Władysław Grześkiewicz

Finanse samodzielnych samorządowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej

Problemy Zarządzania 13/2 (2), 129-149

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Problemy Zarządzania, vol. 13, nr 2 (53), t. 2: 129–149
ISSN 1644-9584, © Wydział Zarządzania UW
DOI 10.7172/1644-9584.53.8

Finanse samodzielnych samorządowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej

Nadesłany: 26.02.15 | Zaakceptowany do druku: 17.06.15

Władysław Grześkiewicz*

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych problemów gospodarki finansowej sspzoz w Polsce po wejściu ustawy o działalności leczniczej. Pomimo poprawy wyniku finansowego w analizowanym okresie liczba jednostek zamykających działalność stratą nie może być traktowana jako margines rzeczywistości, gdyż jest nadal niepokojąco zbyt duża. Wymiernym wyrazem tego stanu rzeczy jest utrzymujący się ujemny wynik finansowy oraz wysoki poziom zobowiązań oraz należności z tytułu sprzedaży świadczeń zdrowotnych. Autor dokonuje analizy sytuacji finansowej tych jednostek, ich zasobów majątkowych i struktury kapitałowej oraz przychodów i kosztów ich uzyskania. Zwraca uwagę na wysoki poziomu zobowiązań oraz należności oraz ich wpływ na wynik finansowy.

Słowa kluczowe: majątek trwały i obrotowy, fundusz własny, wynik finansowy, rachunek strat i zysków, zobowiązania i należności za usługi zdrowotne.

Finance of independent local government public healthcare units after implementation of Medical Activity Act

Submited: 26.02.15 | Accepted: 17.06.15

The paper aims at presenting chosen financial management problems of independent local government public healthcare units in Poland after the implementation of the Medical Activity Act. Despite an improvement in financial results in the relevant period, the number of units ending the year with a loss cannot be treated as only incidental since the volume is still worryingly too high. A notable consequence of that situation is continuously negative financial result and high level of receivables and liabilities deriving from the sale of health services. The author makes an analysis of financial situation of the units, their property, capital structure, income and costs of generating it. The paper stresses high level of receivables and liabilities, highlighting their impact on units' financial results.

Keywords: fixed and current assets, equity, financial result, income and loss account, receivables and liabilities for health services.

JEL: I18

* **Władysław Grześkiewicz** – dr, Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach.

Adres do korespondencji: Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach, ul. Wintera 16, 08-110 Siedlce; e-mail: wgrzeskiewicz@op.pl.

1. Wprowadzenie

Samorządowe samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (dalej sspzoz) prowadzą działalność leczniczą na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej u.d.l.). Przepis art. 16 ust 1 u.d.l. kwalifikuje działalność leczniczą jako działalność regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 64 ust 1 u.s.d.g. jeżeli przepis odrębnej ustawy stanowi, że dany rodzaj działalności jest działalnością regulowaną w rozumieniu u.s.d.g., przedsiębiorca może wykonywać tę działalność, jeżeli spełnia szczególne warunki określone przepisami tej odrębnej ustawy, i po uzyskaniu wpisu w rejestrze działalności regulowanej. Oznacza to, że działalność lecznicza jest regulowaną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 u.s.d.g. Przepis art. 4 ust 1 u.d.l. wymienia podmioty lecznicze, w pierwszej kolejności przedsiębiorców w rozumieniu przepisów u.s.d.g., a w następnej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W świetle powołanej ustawy: jeżeli podmiot leczniczy wykonuje działalność gospodarczą, czyli działalność w rozumieniu art. 2 u.s.d.g., to uznać należy, że podmiot ten ma status przedsiębiorcy[1]. Za tym, że spzoz ma status przedsiębiorcy przesądza charakter dokonywanych czynności prawnych i faktycznych (Zemke-Górecka, 2010, s. 252). Świadczenia wykonywane przez ten podmiot w ramach działalności leczniczej mają charakter ciągły, zorganizowany[2]. Wprawdzie w u.d.l. nie ma przepisu, który uznaje sspzoz za osobę prawną, w rozumieniu art. 33 k.c., co jest bezwzględnym warunkiem posiadania przez jednostkę organizacyjną osobowości prawnej, to jednak uznać należy taką jednostkę za osobę prawną. Przepis art. 43^1 Kodeksu cywilnego za przedsiębiorcę uznaje podmiot prowadzący we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową. Przepis ten nie definiuje jednak pojęcia „działalności gospodarczej", co oznacza, iż odsyła w tym zakresie do uniwersalnej definicji zawartej w art. 2 u.s.d.g.[3]. Uznaje się, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie są osobami prawnymi, rozważyć zatem trzeba, czy są one jednostkami organizacyjnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną. Fakt, że stanowią one jednostki organizacyjne, jest w świetle postanowień u.d.l. oczywisty, natomiast kwestia zdolności prawnej takich zakładów nie została wprost przesądzona przepisami ustawy. Zauważyć jednak trzeba, że zgodnie z art. 52 u.d.l. zakład taki posiada środki i uzyskuje przychody, z których pokrywa koszty działalności i reguluje zobowiązania. Zgodnie z art. 54 u.d.l. posiada on również majątek własny, którym samodzielnie gospodaruje, może aktywa zbywać, jak też oddawać je w najem, dzierżawę, użytkowanie lub użyczenie, jakkolwiek na zasadach określonych przez podmiot tworzący. Na mocy art. 55 ustawy spzoz może zawierać umowy prowadzenia odpłatnej działalności leczniczej, uzyskiwać środki finansowe z darowizn, zapisów i spadków. Przytoczone przepisy dają podstawę do jednoznacznego wniosku, że sspzoz uczestniczą w obrocie cywilnym i stają się podmiotem praw i obowiązków, a zatem posiadają zdolność prawną[4].

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

2. Wydatki jednostek samorządu terytorialnego na tle wydatków ogółem na ochronę zdrowia

Wydatki na ochronę zdrowia, tj. wydatki bieżące i inwestycyjne wyniosły w 2012 r. 107,8 mld zł i stanowiły 6,75% PKB (99,5 mld zł i 7,02% PKB w 2010 r.). Z kolei bieżące wydatki publiczne wyniosły 77,770 mld zł i stanowiły 4,43% PKB (66,5 mld zł i 4,7% PKB w 2010 r.). Wartości podstawowych kategorii Narodowego Rachunku Zdrowia opisanych przez funkcję usług ochrony zdrowia, płatników i dostawców usług zdrowotnych w podziale na wydatki publiczne (instytucje rządowe i samorządowe, NFZ, ZUS, KRUS) oraz wydatki sektora prywatnego przedstawia tabela 1. Wydatki publiczne z budżetu państwa na ochronę zdrowia w 2012 r. w stosunku do 2010 r. wzrosły o 26,8%, ale jednak zmniejszył się ich udział w strukturze PKB (0,2 punkt proc.). Widoczna jest tendencja zmniejszania udziału wydatków z budżetu państwa na zdrowie publiczne.

Porównując wielkość wydatków na ochronę zdrowia z dynamiką PKB (wartość wyrażoną w cenach bieżących), należy stwierdzić, że w 2012 r. w stosunku do 2010 r. wystąpiła tendencja wzrostu dynamiki PKB nad dynamiką publicznych wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Wzrost PKB w 2012 r. w stosunku do 2010 r. był wyższy aniżeli dynamika wzrostu zarówno wydatków publicznych ogółem na ochronę zdrowia (wzrost o 6,3 punktu proc.) i prywatnych wydatków bieżących (3,8 punktu proc.) Wydatki ogółem na ochronę zdrowia były niższe w stosunku do dynamiki PKB (4,34 punktu proc.). Wartość wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, tj. gospodarstw domowych, organizacji non profit oraz przedsiębiorstw w 2012 roku w stosunku do roku 2010 wzrosła o 15,22 %, zaś udział wydatków gospodarstw domowych uległ wzrostowi do 1,90% PKB (w 2010 r. – 1,85% PKB). Zaznaczył się znaczny wzrost wydatków inwestycyjnych (wzrost o 7,6%).

