

Krzysztof Surówka

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Mateusz Winiarz

Regionalna Izba Obrachunkowa w Krakowie

Możliwości wsparcia finansowego podmiotów ochrony zdrowia z budżetów jednostek samorządu terytorialnego

***Streszczenie.** Jednostki samorządu terytorialnego w Polsce realizują zadania obejmujące działalność leczniczą. Wykonanie tych zadań związane jest zarówno z tworzeniem jednostek prowadzących taką działalność, jak również z zapewnieniem im wsparcia finansowego. Jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać środki finansowe na zasadach i w sposób przewidziany w ustawie. Wprowadzone nowe uregulowania w zasadniczy sposób zmieniają zadania i obowiązki samorządu zarówno w zakresie form organizacyjno-prawnych jednostek prowadzących działalność leczniczą, jak i sposobu ich finansowania. Wprowadzone rozwiązania budzą dużo wątpliwości, co zwiększa ryzyko nieefektywności i nieprawidłowości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.*

***Słowa kluczowe:** finanse samorządowe, budżet JST, podmioty ochrony zdrowia*

1. Wprowadzenie

Jednostki samorządu terytorialnego (JST), zgodnie z aktualnym stanem prawnym, w zasadzie mogą przekazywać środki samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Dotyczy to nie tylko JST będących organami założycielskimi danego SPZOZ-u, ale też zainteresowanych jego poprawnym funkcjonowaniem. Ustawa natomiast nie obliguje organów JST do wspierania finansowego ochrony zdrowia poza przypadkami wyraźnie wskazanymi. Takie zapisy ustawowe ograniczają wielkość kwot przeznaczanych na ochronę zdrowia przez JST. Należy jednak zwrócić uwagę, że przekształcenie SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego (kapi-

tałowe), będzie wymagać stworzenia nowego modelu przekazywania środków z budżetów jednostek samorządu terytorialnego do zakładów opieki zdrowotnej. W obecnym stanie prawnym JST mogą jedynie zwiększać kapitał zakładowy spółek, co w konsekwencji daje możliwość przeznaczania tych środków na finansowanie bieżącej działalności, a to nie prowadzi do oczekiwanej racjonalności w zakresie zarządzania finansami spółki¹. Ponadto należy podkreślić, że spółka samorządowa, nawet ze 100% udziałem środków JST, nie byłaby zaliczana do sektora finansów publicznych. Dlatego też wspieranie takich podmiotów ze środków budżetowych JST, nie będących udziałowcami w spółce, praktycznie staje się niemożliwe.

Zagadnienia wsparcia finansowego zakładów opieki zdrowotnej ze środków publicznych po uchwaleniu nowej ustawy o działalności leczniczej² są przedmiotem rozważań autorów niniejszego artykułu.

2. Decentralizacja zarządzania podmiotami opieki zdrowotnej a ich kondycja ekonomiczna

W okresie przed 1990 r., jak również w latach 1990–1998 publiczne podmioty opieki zdrowotnej praktycznie w 100% były jednostkami podległymi administracji centralnej. Odpowiedzialność za ich gospodarkę finansową ponosiła administracja rządowa, a wydatki na ochronę zdrowia były finansowane z budżetu państwa. Wprawdzie po 1990 r. część dużych miast przejęła finansowanie zakładów opieki zdrowotnej, jednakże środki finansowe na ten cel pochodziły nadal z budżetu państwa. Na podkreślenie zasługuje fakt, że kondycja finansowa placówek opieki zdrowotnej w ówczesnym okresie niewiele różniła się od obecnej. Plany finansowe przychodni lekarskich, a zwłaszcza szpitali, były permanentnie przekraczane, a kierownicy tych placówek odpowiadali za naruszenie dyscypliny budżetowej. Postępowanie w sprawach o naruszenie dyscypliny na ogół było jednak umarzane, a służba zdrowia regularnie była oddłużana, bo jednostki budżetowe obowiązują zasada roczności budżetu³.

Radykalna zmiana zasad finansowania opieki zdrowotnej została dokonana po 1 stycznia 1999 r. Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych zmieniło

¹ Por. K. Surówka, M. Winiarz, *Udział JST w finansowaniu ochrony zdrowia*, w: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, red. S. Golinowska, E. Kocot, A. Sowa, FZP, Vesalius, Kraków 2009.

