

Regionalna Izba Obrachunkowa w Łodzi

**Wpływ ustawy o lecznictwie  
na finanse powiatów ziemskich i grodzkich  
województwa łódzkiego**

Materiał poglądowy

## Spis treści

<b>1.1 Wstęp.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Zmiany w systemie ochrony zdrowia wprowadzone ustawą o działalności leczniczej .....</b>	<b>4</b>
1.2.1 Podmioty lecznicze działające w formie spółek kapitałowych .....	5
1.2.2 Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej .....	7
1.2.3 Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami – jednostki budżetowe .....	10
1.2.4 Wsparcie finansowe dla podmiotów tworzących.....	10
<b>1.3 Ogólna analiza sytuacji powiatów i miast na prawach powiatu w latach 2008-2010. ....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Zobowiązania JST. ....	13
1.3.2 Zobowiązania JST powiększone o zobowiązania samorządowych SP ZOZ w relacji do dochodów. ....	14
1.3.3 Spełnienie relacji z art. 242 – wynik operacyjny.....	15
1.3.4 Limity zadłużenia z art. 243.....	16
<b>1.4 Symulacja wpływu funkcjonowania SP ZOZ na sytuację finansową JST wynikającego z ustawy o lecznictwie.....</b>	<b>17</b>
1.4.1 Analiza skutków art. 59 ust. 2 – pokrycie ujemnego wyniku finansowego .....	18
1.4.2 Likwidacja SP ZOZ w oparciu o art. 60-61 lub przekształcenie w spółkę w trybie art. 69-82 .....	19
<b>1.5 Sytuacja finansowa powiatowych SPZOZ na podstawie analizy wskaźnikowej sprawozdań finansowych za lata 2008-2010.....</b>	<b>21</b>
1.5.1 Ogólna analiza wskaźnikowa sytuacji finansowej poszczególnych powiatowych SP ZOZ.....	22
1.5.2 Pogłębiona analiza sytuacji finansowej SP ZOZ - na przykładzie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu.....	30
<b>1.6 Podsumowanie .....</b>	<b>36</b>
1.6.1 Pokrycie ujemnego wyniku finansowego .....	36
1.6.2 Przekształcenie w samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki. ....	37
1.6.3 Umorzenie części zobowiązań przekształcanych samodzielnych publicznych zakładów opieki .....	37
1.6.4 Dotacje z budżetu państwa.....	38
<b>1.7 Załączniki.....</b>	<b>40</b>
1.7.1 Załącznik Nr 1. Sytuacja na rynku, na którym działają samorządowe SP ZOZ. ....	40
1.7.2 Wykaz tabel.....	45

## 1.1 Wstęp

Celem niniejszego opracowania jest próba wskazania jaki wpływ na funkcjonowanie powiatów będą miały - wprowadzone ustawą o działalności leczniczej - rozwiązania obligujące organy prowadzące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej do pokrywania ujemnego wyniku finansowego oraz umożliwiające przekształcenie tych zakładów w spółki kapitałowe. W opracowaniu wykorzystano dane pozyskane ze sprawozdań finansowych składanych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej za lata 2008-2010, jak również opracowań Wojewódzkiego centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi. Opracowanie nie uwzględnia wpływu na sytuację finansową powiatów realizacji tzw. "Planu B". Podkreślenia wymaga, że dokonana ocena ma wyłącznie charakter pogładowy i jest jedynie próbą wskazania skali problemu, występujących tendencji oraz kierunków dalszych analiz.

Zaznaczyć należy również, że skutki wprowadzenia rozwiązań ustawowych zostały odsunięte w czasie, co w konsekwencji powoduje, że do momentu ich wdrożenia zmianie ulegnie nie tylko sytuacja finansowa powiatu lecz przede wszystkim samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Z tego względu opracowanie nie może być traktowane jako podstawa oceny sytuacji finansowej powiatów lub powadzonych przez nie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w chwili podejmowania przez nie decyzji o dalszym losie funkcjonujących zakładów.

