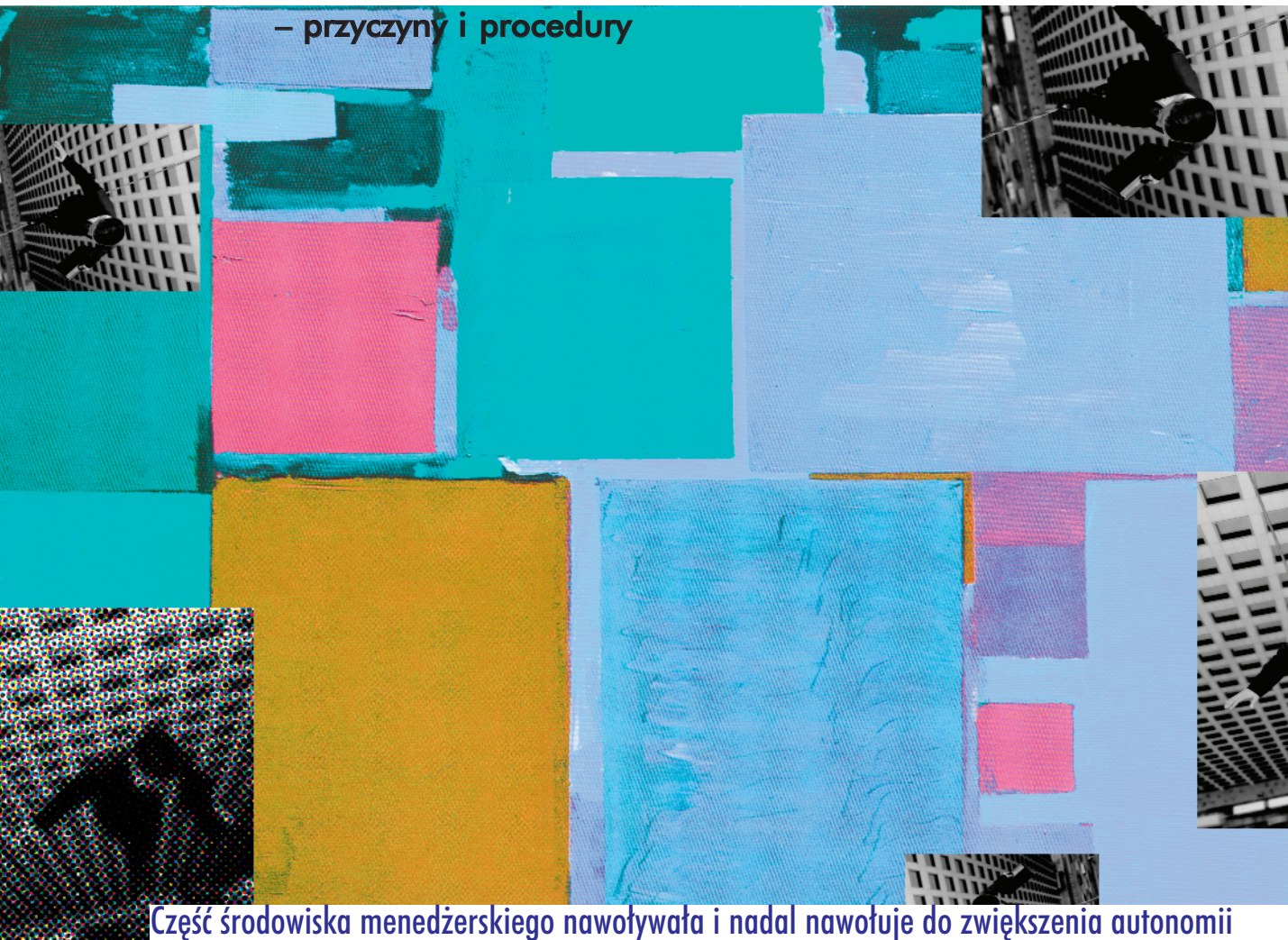


Katarzyna Tymowska, Andrzej Musiałowicz

Odchodzenie od publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej

– przyczyny i procedury



Część środowiska menedżerskiego nawoływała i nadal nawołuje do zwiększenia autonomii dyrektorów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Oczekiwania w sprawie autonomii

Na przełomie 1990 i 1991 roku, gdy trwały prace nad projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej istniała nadzieja, że oto zarządzający w opiece zdrowotnej dostaną do ręki narzędzie, sprzyjające efektywnemu gospodarowaniu zasobami i umożliwiające dostosowywanie się zakładów do zmieniającego się otoczenia. Menedżerowie oczekiwali, że odejście od gospodarki finansowej typowej dla jednostki budżetowej na rzecz gospodarki finansowej określonej ustawą

dla publicznych samodzielnych zakładów zwiększy ich autonomię w podejmowaniu decyzji zarządczych.

Twórcy zapisów ustawy o zakładach (współautorka tego tekstu do nich należała) oczekiwali, że nowa forma gospodarki finansowej publicznych zakładów wymusi racjonalność działań w sposób silniejszy aniżeli forma jednostki budżetowej, a także ograniczy zjawisko miękkiego budżetowania (przekraczania planów finansowych i generowania długu publicznego). Oczekiwano, że stanie się tak głównie dzięki następującym

rozwiązaniom: kontraktowym typom relacji między dysponentem środków publicznych a producentami usług medycznych (kontraktowego typu relacji nie można było wprowadzić dla jednostek budżetowych), dzięki zwiększeniu finansowej odpowiedzialności publicznych zakładów, nadaniu im prawa dysponowania nadwyżką i prawa czerpania przychodów z różnych rynków usług medycznych. Oczekiwano też, że dzięki radom społecznym organy założycielskie będą lepiej sprawowały nadzór nad swoimi zakładami, a procedury

podejmowania decyzji (szczególnie odnośnie inwestycji) będą bardziej przejrzyste, aniżeli miało to miejsce w jednostkach budżetowych. Ponieważ publiczne zakłady były powoływane dla realizacji zadań państwa (od 1991 roku te zadania mogły przejmować drogą umów jednostki niepubliczne, ale było ich niewiele), ograniczono autonomię publicznych zakładów w zakresie dysponowania majątkiem trwałym. Chodziło o ochronę przed ryzykiem sprzedaży majątku w celach fiskalnych lub wykorzystywania go na cele inne niż zapewnianie świadczeń dla osób uprawnionych.

Formuła samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej na pewno zwiększyła autonomię menedżerów. Jednak w miarę upływu czasu wobec słabości nadzoru przejawiających się, m.in. w biurokratycznym działaniu rad nadzorczych i w upolitycznieniu decyzji o obsadzie stanowisk kierowniczych, menedżerowie po-

SPZOZ koszty swojej działalności i zobowiązań, jak również ujemny wynik finansowy pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów

stulowali jeszcze silniejsze zwiększenie autonomii. Miało to związek nie tylko z czynnikami wyżej podanymi, ale i z rozwojem wiedzy z zakresu zarządzania w licznych kręgach osób kierujących zakładami publicznymi. Od 1999 roku problem zwiększenia autonomii nabrał jeszcze dodatkowego wymiaru: o ile w umowach podpisywanych ze swoimi organami założycielskimi wtedy, gdy środki miały charakter budżetowy dyrektorzy samodzielnych zakładów mieli jakiś wpływ na wartość kontraktów, o tyle w umowach podpisywanych przez kasy chorych decyzje odnośnie stawek i ogólnej wartości kontraktów były podejmowane bez istotnego udziału zakładów. Zapisany w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu negocjacyjny tryb ustalania stawek w umowach z kasami chorych w praktyce był realizowany bardzo rzadko.

Przed 1999 rokiem tylko niewielka część publicznych zakładów miała doświadczenia, związane z systemem kontraktowania (większość była jed-

nostkami budżetowymi). Wprowadzone powszechnie w 1999 roku kontraktowe relacje z zakładami opieki zdrowotnej dla wielu zarządzających były nowym, nieznanym procesem, wymuszającym dostosowywanie struktury usług i zasobów do warunków kontraktów. Jednocześnie stosowane przez organy założycielskie biurokratyczne procedury podejmowania decyzji, silna pozycja związków zawodowych oraz brak środków na rozwój i restrukturyzację nie sprzyjały szybkiemu dostosowywaniu się do kontraktów. Część środowiska menedżerskiego nawoływała i nadal nawołuje do zwiększenia autonomii dyrektorów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ale jednocześnie inna część z nostalgią wspomina czasy dominacji administracyjnego kierowania i czasy jednostek budżetowych, dających poczucie finansowego bezpieczeństwa.