Spośród zadań realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego wydatki na ochronę zdrowia w latach 2010 i 2012 kształtowały się na dość niskim poziomie, gdyż stanowiły odpowiednio: 0,25% i 0,26% w PKB. Za pozytywny uznać należy znaczny wzrost wydatków tych jednostek w 2012 r. w stosunku do roku 2010 (o 15,27%).

Z kolei w 2012 r. struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników kształtowała się następująco: instytucje rządowe i samorządowe łącznie z NFZ – 70,0%, sektor prywatny – 30,0% (w roku 2010 odpowiednio 71,7 i 28,3%). W ramach wydatków publicznych 90,8% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodził z gospodarstw domowych (81,0%).

W Narodowym Rachunku Zdrowia, obok wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia, występuje grupa wydatków powiązanych z ochroną

Wyszczególnienie	2010		2012		Dynamika 4:2 (w %)
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	
1	2	3	4	5	6
1. Produkt krajowy brutto	**1 416 585**	**100,00**	**1 596 378**	**100,00**	**112,70**
2. Publiczne wydatki bieżące, z tego:	**66 500**	**4,69**	**70 770**	**4,43**	**106,43**
Wydatki budżetu państwa	1 880	0,13	2 384	0,15	126,81
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	3 547	0,25	4 097	0,26	115,51
Fundusze ubezpieczeń społecznych	61 074	4,31	64 290	4,03	105,27
3. Prywatne wydatki bieżące, z tego:	**26 274**	**1,85**	**30 271**	**1,90**	**115,22**
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 001	1,55	24 517	1,54	111,44
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	4 273	0,30	5 754	0,36	134,66
4. Razem wydatki bieżące	**92 775**	**6,55**	**101 042**	**6,33**	**108,91**
Inwestycje	6 710	0,47	6 761	0,42	100,76
5. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	**99 485**	**7,02**	**107 802**	**6,75**	**108,36**

Tabela 1. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2010 i 2012 roku. Źródło: opracowanie na podstawie GUS, „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.", Warszawa 2012, s. 135.

zdrowia. Należą do niej wydatki inwestycyjne, a także nakłady polegające na dostarczaniu strumieni pieniężnych, wydatki na kształcenie personelu medycznego oraz na badania i rozwój w ochronie zdrowia. Wydatki powiązane z ochroną zdrowia wynosiły w 2010 r. – 46,4 mld zł, co stanowiło 3,28% PKB, zaś w roku 2012 – 48,5 mld zł, co stanowiło 3,03% PKB. W wydatkach powiązanych z ochroną zdrowia dominująca jest grupa nakładów na administrację i dostarczanie świadczeń pieniężnych (78,94% – 2,2 p.proc. więcej w stosunku do 2010 roku, tzn. o 2714 mln zł).

Wydatki powiązane z ochroną zdrowia oraz wydatki bieżące na ochronę zdrowia ogółem stanowiły w 2010 r. kwotę 139,2 mld zł (9,8% PKB), zaś w 2012 r. kwotę 149,6 mld zł, czyli 9,6% PKB.

Z analizy danych wynika ograniczanie udziału państwa w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz wzrostu udziału wydatków prywatnych na ochronę zdrowia. Podstawowym źródłem finansowania wydatków sspzoz są środki otrzymane z NFZ z tytułu sprzedaży usług. Wydatki dokonywane przez sspzoz stanowią ponad połowę łącznych wydatków publicznych na

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

Wyszczególnienie	2010		2012		Dynamika 4:2 (w %)
	mln zł	%	mln zł	%	
1	2	3	4	5	6
Wydatki ogółem, w tym:	**46 404**	**100,00**	**48 546**	**100,00**	**104,62**
Inwestycje	6 710	14,46	6 761	13,93	100,76
Kształcenie i szkolenie medyczne	1 845	3,98	1 249	2,57	67,70
Badanie i rozwój ochronie zdrowia i kontrola żywności	1 877	4,03	1 866	3,84	99,42
Administracja i dostarczanie świadczeń pieniężnych	35 609	76,74	38 323	78,94	107,63

Tabela 2. Wydatki powiązane z ochroną w 2010 i 2012 roku. Źródło: opracowanie na podstawie GUS, „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.", Warszawa 2012, s. 135.

ochronę zdrowia (około 51,2%). Z kolei według danych NFZ w latach 2010–2013 liczba zmniejszyła się z 37 566,6 tys. do 35 549,9 tys. osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych (NIK 2013).

3. Zasoby majątkowe sspzoz i źródła ich finansowania w latach 2009–2013

Podstawowym elementem sprawozdania finansowego sspzoz jest bilans sporządzony w ujęciu wartościowym w określonej formie oraz rachunek zysków i strat. Ich forma uregulowana jest prawnie ustawie o rachunkowości. Bilans sspzoz jest syntetycznym, dwustronnym zestawieniem aktywów i pasywów. Przedstawia realny oraz zgodny ze stanem faktycznym stan aktywów i pasywów na koniec roku obrotowego. Struktura majątku sspzoz ma istotny wpływ na kształtowanie się sytuacji finansowej. Bezpośrednio do osiągania zysku przyczynia się majątek obrotowy, który poprzez udział w ruchu okrężnym środków tworzy nową wartość przy każdym obrocie. Większy udział majątku obrotowego w strukturze majątku zwiększa tzw. płynność majątkową. Należy podkreślić, że sspzoz ma pewną możliwość kształtowania struktury swojego majątku, i z tej możliwości powinno korzystać. Strukturę majątku w dużym stopniu kształtuje jednak charakter sspzoz, w których dominują jednak aktywa trwałe.

Aktywa to kontrolowane przez jednostkę zasoby majątkowe o rzetelnie określonej wartości, powstałe w wyniku przeszłych zdarzeń, które spowodują w przyszłości wpływ do jednostki korzyści ekonomicznych. Uwzględniając przy ich podziale kryterium płynności, możemy wyróżnić: aktywa trwałe i aktywa obrotowe. Cechą charakterystyczną aktywów trwałych jest długi okres użytkowania, często wyłączenie z obrotu oraz wysoka ich wartość użytkowa. W skład aktywów trwałych wchodzą: wartości niematerialne i prawne,

rzeczowe aktywa trwałe, należności i inwestycje krótkookresowe oraz długoterminowe rozliczenia międzyokresowe. W skład majątku obrotowego, który uczestniczy w cyklicznie powtarzających się procesach gospodarczych o okresach nieprzekraczających jednego roku zalicza się środki o różnym charakterze. Aktywa obrotowe cechuje stosunkowo szybki okres zamiany na środki pieniężne, uczestniczą w ciągłej rotacji, przyjmując z każdym etapem inną postać Mają one wyraz finansowy (gotówka, papiery wartościowe, należności, rozliczenia międzyokresowe) oraz rzeczowy (zapasy materiałów, towarów, wyrobów gotowych, półproduktów itp.). Składniki majątku obrotowego o rzeczowym charakterze wymagają nie tylko ponoszenia kosztów zamrożonego w nich kapitału. Ich utrzymanie obciążone jest większym ryzykiem finansowym aniżeli występujące przy składnikach mający charakter wyłącznie finansowy. W skład aktywów obrotowych wchodzą: zapasy, do których zalicza się: materiały, półfabrykaty, wyroby gotowe, towary. Kolejną grupę środków obrotowych stanowią należności krótkoterminowe, czyli kwoty wymagalne z tytułu dostaw i usług, nienależnie od terminów płatności. W bilansie wykazane inwestycje krótkoterminowe ujmują: papiery wartościowe (czeki, akcje, obligacje oraz lokaty bankowe). Ich wielkość ma istotny wpływ na płynność finansową.

