

Polska  
Raport Specjalny

# Reforma ochrony zdrowia niezbędna polskim samorządom

## Analitycy

Renata Dobrzyńska  
+48 22 338 62 82  
renata.dobrzynska@fitchratings.com

Elżbieta Kamińska  
+48 22 338 62 84  
elzbieta.kaminska@fitchratings.com

## Raporty Powiązane

- [Italy Healthcare: Recurring Story or Real Changes Ahead?](#)
- [Post-Reform Solvency of French Public Hospitals](#)
- [Otoczenie prawne samorządów w Polsce](#)
- [Metodyka ratingu międzynarodowego jednostek samorządowych](#)

## Wybrane dane dotyczące sektora zdrowia w Polsce

|                                                                    | 2006   | 2005   |
|--------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Składka zdrowotna opłacana przez osoby ubezpieczone                | 8,75%  | 8,5%   |
| Liczba publicznych szpitali ogólnych                               | 589    | 611    |
| Liczba niepublicznych szpitali ogólnych                            | 153    | 170    |
| Zobowiązania ogółem SPZOZ-ów (mld zł)                              | 10.349 | 10.271 |
| Zobowiązania wymagalne SPZOZ-ów (mld zł)                           | 3.724  | 4.934  |
| Wydatki NFZ na świadczenia medyczne oraz refundację leków (mld zł) | 35.971 | 33.031 |

## Nieefektywny i kosztowny sektor ochrony zdrowia

Sektor ochrony zdrowia w Polsce znajduje się w trudnej sytuacji finansowej. Od lat wykazywał on straty, a jego zobowiązania rosły. Na koniec 2006 roku zobowiązania ogółem (zobowiązania z tytułu kredytów i pożyczek, zobowiązania cywilno- i publicznoprawne) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ-ów) wynosiły 10 mld zł (3,9 mld zł w 2000 roku), z czego ponad 80% dotyczyło SPZOZ-ów, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego (JST). W 2006 roku SPZOZ-y podlegające JST wykazały stratę netto w wysokości około 0,5 mld zł, co stanowiło ponad 2,5% ich dochodów ogółem.

Pomimo tego, że składka zdrowotna płacona przez osoby ubezpieczone wzrosła do 9% w 2007 roku w porównaniu do 7,5% w 2000 roku, kwoty przeznaczone na finansowanie świadczeń medycznych są w dalszym ciągu niewystarczające, ponieważ system ochrony zdrowia jest kosztowny i nieefektywny. Reformy, które miały miejsce w sektorze w ostatniej dekadzie nie wprowadziły mechanizmów wymuszających lepszą kontrolę kosztów oraz wyższą efektywność jego funkcjonowania. Na skutek długoterminowych strajków personelu medycznego oraz podwyżek płac przyznanych w ich wyniku sytuacja finansowa sektora ulegała dalszemu pogorszeniu, tym bardziej, że nie zawsze zapewniono na ten cel dodatkowe środki (jak np. w 2001 roku). Można się spodziewać, że sytuacja finansowa sektora ulegnie dalszemu pogorszeniu w 2008r. ze względu na wzrost kosztów wynagrodzeń na skutek ograniczenia czasu pracy lekarzy zatrudnionych w szpitalach, na co zostały przewidziane zbyt niskie środki. Bez przeprowadzenia reformy, która wymuszałaby kontrolę kosztów oraz większą efektywność w sektorze ochrony zdrowia, dalsze podnoszenie składki zdrowotnej nie poprawi w zdecydowany sposób jego sytuacji.

## Ryzyko płynące dla JST z sektora ochrony zdrowia

JST są organami założycielskim dla większości SPZOZ-ów, co oznacza, że są one narażone na ryzyko wynikające z trudnej sytuacji finansowej tego sektora. Ryzyko to jest związane z obowiązkiem przejęcia oraz spłaty zobowiązań SPZOZ-ów przez JST w przypadku likwidacji, łączenia lub zmiany formy prawnej tych jednostek. Nierzadko JST muszą dokonywać płatności z tytułu poręczeń udzielonych SPZOZ-om, gdy te nie są w stanie obsługiwać swojego zadłużenia. W sytuacji, gdy prowadzenie działalności operacyjnej przez SPZOZ-y jest zagrożone, JST udzielają im krótkoterminowych pożyczek w celu zapewnienia ich płynności. Pożyczki te w późniejszym terminie bardzo często podlegają umorzeniu ze strony JST, gdyż SPZOZ-y nie są w stanie ich spłacać. Ponadto ze względu na wysokie potrzeby inwestycyjne w SPZOZ-ach w związku ze złym stanem ich majątku, JST są zmuszone ponosić znaczne nakłady na modernizację oraz zakup potrzebnego wyposażenia, a także dostosowanie SPZOZ-ów do standardów unijnych do końca 2012 roku.

Spłata zobowiązań SPZOZ-ów przez JST oraz dokonywane płatności z tytułu udzielonych poręczeń, klasyfikowane jako wydatki bieżące w budżetach JST, negatywnie wpływają na ich wyniki na poziomie bieżącym. Ponadto finansowo słabsze JST, które nie posiadają wystarczających środków własnych, by udzielić SPZOZ-om pożyczek czy zrealizować niezbędne inwestycje w sektorze, mogą być zmuszone zaciągać w tym celu dług. Wszystko to, zdaniem Fitch, może ograniczyć środki JST na realizację innych zadań.

