

**PRACE NAUKOWE**

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

**RESEARCH PAPERS**

of Wrocław University of Economics

**319**

# **Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce**

## **Nowe wyzwania**



Redaktorzy naukowi

**Maria Węgrzyn**

**Marek Łyszczak**

**Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

[www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl), [www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com),

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej [www.dbc.wroc.pl](http://www.dbc.wroc.pl),

The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com),

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

[http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się  
na stronie internetowej Wydawnictwa

[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie  
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

## Spis treści

Wstęp .....	9
<hr/>	
<b>Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania</b>	
<hr/>	
<b>Agnieszka Rabiega-Przyłęcka:</b> Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej) .....	13
<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz:</b> Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych .....	26
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska:</b> Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy .....	35
<b>Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko:</b> Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych .....	45
<b>Marzena Pytlarz:</b> Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu).....	54
<b>Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński:</b> Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym.....	65
<b>Bogusław Stankiewicz:</b> Współczesne wyzwania rynku dla przedsiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg” S.A.) .....	76
<b>Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj:</b> Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej .....	84
<hr/>	
<b>Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze</b>	
<hr/>	
<b>Dorota Korenik:</b> Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego) .....	97
<b>Joanna Śmiechowicz:</b> Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego .....	109
<b>Joanna Wiśniewska:</b> Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012.....	119

<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej.....	130
<b>Justyna Kujawska:</b> Efektywność zmian finansowania szpitali.....	147
<b>Agnieszka Bem:</b> Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego.....	158
<b>Marta Cholewa-Wiktor:</b> Nowoczesne metody zarządzania szpitalem.....	168
<b>Magdalena Jaworzyńska:</b> Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej .....	177
<b>Izabela Rydlewska-Liszkowska:</b> Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy .....	185
<b>Marcelina Walczak:</b> Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach.....	194
<b>Dorota Chmielewska-Muciek:</b> Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim .....	218

## Summaries

---

### Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

---

<b>Agnieszka Rabiega-Przyłęcka:</b> The conversion of independent public health-care units into capital companies (against the background of the act on medical activities).....	25
<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz:</b> Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change.....	34
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska:</b> Evolution of regulation in healthcare – theoretical framework of analysis .....	44
<b>Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dzedzic, Anna Putko:</b> Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations .....	53
<b>Marzena Pytlarz:</b> Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec).....	64
<b>Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński:</b> New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks .....	75
<b>Bogusław Stankiewicz:</b> Modern market challenges for business of spa (case study – “Kołobrzeg spa S.A.”).....	83
<b>Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj:</b> The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics .....	93

---

**Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities  
by health care entities**

---

<b>Dorota Korenik:</b> Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities .....	108
<b>Joanna Śmiechowicz:</b> Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation.....	118
<b>Joanna Wiśniewska:</b> Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012	129
<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity	146
<b>Justyna Kujawska:</b> Efficiency of hospital founding changes .....	157
<b>Agnieszka Bem:</b> Organization and financing of medical rescue .....	167
<b>Marta Cholewa-Wiktor:</b> Modern methods of hospital management .....	176
<b>Magdalena Jaworzyńska:</b> Valuation of medical procedures in health care system .....	184
<b>Izabela Rydlewska-Liszkowska:</b> Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities .....	193
<b>Marcelina Walczak:</b> Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries.....	217
<b>Dorota Chmielewska-Muciek:</b> Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship .....	226

**Dorota Korenik**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## **PRZESŁANKI I SPOSOBY POPRAWY KONDYCJI FINANSOWEJ ORAZ INFRASTRUKTURY USŁUG ZDROWOTNYCH ŚWIADCZONYCH PRZEZ PODMIOTY LECZNICZE SEKTORA PUBLICZNEGO (SAMORZĄDOWEGO)**

---

**Streszczenie:** W artykule przedstawiono nowe możliwości prawne, organizacyjne i finansowe lepszej realizacji zadań przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia. Przede wszystkim uwagę skoncentrowano na określeniu takich możliwości, które mają znaczny potencjał, ale dotychczas nie były wykorzystywane lub są słabo znane wśród decydentów w ochronie zdrowia (tj. zarządzających podmiotami leczniczymi oraz ich samorządowych organów tworzących).

**Słowa kluczowe:** partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia, poprawa kondycji finansowej podmiotów leczniczych.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.09

### **1. Wstęp**

Niewydolność publicznego sektora ochrony zdrowia rodzi palącą potrzebę znalezienia rozwiązania ukierunkowanego na racjonalne wykorzystanie już istniejącej, ale słabo zarządzanej lub niskiej jakości, infrastruktury opieki zdrowotnej. W znacznym stopniu zadania ochrony zdrowia ciążyą na jednostkach samorządowych (województwach samorządowych, powiatach). Niezależnie od potrzeby reformy systemu ochrony zdrowia samorządy powinny zracjonalizować tę infrastrukturę, która leży w ich gestii.

