

Przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego na przykładzie Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie – aspekty zarządcze i prawne

Paweł Lipowski  <https://orcid.org/0000-0002-5056-1848>

Katarzyna Łazarz

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Paweł Lipowski, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, pawel.lipowski@uj.edu.pl

Abstract

Transforming SPZOZ into a commercial company based on the example the Specialist Hospital Ludwik Rydygier in Krakow

The topic that often arouses controversy in the health-related discourse conducted by politicians is the issue of ownership transformations of public healthcare providers operating in the form of SPZOZ. These changes take place in Poland most often on the initiative of local government units, which are the so-called “creating subjects” of SPZOZ, since the 1990s and it can be assumed that they will also take place in the future. It should be assumed that this type of function reform of healthcare providers should be aimed at improving the economic and financial situation and, consequently, the conditions for providing medical services to patients, also defined as health security.

The aim of this article is to present selected legal provisions relating to the issue of transforming SPZOZ into a commercial company based on the example of such changes carried out by the Małopolska Voivodeship on the basis of the Act of 1991 on healthcare providers in the form of the liquidation of the Specialist Hospital Ludwik Rydygier in Krakow and the establishment of the Voivodeship Company on its basis, continuing medical care.

Key words: SPZOZ, liquidation, medical services, ownership transformations

Słowa kluczowe: SPZOZ, świadczenia medyczne, przekształcenia własnościowe, likwidacja.

Wprowadzenie

Wiele lat polskich reform w różnych dziedzinach gospodarki wciąż nie było w stanie sprostać wymaganiom postawionym przed sektorem ochrony zdrowia. Niestabilna sytuacja w dziedzinie udzielania świadczeń medycznych nadal jest istotnym i nierozwiązanym problemem społecznym, pomimo licznych prób jej poprawy, sięgających aż lat 90. XX wieku¹. Szpitale jako placówki medyczne udzielające specjalistycznych świadczeń medycznych były szczególnie dotknięte problemami ekonomiczno-finansowymi, takimi jak brak płynności finansowej, rosnące zobowiązania wymagalne, wzrost kosztów obsługi zadłużenia i narastające

straty bilansowe [1]. Sytuację tę ilustruje poziom długu publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wśród których znajdowały się szpitale, wynoszący blisko 12 mld zł w 1998 r. [1, 2].

Wprowadzenie reform w systemie ochrony zdrowia stało się nieuniknione ze specjalnym naciskiem na reformę sektora szpitalnictwa i jego kluczowego problemu, jakim była zapaść finansowa placówek medycznych. Zmiany te zapoczątkowano już w 1991 r., kiedy uchwalono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, która m.in. wprowadziła definicje zakładu opieki zdrowotnej i świadczenia zdrowotnego, określając przy tym zasady funkcjonowania wyżej wymienionych placówek jako miejsc udzielania takich

świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów publicznych, tj. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ)². Przywołana ustawa stworzyła również ramy prawne do wprowadzenia radykalnych zmian w aspektach finansowych i organizacyjnych funkcjonowania specyficznej kategorii zakładów opieki zdrowotnej, jakimi były i są szpitale. Rzeczywistość funkcjonowania tych instytucji jako SPZOZ – uznawanych niekiedy (nieśluszenie) za organizacje *non-profit* – zweryfikowała jednak przyjęte rozwiązania prawne.

Rok 1997 przyniósł kluczową zmianę w postaci ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która weszła w życie 1 stycznia 1999 r. zmieniając organizację systemu ochrony zdrowia przede wszystkim poprzez przeniesienie finansowania udzielania świadczeń medycznych z budżetu państwa na kasy chorych³. Na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały one zastąpione, jednym płatnikiem publicznym – Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ)⁴. Jednakże i ta reforma nie rozwiązała problemu finansowego szpitali, które *in gremio* nadal się zadłużały. Wprowadzony nowy płatnik systemu ubezpieczenia zdrowotnego (kasy chorych, a następnie NFZ) miał bowiem niewielki wpływ na oczekiwaną przez reformatorów poprawę kondycji finansowej SPZOZ. Skupiał się głównie na swoich nadrzędnych zadaniach ustawowych, czyli na tzw. kontraktowaniu świadczeń medycznych i zapewnieniu do nich dostępności.

Narastające globalne zadłużenie szpitali i liczne problemy z ich funkcjonowaniem skłoniły polityków zdrowotnych do rozważenia przekształceń własnościowych jako jednej z możliwości rozwiązań wyraźnie odczuwalnych przez pacjentów trudności przede wszystkim w dostępie do świadczeń medycznych. Następnie podejmowano kolejne próby reformy systemu opieki zdrowotnej w ramach programów ministerstwa zdrowia, a były to m.in.: Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia (realizowany od 1999 r.), Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia (realizowany w latach 1999–2001) oraz programy działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia (realizowane w latach 2002–2003) [3].

Należy przy tym zaznaczyć, że brak wystarczających podstaw prawnych pozwalających na bezpośrednie przekształcenia SPZOZ po 1999 r., nie zahamował jednak procesu przekształceń własnościowych tych podmiotów, a szpitale stopniowo zmieniały swoją formę organizacyjno-prawną. Z ogółu 634 placówek, funkcjonujących na 31 grudnia 1999 r. do pierwszego I półrocza 2008 r., uchwałami jednostek samorządu terytorialnego (j.s.t.) w dopuszczalnej wówczas drodze likwidacji SPZOZ przekształcono 65 szpitali, co stanowiło 9,7% wszystkich szpitali publicznych w Polsce [4]. Z kolei w odniesieniu do działających w okresie od 1999 r. do 2010 r. 581 szpitali zmiany organizacyjno-prawne dotyczyły 114 podmiotów, co stanowiło 19,6% ogółu wszystkich szpitali prowadzonych jako SPZOZ (wzrost o 11,3 p.p. w porównaniu do 1999 roku i o 4,3 p.p. w porównaniu z 2009 r.). Można dodać, że na 30 czerwca 2014 r. liczba wszystkich szpitali

w Polsce wynosiła 1 078, a od 1999 r. do wskazanej daty przekształceniami organizacyjno-prawnymi objęto 174 szpitale, tj. 16% łącznej ich liczby [5].

Pomimo wskazanych prób wprowadzania zmian ukierunkowanych na poprawę warunków organizacyjnych i finansowania sytuacja szpitali nie uległa znaczącej poprawie [6]. Co więcej, Najwyższa Izba Kontroli w 2011 r. zauważyła, że zmiany struktury organizacyjnej zakładów opieki zdrowotnej (w szczególności dokonywane w drodze likwidacji SPZOZ ich przekształcenia w spółki) nie zlikwidowały deficytu finansowego tych zakładów oraz nie poprawiły dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej. Krótki okres funkcjonowania zbadanych przez NIK spółek kapitałowych, powstałych w miejsce zlikwidowanych szpitali publicznych, nie pozwolił jednak na pełną ocenę przyjętych rozwiązań oraz efektów uzyskanych w wyniku dokonanych zmian [7].

Można zatem uznać, że decyzja j.s.t. jako organu założycielskiego o przekształceniu SPZOZ w drodze jego likwidacji i przejęciu zadań w zakresie udzielania świadczeń medycznych przez inny (nowy) podmiot, mająca *par excellence* wymiar polityczny, mogła opierać się na jedynej dopuszczalnej wówczas tej właśnie drodze prawnej.

■ Uwarunkowania prawne przekształcania SPZOZ w spółki prawa handlowego – regulacja ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej

Każdym systemem ochrony zdrowia kreuje określona polityka zdrowotna, która przesądza o jego charakterze i celach. Skuteczność przekształceń organizacyjno-prawnych świadczeniodawców publicznych, takich jak SPZOZ, powinna być determinowana przez obowiązujące przepisy prawne. Do dnia 1 lipca 2011 r. obowiązywała w tym zakresie wyżej przywołana ustawa o zakładach opieki zdrowotnej; została ona zastąpiona obecnie obowiązującą ustawą o działalności leczniczej⁵.