Podkreślenia wymaga, że przekształcenie lub likwidacja SP ZOZ na podstawie regulacji nowej ustawy może następować już od chwili jej wejścia w życie a mechanizmy finansowe w niej zawarte będą miały różne skutki dla budżetu także w miarę upływającego czasu. W tej sytuacji nie bez znaczenia pozostaje fakt, że skorzystanie z dotacji z budżetu państwa oraz umorzeń zobowiązań wymaga zakończenia przekształcenia SP ZOZ do końca 2013 r.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej<sup>1</sup> weszła w życie w dniu 1 lipca 2011r. i zastąpiła obowiązującą do tej pory ustawę z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Nie ulega wątpliwości, że uchwalenie ustawy stawia przed organami powiatów nowe, niełatwe wyzwania. Do nich bowiem należeć będzie podjęcie decyzji co do dalszych losów prowadzonych przez nie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Decyzja ta wymagać będzie wnikliwej oceny, i to w perspektywie wieloletniej, zdolności jednostki samorządu terytorialnego do ewentualnego przejęcia zobowiązań zakładu - w przypadku jego przekształcenia w spółkę kapitałową lub możliwości pokrywania jego ujemnego wyniku finansowego - w przypadku podjęcia decyzji o dalszym prowadzeniu działalności leczniczej w tej formie. Ocena zdolności powiatu do realizacji zaproponowanych przez ustawę rozwiązań będzie musiała zostać poprzedzona dogłębną analizą sytuacji finansowej SPZOZ-u, w tym wielkości i struktury jego zobowiązań oraz zasad jego organizacji

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654.)

i funkcjonowania. Podstawowe znaczenie będzie miała również analiza możliwości prowadzenia działalności leczniczej przez spółkę utworzoną w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności przy uwzględnieniu konieczności przejęcia przez nią części lub całości zobowiązań przekształcanego SPZOZ-u .

Każda z decyzji dotyczących dalszego losu SPZOZ-ów nie będzie decyzją prostą, chociażby ze względu na przepisy obowiązującej od 2009r. ustawy o finansach publicznych nie sprzyjającej wdrażaniu przyjętych w ustawie rozwiązań.

Ustawa o finansach publicznych w art. 242 wprowadziła bowiem regułę, zgodnie z którą organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego nie może uchwalić budżetu, w którym planowane wydatki bieżące są wyższe niż planowane dochody bieżące powiększone o nadwyżkę budżetową z lat ubiegłych i wolne środki. Wykładnia literalna art. 242 ustawy o finansach publicznych prowadzi do wniosku, iż jednostka samorządu terytorialnego nie ma możliwości zaciągania długoterminowych przychodów zwrotnych (kredytów, pożyczek, emisji obligacji) na finansowanie wydatków bieżących, jak również finansować tych wydatków własnymi dochodami majątkowymi oraz przychodami z prywatyzacji. Zgodnie z obowiązującymi zasadami zobowiązania przejętych SPZOZ-ów ujmuje się w wydatkach bieżących budżetu.

Na tym tle, istotnym staje się zagadnienie faktycznej możliwości przyjmowania do budżetu powiatu zobowiązań likwidowanych lub przekształcanych zakładów opieki zdrowotnej oraz pokrywania przez powiaty ich ujemnego wyniku finansowego, gdyż zobowiązania z tych tytułów winny być ujmowane w wydatkach bieżących budżetu, które zgodnie z art. 242 ustawy mogą być pokryte wyłącznie dochodami bieżącymi budżetu (oraz ewentualnie wolnymi środkami lub nadwyżką budżetu z lat ubiegłych).

O ile w szerszej perspektywie regulację art. 242 należy ocenić pozytywnie – zadłużanie się jednostek samorządu terytorialnego na wydatki bieżące nie jest dobrym zjawiskiem - to nie sposób nie zwrócić uwagi, że wprowadzenie tej słusznej reguły, przy jedynym wyjątku jakim jest przejęcie zobowiązań SPZOZ-u lub pokrycie jego ujemnego wyniku, może prowadzić do braku możliwości realizacji zadań ustawowych nałożonych na jednostki samorządu terytorialnego. W konsekwencji powiaty mogą stanąć przed problemem braku źródeł sfinansowania, przejętych przecież zgodnie z obowiązującym prawem zobowiązań zlikwidowanych lub przekształcanych SPZOZ-ów.