Zainteresowanie nową formą gospodarki finansowej, inną niż ta, która wynika z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nasiliło się jeszcze z innego powodu. Kłopoty w dostosowaniu funkcjonowania zakładów do warunków ustalonych w kontraktach spowodowały, że w wielu zakładach powstały zobowiązania wobec wierzycieli. Gdy ich poziom zaczyna zagrażać dalszemu funkcjonowaniu zakładów, w jednych środowiskach kryzysowa sytuacja wymusza aktywność na rzecz radykalnych zmian w ramach obecnej formy, w innych natomiast rośnie oczekiwanie odnośnie powszechnego wprowadzenia nowej formy gospodarki finansowej i przerwania przy tej okazji długów na organy założycielskie. Jednocześnie wiele organów założycielskich, nie wierząc w możliwość poprawy efektywności swoich zakładów oczekuje, że odchodząc od zasad gospodarki finansowej, typowej dla samodzielnego zakładu, ochroni swoje budżety przed złymi skutkami przerwania na nie długów w przyszłości.

Przyczyny poszukiwania nowych form gospodarki finansowej dla samodzielnych publicznych zakładów są więc bardzo zróżnicowane. W dalszej części opracowania przedstawiony jest opis zakresów autonomii samodzielnych zakładów, uzasadnienia dla ograniczenia tej autonomii, podane są przy-

czyny odchodzenia od formy zakładu samodzielnego oraz opisane możliwe przy obecnym stanie prawnym sposoby i procedury tego odchodzenia. Informacje dotyczą głównie zakładów podległych jednostkom samorządu terytorialnego, ale wiele z nich odnosi się również do publicznych zakładów samodzielnych, dla których organem założycielskim są inne podmioty.

Ograniczenia samodzielności publicznego zakładu – zakresy i przyczyny

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej koszty swojej działalności i zobowiązań, jak również ujemny wynik finansowy pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów (art. 35b ust. 1 i art. 60 ust. 1 ustawy o zakładach). Organ założycielski nie ponosi odpowiedzialności za jego zobowiązania, jednak w sytuacji, gdy zakład nie może pokryć ujemnego wyniku finansowego, obowiązek ten spoczywa na organie, który go utworzył. Artykuł 60 ust. 4 ustawy o zakładach przewiduje, że realizacja tego obowiązku może dokonać się w związku z likwidacją zakładu. Majątek likwidowanego zakładu, zarówno ten, który był własnością zakładu, jak i ten, który był mu przekazany w nieodpłatne użytkowanie w pierwszej kolejności musi być przeznaczony na spłatę zobowiązań. Należy zwrócić uwagę, że zdarzają się przypadki pokrywania przez organ założycielski zobowiązań zakładu zanim zostanie on zlikwidowany. Jest to możliwe w dwóch sytuacjach; pierwsza ma miejsce wtedy, gdy samorząd terytorialny lub inny organ założycielski podjął decyzję o postawieniu zakładu w stan likwidacji, ale zakład nie został jeszcze formalnie zlikwidowany (nie ma uchwały o likwidacji, zakład jest jeszcze w rejestrze). Druga sytuacja ma miejsce wtedy, gdy organ założycielski poręczył kredyt jeszcze funkcjonującemu zakładowi, ale zakład nie ma środków na spłatę kredytu i obowiązek spłaty przejmuje poręczyciel.

Mocą ustawy w sposób zamierzony i uwzględniający interes publiczny ograniczone zostały przez projektodawców ustawy o zakładach majątkowe prawa samodzielnego zakładu. Wydzielona przez organ założycielski część mienia państwowego

lub komunalnego przekazywana jest do nieodpłatnego użytkowania przez samodzielny zakład i tworzy fundusz założycielski. Zakład ma wobec tak wydzielonego majątku prawa własności typu *usus* i *usus fructus* (ma prawo użytkowania i ma prawo czerpania korzyści z tego użytkowania), ale nie ma prawa *ab usus*, czyli nie może go sprzedać i czerpać z tego tytułu korzyści. Zdarzały się przypadki notarialnego przekazania przez organ założycielski majątku trwałego na własność publicznych zakładów, jednak Naczelny Sąd Administracyjny uznał takie postępowanie za nielegalne. Majątek oddany w nieodpłatne użytkowanie jest zabezpieczeniem na wypadek likwidacji zakładu z przyczyn ekonomicznych i konieczności spłaty jego zobowiązań przez organ założycielski.

SPZOZ-y mają prawo ustalania cen na te swoje usługi, które sprzedają na rynkach prywatnych, ale zasady kształtowania tych cen ustalone zostały rozporządzeniem ministra zdrowia

Autonomia w dysponowaniu przez publiczny samodzielny zakład nieodpłatnie przekazanym majątkiem jest ograniczona jeszcze w inny sposób. Zbycie i wniesienie tego majątku do fundacji lub spółek prawa handlowego wymaga zgody organu założycielskiego, natomiast wynajęcie i wydzierżawienie może w świetle ustawy dokonywać się bez zgody, ale wg zasad ustalonych przez organ założycielski. Niektóre jednostki samorządu terytorialnego, ustalając owe zasady, silnie ograniczyły autonomię decyzji dyrektorów publicznych zakładów, przyznając im prawo wynajęcia i wydzierżawienia jedynie majątku o niewielkiej wartości, a niekiedy wymagając zgody na takie decyzje (ustawa nie narzuca obowiązku zgody w sprawach wynajmu). Przy zbiurokratyzowanym procesie podejmowania decyzji i mało profesjonalnym nadzorze sprawowanym przez organy założycielskie, takie ustalenia postrzegane są przez menedżerów służby zdrowia jako silne ograniczenie ich autonomii. Z kolei organy założycielskie traktują takie reguły wykorzystywania majątku jako sposób ochrony swoich interesów w związku z zapisem, że w przypadku

likwidacji zakładu wszelkie zobowiązania stają się zobowiązaniami organu założycielskiego, a majątek w pierwszej kolejności ma być przeznaczony na spłatę zobowiązań. Niektóre samorządy terytorialne drogą uchwał określiły nie tylko zasady wynajmowania majątku przekazanego zakładom w użytkowanie (tego wymaga ustawa), ale również majątku będącego własnością publicznych zakładów, silniej w ten sposób ograniczając autonomię. Istnieją też uchwały, w następstwie których zakład musi zabiegać o zgodę na wynajęcie czy wydzierżawienie majątku, choć w świetle ustawy taka zgoda nie jest potrzebna (ustawa wprowadziła obowiązek określenia przez organ założycielski zasad wynajmu i dzierżawy).

Pod koniec czerwca br. Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji ustawy o zakładach, który przewiduje dalsze ograniczenie autonomii w zakresie dysponowania majątkiem trwałym. Ma być wprowadzony zakaz wnoszenia majątku trwałego samodzielnego zakładu w formie aportu do spółek i przekazywania go stowarzyszeniom lub fundacjom, które świadczą usługi w zakresie ochrony zdrowia. Zakłady, które w jakiejś formie przekazały taki majątek w użytkowanie wymienionym podmiotom, będą miały 3 miesiące od wejścia tej zmiany w życie na wdrożenie tego zapisu. Ponadto na terenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej żadne podmioty prywatne nie będą mogły prowadzić działalności, polegającej na udzielaniu świadczeń konkurencyjnych do tych, których udzielają zakłady publiczne. Podobnie jak zapisy wprowadzone wcześniej do ustawy, również te proponowane mają na celu ochronę publicznego majątku, a dodatkowo – ochronę interesów samych publicznych zakładów.

