

ZDOLNOŚĆ RESTRUKTURYZACYJNA SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Tematyka restrukturyzacji, biorąc pod uwagę przepisy prawne obowiązujące od 1 stycznia 2016 roku, wydaje się zagadnieniem nowym, niemniej jest już elementem trwale wpisanym w gospodarkę każdego kraju i każdego – choćby najmniejszego – przedsiębiorcy. Ustawodawca, formułując nowe prawo, chciał wyposażyc przedsiębiorców w narzędzia ułatwiające funkcjonowanie w okresie dekoniunktury i w czasie przejściowych trudności podczas prowadzenia biznesu. To, czy skutek będzie osiągnięty, zostanie z pewnością zweryfikowane przez rynek. Zależać to będzie od tego, czy możliwość użycia tych narzędzi będzie dla przedsiębiorców korzystna, prosta oraz opłacalna. W przeciwnym razie profesjonaliści nie skorzystają z nowej ustawy i znajdą inny sposób na poradzenie sobie z kłopotami.

Istotne znaczenie restrukturyzacji jest niezmiernie ciekawe w połączeniu z bardzo ważnym społecznie zagadnieniem związanym z opieką zdrowotną w Polsce. Powszechnie dostępna jest wiedza na temat olbrzymich wydatków państwa na ten cel, powszechnie znane są również nieefektywność sposobu wydatkowania i zadłużenie największych państwowych czy samorządowych placówek opieki zdrowotnej. Szczególnie znamienne jest to dla podmiotów działających jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jest wiele przykładów powierzenia przez organy stanowiące samorządów terytorialnych sporządzenia planów naprawczych zewnętrznym firmom doradczym czy zlecenia restrukturyzacji menedżerom zewnętrznym – i przykłady te potwierdzają brak efektywności tych planów oraz działań restrukturyzacyjnych. Skoro koncepcje menedżerskie nie spełniają oczekiwań i nie doprowadzają do funkcjonowania publicznych placówek opieki zdrowotnej bez nadmiernego

zadłużenia, należy zweryfikować, czy przy zastosowaniu narzędzi Prawa restrukturyzacyjnego możliwe jest osiągnięcie odmiennych skutków restrukturyzacji.

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO PODMIOT PRAWA

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dalej SPZOZ) jest podmiotem ukształtowanym w Ustawie z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej². Mógł być utworzony wyłącznie przez ministra lub centralny organ rządowy, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego oraz publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Organy te miały również wyłączne uprawnienie do likwidacji i połączenia SPZOZ-ów. Działalność tych jednostek opieki zdrowotnej wedle nieobowiązującej już ustawy sprowadzała się do udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a szczegółowe zasady ich funkcjonowania określał statut nadany przez podmiot tworzący. SPZOZ posiadał osobowość prawną i podlegał wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego. Tak ukształtowany charakter prawny stanowił pewne novum w systemie opieki zdrowotnej powstałym w Polsce po 1989 roku, gdyż SPZOZ posiadał samodzielność organizacyjną i miał zdolność do bycia podmiotem stosunków cywilnoprawnych. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż ze względu na cel utworzenia SPZOZ-ów, tj. wypełnianie istotnych funkcji o charakterze publicznym ważnym dla ogółu społeczeństwa, podkreśla się silne powiązanie funkcjonalne, organizacyjne oraz majątkowe z ich organami założycielskimi.

Charakterystycznym elementem dotyczącym SPZOZ-ów jest również ich autonomiczność finansowa. Wartość

¹ Radca prawny i doradca restrukturyzacyjny, prowadzi kancelarię radcy prawnego i biuro doradcy restrukturyzacyjnego w Łodzi. Praktyk prawa medycznego.

² Dz. U. 2007 nr 14, poz. 89 – utrata mocy obowiązującej 1 lipca 2011 roku.

majątku w tych podmiotach określają fundusze: założycielski i zakładu. Ten pierwszy obejmuje składniki majątku wydzielone z mienia państwowego lub samorządowego i jest zwiększany poprzez dotacje przeznaczone na remonty, inwestycje czy zakup sprzętu medycznego. Fundusz zakładu stanowi zaś wartość majątku pozostałego po odliczeniu funduszu założycielskiego. Istotne jest zaliczenie SPZOZ-ów do jednostek sektora finansów publicznych. Powoduje to konieczność wydatkowania w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania jak najlepszych efektów z danych nakładów, w sposób umożliwiający terminową realizację zadań, w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań³.

W obowiązującej od 1 lipca 2011 roku ustawie o działalności leczniczej⁴ (dalej u.d.l.) nie przewidziano możliwości tworzenia nowych SPZOZ-ów. Niemniej wszystkie opisane uwagi pozostają w zakresie dotychczas działających SPZOZ-ów jak najbardziej aktualne. Mimo nietworzenia nowych tego typu podmiotów w Polsce funkcjonuje obecnie ok. 900 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej działających i prowadzących działalność jako szpitale. Przepisy przejściowe w u.d.l. w art. 204 ust. 2 wskazały, iż dotychczas istniejące SPZOZ-y stają się wraz z dniem wejścia w życie u.d.l. podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Pomimo zakazu tworzenia nowych tego typu podmiotów ich funkcjonowanie w praktyce nie jest możliwe do wyeliminowania. Wpływa na to przede wszystkim na ogół duży obszar działania tych placówek (obszar województwa lub kilku powiatów) oraz fakt pozostawiania na rynku medycznym od co najmniej kilkunastu lat, a także względy polityczne podyktowane dużym zainteresowaniem prowadzeniem placówek opieki zdrowotnej przez władarzy jednostek samorządów terytorialnych. W znowelizowanej ustawie o działalności leczniczej, poczynawszy od 15 lipca 2016 roku, zlikwidowano zakaz tworzenia nowych SPZOZ-ów. Możliwe więc, że ta forma prowadzenia działalności leczniczej zostanie powiększona o nowe placówki medyczne.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła szereg nowych pojęć i konstrukcji prawnych odnoszących się do funkcjonowania rynku opieki zdrowotnej w Polsce. Z zakładów opieki zdrowotnej dzielących się na publiczne i niepubliczne, co nie zawsze odpowiadało literalnemu znaczeniu tych słów, utworzono podmioty lecznicze. Wskazano, iż są to podmioty wykonujące działalność leczniczą, która polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz może polegać na promocji zdrowia lub re-

alizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Nowe prawo zaliczyło SPZOZ-y do tzw. podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Do grona takich podmiotów zaliczono ponadto jednostki budżetowe, w tym jednostki tworzone i nadzorowane przez określonych ministrów, oraz jednostki wojskowe.

ZDOLNOŚĆ RESTRUKTURYZACYJNA

Zdolnością restrukturyzacyjną określa się, najogólniej rzecz ujmując, zdolność do bycia podmiotem praw i obowiązków wynikających z przepisów ustawy – Prawo restrukturyzacyjne⁵ (dalej Pr. restr.). Ten zakres przepisy tej ustawy w art. 4 ust. 1 wymieniają wyczerpująco, wskazując na: przedsiębiorców w rozumieniu ustawy – Kodeks cywilny, spółki kapitałowe nieprowadzące działalności gospodarczej, wspólników osobowych spółek handlowych ponoszących odpowiedzialność za zobowiązania spółki bez ograniczeń całym swoim majątkiem oraz wspólników spółki partnerskiej. Ustawa oprócz katalogu pozytywnego obejmuje również katalog podmiotowy negatywny, dotyczący tych podmiotów prawa, które z restrukturyzacji nie mogą skorzystać, a mianowicie: Skarb Państwa i jednostki samorządu terytorialnego, banki państwowe, banki hipoteczne, zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji oraz fundusze inwestycyjne.

Zdolność restrukturyzacyjną należy rozpatrywać w kontekście celu ustawy Pr. restr. ukierunkowanego na uniknięcie ogłoszenia upadłości dłużnika przez umożliwienie mu restrukturyzacji w drodze zawarcia układu z wierzycielami, a w przypadku postępowania sanacyjnego – również przez przeprowadzenie działań sanacyjnych, przy zabezpieczeniu słusznych praw wierzycieli. Z tak formułowanego przez ustawodawcę celu postępowania restrukturyzacyjnego można by wywnioskować, że zdolność restrukturyzacyjną posiadają podmioty, które jednocześnie mają zdolność upadłościową. Uniknięcie upadłości możliwe jest bowiem, jeśli w ogóle może do niej dojść. Przedstawionego, literalnego brzmienia ustawy nie można jednak rozpatrywać bez pozostałych funkcji, jakie ma pełnić Prawo restrukturyzacyjne, oraz bez sięgnięcia do zdolności upadłościowej. Gdyby prawodawca zechciał zrównać zakres podmiotowy zdolności upadłościowej z restrukturyzacyjną, mógłby to w dość łatwy sposób uczynić.

³ Zemke-Górecka A., „Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja”, Oficyna 2010, rozdział 7.

⁴ Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. 2015, poz. 618).

⁵ Ustawa z 15 maja 2015 roku (Dz. U. 2015, poz. 978) – obowiązująca od 1 stycznia 2016 roku.

W ustawie – Prawo upadłościowe⁶ (dalej Pr. upadł.) wprowadzono identyczny z katalogiem restrukturyzacyjnym katalog pozytywny podmiotów, które mają zdolność upadłościową, Niemniej Pr. upadł. zawiera odmienny katalog wyłączeń podmiotowych, gdyż poza podmiotami, które wskazane są w Pr. restr., upadłości nie można ogłosić wobec: publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej; instytucji i osób prawnych utworzonych w drodze ustawy, chyba że ustawa stanowi inaczej, oraz utworzonych w wykonaniu obowiązku nałożonego ustawą; osób fizycznych prowadzących gospodarstwo rolne, które nie prowadzą innej działalności gospodarczej lub zawodowej, oraz wobec uczelni. Tych podmiotów Prawo restrukturyzacyjne nie wymienia, czego nie należy rozpatrywać w kategorii przypadku, ale celowego działania ustawodawcy.

W literaturze zauważalne są rozbieżności co do zdolności restrukturyzacyjnej podmiotów nieposiadających zdolności upadłościowej. W jednej z opinii prawnych do rządowego projektu ustawy prawo restrukturyzacyjne wskazano następujące wnioski: „Katalog potencjalnych uczestników postępowania restrukturyzacyjnego jest szerszy niż katalog potencjalnych uczestników postępowania upadłościowego. Zdolność restrukturyzacyjna przyznana została m.in. publicznym samodzielным zakładom opieki zdrowotnej (...), choć wskazane podmioty nie mają zdolności upadłościowej. Możliwość skorzystania z postępowania restrukturyzacyjnego w celu poprawienia sytuacji gospodarczej wymienionych podmiotów jest dla nich niewątpliwie rozwiązaniem korzystnym, biorąc zwłaszcza pod uwagę, że postępowanie restrukturyzacyjne wszczynane jest na wniosek”⁷.