Działający na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej SPZOZ miał charakter kluczowego świadczeniodawcy przede wszystkim w systemie ochrony zdrowia rozpatrywanym w lokalnej perspektywie pacjenta. Podmiot ten był definiowany ustawowo jako zespół osób i składników majątkowych mający na celu udzielanie świadczeń medycznych i promocję zdrowia. Jak już sygnalizowano, w latach 1999–2011 zmiany w formie organizacyjno-prawnej SPZOZ były dokonywane poprzez przekształcenie ich w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ) na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz – zależnie od rodzaju j.s.t. działającej jako organ założycielski – na bazie odpowiednio ustawy o samorządzie gminnym⁶, ustawy o samorządzie powiatowym⁷ lub ustawy o samorządzie województwa⁸. Procesy te obejmowały w szczególności likwidację SPZOZ i utworzenie w jego miejsce NZOZ (także z udziałem kapitału prywatnego) lub przekształcenie komórek organizacyjnych (oddziałów, poradni) SPZOZ poprzez wydzierżawienie ich zasobów i przekazanie działalności (udzielania świadczeń medycznych) podmiotom prywatnym.

W przypadku likwidacji publicznego SPZOZ szczególne warunki zapewnienia wymaganej przez przepisy prawa kontynuacji udzielania świadczeń medycznych dla osób korzystających z tych placówek były określone w uchwałach organów stanowiących j.s.t., przy czym wymagano wskazania (nowego) podmiotu przejmującego prawa i obowiązki likwidowanego ZOZ. W procesie tym należało także uzyskać opinie na temat sposobu zapewnienia dostępności do świadczeń medycznych właściwego wojewody oraz j.s.t., z których pochodzili pacjenci likwidowanego zakładu. Uchwała o likwidacji SPZOZ jako potwierdzenie decyzji o zakończeniu jego działalności stanowiła po upływie trzymiesięcznego terminu (liczonego od dnia jej wydania) podstawę do wykreślenia takiego zakładu z rejestru zakładów opieki zdrowotnej (co oznaczało *de facto* i *de iure* zaprzestanie udzielania świadczeń medycznych).

Warto zaznaczyć, że w kontekście pracowników tak rozumiane przekształcenie SPZOZ (w drodze likwidacji) nie wpływało znacząco na ich status, gdyż nowy podmiot przejmujący zadania takiego zakładu (NZOZ) stawał się automatycznie stroną w dotychczasowych stosunkach pracy. Pracownicy mieli również prawo do rozwiązania stosunku pracy bez wypowiedzenia w określonym terminie od powiadomienia o ich faktycznym „przeniesieniu” do nowego miejsca pracy (rozwiązanie stosunku pracy w tym trybie powodowało dla pracownika skutki, jakie przepisy prawa pracy wiązały z rozwiązaniem stosunku pracy przez pracodawcę za wypowiedzeniem). Oprócz tak rozumianego przekształcenia SPZOZ istniała możliwość połączenia się takiego podmiotu w trybie określonym także w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Przed 2009 r. przekształcenia SPZOZ w spółki przebiegały w bardzo wolnym tempie, co wpłynęło na utrwalenie w potocznym języku określenia „pełzająca komercjalizacja” [2]. Ten stan rzeczy miał wiele źródeł. Najważniejsze z nich obejmują: brak politycznej woli większości j.s.t., brak zcentralizowanej koordynacji i ustawowego wsparcia oraz znaczny opór ze strony społeczeństwa. Paradoksalnie, proces restrukturyzacji (czasem nazywany „komercjalizacją SPZOZ”) poprzez likwidację i przejęcie długów przez organ założycielski był najbardziej opłacalny dla szpitali, które cieszyły się stosunkowo dobrą sytuacją finansową, ponieważ miały niewielkie zadłużenie, a decyzję o komercjalizacji podejmowano w celu zapobieżenia narastaniu zadłużenia. Szpitale z większym długiem napotykały wówczas na znaczne trudności ekonomiczne w procesie restrukturyzacji, wynikające z przepisu art. 60 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który określał, że dług likwidowanego zakładu staje się zobowiązaniem jego organu założycielskiego. W praktyce przeszkodą w decyzji o likwidacji zadłużonego szpitala były również przepisy ustawy o finansach publicznych⁹, które ograniczały poziom zadłużenia j.s.t. do 60% wykonanych dochodów tej jednostki w roku budżetowym (art. 170 ust. 1 ww. ustawy). W wielu przypadkach długi szpitali były na tyle duże, że znacząco przewyższały ten poziom, uniemożliwiając samorządom przekształcanie SPZOZ poprzez ich likwidację.

Wszystkie te czynniki spowalniały proces przekształceń, a do momentu przyjęcia w 2009 roku kolejnego rządowego programu (tzw. planu B) samorządy przekształciły

w spółki jedynie niewielką liczbę szpitali. Program ten, funkcjonujący pod oficjalną nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, został zatwierdzony uchwałą Rady Ministrów i stanowił alternatywę dla wcześniej odrzuconego w parlamencie zestawu „ustaw zdrowotnych”¹⁰. W nadrzędnym założeniu tzw. plan B miał stanowić znaczącą zachętę ekonomiczną (poprzez przyznawanie dotacji) dla j.s.t., aby dobrowolnie podjęły działania restrukturyzacyjne względem „własnych” SPZOZ. Dzięki wsparciu finansowemu, zgodnie z wyżej przywołanym programem, miano eliminować bariery wynikające ze wskazanych przepisów. Choć plan B nie wprowadzał nowych podstaw prawnych w ramach samego procesu przekształcenia, to jednak udostępniał instrumenty finansowego wsparcia z budżetu państwa.

Plan ten przewidywał cztery warianty postępowania i procedury pozyskania środków z budżetu centralnego poprzez:

- likwidację SPZOZ i powołanie spółki przez j.s.t.,
- likwidację SPZOZ bez powołania spółki,
- likwidację „wydmuszki”, tj. SPZOZ, na bazie którego powstała spółka przejmująca większość jego działalności, a pozostał niewielki podmiot, który nadal generował zobowiązania,
- wsparcie dla SPZOZ już przekształconych.

Warto przy tym dodać, że udzielenie dotacji dla j.s.t., która zlikwidowała SPZOZ i utworzyła spółkę, poprzedziła prowadzona z ramienia ministra zdrowia ocena Banku Gospodarstwa Krajowego w zakresie możliwości realizacji przedstawionych przez te jednostki biznesplanów oraz ekonomiczno-finansowych aspektów propozycji restrukturyzacji i spłaty zobowiązań SPZOZ, powstałych w wyniku jego likwidacji. Ponadto wymagana była także ocena właściwego oddziały wojewódzkiego NFZ w zakresie możliwości osiągnięcia przewidywanych przychodów ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach tzw. kontraktu (tj. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Środki przekazywane w ramach planu B obejmowały umorzenie części zobowiązań publicznoprawnych (w szczególności składek na ubezpieczenia społeczne) i przyznanie dotacji na spłatę niewielkiej części zobowiązań cywilnoprawnych dla tych j.s.t., które zdecydowały się na przekształcenie swoich placówek w spółki kapitałowe, przy czym miało to się odbywać pod warunkiem, że j.s.t. obejmie 100% udziałów/akcji w spółce (odpowiednio: z ograniczoną odpowiedzialnością lub akcyjnej). Dodatkowo w zamian za dokonanie przekształcenia (nawet przed wejściem w życie wyżej wymienionego programu) j.s.t. mogły liczyć na dotację finansującą zobowiązania przejmowane przez te jednostki po likwidowanych SPZOZ. Potencjalną dotacją celową z budżetu państwa mogły zostać objęte zadania własne j.s.t., które nie były uwzględnione w tzw. kontraktach wojewódzkich, a związane z przejęciem zobowiązań od SPZOZ (na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Warto nadmienić, że zgodnie z pierwotnymi zamiarami plan B miał obowiązywać w latach 2009–2011, a na jego realizację przeznaczono 1381 mln zł z budżetu państwa.

