

„PLAN B”, CZYLI WSPARCIE PRZEKSZTAŁCENI W SŁUŻBIE ZDROWIA

RAFAŁ CIEŚLAK

Komercjalizacja różnego rodzaju usług publicznych w Polsce staje się zjawiskiem coraz bardziej powszechnym. Zadania administracji publicznej, realizowane dotychczas głównie przez sektor finansów publicznych, powierzane są też coraz częściej podmiotom prywatnym. Dotyczy to również sektora ochrony zdrowia.

Zagadnienie komercjalizacji lub prywatyzacji takich usług rozwijane jest zarówno poprzez powstawanie prywatnych podmiotów udzielających świadczeń medycznych, jak też powoływanie spółek komunalnych w miejsce Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, a także prowadzenie współpracy w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.

Co istotne, w przypadku zdecydowanej większości podmiotów, bez względu na ich status prawny, elementem niezbędnym do prowadzenia działalności, jest wciąż kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z formalnego punktu widzenia, procedura komercjalizacji polega na zmianie formy prawnej szpitala z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w spółkę prawa handlowego (spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółkę akcyjną). Obowiązujące przepisy przewidują w tym względzie konieczność likwidacji SP ZOZ oraz powołania spółki i wpisania jej do rejestru NZOZ. **Jak dotychczas nie stworzono procedury przekształcenia, która automatycznie zapewniałaby sukcesję prawną lub szczegółowe zasady dotyczące przejścia praw i obowiązków na nowy podmiot.** Co istotne, ciągłość udzielanych świad-

czeń zapewniona zostaje poprzez cesję kontraktu z NFZ na nowoutworzoną jednostkę. „Przekształceniu” szpitala mogą (choć nie muszą) towarzyszyć zmiany o charakterze organizacyjno-prawnym, dotyczące majątku i personelu. **Komercjalizacji nie należy przy tym utożsamiać z prywatyzacją.** Organ założycielski pozostaje ten sam, choć nie jest wykluczone utworzenie spółki przez kilka podmiotów publicznych (np. gminy i powiat jednocześnie). Komercjalizacja daje natomiast możliwości poszukiwania w przyszłości inwestorów prywatnych zainteresowanych współpracą z powołaną spółką na zasadach partnerstwa publiczno-prywatnego.

ZASADY I KORZYŚCI Z UCZESTNICTWA W „PLANIE B”

27 kwietnia 2009 r. Rada Ministrów przyjęła program wieloletni pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, znany też pod nazwą „Planu B”. Dokument ten ma być w założeniu kolejnym krokiem w stronę restrukturyzacji organizacyjno-prawnej sektora ochrony zdrowia. Program zakłada pomoc finansową dla samorządów, które zdecydują się na przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego. Głównym celem jest stworzenie warunków do rozwoju oraz wzrostu konkurencyjności regionów poprzez powstanie stabilnych ekonomicznie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w ramach realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego nieobjętych kontraktami wojewódzkimi.

Efektywność i konkurencyjność oferowanych usług stanowią zatem podstawowe przesłanki wdrażania „Planu B”. **Bezpośrednią korzyścią dla organu założycielskiego (gminy, powiatu, województwa), jest uzyskanie dotacji celo-**

wej na spłatę części zobowiązań publicznoprawnych i cywilnoprawnych likwidowanego szpitala. Dodatkowe korzyści wynikają z samego faktu zmiany formy prawno-organizacyjnej i dotyczą np. bardziej przejrzystych stosunków właścicielskich, lepszej organizacji pracy, efektywniejszego zarządzania spółką prawa handlowego. Przystąpienie do „Planu B” nie jest przy tym obligatoryjne. Niemniej jednak, w przypadku gdy przekształcenie istniejącego SP ZOZ jest niecelowe (np. z uwagi na brak zadłużenia, dobrą kondycję finansową) lub niemożliwe z innych względów (np. kwestie polityczne), samorząd nie będzie mógł skorzystać z dobrodziejstwa programu. Warto dodać, że przystąpienie do Planu B stanowi również okazję do przeprowadzenia audytów, w tym np. prawnego, finansowego, ubezpieczeniowego, które umożliwią optymalizację kosztów i ryzyk związanych z funkcjonowaniem szpitala w nowej formie prawnej.