Środowisko umożliwiający przeprowadzenie lub wymuszenie przez jednostki samorządowe działań racjonalizacyjnych zmienia się – powstają nowe i lepsze warunki o charakterze prawnym oraz ekonomicznym. To właśnie one, a w szczególności te, które są niewykorzystywane lub słabo znane wśród decydentów w ochronie zdrowia (tj. zarządzających podmiotami leczniczymi oraz ich samorządowych organów tworzących), ale o znacznym potencjale powodzenia racjonalizacji, są przedmiotem zainteresowania w niniejszym opracowaniu.

## 2. Ochrona zdrowia jako problem wspólnoty lokalnej (jednostki samorządu terytorialnego)

Oczekiwanie, że jednostka samorządu terytorialnego zapewni członkom społeczności lokalnej opiekę zdrowotną, wciąż pozostaje bardzo silne. Także znalazło ono swój wyraz w formalnie przypisanych jednostkom samorządowym (powiatom, województwom samorządowym) zadaniach w zakresie ochrony zdrowia, takich jak:

- zapewnienie infrastruktury do świadczenia publicznych usług zdrowotnych społeczności lokalnej/regionu,
- dostarczenie publicznych świadczeń zdrowotnych w zakresie i rozmiarach gwarantujących wypełnienie postulatów konstytucyjnych, finansowanych ze środków publicznych.

Oba zadania są ściśle powiązane i wzajemnie zależne. Im lepiej rozwinięta infrastruktura do świadczenia publicznych usług zdrowotnych, tym lepsze są szanse pozyskania u płatnika publicznego odpowiednich (pod względem wysokości i zakresu) kontraktów na świadczenie usług zdrowotnych. Z drugiej strony dobrze rozwinięta infrastruktura, ale nie w pełni wykorzystywana (niewykorzystywane czynniki wytwórcze), prowadzi do pogorszenia efektywności kosztowej, a w następstwie do powstawania i pogłębiania się trudności finansowych właściciela czynników wytwórczych. O faktycznym stopniu wykorzystania dyspozycyjnych czynników wytwórczych, mierzonym wartością i rodzajem udzielonych publicznych świadczeń zdrowotnych, zdecyduje kierujący przedsiębiorstwem leczniczym na podstawie przede wszystkim przesłanek finansowych. Główna przesłanka finansowa wiąże się z wielkością finansowania zapewnionego przez płatnika publicznego. Druga przesłanka wiąże się ze skłonnością kierownictwa do podjęcia ryzyka wykonania świadczeń publicznych ponad wartość zakontraktowaną. Urzeczywistnieniem podjętego ryzyka będzie nieuzyskanie pokrycia finansowego dla tzw. świadczeń ponadlimitowych. Następstwem tego jest albo drenaż budżetu jednostki samorządowej będącej podmiotem tworzącym przedsiębiorstwo lecznicze, albo – w razie niepodjęcia decyzji o pokryciu ponadlimitowych świadczeń z budżetu samorządowego – pogorszenie efektywności kosztowej świadczeniodawcy aż do jego bankructwa włącznie. Tak więc jednostka samorządu terytorialnego musi znaleźć racjonalny sposób rozwiązania problemu polegającego na zapewnieniu swej społeczności lokalnej/regionu<sup>1</sup> publicznej opieki zdrowotnej. Należy dodać, że rozwiązanie problemu jest trudniejsze w przypadku tych jednostek samorządowych, na których terenie przebywa sezonowo wiele osób spoza wspólnoty, potrzebujących skorzystać ze świadczeń zdrowotnych (tereny rekreacyjne, turystyczne). Do rozstrzygnięcia przez konkretną jednostką samorządową są dwie zasadnicze kwestie:

---

<sup>1</sup> Abstrahujemy od tego, że zwykle oczekuje się, iż zadanie to powinno być realizowane nie tylko w odniesieniu do członków przynależnej wspólnoty lokalnej, lecz szerzej – do wszystkich obywateli zgłaszających się do świadczeniodawcy działającego na terytorium jednostki samorządowej.

1) rozmiar i formy organizacyjno-prawne lokalnej (publicznej) infrastruktury opieki zdrowotnej (ilość i jakość infrastruktury własnej, z uwzględnieniem możliwości powstania nowej oraz już istniejącej infrastruktury prywatnej, którą także można by wykorzystać do realizacji pewnej części świadczeń publicznych, oraz infrastruktury publicznej w pobliskich samorządach terytorialnych);

2) zapewnienie realizacji odpowiedniej ilości i rodzaju świadczeń zdrowotnych na bazie dostępnej infrastruktury (lokalnej, miejscowej prywatnej, ewentualnie także zamiejscowej publicznej).

W warunkach wysokiej niepewności pozyskiwania – na miarę potrzeb danej społeczności lokalnej – kontraktów na realizację i finansowanie przez płatnika publicznego świadczeń zdrowotnych, logicznym kryterium rozstrzygającym musi być kondycja finansowa podległych, już istniejących samorządowi przedsiębiorstw leczniczych.