Prognozowano także, że przeprowadzane przekształcenia spowodują zmniejszenie poziomu zobowiązań SPZOZ o 2,9 mld zł. Możliwość ubiegania się o przywołane środki istniała do końca 2013 roku.

Wracając do głównego nurtu rozważań, należy wskazać – co jest istotne z punktu widzenia niniejszej pracy – że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprowadziła również możliwość przekształcenia SPZOZ poprzez jego likwidację. Zasady te zostały zmodyfikowane w wyniku przyjęcia ustawy o działalności leczniczej, a następnie nowelizacji jej przepisów w 2016 roku¹¹.

Podczas procesu likwidacji SPZOZ i powołania w jego miejsce spółki w formie NZOZ, zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, całe zadłużenie SPZOZ było „przenoszone” na organ założycielski (j.s.t.), co stanowiło istotną ochronę interesów wierzycieli likwidowanego zakładu. Wprowadzono także zachętę w postaci celowych dotacji udzielanych przez ministra zdrowia dla organów założycielskich, mających na celu wsparcie spłaty przejętych zobowiązań. Jednym z warunków otrzymania pomocy finansowej przez j.s.t. na spłatę (przejętych) zobowiązań publicznoprawnych i cywilnoprawnych, objętych wspomnianym programem, było spełnienie określonych kryteriów. Obejmowały one m.in. wykreślenie SPZOZ z rejestru zakładów opieki zdrowotnej i Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), przejście wyżej przywołanych zobowiązań przez j.s.t., powołanie spółki kapitałowej (tj. spółki: z ograniczoną odpowiedzialnością lub akcyjnej), w której j.s.t. miała objąć wszystkie (odpowiednio) udziały lub akcje oraz przekazanie majątku ruchomego i nieruchomego takiej spółce w celu dalszego udzielania świadczeń medycznych.

Analizowane powyżej rozwiązania prawne znalazły swoje zastosowanie w przypadku przekształcenia Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie. Zmiany tej dokonało Województwo Małopolskie (WM), a odbyła się ona w ramach likwidacji SPZOZ oraz powołania na jego bazie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

Proces likwidacji oraz przejście zadań likwidowanego SPZOZ przez spółkę prawa handlowego na przykładzie Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

Data 1 sierpnia 1986 roku jest wskazywana jako moment formalnego założenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie (dalej: Szpital). Niemniej faktyczne prace nad jego budową oraz działania organizacyjno-techniczne związane z jego pełnym uruchomieniem trwały przez wiele lat po tej dacie. Te starania obejmowały w szczególności ustalanie struktury organizacyjnej, rekrutację personelu oraz wyposażenie placówki w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną. Istotną datą, którą można uznać za oficjalny początek działalności medycznej w Szpitalu, jest 20 czerwca 1996 roku, kiedy to placówka uzyskała wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

W okresie od 1986 roku do 1998 roku Szpital funkcjonował jako jednostka budżetowa podległa wojewodzie

krakowskiemu. Następnie, na mocy zarządzenia Wojewody Krakowskiego z dnia 28 lipca 1998 roku, placówka z dniem 1 stycznia 1999 roku została przekształcona w SPZOZ. Od właśnie tej daty, równocześnie z wyżej wspomnianą reformą administracji publicznej, związaną z wprowadzeniem trójstopniowego podziału terytorialnego państwa, nadzór nad Szpitalem przejął WM jako j.s.t.

W obliczu narastających trudności finansowych w Szpitalu w 2006 roku opracowano program naprawczy, którego głównym celem było poprawienie kondycji finansowej oraz zahamowanie niekontrolowanego narastania zadłużenia przy nakreśleniu perspektyw rozwoju dla tej placówki. Kolejne etapy restrukturyzacji w Szpitalu miały miejsce w latach 2007–2009 i objęły m.in. następujące obszary działalności: strukturę organizacyjną, koszty rzeczowe, majątek trwały i pozostałe zasoby, zarządzanie finansami i koszty finansowe, koszty zużycia materiałów i energii, majątek ruchomy i nieruchomości, zatrudnienie i inwestycje.

Przeprowadzona w latach 2006–2009 restrukturyzacja nie przyniosła jednak zamierzonych efektów, a głównym powodem takiego stanu rzeczy okazało się niewystarczające finansowanie świadczeń medycznych ze strony głównego płatnika, tj. NFZ. Największym wyzwaniem była (właśnie) wówczas niewielka wartość „kontraktu” zawartego z NFZ w porównaniu do potencjału Szpitala oraz brak odpowiedniego dostosowania prezentowanych przez tę placówkę dziedzin medycznych do potrzeb pacjentów. Podmiot ten we wskazanym okresie starał się przystosować swoje zasoby, np. liczbę łóżek na poszczególnych oddziałach, do zapotrzebowania pacjentów. Jednakże nie zawsze było to uwzględniane w zawartych kontraktach na kolejne okresy rozliczeniowe, a także w stosowanych wówczas tzw. przeniesieniach środków finansowych pomiędzy oddziałami w ramach ogólnej puli środków przewidzianych w kontraktach z NFZ. Ponadto działania mające na celu dostarczenie świadczeń medycznych zgodnie z oczekiwaniami pacjentów prowadziły Szpital do generowania tzw. nadwykonań, czyli wykonywania większej liczby świadczeń medycznych niż zakontraktowane. Generowanie ich wiązało się z późniejszymi trudnościami finansowymi, ponieważ Szpital wydawał znaczne środki finansowe na leczenie pacjentów, co często przekraczało zakontraktowane kwoty umów, które to z kolei nie były później w pełni pokrywane przez NFZ.

Można dodać, że innym istotnym problemem ówczesnie obowiązującego systemu rozliczeń z NFZ (zwłaszcza od drugiego półroczia 2008 roku) była niedostatecznie skorygowana wycena części procedur medycznych w ramach tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP), co wpływało na nieefektywność działalności niektórych oddziałów szpitalnych. Mimo podejmowanych w Szpitalu różnych działań reorganizacyjnych i oszczędnościowych w analizowanym okresie zbyt niska wycena procedur medycznych nie pokrywała kosztów ich świadczenia.

W związku z nadrzędnym problemem placówki, jakim było pozyskiwanie większych przychodów za udzielane świadczenia medyczne, instytucja ta rozważała już wówczas rozwijanie sfery usług komercyjnych, dopełniających potencjał poszczególnych oddziałów i poradni szpitalnych oraz

obejmujących rozwój tych dziedzin medycyny, na które istniało największe zapotrzebowanie ze strony pacjentów.