Podstawowe instrumenty wsparcia przewidziane postanowieniami „Planu B” to:

- 1) Dotacja celowa na spłatę zobowiązań publicznoprawnych SP ZOZ przejętych przez jednostkę samorządu terytorialnego po likwidacji SP ZOZ (kwota niespłaconych zobowiązań na dzień 31 grudnia 2009 r., powiększona o zobowiązania powstałe pomiędzy 31 grudnia 2009 r. a dniem przejścia zobowiązań; ponadto – dotacja celowa dla jednostek samorządu terytorialnego, które przekształciły SP ZOZ pomiędzy 1 stycznia 2000 r. a 27 kwietnia 2009 r. na spłatę zobowiązań publicznoprawnych przejętych po likwidacji SP ZOZ (bez względu na fakt, czy zobowiązanie zostało spłacone, czy nie);
- 2) Dotacja celowa na pokrycie kosztu poniesionego podatku VAT (22

proc.) od majątku wniesionego aportem do spółki kapitałowej prowadzącej NZOZ;

- 3) Dotacja celowa na przejęte przez jednostkę samorządu terytorialnego kredyty bankowe zaciągnięte przez SP ZOZ na restrukturyzację, zgodnie z przepisami o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej – do wysokości zobowiązania na dzień 31 grudnia 2008 r.;
- 4) Dotacja celowa na kwotę umorzenia, wynikającą z ugody zawartej z wierzycielami przez jednostkę samorządu terytorialnego, po przejściu zobowiązań cywilnoprawnych SP ZOZ.

Plan „B” ma być realizowany do końca 2011 roku, zaś na jego wsparcie przewidziano sumę 1 381 mln zł. Nie określono przy tym maksymalnej kwoty dotacji celowej przeznaczonej dla pojedynczego beneficjenta. Zależy ona od struktury zadłużenia i dokonania rzetelnych obliczeń w zakresie zobowiązań kwalifikujących się do objęcia dotacją celową.

PIERWSZY ROK „PLANU B”

Uruchomienie Programu nie spowodowało lawiny wniosków o objęcie „Planem B”. Należy raczej wskazać, że twórcy Programu właściwie ocenili jego skalę i możliwości zainteresowanych podmiotów. Zgodnie z informacją zbiorczą przekazaną przez Ministerstwo Zdrowia na dzień 16 kwietnia 2010 r., a więc w niemal rok od wejścia w życie uchwały nr 58/2009, **akces do udziału w Programie zgłosiły 83 samorządy, będące organami założycielskimi dla w sumie 133 SP ZOZ (w tym 60 szczebla wojewódzkiego, 47 szczebla powiatowego i 26 szczebla gminnego)**. Jak dotychczas, Ministerstwo Zdrowia otrzymało z Banku Gospodarstwa Krajowego 23 wnioski o udzielenie dotacji celowej z budżetu państwa na kwotę niemal 73 mln zł, co stanowi ponad 50 proc. całkowitego budżetu Programu. Jeżeli chodzi o kwotę dotacji, największą jak do tej pory przyznano powiatowi tomaszowskiemu (30,48 mln zł), a także miastu Katowice (8,7 mln zł) i miastu Zamość (8,2 mln zł). Z 13 beneficjentami podpisano już stosowne umowy o dotację, z czego środki, na łączną kwotę ponad 60 mln zł, otrzymało 11 samorządów. Kolejne umowy są przygotowywane lub negocjowane. Należy dodać, że prezentowane dane nie są kompletne – do BGK napływają wciąż nowe dokumentacje, które poddawane są ustawicznej ocenie przez bank oraz NFZ.

Wykaz wniosków złożonych przez jednostek samorządu terytorialnego na dzień 16 kwietnia 2010 r.