Podobne stanowisko co do zdolności restrukturyzacyjnej SPZOZ-ów przedstawia P. Zimmerman, wskazując, iż brak zdolności upadłościowej nie jest przeszkodą do przyznania zdolności restrukturyzacyjnej. Dodaje, że przepis art. 3 Pr. restr. ma charakter normy prawnej o charakterze kierunkowym, nie może być jednak interpretowany jako ograniczający zdolność restrukturyzacyjną tylko do podmiotów, którym grozi postępowanie upadłościowe⁸.

Odmienne wywodzi zaś S. Gurgul, zdecydowanie opowiadając się za brakiem zdolności restrukturyzacyjnej SPZOZ-ów, ponieważ nie są przedsiębiorcami i nie działają w formie spółki kapitałowej⁹. O ile autor tej koncepcji

nie odnosi się do celów ustawy restrukturyzacyjnej oraz zdolności upadłościowej, to wskazuje na istotny argument, niezauważony przez poprzednich autorów, dotyczący braku możliwości przypisania SPZOZ-om statusu przedsiębiorcy.

W ocenie autora artykułu należy się zdecydowanie przychylić do stanowiska aprobującego zdolność restrukturyzacyjną wobec SPZOZ-ów z uwagi na wykładnię funkcjonalną oraz celowościową ustawy restrukturyzacyjnej, jednocześnie negując pogląd S. Gurgula o braku przymiotu przedsiębiorcy w przypadku tych zakładów opieki zdrowotnej. Pogląd ten z pewnością ogranicza się do nomenklatury używanej w ustawie o działalności leczniczej, która *expressis verbis* stanowi, iż SPZOZ jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Tak ukształtowana pozycja SPZOZ-u ma znaczenie w przypadku ustawy o działalności leczniczej i jest szeroko krytykowana. Skoro w tej samej ustawie art. 44 stanowi, iż podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie – to przeczy to całkowicie m.in. definicji przedsiębiorcy zawartej w ustawie o działalności leczniczej. Stanowczo należy opowiedzieć się za stanowiskiem, iż prowadzenie działalności leczniczej przez jednostkę posiadającą osobowość prawną (a taką SPZOZ posiada) w celach zarobkowych, w sposób ciągły i zorganizowany, niezależnie od wybranej formy prawnej – jest działalnością gospodarczą, a podmiot taką działalność wykonujący posiada status przedsiębiorcy¹⁰.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż art. 4 ust. 1 pkt 1 Pr. restr. odnosi się do zdolności restrukturyzacyjnej przedsiębiorców w rozumieniu kodeksu cywilnego¹¹. Tam z kolei art. 43¹ stanowi, iż przedsiębiorcą jest m.in. osoba prawna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową. Tymczasem w zakresie tego, czy SPZOZ prowadzi działalność gospodarczą, czy nie, wiele lat – na bazie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – istniało niejednoznaczne stanowisko zarówno judykatury, jak i sądownictwa powszechnego oraz Sądu Najwyższego. Miało to bowiem istotne znaczenie dla funkcjonowania tego podmiotu prawa, np. w sferze podatków czy uprawnień wynikających z ustawy o działalności gospodarczej. Kwestię tę przesądziła ostatecznie uchwała Sądu Najwyższego z 17 września 2008 roku w sprawie III CZP 82/08, w której wskazano, iż uznanie określonej działalności za gospodarczą wymaga spełnienia kilku przesłanek, takich jak: profesjonalny charakter działalności, podporządkowanie regułom opłacalności i zysku lub zasadzie

⁶ Ustawa z 28 lutego 2003 roku (Dz. U. 2015, poz. 233).

⁷ Gurgul S., „Prawo upadłościowe. Prawo restrukturyzacyjne. Komentarz”, 10 wydanie, Warszawa 2016, s. 981.

⁸ Zimmerman P., „Prawo upadłościowe. Prawo restrukturyzacyjne. Komentarz”, 4 wydanie, Warszawa 2016, s. 1040.

⁹ Gurgul S., „Prawo upadłościowe (...)”, tamże, s. 981.

¹⁰ Grzegorzczak F., „Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz”, LexisNexis 2013.

¹¹ Ustawa z 23 kwietnia 1964 roku (Dz. U. 2016, poz. 380).

racjonalnego gospodarowania, prowadzona na własny rachunek, powinna ją cechować powtarzalność działań oraz uczestnictwo w obrocie gospodarczym. Sąd Najwyższy podkreślił, że skoro zadaniem SPZOZ-u jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia, to działalność ta jest prowadzona stale, w sposób zawodowy, zorganizowany i planowany. Realizowana jest we własnym imieniu i na własny rachunek. O ile działalność ta nie jest nastawiona na zysk, niemniej jej racjonalizację zapewnia poddanie się zasadom rachunku ekonomicznego, co powinno wystarczać dla przypisania jej cech gospodarczych. SPZOZ uczestniczy w obrocie gospodarczym poprzez realizację odpłatnych, ekwiwalentnych świadczeń wzajemnych, głównie finansowanych ze środków publicznych, które z założenia powinny stanowić należytą zapłatę za prawidłowo wykonane usługi medyczne. Sąd Najwyższy, podsumowując, uznał, iż działalność SPZOZ-ów oceniana według reguł stosowanych w obrocie jest na tyle samodzielna, by uznać ją za działalność gospodarczą.

Przytoczyć należy również uchwałę Sądu Najwyższego z 11 maja 2005 roku w sprawie III CZP 11/05, w której stwierdzono, iż sprawa o zapłatę za sprzęt medyczny, wszczęta przez przedsiębiorcę przeciwko samodzielnemu zakładowi opieki zdrowotnej, jest sprawą gospodarczą.