W takiej sytuacji w dniu 30 listopada 2009 roku Sejmik WM podjął uchwałę wyrażającą wolę uczestnictwa województwa małopolskiego we wspomnianym już planie B¹². Podjęta tą drogą decyzja o restrukturyzacji Szpitala wpisywała się w założenia tego programu. Argumentami przemawiającymi za przekształceniem placówki były m.in.: brak płynności finansowej, narastające zadłużenie, chęć ograniczenia kosztów względem rosnących zobowiązań, brak efektywnego wykorzystania zasobów, uporządkowanie wolumenu usług medycznych, poprawa ich jakości oraz zarządzania. W rezultacie uchwałą przyjęto program reorganizacji systemu ochrony zdrowia na obszarze WM, tj. określono w pierwszej kolejności zasady i harmonogram likwidacji Szpitala (funkcjonującego pod nazwą Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie jako SPZOZ) i powołania spółki kapitałowej prowadzącej NZOZ (pod nazwą Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.) – były to projekty uchwał Sejmiku WM stanowiące odpowiednio załączniki Nr 1 i Nr 2 do omawianej uchwały. Następnie określono analizę ekonomiczno-finansową (biznesplan), wskazującą możliwości i niezbędne warunki dla funkcjonowania Szpitala jako spółki z o.o. w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisania do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz NZOZ utworzonego przez spółkę, a także analizę możliwych do uzyskania przychodów z tytułu udzielania świadczeń medycznych w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisania do rejestru zakładów opieki zdrowotnej NZOZ utworzonego przez spółkę (załącznik Nr 3 do uchwały). Dodatkowo do wspomnianej uchwały dołączono: sprawozdania finansowe Szpitala za trzy lata poprzedzające rok, w którym złożono wniosek o udział w tzw. planie B (2006–2008) wraz z raportami i opiniami biegłego rewidenta, będącymi wynikami badań sprawozdań finansowych (załączniki Nr 4–6), a także propozycję restrukturyzacji i spłaty zobowiązań WM powstałych w wyniku likwidacji Szpitala (załącznik Nr 7). Wykonanie uchwały powierzono Zarządowi WM.

Następnie uchwałą z dnia 25 stycznia 2010 r. Sejmik WM wyraził zgodę na utworzenie wspomnianej jednoosobowej spółki województwa¹³. Celem tego rozwiązania było zapewnienie kontynuacji udzielania świadczeń medycznych po zakończeniu działalności medycznej przez Szpital działający w formie SPZOZ. Proces ten miał swoją kolejną („wykonawczą”) podstawę prawną w uchwale Zarządu WM z dnia 18 lutego 2010 roku, która określiła warunki i procedurę powołania tej jednoosobowej spółki województwa małopolskiego¹⁴. W akcie założycielskim, stanowiącym załącznik do uchwały, wskazano m.in., że WM jako instytucja odpowiedzialna za prowadzenie własnych działań związanych z ochroną zdrowia była inicjatorem spółki, która miała przejąć zadania związane z opieką zdrowotną po zakończeniu działalności medycznej przez likwidowany SPZOZ, włącznie z zatrudnionymi pracownikami i mieniem. Na podstawie tej uchwały wnoszono do spółki wkład pieniężny w wysokości 500 tys. zł, co miało służyć pokryciu 500 udziałów w kapitale zakładowym spółki o wartości nominalnej 1 tys. zł każdy, przy

cenie równej wartości nominalnej tych udziałów (kapitał zakładowy został w całości pokryty przez WM, a środki na realizację tego zadania pochodziły z jego budżetu).

Na podstawie aktu założycielskiego Zgromadzenie Wspólników (WM) powołało organy spółki, tj. radę nadzorczą i zarząd. Na czele tego ostatniego stanął prezes – dotychczasowy dyrektor Szpitala działającego w formie SPZOZ. W dniu 30 marca 2010 r. spółka została wpisana do rejestru przedsiębiorców (KRS).

Kolejnym etapem w procesie przekształcenia była likwidacja SPZOZ zapoczątkowana uchwałą Sejmiku WM z dnia 22 lutego 2010 r.¹⁵ W dokumencie tym wskazano, że wyżej wspomniana spółka, której jedynym udziałowcem było (i jest) WM, przejmuje świadczenie usług medycznych od SPZOZ. Na mocy tej uchwały od dnia 1 kwietnia 2010 roku rozpoczęto proces likwidacji Szpitala (jako SPZOZ), przy czym zakończenie działalności leczniczej (tj. udzielania „świadczeń zdrowotnych”) miało miejsce w dniu 30 czerwca 2010 r.; planowane zakończenie czynności likwidacyjnych miało nastąpić nie później niż do dnia 31 stycznia 2011 r.

Od dnia 1 lipca 2010 r. nowo utworzona spółka przejęła udzielanie świadczeń medycznych w dotychczasowym zakresie oraz miejscu. W trakcie procesu likwidacji SPZOZ uchwałą Zarządu WM został powołany likwidator, który zarządzał „SPZOZ w likwidacji”, realizując zadania określone we wspomnianych uchwałach¹⁶. Obowiązki likwidatora obejmowały w zakresie spraw finansowo-majątkowych: sporządzenie inwentaryzacji mienia likwidowanego SPZOZ na dzień poprzedzający dzień postawienia w stan likwidacji (tj. 31 marca 2010 r.) oraz na dzień zakończenia likwidacji, a także sporządzenie bilansu na dzień otwarcia likwidacji (tj. 1 kwietnia 2010 r.) i bilansu na dzień zakończenia likwidacji SPZOZ, a w zakresie „innych czynności”: windykację wymagalnych wierzytelności, „które w czasie trwania procesu likwidacji okazały się ściągalne” oraz zaspokojenie zobowiązań finansowych SPZOZ w ramach posiadanych środków finansowych i przedstawienie Zarządowi WM sprawozdania z przeprowadzonej likwidacji, w tym sprawozdania finansowego, tj. bilansu otwarcia i zamknięcia likwidacji.

Zarząd WM uchwałą z dnia 14 grudnia 2010 r. zaakceptował sprawozdanie finansowe SPZOZ za okres od 1 stycznia do 31 marca 2010 r.¹⁷ W tym czasie podmiot ten osiągnął stratę w wysokości (–) 6462,32 tys. zł, która zmniejszyła wysokość kapitału własnego. Bilans SPZOZ na dzień 31 marca 2010 roku zamknął się po stronie aktywów i pasywów kwotą 258 990,3 tys. zł. Na podstawie sprawozdania SPZOZ nie posiadał zobowiązań wobec budżetu państwa oraz gminy Miasta Kraków z tytułu uzyskania prawa własności budynków i budowli. Wskazano także m.in., że „na występujące w 2010 r. zobowiązania warunkowe związane z roszczeniami pacjentów wobec Szpitala w związku ze świadczeniem usług medycznych, zostały utworzone rezerwy w kwocie 1381 tys. zł”. Zaprezentowane sprawozdanie finansowe zostało ocenione przez biegłego rewidenta, który potwierdził jego poprawność i rzetelność; nie wymagało ono żadnej korekty. Istotne jest, że we wspomnianym okresie Szpital nie zaniechał żadnej z prowadzonych działalności.

Proces likwidacyjny został zakończony przyjęciem sprawozdania końcowego z przebiegu likwidacji, które likwidator złożył do UMWM. Zawierało ono sprawozdania finansowe z kolejnych okresów, tj. od 1 kwietnia do 31 grudnia 2010 r. oraz od 1 do 31 stycznia 2011 r. We wspomnianym sprawozdaniu zawarte zostały bilanse zamykające oraz rachunek zysków i strat.

Proces likwidacji, tym samym zakończenie działalności Szpitala jako SPZOZ, miał miejsce w (planowanym) dniu 31 stycznia 2011 r. Uchwałą z dnia 17 maja 2011 r. Zarząd WM zatwierdził „raport z likwidacji”, tj. formalnie zakończył postępowanie likwidacyjne (sprawozdanie z przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego SPZOZ za wskazane okresy)¹⁸. W konsekwencji na dzień 31 stycznia 2011 r. złożono wnioski o wykreślenie SPZOZ z KRS. Wykreślenie z rejestru zakładów opieki zdrowotnej (nr księgi Szpitala: 000000005613) nastąpiło na podstawie decyzji wojewody małopolskiego z dnia 1 lipca 2010 r. Z kolei wykreślenie z KRS miało miejsce 15 czerwca 2011 r.; decyzja stała się prawomocna 9 lipca 2011 r.