Z ustawy o zakładach wynika też (art. 53a ust. 1), że organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład może pozbawić go składników majątku lub nabytego mienia w przypadku połączenia, podziału lub przekształcenia zakładu. Oznacza to, że gdy organ założycielski jako właściciel podejmie decyzję o połączeniu swoich zakładów, o ich podziale lub przekształceniu, może w następstwie takiej decyzji samodzielnie dysponować nie tylko tym majątkiem, który przekazał w nieodpłatne użytkowanie, ale również

tym, wobec którego samodzielny zakład ma pełne prawa własności (prawa *ab usus*). Menedżerowie publicznych zakładów uważają takie zasady za silnie ograniczające ich samodzielność, odwołują się do tego, że mają osobowość prawną i oczekują ograniczenia praw publicznego właściciela do takich decyzji. Należy jednak zwrócić uwagę, że publiczne zakłady opieki zdrowotnej zostały powołane do realizacji zadań państwa i choć obecnie te zadania mogą już realizować instytucje prywatne, to nadal w ochronie przed słabościami rynku zachowuje się publicznych dostawców świadczeń. A skoro zachowuje się, to i uprawnienia organów założycielskich odnośnie dysponowania majątkiem swoich zakładów w przypadku połączeń, podziału lub przekształcenia muszą być zachowane. W przeciwnym razie organy władzy publicznej zostałyby pozbawione ważnego narzędzia regulowania wielkości i struktury zasobów, przeznaczanych na zapewnianie dla osób ubezpieczonych świadczeń w zakładach publicznych. We wspomnianym projekcie nowelizacji ustawy przewiduje się ponadto nadanie ministrowi i wojewodom prawa kontroli prawidłowego gospodarowania przez wszystkie publiczne zakłady mieniem, środkami publicznymi oraz kontroli realizacji zadań statutowych. Oznacza to, że planuje się wzmocnienie nadzoru, a wymienione podmioty administracji państwowej będą mogły żądać wprowadzenia zaleceń pokontrolnych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w tym gospodarowaniu. Na marginesie należy dodać, że może to z jednej strony wzmocnić nadzór, ale z drugiej strony mogą powstać konflikty między tymi organami a organami założycielskimi właściwymi dla kontrolowanych zakładów. Zapis w noweli ustawy musi jednoznacznie określić, zalecenia których organów (państwowych nadzorczych czy założycielskich) są dla zakładu wiodące.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają prawo ustalania cen na te swoje usługi, które sprzedają na rynkach prywatnych, ale zasady kształtowania tych cen ustalone zostały rozporządzeniem ministra zdrowia. Ideą tego rozporządzenia było przeciwdziałanie uzyskiwaniu nadwyżek na rynkach usług o płatności ze źródeł innych niż publiczne

(ceny mają pokrywać koszty). Publiczne zakłady nie płacą podatków od działalności gospodarczej, jeśli przychody z niej uzyskiwane przeznaczają na działalność statutową. Nie są jednostkami, których celem jest maksymalizacja zysku, nie płacą podatku dochodowego (przychody z działalności gospodarczej przeznaczają na działalność statutową), bardzo często są zwalniane z podatku od gruntów i nieruchomości (ostatnia zmiana w prawie podatkowym obniżyła wartość tych podatków). Administracyjna regulacja zasad ustalania cen jest pośrednio regulacją przychodów publicznych zakładów tworzonych nie dla prowadzenia działalności gospodarczej, lecz dla zapewniania świadczeń dla osób uprawnionych. W ustawie enumeratywnie wymieniono rodzaje przychodów, co w praktyce rodziło wiele problemów (NIK kwestionowała, np. prawo tych zakładów do czerpania przychodów z lokat bankowych, niewymienianych na tej liście). W rządowym projekcie nowelizacji zamierza się rozszerzyć autonomię w zakresie źródeł pozyskiwania przychodów, ale jednocześnie nie wolno będzie czerpać przychodów z działalności, która może zagrożać interesom pacjenta.

Zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym stawki w umowach z dysponentem środków pochodzących ze składek miały być przedmiotem negocjacji stron umowy. Podobny zapis zachowano w ustawie o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, z tym, że obecnie minister zdrowia otrzymał prawo ustalania maksymalnych stawek. Na początku funkcjonowania systemu ubezpieczeń pozycja negocjacyjna dostawców świadczeń była bardzo słaba i w większości regionów nie mieli oni prawie żadnego wpływu na poziom stawek. W miarę upływu czasu ich pozycja negocjacyjna wzrastała (choć dotyczy to jedynie niektórych zakładów). W niektórych regionach świadczeniodawcy uzyskiwali przewagę w tych negocjacjach poprzez zawieranie nieformalnych zmów monopolistycznych.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie ma ustawowo określonych ograniczeń w zakresie polityki wynagrodzeń (obowiązują go ogólne regulacje prawa pracy). Ale w jednym przypadku ta autonomia

została w praktyce bardzo naruszona, a dotyczy to ustawy nakładającej na zakłady prowadzące gospodarkę finansową określoną jako właściciwa dla zakładów samodzielnych obowiązek wypłacenia podwyżek (tzw. *ustawa 203* – z 22 grudnia 2000 roku o zmianie ustawy o negocjacyjnym kształtowaniu wzrostu wynagrodzeń).

Ustawa o zakładach ograniczyła autonomię publicznych zakładów w zakresie inwestycji. W rozporządzeniu o finansowaniu samodzielnych zakładów z 1995 roku ustalono, że środki uzyskiwane drogą umów mają być przeznaczane na pokrycie kosztów (nie było zgody ministerstwa finansów na zapis o narzuceniu na rozwój, do kosztów włączono jedynie środki na amortyzację). W regulacjach do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zachowano zasadę finansowania poprzez umowy jedynie kosztów wytwarzania świadczeń. Nadwyżek nie dopuszczono również w sytuacji, gdy zakład sprzedaje swoje usługi na innych rynkach niż zakupy ze środków publicznych. Zakładano, że środki na rozwój będą w dyspozycji organów założycielskich, ale jednocześnie prawne regulacje gospodarki finansowej tych organów założycielskich, niestety, nie wyposażyły ich w odpowiednie środki. Problem finansowania inwestycji w opiece zdrowotnej ciągle czeka na właściwe uregulowanie. Ustawa o gospodarce nieruchomościami i kodeks postępowania administracyjnego mówią o obowiązku właściciela w zakresie utrzymywania swego majątku w odpowiednim stanie, ale zarządzającym publicznymi zakładami bardzo trudno wyegzekwować ten obowiązek od swoich przełożonych; ci ostatni tłumaczą się brakiem środków.

Ograniczenia autonomii w zakresie rozwoju majątku trwałego dokonano jeszcze w inny sposób: zakład nie może przyjąć daru w postaci majątku trwałego bez zgody organu założycielskiego (art. 42 ustawy o zakładach). Współautorce tego tekstu zna na jest argumentacja, jaką podawano w momencie wprowadzania tego zapisu do ustawy: istniały poważne obawy, że poprzez dary drogiej aparatury dokonywane przez biznes medyczny, niekiedy w powiązaniu z cichymi

ustaleniami (nie było wtedy ustawy o zamówieniach publicznych) odnośnie zasad zakupu odczynników czy drobnego sprzętu, bez którego nie mogła działać ta aparatura, przemysł medyczny realizować będzie swoje cele, wpływając na strukturę wytwarzanych produktów i na koszty. Organ założycielski obawiał się, że nie będą w stanie w trybie bieżącego nadzoru kontrolować tego procesu, że wzrosną silnie koszty i bez uzgodnień z właścicielem poprzez system darów będzie zmieniana struktura wytwarzanych usług, za którą tenże organ będzie potem musiał płacić (gdzie powstawała ustawa o zakładach, organ założycielski utrzymywał zakład). Zmieniły się zewnętrzne uwarunkowania funkcjonowania publicznych zakładów, ale te zapisy w sprawie da-

Z uwagi na znaczenie szpitala jako miejsca realizacji zawodowych karier lekarzy, izby lekarskie mają silny interes w tym, aby nadzorować tryb powoływania ordynatorów

rów, mimo częstych postulatów wycofania się z takich – obecnie już niezasadnych regulacji – niestety pozostały. Są one przedmiotem silnej krytyki zarządzających publicznymi zakładami, a dzieje się tak głównie z powodu ogromnie zbiurokratyzowanego trybu uzyskiwania zgód na przyjęcie darów.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na inne ograniczenie autonomii. Dyrektor szpitala, który jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej ma ograniczone możliwości decydowania o obsadzie stanowisk ordynatorów. Z uwagi na znaczenie szpitala jako miejsca realizacji zawodowych karier lekarzy, izby lekarskie mają silny interes w tym, aby nadzorować tryb powoływania ordynatorów. Ordynator jest podwładnym kierownika zakładu, tymczasem ten ostatni nie ma wpływu na dobór osób kierujących oddziałem. W niektórych szpitalach skorzystano z możliwości, którą daje ustawa i w ogóle nie powołuje się ordynatorów, a oddziałami kierują zatrudniani przez dyrektora kierownicy. Zwiększono w ten sposób autonomię menedżerów w zakresie doboru pracowników, pełniących funkcje kierownicze średniego szczebla.