Z tego względu JST podjęły działania mające na celu zwiększenie efektywności w podległych im SPZOZ-ach oraz poprawy nadzoru nad nimi. Podjęte działania obejmują prywatyzację przychodni, likwidację oraz łączenie szpitali, a także zmianę ich formy prawnej na spółki handlowe ze 100% udziałem JST. Jednak efekty wprowadzonych zmian są dość ograniczone ze względu na niekorzystne systemowe rozwiązania w tym sektorze. W opinii Fitch bez spójnej całościowej reformy tego sektora na poziomie kraju, która wprowadziłaby mechanizmy wymuszające kontrolę kosztów i wzrost efektywności, nie można spodziewać się żadnej znaczącej poprawy w tym sektorze.

## Otoczenie prawne

System ochrony zdrowia w Polsce bazuje na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne dotyczy wszystkich pracowników i zleceniobiorców, podczas gdy inne osoby mogą podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu dobrowolnie. W 1999 roku składka zdrowotna została określona na poziomie 7,5% podstawy wymiaru, który stanowi przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (z wyłączeniem wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe). Jednak była ona podnoszona w kolejnych latach, by w 2007 roku osiągnąć 9% (patrz tabela poniżej). Zakres usług, do jakich uprawniona jest osoba ubezpieczona, jest określony w prawie, przy czym zdecydowana większość usług jest bezpłatna. Instytucją odpowiedzialną za zapewnienie i finansowanie usług medycznych oraz refundację leków jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który kontraktuje świadczenia medyczne od jednostek ochrony zdrowia.

### Składka zdrowotna w latach 2000-2007

|                   | 2000 | 2001  | 2002  | 2003 | 2004  | 2005 | 2006  | 2007 |
|-------------------|------|-------|-------|------|-------|------|-------|------|
| Składka zdrowotna | 7,5% | 7,75% | 7,75% | 8,0% | 8,25% | 8,5% | 8,75% | 9,0% |

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Usługi medyczne są świadczone przez publiczne oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ), może być utworzony przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) może być utworzony m.in. przez kościół lub związek wyznaniowy, fundację, stowarzyszenie czy spółkę. Jednakże zdecydowaną większość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stanowią SPZOZ-y, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego, tj. gminy, powiaty, miasta na prawach powiatu oraz województwa.

### Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Odpowiedzialność za zarządzanie SPZOZ-em ponosi jego kierownik. Sporządza on plan finansowy zakładu oraz plan w zakresie inwestycji oraz odpowiada za ich realizację. Przy samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa Rada Społeczna, która jest jedynie organem opiniodawczym i doradczym, gdy tymczasem organem nadzorczym jest organ założycielski.

Tworzenie, likwidacja lub zmiana formy prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a także łączenie tych jednostek, wymaga stosownej decyzji ich organów założycielskich. Sprzedaż lub wynajem majątku przez SPZOZ również wymaga akceptacji ze strony organu założycielskiego. W wypadku likwidacji SPZOZ-u organ założycielski musi przejąć jego zobowiązania. W praktyce oznacza to spłatę zobowiązań netto SPZOZ-u, co nierzadko stanowi problem dla jednostek samorządu terytorialnego.

### Źródła finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Zdecydowana większość przychodów SPZOZ-ów pochodzi z tytułu świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ na podstawie zawartych kontraktów. Ponadto SPZOZ-y mogą otrzymywać dotacje od JST oraz Ministerstwa Zdrowia na realizację programów zdrowotnych. SPZOZ-y mogą również otrzymywać dotacje od swoich organów założycielskich (w tym JST) na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Źródło przychodów SPZOZ-ów mogą także stanowić dochody z innej wydzielonej działalności (np. wynajmu pomieszczeń) oraz darowizny, zapisy oraz spadki. SPZOZ-y nie mogą świadczyć prywatnych usług medycznych.

## Reformy sektora ochrony zdrowia

Do 1990 roku system ochrony zdrowia w Polsce zapewniał bezpłatne usługi medyczne dla wszystkich obywateli. Były one świadczone przez państwowe jednostki ochrony zdrowia i finansowane z budżetu państwa. System ten był scentralizowany i nieefektywny. Sytuację pogarszały występujące duże rozbieżności w dostępie do świadczeń medycznych w poszczególnych województwach, co skutkowało rosnącym niezadowoleniem społeczeństwa.

Na początku lat 90-tych podjęto reformy w systemie ochrony zdrowia. Jednostki opieki zdrowotnej, będące dotychczas jednostkami administracji rządowej, zostały przekazane jednostkom władzy lokalnej (około 2.000 jednostek), co oznaczało decentralizację własności, zarządzania oraz odpowiedzialności finansowej. Województwom przekazano stacje pogotowia ratunkowego oraz szpitale o znaczeniu wojewódzkim oferujące opiekę stacjonarną i pomoc w nagłych wypadkach. Gminy oraz powiaty stały się właścicielami przychodni ogólnych i specjalistycznych oraz szpitali gminnych i powiatowych. Ponadto zaczęły powstawać prywatne jednostki ochrony zdrowia.

Pomimo decentralizacji własności w systemie nadal brakowało mechanizmów wymuszających lepszą kontrolę kosztów i wyższą efektywność. Finansowanie było nadal scentralizowane, a sektor zbiurokratyzowany, co uniemożliwiało jego szybkie dostosowywanie się do zmieniających się potrzeb oraz warunków. Brakowało niezbędnych informacji dotyczących kosztów sektora, w szczególności informacji o rzeczywistych kosztach świadczonych usług, co uniemożliwiało skuteczne zarządzanie. Wszystko to skutkowało rosnącymi zobowiązaniami sektora, które na koniec 1998 roku były szacowane przez Ministerstwo Zdrowia na około 8-10 mld zł<sup>1</sup>.