² Por. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 664 z późn. zm.

³ Por. K. Surówka, *Rola samorządu terytorialnego w finansowaniu opieki zdrowotnej w dobie kryzysu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004, nr 1.

całkowicie sposób finansowania opieki zdrowotnej. Podatki, z których wcześniej finansowana była opieka zdrowotna, zostały zastąpione składką na ubezpieczenia zdrowotne. Było to możliwe dzięki przekształceniu części wpływów z podatku dochodowego od osób fizycznych w składkę na ubezpieczenia zdrowotne (w wysokości 7,75% wynagrodzenia po zapłaceniu składek na ubezpieczenia społeczne).

Zmiana sposobu finansowania opieki zdrowotnej nie miała jednak wyłącznie charakteru formalnego. Wiązały się z nią istotne zmiany organizacyjne. Płatnikiem usług zdrowotnych stały się Kasy Chorych, a od kwietnia 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej została przeniesiona na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i organy założycielskie tych zakładów, w tym przede wszystkim na samorząd terytorialny.

Uchwalona 11 kwietnia 2011 r. ustawa o działalności leczniczej ogranicza możliwość tworzenia nowych SPZOZ. Równocześnie zawiera korzystne zapisy mające zachęcić do przekształcania dotychczasowych SPZOZ, zwłaszcza tych zadłużonych, w spółki kapitałowe. Mogą one na mocy ustawy starać się o umorzenie zobowiązań znanych na dzień 31 grudnia 2009 r. Dotyczy to praktycznie wszystkich zobowiązań wobec sektora finansów publicznych (budżetu państwa, ZUS, PFRON, NFOŚiGW). Należy przypuszczać, że zawarte w ustawie możliwości zachęcą organy założycielskie wielu SPZOZ do dokonania przekształceń, tym bardziej że organy te od samego początku funkcjonowania ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie zostały wyposażone w odpowiednie środki finansowe umożliwiające udzielenie im wsparcia finansowego w przypadku problemów finansowych. Pojawia się jednak pytanie o przyszłość funkcjonowania spółek kapitałowych w przypadku gdy one zaczną się zadłużać. Kto wówczas zechce przekazywać środki finansowe na pokrycie ich ujemnego wyniku finansowego? Ustawa o działalności leczniczej takiej sytuacji nie rozstrzyga, natomiast kodeks spółek handlowych⁴ przewiduje, że w przypadku upadłości spółki dochodzi do jej rozwiązania. Na temat tego, kto będzie świadczył usługi zdrowotne po upadku podmiotu leczniczego, prawo milczy.

3. Podmioty lecznicze jednostek samorządu terytorialnego po 1 lipca 2011 roku

Od 1 lipca 2011 r. formy organizacyjne samorządowych podmiotów leczniczych określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Usta-

⁴ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz.U. nr 94, poz. 1037 z późn. zm.

wa ta zezwala na tworzenie i prowadzenie przez JST podmiotów leczniczych w dwóch formach organizacyjnych:

- jednostki budżetowej,
- spółki kapitałowej.

Należy jednak podkreślić, że do czasu przekształcenia podstawową formą organizacyjną samorządowych podmiotów leczniczych pozostaną nadal samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ).

Jednostka budżetowa jest najprostszą formą organizacyjną prowadzenia działalności przez podmiot sektora finansów publicznych. Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej nie posiada osobowości prawnej i jest tworzony, i likwidowany przez organ uchwałodawczy JST. Uchwała określa nazwę podmiotu, miejsce udzielania świadczeń, rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń. Forma organizacyjna jednostki budżetowej charakteryzuje się całkowitym powiązaniem podmiotu leczniczego z budżetem. Jego dochody są bowiem dochodami budżetu, a wydatki wydatkami budżetu. Jednostka budżetowa środki na prowadzenie swojej działalności w 100% otrzymuje z budżetu jednostki samorządu terytorialnego, a ewentualne dochody uzyskiwane z działalności musi odprowadzić do budżetu⁵. Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia JST oraz przydzielonymi środkami finansowymi na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych. Jednostki budżetowe były najbardziej powszechną formą organizacyjną w opiece zdrowotnej do końca 1998 r. Po 1998 r. ta forma organizacyjna jest jednak rzadkością.