Problemem powszechnie występującym w sektorze publicznej ochrony zdrowia jest słaba kondycja finansowa podmiotów leczniczych, uniemożliwiająca ponoszenie znacznych nakładów na niezbędną poprawę jakości wyposażenia technicznego, stworzenie budynków o odpowiednich parametrach technicznych, a nawet niezakłócone prowadzenie działalności podstawowej (świadczenie usług medycznych). Trwały niedostatek publicznego kapitału, mającego finansować inwestycje w ochronę zdrowia, zmusza władze samorządowe do podjęcia kwestii pozyskania z zewnątrz kapitału dodatkowego (publicznego, np. w formie funduszy unijnych, czy prywatnego). Pierwszoplanowym celem jest wzmocnienie kondycji finansowej podmiotów leczniczych z równoczesną poprawą jakości świadczeń zdrowotnych. Tak sformułowany cel można nawet postrzegać jako wyzwanie, ponieważ jego realizacja wymaga uruchomienia jednocześnie wielu źródeł poprawy kondycji finansowej i jakości świadczeń zdrowotnych. W obliczu ogromnej skali zaniedbań w infrastrukturze ochrony zdrowia i zarządzaniu usługami podstawowymi podmiotów leczniczych ograniczenie się tylko do wybranych źródeł nie rokuje osiągnięcia celu.

Do źródeł poprawy kondycji finansowej można zaliczyć źródła:

- wewnętrzne – oszczędności wewnętrzne w gospodarce wewnątrzzakładowej podmiotu leczniczego (lepsze zarządzanie działalnością podstawową, tj. zmniejszające koszty działalności operacyjnej; lepsze zarządzanie finansowe: płynnością, ryzykiem finansowym, wypłacalnością; lepsze zarządzanie działalnością uboczną lub pomocniczą w celu zwiększenia efektywności majątku trwałego);
- zewnętrzne – zwiększenie bazy kapitałowej ze środków dotychczasowego właściciela lub/i poprzez pozyskanie prywatnego kapitałodawcy;
- zewnętrzne – wykorzystanie dostępnych źródeł zasilania finansowego – pozyskanie wierzycieli finansowych;
- zapewnienie racjonalnie wycenionych usług zdrowotnych, co leży jednak poza zasięgiem wpływu podmiotu leczniczego i jego właścicieli.

Z kolei do źródeł poprawy jakości świadczeń zdrowotnych należą źródła:

- wewnętrzne – zbudowanie lub modyfikacja dotychczasowych procedur wykonywania czynności medycznych oraz ich przestrzegania (np. w celu zwiększe-



nia wydajności wykonywania czynności medycznych oraz ich skuteczności, np. w wyniku zmniejszenia powikłań po zakażeniach szpitalnych); zarządzanie relacjami pacjent–szpital, w tym z wykorzystaniem technologii komunikacyjno-informacyjnych;

- wewnętrzne – poprawa jakości kadry medycznej;
- zewnętrzne – zakup/korzystanie z niektórych obcych, o odpowiedniej jakości, świadczeń zdrowotnych (niektórych czynności lub pełnych świadczeń), czyli zawrzeć umowę na realizację niektórych czynności/usług zdrowotnych z innym podmiotem leczniczym.

W praktyce wykorzystanie wszystkich źródeł poprawy kondycji finansowej staje się potencjalnie możliwe w przypadku podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie spółki prawa handlowego (tj. prawa prywatnego). Zarządzanie spółką przebiega w inny sposób, jest oparte na stylu menedżerskim, w przeciwieństwie do zarządzania podmiotem funkcjonującym wyłącznie w ramach prawa sektora publicznego, zdominowanego stylem administracyjnym. Spółka prawa handlowego ma też szerszy dostęp do zewnętrznego zasilania finansowego, głównie rynkowego (bankowego, rynku finansowego), ale także dotacyjnego ze środków UE. Oprócz tego spółka handlowa ma lepsze możliwości pozyskania kapitału prywatnego, z czym związane są metody prywatyzacji lub partnerstwa publiczno-prywatnego.

Natomiast wykorzystanie źródeł poprawy jakości świadczonych usług teoretycznie możliwe jest w przypadku każdego podmiotu leczniczego – bez względu na jego formę organizacyjno-prawną, co wynika przede wszystkim z umiejętności zarządzania w stylu menedżerskim, w praktyce jednak to spółkom handlowym łatwiej jest skorzystać ze źródeł wewnętrznych.

Zagadnienie wykorzystania źródeł wewnętrznych jest domeną szczególnej subdyscypliny naukowej, zwanej ekonomiką przedsiębiorstwa leczniczego lub ekonomiką w ochronie zdrowia. Ze względu na ograniczone ramy i rozmiar artykułu nie mieści się ona w bezpośrednim polu zainteresowania. Natomiast w dalszej części uwaga zostanie skoncentrowana na źródłach zewnętrznych, dokładniej na możliwościach, jakie istnieją w obecnych realiach prawnych i ekonomicznych. Szczególne możliwości wykorzystania źródeł zewnętrznych wiążą się z metodą partnerstwa publiczno-prywatnego i także ze zwiększającym się dostępem do źródeł bankowych i rynku finansowego.