Uzasadnienia dla odchodzenia od formuły samodzielnego zakładu

W wielu miejscach w Polsce dokonano likwidacji samodzielnych publicznych zakładów, a prawa własności majątku trwałego z pomocą różnych form (sprzedaż, wynajem, dzierżawa) przekazano podmiotom prywatnym lub podmiotom publicznym (jednostkom samorządu terytorialnego), które utworzyły spółki prawa handlowego, wnosząc ten majątek jako aport do spółek. Likwidowane są zarówno całe zakłady, jak i ich niektóre jednostki organizacyjne (ich funkcje przejmują podmioty prywatne, podpisujące umowy z publicznym płatnikiem lub będące poddostawcą usług dla zakładów publicznych). W dalszej części tekstu zajmujemy się instytucjami produkującymi usługi medyczne (świadczenia zdrowotne), tekst ten nie dotyczy odchodzenia od hierarchicznych funkcji zarządczych na rzecz relacji rynkowych, czyli rezygnacji z niektórych swoich dotychczasowych działań i zakupywania usług czy dóbr na zewnątrz zakładu. Niezależnie bowiem od skali tzw. outsourcingu, zakład prowadzi nadal gospodarkę finansową typową dla zakładu publicznego samodzielnego.

W niektórych środowiskach zgłaszane są postulaty, aby w ustawowo ustalonym terminie wszystkie samodzielne publiczne zakłady przekształcić w spółki prawa handlowego. Należy domniemywać, że za takimi postulatami kryją się (naszym zdaniem niezasadne) oczekiwania, że ustawowo regulowane przekształcenie stanie się okazją do przerzucenia zobowiązań publicznych samodzielnych zakładów na Skarb Państwa. Takie przerzucanie jest przecież obecnie jednym z ważnych powodów likwidacji niektórych zakładów publicznych. Niektórzy przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego wprost powiadają, że są zainteresowani ucieczką przed formułą samodzielnego zakładu dlatego, aby chronić w przyszłości swój budżet przed negatywnymi skutkami, które mogą powstać, gdy likwidowany jest bardzo zadłużony publiczny samodzielny zakład. Nie wierzą w możliwość takiego nadzoru, aby wymusić efektywność samodzielnego zakładu pełniącego wiele dodatkowych funkcji społecznych i preferują takie formy gospodarki finansowej, które im sa-

mym nie przysporzą kłopotów finansowych. Zwolennicy takich postaw (można by je nazwać poszukiwaniem ucieczki przed długiem i skutkami długów) zdają się nie zauważać, że gdy np. ich spółka z o.o. mająca szpital zostanie postawiona w stan upadłości z powodów ekonomicznych, też mogą mieć duże problemy finansowe. Mogą też mieć problemy polityczne – nie będzie już majątku, z pomocą którego w krótkim czasie można uruchomić nowy zakład opieki, co w przypadku niektórych terenów może wywołać silne protesty społeczne. Ale są i inne przyczyny odchodzenia od zasad gospodarki finansowej, ustalonej ustawą o zakładach jako gospodarka finansowa publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej i odchodzenia od dominacji publicznej własności majątku trwałego wykorzystywanego w celu zaspakajania potrzeb osób ubezpieczonych. W różnych środowiskach różne są przyczyny tego odchodzenia. Poniżej przedstawiona jest ich enumeracja.

1. Ucieczka od słabości publicznej własności; te słabości przejawiają się w różny sposób, w tym w biurokratyzacji funkcji nadzoru właścicielskiego (wydłuża to proces podejmowania decyzji, niekiedy wręcz paraliżuje proces decyzyjny, tworząc duże zagrożenia dla sprawnego i efektywnego funkcjonowania zakładów), w upolitycznieniu decyzji odnośnie obsadzenia stanowisk kierowniczych, w upolitycznieniu decyzji odnośnie inwestycji w zakładach publicznych (często to lokalne grupy polityczne decydują, np. o tym, jaka aparatura ma być kupowana w samodzielnym zakładzie), w podatności na sprzyjanie tym grupom interesów ekonomicznych, które są ważne dla uzyskiwania przez przedstawicieli organów założycielskich władzy politycznej, w sprzyjaniu realizacji przez zakłady opieki zdrowotnej funkcji socjalnych bez stworzenia możliwości pokrywania kosztów realizacji tych funkcji (funkcje socjalne – to leczenie osób bez uprawnień, za które to leczenie nikt nie płaci, utrzymywanie miejsc pracy mimo braku ekonomicznego uzasadnienia dla istniejącego poziomu zatrudnienia, hospitalizacje z przyczyn socjalnych, a nie medycznych), w istnieniu *moralnego*

hazardu polityków, polegającego na przerzucaniu długów publicznych zakładów na podatników, bez ponoszenia za te zachowania odpowiedzialności politycznej. Słabością publicznej własności jest również brak kapitału na wdrażanie nowych technologii medycznych, na poprawę warunków leczenia i warunków pracy, a także nieprofesjonalny nadzór nad zakładami publicznymi, w tym nieprofesjonalny nadzór organów założycielskich i nieprofesjonalna praca rad społecznych przez te organy powoływanych.

2. Poszukiwanie sposobów na pozytywną selekcję menedżerów, czyli powierzenie funkcji zarządczych takim osobom, które są dobrymi rzecznikami interesów właściciela kapitału (sprzyjają efektywnemu gospodarowaniu majątkiem). Organ założycielski samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może przejmować nadwyżek wygoszparowanych w tym zakładzie, nie ma więc ekonomicznego interesu w wynagradzaniu menedżera za maksymalizowanie nadwyżki. Ale powinien mieć interes ekonomiczny w takiej selekcji menedżerów, dzięki której zakład będzie efektywny (nie będzie zagrażał ekonomicznym interesom właściciela w momencie likwidacji zakładu) i dzięki której możliwe będzie uzyskiwanie takich korzyści, jak prestiż lokalnej władzy samorządowej, czy też prestiż innego organu założycielskiego z tytułu dobrej reputacji, jaką cieszy się dany zakład. Menedżer zakładu opieki zdrowotnej jest oczywiście pod silnym wpływem interesów lekarzy, najważniejszej grupy zawodowej w takich instytucjach, ale jak każdy menedżer, powoływany jest przez właściciela do realizacji jego zadań, a nie celów profesjonalistów medycznych. W niekomercyjnych instytucjach o publicznej własności często dzieje się tak, że interesy inne, aniżeli zapewnianie efektywności w wykorzystaniu kapitału stają się ważniejsze i jest przyzwolenie polityczne na ich realizację. Może to dotyczyć nie tylko zakładów samodzielnych, ale i innych, mających majątek publiczny, np. spółek prawa handlowego z publicznym majątkiem wniesionym jako aport

do spółek. Jeśli będzie polityczna presja na pełnienie przez zakłady, które mają publiczny majątek trwałe funkcji socjalnych, to nie ochronią się przed tym również spółki komunalne. Dyrektor takiej spółki, realizując cele właściciela będzie zobowiązany do realizacji również funkcji socjalnych.

3. *Poszukiwanie możliwości szybkich i radykalnych zmian w strukturze wytwarzanych usług, w strukturze użytkowanych zasobów i w strukturze organizacyjnej zakładu.*

Taka zmiana naruszać może niektóre interesy ekonomiczne, zmieniać pozycję w układzie władzy wewnątrz zakładu, naruszać poczucie stabilizacji, związane z funkcjonowaniem w starych strukturach, ale jednocześnie sprzyjać interesom niektórych grup pracowników, zainteresowanych, np. usamodzielnieniem swoich jednostek. Często jest tak, że taka zmiana (niezbędna dla uzyskania większej efektywności czy poprawy jakości) napotyka na silne bariery wśród pracowników, sprzeciw związków zawodowych, a niekiedy również na opory wśród niektórych zarządzających i nadzorujących pracę zakładu. W takiej sytuacji często jedynym sposobem przeprowadzenia tej radykalnej zmiany jest likwidacja zakładu czy jego jednostki organizacyjnej. Powstają nowe instytucje, zrywane są dawne powiązania, ale niekiedy po jakimś czasie powstają nowe, oddolnie tworzone sieci powiązań, sprzyjające sprawniejszej współpracy aniżeli ta, która istniała w dawnej strukturze organizacyjnej.