## **1.2 Zmiany w systemie ochrony zdrowia wprowadzone ustawą o działalności leczniczej<sup>2</sup>**

Jak podnoszono w uzasadnieniu do projektu ustawy u podstaw poważnych trudności jakie od wielu lat przeżywa polski system ochrony zdrowia leżą: ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej, a także niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej

---

<sup>2</sup> Zawiera omówienie zmian w w zakresie niezbędnych dla niniejszego opracowania.

oraz ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ustawa jest odpowiedzią na konieczność wprowadzenia zmian, zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą, stanowiąc systemową regulację dotyczącą organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia, obowiązującą wszystkie podmioty prowadzące działalność leczniczą. Celem regulacji jest uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne<sup>3</sup>.

Do najistotniejszych, interesujących nas, zmian w systemie ochrony zdrowia należy zaliczyć:

- poddanie działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych regułom obowiązującym podmioty prowadzące działalność gospodarczą,
- nadanie statusu podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz jednostkom budżetowym wykonującym działalność leczniczą,
- możliwość tworzenia i prowadzenia przez jednostki samorządu terytorialnego podmiotów leczniczych wyłącznie w formie spółek kapitałowych lub jednostek budżetowych,
- zakaz tworzenia nowych SPZOZ-ów oraz wprowadzenie obowiązku likwidacji lub zmiany formy organizacyjno prawnej SPZOZ, którego ujemny wynik finansowy nie został pokryty przez podmiot tworzący w wymaganej wysokości i terminie,
- wzrost zakresu odpowiedzialności organów prowadzących SPZOZ za jego wynik finansowy,
- wprowadzenie specjalnej procedury przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe,
- regulacja zasad udzielania pomocy finansowej podmiotom dokonującym takiego przekształcenia,
- złagodzenie ograniczeń formalnych w zakresie likwidacji lub konsolidacji SPZOZ,
- zmiana reguł w zakresie uzyskiwania środków publicznych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych,
- wskazanie że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną.

### **1.2.1 Podmioty lecznicze działające w formie spółek kapitałowych**

Z założenia prowadzenie działalności leczniczej w formie spółki kapitałowej ma przyczynić się do sprawniejszego i efektywniejszego funkcjonowania podmiotu leczniczego, a tym samym do bilansowania się jego działalności. Podmiot leczniczy działający w formie spółki kapitałowej (są to argumenty najczęściej podnoszone) będzie w stanie szybciej wdrożyć zmiany restrukturyzacyjne, w tym w zakresie zatrudnienia oraz zapewnić pełne wykorzystanie posiadanych zasobów rzeczowych i lokalowych, a także zwiększyć efektywność pracy. Prowadzenie działalności leczniczej w formie spółki kapitałowej ma otwierać dla podmiotu leczniczego nowe możliwości, wynikające chociażby z możliwości świadczenia bez ograniczeń odpłatnych usług zdrowotnych i wzmocnienia jego

---

<sup>3</sup> Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej druk sejmowy nr .....

pozycji jako potencjalnego kredytobiorcy. Niemniej jednak podmiot leczniczy jako spółka kapitałowa będzie musiał uwzględniać w swojej działalności ryzyko możliwej niewypłacalności. Zadłużenie spółki kapitałowej w dłuższym czasie nie jest możliwe. Sytuacja, w której podmiot leczniczy nie będzie wykonywał swoich zobowiązań wymagalnych lub gdy jego zobowiązania przekroczą jego majątek, nawet jeśli na bieżąco będzie realizował swoje zobowiązania, skutkuje koniecznością zgłoszenia jego upadłości. Niewątpliwie wpływ na zmniejszenie ryzyka upadłości spółki będzie miał stopień jej dokapitalizowania.

Zgodnie z ustawą jednostki samorządu terytorialnego będą mogły utworzyć i prowadzić podmioty lecznicze wyłącznie w formie spółki kapitałowej (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub akcyjnej). Jednostki samorządu terytorialnego będą mogły również przystępować do spółek kapitałowych wykonujących działalność leczniczą.

Podmioty lecznicze tworzone w formie spółek kapitałowych uzyskały status przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej. Do działalności spółek tworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, także w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie będą miały jednak zastosowania przepisy o gospodarce komunalnej. Jak wynika z uzasadnienia do projektu ustawy "wyłączenie stosowania ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 1997 r. Nr 9, poz. 43 z późn. zm.) w stosunku do spółki kapitałowej utworzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego wykonującej działalność leczniczą wynika z dążenia do stworzenia spójnej, kompleksowej, jasnej regulacji dla prowadzenia działalności leczniczej (...).