### **3. Obraz nowych możliwości poprawy kondycji finansowej oraz polepszenia infrastruktury ochrony zdrowia, czyli partnerstwo publiczno-prywatne i forma spółki handlowej**

Ramy prawne regulujące współpracę partnerów w przedsięwzięciach typu partnerstw publiczno-prywatne (ppp) w sektorze ochrony zdrowia wyznaczają trzy kluczowe akty prawne:

- Ustawa dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (DzU z 2009, nr 19, poz. 100, z późn. zm., zwana u.p.p.p.), określająca zasady współpracy podmiotu publicznego i partnera prywatnego w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, którego przedmiotem jest wspólna realizacja przedsięwzięcia oparta na podziale zadań i ryzyka pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym.
- Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (DzU z 2009, nr 19, poz. 101, z późn. zm., zwana u.k.r.b.u.), określająca zasady i tryb zawierania umowy koncesji na roboty budowlane lub usługi oraz środki ochrony prawnej.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2011, nr 112, poz. 654).

Partnerem publicznym jest podmiot publiczny w rozumieniu ustawy o ppp lub koncesjonodawca w rozumieniu ustawy koncesyjnej. Natomiast partnerem prywatnym jest przedsiębiorca w rozumieniu u.p.p.p. lub podmiot zainteresowany, oferent, kandydat, koncesjonariusz w rozumieniu ustawy koncesyjnej.

Na podstawie analizy materiału źródłowego dotyczącego dotychczas podejmowanych przedsięwzięć ppp, upublicznianego w: Europejskim Dzienniku Zamówień Publicznych (Tenders Electronic Daily – TED), Biuletynie Zamówień Publicznych, Biuletynach Informacji Publicznej podmiotów ogłaszających postępowania o ppp, można zbudować obraz ppp w sektorze ochrony zdrowia. Dotychczas w Polsce, tj. do listopada 2012 r., przedsięwzięcia ppp podejmowane były w kilku województwach: śląskim, małopolskim, podlaskim, pomorskim, mazowieckim, mazursko-warmińskim. Partnerem publicznym były albo małe lub średnie jednostki samorządu terytorialnego albo publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ-y) w większych miastach. Najczęściej wykorzystywaną formą ppp w sektorze ochrony zdrowia była koncesja na usługi lub roboty budowlane (zob. tab. 1).

Wybór formy ppp jest podyktowany podstawą prawną realizacji projektu (u.p.p.p. lub u.k.r.b.u.), wyznaczającą dostępny model prawno-finansowy przedsięwzięcia, który w szczególności określa procedurę wyboru partnera prywatnego. W ramach danego modelu wybór formy determinowany jest podziałem zadań i ryzyka między partnerów oraz źródłem wynagrodzenia partnera prywatnego.

W dotychczasowej praktyce polskiej w sektorze ochrony zdrowia (i także w innych branżach gospodarczych) dominowała forma koncesji. Pojęcie koncesji używane jest do określenia takich kontraktów, w których sektor publiczny (rządowy, samorządowy) zleca, zazwyczaj po uprzednim przeprowadzeniu procedury konkursowej, przedsiębiorstwu publicznemu, np. SP ZOZ, lub prywatnemu eksploatowanie w długim okresie (np. 30 lat) infrastruktury już istniejącej lub która zostanie zbudowana w ramach kontraktu. Przy czym przedsiębiorstwo to może dalej zlecać (podzlecać) wykonanie niektórych czynności, zadań innym dostawcom na własną odpowiedzialność. Jednakże przedsiębiorstwo będące partnerem prywatnym obciąża opłatami bezpośrednio użytkowników końcowych. Zazwyczaj aktywa są transferowane z końcem koncesji

**Tabela 1.** Charakterystyki dotychczas podejmowanych przedsięwzięć ppp w polskim sektorze ochrony zdrowia – ujęcie porównawcze