4. *Poszukiwanie możliwości przerwania długu na organ założycielski*

(może on go już przejąć w momencie postawienia zakładu w stan likwidacji) i w miejsce zakładu likwidowanego z przyczyn ekonomicznych utworzenie nowego, bez obciążenia jego kosztów kosztami obsługi długu; często ten nowy zakład ma odmienną, zapewniającą większą efektywność i sprawność zarządzania strukturę organizacyjną, osłabioną pozycję związków zawodowych, zmniejszone zatrudnienie, nowy zarząd, sprawne formy nadzoru właścicielskiego. Obserwacje zmian w zakresie formy gospodarki finansowej i stosunków własności

ści wyraźnie wskazują, że wiele jednostek samorządu terytorialnego jest przeciwnych takiemu przerwaniu długu jedynie wtedy, gdy z powodu dużego łącznego zadłużenia samorządów powstaje groźba powołania zarządu komisarycznego. Istnieją też przypadki, gdy poważniejsze zainteresowanie zadłużającym się zakładem powstaje dopiero wtedy, gdy łączny dług samorządu zbliża się do granicy 60 proc. przychodów budżetu samorządu (powyżej tej wartości jednostce samorządu terytorialnego grozi zarząd komisaryczny).

Potencjalni właściciele i współwłaściciele

Możliwości poszukiwania form gospodarki finansowej dla zakładu opieki zdrowotnej, mającego majątek publiczny wyznacza ustawa z 20 grudnia 1996 roku o gospodarce komunalnej (DzU nr 9 poz. 43). Zezwala ona samorządom na prowadzenie działań mających na celu zaspokojenie zbiorowych potrzeb w formie zakładu budżetowego lub spółki prawa handlowego (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej). Dopuszczalne jest również całkowite zrezygnowanie z własnej działalności i wydzierżawienie majątku likwidowanego publicznego zakładu opieki zdrowotnej innym podmiotom. W przypadku, gdy organem założycielskim dla samodzielnego publicznego zakładu jest akademicko medyczna, zasady tworzenia innych form gospodarki finansowej reguluje ustawa o szkolnictwie wyższym, a dla organów administracji państwowej odpowiednie przepisy dotyczące tychże organów.

Utworzenie podmiotu o nowej formie gospodarki finansowej i ewentualnie zmieniającego dotychczasowe prawa własności jest możliwe po zlikwidowaniu publicznego samodzielnego zakładu. Proces zmian rozpoczyna się od postawienia publicznego samodzielnego zakładu w stan likwidacji. W wielu środowiskach, nawet przy radykalnej zmianie praw własności, w obawie o negatywną ocenę tego procesu w opinii społecznej, unika się słowa prywatyzacja i mówi się o przekształceniach. Mimo postulatów części środowiska pracowników służby zdrowia w sprawie możliwości

prywatyzacji nie tylko poprzez likwidację, do dnia dzisiejszego nie doczekaliśmy się przepisów w tym zakresie. W 1997 roku z inicjatywy rządu wniesiony był do Sejmu projekt ustawy o prywatyzacji i komercjalizacji samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, ale nie doczekał się rozpatrzenia, a kolejny rząd nie wrócił do zapisów tamtego projektu. Nie może być w opiece zdrowotnej stosowana ustawa z 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, choć część podejmowanych działań i procedur, nieuregulowanych w przepisach obowiązujących zakłady opieki zdrowotnej, może być wzorowana na zapisach wspomnianej ustawy (np. procedura likwidacyjna).

Spółka pracownicza

Argumentem przemawiającym za tworzeniem spółki pracowniczej jest przede wszystkim przewidywane większe zaangażowanie pracowników, będących współwłaścicielami w pracę na własny rachunek, a więc szansa na większą efektywność działań. Nie bez znaczenia jest także postrzeżenie zmian przez pacjentów: w spółce pracowniczej (o ile utworzy ją większość lub wszyscy pracownicy) pacjent jest diagnozowany i leczony przez te same osoby, co może sprzyjać większej akceptacji takiej zmiany w lokalnym środowisku.

W spółce takiej powstać jednak może szereg problemów. Jednym z poważniejszych może być brak doświadczenia pracowników w prowadzeniu działalności gospodarczej. Ponadto im większa jest organizacja, tym trudniejsze może być samo założenie spółki pracowniczej, częściowo w wyniku niechęci do tworzenia z dotychczasowymi współpracownikami tak konstruowanych form własności. Kłopotliwe może stać się również pozyskanie kapitału, niezbędnego do rozwoju niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez spółkę pracowniczą. Środki własne, jakimi mogą dysponować pracownicy zatrudnieni od lat w publicznej opiece zdrowotnej wydają się ograniczone. Banki uważają inwestycje w służbie zdrowia za działania o dość dużym ryzyku, nadzieja więc na pozyskanie kredytu bankowego może stać się iluzoryczna.

Spółka samorządu terytorialnego i pracowników

Spółka taka może posiadać wszystkie atuty wymienione w przypadku spółki pracowniczej, a ponadto pojawić się mogą większe możliwości inwestowania ze środków własnych samorządu (współwłaściciela) lub z kredytu poręczanego przez samorząd. Warto zwrócić też uwagę na to, że samorząd jako współwłaściciel zachowuje nadzór nad publicznym majątkiem użytkowanym przez spółkę na podstawie umowy, co może sprzyjać społecznej akceptacji takiej zmiany w niektórych środowiskach.

Spółka pracowników i samorządu posiadać może również słabe strony, chociażby w postaci rozproszenia własności, co przy braku zabezpieczenia przez jedną ze stron pakietu większościowego może rodzić problemy decyzyjne. Należy pamiętać, że objęcie przez samorząd pakietu większościowego rodzi konsekwencje w postaci uznania takiej spółki za spółkę komunalną, ze wszystkimi ograniczeniami takiego stanu prawnego. Jeśli celem zmiany ma być uwolnienie się od słabości sektora publicznego, należy unikać obejmowania większościowego pakietu przez samorząd. Spółka, w której współwłaścicielem pozostaje samorząd może wykazywać też tendencje do kontynuowania złego nadzoru ze strony samorządu, z całym bagażem biurokracji, wpływów politycznych i nieliczeniem się z ekonomicznymi realiami.

Spółka pracowników i inwestora strategicznego

Atutami takiej spółki pozostają nadal atuty spółki pracowniczej. Istnienie inwestora strategicznego oznacza zaś, że spółka posiadać będzie zdolności inwestycyjne, wniesione przez silnego partnera. Inwestor strategiczny jest często zainteresowany posiadaniem pakietu większościowego, co daje nadzieje na sprawniejsze zarządzanie spółką.

Słabością omawianej tu spółki stać się może rozproszenie udziałów i brak realnego wpływu drobnych udziałowców na sprawę spółki. Sytuacja taka może rodzić frustrację i zniechęcenie, choć wiele zależy od sposobu sprawowania zarządu. Innego rodzaju problemem może stać się możliwość układania

się grup interesów współników (np. lobby określonej profesji medycznej) z dominującym udziałowcem, w celu przeprowadzania zmian leżących w interesie tych właśnie grup, wbrew interesom większości drobnych udziałowców.

Spółka samorządu i inwestora strategicznego

Najważniejszym atutem takiej spółki wydaje się być zwarta struktura własnościowa, bez rozdrobnienia właściwego spółkom z udziałem pracowników. Silni partnerzy to także większe możliwości inwestowania w rozwój niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (wkład inwestora oraz środki własne lub kredyty z poręczeniem samorządu). Samorząd jako współwłaściciel spółki sprawuje nadal nadzór na majątkiem publicznym użytkowanym przez spółkę.

To co jest atutem, może stać się niekiedy słabością omawianej spółki. Jeśli na samym wstępie nie zostanie czytelnie określony podział wpływów, związek dwóch silnych udziałowców może stać się przyczyną problemów decyzyjnych, tarć i nieporozumień. Współudział samorządu może z kolei oznaczać, m.in. kontynuację złego nadzoru ze strony samorządu, biurokrację, wywieranie wpływów politycznych, próby podejmowania działań bez oglądania się na realia ekonomiczne.

Oferent zewnętrzny

Spółka powołana do prowadzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, której jedynym udziałowcem jest oferent zewnętrzny (inwestor strategiczny), dysponuje niepodważalnym atutem w postaci prostej i czytelnej struktury własnościowej, a co za tym idzie – prostych procedur decyzyjnych, opartych wyłącznie o kryterium spodziewanego wyniku ekonomicznego. Oferent zewnętrzny, o ile dysponuje odpowiednim kapitałem – to szansa na inwestycje w rozwój zakładu.

Rozpatrując problem z punktu widzenia samorządu, słabością takiego rozwiązania jest brak wpływu na kierunki zmian w strukturze świadczeń oferowanych przez zakład niepubliczny. Jeśli wpływ nie został zagwarantowany w umowie dzierżawy publicznych gruntów, budynków i aparatury medycznej, (chodzi o tzw.

najem warunkowy, powiązany z wytworzeniem określonych świadczeń dla ubezpieczonych) prywatny właściciel będzie przejawiał większą skłonność do rozwoju rentownych świadczeń i ograniczania usług mniej rentownych, bez względu na priorytety lokalnej społeczności.