Od początku 1999 r., tj. od wprowadzenia ubezpieczeniowego systemu finansowania opieki zdrowotnej, forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stała się najbardziej powszechna. Jest to też forma organizacyjna dająca podmiotowi największą samodzielność prawną i finansową. Samorządowe SPZOZ-y do 30 czerwca 2011 r. były tworzone i likwidowane przez organy stanowiące JST. Po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej została zarezerwowana jedynie dla już istniejących podmiotów, bez możliwości tworzenia nowych (z wyjątkiem powstałych w wyniku połączenia dwóch lub więcej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej)⁶.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem posiadającym osobowość prawną. Wartość jego majątku określają dwa fundusze, tj. fundusz założycielski, odzwierciedlający część majątku wydzielonego SPZOZ

⁵ Por. art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz.U. nr 157, poz. 1240 z późn. zm.

⁶ Szerzej: Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej [druk sejmowy nr 3489].

z mienia samorządu terytorialnego, oraz fundusz zakładu, tworzony z zysków, amortyzacji majątku trwałego, darowizn oraz kwoty środków pieniężnych przekazanych na pokrycie ujemnego wyniku finansowego itp. Osobowość prawna oraz samodzielność finansowa wiąże się także z odpowiedzialnością za prowadzenie swojej działalności. SPZOZ pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Podmiot tworzący SPZOZ może w ciągu trzech miesięcy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego SPZOZ pokryć jego ujemny wynik finansowy, jeżeli po dodaniu kosztów amortyzacji ma on wartość ujemną. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego przez organ założycielski, organ uchwałodawczy JST (organ założycielski) podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji SPZOZ. Likwidacja stanowi podstawę do wykreślenia zakładu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zobowiązania i należności SPZOZ po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami właściwej JST. Organy założycielskie JST mogą podjąć uchwałę o połączeniu SPZOZ poprzez utworzenie nowego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej z dwóch łączących się SPZOZ lub poprzez przeniesienie całego mienia co najmniej jednego SPZOZ na inny zakład opieki zdrowotnej.

Inną formą przekształcenia SPZOZ jest utworzenie spółki kapitałowej. Przed sporządzeniem aktu przekształcenia podmiot tworzący spółkę, na podstawie sprawozdania finansowego ustala wskaźnik zadłużenia SPZOZ jako relację sumy zobowiązań krótko- i długoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe, do sumy przychodów. Jeżeli wartość zadłużenia wynosi powyżej 0,5, podmiot tworzący przejmuje zobowiązania SPZOZ o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5. Jeżeli wskaźnik zadłużenia jest mniejszy niż 0,5, to organ założycielski może przejąć zobowiązania SPZOZ. Organem JST podejmującym decyzję o przekształceniu SPZOZ w spółkę kapitałową jest organ wykonawczy JST.

Usamodzielnienie organizacyjne i finansowe podmiotów opieki zdrowotnej (poprzez przekształcenie jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) zwiększyło odpowiedzialność menedżerów zarządzających tymi placówkami. Należy przypuszczać, że niezależność organizacyjna uświadomiła im, że w większym zakresie oni sami ponoszą odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie tych jednostek. Niestety sama zmiana formy organizacyjnej nie spowodowała poprawy sytuacji finansowej tych podmiotów. Dlatego też nowa ustawa o działalności leczniczej usankcjonowała prawnie proces tworzenia spółek kapitałowych wykonujących świadczenia zdrowotne. Forma organizacyjna spółki jest z całą pewnością bardziej efektywna ekonomicznie niż jednostka budżetowa czy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Jednakże sama zmiana organizacyjna nie wystarczy, aby poprawić płynność zakładów opieki zdrowotnej i nie dopuścić do ich powtórnego zadłużenia. Ponadto

może być przeszkodą w zakresie bezpośredniego zasilania finansowego przez organ założycielski.