Dodatkowo Sejmik WM podjął w dniu 8 lipca 2011 r. uchwałę, wyrażając zgodę na wniesienie do spółki wkładu niepieniężnego (zorganizowanej części przedsiębiorstwa) o wartości do 248 mln zł¹⁹. Realizacją tej decyzji zajął się Zarząd WM w ramach uchwały z dnia 28 lipca 2011 r., która określiła, że zorganizowany zespół składników materialnych i niematerialnych o łącznej wartości 247 096 mln zł zostanie przekazany spółce w celu świadczenia usług zdrowotnych po zlikwidowanym Szpitalu (jako SPZOZ)²⁰.

Reasumując, uczestnictwo WM w tzw. planie B przyspieszyło decyzję o likwidacji największego szpitala wojewódzkiego, jakim ówczesnie była opisywana placówka, i utworzeniu na jego bazie spółki, kontynuującej – statutową dla Szpitala – działalność leczniczą. Proces przekształcenia SPZOZ w spółkę prawa handlowego prowadzącą NZOZ wymagał bowiem likwidacji istniejącej jednostki. W 2011 r. został zakończony *sui generis* projekt zainicjowany w 2009 r. wspomnianą uchwałą Sejmiku WM w sprawie przystąpienia województwa małopolskiego do tzw. planu B i przyjęcia programu reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na obszarze województwa.

Warto przy tym zaznaczyć, że zmiana formy prawnej analizowanego Szpitala z SPZOZ w spółkę z o.o. była niezbędna ze względu na obowiązujące przepisy prawne dotyczące pomocy finansowej zakładom opieki zdrowotnej. WM, realizując wspomniany program rządowy, uzyskało dotacje w wysokości 22 942,8 tys. zł, co stanowiło około 85% wielkości zobowiązań przyjętych po zlikwidowanej jednostce [8]. W efekcie spółka prowadząca Szpital rozpoczęła działalność bez obciążeń finansowych. Ponadto osiągnięto efekty, takie jak zabezpieczenie zatrudnienia pracowników, udostępnienie mienia w drodze umowy dzierżawy, wzmocnienie sytuacji finansowej placówki poprzez przychód z dzierżawy oraz możliwość korzystania z diagnostyki, co mogło przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług. Jak wskazał UMWM nie doszło do ograniczenia dostępności i jakości świadczonych usług medycznych, ponadto pomimo zmiany formy prawnej Szpitala warunki zatrudnienia pracowników nie uległy zmianie [9], co zasługuje na szczególne podkreślenie.

Uwarunkowania prawne przekształcania SPZOZ w spółki prawa handlowego – regulacja ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej

Zmiana koncepcji funkcjonowania omawianych placówek medycznych, uzasadniana także brakiem jednoznacznych przepisów ułatwiających funkcjonowanie SPZOZ na coraz bardziej konkurencyjnym rynku usług medycznych, była głównym powodem, dla którego ustawodawca zdecydował się na reorganizację podstaw prawnych tego segmentu systemu ochrony zdrowia, porzucając dotychczasową koncepcję zakładów opieki zdrowotnej i wprowadzając – na podstawie ustawy o działalności leczniczej – podmioty lecznicze. W wyżej przywołanej ustawie określono procedurę przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe (akcyjne lub z ograniczoną odpowiedzialnością) przy zachowaniu ich kluczowej funkcji, tj. udzielania świadczeń medycznych.

Przekształcenie na mocy obecnie obowiązującej ustawy powinno dokonywać się z udziałem „podmiotu tworzącego” (wcześniej określanego terminem „organ założycielski”), w szczególności j.s.t. Do przekształcenia zachęcała początkowo możliwość uzyskania częściowego umorzenia zobowiązań publiczno-prawnych oraz otrzymania przez podmiot tworzący dotacji celowej z budżetu państwa. W sytuacji, gdy podmiot ten zdecydował się przekształcić SPZOZ w spółkę kapitałową, (nowe) przepisy umożliwiały przeprowadzenie tego procesu zdecydowanie szybciej i efektywniej niż wcześniejsza regulacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Jak już wskazano, wcześniejszy proces przekształcenia SPZOZ wiązał się z wieloma etapami, w tym z „pozorną” likwidacją SPZOZ, następnie z tworzeniem nowej spółki oraz jej przekształceniem, a właściwie przejęciem zadań przez nowy zakład opieki zdrowotnej (NZOZ). Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła także istotne ułatwienie w postaci instrumentu prawnego, tj. aktu przekształcenia [10]. Na jego mocy spółka w tzw. kontynuacyjny sposób przejmowała wszystkie prawa i obowiązki zlikwidowanego zakładu.

Na marginesie należy zaznaczyć, że ustawa o działalności leczniczej przewidywała (i przewiduje) również procedurę łączenia SPZOZ-ów, co może nastąpić na dwa sposoby:

- przez przeniesienie całego mienia co najmniej jednego SPZOZ-u (przejmowanego) na inny (przejmujący),
- utworzenie nowego SPZOZ-u, powstałego z co najmniej dwóch łączących się SPZOZ.

Istotnym ułatwieniem w całym procesie połączenia SPZOZ, na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej, jest brak konieczności przeprowadzania procesu likwidacji jednostki, która była (i jest) przejmowana lub łączona. Zamiast tego przeprowadzenie fuzji nie wiąże się z formalnym procesem likwidacyjnym dla łączących się podmiotów. Można dodać, że w ramach procesu łączenia zakładów przepisy zawarte w art. 23¹ Kodeksu pracy stosuje się zarówno do pracowników zakładu, który jest przejmowany, jak i do pracowników zakładów, które łączą się ze sobą²¹.

Istotne jest przy tym podkreślenie, że ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej

oraz niektórych innych ustaw przyniosła istotne modyfikacje w procesie przekształcenia SPZOZ. Nowelizacja ta wprowadziła kilka kluczowych zmian, m.in. przywróciła ponownie możliwość tworzenia SPZOZ, zmianę procedury działania j.s.t. jako podmiotu tworzącego w przypadku wystąpienia straty netto SPZOZ oraz możliwość zmiany podmiotu tworzącego. Ponadto zmiana prawa miała na celu ujednolicenie terminologii poprzez zastąpienie terminu „przedsiębiorstwo” określeniem „zakład leczniczy” oraz sformułowania „ujemny wynik finansowy” pojęciem „strata netto”, stosowanym we wspomnianej ustawie o rachunkowości.

■ Ocena przyjętych rozwiązań na przykładzie analizy sytuacji organizacyjno-finansowej Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera jako SPZOZ i spółki

Formuła udzielania świadczeń medycznych jako SPZOZ była i jest nadal często postrzegana jako instytucja, która utrudnia szybki rozwój oraz ogranicza zdolność do podejmowania decyzji, szczególnie tych o charakterze strategicznym i długoterminowym. W rzeczywistości dobrze funkcjonujący tego typu zakład powinien cechować się zdolnością do elastycznego reagowania na zmieniające się warunki zewnętrzne, włączając w to przekształcający się rynek usług zdrowotnych, rozwijające się technologie medyczne oraz ewoluujące potrzeby pacjentów. Dlatego też według legislatorów – twórców ustawy o działalności leczniczej – rozważanym podejściem było utworzenie i zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej za pośrednictwem spółek prawa handlowego [11].

