiązań finansowych, pozytywnie wpływa także na jej wizerunek i wiarygodność jako partnera w interesach.

Proponowana przez ELECTUS SA oferta krótkoterminowego finansowania placówek służby zdrowia oznacza korzyści nie tylko dla dłużników. Zyskują na niej także wierzyciele szpitali i zoz-ów, którym proponowane są bardzo atrakcyjne warunki cenowe i terminowe sprzedaży wierzytelności. Firmy nie ryzykują także pogorszenia stosunków z kontrahentem, ponieważ placówki medyczne w pełni akceptują transakcje cesji wierzytelności dokonywane w ramach tej oferty. Co więcej – dłużnicy sami wskazują kontrahentów, zobowiązania wobec których chcą uregulować pierwszej kolejności.

W rozmowach na temat swojego nowego produktu pracownicy ELECTUS SA podkreślają prostotę procedur i formalności, jakie są niezbędne do zawarcia porozumienia w sprawie przyznania jednostce medycznej limitu finansowego. Do jego uruchomienia wystarczy bowiem sama zgoda na przeniesienie wierzytelności do wysokości ustalonego progu. Cesja dokonywana jest po negocjowaniu warunków przejęcia wskazanej należności. Następnie ustalane są warunki i harmonogram spłaty należności.

Oferta krótkoterminowego finansowania znajduje się w pakiecie usług ELECTUS SA od 3 miesięcy. Przez ten czas firma podpisała porozumienia z 68 szpitalami i zespołami opieki zdrowotnej. Limity finansowe uruchomione dla tych placówek pozwoliły na uregulowanie ich zobowiązań wobec blisko 800 podmiotów gospodarczych.

Joanna Dziubek