Czynniki sukcesu

Powodzenie całości przedsięwzięcia zależy od odpowiedniego przygotowania działań i od pozyskania większości osób związanych z codziennym funkcjonowaniem likwidowanego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Jedną z pierwszych osób, które muszą być pozyskane dla utworzenia zakładu z inną formą gospodarki finansowej i ewentualnie inną własnością jest zarządzający publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Trudno wyobrazić sobie, aby zarządzający pozostawał z boku toczącego się procesu, lub prowadził go ze świadomością, że jego rola kończy się w momencie podjęcia uchwały o likwidacji zakładu. Zarządzający powinien uzyskać zapewnienie co do swojej przyszłej roli w nowym zakładzie. Sensowności takich zapewnień i ich pozytywnego wpływu na zmiany praw własności dowodzi praktyka komercjalizacji i prywatyzacji państwowych przedsiębiorstw.

Nie można myśleć o powodzeniu zmian bez zaangażowania zespołu pracowniczego. Paradoksalnie, im trudniejsza sytuacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej, tym rozmowy z pracownikami mogą okazać się łatwiejsze. Gdy powstaje poważne zagrożenie dla miejsc pracy z tytułu utraty płynności finansowej przez zakład, postawy roszczeniowe ustępują konstruktywnemu myśleniu o utrzymaniu miejsc pracy. Nie oznacza jednak, że rozmowy przebiegać będą łatwo. Z całą pewnością znajdują się grupy interesów, dla których proces przekształcenia oznacza utratę korzyści. Może to być, np. jakiś związek zawodowy, który w nowej rzeczywistości realizacji strategii zarządu niepublicznego podmiotu, zorientowanego na powodzenie całego zakładu, a nie na realizację interesów wąskiej grupy zawodowej. Z praktyki wynika, że wykluczanie takich grup z rozmów na temat zmian nie daje bezpieczeń-

stwa w ich wdrożeniu. Pozostają długotrwałe i trudne negocjacje, wskazywanie korzyści zmiany i dla grupy oponentów, przekonywanie i tłumaczenie. Należy przewidzieć również doniesienia medialne (często sterowane przez grupy interesów), nie zawsze zgodne z rzeczywistym biegiem zmian i intencjami ich inicjatorów. W tym wypadku również nie należy ulegać emocjom, a skoncentrować się na faktach i oczekiwanych korzyściach.

Trudnym problemem może stać się kwestia pakietu socjalnego. W sytuacji, w której przewiduje się przejęcie przez nowy podmiot pracowników w trybie art. 23. kodeksu pracy, pakiet socjalny staje się elementem przetargowym, gdzie trudno znaleźć kompromis pomiędzy oczekiwaniami pracowników a możliwościami przejmującego. Z jednej strony pakiet socjalny może stać się elementem wyciszającym obawy i protesty pracowników, uczynić z nich nawet zwolenników zmian, z drugiej strony – ten sposób przejęcia niweczy szansę na budowę struktury niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej od nowa, z dopasowaniem wielkości i struktury zasobów do usług, za które można pozyskać zwrot kosztów.

Zgodnie z ustawą o zakładach, przy każdym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym oraz organem doradczym dyrektora zakładu (art. 44b ustawy). Wśród zadań rady społecznej znajduje się przedstawianie opinii i wniosków w sprawie przekształcenia lub likwidacji zakładu opieki zdrowotnej, jego przebudowy, rozszerzenia lub ograniczenia działalności (art. 46 pkt 1c ustawy). Zanim do rady społecznej wpłynie formalny wniosek w sprawie zaopiniowania kierunków przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej, lub też zanim sama rada społeczna zechce wystąpić z takim wnioskiem do organu założycielskiego, warto poświęcić czas na gruntowne omówienie z członkami rady koncepcji przekształcenia i oczekiwanych korzyści. Pamiętać należy o różnorodnym składzie rady i wiążącej się z tym potrzebie przygotowania informacji zrozumiałej dla każdego. Warto i należy wysłuchać opinii członków rady oraz przedyskutować z nimi wstępne

założenia przekształcenia. Bardzo przydatne może okazać się przygotowanie i przedstawienie możliwości alternatywnych rozwiązań, ich atutów i słabości. Podjęcie takiego wysiłku przed zwołaniem zasadniczego posiedzenia rady społecznej (podczas którego będą podejmowane stosowne uchwały) może w znacznym stopniu wygasić obawy i przygotować podstawy do merytorycznych decyzji.

Podobnie, jak w przypadku rady społecznej, rozpoczęcie formalnej procedury przekształcenia samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej powinno zostać poprzedzone procesem sondowania stanowiska członków zarządu i radnych w kwestii ich stosunku do proponowanych zmian (dotyczy to sytuacji, gdy inicjatywę podejmuje nie organ założycielski, lecz dyrekcja zakładu). Przygotowanie informacji nie jest zadaniem prostym. Im bliżej wyborów samorządowych, tym skłonność radnych do wykorzystywania sytuacji zakładu opieki zdrowotnej w kampanii politycznej staje się większa. Niezależnie od opcji politycznej, najczęściej będziemy mieć do czynienia z obroną zakładu przed prywatyzacją i z walką o zachowanie jego publicznego charakteru w trosce o *dostęp do leczenia najuboższych mieszkańców danego terenu*. Bardzo często zmiana formy gospodarki finansowej i zmiana praw własności jest odbierana jako niebezpieczeństwo utraty praw do nieodpłatnego leczenia w nowej jednostce. Potrzebna jest więc dobrze przygotowana kampania informacyjna, zmniejszająca niechęć do tego typu zmian i wyjaśniająca, że zmiana formy własności i zasad gospodarki finansowej nie oznacza zmian w zasadach dostępu do usług, może natomiast istotnie polepszyć jakość tej opieki.

Ważne znaczenie ma przekonanie do zmiany lokalnych, opiniotwórczych polityków. Niekiedy interes organu założycielskiego może być sprzeczny z interesem lokalnych polityków. Może bowiem zdarzyć się, i z takimi faktami mamy już do czynienia, że samorząd z przekonaniem będzie dążył do przekształcenia jakiejś placówki terenowej, dysponując dobrą koncepcją zabezpieczenia świadczeń przez pozostałe zakłady opieki zdrowotnej, ale racje te na wiele się nie zdadzą, jeżeli przeciwnikami zmian będą lokalni liderzy, stra-

szący mieszkańców wizją pozbawienia dostępu do świadczeń.

Proces przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest zasadny wtedy, gdy istnieje możliwość przejścia przez nowy podmiot kontraktu z płatnikiem. Obecnie i w najbliższej perspektywie dla większości niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej główne źródła finansowania będą pochodziły z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Rozpoczęcie rozmów z płatnikiem staje się w tych warunkach bardzo istotne. Oczekiwany rezultatem takich rozmów może być, np. trójstronne porozumienie zawarte pomiędzy płatnikiem, publicznym zakładem (planowanym do likwidacji) a nowym podmiotem, o cesji kontraktów na rzecz niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wystarczającym zabezpieczeniem interesów może też być

Gdy powstaje poważne zagrożenie dla miejsc pracy z tytułu utraty płynności finansowej przez zakład, postawy roszczeniowe ustępują konstruktywnemu myśleniu

uzyskanie pisemnego oświadczenia płatnika o gotowości do dokonania cesji po przeprowadzeniu procedury przekształcenia.

Rentowność w wielu obszarach opieki zdrowotnej przy obecnych zasadach finansowania nie jest na tyle wysoka, aby łatwo znaleźć chętnych do inwestowania. Dodatkowo decyzjom o prywatnych inwestycjach nie sprzyja niepewność odnośnie przyszłych zasad finansowania, zasada tworzenia sieci szpitali oraz zła kondycja finansowa publicznego płatnika. Znalezienie podmiotów zainteresowanych zainwestowaniem w instytucje powstające w następstwie likwidacji zakładu publicznego nie jest łatwe.

Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu

Pierwszą decyzją powinna być podjęta droga uchwały jednostki samorządu terytorialnego decyzja o przystąpieniu do likwidacji oraz wybór formy, w jakiej będzie prowadzony przyszły zakład. Jeżeli wolą samorządu jest współdziałanie w prowadzeniu nowego podmiotu w formie spółki

prawa handlowego, musi być podjęta uchwała o przystąpieniu do udziału samorządu w takiej spółce. Kolejnym krokiem jest podjęcie uchwały o postawienie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w stan likwidacji (art. 36 ustawy o zakładach).