Zgodnie z informacjami podawanymi przez Szpital jest to jedna z największych i najważniejszych placówek medycznych w Krakowie i w Małopolsce. Przekształcenie Szpitala w spółkę prawa handlowego umożliwiło bardziej elastyczną i efektywną organizację pracy oraz zwiększenie niezależności finansowej i możliwości pozyskiwania nowych źródeł finansowania. Placówka jako spółka prawa handlowego posiada też większy potencjał w zakresie zawierania umów z innymi podmiotami, także w pozyskiwaniu środków na inwestycje i rozwój. Jako spółka prawa handlowego Szpital ma również szersze możliwości w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi i rozwoju kadry medycznej, co wpływa na poprawę jakości świadczonych usług. Przekształcenie tego podmiotu w spółkę prawa handlowego pozwoliło też na bardziej efektywne wykorzystanie jego zasobów i dostosowanie oferty medycznej do potrzeb rynku.

Według stanu na 31 grudnia 2022 r. kapitał zakładowy spółki wynosił 252 553 tys. zł, przy czym składał się z w pełni opłaconych 252 553 udziałów o wartości nominalnej 1 tys. zł każdy, 100% udziałów był własnością WM.

Osiągane wyniki finansowe przekładają się na pozytywnie oceniane wskaźniki rentowności. Wskaźniki płynności finansowej przyjmują wartości optymalne i wyższe na każdym poziomie płynności. Na podstawie sprawozdania finansowego za 2022 roku ocenia się, że Szpital „znajduje się w stabilnej sytuacji finansowej, znajdującej

odzwierciedlenie w pozytywnych wartościach wskaźników ekonomiczno-finansowych oraz gwarantującej terminowe regulowanie zobowiązań”. Wskaźniki rentowności przyjmują wartości świadczące o efektywnym prowadzeniu działalności. Wskaźniki płynności finansowej przyjmują wartości optymalne i wyższe na każdym poziomie płynności. Wskaźniki zadłużenia i wypłacalności wskazują, przewagę kapitału własnego w finansowaniu działalności spółki przy optymalnym udziale finansowania kapitałem obcym. Wskaźnik trwałości struktury finansowania świadczy o posiadaniu płynności długoterminowej [11].

Warto przy tym zaznaczyć, że sytuacja ekonomiczna spółek prowadzących szpitale – w skali kraju – wykazuje znaczące zróżnicowanie. Około jedna trzecia tych podmiotów cieszy się korzystną sytuacją finansową, podczas gdy równie liczna grupa boryka się z trudnościami w utrzymaniu zrównoważonej działalności [12].

Konieczność nieustannego prowadzenia procesów restrukturyzacji dotyczy również spółek kapitałowych. Brak takich działań może prowadzić do niestabilności sytuacji, także analizowanego Szpitala. Ważne, aby zrozumieć, że przekształcenie w spółkę nie jest uniwersalnym rozwiązaniem dla wszystkich problemów finansowych podmiotów leczniczych. Kluczowy czynnik sukcesu biznesowego stanowi bowiem jakość zarządzania, a nie jedynie forma prawna, w jakiej podmiot działa [13].

■ Zakończenie. Dyskusja i wnioski

Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku miała na celu otwarcie nowych możliwości jego rozwoju w kontekście: gospodarczym, ekonomicznym i społecznym. Zakładano również naprawę systemu ochrony zdrowia, który borykał się z trudnościami ekonomicznymi, chronicznym niedofinansowaniem, kiepskim zarządzaniem i brakiem odpowiedniego nadzoru, co tylko pogłębiało trudności funkcjonowania placówek medycznych.

Jednym z istotnych etapów mających na celu osiągnięcie pożądanej poprawy były zmiany regulacji prawnych. W pewnym sensie przygotowały one grunt dla planowanej restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia rozpatrywanej w perspektywie świadczeniodawców o statusie publicznym. Ważne jest przy tym podkreślenie, że proces ten nie został jeszcze zakończony i wciąż poszukiwane są odpowiednie rozwiązania ustawowe.

Z punktu widzenia polityki zdrowotnej istotne okazuje się dokonywanie oceny skutków tych działań, co może opierać się na dostępnych danych. Jednakże warto zwrócić uwagę, że dane te są nadal niewystarczające i wymagają dalszych badań. Z raportu NIK obejmującego okres od 2011 r. do końca kwietnia 2014 r., wynika, że spośród 174 szpitali objętych procesem przekształceń organizacyjno-prawnych tylko w 38 przypadkach j.s.t. zdecydowały się na sprzedaż swoich akcji lub udziałów [14].

Oznacza to, że w przypadku samorządu znaczna liczba szpitali przeszła w formę niepubliczną zamiast dążyć do pełnej prywatyzacji sektora szpitalnego [15]. Ten fakt był często wykorzystywany w debatach politycznych jako argument przeciwników przekształceń w ochronie zdrowia.

W przywołanym raporcie NIK podkreślono, że sytuacja finansowa szpitali przekształconych przed 2011 r. okresowo uległa poprawie w latach 2011–2013, ale pogorszyła się w 2014 r. W przypadku 25 placówek przekształconych w spółki kapitałowe po 2011 r., sytuacja finansowa również poprawiła się w latach 2011–2013, jednak w pierwszych czterech miesiącach 2014 roku nastąpiło jej pogorszenie [14].

Należy także zwrócić uwagę na nieprecyzyjne prognozy ministerstwa zdrowia dotyczące liczby j.s.t., które były zainteresowane przekształceniem SPZOZ w spółki oraz uzyskaniem dotacji z budżetu państwa. Zakładano, że przekształceniem zostanie objętych 500 podmiotów, podczas gdy w rzeczywistości dotacje otrzymały jedynie 34 j.s.t., które przekształciły 45 SPZOZ w spółki kapitałowe. W wyniku tego w latach 2011–2013 wykorzystano zaledwie 24% środków zarezerwowanych w budżecie państwa na wsparcie procesu przekształceń SPZOZ w spółki kapitałowe.

Kolejnym istotnym aspektem jest fakt, że NFZ to jedyny kluczowy płatnik publiczny za usługi zdrowotne świadczone w systemie ochrony zdrowia. Uzależnienie od umów zawartych z NFZ wpłynęło na strukturę przychodów działających w wyniku przekształcenia spółek, przede wszystkim w wyniku decyzji płatnika publicznego podejmowanych w kwestii kontraktowanych przez niego usług. Co więcej, taki model finansowy sprawił, że przeprowadzanie dokładnych analiz kosztów straciło na znaczeniu, ponieważ ceny usług były określane przez płatnika, a nie przez same spółki jako świadczeniodawców.

Podsumowując przekształcenie formy prawnej analizowanych placówek medycznych może przynosić korzyści, ale konieczne jest usprawnienie narzędzi zarządczych i kontrolnych. Analizy przeprowadzone przez NIK sugerują, że to nie tylko forma prawna, w jakiej jednostka funkcjonuje, wpływa na jej efektywność, ale przede wszystkim jakość zarządzania. Dodatkowo, istnieje potrzeba większego zaangażowania inwestycyjnego w jednostki, w których większość udziałów należy do sektora publicznego [16].

W ciągu ponad dwóch dekad, poczynawszy od 1991 r., rządzący podejmowali różnorodne działania, zwłaszcza w dziedzinie regulacji prawnych, które miały na celu znaczącą poprawę sytuacji finansowej szpitali oraz usprawnienie ich zarządzania w kontekście efektywności ekonomicznej na otwartym rynku usług medycznych. Wyrazem tych starań było szeroko zakrojone przekształcanie szpitali publicznych w podmioty niepubliczne. Pomimo wyraźnej dynamiki tego procesu prawdopodobnie przeszacowano korzyści, jakie planowano osiągnąć, nie uwzględniając w pełni potencjalnych zagrożeń. Zamiast przewidywanego wzrostu część podmiotów niepublicznych zaczęła ponownie się zadłużać, co mogło bezpośrednio wpływać na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, ponieważ ustawa o działalności leczniczej przewidywała możliwość likwidacji niepublicznych placówek szpitalnych w przypadku utraty ich płynności finansowej.