Jednostki samorządu terytorialnego dysponują majątkiem o znacznej wartości. Według danych Ministerstwa Zdrowia JST w latach 2010–2013 dysponowały odpowiednio: 1269 i 1253, 1139 i 1159 samorządowymi samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej (w okresie tym ubyło 110 jednostek)[5] o wartości aktywów trwałych odpowiednio: 16,4 mld zł, 17,7 mld zł, 18,8 mld zł, 19,2 mld zł i 19,8 mld zł. Z danych zawartych w tabeli 3 wynika, że w 2013 r. w stosunku do 2010 r. nastąpił wzrost aktywów trwałych o 11,8%. Najwyższy wzrost nastąpił w roku 2011 (o 6,0%), najniższy w roku 2012 w stosunku do 2011 roku (o 1,9%). Aktywa trwałe w sumie aktywów ogółem stanowiły w latach 2010 i 2013 odpowiednio: 74,18%, 75,30%, 75,5% i 75,5%, zaś aktywa obrotowe stanowiły w strukturze aktywów ogółem odpowiednio: 25,8%, 24,70% 24,5% i 24,5%. W 2013 r. w stosunku do roku 2013 nastąpiły nieznaczne zmiany zarówno w dynamice, jak i wartości poszczególnych grup aktywów. W roku 2013 roku nastąpił jednak znaczący wzrost należności krótkoterminowych, tj. należności z tytułu dostaw i usług, niezależnie od umówionego terminu zapłaty, oraz pozostałych należności wymagalnych w ciągu 12 miesięcy od dnia bilansowego (o oraz krótkoterminowych rozliczeń międzyokresowych (o 17,8%)

Źródła finansowania aktywów sspzoz, czyli pasywa określają: fundusz założycielski i fundusz zakładu (fundusz własny). Fundusz założycielski stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia komunalnego, zaś fundusz zakładu stanowi wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego. Fundusz założycielski sspzoz zwiększają, przekazane z budżetu JST, dotacje na cele rozwojowe oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe. Fundusz zakładu zwiększają natomiast

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

zysk netto i kwoty zwiększające wartość aktywów trwałych wynikłe z ustawowego przeszacowania tych aktywów. Z kolei fundusz ten ulega zmniejszeniu o stratę netto oraz kwotę zmniejszenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów. Zobowiązania sspzoz to wynikające z przeszłych zdarzeń obowiązki wykonania przez jednostkę określonych świadczeń na rzecz wierzyciela. Zobowiązania długoterminowe to zobowiązania samorządowych zakładów opieki zdrowotnej o terminie wymagalności powyżej roku. Rezerwy z kolei to zobowiązania, których termin wymagalności i kwota nie są pewne, ale istnieje możliwość wiarygodnego oszacowania tej kwoty. Mogą być tworzone przykładowo na zobowiązania z tytułu odroczonego podatku dochodowego do zapłaty w następnych okresach, straty z tytułu operacji gospodarczych w toku, zobowiązań wynikających z zawartych umów i porozumień z pracownikami. Majątek sspzoz był finansowany w latach 2010–2011 odpowiednio w: 59,96% i 54,96% kapitałem własnym. Z kolei w latach 2011–2013 r. wartość zobowiązań i rezerw na zobowiązania kształtowała się na podobnym poziomie jak w roku 2010 (35,62% 35,62%, 36,4% i 35,5% w strukturze sumy pasywów).

Z analizy danych zawartych w tabeli 3 wynika obniżenie kapitałów własnych (w 2011 r. w stosunku do 2010 r. o 5%). Na tak znaczne obniżenie funduszu własnego miał wpływ wysoki poziom strat, jakimi zamknęły swoją działalność samorządowe samodzielne zakłady opieki zdrowotnej na koniec analizowanego okresu rozliczeniowego. Wartość kapitału własnego w strukturze finansowania majątku obniżyła się z poziomu około 60% w roku 2010, do poziomu 2011 roku około 55%, i w latach 2012–2013 odpowiednio do poziomu: 29,99% i 30,3%. W tym okresie wystąpił znaczący wzrost rozliczeń międzyokresowych (w stosunku do roku poprzedniego w roku 2012 r. o 24,28 p. proc. i 2013 r. o 0,54 p. proc.).

W 2011 r. wystąpił istotny udział rozliczeń międzyokresowych w strukturze pasywów. Ich udział w strukturze źródeł finansowania majątku sspzoz wyniósł w roku 2011 – 9,42% (wzrost o 203,6% w stosunku do 2010 r.), zaś w 2012 r. wzrósł do poziomu – 33,7% oraz w 2013 r. do 34,2%. W roku 2013 w stosunku do roku 2010 dynamika w tej grupie pasywów wyniosła aż 1 161,4%

Na tak ukształtowaną relację sspzoz kapitału własnego w latach 2012–2013 istotny wpływ miało przeksięgowanie z funduszu założycielskiego na rozliczenia międzyokresowe przychodów, niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów trwałych, otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji przed 1 lipca 2011 roku. Zgodnie z przepisami art. 57 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, obowiązującymi do 30 czerwca 2011 r., otrzymane z budżetu państwa dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakupy aparatury i sprzętu medycznego, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe, należało odnosić na zwiększenie funduszu założycielskiego spzoz. W tej sytuacji dotacje inwestycyjne i darowizny mające charakter aktywów

Wyszczególnienie	Lata				Struktura				Dynamika	
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	5 : 4	5 : 2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Aktywa trwałe, w tym	w tys. zł				w %				w %	
Aktywa trwałe	17 731 512	18 801 462	19 166 291	19 831 916	74,18	75,30	75.54	75,49	103,5	111,8
Aktywa obrotowe, w tym:	6 176 484	6 177 585	6 208 356	6 445 395	25,82	24,70	24,46	24,51	103,8	104,3
Zapasy	431 058	467 220	451 532	471 265	1,80	1,80	1,78	1,79	100,5	109,3
Należności krótkoterminowe	3 085 846	3 137 638	3 072 913	3 229 029	12,90	12,60	12,10	12,28	104,4	104,6
Inwestycje krótkoterminowe	2 535 414	2 442 054	2 543 562	2 598 834	10,60	9,80	10,02	9,88	105,1	102,9
Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	124 166	130 772	140 349	146 267	0,52	0,52	0,56	0,56	104,2	117,8
	23 907 996	**24 980 587**	**25 374 648**	**26 277 311**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**103,6**	**109,9**
Pasywa, w tym	w tys zł				w %				w %	
Kapitał (fundusz własny)	14 335 716	13 730 687	7 575 506	7 950 203	59,96	54,96	29,86	30,3	104,9	55,5
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania, w tym:	9 572 280	11 249 901	17 799 142	18 327 108	40,04	45,04	70,14	69,7	103,0	191,5
Rezerwy na zobowiązania	1 224 588	1 324 751	1 505 667	1 654 014	5,13	5,30	5,93	6,3	109,8	135,1
Zobowiązania długoterminowe	2 078 311	1 804 077	1 998 766	2 132 035	8,69	7,23	7,87	8,1	106,7	102,6
Zobowiązania krótkoterminowe	5 494 574	5 768 951	5 745 589	5 542 078	22,98	23,09	22,64	21,1	96,5	100,9
Rozliczenia międzyokresowe		2 352 123	8 549 120	8 998 982	3,24	9,42	33,70	34,2	105,3	1 161,4
	23 907 996	**24 980 587**	**25 374 648**	**26 277 311**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**103,6**	**109,9**

Tabela 3. Struktura i dynamika aktywów i pasywów samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2010–2013. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2011, s. 132 i 133; 2012, s. 120 i 121; 2013 s.100 i 101; 2013 s. 101 i 102.