Ustawa o działalności leczniczej nie przesądza, w jakiej formie organizacyjnej powinny funkcjonować podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych. Należy jednak przypuszczać, że w przypadku JST będą to spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, prawdopodobnie w początkowym okresie ze 100% udziałem jednostki lub jednostek samorządu terytorialnego. Do powstania spółki wymagane jest zawarcie umowy, wniesienie wkładów na pokrycie całego kapitału zakładowego, powołanie zarządu, ustanowienie rady nadzorczej i wpis do rejestru.

4. Zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą

Konsekwencją wprowadzenia nowych rozwiązań dotyczących form organizacyjno-prawnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą była konieczność uregulowania sposobu i zasad przekazywania tym podmiotom środków publicznych. W pierwszym rzędzie podkreślić należy, że niezależnie od indywidualnych uwarunkowań ekonomicznych czy organizacyjnych, organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa⁷. Stąd też dla stworzenia możliwości wspierania podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze środków publicznych kluczowe jest wprowadzenie takich rozwiązań ustawowych. Zatem ustawa o działalności leczniczej reguluje zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

- 1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań,
- 2) remonty,
- 3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- 4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach,

⁷ Art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

5) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych,

6) realizację programów wieloletnich,

7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Ustawodawca przesądza, że podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymywać środki publiczne na zadania dotyczące programów zdrowotnych, inwestycji i remontów w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa sankcjonuje zasadę, zgodnie z którą podmioty prowadzące działalność leczniczą mają być traktowane na jednakowych zasadach w zakresie dostępu do środków publicznych, co z kolei jest zgodne z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁸. Otrzymywanie dotacji oraz wsparcia z programów wieloletnich, a następnie ich rozliczanie jest powiązane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Sposób tego powiązania będzie określony w formie wzoru:

$$W = K \cdot P_0,$$

gdzie:

W – wysokość środków publicznych,

K – planowany koszt realizacji zadania, na które mają być przekazane środki publiczne,

$$P_0 = a_0 : (a_0 + b_0),$$

a_0 – przychody podmiotu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

b_0 – przychody podmiotu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu „ a_0 ”, uzyskane w poprzednim roku obrotowym.

Warto zwrócić uwagę, że wysokość możliwych do uzyskania środków publicznych jest nie tylko ograniczona wysokością kosztów zadania, ale też korygowana poprzez osiąganie przychodów innych niż z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uzyskanych w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach

⁸ Dz.U. z 2009 r., nr 157, poz. 1240, z późn. zm.

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Im większa kwota takich przychodów, tym mniejsze możliwości uzyskania środków publicznych.

Środki publiczne będą przekazywali właściwi ministrowie, centralne organy administracji rządowej oraz wojewodowie i jednostki samorządu terytorialnego, z zastrzeżeniem, że właściwi ministrowie, centralne organy administracji rządowej oraz wojewodowie dotacje na remonty oraz inwestycje będą mogli przyznawać wyłącznie utworzonym przez siebie podmiotom (samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz spółkom ze swoim większościowym udziałem)⁹.

Ustawa wprowadziła jednocześnie inne ograniczenie pozyskiwania środków publicznych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Wysokość tych środków publicznych nie może bowiem przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania, którego finansowanie dotyczy.

Pozyskiwanie środków publicznych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą może być utrudnione z punktu widzenia formalnego, ze względu na nieszczęśliwie skonstruowane przepisy dotyczące formy przekazania tych środków przed podmiot publiczny, w tym jednostki samorządu terytorialnego.

Z jednej strony wskazano, że na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4–7 ustawy o działalności leczniczej, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także z jednostką samorządu terytorialnego lub z uczelnią medyczną, lub z innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów. Jednocześnie określono wymogi formalne umowy, na podstawie której środki miałyby być przekazane.

Z drugiej strony natomiast na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1–6 ustawy o działalności leczniczej, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki od tych samych podmiotów, z wyjątkiem uczelni medycznej, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych, z opisanymi wyżej ograniczeniami dotyczącymi budżetu państwa.