Odnosząc się do treści aktualnie obowiązującej ustawy o działalności leczniczej, należy z przekonaniem stwierdzić, iż używając nieco „pokrętnego” nazewnictwa oraz przypisując SPZOZ-om status podmiotów, które nie są przedsiębiorcami, wprowadzono do ustawodawstwa zamęt powstały na bazie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Poprzednio wątpliwy status prawny w sferze cywilnej i gospodarczej niepodważalnie wyjaśniła opisana uchwała Sądu Najwyższego. Ustawodawca, nie zmieniając nic istotnego w strukturze prawnej funkcjonowania SPZOZ-ów w nowych przepisach, znów dopuścił do powstania wątpliwości, które rykoszetem mogą odbić również się na ustawie restrukturyzacyjnej. Tym bardziej, że trudno wytłumaczyć *ratio legis* takiego postępowania prawodawcy.

Warto również przytoczyć przykłady traktowania przez organy władzy centralnej SPZOZ-ów jako przedsiębiorców. Otóż minister skarbu państwa w myśl dyspozycji art. 2 pkt 8a ustawy z 8 sierpnia 1996 roku o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa¹², m.in. ze środków państwowego funduszu celowego w postaci Funduszu Restrukturyzacji Przedsiębiorstw, udziela pomocy w celu ratowania lub restrukturyzacji przedsiębiorców. Pomoc ta często udzielana jest

za pośrednictwem Agencji Rozwoju Przemysłu S.A. Ze wskazanego Funduszu ARP S.A. może udzielać pomocy finansowej wyłącznie na rzecz przedsiębiorców. Z raportu Najwyższej Izby Kontroli na temat udzielanej przez ARP S.A. pomocy finansowej w latach 2011-2014¹³ wynika, że w tym czasie udzielono jej ośmiu szpitalom działającym w formie SPZOZ-u i kontrola w tym zakresie nie była oceniana negatywnie. Nie było wątpliwości co do przyznania SPZOZ-om przymiotu przedsiębiorcy.

Podsumowując istotne argumenty w sferze zdolności restrukturyzacyjnej SPZOZ-ów, jestem zdecydowanym zwolennikiem przyznania tym podmiotom takiej zdolności. Przemawiają za tym przedstawione przesłanki funkcjonalne, celowościowe i racjonalne, dotyczące ustaw Prawo restrukturyzacyjne oraz Prawo upadłościowe, w końcu również argumenty wynikające z racjonalnego postępowania.

WPŁYW POSTĘPOWANIA SANACYJNEGO NA RESTRUKTURYZACJĘ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ I FINANSOWEJ SPZOZ-u

Postępowania restrukturyzacyjne mają w istocie doprowadzić do zaspokojenia wierzycieli w drodze wykonania zawartego i zatwierdzonego przez sąd układu. Konstrukcje prawne wynikające z dyspozycji poszczególnych postępowań restrukturyzacyjnych mają zapewnić warunki do wynegocjowania realizacji układów, które maksymalnie zaspokoją wierzycieli i jednocześnie maksymalnie ochronią wartość ekonomiczną przedsiębiorstwa dłużnika. Innymi słowy, równie ważny interes wierzyciela jest utożsamiany z interesem utrzymania prowadzenia działalności gospodarczej przez dłużnika.

Najogólniej rzecz ujmując, postępowanie sanacyjne w myśl art. 3 ust. 6 Pr. restr. ma umożliwić dłużnikowi przeprowadzenie działań sanacyjnych oraz zawarcie układu po sporządzeniu i zatwierdzeniu spisu wierzycieli. Działaniami sanacyjnymi określono zaś czynności prawne i faktyczne, które zmierzają do poprawy sytuacji ekonomicznej dłużnika i mają na celu przywrócenie dłużnikowi zdolności do wykonywania zobowiązań, przy jednoczesnej ochronie przed egzekucją. Postępowanie to można wszcząć niezależnie od poziomu spornych wierzytelności.

Istotne i charakterystyczne dla postępowania restrukturyzacyjnego są skutki jego otwarcia – w wielu kwestiach odmienne od pozostałych postępowań restrukturyzacyj-

¹³ Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli – KGP-4101-004-00/2014, www.nik.gov.pl.

nych. Z pewnością czytelnicy tego czasopisma doskonale je znają i nie ma potrzeby się w tej kwestii szczegółowo rozwodzić.

Pozwolę sobie przytoczyć – nieodosobnione – założenia realizowanego w części programu naprawczego jednego z SPZOZ-ów w województwie lubelskim, który może stanowić punkt odniesienia do możliwości, jakie dają nam instytucje Prawa restrukturyzacyjnego. Plan ten powstał w oparciu o wiedzę i doświadczenie menedżera tej jednostki i nie obejmował możliwości prawnych, jakie daje Prawo restrukturyzacyjne obecnie.

PRZYKŁADOWE ZAŁOŻENIA PROGRAMU NAPRAWCZEGO SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO WOJEWÓDZKIEGO SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA W WOJ. LUBELSKIM NA LATA 2013-2018

Przedstawione założenia dotyczą szpitala działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego organem tworzącym jest zarząd województwa lubelskiego.