Najczęściej wybierana forma ppp (i preferowany okres trwania umowy)	Zakres rzeczowy dla wybranej formy ppp	Rodzaje kryteriów wyboru ofert
1. Koncesja na roboty budowlane (15 lat)	Zaprojektowanie, wykonanie i wyposażenie w niezbędne instalacje, ewentualnie także media, sprzęt specjalistyczny konkretnego obiektu (części lub całości).	Ekonomiczne: środki finansowe o wartości równej minimum wartości złożonej oferty, polisa OC na określoną minimalną wartość. Techniczne: odpowiedni potencjał osobowy i techniczny, potwierdzony stosownymi dokumentami. Zbiór szczegółowych kryteriów z przypisanymi im wagami najczęściej obejmuje: cenę brutto za wykonane zadania (wartość techniczna); czas realizacji inwestycji; zdolność kredytowa; proponowaną cenę czynszu dzierżawnego; ewentualnie także: dodatkowe świadczenia na rzecz partnera publicznego.
2. Koncesja na usługi (15 lat)	Świadczenie stacjonarnych usług w określonej dziedzinie ochrony zdrowia i wykonywanie określonych prac budowlanych.	Ekonomiczne: określona wysokość własnych środków finansowych lub zdolność kredytowa, także ubezpieczenie OC. Techniczne: odpowiedni potencjał osobowy i techniczny, potwierdzony stosownymi dokumentami.
3. Partnerstwo publiczno-prywatne w trybie u.k.r.b.u (30 lat)	Przebudowa obiektu leczniczego i dostosowanie go do funkcji ochrony zdrowia w innym zakresie świadczeń zdrowotnych (np. dom pomocy społecznej na zakład opiekuńczo-leczniczy).	Ekonomiczne: określona wysokość własnych środków finansowych lub zdolność kredytowa. Techniczne: odpowiedni potencjał osobowy; odpowiednie doświadczenie w prowadzeniu podmiotu o określonej specjalności usługowej (świadczeń zdrowotnych). Zbiór szczegółowych kryteriów z przypisanymi im wagami najczęściej obejmuje: okres trwania umowy; podział zadań i rodzajów ryzyka między partnera publicznego i prywatnego; terminy i wysokość przewidywanych płatności lub innych świadczeń podmiotu publicznego; stopień zabezpieczenia zobowiązań partnera prywatnego w związku z realizacją przedsięwzięcia; termin wykonania przedsięwzięcia.
4. Partnerstwo publiczno-prywatne w trybie dialogu konkurencyjnego (u.p.p.p) (30 lat)	Projekt, budowa, wyposażenie szpitala, finansowanie, utrzymanie, zarządzanie, świadczenie usług zdrowotnych; lub budowa ściśle określonych obiektów, w których ma być prowadzona określona działalność medyczna, o specyficznych parametrach technicznych w zamian za możliwość wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych zleconych przez zamawiającego (partnera publicznego).	Kryteria szczegółowe określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Zbiór szczegółowych kryteriów z przypisanymi im wagami najczęściej obejmuje: podział zadań i rodzajów ryzyka między partnera publicznego i prywatnego; terminy i wysokość przewidywanych płatności lub innych świadczeń podmiotu publicznego; stosunek wkładu podmiotu publicznego do wkładu partnera prywatnego; efektywność realizacji przedsięwzięcia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Europejski Dziennik Zamówień Publicznych (Tenders Electronic Daily – TED), Biuletyn Zamówień Publicznych, Biuletyn Informacji Publicznej podmiotów ogłaszających postępowania o ppp.

do sektora, który będzie je eksploatował bezpośrednio lub zawierając nowy kontrakt na zarządzanie, prawdopodobnie nie pobierając opłat. Sektor może być także skłonny kontynuować podobny schemat koncesji po przeprowadzeniu nowego procesu przetargowego. Tak więc główną kwestią w koncesji jest ekonomiczna własność aktywów (oparta na podziale ryzyka i korzyści) w trakcie trwania kontraktu, alokowanych do koncesjonariusza (co jest najczęstsze) lub do sektora, ale pod pewnymi warunkami.

**Tabela 2.** Oczekiwane zmiany w środowisku prawnym funkcjonowania ppp

Postulaty zmian w prawie w zakresie ppp obejmują:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wprowadzenie możliwości bezpośredniego polegania na referencjach spółek wchodzących w skład danej grupy kapitałowej;</li> <li>• wprowadzenie regulacji dotyczących wpływu zmiany zasad wynagradzania na wybrany model procedury przetargowej;</li> <li>• wprowadzenie regulacji dotyczącej możliwości eliminacji uczestników postępowania w ramach prowadzonego dialogu konkurencyjnego;</li> <li>• eliminację wynagrodzenia jako obowiązkowego kryterium oceny ofert;</li> <li>• wprowadzenie możliwości określenia kryteriów oceny ofert w SIWZ, a nie w ogłoszeniu;</li> <li>• doprecyzowanie zasad prowadzenia dialogu konkurencyjnego;</li> <li>• doprecyzowanie regulacji dotyczących wyboru podwykonawców przez partnera prywatnego;</li> <li>• zniesienie zamkniętego katalogu zabezpieczeń wykonania umowy o ppp;</li> <li>• dopuszczenie swobodnego wprowadzania zmian do umowy o ppp;</li> <li>• wprowadzenie możliwości „sprzedaży” projektu przez podmiot publiczny;</li> <li>• doprecyzowanie pojęcia „większa część ryzyka ekonomicznego” na gruncie ustawy koncesyjnej;</li> <li>• doprecyzowanie zasad wyboru podwykonawców przez koncesjonariusza;</li> <li>• doprecyzowanie zasad dotyczących kwalifikacji wydatków wynikających z umowy o ppp: <ul style="list-style-type: none"> <li>– wydatki majątkowe,</li> <li>– wydatki bieżące.</li> </ul> </li> </ul>
Postulaty zmian w prawie w zakresie zagadnień podatkowych obejmują:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• możliwość rozliczenia przez partnera prywatnego straty podatkowej;</li> <li>• rozliczanie kosztów poniesionych przed utworzeniem spółki celowej;</li> <li>• zakres rozliczania środków trwałych poprzez odpisy amortyzacyjne;</li> <li>• rozliczanie kosztów pośrednich;</li> <li>• brak rozwiązań podatkowych dot. rozliczenia koncesji na roboty budowlane;</li> <li>• opodatkowanie wniesienia i zwrotu wkładu własnego;</li> <li>• możliwość rozliczania VAT naliczonego przez podmiot publiczny.</li> </ul>
Postulaty zmian w prawie w zakresie klasyfikacji wydatków dla projektów ppp w oparciu o zasady Eurostatu obejmują:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• implementację do prawa polskiego decyzji Eurostatu nr 18/2004 w zakresie ustalania, kiedy zobowiązania z umów o PPP będą zaliczane do państwowego długu publicznego;</li> <li>• określenie narzędzi metodologicznych służących ocenie sposobu podziału różnych rodzajów ryzyka w umowie o PPP ze względu na wymogi Eurostatu;</li> <li>• ustalenie, które wydatki z umowy o PPP mają charakter wydatków majątkowych;</li> <li>• różnice między propozycjami Francuskiej Izby Przemysłowo-Handlowej a propozycjami MG i MRR z 2012 r.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