Sam kierunek zmian, który obrali rządzący, wydaje się słuszny, zwłaszcza w kontekście przywołanego w pracy Szpitala jako przykładu udanego przekształcenia. Przejście od sektora publicznego w sektor niepubliczny stwarzało możliwość odciążenia nadmiernie obciążonego systemu

opieki zdrowotnej „prowadzonego przez państwo”. Komercjalizacja szpitali na większą skalę mogłaby przynieść znaczący postęp w usprawnianiu systemu zdrowotnego. Konieczne byłoby jednak opracowanie skutecznych narzędzi zarządczych, które zwiększyłyby efektywność funkcjonowania przekształconych placówek oraz umożliwiłyby lepszy nadzór, a właściwie *par excellence* kontrolę nad ich finansami, zapobiegając potencjalnemu zadłużeniu. Wygląda na to, że dotychczas podejmowane inicjatywy reformatorskie, szczególnie te związane z restrukturyzacją systemu ochrony zdrowia, ograniczały się do reagowania na aktualne wyzwania, zamiast stanowić spójne podejście mające na celu długofalową poprawę efektywności działania systemu jako całości oraz jego poszczególnych elementów [17].

Należy również podkreślić, że w takiej właśnie perspektywie SPZOZ było nieefektywną formą prawną udzielania świadczeń medycznych, skutkującą z jednej strony zadłużaniem się tych instytucji (zwłaszcza szpitali), a z drugiej strony ograniczoną odpowiedzialnością podmiotów tworzących (j.s.t.) za zobowiązania tych jednostek. Kluczowym argumentem przemawiającym za analizowanymi przekształceniami SPZOZ w spółki kapitałowe było, sygnalizowane już wyżej, efektywniejsze zarządzanie *in concreto*, a także, co jest charakterystyczne dla takich spółek, skuteczniejsze pozyskiwanie kapitałów i wyższej jakości nadzór właścicielski.

Zmiana formy organizacyjno-prawnej SPZOZ – choć niezwykle istotna – stanowi jedynie etap na drodze do rzeczywistej restrukturyzacji powstałej na podstawie takiego podmiotu spółki. Posiadanie dogłębnej wiedzy na temat różnych typów restrukturyzacji oraz dostępnych metod jest niezbędnym krokiem w procesie opracowywania skutecznych narzędzi restrukturyzacji zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Restrukturyzacja w placówkach medycznych, w tym w szpitalach, wynika najczęściej z nadmiernego zadłużenia i zakłada – ze względów politycznych – przede wszystkim utrzymanie miejsc pracy, głównie wśród personelu medycznego. Zadłużenie placówek medycznych wymusza przy tym konieczność poszukiwania rozwiązań o charakterze prawnym, które pozwolą na ich przetrwanie i rozwój.

System opieki zdrowotnej w Polsce ma swoje umocowanie w Konstytucji RP, a władzom publicznym powierzone jest zadanie jego realizacji. Głównymi źródłami finansowania publicznej opieki medycznej są składki zdrowotne i dotacje, które jednak nie w pełni pokrywają koszty działalności publicznych placówek medycznych. Przekształcenie publicznych szpitali w spółki kapitałowe zgodnie z obowiązującymi przepisami zwiększa ich potencjał rozwoju. Warto także podkreślić, że powstałe spółki kapitałowe nie posiadają zdolności do zadłużania się, ponieważ podlegają reżimowi upadłości [18]. Jest to istotne zagrożenie związane z procesem przekształceń, albowiem SPZOZ zdolności upadłościowej nie posiada²².

Jednocześnie należy nadmienić, że przekształcenie SPZOZ w spółkę sprzyja nie tylko efektywnemu zarządzaniu, ale umożliwia także racjonalne gospodarowanie posiadanymi zasobami. Ponadto otwiera nowe możliwości uzyskiwania przychodów (zmiana statusu prawnego

szpitala umożliwia efektywniejsze pozyskiwanie środków inwestycyjnych oraz możliwość udzielania, poza nieodpłatnymi, również płatnych świadczeń medycznych w zakresie, w jakim nie są one finansowane ze środków NFZ). Spółki powstałe w wyniku przekształcenia SPZOZ mogą udzielać w pełnym zakresie świadczeń medycznych na zasadach komercyjnych, niemniej nie dotyczy ich zakaz udzielania za odpłatnością świadczeń tego samego rodzaju, co świadczenia zakontraktowane przez NFZ [19]. Ponadto mogą w szerszym zakresie nawiązywać współpracę z zakładami ubezpieczeń w formie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym (tzw. ubezpieczenia medyczne), a także podmiotami oferującymi tzw. pakiety medyczne.

W ten sposób tego rodzaju zmiana pozwala na poprawę efektywności *sensu largo* opieki zdrowotnej i jakości świadczonych usług, a także zapewnienie lepszej dostępności do świadczeń medycznych. Ważne jest przy tym, aby wykorzystanie bazy szpitalnej i sprzętu medycznego było bardziej racjonalne i produktywnie. Samo przekształcenie SPZOZ w spółkę kapitałową nie zapewnia polepszenia sytuacji finansowej, w wielu przypadkach konieczna okazuje się konsekwentna restrukturyzacja podmiotu [20].

Dokonując ostatecznej konstatacji, należy zauważyć, że – oprócz aspektów prawnych – zarządzanie

analizowanym SPZOZ wymagało podejścia menadżerskiego, wiedzy ekonomicznej wśród kadry kierowniczej oraz umiejętności funkcjonowania placówki na wysoce konkurencyjnym rynku medycznym. Kontrola nad tego typu zakładami miała charakter ograniczony, a jednym z kluczowych uprawnień organu założycielskiego SPZOZ było zgłaszanie problemów innym podmiotom państwowym i instytucjom działającym w systemie ochrony zdrowia.

Pisząc o zaletach tak rozumianej komercjalizacji, warto oprzeć się także na pozytywnych przykładach działań przeprowadzonych w latach poprzednich. Restrukturyzacja własnościowa jest szansą dla podmiotów leczniczych, czego niewątpliwym przykładem stanowi Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie. Można przyjąć, że odpowiednio przeprowadzona restrukturyzacja własnościowa, objawiająca się zarządzaniem placówki medycznej w sposób racjonalny, konsekwentny i rzetelny, może dawać nadzieję na poprawę obecnego stanu systemu ochrony zdrowia w kluczowym społecznie obszarze udzielania świadczeń medycznych [21]. Przede wszystkim dotyczy to priorytetu, jakim powinna być poprawa zdrowia i bezpieczeństwa całego społeczeństwa poprzez stale doskonałą jakość świadczonych usług medycznych udzielanych tak jak w przypadku analizowanej placówki jako samorządowe niepubliczne podmioty lecznicze.