Lp.	Nazwa jednostki samorządu terytorialnego	Kwota przejętych zobowiązań publicznoprawnych /w zł/
1.	Powiat Starachowicki	1 023 227,40
2.	Powiat Świecki	833 253,91
3.	Miasto Kielce	2 711 369,09
4.	Powiat Jędrzejowski	57 785,46
5.	Miasto Zamość	8 284 185,76
6.	Powiat Tarnowski	455 873,27
7.	Powiat Gryfiński	706 351,29
8.	Powiat Ostródzki	2 559 128,39
9.	Powiat Jaworski	1 299 363,97
10.	Powiat Prudnicki	3 505 081,17
11.	Województwo Podlaskie	575 309,67
12.	Województwo Opolskie	524 955,36
13.	Miasto Katowice	8 702 689,43
14.	Powiat Wrzesiński	725 358,00
15.	Powiat Żagański	2 853 153,30
16.	Powiat Tomaszowski	30 481 300,00
17.	Powiat Pleszewski	319 938,00
18.	Powiat Bytowski	7 365 252,04
19.	Powiat Golubsko-Dobrzyński	0
20.	Powiat Poznański	aktualnie brak możliwości ustalenia kwoty
21.	Powiat Aleksandrowski	wniosek nie spełnia wymogów programu – musi przejść pełną procedurę
22.	Powiat Lipnowski	w trakcie analizy
23.	Miasto Łódź	trakcie uzgodnień
RAZEM		72 983 575,51

Źródło: Ministerstwo Zdrowia (www.mz.gov.pl)

Sięgnięcie po środki przewidziane w programie nie jest proste. Wzięcie udziału w „Planie B” uwarunkowane jest bowiem koniecznością przeprowadzenia szeregu działań o charakterze prawnym, finansowym i organizacyjnym przez podmioty w nim uczestniczące. Należą do nich przede wszystkim:

- Opracowanie szczegółowego programu reorganizacji szpitala, zawierającego m.in. sprawozdania finansowe SP ZOZ, harmonogram i zasady likwidacji SP ZOZ oraz utworzenia w jego miejsce NZOZ, biznes plan związany z funkcjonowaniem NZOZ, prognozę przychodów, propozycję restrukturyzacji zobowiązań SP ZOZ przejętych przez jednostkę samorządu terytorialnego,
- Ocena programu reorganizacji przez Bank Gospodarstwa Krajowe-

go i Narodowy Fundusz Zdrowia (w zakresie ekonomiczno-finansowym i medycznym),

- Objęcie programem przez właściwego miejscowo wojewodę na podstawie wniosku złożonego przez organ założycielski (jednostkę samorządu terytorialnego),
- Likwidacja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej,
- Zabezpieczenie udzielania świadczeń poprzez powołanie NZOZ w formie spółki prawa handlowego lub w innych zakładach opieki zdrowotnej,
- Podpisanie umowy o dotację celową z Ministrem Zdrowia,
- Dalsze wdrażanie programu reorganizacji.

Poza kwestiami merytorycznymi i politycznymi dotyczącymi zasadności lub możliwości dokonywania przedmiotowych przekształceń należy także podkreślić wysiłek organizacyjny, jaki czeka samorząd w związku z likwidacją szpitala i powołaniem w jego miejsce spółki. Już sam program reorganizacji, zawierający szczegółowy czynność likwidacyjnych i związanych z utworzeniem nowego podmiotu, obszerny biznes plan, czy zaawansowane projekcje finansowe, stanowi nie lada wyzwanie. Dość powiedzieć,

że rzetelne przygotowanie programu trwa od kilku tygodni do nawet kilku miesięcy. W międzyczasie mogą być prowadzone inne czynności prawne obejmujące uruchomienie i realizację procedury przekształcenia. Warto przypomnieć, że aby możliwe było pozyskanie dotacji celowej, muszą one zakończyć się jeszcze w 2011 r. Czasu na podjęcie wiążących decyzji o przystąpieniu do programu nie pozostało więc dużo. Realnie rzecz biorąc, decyzję taką należy podjąć do końca bieżącego roku.