Właściwe partnerstwo publiczno-prywatne (na mocy u.p.p.p.) nie miało miejsca ze względu na liczne niedostatki prawne, nierozwiązane lub niekorzystnie rozwiązane kwestie podatkowe oraz interpretacji rodzajów i podziału ryzyka. Środowisko dla właściwego wdrożenia ppp jednak się zmienia, co znajduje wyraz w licznych postulatach zmian legislacyjnych (patrz tab. 2).

Należy oczekiwać wzrostu zainteresowania przedsięwzięciami typu ppp pod wpływem działania ustawy o działalności leczniczej, wdrożonej na początku lipca 2011 r. W jej świetle ppp w ochronie zdrowia może dotyczyć różnych rodzajów działalności leczniczej, takich jak: udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia, realizacja zadań dydaktycznych i badawczych, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych i metod leczenia. Przy tym w sferze zainteresowania ppp znajdować się może – nie tyle ze względów prawnych, ile ekonomicznych – jedna grupa podmiotów leczniczych, zdefiniowana jako przedsiębiorcy (grupa druga, tj. osoby wykonujące praktykę zawodową – lekarze lub pielęgniarki, nie jest predestynowana do wstępowania w partnerstwo w formule ppp).

**Tabela 3.** Formy podmiotów leczniczych, które mogą występować w przedsięwzięciach typu ppp

Formy podmiotów leczniczych	Zawężenia dopuszczalnych form podmiotów leczniczych w porównaniu z dopuszczonymi prawem przed wejściem w życie znowelizowanej ustawy o działalności leczniczej z 2011 r.
<p>Wszelkie formy przedsiębiorców, przewidziane do prowadzenia działalności gospodarczej. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ-y). Zakłady budżetowe. Instytucje badawcze, które prowadzą badania naukowe i rozwojowe w dziedzinie medycyny. W zakresie wykonywania działalności leczniczej: stowarzyszenia, fundacje, związki wyznaniowe i kościoły.</p>	<p>Niedopuszczalne jest tworzenie formy SP ZOZ-u. Pośród tworzonych przez Skarb Państwa oraz jednostki samorządu terytorialnego form wykonywania działalności leczniczej dopuszczalne są tylko spółki kapitałowe oraz jednostki budżetowe.</p>

Źródło: opracowanie własne.

Szczególną formę z perspektywy ppp stanowi SP ZOZ, który może wstępować w związki partner publiczny–partner prywatny, ale tylko jeśli wybierze formę ppp w ramach u.p.p.p., w której katalogu podmiotowym występuje. Jednakże nawet w ramach u.p.p.p. współpraca z partnerem publicznym jest w swoisty sposób ograniczona – nie jest możliwe zawiązanie spółki celowej (SPV). Wykluczenie to wynika z przepisu ustawy o działalności leczniczej, zabraniającej „wniesienia majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazania fundacji lub stowarzyszeniu, które