## Zmiana sposobu finansowania usług medycznych

W celu poprawy sytuacji w ochronie zdrowia 1 stycznia 1999 roku została wprowadzona kompleksowa reforma tego sektora, która polegała na odejściu od finansowania usług medycznych z budżetu państwa i wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego:

- finansowanie z budżetu państwa zostało zastąpione obowiązkowym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym płaconym przez wszystkich zatrudnionych, co pozwoliło ograniczyć rolę państwa w finansowaniu usług medycznych. Składka zdrowotna została określona na poziomie 7,5% przychodów każdej zatrudnionej osoby, ale kwoty płacone na ubezpieczenie zdrowotne mogły być odliczone od podatku dochodowego.
- utworzono 16 Kas Chorych (jedna w każdym województwie) oraz jedna kasa branżowa, która działała w skali całego kraju. Kasy Chorych były finansowane bezpośrednio ze składek zdrowotnych zbieranych za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz dotacji z Ministerstwa Zdrowia na finansowanie programów zdrowotnych.
- Ze względu na reformę Skarb Państw był zmuszony oddłużyć zadłużone jednostki ochrony zdrowia kwotą około 8-10 mld zł, co skutkowało spadkiem zadłużenia sektora<sup>2</sup>.

Utworzenie Kas Chorych wprowadziło elementy konkurencji i mechanizmy rynkowe do sektora. Chociaż zaproponowane rozwiązania nie były doskonałe, w opinii Fitch pełne wdrożenie reformy w dłuższym okresie dawały szansę na osiągnięcie przez sektor ochrony zdrowia lepszych wyników.

<sup>1</sup> N. Girouard, Y. Imai, The Health care system In Poland, OECD Economics Department Working Papers no. 257, 2000.

<sup>2</sup> Tamże.

## Krok wstecz na drodze do większej efektywności sektora zdrowia

Jednak w 2003 roku, zamiast kontynuować reformę zainicjowaną w 1999 roku, rząd podjął decyzję o kolejnej reformie, w rezultacie której w miejsce Kas Chorych został utworzony Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>3</sup>. Nastąpiła więc ponowna centralizacja systemu finansowania usług medycznych. Zdaniem Fitch decyzja ta stanowiła krok wstecz na drodze do większej konkurencyjności tego sektora oraz poddaniu go mechanizmom rynkowym.

NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. W skład NFZ wchodzi centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich (po jednym w każdym województwie). Prezesa Funduszu powołuje Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia. Na skutek reformy NFZ stał się jedyną instytucją odpowiedzialną za zapewnienie oraz finansowanie świadczeń medycznych oraz refundację leków. Oznaczało to powtórny centralizację finansowania świadczeń medycznych. NFZ kontraktuje świadczenia medyczne w publicznych oraz niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej określając ich rodzaje oraz ilość. NFZ nie może prowadzić innej działalności gospodarczej niż wyżej wymieniona, jak również nie może być właścicielem zakładów opieki zdrowotnej ani posiadać jakichkolwiek praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących takie zakłady.

### Źródła przychodów NFZ

| (mln zł)                                                          | 2005            | (%)          | 2006            | (%)          |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| Przychody z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS)          | 31 051,0        | 90,6         | 34 503,6        | 91,8         |
| Przychody z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (KRUS)         | 2 741,1         | 8,0          | 2 568,0         | 6,8          |
| Otrzymane środki na programy profilaktyczne i polityki zdrowotnej | 27,1            | 0,1          | 4,3             | 0,0          |
| Pozostałe przychody                                               | 438,4           | 1,3          | 501,4           | 1,3          |
| <b>Przychody ogółem</b>                                           | <b>34 257,6</b> | <b>100,0</b> | <b>37 577,3</b> | <b>100,0</b> |

Źródło: Sprawozdania finansowe NFZ za rok 2005 i 2006

NFZ jest finansowany z dochodów ze składek zdrowotnych zbieranych przez ZUS i KRUS, dotacji z budżetu państwa na programy zdrowotne oraz dochodów z innych źródeł. W 2006 roku przychody ogółem NFZ wzrosły o 9,6% (w porównaniu do roku 2005) i na koniec roku wyniosły 37,6 mld zł. Ponad 98% z nich pochodziło ze składek płaconych przez osoby ubezpieczone (patrz tabela powyżej).

### Wydatki NFZ

| (mln zł)                                        | 2005            | (%)         | 2006            | (%)         |
|-------------------------------------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| <b>Wydatki na świadczenia zdrowotne, w tym:</b> | <b>33 030,0</b> | <b>98,5</b> | <b>35 970,1</b> | <b>98,0</b> |
| - lecznictwo szpitalne                          | 14 569,6        | 43,4        | 15 688,1        | 42,7        |
| - refundacja cen leków                          | 6 323,3         | 18,9        | 6 695,8         | 18,2        |
| - podstawowa opieka zdrowotna                   | 3 619,3         | 10,8        | 3 988,0         | 10,9        |
| - ambulatoryjna opieka specjalistyczna          | 2 341,6         | 7,0         | 2 672,4         | 7,3         |
| - pozostałe świadczenia zdrowotne               | 6 176,2         | 18,4        | 6 925,8         | 18,9        |
| <b>Pozostałe wydatki</b>                        | <b>504,0</b>    | <b>1,5</b>  | <b>739,2</b>    | <b>2,0</b>  |
| <b>Wydatki ogółem</b>                           | <b>33 534,0</b> | <b>-</b>    | <b>36 709,4</b> | <b>-</b>    |