DOI 10.7172/1644-9584.53.8

trwałych odnoszone były na zwiększenie funduszu założycielskiego. Odpisy amortyzacyjne dokonywane od otrzymanych w formie darowizny środków trwałych zakupionych z przedmiotowych dotacji odnoszone były natomiast w ciężar działalności operacyjnej. Koszty te obciążały wynik finansowy sspzoz, a tym samym przyczyniały się do generowania strat finansowych.

Ustawa o działalności leczniczej zastąpiła regulacje szczególne wynikające z ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie ewidencji ww. składników majątkowych. Tym samym do ewidencji tej grupy składników majątkowych w sspzoz zostały zastosowane przepisy art. 41 ustawy o rachunkowości, zgodnie z którymi środki pieniężne otrzymane na sfinansowanie nabycia lub wytworzenia aktywów trwałych zwiększają rozliczenia międzyokresowe przychodów. Kwoty zaliczone do rozliczeń międzyokresowych przychodów zwiększają stopniowo pozostałe przychody operacyjne, równolegle do odpisów amortyzacyjnych od środków trwałych sfinansowanych z tych źródeł. Koszty amortyzacji równoważone są przychodami, co ma neutralny wpływ na wynik finansowy sspzoz. W u.d.l. nie znalazły się regulacje pozwalające na dokonanie zmian w ewidencji sspzoz dotyczącej składników majątkowych w odniesionych, stosownie do przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – na fundusz założycielski sspzoz do 30 czerwca 2011 roku. Wprowadzona zatem została przepisem art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw podstawa prawna dokonania na dzień 31 grudnia 2012 r. jednorazowego przeniesienia na rozliczenia międzyokresowe przychodów wartości odpowiadającej niezamortyzowanej części początkowej aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji, których wartość zwiększyła przed dniem 1 lipca 2011 r. fundusz założycielski spzoz. Celem wprowadzenia tej regulacji było ujednolicenie prezentowania w sprawozdaniach finansowych składników majątkowych o tym samym charakterze, otrzymanych przez spzoz przed wejściem w życie ww. ustawy o działalności leczniczej oraz po tym terminie. Biorąc pod uwagę cel wprowadzenia ww. regulacji, przeniesieniu na rozliczenia międzyokresowe przychodów podlega równowartość składników majątkowych spełniających postanowienia art. 41 ustawy o rachunkowości, na podstawie których dokonuje się tych rozliczeń. Dokonując przeniesienia, należy zatem rozstrzygnąć, czy w momencie otrzymania składników majątkowych lub środków na ich sfinansowanie, przy założeniu braku przepisów szczególnych, sspzoz zakwalifikowałby ich równowartość na zwiększenie rozliczeń międzyokresowych przychodów zgodnie art. 41 ustawy o rachunkowości[6].

4. Analiza struktury i dynamiki rachunku zysków i strat spzoz

Sprawozdaniem informującym o finansowych wynikach działalności jednostki jest rachunek zysków i strat. Jest on odzwierciedleniem realizowanych w działalności cykli: cyklu działalności podstawowej, w ramach której następuje zakup i przetworzenie materiałów, surowców, energii, a szczególnie

pracy ludzkiej w produkt ochrony zdrowia, za który zapłata następuje za pośrednictwem płatnika usług zdrowotnych – Narodowego Funduszu Zdrowia. Cykl finansowy to okres związany z zakupem i sprzedażą instrumentów finansowych. Rachunek zysków i strat jest odzwierciedleniem realizacji działalności gospodarczej i tworzenia się wyniku finansowego. Prezentuje on cykl operacyjny oraz niektóre operacje cyklu inwestycyjnego i finansowego. Rachunek uwzględnia cztery poziomy: operacyjny, finansowy, nadzwyczajny i wstępnego podziału wyniku finansowego.

Z danych zawartych w tabeli 4 wynika wzrost w 2013 r. w stosunku do roku 2010 przychodów ze sprzedaży o 1,9%, w tym sprzedaży do NFZ o 1,4%, przy jednoczesnym wzroście kosztów działalności operacyjnej o 2,2%. Podobna tendencja kształtowała się we wcześniejszych latach. Relacja ta spowodowała w 2010 r. zamknięcie się wyniku na działalności operacyjnej (straty) do poziomu (–739 145 tys. zł), w 2011 r. o dalsze jej zwiększenie o 212 783 tys. zł (wzrost o 19%). Skutkiem tego strata netto na prowadzonej działalności sspzoz w 2011 r. w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 49,2%%, zaś w 2011 r. w stosunku do roku 2010 wzrosła o dalsze 49,2%. W 2011 r. w porównaniu z 2010 r. uległa zwiększeniu wartość przychodów ze sprzedaży i zrównanych z nimi (o 0,09%) przy spadku przychodów ze sprzedaży do NFZ (Kasom Chorych) (o 0,2%) oraz przy jednoczesnym wzroście kosztów działalności operacyjnej (o 5,7%). W latach 2012–2013 nastąpiła istotna poprawa wyniku finansowego badanych jednostek. W roku 2012 w stosunku do roku poprzedniego wynik finansowy (strata) uległ poprawie o 71 p.proc. i odpowiednio w roku 2013 o 47 p.proc. Z kolei wartość przychodów ze sprzedaży zrównanych z nimi w roku 2012 w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o: 0,3% i 1,6%. W roku 2013 w stosunku do roku 2010 przychody wzrosły o 1,9%, przy wzroście aktywów ogółem o 9,9%, zaś aktywów trwałych o 11,8%.

Z analizy kosztów na uwagę zasługuje wysoki poziom kosztów wynagrodzeń w kosztach ogółem. Usługi zdrowotne, podobnie jak większość usług, charakteryzuje wysoka pracochłonność. W latach 2010–2013 udział kosztów wynagrodzeń i kosztów związanych na rzecz pracowników kształtował się na dość wysokim poziomie w 2010 r. 54,9%, z tendencją spadkową w 2013 r. do poziomu 50,7% udziału w kosztach ogółem. Wysoki poziom kosztów stanowiła pozycja usług obcych, w 2010 r. – 19,9%, z tendencją wzrostu w roku 2013 r. do poziomu 21,0% udziału w kosztach ogółem. Oznacza to, że znaczny zakres usług związanych z diagnostyką zlecany jest podmiotom zewnętrznym. Wysoki poziom tego rodzaju kosztów wynika z organizacji świadczeń medycznych, gdyż część zadań jest wypchnięta poza zakłady opieki zdrowotnej. Koszty leków stanowiły ok. 50% kosztów zużycia materiałów, zaś w strukturze kosztów ogółem 2011 r. stanowiły 10,3% kosztów ogółem (wzrost 4,3%), z tendencją spadkową w roku 2012 (9,7%) i wzrostem ich udziału w kosztach ogółem do poziomu 10,1% w roku 2013.