Podstawowa wątpliwość, jaka nasuwa się po analizie przytoczonych zapisów, dotyczy rozstrzygnięcia: czy uzyskanie środków na podstawie umowy jest odrębną formą w stosunku do pozyskania środków w formie dotacji. Wydaje się, że są to odrębne formy pozyskania środków, na co wskazuje choćby odrębnie uregulowany przedmiot finansowania. Niektóre zadania mogą być finansowane zarówno na podstawie umowy, jak i w formie dotacji (art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4–6), tj:

– realizacja zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań,

⁹ Por. Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej...

– realizacja projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach,

– cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych,

– realizacja programów wieloletnich,

inne wyłącznie na podstawie umowy (art. 114 ust 1 pkt 7), tj:

– pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,

a jeszcze inne tylko w formie dotacji (art. 114 ust 1 pkt 2 i 3), tj:

– remonty,

– inwestycje niezwiązane z realizacją zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że określenie „dotacja w rozumieniu przepisów o finansach publicznych” obejmuje również uregulowania ustawy o finansach publicznych, dotyczące wymogów formalnych umów, na podstawie których przekazywane są dotacje podmiotom niezaliczanym do sektora finansów publicznych i niedziałającym w celu osiągnięcia zysku. Takimi podmiotami na pewno nie są podmioty lecznicze funkcjonujące w formie SPZOZ oraz spółek kapitałowych.

Wydaje się, że decyzję co do formy przekazania środków będą podejmować organy lub podmioty uprawnione do reprezentowania jednostek przekazujących środki, mając na uwadze obowiązujące przepisy prawne, w tym określone ograniczenia przedmiotowe, podmiotowe i finansowe.

Nakreślony obraz uzupełniają postanowienia dotyczące zasad przekazywania i wykorzystania środków publicznych przez podmioty lecznicze będące jednostkami budżetowymi. W tym przypadku ustawodawca, niezależnie od przedmiotu finansowania, odsyła do przepisów o finansach publicznych.

5. Podsumowanie

Polski system finansowania opieki zdrowotnej na początku XXI w. przeżywa ostry kryzys pomimo wdrożenia reformy ubezpieczeń zdrowotnych. Jedną z podstawowych przyczyn tego kryzysu jest niewystarczający dopływ środków finansowych na finansowanie opieki zdrowotnej. Dlatego też w kolejnych okresach należy dążyć do znacznego wzrostu dochodów. Zakłada się, że źródłem tych

dochodów będą przede wszystkim zwiększone składki na ubezpieczenie zdrowotne, dodatkowe współpłacenie pacjentów oraz dochody z budżetu państwa. Pojawia się jednak pytanie: czy wspomaganie finansowania opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego nie mogłoby być alternatywą dla propozycji zakładających obciążenie społeczeństwa równocześnie dodatkową składką, jak również zwiększonym współpłaceniem?

Trudno jednak podzielić stanowisko, że zmiana formy organizacyjno-prawnej jednostek prowadzących działalność leczniczą doprowadzi do istotnej zmiany w zakresie finansowania tej działalności.

System przekazywania środków publicznych przez jednostki samorządu terytorialnego podmiotom prowadzącym działalność leczniczą powinien być z jednej strony efektywny, z drugiej zaś szczelny, aby nie dopuścić do nadmiernego i niegospodarnego dokonywania wydatków na ten cel. Trzeba pamiętać, że perspektywa pozyskania środków publicznych przez podmiot prowadzący działalność leczniczą, niezależnie od jakości prowadzonej przez niego gospodarki finansowej, nie sprzyja racjonalizacji wydatków.

Wprowadzone ustawą o działalności leczniczej rozwiązania, zarówno organizacyjno-prawne, jak i finansowe, budzą niebezpiecznie dużo wątpliwości, co zwiększa ryzyko nieefektywności i nieprawidłowości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Literatura

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

Surówka K., *Rola samorządu terytorialnego w finansowaniu opieki zdrowotnej w dobie kryzysu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004, nr 1.

Surówka K., Winiarz M., *Udział JST w finansowaniu ochrony zdrowia*, w: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, red. S. Golinowska, E. Kocot, A. Sowa, FZP, Vesalius, Kraków 2009.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz.U. nr 157, poz. 1240 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz.U. nr 94 poz. 1037 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 664 z późn. zm.

Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej [druk sejmowy nr 3489].