Program naprawczy powstał w sierpniu 2013 roku i obejmuje działania przewidziane na lata 2013-2018. Zakłada realizację dwóch podstawowych założeń: restrukturyzację zadłużenia oraz zapewnienie zdolności do osiągania zysku netto w niedługim czasie w wyniku ograniczenia kosztów o charakterze stałym i zwiększania osiąganych przychodów. Plan zakłada restrukturyzację w czterech głównych obszarach: zatrudnienie, zadłużenie, usługi medyczne oraz zarządzanie i organizacja. Zatrudnienie ma być zmniejszone poprzez dostosowanie do zakresu i liczby wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Znaczne zmniejszenie zatrudnienia ma być efektem wprowadzenia zasad wynagradzania poprzez system prowizyjno-premiowy. Kwestia obsługi zadłużenia ma zostać rozwiązana za pomocą dodatkowego finansowania pozwalającego na obsługę zadłużenia i zmianę struktury zobowiązań z krótkoterminowych na długoterminowe. Restrukturyzacja usług medycznych ma polegać na rozszerzeniu zakresu świadczeń oraz jednoczesnej dywersyfikacji struktury świadczeń, biorąc pod uwagę demografię i migrację pacjentów. W obszarze zarządczym program zakłada kreowanie dobrej atmosfery sprzyjającej komunikacji, budowanie prawidłowych relacji i wyłanianie liderów czy doskonalenie systemów motywacyjnych.

Realizacja świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych obejmuje ok. 97% przychodów szpitala. Kontrakt z NFZ-tem w 2013 roku wynosił łącznie ok. 72 mln zł. Szpital ma 22 oddziały, z czego tylko

w przypadku 10 przeciętne wykorzystanie łóżka w ciągu roku kształtuje się na poziomie 100%, zaś w pozostałych przypadkach sięga ono niekiedy tylko 50% (oddziały dziecięcy, zakaźny, pulmonologiczny). Istnieje więc dość spory potencjał niewykorzystanych łóżek. Poza oddziałami szpitalnymi w strukturze 34 poradni realizowana jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Ogółem zatrudnienie na koniec 2012 roku wynosiło 1024 osoby na 1017 etatach. Ponadto zawarte były 54 umowy cywilno-prawne, głównie z lekarzami. Średnie koszty osobowe stanowiły ponad 65% kosztów ze sprzedaży. Ponad 80 osób spośród salowych i pielęgniarek znajduje się w grupie przedemerytalnej – ochronnej. We wrześniu 2013 roku przeprowadzono proces zwolnień grupowych, który dotyczył ok. 60 pracowników.

Majątek SPZOZ-u stanowią nieruchomości, oddane nieodpłatnie szpitalowi przez województwo lubelskie, oraz majątek ruchomy, stanowiący głównie sprzęt i wyposażenie o przeznaczeniu medycznym. Powierzchnia użytkowa budynków zajmuje ponad 50 tys. m², z czego 10% to powierzchnie nieużytkowane.

Strata SPZOZ-u w momencie sporządzania programu naprawczego wynosiła ok. 80 mln zł. W 2012 roku strata z działalności podstawowej wyniosła ok. 12 mln zł. Główny problem finansowy to brak możliwości obsługi długu. Na dzień 30 czerwca 2013 r. szpital zalegał dostawcom wynagrodzenia na poziomie ponad 21 mln zł, 1/4 tego zadłużenia była starsza niż rok. Koszty postępowań sądowych i zajęć komorniczych w 2012 roku pochłonęły kwotę niewiele poniżej 1 mln zł, zaś odsetki za opóźnienie prawie 800 tys. zł. Zatory płatnicze wobec dostawców pozbawiły szpital możliwości negocjacji wysokości cen oraz terminów płatności. W latach 2011-2012 zadłużenie na rzecz ZUS-u wyniosło ponad 6 mln zł i w tym zakresie szpital realizuje umowę spłat ratalnych. Obsługa już zaciągniętych kredytów w 2012 roku pochłonęła kwotę 3,7 mln zł, zaś w 2013 roku prawie 7,3 mln zł. Wskaźnik zadłużenia ogólnego SPZOZ-u w 2010 roku wynosił ok. 30%, natomiast w latach 2013-2015, w każdym roku ponad 137%, a założenia programu wskazują na poziom tego wskaźnika w 2018 roku w wysokości 134%. Wskaźniki płynności bieżącej w latach 2012-2014 wyniosły 0,51, zaś w pozostałych latach – do 2018 roku, oszacowane zostały na 0,43-0,49. Szpital realizuje swoje zobowiązania średnio po upływie 3 miesięcy od dnia wymagalności.

Generalne założenia programu dotyczą uzyskania kredytu na początek na poziomie 15-18 mln zł, aby pozbyć się

zobowiązań krótkoterminowych. Koszty szacowano na poziomie ok. 1,6 mln zł rocznie. Redukcja zatrudnienia i związane z tym odprawy dla ok. 60 osób to koszt ok. 2,5 mln zł. Ponadto plan obejmuje szereg zmian organizacyjnych, m.in. likwidację niektórych jednostek szpitala, zmianę struktury zakupów i wejście do jednej z grup zakupowych celem zmniejszenia wydatków na zakupy czy wprowadzenie na niektórych oddziałach umów kontraktowych zamiast etatów pracowniczych. Program przewidywał również nakłady inwestycyjne w 2014 roku w wysokości ok. 1 mln zł, zaś w 2015 roku – ok. 5,5 mln zł. W 2016 roku w programie przewidziano pierwszy zysk z działalności podstawowej.

Program naprawczy określał także przyczyny trudnej sytuacji finansowej. Jako przyczyny zewnętrzne podano duże ryzyka zmian legislacyjnych, w tym założeń ustawodawcy co do dostosowania placówek medycznych do nowych założeń. Cykl przygotowań jest znacznie dłuższy niż częstotliwość tych zmian. To prowadzi do ryzyka inwestycyjnego oraz uniemożliwia racjonalne długookresowe planowanie o charakterze strategicznym. Do czynników zewnętrznych – z pewnością słusznie – zaliczono również fakt pozyskiwania przychodów od monopolisty na rynku finansowania publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia), co w efekcie niejednokrotnie powodowało zawieranie kontraktów na warunkach nieodpowiadających ponoszonym kosztom świadczenia usług. Dodatkowo występowały braki w płatnościach za nadwykonania nagłe, do których wykonywania szpital był zobowiązany z mocy ustawy. Jako czynniki zewnętrzne w programie wskazano ponadto konkurencję na rynku świadczeń zdrowotnych ze strony mniejszych, lepiej wyposażonych i nowocześniejszych podmiotów leczniczych.