Oznacza to, że działalność podmiotów leczniczych, tworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego lub utworzonych przez nie w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzona będzie na podstawie przepisów Kodeksu spółek handlowych oraz ustawy o działalności leczniczej, bez konieczności wypełnienia wymagań stawianych spółkom komunalnym przez ustawę o gospodarce komunalnej.

Ustawa o działalności leczniczej w ograniczonym zakresie odnosi się do działalności podmiotu leczniczego jako spółki kapitałowej. Szczególne regulacje zawarte zostały w art. 41 ustawy, zgodnie z którym w podmiocie leczniczym działającym w formie spółki kapitałowej utworzonej przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub uczelnię medyczną albo do którego podmioty te przystąpiły na podstawie art. 6 ust. 8 i w którym posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego uchwały zgromadzenia wspólników albo walnego zgromadzenia dotyczące: rozwiązania spółki, zbycia przedsiębiorstwa spółki, zbycia zorganizowanej części przedsiębiorstwa spółki, zbycia udziałów albo akcji, które powoduje utratę udziału większościowego w kapitale zakładowym spółki, istotnej zmiany przedmiotu działalności spółki - są podejmowane większością *trzech czwartych* głosów. Ustawa wymaga również by członkowie rady nadzorczej reprezentujący Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub uczelnię medyczną w podmiocie leczniczym działającym w formie spółki kapitałowej byli powoływani spośród osób, które złożyły egzamin, o którym mowa w przepisach o komercjalizacji i prywatyzacji, albo zostały zwolnione z obowiązku złożenia egzaminu zgodnie z tymi przepisami.

## **1.2.2 Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej**

Ustawa nie zabrania prowadzenia działalności leczniczej w dotychczasowej formie tj. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nie dopuszcza jednak możliwości tworzenia nowych, z wyjątkiem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powstałych w wyniku połączenia<sup>4</sup>, przy jednoczesnym wprowadzeniu rozwiązań zachęcających do przekształcenia istniejących SPZOZ -ów w spółki kapitałowe.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej ustawa sytuuje (wraz z podmiotami leczniczymi działającymi w formie jednostek budżetowych) w grupie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Stosownie do postanowień art. 204 ust 2 ustawy publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami.

### **1.2.2.1 Pokrycie ujemnego wyniku finansowego SPZOZ**

Analogicznie jak pod rządami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej sam będzie decydował o podziale zysku oraz pokrywał we własnym zakresie ujemny wynik finansowy<sup>5</sup>. Najistotniejsza zmiana - w odniesieniu do regulacji zawartych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej - dotyczy obowiązków organów prowadzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej wykazujących ujemny wynik finansowy. Po rządami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej organy prowadzące nie miały, poza jednym przypadkiem, obowiązku pokrywania ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie mógł być pokryty samodzielnie przez SPZOZ ustawa przewidywała możliwość podjęcia przez organ który go utworzył decyzji o zmianie gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji. Ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie mógł być jednak podstawą zaprzestania przez niego działalności, jeżeli jego dalsze istnienie uzasadnione było celami i zadaniami, do których został utworzony, a których nie mógł przejąć inny zakład, w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. W takiej sytuacji organ prowadzący był uprawniony do pokrycia ujemnego wyniku finansowego zakładu ze środków publicznych i określenia formy dalszego finansowania zakładu (formami dopuszczonymi przez ustawę były jednostki budżetowe i instytucje gospodarki pozabudżetowej). Bierność organu prowadzącego była kwestionowana przez wierzycieli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W świetle orzecznictwa sądowego, organowi założycielskiemu nie można było jednak przypisywać bezprawności postępowania tylko z tej przyczyny, że pomimo ujemnego wyniku finansowego SPZOZ nie podjął działań przewidzianych przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W ocenie sądu obowiązek ten aktualizował się w pewnym okresie, uwarunkowanym

---

<sup>4</sup> Art.204 ustawy o działalności leczniczej

<sup>5</sup> Art. 59 i art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 58 i art. 59 ustawy o lecznictwie.