Przypisy końcowe

1. W niniejszej pracy dla uproszczenia wyводу autorzy posługują się pojęciem *świadczenie medyczne*.
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz.U. Nr 91, poz. 408; ostatni tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) zwana jest dalej ustawą o zakładach opieki zdrowotnej. Weszła ona w życie z dniem 15 stycznia 1992 r.
3. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.). Ustawa weszła w życie (w zasadniczej swojej części) z dniem 1 października 2004 r.
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst pierwotny: Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654; aktualny tekst jednolity: Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.); zwana dalej ustawą o działalności leczniczej.
6. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.). Ustawa pierwotnie i do czasu wprowadzenia reformy administracji publicznej (do dnia 1 stycznia 1999 r.) nazywała się ustawą o samorządzie terytorialnym.
7. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 107).
8. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2024 r. poz. 566); zwana dalej ustawą o samorządzie województwa.
9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1530 ze zm.).
10. Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.
11. Na podstawie ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz innych ustaw (Dz.U. poz. 960).
12. Uchwała Nr XXXVIII/599/09 Sejmiku WM z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie wyrażenia woli uczestnictwa Województwa Małopolskiego w programie wieloletnim pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” i przyjęcia programu reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na obszarze województwa małopolskiego. Uchwała została podjęta na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2 i art. 18 pkt 19 lit. f ustawy o samorządzie województwa w związku z art. 36 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.
13. Uchwała Nr XL/638/10 Sejmiku WM z dnia 25 stycznia 2010 r. w sprawie powołania jednoosobowej spółki Województwa Małopolskiego pod firmą Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z o.o. z siedzibą w Krakowie. Uchwała została podjęta m.in. na podstawie art. 13 ust. 1 oraz art. 18 pkt 19 lit. e ustawy o samorządzie województwa w związku z art. 11 ust. 2 i art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz.U. z 2024 r. poz. 1145 ze zm.).
14. Uchwała Nr 174/10 Zarządu WM z dnia 18 lutego 2010 r. w sprawie powołania jednoosobowej spółki Województwa Małopolskiego pod firmą Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z o.o. w Krakowie oraz objęcia jej udziałów w zamian za wkład pieniężny. Uchwała ta wykonywała uchwałę Sejmiku WM z 25 stycznia 2010 r. i została podjęta na podstawie art. 13 ust. 1, art. 41 ust. 2 pkt 1 i 2 oraz art. 57 ust. 5 ustawy o samorządzie województwa, art. 243 § 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2024 r. poz. 18 ze zm.) – zwanym dalej w skrócie: k.s.h. – oraz art. 98 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 zm.).
15. Uchwała Nr LXI/669/10 Sejmiku WM z dnia 22 lutego 2010 r. w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie. Uchwała została podjęta

- na podstawie art. 18 pkt 19 lit. f ustawy o samorządzie województwa w związku z art. 36, art. 43, art. 53a ust. 2 oraz art. 60 ust. 4b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.
16. Pierwotnie: uchwałą Nr 374/10 Zarządu WM z dnia 1 kwietnia 2010 r. w sprawie powołania likwidatora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, a następnie uchwałą Nr 1391/10 Zarządu WM z dnia 23 listopada 2010 r. w tej samej sprawie (zmieniającą osobę likwidatora). Uchwały zostały podjęte na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa. Można dodać, że likwidatorzy wykonywali swoje obowiązki na podstawie umów cywilnoprawnych, określających wzajemne prawa i obowiązki stron, a umowę zawierał przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego (UMWM) działający w imieniu WM.
 17. Uchwała Nr 1511/10 Zarządu WM w sprawie przyjęcia sprawozdania finansowego za okres od 1 stycznia 2010 r. do 31 marca 2010 r. Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie, dla którego organem założycielskim jest Województwo Małopolskie. Uchwała została podjęta na podstawie art. 41 ust. 1 i ust. 2 pkt 6 ustawy o samorządzie województwa oraz art. 67 ust. 1, 2 i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w związku z art. 52 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r. poz. 120 ze zm.).
 18. Uchwała Nr 541/11 Zarządu WM z dnia 17 maja 2011 r. w sprawie przyjęcia sprawozdania z przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera za okres od 1 kwietnia 2010 r. do 31 grudnia 2010 r. i na dzień zakończenia działalności jednostki, tj. na dzień 31 stycznia 2011 r. i złożenia wniosku o wykreślenie wspomnianego podmiotu z KRS.
 19. Uchwała Nr X/161/11 z dnia 8 lipca 2011 r. Sejmiku WM w sprawie wniesienia zorganizowanej części przedsiębiorstwa do jednoosobowej spółki województwa małopolskiego pod firmą Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Krakowie. Uchwała została podjęta na podstawie art. 18 pkt 19 lit. e w związku z 41 ust. 2 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa oraz art. 154 § 3 wyżej wspomnianej ustawy k.s.h. oraz art. 13 ust. 1, art. 25d, art. 37 ust. 2 pkt 7 wyżej wspomnianej ustawy o gospodarce nieruchomościami.
 20. Uchwała Nr 882/11 Zarządu WM z dnia 28 lipca 2011 r. w sprawie wniesienia zorganizowanego zespołu składników materialnych i niematerialnych przeznaczonych do świadczenia usług zdrowotnych do jednoosobowej spółki Województwa Małopolskiego pod firmą Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Krakowie.
 21. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 ze zm.).
 22. Zgodnie z art. 6 pkt 3 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe (Dz.U. z 2024 r. poz. 794 ze zm.).

Piśmiennictwo

(Akty prawne wskazane w przypisach do artykułu)

1. Leszczyńska-Konczanin B., *Restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej (szpitale) prowadzona w latach 1991–2013, przyczyny i skutki*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2016; 4 (2): 230–240.
2. Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Kraków 2008: 19–38.
3. Wielicka K., *Skutki procesu restrukturyzacji na przykładzie wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Prace naukowe – Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach” 2012; 11: 215–233.
4. Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2008 (I półrocze)*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/info_przekształcenia_30072009.pdf (dostęp: 16.04.2024).
5. Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010 (31 grudnia 2010 r.)*.
6. Ciura G., *Problemy restrukturyzacji szpitali publicznych w Polsce*, „Zagadnienia społeczno-gospodarcze”, „Infos” 2010; 5 (75): 1–4.
7. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, Warszawa 2011, nr ewidencyjny: 104/2011/P/10/097/KPZ.
8. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, *Przekształcenia wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1999–2009 w województwie małopolskim*, https://www.malopolska.pl/_userfiles/uploads/Raport20022009.pdf (dostęp: 2.11.2024).
9. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, *Lecznictwo w Małopolsce, Raport za okres 12.2010–05.2014*, Kraków 2014, https://www.malopolska.pl/_userfiles/uploads/Lecznictwo_w_Malopolsce_Raport_za_okres%202010-2014.pdf (dostęp: 4.11.2024).
10. Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. III, Wydawnictwo Wolter Kluwer Polska, Warszawa 2019: 438–441.
11. Milewska A., *Determinanty zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego – wybrane aspekty*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2014; 40 (4): 161–170.
12. Wójcik M., *Przekształcenia publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego*, [w:] *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, S. Winch, Oficyna Wydawnicza SGH – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014: 9–28.
13. Musiałowicz A., Tymowska, K., *Odchodzenie od publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej – przyczyny i procedury*, „Menedżer Zdrowia” 2003; 4.
14. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli: Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, Nr ewidencyjny: KZD-4101-004/2014: 5–52.
15. Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Wolter Kluwer Polska, Warszawa 2011: 251–261.

16. Wójcik M., *Raport Związku Powiatów Polskich, Szpitalne spółki powiatowe*, październik 2011, www.zpp.pl (dostęp: 9.11.2024).
17. Ćwiakła-Małys A., Durbajło-Mrowiec M., Łagowski P., *Diagnostyka efektywności wykorzystania zasobów leczenia szpitalnego*, „e-Monografie” 2020; 157: 47–74.
18. Fijałkowska B., *Meandry restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Lądowych” 2013; 1 (167): 209–223.
19. Lipowski P., *Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (leczenie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego) a leczenie na zasadach komercyjnych. Implikacje prawne i praktyczne*, „Studia Iuridica” 2020; 86: 141–151.
20. Węgrzyn M., *Zmiana formy prawnej szpitali z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na spółki prawa handlowego – oczekiwania i implikacje na przykładzie województwa dolnośląskiego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług” 2015; 118: 311–322.
21. Lipowski P., *Przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego – wybrane aspekty organizacyjne, prawne i ekonomiczne*, [w:] *Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia*, red. S. Szumpich, Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach, Katowice 2013: 59–77.