Jako przyczyny wewnętrzne wskazano brak rentowności świadczonych usług – na przestrzeni wielu lat, co doprowadziło do powstania strat w wielkich rozmiarach, a reakcja na ten stan rzeczy jest znacznie opóźniona. Brak reakcji z kolei tłumaczono presją na utrzymanie zatrudnienia i poziomu płac, brakiem woli jakichkolwiek zmian wykazywanym przez organ zarządzający i organ założycielski. Wzrost zadłużenia eliminował nakłady na inwestycje, a to z kolei prowadziło do świadczenia usług na niższym poziomie i skutkowało niemożnością wynegocjowania kontraktów z NFZ-etem na wyższym poziomie. Wobec takiego stanu rzeczy opinia społeczności lokalnej na temat jakości świadczonych w szpitalu usług była negatywna.

Temat treści programu naprawczego nie zawierała szcze-
gółów na temat sposobów osiągnięcia zakładanych

celów, zaś założenia finansowe były bardzo trudne do zweryfikowania ze względu na brak podstawowych założeń. W okresie ok. pół roku po rozpoczęciu realizacji planu, tj. w marcu 2014 roku, miały miejsce pierwsze akcje strajkowe personelu szpitala. W czerwcu 2014 roku szpital był trzecią co do wielkości zadłużoną jednostką w województwie lubelskim. W czerwcu 2014 roku odwołano dyrektora szpitala ze względu na brak efektów wynikających z realizacji założeń programu. W wystąpieniu pokontrolnym zarządu województwa lubelskiego z 14 lipca 2015 roku zarzucono mu m.in. wypłatę zawyżonych odpraw (o ok. 100 tys. zł), wypłatę zawyżonych nagród jubileuszowych (o ok. 400 tys. zł), wypłatę zawyżonych odpraw emerytalno-rentowych (o ok. 100 tys. zł). W 2016 roku tylko dwóch dyrektorów z województwa lubelskiego nie otrzymało nagrody za osiągnięte wyniki finansowe, był wśród nich dyrektor tego szpitala. W połowie 2015 roku zarząd województwa lubelskiego opublikował założenia finansowe budżetu województwa, zawierające m.in. Plan Wieloletniej Prognozy 2015-2030, w którym temu samodzielnemu publicznemu wojewódzkiemu szpitalowi specjalistycznemu zabezpieczono celem poręczenia na zaciągnięcie kredytu kwotę 57 mln zł.

Odnosząc się do konkretnych uwarunkowań i możliwości zastosowania działań sanacyjnych do przykładowego SPZOZ-u, wobec ujawnionych głównych problemów w programie naprawczym dotyczących: braku możliwości obsługi zadłużenia i kosztów z tym związanych oraz redukcji zatrudnienia – możemy wskazać na kilka „plusów” ustawy Prawo restrukturyzacyjne.

Z charakterystycznych cech przebiegu postępowania sanacyjnego wiemy m.in., iż otwarcie postępowania sanacyjnego powoduje zawieszenie z mocy prawa postępowań egzekucyjnych i niemożność prowadzenia egzekucji wierzytelności objętych układem, tj. powstałych przed otwarciem postępowania, wraz z odsetkami związanymi z tym wierzytelnościami. Zatem pozytywne rozstrzygnięcie wniosku o otwarcie restrukturyzacji sanacyjnej oraz możliwość zwolnienia z zajęcia rachunków bankowych dłużnika może dać w dość szybkim czasie możliwość odzyskania płynności finansowej. Co ważne, płynność finansową dłużnik uzyskuje bez dodatkowych kosztów, które powstają w każdej akcji kredytowej przedsiębiorstwa. W czasie postępowania sanacyjnego znikają również koszty postępowania egzekucyjnego (co do zasady opłata egzekucyjna stanowi 15% ściągniętej należności), a także koszty sądowe. Jak bowiem wiadomo umieszczenie wierzytelności w spisie wierzytelności eliminuje obciążenie dłużnika kosztami postępowania sądowego co do tych wierzytelności.

W planie szpitala zaciąganie zobowiązań długoterminowych było podstawowym założeniem i źródłem podjęcia jakichkolwiek działań restrukturyzacyjnych. Niewątpliwie elementem układu może być uzyskanie dodatkowego finansowania bankowego przez dłużnika, ale koszty i sposób pozyskania kapitału w otwartym postępowaniu sanacyjnym mogą być niższe. Nietym postępowaniu sanacyjnym to właśnie wierzyciele jednokrotnie w ramach układu to właśnie wierzyciele ponoszą koszt sfinansowania spłaty, licząc na wywiązanie się z zobowiązań dłużnika w szybszym terminie, ale na niższym poziomie. W mojej ocenie w kontekście powstającej w systemie polskiego prawa bankowego Białej Księgi „Zasad przeprowadzania projektów restrukturyzacyjnych”, w której założeniach podkreśla się równouprawnienie wierzycieli, finansowanie bankowe restrukturyzacji zyska na znaczeniu, a nawet może się stać głównym źródłem procesów restrukturyzacyjnych. Jest to na razie o tyle trudne, że nowe prawo restrukturyzacyjne nie stworzyło ku temu kompleksowych rozwiązań¹⁴.