Wszelkie dokumenty, formularze i informacje związane z procesem reorganizacji i zasadami przystąpienia do „Planu B” dostępne są na stronach Ministerstwa Zdrowia (mz.gov.pl), Banku Gospodarstwa Krajowego (bgk.pl) oraz strony internetowej Programu (ratujemyszpitale.pl).

DODATKOWE UWAGI

Zgodnie z praktyką oraz wyjaśnieniami udzielanymi przez ekspertów uczestniczących w ocenie programów reorganizacji, warto zwrócić uwagę na szereg kwestii związanych z procesem ich tworzenia i wdrażania. Poniżej przedstawiono pokrótce niektóre z nich.

a) Zadłużenie samorządu

Zasady Programu zakładają przejęcie przez organy założycielskie zobowiązań likwidowanych szpitali. Przy tak obciążonych budżetach samorządowych pojawia się pytanie, czy w przypadku prognozy przekroczenia dopuszczalnych limitów zadłużenia w związku z przejęciem tych długów, udział w Programie będzie w ogóle możliwy? Otóż zgodnie z wyjaśnieniami ekspertów, **przekroczenie dopuszczalnego zadłużenia w przypadku realizacji programu naprawczego nie jest równoznaczne z wprowadzeniem w jednostce**

zarządu komisarycznego. Ponadto, czasowe przekroczenie poziomu zadłużenia w takiej sytuacji podlega ocenie regionalnych izb obrachunkowych jako organów nadzorujących gospodarkę finansową samorządów. Wskazuje się także, iż przejmowanie zobowiązań, z uwagi na czasowy charakter takiej operacji i powyższe wątpliwości, powinno być dokonywane raczej w trakcie roku budżetowego, by nie dopuścić do usankcjonowania zachwianych wskaźników zadłużenia, powodując jedynie przejściowy brak możliwości zaciągania przez organ założycielski nowych zobowiązań. Niemniej jednak należy pamiętać, że **w razie przekroczenia wartości limitów, samorząd dopuszcza się naruszenia prawa, co może skutkować negatywną opinią regionalnej izby obrachunkowej ze wszystkimi tego faktu konsekwencjami.** Stanowiska te nie są zatem spójne. W każdym przypadku ocena ryzyka związanego z przejęciem zobowiązań likwidowanego SP ZOZ powinna być więc dokonywana indywidualnie;

b) „Plan B” a środki europejskie

Beneficjenci środków europejskich, przyznawanych przede wszystkim z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach regionalnych programów operacyjnych, wyrażają liczne wątpliwości odnośnie utrzymania tzw. trwałości projektu (niedokonywania istotnych modyfikacji w projekcie, wynikających m.in. ze zmian właścicielskich majątku wytworzonego z udziałem środków europejskich). Skoro bowiem w przypadku przekształcenia przez likwidację nie mamy do czynienia z sukcesją generalną, można domniemywać, że w razie zmiany formy prawnoorganizacyjnej SP ZOZ na NZOZ, będziemy mieli do czynienia już z innym podmiotem, niezależnym od beneficjenta. Z formalnego punktu widzenia umowę o dofinansowanie projektu podpisuje SP ZOZ, zaś regulacje prawne przewidują możliwości cesji takiej umowy na inny podmiot prawny (tak jak to ma miejsce w przypadku kontraktu z NFZ). Niemniej jednak, zgodnie ze stanowiskiem Ministra Rozwoju Regionalnego w tej sprawie, *„trwałość projektu nie zostanie naruszona, jeżeli majątek wytworzony z udziałem środków unijnych (infrastruktura wybudowana lub zakupiona w ramach projektu) będzie faktycznie wykorzystywany przez NZOZ w takim samym celu jak przez SPZOZ (czyli udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych); majątek, w oparciu o który NZOZ będzie wykonywał świadczenia, będzie nadal de facto majątkiem jednostki samorządu terytorialnego (za pośrednictwem kontrolowanej spółki, tj. ww. jednostka będzie posiadała 100 proc. akcji albo udziałów w takiej spółce); zachowana zostanie pełna kontrola jednostki samorządu terytorialnego nad spółką prowadzącą NZOZ (100 proc. udziałów*

lub akcji)”. Z uwagi na brak wyraźnej podstawy prawnej, stanowisko to nie rozwiewa w pełni wyrażonych wcześniej wątpliwości, choć z pewnością stanowi istotną wskazówkę dla beneficjentów środków europejskich.