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

Wyszczególnienie	Lata				Struktura (w %)				Dynamika 5 : 2 (w %)
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	**25 659 079**	**25 682 235**	**25 751 036**	**26 154 491**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**101,9**
przychody ze sprzedaży produktów sprzedanych NFZ (Kasom Chorych)	24 077 444	24 036 271	24 145 561	24 417 752	93,80	93,60	93,80	93,40	101,4
B. Koszty działalności operacyjnej, w tym:	**26 776 930**	**27 012 869**	**26 937 943**	**27 371 423**	**104,40**	**105,70**	**104,10**	**105,35**	**102,2**
1. Amortyzacja	1 443 453	1 550 975	1 590 908	1 645 870	5,60	6,00	6,00	6,10	114,0
2. Zużycie materiałów i energii, w tym:	5 656 888	5 826 374	5 8 25 992	6 066 579	22,10	22,70	21,90	22,30	107,3
2a. Materiałów, w tym:	4 955 036	5 147 057	5 070 043	5 364 159	19,30	20,00	19,10	19,70	108,3
1. leków,	2 540 209	2 646 121	2 575 442	2 759 823	9,90	10,30	9,70	10,10	108,7
2. żywności,	149 286	149 897	138 062	136 101	0,58	0,60	0,50	0,50	91,2
3. sprzętu jednorazowego, odczynników chemicznych i materiałów diagn.	867 715 382 441	910 923 377 174	944 448 378 491	1 008 319 390 893	3,38 1,49	3,50 1,50	3,60 1,40	3,70 1,40	108,9 102,2
3. Usługi obce	5 121 497	5 320 203	5 493 909	5 715 856	19,90	20,70	20,60	21,00	111,6
4. Podatki i opłaty	205 356	208 288	204 252	207 437	0,80	0,80	0,80	0,80	101,0
5. Wynagrodzenia	11 830 864	11 599 652	11 179 909	11 117 305	46,10	45,70	42,00	40,90	94,0
6. Ubezpieczenia społeczne i inne świad.	2 260 129	2 221 085	2 309 608	2 293 626	8,80	8,70	8,70	8,40	101,5

cd. tab. 4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Pozostałe koszty rodzajowe	166 291	182 714	239 898	236 222	0,60	0,70	0,90	0,90	142,1
8. Wartość sprzedanych towarów i usług	92 452	103 579	93 467	88 527	0,30	0,40	0,40	0,30	95,8
C. Zysk (Strata) ze sprzedaży (A – B)	–1 117 851	–1 330 634	–1 186 908	–1 216 931	–4,40	–5,20	–4,50	–4,50	108,9
D. Pozostałe przychody operacyjne	1 066 661	1 114 415	1 806 578	1 892 045	4,20	4,30	6,80	7,00	177,4
E. Pozostałe koszty operacyjne	686 036	800 223	757 486	666 759	2,70	3,10	2,90	2,50	97,2
F. Zysk (Strata) z działalności operacyjnej (C + D – E)	–737 225	–1 016 442	–137 815	8 355	–2,90	–4,00	–0,50	0,03	
G. Przychody finansowe	107 575	129 486	133 400	110 221	0,40	0,50	0,50	0,40	102,5
H. Koszty finansowe	247 357	256 546	315 532	307 341	0,90	1,00	1,20	1,10	124,3
I. Zysk (strata) z działalności gospodarczej	–877 007	–1 143 502	–319 947	–188 766	–3,40	–4,50	–1,20	–0,70	21,5
J. Wynik zdarzeń nadzwyczajnych	137 862	38 202	2 567	25 633	0,50	0,10	0,00	0,10	18,6
K. Zysk (strata) brutto	–739 145	–1 105 300	–317 379	–163 133	–2,86	–4,40	–1,20	–0,60	22,1
L. Pomniejszenie zysku brutto	11 330	14 138	4 944	9 631	–0,04	–0,05	–0,02	–0,04	85,0
Ł. Zysk (strata) netto	**–750 475**	**–1 119 438**	**–322 323**	**–172 764**	**–2,90**	**–4,40**	**–1,22**	**–0,64**	**23,0**

Tabela 4. Struktura i dynamika rachunku zysków i strat samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2010–2013 (w tys. zł). Źródło: opracowanie własne na postawie danych jak w tabeli 3.

DOI 10.7172/1644-9584.53.8

Z kolei udział kosztów żywności utrzymywał się w analizowanym okresie na dość niskim poziomie, z tendencją ich obniżenia w roku 2011 do poziomu 0,5% w latach 2012–2013. W 2013 roku w stosunku do roku 2010 uległy one obniżeniu o prawie 9 p.proc. Może to świadczyć o oszczędności kosztów związanych z pobytem chorych w szpitalu (kosztów wyżywienia). Z kolei wzrostu kosztów amortyzacji należy upatrywać w inwestycji w majątek trwały, który w 2011 r. wzrósł o 6%, za w roku 2013 w stosunku do 2010 roku. Wzrost majątku trwałego nie przekłada się jednak na odpowiedni wzrost przychodów ze sprzedaży, które w 2011 r. były w wyrażeniu nominalnym wyższe o niecały 1% niż w roku poprzednim i w analizowanym okresie wzrosły do poziomu 1,9%.

Wśród kosztów działalności operacyjnej największą pozycję stanowią wynagrodzenia, zużycie materiałów i energii oraz usługi obce. Koszty materiałów i energii oraz usług obcych wzrosły odpowiednio w 2011 r. o: 3 i 3,9%, przy jednoczesnym obniżeniu kosztów wynagrodzenia w stosunku do roku 2009 o 6%, i jednoczesnym wzroście kosztów narzutów na wynagrodzenia o 1%. Zmiany w zakresie poszczególnych pozycji rachunku zysków i strat spowodowały wzrost straty netto w 2011 r. w stosunku do roku poprzedniego o kwotę – 368 963 tys. zł (wzrost o 49,2%). W latach 2012–2013 nastąpiła zdecydowana poprawa wyniku finansowego. Poziom straty w 2012 r. obniżył się do poziomu –322 323 tys. zł, zaś w roku 2013 do poziomu –172 764 tys. zł, zaś w strukturze rachunku zysków i strat obniżył się z 1,22% do 0,64%.

Samorządowy zakład opieki zdrowotnej decyduje sam o podziale zysku oraz pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Jeżeli ujemny wynik finansowy (strata) nie może być pokryty w sposób wskazany wyżej, organ jednostki samorządu terytorialnego podejmuje działania w zakresie zmiany jego formy organizacyjno-prawnej (art. 59 u.d.l.). W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w art. 59 ust. 2 u.d.l. podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2 wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Ustawa o działalności leczniczej ustanawia zakaz tworzenia nowych sspzoz od dnia jej wejścia w życie (art. 204 ust 1 u.d.l.) dopuszcza natomiast tworzenie i prowadzenie przez Skarb Państwa i jednostki samorządu terytorialnego podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych lub jednostki budżetowej (art. 6 ust q i 2 u.d.l.). Przewiduje ona również możliwość przekształcenia s.p.z.o.z. w spółkę kapitałową (art. 69 i n. u.d.l.), przy czym z dniem przekształcenia spółka ta wstępuje, co do zasady, w prawa i obowiązki s.p.z.o.z. (art. 80 u.d.l.). Wobec tego przekształcona spółka kapitałowa prowadzi w rozumieniu u.s.d.g. działalność gospodarczą, a w rozumieniu kodeksu cywilnego jest przedsiębiorcą, a tym samym staje się na mocy przepisów Kodeksu spółek handlowych osobą prawną. Oznacza to, że do powstałych w ten sposób podmiotów leczniczych nie będą miały zastoso-

wania przepisy art. 59 i 61 u.d.l. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest, iż powstały podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej nabywa zdolność upadłościową i naprawczą w rozumieniu przepisów Prawo upadłościowe i naprawcze. Oznacza to, że można ogłosić upadłość w stosunku do przekształconego zakładu opieki zdrowotnej, który stał się niewypłacalny[7].

5. Koszt amortyzacji a wynik finansowy sspzoz

Istotną pozycję w kosztach działalności operacyjnej stanowią koszty amortyzacji majątku trwałego. Środki trwałe uczestniczące w świadczeniu usług zdrowotnych zakładu opieki zdrowotnej podlegają zużyciu. Pieniężnym wyrazem zużycia środków trwałych jest amortyzacja. Amortyzacja ma do spełnienia trzy podstawowe funkcje: **umorzeniową**, gdyż jest miernikiem zużycia środków trwałych, **kosztową**, ponieważ jest składnikiem kosztów świadczonych usług zdrowotnych, równowartość zużycia środków trwałych jest przenoszona w postaci amortyzacji na koszty, **odtworzeniową**, gdyż dzięki środkom odzyskanym w postaci odpisów amortyzacyjnych powinna umożliwić finansowanie reprodukcji zużytych środków trwałych.