Zadaniem organu założycielskiego są też następujące decyzje podjęte drogą uchwał: o zagospodarowaniu majątku pozostałego po likwidacji,

Proces przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest zasadny wtedy, gdy istnieje możliwość przejęcia przez nowy podmiot kontraktu z płatnikiem

określenie zadań dla likwidatora, powołanie likwidatora.

Wniosek w sprawie przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu może zostać złożony przez dyrektora zakładu, może być jednak również inicjatywą samego organu założycielskiego. Zgodnie z art. 46 ust. 1 lit. C ustawy o zakładach, wniosek taki podlega rozpatrzeniu i zaopiniowaniu przez radę społeczną zakładu. Inicjatywa może być jednak również po stronie samej rady społecznej, która nie tylko opiniuje, ale ma również uprawnienia do składania wniosków.

Przepisy art. 36. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej określają, że (...) *tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze zarządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego, chyba że przepisy ustawy lub przepisy odrębne stanowią inaczej*. W dalszej części ustawy w art. 43 ust. 1 określono obowiązki wskazania w uchwale sposobu i formy zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalszego, nieprzerwanego udzielania takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości.

Uchwała o likwidacji powinna wskazywać także termin zakończenia działalności, nie wcześniej niż 3 miesiące od daty jej podjęcia. W uchwale o likwidacji należy określić również

przeznaczenie majątku likwidowanego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Majątek ten może być, np. wniesiony aportem do spółki, jeżeli samorząd decyduje się na taką formę prowadzenia nowego podmiotu, ale w przypadku likwidacji zakładu obciążonego długami, majątek w pierwszej kolejności musi być przeznaczony na spłatę długów. Owo przeznaczenie może być powiązane ze sprzedażą i z wynajmem majątku w celu uzyskania środków na spłatę długów, ale może też mieć miejsce umowa najmu (dzierżawy) na wiele lat, przy czym zamiast wpłat za użytkowanie majątku trwałego, najemca spłaca zobowiązania w imieniu organu założycielskiego zlikwidowanego zakładu.

Prace kończyć powinna uchwała o przyjęciu bilansu likwidacji, a bilans przedstawia likwidator po zakończeniu całego procesu likwidacji.

Procedura likwidacyjna

W ustawie o zakładach brak jest przepisów dotyczących procedury likwidacyjnej. Opierając się jednak na przepisach wykonawczych do ustawy z 30 sierpnia 1996 roku o prywatyzacji i komercjalizacji przedsiębiorstw państwowych (DzU 2002 Nr 240, poz. 2055 tekst jednolity) można przyjąć poniższy tok postępowania.

W ramach prac przygotowawczych jednostka samorządu terytorialnego powinna podjąć działania, zmierzające do opracowania założeń do likwidacji. Zadanie to może zostać powierzone bądź zarządowi, bądź wyodrębnionemu zespołowi złożonemu z prawników, finansistów i innych kompetentnych osób. Wynikiem takich prac powinno stać się:

- ▶ przygotowanie harmonogramu likwidacji,
- ▶ przygotowanie planu finansowego likwidacji,
- ▶ wyznaczenie i opisanie zadań dla likwidatora,
- ▶ określenie wstępnego terminu zakończenia likwidacji.

Dopiero na podstawie tak przygotowanych założeń powinno się przystąpić do konstruowania umowy z likwidatorem. Umowa z likwidatorem powinna więc w rezultacie zawierać:

- ▶ opis zadań likwidatora,
- ▶ harmonogram i terminy procesu likwidacji,
- ▶ określenie zakresu i sposobu postę-

powania z mieniem likwidowanego zakładu (sprzedaż, dzierżawa, aport do spółki),

- ▶ harmonogram i kolejność spłaty zadłużenia likwidowanego zakładu,
- ▶ określenie sposobu rozwiązywania umów z pracownikami,
- ▶ określenie sposobu rozwiązania innych umów, zawartych przez likwidowany zakład (zarówno umów z dostawcami, jak i umów z podmiotami korzystającymi z usług zakładu lub dzierżawiących majątek tego zakładu).

Likwidator może być zatrudniony przez jednostkę samorządu terytorialnego na podstawie umowy o pracę albo (co wydaje się właściwsze) na podstawie umowy cywilnoprawnej. Zamknięcie procesu likwidacji – to wykreślenie samodzielnego publicznego zakładu z rejestru wojewody i z Krajowego Rejestru Sądowego. W przypadku, gdy na bazie mienia pozostałego po likwidacji publicznego zakładu ma być utworzony zakład niepubliczny, a mienie to ma być wydierżawione, sprzedane lub wniesione aportem do spółki mającej prowadzić ten zakład, niezbędne jest dokładne określenie jego wartości rynkowej. Koszty wyceny majątku obciążają jednostkę samorządu terytorialnego właściwą dla likwidowanego zakładu. Ustawa o zakładach (art. 44 ust. 2) nakłada obowiązek konsultowania przez wnioskodawcę projektu likwidacji samodzielnego publicznego zakładu. Projekt likwidacji, zawierający również określenie sposobu zapewnienia nieprzerwanego dostępu mieszkańców do świadczeń zdrowotnych (art. 43 ust. 1), musi zostać skierowany do zaopiniowania do wojewody oraz do właściwych organów gminy i powiatu, mieszkańcom których zakład udziela świadczeń zdrowotnych. Jeśli zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub jego znaczną część, opinię powinien wydać także sejmik wojewódzki.

Obowiązek zasięgnięcia opinii nie wiąże się z koniecznością jej przyjęcia przez wnioskodawcę. Jednostka samorządu terytorialnego, kierująca projektem likwidacji do zaopiniowania na ogół nie czyni tego pochopnie, bez rozpoznania wszystkich wrażliwych punktów przedsięwzięcia, szczególnie w obliczu możliwych protestów różnych środowisk. Obowiązek zasię-

gnięcia opinii nie powinien być jednak traktowany jako wymóg formalny. Przy dobrze przygotowanej koncepcji likwidacji, jednostka samorządu terytorialnego bez trudu potrafi znaleźć merytoryczne uzasadnienia dla nieuwzględnienia negatywnych opinii.

Pominięcie któregoś z organów określonych w art. 44 ust. 1 powoduje, że podjęta uchwała o likwidacji może być skutecznie zaskarżona. Przypadki takie były już notowane w Polsce.

Rozpoczęcie procedury likwidacyjnej powoduje, że zaczynają zachodzić nieodwracalne w zasadzie zmiany. Część (czasem najlepszych) specjalistów podejmuje decyzję o zmianie pracodawcy, niektóre dziedziny działalności zakładu ulegają wygaszeniu lub zostają przejęte przez inne podmioty obecne na rynku. W tej sytuacji bardzo ważną staje się koordynacja czasowa, aby w ostatnim dniu funkcjonowania zakładu podmiot przejmujący jego zadania był rzeczywiście przygotowany do świadczenia usług medycznych. Wymaga to uzyskania szeregu wpisów, opinii, zgód czy rejestracji, czynności w polskich realiach bardzo czasochłonnej.

Kolejność działań przy powoływaniu nowego podmiotu

Przygotowania do uruchomienia nowego podmiotu działającego jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej obejmują: wybór inwestora (inwestorów) lub współnika (wspólników), przygotowanie umowy dzierżawy lub sprzedaży mienia likwidowanego zakładu, powołanie spółki – właściciela mającego powstać niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, zarejestrowanie spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym, powołanie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, zarejestrowanie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej i wreszcie przejście kontraktu z płatnikiem.

Wybór sposobu zagospodarowania majątku pozostałego po likwidowanym zakładzie należy do kompetencji jednostki samorządu terytorialnego. Wniesienie przez jednostkę samorządu majątku w formie aportu do tworzonej spółki pozostawia sa-

morządowi istotny wpływ na realizację zadań przez nowy podmiot, tj. przede wszystkim egzekwowanie nieporozumień warunków udzielania świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców. Przy omawianiu ewentualnych partnerów prywatyzacji wskazaliśmy na wady wynikające ze zbycia majątku w wyłączne władanie inwestora zewnętrznego. Również i w takim wypadku jednostka samorządu terytorialnego może zabezpieczyć swoje polityczne interesy, konstruując w odpowiedni sposób umowę dzierżawy. Zabezpieczenia takie przy umowie sprzedaży mienia są prawnie niemożliwe do wyegzekwowania (właściciel ma prawo swobodnego decydowania o przeznaczeniu swego majątku).