Należy zwrócić uwagę także na pewną przewagę skutków wszczęcia postępowania sanacyjnego nad restrukturyzacją „indywidualną”, polegającą np. na umowie typu *standstill*, gdyż skutki dotyczące egzekwowania określonych wierzytelności w postępowaniu według Prawa restrukturyzacyjnego powstają z mocy prawa – bez wpływu na to którejkolwiek ze stron. Poza kwestią spłat wierzytelności, postępowanie sanacyjne wprowadza skuteczne i tańsze rozwiązanie odnośnie do prawa pracy – zrównując skutki i możliwości w tym zakresie z postępowaniem upadłościowym. Szybkość i skuteczność działań możliwych do podjęcia, brak borykania się z koniecznością porozumiewania się z organizacjami związkowymi stanowi niewątpliwą zaletę sanacji pod nadzorem sądu.

Prawo restrukturyzacyjne daje zarządcy dodatkowe możliwości w zakresie odstępowania od wybranych umów wzajemnych, w tym np. umów konkursowych na udzielenie świadczeń zdrowotnych zawieranych na ogół na okres dłuższy niż jeden rok – w trybie art. 26 ustawy o działalności leczniczej. Weryfikacja warunków tego typu umów w kontekście dogłębnej analizy kosztów osobowych i możliwość rozpisania nowych konkursów na świadczenia medyczne może dać również nowe perspektywy optymalizacji kosztów działalności, które jako pozaustawowe programy naprawcze mogą być osiągnięte wyłącznie w trybie dwustronnych negocjacji ugodowych.

W postępowaniu restrukturyzacyjnym, w tym sanacyjnym, istotnym udogodnieniem dla dłużnika jest konstrukcja układu częściowego. W działalności SPZOZ-ów co do zasady występuje wielość wierzycieli i nie inaczej przedstawiała się sytuacja SPZOZ-u, o którym była mowa. Stąd może zaistnieć potrzeba odrębnego załatwienia sprawy układu z niektórymi wierzycielami, tak aby kwestia pozostałych wierzycieli mogła być załatwiona później. W myśl art. 192 Pr. restr. w toku postępowania sanacyjnego możliwe jest złożenie wniosku o zatwierdzenie układu częściowego lub wniosku o otwarcie przyspieszonego postępowania, na którym ma być przyjęty układ częściowy, pod warunkiem, że wierzyciele objęci częściowym układem są wierzycielami nieobjętymi układem z mocy prawa oraz nie wyrazili w postępowaniu sanacyjnym zgody na objęcie ich układem. Znamienne jest to, że po raz pierwszy w polskim systemie prawnym możliwe jest objęcie wierzytelności zabezpieczonej rzeczowo bez zgody wierzyciela, w przypadku wierzytelności zabezpieczonych hipoteką (w tym hipoteką morską), zastawem (w tym rejestrowym i skarbowym) oraz przeniesieniem na wierzyciela własności rzeczy, wierzytelności lub innego prawa. Może to nastąpić, jeśli układ przewiduje pełne zabezpieczenie – co jest oczywiste – ale również wtedy, gdy dłużnik wykaże, że w drodze układu wierzyciel uzyska należności nie niższe, niż gdyby nastąpiło to w drodze egzekucji. Dłużnik może w prosty sposób uzyskać wydłużenie spłaty zobowiązania bez ponoszenia dodatkowych kosztów, poza należnymi odsetkami przysługującymi w ramach istniejącej wierzytelności. Niewątpliwie więc układ częściowy w sanacji realizuje funkcję umożliwiającą odzyskanie płynności finansowej dla wierzytelności zabezpieczonych rzeczowo (na ogół kredyty hipoteczne), nawet w sytuacji kiedy na objęcie układem tej wierzytelności nie wyrażono zgody.

Ogólnie ujmując wpływ instytucji sanacyjnych wynikających z Prawa restrukturyzacyjnego, należy wskazać na zalety ukształtowanego systemu prawnego, wzbogacające możliwości prawne naprawy podmiotów, jakimi są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Konstrukcje prawne same w sobie, bez prawidłowej analizy zarządczej, ukierunkowanej na zaplanowanie działań w oparciu o prognozy, wyliczenia i prawidłowe analizy historyczne przedsiębiorstwa, oczywiście nie doprowadzą do osiągnięcia pożądaných skutków odbudowy przedsiębiorstwa. Niemniej zaplanowanie działań restrukturyzacyjnych, opartych na wykorzystaniu skutków wskazanych w powszechnie obowiązujących przepisach prawnych, może uprościć działania sanacyjne, przyspieszyć je lub ograniczyć koszty restrukturyzacji. To z kolei okazać się może decydujące dla powodzenia procesu uzdrowienia podmiotu gospodarczego.

¹⁴ Masiukiewicz P., *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstwa*, nr 1 styczeń 2016, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle „ORGMAZ”.

Zagadnienie restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej ma wiele charakterystycznych elementów, wyróżniających te placówki w drodze restrukturyzacji spośród innych podmiotów prawnych funkcjonujących w ramach ogólnie pojętej ekonomii gospodarczej.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej jest specyficzną jednostką pełniącą szczególną rolę, zaspokajającą potrzeby ogółu ludności. Dysponuje zasobami o skomplikowanym i różnorodnym charakterze, zarówno osobowym, jak i materialnym. Ich należyte i celowe wykorzystanie powoduje mnóstwo komplikacji o charakterze społecznym, gospodarczym i finansowym. Celowe wykorzystanie zasobów winno prowadzić – w wielkim uproszczeniu – do postawienia prawidłowej diagnozy oraz wyleczenia pacjenta, a także sprzedaży usług po cenach wyższych niż koszty. Niezwykle istotne jest to, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej bazuje na administrowaniu w sektorze publicznym. Niejednokrotnie więc bywa, że zamiast efektywnego zarządzania – jak to ma miejsce w sektorze prywatnym – mamy do czynienia z pasywnym administrowaniem. Dodatkowo mieszane są reguły ekonomiczne z politycznymi. Wpływa to na niezwykle skomplikowanie możliwości skutecznego zarządzania w tym obszarze, zwłaszcza z założeniem, że elementy polityczne nie są możliwe do wyeliminowania.