Podstawową funkcją amortyzacji powinno być zapewnienie dostatecznych środków pieniężnych na otworzenie w procesie świadczenia usług zdrowotnych zużytych środków trwałych. Ze względu na fakt, że kapitał pochodzący z amortyzacji nie jest w jakiś szczególnie sposób oznaczony, w niektórych przypadkach jest wykorzystywany do zupełnie innych celów, np. regulowania bieżących zobowiązań z tytułu dostaw towarów lub usług lub regulowania wynagrodzeń albo bieżących świadczeń publicznoprawnych. W szczególności dzieje się to wtedy, gdy zakład nie uzyskuje ze swej działalności zysku (albo jest on na niskim poziomie), i wtedy chcąc się utrzymać się przy życiu jak najdłuższy czas, ratuje się środkami pochodzącymi z amortyzacji środków trwałych, przeznaczając je na finansowanie bieżącej działalności. Takie działanie na dłuższy okres jest zgubne, ale gdy chodzi o przetrwanie jednostki priorytetem staje się horyzont krótkookresowy. Z kolei jednostki rentowne wykorzystają stymulujące oddziaływanie zawarte w niektórych rozwiązaniach amortyzacji środków trwałych, jeśli pozytywnie ocenią bieżącą i przyszłą koniunkturę gospodarczą.

Zgodnie z przepisami art. 59 u.d.l. sspzoz pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. Ujemny wynik finansowy i koszty amortyzacji dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym. Koszty amortyzacji w ujęciu bezwzględnym i procentowym w latach 2009–2012 wykazują stabilność. Są jednak znaczącą pozycją kosztów działalności operacyjnej. Najbardziej wymowny jest fakt, iż po pomi-

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

nięciu ich w kosztach działalności wynik finansowy w latach 2010–2013 kształtowałby się odpowiednio: (zysk: w 2010 r. – 692 977 tys. zł, w roku 2013 – 1 473 053 tys. zł).

Ustawodawca w u.d.l. przy pokryciu przez jednostkę samorządu terytorialnego ujemnego wyniku finansowego, uznał za zasadne wyłączenie kosztów amortyzacji, gdyż nie są one związane z wydatkiem środków finansowych. Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych przewidują kilka metod wyboru amortyzacji środków trwałych: stosowanie stawek określonych w „Wykazie rocznych stawek amortyzacyjnych", stawki podwyższonej (obniżonej) w stosunku do stawek określonych w załączniku oraz stawki degresywnej, stawki progresywnej lub indywidualnej stawki. Przepisy prawa podatkowego dają podatnikowi pewną możliwość swobody doboru metody amortyzacji. Jej wysokość może mieć wpływ na poziom kosztów, a w konsekwencji przekładać się na wysokość wyniku finansowego. Trzeba sobie jednak zdawać sobie sprawę, że obniżenie odpisu spowoduje zmniejszenie kosztów, a tym samym zwiększenie podstawy opodatkowania i wzrost kwoty podatku dochodowego. W tej sytuacji podmioty lecznicze w pierwszej kolejności powinny starać się wobec Narodowego Funduszu Zdrowia odzyskać wiarygodność finansową poprzez obniżkę kosztów. Takim zabiegiem może być wybór metody amortyzowania majątku trwałego, według której koszty amortyzacji w ujęciu bezwzględnym mogą być najniższe.

6. Analiza należności i zobowiązań sspzoz

Należności to skutek odroczenia zapłaty za usługi zdrowotne wykonane głównie na rzecz pacjentów. Takie odroczenie to nic innego jak udzielony kredyt. Może on wynikać z czynności manipulacyjnych związanych z regulacją zarówno ze strony sspzoz, jak i płatnika. Następstwem posiadania należności jest znaczne zapotrzebowanie na najczęściej korzystanie z zewnętrznego finansowania. Chcąc zapewnić odpowiedni poziom płynności sspzoz, może wpływać na nią albo przez szybsze ściąganie należności, albo przez finansowanie zewnętrzne. Płynność finansowa to najczęściej określana zdolność jednostki gospodarującej do dokonywania zakupów wszelkiego rodzaju towarów i usług, gdy one są potrzebne do zaspokojenia jej potrzeb funkcjonowania, oraz zdolność do regulowania jej zobowiązań finansowych w pełnej wysokości i w obowiązujących terminach. W obecnych warunkach bariery administracyjne ograniczają szybsze regulowanie należności przez NFZ wobec spzoz za zakontraktowane usługi zdrowotne.

W zakresie gospodarowania należnościami i zobowiązaniami sytuacja w sspzoz w analizowanym okresie była zróżnicowana. Na koniec lat 2010–2013 należności sspzoz (tabela 5) stanowiły odpowiednio wartość: 3 086 899 tys. zł; 3 138 568 tys. zł; 3 073 952 tys. zł i 3 230 166 tys. zł., w tym należności wymagalne stanowiły w strukturze należności ogółem: 8,3%, 8,6%, 10,3% i 9,9% (wzrost w roku 2013 w stosunku do roku 2010 należności ogółem

o 4,6%, w tym należności wymagalnych wzrost o 24,3% Na kwotę należności niewymagalnych składały się głównie należności NFZ; na koniec 2011 r. stanowiły 85,3%, w 2013 r. 86% należności ogółem; wzrost o 5,0%, oraz należności u nzoz (wzrost o 9,1%) i „pozostałe" (wzrost o 8,6%)

Z kolei zobowiązania to wynikający z przeszłych zdarzeń obowiązek wykonania świadczeń o wiarygodnie określonej wartości, które spowodują wykorzystanie już posiadanych lub przyszłych aktywów jednostki (art. 3 ust 1 pkt 20 ustawy o rachunkowości). Z danych zawartych w tabelach 6 i 7 wynika, iż wartość zobowiązań ogółem zakładów na koniec 2013 r. była niższa w stosunku do roku poprzedniego o 70.241 tys. zł, co stanowi spadek o 0,9%. Największe zadłużenie wynikało z tytułu zobowiązań „pozostałych" i ich udział na koniec lat 2010 i 2013 stanowił 75% zobowiązań ogółem. Istotną pozycję zobowiązań sspzoz stanowią zobowiązania przekazane w drodze cesji przez wierzycieli pierwotnych na inne podmioty oraz zobowiązania objęte umowami z pierwotnymi wierzycielami. Ich udział stanowił np. w 2012 r. 34,4%, zaś w 2013 r. 35,4% zobowiązań ogółem. Ustawodawca w k.c. przewidział dwie instytucje prowadzące do zmiany wierzyciela zobowiązań. Pierwsza to instytucja przelewu wierzytelności, gdy do zmiany wierzyciela dochodzi w drodze czynności prawnej, umowy zawartej przez wierzyciela z osobą trzecią (art. 509 k.c.), natomiast druga, regulowana treścią art. 518 k.c., dotyczy wstąpienia osoby trzeciej w prawa zaspokojonego wierzyciela tzw. *cessio legis*. Podstawienie w prawa zaspokajanego wierzyciela może być wynikiem umowy, gdy równocześnie następuje spełnienie świadczenia, albo może nastąpić z mocy ustawy w sytuacji przewidzianej przez prawo, gdy z określonymi zdarzeniami ustawa łączy nabycie wierzytelności przez osobę, która spłaca wierzyciela. Ma ono skutki zbliżone do skutków przelewu o tyle, o ile następuje przejście wierzytelności na nowego wierzyciela.