c) Struktura i rozwój NZOZ

Zasady Programu zobowiązują organy założycielskie do objęcia 100 proc. udziałów lub akcji w tworzonej spółce kapitałowej, która prowadzi będzie NZOZ. Jak wskazano powyżej, dotyczy to w szczególności szpitali, które pozyskały (lub planują pozyskać) bezzwrotne środki pomocy zagranicznej, takie jak fundusze unijne. Co istotne, spółka może mieć kilku udziałowców i to o różnym statusie prawnym (np. gminy i powiat). Dotychczasowa praktyka nie wskazuje jednak, aby taka konstrukcja cieszyła się dużym zainteresowaniem. Wspomniane zasady uniemożliwiają także pozyskanie strategicznych inwestorów na rzecz planowanego przekształcenia, w związku z czym nie jest możliwe jednoczesne skorzystanie z dotacji celowej w ramach „Planu B” i zastosowanie mechanizmu partnerstwa publiczno-prywatnego. Z zastrzeżeniem ryzyka zwrotu części środków unijnych, nic natomiast nie stoi na przeszkodzie, aby poszukiwanie inwestorów rozpoczęło się już po uruchomieniu NZOZ i wypłacie dotacji na rzecz samorządu. **„Uwolnienie” usług komercyjnych w nowych podmiotach nie oznacza niestety automatycznego wzrostu ich dochodów.** Natomiast powołanie spółki handlowej stanowi okazję do weryfikacji efektywności realizowanych zadań zarówno w sferze finansowej, jak też organizacyjnej. Doświadczenia przekształconych w ostatnich latach szpitali są na ogół pozytywne lub neutralne. **Warto**

pamiętać, że zmiana formy prawnej wymaga także często zmiany sposobu myślenia i metod zarządzania jednostką szpitalną.

Nie mniej ważne są kwestie dotyczące m.in. stosunków pracy w związku z likwidowanym SP ZOZ (w tym ze związkami zawodowymi), reorganizacji systemów i regulaminów pracy, tworzenia systemów motywacyjnych, kwalifikacji personelu w zakresie prowadzenia obsługi prawnej i finansowej w spółkach kapitałowych, jak również zagadnienia odnoszące się do form i sposobów wyposażenia NZOZ w majątek (użyczenie, najem, dzierżawa, aport do spółki), kwestie podatkowe występujące na wszystkich etapach omawianego procesu, uprawnienia i obowiązki wszystkich uczestników procedury przekształcenia, założenia biznesowe związane z komercjalizacją, odpowiednie poinformowanie kadry i społeczności lokalnej o zamiarze, celach i uwarunkowaniach dotyczących zmiany formy prowadzonej działalności i wiele innych.

Na koniec raz jeszcze należy podkreślić, że sam fakt przekształcenia szpitala w spółkę nie spowoduje poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia. Za zmianą muszą bowiem pójść również kolejne działania związane z usprawnieniem procesu zarządzania placówką, optymalizacji kosztów, realizacji świadczeń komercyjnych i konkurencji na rynku lokalnym lub regionalnym.

PODSTAWY PRAWNE:

- 1) Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);
- 2) Ustawa z 15 września 2000 r. kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037, z późn. zm.);
- 3) Ustawa z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684, z późn. zm.);
- 4) Ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.);
- 5) Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

Rafał Cieślak

Autor jest współnikiem zarządzającym w Kancelarii Doradztwa Gospodarczego Cieślak & Kordasiewicz. Kancelaria świadczy m.in. kompleksowe usługi doradcze przy realizacji procesu przekształcenia SP ZOZ w NZOZ, w tym zgodnie z wytycznymi Planu B.