wykonują działalność leczniczą” (art. 54, ust. 4). Wykluczenie to może być dotkliwie, jeśli istnieje potrzeba zbudowania najbardziej efektywnej formuły ppp z udziałem SP ZOZ-u jako partnera publicznego. Jednakże bardziej problematyczne może się okazać pozyskanie jakiegokolwiek partnera prywatnego w sytuacji, gdyby w ppp upatrywać metody na skuteczną, długotrwałą i efektywną współpracę z partnerem prywatnym, gwarantującej wykonywanie działalności leczniczej zgodnie z priorytetami konkretnej wspólnoty lokalnej, a nie głównie opłacalności finansowej. Dotyczy to przypadków próby ratowania SP ZOZ-u znajdującego się w słabym położeniu finansowym w takim sensie, że słaba jest jego kondycja finansowa i zbyt mały potencjał budżetowy jednostki samorządowej. Dotkliwy dla podmiotu tworzącego jest zapis ustawy o działalności leczniczej o tym, że gdy SP ZOZ wykaże w danym roku budżetowym ujemny wynik finansowy, którego nie jest w stanie pokryć, pokrycie straty finansowej obciąży budżet podmiotu tworzącego SP ZOZ. Pokrycie to będzie musiało nastąpić w ciągu 3 miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania za miniony rok obrotowy. Niewywiązanie się z tego obowiązku skutkować będzie obowiązkiem zmiany formy prawno-organizacyjnej SP ZOZ-u bądź jego likwidacją w okresie 12 miesięcy od upływu powyższego trzymiesięcznego terminu. Drogą dedukcji można dojść do wniosku, że zmiana formy prawno-organizacyjnej SP ZOZ-u będzie dość częstym zjawiskiem, co nie jest jednak równoznaczne z rozwiązaniem problemu słabej kondycji finansowej przekształconego w ten sposób podmiotu leczniczego. Logicznie rozumując, takie przekształcenie podmiotu musi nasuwać obawy o zaistnienie na większą skalę zjawiska dzikiej komercjalizacji (dyktowanej chęcią władz lokalnych do przeciwdziałania trwałemu niebezpieczeństwu nadmiernego obciążania budżetu samorządowego) i towarzyszącej temu szybkiej i zaniżonej wyceny wartości majątkowych SP ZOZ-u, *de facto* prowadzącej do wyłączenia wspólnoty lokalnej. Ewentualne zbudowanie partnerstwa publiczno-prywatnego z tak wyłonionym (tj. na słabych warunkach finansowych i – z wysokim prawdopodobieństwem – także gospodarczych, wobec bardzo słabej pozycji negocjacyjnej jednostki właścicielskiej) podmiotem leczniczym (spółką prawa handlowego) nie będzie dawało solidnych podstaw do zapewnienia wspólnocie lokalnej powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych (oczywiście w ramach obowiązującego systemu ochrony zdrowia) i w zakresie akceptowanym co do rodzaju świadczeń i ich odpłatności. Partnerstwo publiczno-prywatne jest potencjalnie dobrą (skuteczną i wydajną finansowo) metodą rozwiązania problemu niedostatku budżetu publicznego i moralnego czy prawnego obowiązku zapewnienia wspólnotom lokalnym opieki zdrowotnej z poszanowaniem zasad dostępu: równego, powszechnego i na warunkach finansowych obowiązujących w publicznym systemie ochrony zdrowia. Ale jest potencjalnie dobrą metodą pod warunkiem, że partner publiczny ma na tyle silną pozycję negocjacyjną, iż będzie on w stanie wypracować z partnerem prywatnym sprawiedliwe i uczciwe warunki podziału korzyści i ryzyka, a przy tym partner prywatny zyska solidną perspektywę osiągania przez podmiot leczniczy odpowiedniego dochodu w czasie obowiązywania umowy o ppp. Należy więc rozumieć, że ppp może mieć sens pod względem ekonomicznym

i zapewnienia konstytucyjnego dostępu do opieki zdrowotnej, jeżeli partner publiczny ma wystarczająco silne podstawy gospodarcze (w tym związane ze zdolnością użytkowania trwale i wystarczająco wysokich kontraktów finansowych na świadczenia publiczne). Dotyczy to tych SP ZOZ-ów, które są stabilne finansowo i mają dobry potencjał, by skutecznie pozyskiwać publicznych kontraktów finansowych. Jeśli więc SP ZOZ nie należy do tych o dobrej kondycji finansowej, to ppp nie jest rozwiązaniem sensownym, przynajmniej dopóki perspektywy finansowe i gospodarcze podmiotu się nie poprawią i nie ustabilizują. Zasadne jest rozważenie takich dróg, jak:

- Likwidacja SP ZOZ-u i kupowanie usług zdrowotnych dla wspólnoty lokalnej od podmiotów leczniczych funkcjonujących poza terenem wspólnoty lokalnej (w ramach umowy z inną jednostką samorządową lub jej spółką lub w ramach regionalnych sieci podmiotów leczniczych), tym samym zwiększenie potencjału działania podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną (zdolności kontraktowej z płatnikiem publicznym), także na rzecz innej wspólnoty lokalnej, a w efekcie jego potencjał do zawiazania ppp w celu dalszego polepszania jakości opieki zdrowotnej i dostępu do niej obsługiwanym wspólnotom lokalnym.
- Likwidacja SP ZOZ-u i tworzenie warunków rozwoju lokalnego, przyciągających wysokiej jakości kapitał ludzki (ludzi kreatywnych, w wieku produkcyjnym, osiedlających się na terytorium jednostki samorządowej) i kapitał inwestycyjny, zwłaszcza poszukujący perspektyw dla biznesu w ochronie zdrowia, w tym przynajmniej częściowo oparty na kontraktach publicznych.
- Zmiana zakresów i rodzaju dotychczasowej działalności leczniczej wykonywanej przez SP ZOZ-y w konkurujących ze sobą społecznościach lokalnych i w celu uzyskania efektu współdziałania władz lokalnych i dopełniania się usług opieki zdrowotnej w skali współdziałających jednostek samorządowych i w ten sposób zwiększenia zdolności kontraktowej z płatnikiem publicznym. Rozwiązanie to jest teoretycznie możliwe, natomiast w praktyce trudne ze względu na różne konflikty interesów, wzajemne niechęci sąsiadujących władz lokalnych oraz niepewność i nieczytelność samego systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych w celu sprawiedliwego podziału profili działalności leczniczej między SP ZOZ-y).