Źródło: Sprawozdania finansowe NFZ za rok 2005 i 2006

Wielkość otrzymanych przychodów determinuje wielkość wydatków NFZ (patrz tabela powyżej), ponieważ zgodnie z art. 118 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych plan finansowy NFZ musi być zrównoważony pod względem przychodów i kosztów, tj. planowane wydatki nie mogą przekroczyć planowanych przychodów. W rezultacie w przypadku jakichkolwiek negatywnych zmian po stronie przychodów, muszą mieć miejsce także odpowiednie zmiany po stronie wydatków, co może skutkować

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391).

niższymi cenami płaconymi za kontraktowane usługi i/lub zakontraktowaniem niższej ich liczby. Tymczasem placówki ochrony zdrowia nie zawsze są w stanie łatwo dostosować się do zmieniających się warunków poprzez ograniczenie kosztów bieżących, czy liczby udzielanych świadczeń. W rezultacie wyniki NFZ są zbilansowane (724 mln zł zysku netto w 2005 roku oraz 868 mln zł w 2006 roku), gdy tymczasem jednostki ochrony zdrowia akumulują niezrefundowane koszty.

## Narastające problemy w sektorze ochrony zdrowia

Ponieważ sektor ochrony zdrowia jest nieefektywny i kosztowny, z silną pozycją związków zawodowych, finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia jest niewystarczające. Wycena kontraktowanych przez NFZ świadczeń oraz ich liczba są zwykle niższe niż jednostkowe koszty tych usług oraz popyt na te usługi. „Nadwykonania” usług medycznych, obowiązek świadczenia usług medycznych w przypadku zagrożenia życia oraz niska wycena jednostkowa usług przez NFZ powodują narastanie zobowiązań sektora.

### Presja na wzrost wynagrodzeń

Negatywny wpływ na sytuację w sektorze mają także powtarzające się strajki personelu medycznego żądającego podwyżek płac, na skutek których rząd wiele razy podnosił płace w sektorze. Powodowało to wzrost kosztów płac w sektorze. Jednakże wraz z podwyżkami płac nie zawsze przekazywano adekwatne środki na ich sfinansowanie. Dla przykładu sytuacja taka miała miejsce w 2001 roku. Na podstawie ustawy z 22 grudnia 2000 roku<sup>4</sup> (popularnie zwaną „ustawą 203”) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zatrudniające ponad 50 pracowników zostały zobowiązane aby z dniem 1 stycznia 2001 roku podnieść wynagrodzeń pracowników o kwotę nie niższą niż 203 zł miesięcznie, a w następnym roku o stopę wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej<sup>5</sup>.

SPZOZ-y, które nie podniosły wynagrodzeń, zostały pozwane do sądu przez ich pracowników. Tymczasem zwiększenie wynagrodzeń skutkowało rosnącymi zobowiązaniami SPZOZ-ów w stosunku do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, innych instytucji publicznych oraz wobec dostawców towarów i usług. Spowodowało to pogorszenie się wyników finansowych SPZOZ-ów, wzrost generowanych przez nie strat oraz zobowiązań. W rezultacie organy założycielskie tych jednostek zmuszone były wspomóc je finansowo. JST udzieliły podległym sobie SPZOZ-om pożyczek oraz poręczeń. Dzięki nim mogły one zaciągać kredyty bankowe przeznaczone na spłatę zobowiązań wymagalnych, od których jednostki te płaciły karne odsetki. Nierzadko JST były zmuszone dokonywać płatności z tytułu wystawionych gwarancji oraz umarzać wcześniej udzielone pożyczki, gdyż SPZOZ-y nie były w stanie ich spłacić. Wszystko to negatywnie wpływało na sytuację finansową JST.

Jak już wspomniano SPZOZ-y odnotowywały straty, a ich zobowiązania rosły. W 2003 roku SPZOZ-y wygenerowały zagregowaną stratę netto w wysokości 2,26 mld zł w porównaniu do 1,28 mld zł w 2000 roku. W latach 2000-2004 zobowiązania ogółem rosły średniorocznie o około 25%. Zobowiązania te wzrosły z 3,9 mld zł w 2000 roku do 9,5 mld zł na koniec 2004 roku. Zdecydowana większość z nich (95%) były to krótkoterminowe zobowiązania, w tym zobowiązania cywilnoprawne w stosunku do dostawców towarów i usług, zobowiązania w stosunku do pracowników oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Znaczącą ich część była przeterminowana (do 12 miesięcy po terminie płatności w przypadku zobowiązań z tytułu dostaw towarów i usług oraz nawet więcej w przypadku zobowiązań do ZUS-u oraz

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2001 nr 5 poz. 45).

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń w podmiotach gospodarczych oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. 1995 nr 1 poz. 2).

pracowników). Na koniec 2004 roku zobowiązania wymagalne stanowiły 62% zobowiązań ogółem, gdy w 2000 roku było to tylko 39%. Dane te pokazują, że sytuacja finansowa sektora w szybkim tempie pogarszała się, zwiększając tym samym ryzyko dla JST, które nie były w stanie samodzielnie poradzić sobie z tym problemem.