Występują jednakże różnice pomiędzy tymi prawami, polegające na tym, że wstąpienie w prawa dotychczasowego wierzyciela następuje tylko do wysokości, w jakiej nastąpiła spłata wierzytelności, zaś w przypadku spłaty tylko części wierzytelności wierzyciel może wykonywać swe prawa co do pozostałej reszty z pierwszeństwem przed osobą wstępującą w jego miejsce art. 518 § 3 k.c. W świetle unormowań k.c. można stwierdzić, że celem instytucji podstawienia ustawowego osoby trzeciej w miejsce wierzyciela jest nie tyle samo przeniesienie wierzytelności, ile utrwalenie praw osoby trzeciej względem dłużnika wobec wykonania za niego świadczenia, które na nim ciąży. Stąd instytucji tej nie należy traktować jako objętej regulacją art. 53 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i 54 ust. 5 u.d.l., gdy ona nie była celem, ile skutkiem określonych zdarzeń prawnych, a które to zdarzenia są wskazane w przepisie art. 518 k.c., same w sobie, zgodnie z ich charakterem nie stanowią czynności mających na celu zmianę wierzyciela.

Przepis artykuł 54 ust. 5 i 6 u.d.l., stanowiący, że czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela spzoz., może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot jego tworzący, a czynność dokonana z naruszeniem tego nakazu

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

Wyszczególnienie	2010		2011		2012		2013		Struktur należności ogółem (w %)		Dynamika (w %)
	Ogółem (w tys. zł)	w tym wymagalne	Ogółem (w tys. zł)	w tym wymagalne	Ogółem (w tys. zł)	w tym wymagalne	Ogółem (w tys. zł)	w tym wymagalne	Kol. 2	Kol. 8	poz. 8 : 2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Należności ogółem, z tego:	**3 086 899**	**256 765**	**3 138 568**	**269 605**	**3 073 952**	**315 914**	**3 230 166**	**319 106**	**100,0**	**100,0**	**104,6**
NFZ	2 656 713	176 148	2 676 660	186 309	2 644 432	221 328	2 776 172	234 575	86,1	85,8	104,5
Min. Zdrowia	5 006	824	31 845	267	10 826	1 147	3 445	189	0,2	0,1	68,8
SPZOZ	39 716	18 817	38 283	18 878	37 206	19 618	36 518	16 802	1,3	1,3	91,9
NZOZ	15 939	4 689	20 100	8 004	18 324	5 648	19 987	61 112	0,5	0,6	125,4
Pozostałe	369 525	56 287	371 680	56 149	363 009	68 174	394 045	6 429	11,9	12,2	106,6

Tabela 5. Struktura i dynamika należności samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2010–2013. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jak w tabeli 3.

Wyszczególnienie	2010		2011		2012		2013		Struktura zobowiązań ogółem (w %)		Dynamika (w %)
	Ogółem (w tys. zł)	w tym wymagalne	Ogółem (w tys. zł)	w tym wymagalne	Ogółem (w tys. zł)	poz. 8: 2	Ogółem (w tys. zł)	w tym wymagalne	Kol. 2	Kol. 8	poz. 8: 2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Zobowiązania ogółem, z tego:	**7 572 885**	**1 314 768**	**7 573 028**	**1 462 047**	**7 744 354**	**1 639 531**	**7 674 113**	**1 295 756**	**100,0**	**100,0**	**101,3**
ZUS	925 840	173 446	826 246	116 853	829 550	94 882	781 341	68 156	12,2	10,2	84,4
PFRON	37 289	16 505	36 210	15 432	31 769	11 935	26 112	7 457	0,5	0,3	70,0
Energia, gaz, woda i inne media	195 828	81 665	198 185	95 134	180 529	92 644	157 511	71 400	2,6	2,1	80,4
Pracownicy	676 692	42 304	648 805	59 833	769 808	101 467	904 638	60 350	8,9	11,8	133,7
Pozostałe	5 737 236	1 000 847	5 863 582	1 174 795	5 932 699	1 338 602	5 804 511	1 088 393	75,8	75,6	101,1

Tabela 6. Struktura i dynamika zobowiązań samodzielnych samorządowych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2010–2013. Źródło: opracowanie własne na postawie danych jak w tabeli 3.

jest nieważna, koresponduje z treścią art. 509 § 1 k.c., regulującego umowę przelewu wierzytelności i stanowiącego, że wierzyciel może bez zgody dłużnika przenieść wierzytelność na osobę trzecią, chyba że sprzeciwiałoby się to ustawie, zastrzeżeniu umownemu albo właściwości zobowiązania. Zgoda podmiotu tworzącego dla zmiany wierzyciela ustanowiona w art. 54 ust. 5 i 6 ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej jest więc ustawowym zastrzeżeniem dokonywania cesji wierzytelności bez zgody dłużnika, a oznacza to, że cesja wierzytelności w przypadku, jeśli dotyczy zobowiązań spzoz, musi być poprzedzona zgodą dłużnika, zaś ta zgoda z kolei poprzedzona być musi zgodą podmiotu tworzącego. Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 17 stycznia wskazał, że „jak słusznie wywodzi strona powodowa, przepis art. 54 ust. 5 i 6 ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej dotyczy więc umów zawieranych z udziałem spzoz i nie funkcjonuje w umowach zawieranych między innymi podmiotami"[8]. W orzecznictwie sądowym dominowało wcześniej odmienne stanowisko w tej kwestii. Z kolei Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 17 stycznia 2014 r. stwierdził, że „zakresem przedmiotowym normy art. 53 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a następnie art. 54 ust. 5 u.d.l jest objęta umowa poręczenia, nie jest prawidłowa. Przepisy te stanowią, że czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela, w przypadku zobowiązań spzoz, może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot, który utworzył zakład. Ustawodawca tą regulacją wprowadził wymóg uzyskania zgody podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej (organu założycielskiego) dla czynności prawnych objętych ww. przepisami, określonych w sposób ogólny jako „czynności prawne mające na celu zmianę wierzyciela". Jednocześnie brak dochowania tego wymogu rodzi konsekwencje w postaci nieważności danej czynności (art. 58 § 1 k.c.), a co pośrednio akcentuje treść przepisu ust. 7 art. 53 u.z.o.z., wprost ust. 6 art. 54 u.d.l. Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia „czynności prawnych mających na celu zmianę wierzyciela". To ogólne sformułowanie wskazuje, że będą to wszystkie czynności prawne, dotyczące zobowiązań spzoz, których celem jest zmiana wierzyciela. Istotne jest zatem dla określenia zakresu przedmiotowego tego pojęcia uwzględnienie charakteru danej czynności i jej celu. Chodzi zatem o takie czynności prawne istotą których samą w sobie jest zmiana wierzyciela[9]".

Zobowiązania wymagalne to zobowiązania z rozrachunków z tytułu podatku od osób fizycznych, podatku od nieruchomości oraz podatku VAT oraz z tytułu dostaw towarów usług. Zobowiązania wymagalne na koniec 2011 r. stanowiły kwotę 1 462 047 tys. zł, co stanowiło 19,3% zobowiązań ogółem (w 2013 r. – 16,9%), Istotną pozycję w analizowanych latach stanowiły zobowiązania wobec ZUS, w 2011 r. – 10,9%, w 2013 r. – 10,3%. Wysoki poziom zobowiązań wymagalnych świadczyć może o zmianie orientacji w finansowaniu działalności gospodarczej. Zobowiązania wymagalne zostają zastępowane zobowiązaniami niewymagalnymi, z przesuniętym terminem płatności poprzez objęcie ich umowami z pierwotnymi wierzycielami.