Oprócz drogi likwidacji czy zmiany zakresu prowadzonej działalności leczniczej przez dotychczasowe SP ZOZ-y do rozważenia może być droga przekształcenia formy prawno-organizacyjnej podmiotu w celu zwiększenia możliwości pozyskania finansowania na zasadach rynkowych, także mimo słabej zdolności kredytowej nowo powstałej spółki handlowej. Kluczowe znaczenie ma uzyskanie statusu przedsiębiorcy. Zyskując status przedsiębiorcy, spółka dobrze rozeznana w nowych możliwościach pozyskania kapitału finansowego z rynku, silnie ukierunkowana na wzmocnienie swoich służb finansowych odpowiedzialnych za relacje z instytucjami finansowymi, może czerpać z nowych propozycji oferowanych przez sektor finansowy wspomagany środkami publicznymi. Znamiennymi tego przykładami są innowacyjne systemowe mechanizmy wspierające poprzez publiczne dofinansowanie (głównie z funduszy

unijnych) rozwój sektora finansowego w celu lepszej obsługi finansowej przedsiębiorców należących do MSP oraz likwidacji tzw. rynkowej luki finansowej związanej z brakiem lub silnie ograniczonym dostępem przedsiębiorców różnych branż do finansowania zewnętrznego. Wśród nich są mechanizmy JEREMIE, JASPERS, JESICA. Jest to tym bardziej interesująca droga finansowania i rozwoju działalności leczniczej spółki handlowej, że zmienia się optyka UE w sprawie wspierania przez fundusze unijne: z bezpośredniego dotowania na dotowanie pośrednie, których wskazane wyżej mechanizmy systemowe są wyrazem praktycznym i w Polsce coraz szerzej stosowanym. Wzmocniona finansowo i już z pewnym doświadczeniem w zakresie gospodarowania zasobami i na zasadach właściwych dla sfery prywatnej, spółka może znaleźć się na lepszej pozycji wyjściowej do przeprowadzenia kolejnego etapu swego rozwoju, z wykorzystaniem formuły ppp.

Na potrzeby ppp przekształconą z SP ZOZ-u spółkę postrzega się jako instytucję publiczną. Status instytucji prawa publicznego uważa się za szczególny, w pewnym sensie korzystny w porównaniu ze statusem spółki *strictae* sfery prywatnej. Spółka kapitałowa prowadząca działalność leczniczą ma osobowość prawną, działa w szczególnym celu – zaspokajania potrzeb o charakterze powszechnym i niemającym charakteru przemysłowego ani handlowego, a także zależna jest organizacyjnie i kapitałowo od publicznego podmiotu tworzącego. Spełnia definicję tzw. instytucji prawa publicznego i może występować jako partner publiczny w przedsięwzięciach ppp. Nadto zyskuje wiarygodność gospodarczą, jednocześnie należąc do grupy spółek kapitałowych, cieszących się większym zaufaniem inwestorów finansowych i kapitałowych.

#### 4. Konkluzja końcowa

Większe możliwości realizacji celu związanego z trwałą poprawą kondycji finansowej przy jednoczesnej poprawie jakości świadczonych usług zdrowotnych otwierają się przed podmiotem leczniczym w formie spółki handlowej. Z tego nie należy jednak wysnuć wniosku, że logiczne jest dążenie do szybkiego (natychmiastowego) przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę handlową. W publicznym zakładzie opieki zdrowotnej także jest możliwe wykorzystanie wewnętrznych źródeł poprawy jakości usług i poprawy kondycji finansowej. Kwestią do rozstrzygnięcia jest opcja dochodzenia do formy spółki handlowej:

1. najpierw wykorzystać jak najwięcej możliwości tkwiących w wewnętrznych źródłach poprawy kondycji finansowej i jakości usług zdrowotnych, przez to uzyskać lepszą pozycję wyjściową (mierzoną większą wartością przedsiębiorstwa leczniczego) do poszukiwania w sektorze prywatnym nowych udziałowców i nie narażenia władz publicznych na zarzut wyprzedania „za bezcen” majątku publicznego;
2. dokonać aktu przekształcenia formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego, licząc na szybsze wdrożenie zmian w zarządzaniu spółką i zwiększenie możliwości dostępu do zewnętrznych źródeł zasilania finansowego i kapitałowego,



ale w tej opcji istnieje większe niebezpieczeństwo utraty kontroli (wpływu zarządczego) udziałowca publicznego oraz narażenie na zarzut wyprzedaży majątku publicznego.

### **Literatura (źródła prawa)**

Ustawa dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (DzU z 2009, nr 19, poz. 100, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (DzU z 2009, nr 19, poz. 101, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2011, nr 112, poz. 654).

### **EVIDENCE AND WAYS TO IMPROVE THE FINANCIAL CONDITION AND INFRASTRUCTURE OF HEALTH SERVICES PROVIDED BY PUBLIC (SELF-GOVERNMENT) SECTOR MEDICAL ENTITIES**

**Summary:** The article presents new opportunities for legal, organizational and financial support for better implementation of the tasks of local government units of health protection. First of all, attention has focused on identifying such opportunities, which have great potential but have not been used or are poorly known among decision-makers in healthcare (that is, managers of public medical entities and their forming bodies).

**Keywords:** public-private partnerships in healthcare, financial condition improvement of medical entities.