Wybrane zagadnienie dotyczące SPZOZ-ów ma wyjątkowo istotne znaczenie społeczne. Dotyczy bowiem najważniejszej wartości, jaką jest zdrowie ludzkie. Dotyczy też wciąż nieuleczonej dziedziny finansowania publicznego, borykającego się od dawna z nieefektywnością systemu opieki zdrowotnej, poczynawszy od sfery makro po sferę indywidualnych niedoskonałości związanych z bezpośrednimi działaniami zarządczymi poszczególnych jednostek. W badaniach przeprowadzonych przez Magellan S.A. w okresie 2008–2014¹⁵ wskazano, że w ponad połowie z funkcjonujących SPZOZ-ów koszty działalności przekraczają przychody, zaś poczynawszy od 2013 roku, udział zobowiązań wymagalnych stale wzrasta. Restrukturyzacja jest trudna do przeprowadzenia ze względu na brak współpracy na linii NFZ i Ministerstwo Zdrowia, zaś plany likwidacji NFZ-et, poczynawszy od 2018 roku, jeszcze bardziej proces restrukturyzacji utrudniają.

Opieka zdrowotna to też dziedzina biznesu z ekstremalnie dużym ryzykiem regulacyjnym, niedającym się prze-

widzieć nawet w jednym cyklu wyborczym. To stwarza wyjątkową niepewność decyzji podejmowanych w długookresowych planach restrukturyzacyjnych, związanych w szczególności z prawidłową oceną wyboru ścieżki inwestycyjnej. Przykładowo plany dostosowawcze podmiotów leczniczych w zakresie konieczności posiadania łądowniska (dla podmiotów ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi i izbą przyjęć) oraz procesów informatyzacji leczenia (elektroniczna dokumentacja medyczna) zmieniają się w ostatnich czterech latach co roku i polegają na ich przesuwaniu. To spowodowało, że placówki podejmowały bardzo kosztowne inwestycje, licząc na zwiększone finansowanie, podczas gdy inwestycje te okazały się nie tak aktualne czasowo, jakby to wynikało z pierwotnych założeń, przez co placówki źle inwestowały środki. Lokowano środki bez możliwości zwrotu inwestycji w założonym okresie.

Opieka zdrowotna to też – o czym wspomniano – sfera wpływów politycznych, bardzo często wynikająca z partykularnych interesów, zupełnie pomijających organizację i zarządzenia podmiotu SPZOZ-u.

Biorąc pod uwagę przedstawione ogólnie środowisko, w którym SPZOZ-y funkcjonują, zasadne jest sięgnięcie po instrumenty prawne. Po pierwsze, umożliwiają one przeprowadzenie procesów naprawczych przez uprawnione osoby posiadające licencję doradcy restrukturyzacyjnego, a zatem takie, które powinny posiadać konkretną wiedzę prawną, doświadczenie zawodowe i niejednokrotnie niezależne od wpływów regionalnego środowiska politycznego. Po drugie, podjęcie określonych działań prowadzi do skutków prawnych, z którymi nie da się dyskutować – są bowiem powszechnie obowiązujące. Proces ten nadzorowany jest przed sądem oraz wierzycieli, którym w warunkach rynkowych winno najbardziej zależeć na dobrej kondycji finansowej swojego kontrahenta, zwłaszcza kontrahenta, który jest dłużnikiem.

Ogromne długi i związane z nimi koszty obsługi dotyczą kilkuset placówek funkcjonujących jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W większości przypadków plany restrukturyzacyjne nie skutkują odzyskaniem płynności ani też poprawą infrastruktury leczniczej oraz opieki nad pacjentem. Z moich obserwacji skutków tych planów dokonywanych na bieżąco wynika, że z różnych względów mają one charakter doraźny, wynikający z nacisków na zmiany ze strony organów tworzących te placówki czy też z powodów politycznych oraz ambicji poszczególnych menedżerów.

¹⁵ www.magelliansa.pl – Sytuacja finansowa szpitali w Polsce. Edycja 2014.

Przed wszystkim należy zareagować pozytywnie na stwierdzenie, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej posiadają zdolność restrukturyzacyjną. Widzę możliwość pewnych rozbieżności natury teoretycznej w tej kwestii, niemniej przedstawione argumenty „za” z pewnością przemawiają za wykładnią funkcjonalną i celowościową przepisów restrukturyzacyjnych. Rozstrzygnięcia sądowe pozytywne w tym przedmiocie – o ile zaistnieją – mogą być szalenie istotne dla rozwoju opcji naprawy SPZOZ-ów.

Nie jest absolutnie prawdopodobne, że ustawa – Prawo restrukturyzacyjne jest w stanie uzdrowić czy zrewolucjonizować system opieki zdrowotnej w Polsce. Zależy to bowiem przede wszystkim od ludzi. Niemniej warto spróbować skorzystać z narzędzi, jakie daje nowe prawo, podejmując wyzwanie nowego podejścia do rozwiązań prawnych z zaangażowaniem wiedzy zarządczej, doświadczenia menedżerskiego i zasad ekonomii społecznej, która w tej dziedzinie życia publicznego jest szalenie istotna.