### Restrukturyzacja zobowiązań

Ze względu na pogarszającą się sytuację w sektorze rząd zdecydował się udzielić pomocy SPZOZ-om, która miała na celu zmniejszenie ich zobowiązań. Została uchwalona ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z tą ustawą SPZOZ-y, które podjęły działania restrukturyzacyjne, mogły ubiegać się o dotacje i pożyczki restrukturyzacyjne z budżetu państwa lub wyemitować obligacje<sup>6</sup>. Główną wadą wprowadzonych rozwiązań był fakt, że dotyczyły one jedynie restrukturyzacji zadłużenia i nie wymagały żadnych zmian, które miałyby na celu wzrost efektywności w sektorze. Restrukturyzacja ta zakładała:

- 1) uregulowanie zobowiązań w stosunku do pracowników z tytułu „ustawy 203”,
- 2) częściowe uregulowanie zobowiązań publicznoprawnych, w tym w stosunku do ZUS-u, podczas gdy pozostała część była SPZOZ-om umarzana,
- 3) zawieranie przez SPZOZ-y porozumień z wierzycielami (dostawcami dóbr i usług) określających sposób uregulowania zobowiązań cywilnoprawnych w stosunku do nich (rozłożenie spłaty na raty czy częściowe umorzenie).

Procesami restrukturyzacyjnymi objęto 565 jednostkach, a łączna wartość zobowiązań objętych restrukturyzacją wyniosła 4,1 mld zł (patrz tabela poniżej).

### Zobowiązania objęte restrukturyzacją

| (mln zł)                      | Zobowiązania objęte restrukturyzacją | Włączając zobowiązania w stosunku do       |                                          |           | Otrzymane pożyczki restrukturyzacyjne (wg stanu na 31 lipiec 2007) |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------|
|                               |                                      | pracowników powstałe w wyniku „ustawy 203” | ZUS-u oraz innych instytucji publicznych | dostawców |                                                                    |
| Wszystkie SPZOZ-y, włączając: | 4 096,4                              | 19%                                        | 33%                                      | 48%       | 1 647,9                                                            |
| - SPZOZ-y podległe JST        | 3 543,2                              | 21%                                        | 33%                                      | 46%       | 1 387,4                                                            |
| - Pozostałe SPZOZ-y           | 553,3                                | 6%                                         | 31%                                      | 63%       | 260,5                                                              |

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Całkowita kwota przeznaczona z budżetu państwa na pożyczki restrukturyzacyjne została ustalona na 2,2 mld zł. Pożyczki restrukturyzacyjne były udzielane maksymalnie na okres 10 lat i oprocentowane wg stałej stopy procentowej wynoszącej 3% rocznie. Zgodnie z ustawą SPZOZ-om, które w terminie spłaciły 50% otrzymanej pożyczki (następnie udział ten został zmniejszony do 30%), pozostała kwota była umarzana.

Tym samym sektor otrzymał znaczącą pomoc finansową z budżetu państwa. Proces ten wymagał również znaczącego zaangażowania ze strony JST. JST przejęły część zobowiązań sektora. Ponadto udzieliły jednostkom ochrony zdrowia pożyczek, dzięki którym mogły one dokonać spłaty 30% pożyczek restrukturyzacyjnych i

<sup>6</sup> Jedynie SPZOZ-y, które zatrudniały ponad 50 pracowników na dzień 1 stycznia 2001 roku, mogły skorzystać z pomocy w ramach uchwalonej ustawy, gdyż tylko te jednostki zostały zobowiązane do podniesienia wynagrodzeń pracowników w ramach „ustawy 203”. Środki otrzymane w ramach pożyczek restrukturyzacyjnych oraz emisji obligacji musiały w pierwszej kolejności zostać przeznaczone na uregulowanie zobowiązań w stosunku do pracowników z tytułu „ustawy 203”. Restrukturyzacja finansowa zakładów objęła zobowiązania SPZOZ-ów wykazane w ich sprawozdaniach finansowych na dzień 31 grudnia 2004 roku powstałe w okresie od 1 stycznia 1999 roku do dnia 31 grudnia 2004 roku.

uzyskać umorzenie pozostałej części. Ponadto JST poręczały kredyty bankowe zaciągnięte przez SPZOZ-y na spłatę zobowiązań wymagalnych, od których SPZOZ-y płaciły odsetki ustawowe.

Według stanu na dzień 20 czerwca 2007 roku dotacje JST do SPZOZ-ów wyniosły 115,7 mln zł. Jednocześnie JST spłaciły 116,4 mln zł zobowiązań SPZOZ-ów. Biorąc pod uwagę fakt, że procesy restrukturyzacyjne nie zostały jeszcze zakończone, można się spodziewać, że ostatecznie kwoty te będą znacznie wyższe.

## Koszty działań podjętych w ramach ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji SPZOZ-ów wg stanu na dzień 20 czerwca 2007 roku

| (w mln zł)                                                                                                          | Wszystkie SPZOZ-y | SPZOZ-y podległe JST |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Pożyczki restrukturyzacyjne otrzymane z budżetu państwa (zgodnie z podpisanymi umowami na dzień 31 lipca 2007 roku) | 1 647,9           | 1 387,4              |
| Zaciągnięte kredyty bankowe oraz wyemitowane obligacje                                                              | 1 127,2           | 1 124,6              |
| Otrzymane dotacje od organów założycielskich                                                                        | 115,7             | 115,7                |
| Inne środki                                                                                                         | 316,3             | 196,6                |
| Zobowiązania przejęte oraz spłacone przez organ założycielski                                                       | 142,3             | 116,4                |
| Zobowiązania, które zostaną umorzone przez ZUS oraz inne instytucje publiczne                                       | 682,1             | 608,9                |
| Zobowiązania, które zostaną umorzone przez dostawców towarów i usług                                                | 263,6             | 225,5                |

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

W rezultacie podjęte procesy restrukturyzacyjne spowodowały:

- spadek zobowiązań w stosunku do pracowników z tytułu „ustawy 203”; na dzień 20 czerwca 2007 zobowiązania w stosunku do pracowników w wysokości 760 mln zł zostały uregulowane w 99%-ach,
- spadek zobowiązań w stosunku do ZUS-u (na dzień 20 czerwca 2007 roku 190,5 mln zł zobowiązań zostało umorzone, podczas gdy 491,6 mln zł zostanie umorzone w najbliższym czasie),
- spadek zobowiązań w stosunku do dostawców towarów i usług (na dzień 20 czerwca 2007 roku zostało umorzone 139 mln zł, podczas gdy 124,6 mln zł zostanie umorzone w najbliższym czasie).