Konstruując umowę dzierżawy warto uwzględnić kilka poniższych uwag.

Forma – dzierżawa pozostawia majątek w rękach właściciela, pozwala kontrolować zgodnie z umową wykorzystanie majątku i wpływać na sposób realizowania umowy.

Termin – musi uwzględniać perspektywę czasową zwrotu nakładów poniesionych przez dzierżawcę. Umowa powinna zawierać możliwość przedłużenia terminu obowiązywania, ale od początku należy brać pod uwagę długi okres, np. 10–15 lat, a dla dużych zakładów, np. szpitali nawet ponad 20 lat.

Cena użyczenia majątku – konieczność utrzymania przez dzierżawcę takiego zakresu działalności, jaki miał likwidowany, zadłużony zakład, oznaczać może ryzyko poniesienia strat. Perspektywy wprowadzenia nowych, lepiej płatnych świadczeń, uzależnione są od wielu nieprzewidywalnych czynników, zmian w systemie ochrony zdrowia, wysokości środków w systemie itp. W tej sytuacji cena nie powinna stać się barierą dla ewentualnego kontrahenta podejmującego takie ryzyko.

Spłata zobowiązań publicznego zakładu – umowa może przewidywać zobowiązanie dzierżawcy do zaspokojenia wierzycieli. Ważnym jest tu wyznaczenie realnych ram czasowych, bowiem trudno spodziewać się, aby każdy dzierżawca zdolny był do jednorazowego wykupienia zobowiązań. Umowa może przewidy-

wać kompensowanie kwoty skupionych zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu z planowanymi przychodami z dzierżawy za odpowiedni okres.

Gwarancje odnośnie struktury usług – umowa może zawierać zastrzeżenie, że dzierżawca zobowiązany jest do kontynuacji działalności zakładu oraz pozostawienia takiego zakresu świadczeń, który jest potrzebny społeczności lokalnej (np. internia, chirurgia).

Gwarancje inwestycyjne – kontrahent powinien być zobowiązany w umowie do zainwestowania określonej minimalnej kwoty, gwarantującej rozwój instytucji. Dla uniknięcia nieporozumień kontrahent powinien wskazać plan inwestycyjny i źródła jego finansowania.

Gwarancje dla pracowników – przewidywany w nowych warunkach plan zatrudnienia powinien być jasny i czytelny dla wszystkich grup zawodowych. Gwarancje w rozumieniu pakietu socjalnego mogą nadmiernie ograniczać możliwości przeprowadzenia przez kontrahenta niezbędnych zmian.

Tworzony podmiot może przyjąć formę spółki akcyjnej lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. W pierwszym przypadku minimalny kapitał zakładowy musi wynieść 50 tys. PLN (art. 154 §1 ustawy z 5 września 2000 roku – kodeksu spółek handlowych, zwanej dalej ustawą KSH), w drugim 500 tys. PLN (art. 308 §1 ustawy KSH). Z powodów finansowych oraz z uwagi na mniej skomplikowane procedury formalne związane z prowadzoną działalnością, korzystniejszym wydaje się założenie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

Utworzenie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością wymaga:

- ▀ zawarcia umowy spółki w formie aktu notarialnego o treści ustalonej na spotkaniu organizacyjnym wspólników,
- ▀ wniesienia przez wspólników wkładów na pokrycie całego kapitału zakładowego,
- ▀ powołania Zarządu,
- ▀ ustanowienia Rady Nadzorczej (nie jest wymagane),
- ▀ wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.

Z chwilą zawarcia umowy, powstaje spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w organizacji (art. 161 §1 ustawy KSH), co pozwala kontynuować wszystkie dalsze działania, niezbędne do powołania i rejestracji niepublicznego zakładu.

Po zarejestrowaniu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością nabywa osobowość prawną, przejmuje też prawa i obowiązki spółki w organizacji. Do dalszych czynności należą:

- ▶ rejestracja spółki w ZUS,
- ▶ rejestracja spółki w urzędzie skarbowym (NIP),
- ▶ rejestracja spółki w urzędzie statystycznym (numer REGON),
- ▶ otwarcie rachunku bankowego.

Z chwilą wpisu do rejestru sądowego spółki z ograniczoną odpowiedzialnością uzyskuje osobowość prawną.

Powstanie spółki umożliwia podjęcie dalszych kroków – utworzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zarząd spółki powinien podjąć następujące działania:

- ▶ podjąć uchwałę o utworzeniu niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- ▶ nadać utworzonemu zakładowi statut (zgodnie z art. 11 ustawy o zoz),
- ▶ spełnić wymagania art. 9 ustawy, dotyczące wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (wymagania ustala Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 21 września 1992 roku),
- ▶ pozyskać do pracy fachowy personel medyczny, upoważniony do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 10 ust. 1 ustawy o zakładach).

Spełnienie ww. wymagań pozwala rozpocząć procedurę rejestracji w rejestrze zakładów opieki zdrowot-

nej. Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru prowadzonego przez wojewodę. Wniosek o rejestrację musi zawierać (art. 6 ust. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2000 roku, DzU Nr 74, poz. 864):

- ▶ wykaz jednostek organizacyjnych zakładu,
- ▶ wykaz komórek organizacyjnych zakładu,
- ▶ wykaz osób wykonujących w zakładzie zawody medyczne wg grup zawodowych,
- ▶ dokumenty potwierdzające kwalifikacje kadry medycznej,
- ▶ dyplom i dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu kierownika zakładu,
- ▶ uchwałę o utworzeniu zakładu,
- ▶ statut zakładu,
- ▶ dokument stwierdzający uprawnienia do budynku lub lokalu, w którym prowadzona będzie działalność zakładu,
- ▶ wykaz aparatury i sprzętu medycznego, stanowiącego wyposażenie zakładu,
- ▶ opinię organu inspekcji sanitarnej o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu,
- ▶ uchwałę powołania kierownika zakładu,
- ▶ oświadczenie kierownika zakładu o przyjęciu obowiązków wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie przez niego wymagań fachowych.

Wpis do rejestru dokonywany jest przez wojewodę po sprawdzeniu spełnienia wymogów. Kolejnym krokiem po uzyskaniu wpisu w rejestrze jest złożenie wniosku o rejestrację w KRS, a następnie wniosków w ZUS, urzędzie skarbowym i urzędzie statystycznym.

Należy zwrócić uwagę na konieczność spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Może się bowiem zdarzyć, że pomieszczenia, z których korzystał zakład publiczny nie budziły zastrzeżeń inspekcji sanitarnej, ale są uważane za niewłaściwe, jeśli zechce w nich podjąć działalność zakład niepubliczny. Działającym zakładom przysługuje czas na dostosowanie się do obowiązujących przepisów, ale nowy zakład powinien spełniać wymagania już w momencie podjęcia działalności i rzadko może być mu wyznaczony czas na dostosowanie.

Zakończenie

Zamiarem autorów nie jest ani propagowanie procesu likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ani propagowanie procesu masowego przekształcania ich w spółki. Odchodzenie od tej formy gospodarki finansowej, która jest właściwa publicznym zakładom samodzielnym powinno być poprzedzone analizą zasadności takiej zmiany, z uwzględnieniem konkretnych uwarunkowań lokalnych. Jeśli następstwem takiej analizy będzie decyzja o likwidacji samodzielnego zakładu i decyzja o działaniach sprzyjających tworzenia innego zakładu, w tym z prywatnymi prawami własności, przedstawione opracowanie może być pomocne w realizacji tych decyzji. Oczekujemy również, że opracowanie może być pomocne w dyskusjach o projektach nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w tym w dyskusjach o zakresie autonomii, jaką powinien mieć dyrektor zakładu, któremu powierzono publiczny majątek trwały w celu zapewniania świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych.

Dr Katarzyna Tymowska jest kierownikiem Podyplomowego Studium Ekonomiki Zdrowia Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, współautorką ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku, projektu ustawy z 1998 roku o samorządowej opiece zdrowotnej, specjalistką z zakresu ekonomiki zdrowia. Mgr Andrzej Musiałowicz jest menedżerem opieki zdrowotnej, posiada wieloletnie doświadczenie z zakresu zarządzania finansami zakładów opieki zdrowotnej, jest wykładowcą Podyplomowego Studium Ekonomiki Zdrowia, członkiem Zarządu prywatnego szpitala w Puszczykowie.