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

7. Wnioski końcowe

W latach 2010–2013 tempo wzrostu PKB było znacznie wyższe w stosunku do wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. W okresie tym przychody sspzoz rosły szybciej aniżeli koszty. Za pozytywny uznać należy wzrost majątku trwałego (o 11,8%), zaś majątku obrotowego zaledwie o 4,3%. W latach 2010–2013 odnotowano znaczącą poprawę wyniku finansowego, strata w roku 2010 r. wyniosła – 750,4 tys. zł, zaś w roku 2013 r. – 172,7 tys. zł. Deficytowość prowadzonej działalności ma ścisły związek z niewystarczającym finansowaniem usług medycznych, co powoduje straty i zagraża w najbliższej perspektywie funkcjonowaniu samorządowych zakładów opieki zdrowotnej.

Przeprowadzona analiza wskazuje na dość złożoną sytuację finansowo-ekonomiczną sspzoz. Do negatywnych tendencji można zaliczyć nieznaczny wzrost w 2013 r. w stosunku do roku 2010 wartości sprzedaży przy jednoczesnym wzroście kosztów prowadzonej działalności, a w szczególności kosztów działalności operacyjnej. Wystąpiły jednak negatywne zjawiska, takie jak: w roku 2012 i następnym znaczne obniżenie funduszu własnego, wzrost należności i zobowiązań objętych umowami z pierwotnymi wierzycielami. Z relacji między zobowiązaniami a należnościami wynika, że pokrycie zobowiązań należnościami kształtuje się na poziomie 75%. Spowodowane jest to wysokim poziomem należności sspzoz u NFZ (w 2013 r. – 86% należności ogółem, w tym wymagalnych 8,4%). Problem tkwi tym, iż cykl rozliczenia sspzoz za wykonane świadczenia z NFZ jest zbyt długi. Rozwiązaniem mogłoby być skrócenie okresu rozliczenia do jednego miesiąca, z ewentualna opcją przedpłat na poczet wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

Amortyzacja – pod pewnymi warunkami – w obrębie sspzoz może być wykorzystana jako efektywny stymulator wzrostu i skuteczny środek służący poprawie sytuacji ekonomicznej. Jednostki najchętniej wybierają metodę liniową, która uważana jest za najprostszą, gdyż uwzględnia ona równomierne zużycie środka trwałego w okresie jego użytkowania. Ze względu na to, iż kapitał z amortyzacji nie jest w jakiś szczególny sposób oznaczony oraz znaczna ilość sspzoz jest nierentowna, jest zatem ona wykorzystywana do regulowania bieżących zobowiązań. Rozważenia wymagałoby stworzenie funduszu inwestycyjnego (rozwojowego), który gromadziłyby środki finansowe na inwestycje, zasilanego z odpisów amortyzacyjnych i z zysku netto.

Pomimo trwającej od 2005 r. restrukturyzacji zobowiązań spzoz, występuje nadal groźba dla budżetów samorządów wynikająca z poziomu zobowiązań nadzorowanych przez nie sspzoz. Skumulowanie zobowiązania sspzoz wraz z zobowiązaniami własnymi jednostek samorządu terytorialnego mają istotny wpływ na wzrost zadłużenia, w roku 2013 z 37,7% do 40,1%. Przejęcie zadłużenia sspzoz znacząco podwyższa poziom długu powiatów (z 25,5% do 31,0%) oraz województw samorządowych (z 41,1% do 55,7%) i jednocześnie stwarza zagrożenie przekroczenia ustawowego limitu zadłużenia (Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych 2013).

Pomimo poprawy wyniku finansowego liczba sspzoz zamykających działalność stratą nie może być traktowana jako margines rzeczywistości, gdyż jest nadal niepokojąco zbyt duża. Przyczyn takiej sytuacji jest zbyt wiele, ale na pewno zasadniczą jest niski wzrost usług zdrowotnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przy zawieraniu umów z NFZ sspzoz powinny uzyskać również istotne preferencje co do skrócenia terminu regulowania płatności za wykonane usługi zdrowotne. Takim rozwiązaniem mogą być przedpłaty na poczet realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Przypisy

1 Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 26 kwietnia 2002 r., IV 1667/00 uznał status przedsiębiorcy samodzielnych publicznych zoz-ów jeszcze pod rządami ustawy o działalności gospodarczej z dnia 23 grudnia 1988 r. oraz w stanie prawnym, w którym obowiązywał art. 8a ustawy o zoz, który wyłączał możliwość stosowania do zakładów opieki zdrowotnej przepisów ustawy z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej.

2 Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2005 r. III CZP 11/05 (OSNC 2006 Nr 3, poz. 48).

3 Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 2 lutego 2009 r., V KK 330/08 (PiP 2009 Nr 6, poz. 17) wyraził pogląd, iż zamieszczona w art. 2 u.s.d.g. definicja legalna działalności gospodarczej powinna być traktowana jako powszechnie obowiązujące rozumienie tego pojęcia w polskim systemie prawnym, wiążące zarówno dla ustawodawcy, jak i organów wykonawczych i sądowniczych.

4 Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 12 lipca 2011 r. I ACa 569/11 (OSA 2012 /6/23-33. stwierdził, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są jednostkami organizacyjnymi, do których stosuje się odpowiednio przepisy art. 33^1 k.c., a zgodnie z art. 64 § 1^1 k.p.c. posiadają zdolność sądową.

5 Ograniczenie liczby sspzoz odbywa się poprzez proces łączenia zakładów, polegający na: przeniesieniu mienia jednego zakładu na inny (art. 43h ust. 1 pkt 1 u.z.o.z.), utworzeniu nowego zakładu z co najmniej dwóch łączących się zakładów (art. 43h ust. 1 pkt 2 u.z.o.z.).

6 Taki sposób postępowania nie ma zastosowania do wydzielonej na dzień utworzenia sspzoz części mienia Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej, składników majątkowych przekazanych w nieodpłatne użytkowanie, jak również do zamortyzowanej części majątku odniesionego na fundusz założycielski sspzoz (Ministerstwo Zdrowia, Komunikat w sprawie przeksięgowania z funduszu założycielskiego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na rozliczenia międzyokresowe przychodów, niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów trwałych, otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji przed 1 lipca 2011 r. www.mz.gov.pl.).

7 Zgodnie z art. 11 ust 1 i 2 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe i naprawcze (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 1112 z późn. zm.) dłużnika uważa się za niewypłacalnego, jeżeli nie wykonuje swoich wymagalnych zobowiązań pieniężnych. Dłużnika będącego osobą prawną albo jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, uważa się za niewypłacalnego także wtedy, gdy jego zobowiązania przekroczą wartość jego majątku, nawet wówczas, gdy na bieżąco te zobowiązania wykonuje.

 DOI 10.7172/1644-9584.53.8

[8] Wyrok SA w Łodzi w wyroku z dnia 17 stycznia 2014 r. I ACa 968/13 (LEX nr 1422371).

[9] Zob. wyrok SA w Katowicach z dnia 27 czerwca 2013 r. V ACa 185/13 (LEX nr 1369336).

Bibliografia

Akty prawne

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.

Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 330 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe i naprawcze (tj.: Dz. U. z 2012 r. poz. 1112 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj.: Dz. U. z 2013 r., poz. 672 z późn. zm.).

Ustawa z 15.04.2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684 ze zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.: Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz. 742).

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2011.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2012.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2013.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2014.

GUS (2012). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r*. Warszawa.

Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych (2012). Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego w 2011 roku. Warszawa. Pozyskano z: www.rio.gov.pl.

Najwyższa Izba Kontroli (2011). Analiza wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2010 roku. Warszawa 2011.

Najwyższa Izba Kontroli (2013). Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 r.

Rój, J. i Sobiech, J. (2006). *Zarządzanie finansami szpitala*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Stępniewski, J. (red.). (2008). *Strategia, finanse i koszty szpitala*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Węgrzyn, M. (2006). Komercjalizacja i prywatyzacja placówek ochrony zdrowia w Polsce a globalny rynek usług medycznych. W: M. Węgrzyn i D. Wasilewski, *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ*. Wrocław: Wydawnictwo AE.

Zemke-Górecka, A. (2010). *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.