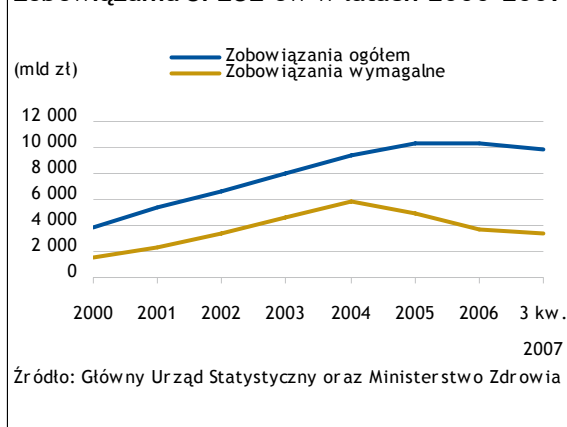
Na skutek wdrożenie procesów restrukturyzacyjnych zobowiązania w stosunku do dostawców oraz ZUS-u zostały częściowo umorzone lub zastąpione długoterminowymi zobowiązaniami z tytułu pożyczek, kredytów i obligacji. W rezultacie został zahamowany wzrost zobowiązań SPZOZ-ów, a ich struktura uległa poprawie. W latach 2005-2006 zobowiązania ogółem ustabilizowały się na poziomie 10,3 mld zł, chociaż pozostały one nadal wysokie - na poziomie sprzed oddłużenia ich przez Skarb Państwa w 1998 roku. Zobowiązania wymagalne spadły do 3,37 mld zł na koniec trzeciego kwartału 2007 roku i stanowiły mniej niż 35% zobowiązań ogółem, podczas gdy w 2004 roku było to odpowiednio 5,87 mld zł i 62%.

Chociaż jednorazowa inicjatywa ze strony Państwa pomogła poprawić sytuację finansową samodzielnych publicznych zakładów ochrony zdrowia, to jednak nie stworzyła ona mocnych podstaw do osiągania przez te jednostki dobrych wyników finansowych w przyszłości. Zadaniem Fitch rozwiązania te nie wprowadziły żadnych mechanizmów, które miałyby na celu wzrost efektywności tego sektora. Nie zwiększyły one jego przejrzystości ani konkurencyjności. Nie wymogły na jednostkach żadnych zmian w zakresie zarządzania, które zdaniem Fitch powinny być mieć miejsce. Nie wymogły one na JST prowadzenia działalności zorientowanej na wyniki. Wprowadzona ustawa miała jedynie na celu ograniczenie zobowiązań sektora i w opinii Fitch przyniosła ona tylko tymczasowe rezultaty w postaci ustabilizowania się poziomu zobowiązań SPZOZ-ów, które w dłuższym okresie zaczną ponownie rosnąć.

## Pomimo restrukturyzacji sektor zdrowia ciągle daleki od poprawy

Na wiosnę 2006 roku miała miejsce kolejna duża fala strajków personelu medycznego w całym kraju. W jej wyniku rząd zgodził się na 30%-owe podwyżki płac w sektorze od października 2006 roku<sup>7</sup>. Zgodnie z wprowadzoną ustawą z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń kontrakty SPZOZ-ów zawarte z NFZ zostały automatycznie zwiększone o kwotę przeznaczoną na podwyżki płac (patrz tabela poniżej). Jednakże ustawa ta przewidywała dodatkowe finansowanie jedynie w latach 2006-2007. W konsekwencji pojawiły się wątpliwości, czy dodatkowe finansowanie będzie utrzymane w kolejnych latach, czy raczej SPZOZ-y będą zmuszone wypłacać zwiększone wynagrodzenia nie otrzymując na nie środków. Ostatecznie w 2007 roku miała miejsce nowelizacja wyżej wymienionej ustawy, w wyniku czego utrzymano zwiększone finansowanie na wynagrodzenia. Wdrożenie wyżej wymienionych tymczasowych rozwiązań hamowało długoterminowe racjonalne planowanie w sektorze i z tego względu zdaniem Fitch było szkodliwe dla sektora.

**Zobowiązania SPZOZ-ów w latach 2000-2007**



tygodniowo od 1 stycznia 2008 roku i jednocześnie zostały do niego wliczone godziny dyżurów medycznych. 48-godzinny wymiar czasu pracy lekarza może zostać zwiększony do 72 godzin, ale wyłącznie pod warunkiem, że wyrazi on na to zgodę. W takich sytuacjach dodatkowe godziny (ponad 48) są traktowane jako godziny nadliczbowe i odpowiednio wynagradzane.

## Wydatki NFZ na świadczenia medyczne

| (mln zł)                                                                     | Wykonanie<br>2005 | Wykonanie<br>2006 | Plan 2007<br>(na dzień<br>31.12.07) | Plan 2008<br>(na dzień<br>11.02.08) |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Wydatki na świadczenia medyczne ogółem                                       | 33 030,0          | 35 970,1          | 41 617,4                            | 46 621,6                            |
| - włączając kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń określonych w 2006 roku | -                 | b.d.              | 4 585,8                             | 4 891,0                             |
| Włączając kwoty na świadczenia medyczne w szpitalach                         | 14 569,6          | 15 688,1          | 18 834,0                            | 20 794,5                            |
| - włączając kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń określonych w 2006 roku | -                 | b.d.              | 2 555,7                             | 2 852,8                             |

b.d. - brak danych

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

W 2007 roku koszty wyżej opisanych zmian były szacowane na około 0,75 mld zł, obecnie szacunki te zostały podniesione do 2,4 mld zł. Tymczasem plan finansowy NFZ na 2008 rok zakłada wzrost wydatków na świadczenia medyczne w szpitalach jedynie o kwotę 1,96 mld zł (1,66 mld zł, jeśli zostaną wyłączone kwoty

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. 2006 nr 149 poz. 1076).

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2007 nr 176 poz. 1240).

przeznaczone na podwyżkę płac ustaloną w 2006 roku - patrz tabela poniżej). W konsekwencji, jeśli koszty wynagrodzeń nie zostaną im zrekompensowane dodatkowymi środkami z budżetu państwa czy NFZ, szpitale będą zmuszone je ponieść. W efekcie mogą one zacząć akumulować straty oraz zobowiązania, podobnie jak miało to miejsce po uchwaleniu „ustawy 203”. Sytuacja ta ponownie zwiększy presję na budżety JST.

### **Działania samorządów o sektorze ochrony zdrowia**

JST będąc organami założycielskimi dla SPZOZ-ów są narażone na wysokie ryzyko związane z trudną sytuacją w tym sektorze. Pomimo tego, ich głos w dyskusji na temat sposobów restrukturyzacji tego sektora nie był w należyтым stopniu brany pod uwagę. Ryzyko płynące z sektora ochrony zdrowia dla JST dotyczy przede wszystkim:

- zobowiązań, które muszą być przejęte i spłacone przez JST podczas likwidacji, łączenia lub zmiany formy prawnej SPZOZ-ów,
- poręczeń udzielonych sektorowi, z tytułu których JST mogą być zmuszone do dokonania płatności, gdy SPZOZ-y nie będą obsługiwać swojego zadłużenia w terminie,
- pożyczek udzielonych SPZOZ-om przez JST, które bardzo często podlegają umorzeniu ze strony JST, gdyż SPZOZ-y nie są w stanie ich spłacić,
- a także są związane z wysokimi potrzebami inwestycyjnymi w SPZOZ-ach w związku ze złym stanem ich majątku, co wymaga znacznych środków na remonty, modernizacje oraz zakup potrzebnego wyposażenia.

JST podejmują kroki mające na celu ograniczenie ryzyka płynącego dla nich z sektora ochrony zdrowia poprzez zwiększanie efektywności podległych im jednostek oraz lepszego nadzoru nad nimi. Działania te obejmują: prywatyzację przychodni, likwidację oraz łączenie szpitali lub przekształcanie ich w spółki ze 100% udziałem JST. Jednakże, jak już zostało powiedziane, JST nie są w stanie same poradzić sobie z problemem niskiej efektywności tego sektora i jego trudną sytuacją finansową.

### **Prywatyzacja przychodni**

Prywatyzacja przychodni, dla których JST były organami założycielskimi, w przeważającej mierze była neutralna dla budżetów JST. Przychodnie były zazwyczaj przekształcane w spółki pracownicze, które dzierżały majątek oraz sprzęt wykorzystywany przed prywatyzacją. Jednakże po jakimś czasie decydowały się one na zakup dzierżawionego majątku oraz sprzętu. Ponieważ sytuacja finansowa przychodni (w przeciwieństwie do sytuacji w szpitalach) była stosunkowo dobra, dochody JST z tytułu dzierżawy oraz sprzedaży majątku placówek ochrony zdrowia rekompensowały wydatki na spłatę ich zobowiązań. W wyniku procesów prywatyzacyjnych liczba przychodni, dla których organem założycielskim są JST, spadła z 3.166 na koniec 2004 roku do 3.016 na koniec 2005 roku (patrz tabela).

### **Likwidacja oraz zmiana formy prawnej szpitali**

Największe ryzyko dla JST jest związane z trudną sytuacją finansową podległych im szpitali. W celu poprawy wyników tych jednostek JST decydują się na ich łączenie. Dzięki likwidacji dublujących się oddziałów oraz racjonalizacji sieci placówek następuje racjonalizacja ich kosztów. Łączenie mniejszych jednostek w większe pomaga zaoszczędzić na kosztach wynagrodzeń kadry zarządzającej oraz umożliwia lepsze wykorzystanie majątku. Działania te pozytywnie wpływają na ich sytuację finansową, która może ulec dalszej poprawie dzięki dochodom ze sprzedaży niewykorzystywanych już aktywów.

Ponadto niektóre JST decydują się przekształcić swoje SPZOZ-y w spółki, w których zachowują 100% udziałów (placówki te po przekształceniu klasyfikowane są jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej). Forma prawna spółki handlowej ma swoje korzyści w postaci bardziej jasnego podziału kompetencji oraz lepszego nadzoru właścicielskiego, co powinno przełożyć się na lepsze zarządzanie i wyższą efektywność. Nowo utworzonej spółce zazwyczaj zostaje przekazane mienie likwidowanego SPZOZ-u, ale nie jest ona obciążona jego zobowiązaniami, które przejmuje na siebie organ założycielski, tj. JST.

Ponieważ szpitale w Polsce znajdują się w trudnej sytuacji finansowej i JST zazwyczaj decydują się likwidować placówki, których sytuacja finansowa jest najbardziej dramatyczna, przekształcenia w zakresie tych jednostek są bardzo kosztowne dla JST i powodują znaczącą presję na ich budżety.

## Zakłady opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2004-2006

|                                                                                                                                                                                                                                       | 2004       | 2005       | 2006       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| <b>Szpitala ogólne</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>766</b> | <b>781</b> | <b>742</b> |
| Publiczne:                                                                                                                                                                                                                            | 624        | 611        | 589        |
| — dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego                                                                                                                                                          | 567        | 552        | 530        |
| — dla których organem założycielskim jest minister lub centralny organ administracji rządowej (z wyłączeniem tych, dla których organem założycielskim jest Minister obrony Narodowej oraz Minister Spraw Publicznych i Administracji) | 16         | 17         | 18         |
| — dla których organem założycielskim jest publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,                                                                                              | 41         | 42         | 41         |
| Niepubliczne                                                                                                                                                                                                                          | 142        | 170        | 153        |
| <b>Szpitala psychiatryczne</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>54</b>  | <b>54</b>  | <b>50</b>  |
| Publiczne:                                                                                                                                                                                                                            | 54         | 53         | b.d.       |
| — dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego                                                                                                                                                          | 49         | 47         | b.d.       |
| — dla których organem założycielskim jest Minister Zdrowia                                                                                                                                                                            | 5          | 6          | b.d.       |
| Niepubliczne                                                                                                                                                                                                                          | -          | 1          | b.d.       |
| <b>Przychodnie</b>                                                                                                                                                                                                                    |            |            | b.d.       |
| — dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego                                                                                                                                                          | 3166       | 3016       | b.d.       |

b.d. - brak danych

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

## Poręczenia

JST nie tylko mają obowiązek spłaty zobowiązań likwidowanych SPZOZ-ów, ale także bardzo często są zmuszone dokonywać płatności z tytułu poręczeń udzielonych dla tego sektora. W ciągu trzech ostatnich lat wartość udzielonych przez JST poręczeń bardzo dynamicznie rosła. W 2006 roku wzrost ten wyniósł ponad 80% w porównaniu do 40% w 2005 roku oraz średniorocznej stopy wzrostu w wysokości 17% w latach 2000-2004. Nominalnie wartość udzielonych poręczeń wzrosła z 1,1 mld zł w 2004 roku do 2,9 mld zł na koniec 2006 roku (3% wydatków bieżących). Zgodnie z oficjalną klasyfikacją około 63% z nich dotyczyło poręczeń udzielonych dla jednostek zaliczanych do tzw. grupy II, do której należą JST i ich związki, samorządowe jednostki oraz zakłady budżetowe, gospodarstwa pomocnicze jednostek budżetowych, fundusze celowe, samorządowe instytucje kultury oraz SPZOZ-y. W praktyce większość z nich była udzielona właśnie SPZOZ-om. W latach 2004-2006 płatności JST z tytułu udzielonych poręczeń wynosiły średnio 30 mln zł rocznie i biorąc pod uwagę wielkość ich budżetów były praktycznie nieistotne (0,5% wydatków bieżących). Jednakże biorąc pod uwagę fakt, że zobowiązania JST z tytułu udzielonych poręczeń bardzo szybko rosły w ciągu ostatnich dwóch lat, ich wydatki z tytułu tych poręczeń mogą zacząć wykazywać podobny trend.

### **Pożyczki udzielone SPZOZ-om przez JST**

SPZOZ-y bardzo często występują do JST o udzielenie krótkoterminowych pożyczek niezbędnych dla zapewnienia ich płynności. JST mając świadomość trudnej sytuacji finansowej tych jednostek udostępniają im środki, zwłaszcza w sytuacji, gdy bieżąca działalność SPZOZ-ów jest zagrożona. Nierzadko terminy spłaty udzielonych pożyczek są następnie wydłużane, ponieważ SPZOZ-om brakuje środków na ich spłatę, czy wręcz umarzane przez JST.

### **Wysokie potrzeby inwestycyjne sektora**

Majątek SPZOZ-ów jest zdekapitalizowany i w związku z tym wymaga istotnych nakładów inwestycyjnych na modernizację oraz zakup wyposażenia. SPZOZ-y znajdujące się w trudnej sytuacji finansowej, nie posiadają własnych środków na inwestycje. W związku z tym, cała odpowiedzialność w zakresie nakładów inwestycyjnych w tym sektorze spoczywa na JST.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku zobowiązuje SPZOZ-y by dostosowały się one do wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej. Ostateczny termin na spełnienie tych wymogów upływa 31 grudnia 2012 roku. Będzie się to wiązało z wysokimi nakładami inwestycyjnymi w sektorze, które będą musiały być sfinansowane z budżetów JST.

### **Podsumowanie**

W opinii Fitch znajdujący się w trudnej sytuacji finansowej sektor ochrony zdrowia powoduje wysokie ryzyko dla JST, które nie są w stanie definitywnie ograniczyć tego ryzyka inaczej niż poprzez zamykanie podległych im placówek. Jednak w wielu wypadkach likwidacja placówek nie może mieć miejsca biorąc pod uwagę obowiązek zapewnienia nieprzerwanej opieki zdrowotnej nad ludnością. W konsekwencji JST są poddane wysokiej presji oraz przejmują ryzyko płynące z sektora ochrony zdrowia na siebie. W opinii Fitch bez spójnej całościowej reformy tego sektora na poziomie kraju, która wprowadziłaby mechanizmy wspierające kontrolę kosztów i wyższą efektywność, nie można się spodziewać żadnej znaczącej poprawy w tym sektorze.