okolicznościami konkretnego stanu faktycznego, kiedy stało się jasne, że zadłużony zakład nie może pokryć we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego. Stwierdzenie tych faktów wymagało w ocenie sądu analizy przyczyn powstania ujemnego wyniku finansowego oraz możliwości podjęcia skutecznych działań naprawczych w gospodarce zakładu.<sup>6</sup>

Obecnie obowiązująca ustawa o działalności leczniczej zwiększa odpowiedzialność organów prowadzących za wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, rozstrzygając jednoznacznie o sposobie postępowania w przypadku wystąpienia ujemnego wyniku finansowego SPZOZ - u. Zgodnie z art. 59 ust.2 ustawy podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w terminie i wysokości wynikającej z przepisów art. 59 ust. 2 ustawy, podmiot tworzący ma obowiązek w terminie 12 miesięcy od upływu terminu do pokrycia ujemnego wyniku finansowego, podjąć decyzję o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Odmienne niż w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej podjęcie decyzji o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub zmiany jego formy organizacyjno-prawnej nie jest obwarowane żadnymi warunkami. Jedyną przesłanką jest niemożność pokrycia ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w art. 59 ustawy.

Ustawa wyznacza również okres w jakim ma nastąpić likwidacja zakładu, stanowiąc że nie może być on dłuższy niż 12 miesięcy od dnia otwarcia likwidacji. W prowadzenie ustawowego terminu zakończenia likwidacji kończy, toczące się pod rządami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, spory co do możliwości przedłużania tego terminu. Obecnie terminu zakończenia likwidacji nie będzie można przedłużać.

Obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jego likwidacji powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy (art. 216 ustawy). Uwzględniając termin wejścia w życie ustawy obowiązek ten powstanie po raz pierwszy dla sprawozdań SPZOZ – ów za 2012 rok. W konsekwencji oznacza to, że podjęcie decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej lub o likwidacji zakładu będzie musiało nastąpić w terminie do dnia 30.09.2014r. (bowiem: termin sporządzenia sprawozdania za 2012 r. – do 31.03.2013; termin zatwierdzenia sprawozdania – do 31.06.2013; termin na pokrycie straty – 3 miesiące od zatwierdzenia sprawozdania – maksymalnie do 30.09.2013; termin na likwidację lub zmianę formy organizacyjno-prawnej - 12 miesięcy od niepokrycia straty– maksymalnie do 30.09.2014.)

---

<sup>6</sup> Wyrok SN z dnia 11.03.2008r. II CSK 565/07 LEX nr 494149



### 1.2.2.2 Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową odbywa się na zasadach określonych w ustawie.

Ustawa wymaga by przed sporządzeniem aktu przekształcenia podmiot tworzący, na podstawie sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy, ustalił wskaźnik zadłużenia SPZOZ. Wskaźnik ten ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SPZOZ do sumy jego przychodów. Wartość wskaźnika zadłużenia determinuje obowiązek przejścia przez podmiot tworzący zobowiązań przekształcanego SPZOZ-u. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi:

- 1) powyżej 0,5 - w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot tworzący przejmuje zobowiązania SPZOZ o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia ustalany na dzień przekształcenia dla spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 2) 0,5 lub mniej - w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot tworzący może przejąć zobowiązania SPZOZ

Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami. Ma to szczególne znaczenie w kontekście możliwości uzyskania umorzeń części zobowiązań publicznoprawnych, gdy przekształcenie dokonane zostanie do końca 2013 roku. Umorzenia przysługują wyłącznie podmiotom tworzącym.

Organem dokonującym przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową jest organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego. Organ dokonujący przekształcenia sporządza akt przekształcenia SPZOZ w spółkę, który zastępuje czynności określone w przepisach ustawy z dnia 15 września 2000 r. — Kodeks spółek handlowych (...), poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców. Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki jest zobowiązany złożyć wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a następnie — do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dniem przekształcenia SPZOZ w spółkę jest dzień wpisania tej spółki do rejestru przedsiębiorców. Należy podkreślić, że dzień przekształcenia ma kluczowe znaczenie dla możliwości uzyskania wsparcia, wysokości przejmowanych zobowiązań, terminu oszacowania wartości nieruchomości przekazywanych na własność spółce oraz terminu określenia bilansu otwarcia spółki.

Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był SPZOZ, a pracownicy przekształcanego SPZOZ stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki. Bilans zamknięcia SPZOZ staje się bilansem otwarcia spółki.

Podmiot tworzący jest zobowiązany dokonać, na dzień poprzedzający dzień przekształcenia, jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w tym dniu w posiadaniu SPZOZ, jeżeli nieruchomości te są przekazywane na własność spółce.

Do głównych konsekwencji finansowych przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę należy zaliczyć: przejście części zobowiązań przekształcanego SPZOZ, wyposażenie nowo powstałej spółki w majątek i ewentualnie

konieczność uiszczenia podatku VAT od aportu, poniesienie kosztów operatu szacunkowego nieruchomości oddawanej na własność spółce.

### **1.2.3 Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami – jednostki budżetowe**

Ustawa o działalności leczniczej jako jedną z podstawowych form prowadzenia działalności leczniczej wskazuje jednostki budżetowe. Pod rządami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej prowadzenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej w formie jednostki budżetowej było dopuszczalne, o ile prowadzenie zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej było niecelowe lub przedwczesne.

Zgodnie z ustawą tworzenie, przekształcenie i likwidacja podmiotu leczniczego następuje w drodze uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego, przy czym przekształcenie podmiotu leczniczego może polegać wyłącznie na zmianie rodzaju działalności leczniczej lub istotnej zmianie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że zmiana formy prowadzonej działalności leczniczej wymagać będzie likwidacji jednostki budżetowej.

Podmiot leczniczy działający w formie jednostki budżetowej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych oraz gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia i przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

Również w przypadku podmiotu leczniczego działającego w formie jednostki budżetowej jego likwidacja, odmiennie niż na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nie jest obwarowana żadnymi warunkami. Likwidacja następuje na podstawie uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego określającej między innymi oznaczenie dnia otwarcia likwidacji, który nie może być wyznaczony w terminie późniejszym niż 30 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie dnia zakończenia likwidacji. Analogicznie, jak w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, okres od dnia otwarcia likwidacji do dnia jej zakończenia nie może być dłuższy niż 12 miesięcy, a także nie może być przedłużany.

### **1.2.4 Wsparcie finansowe dla podmiotów tworzących**

Ustawa przewiduje również wsparcie finansowe dla podmiotów tworzących, przekształcających SPZOZ w spółkę kapitałową, w postaci umorzenia części przejętych od SPZOZ zobowiązań publicznoprawnych oraz dotacji celowej z przeznaczeniem na pokrycie części pozostałych przejętych od SPZOZ zobowiązań i niektórych wydatków związanych z przekształceniem.

Warunkami uprawniającymi do ubiegania się o wsparcie jest dokonanie przekształcenia do dnia 31 grudnia 2013r. i dokonanie tego przekształcenia na zasadach określonych przez ustawę o działalności leczniczej. W przypadku umorzenia zobowiązań publicznoprawnych dodatkowo przekazanie wierzycielom zobowiązań wymaganych ustawą dokumentów.

#### **1.2.4.1 Umorzenie przejętych od SPZOZ zobowiązań publicznoprawnych**

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, dokonane zgodnie z przepisami ustawy oraz w terminie do dnia 31 grudnia 2013r., skutkuje umorzeniem - znanych na dzień 31 grudnia 2009 r. - zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ wraz z odsetkami, wskazanych w art.191 i art. 192 ust.1 ustawy. Między innymi umorzeniu podlegać będą zobowiązania podatkowe wobec budżetu państwa oraz należności celne, składki na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne; zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; opłaty stanowiące przychody NFOŚiGW, WFOŚiGW oraz dochody budżetów powiatów i budżetów gmin, (niezależnie od tego, na rachunek bankowy którego organu administracji publicznej opłaty te powinny być wpłacone przez zakład) za gospodarcze korzystanie ze środowiska i za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów o ochronie i kształtowaniu środowiska oraz za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów Prawa wodnego.

Umorzeniu nie będą podlegać zobowiązania określone w art. 192 ust.2 ustawy. Należą do nich między innymi zobowiązania z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i składek na Fundusz Pracy, wpłat do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zaległości podatkowych i celnych określonych w decyzji właściwego organu podatkowego, organu celnego lub organu kontroli skarbowej - określone w wyniku postępowania kontrolnego, jeżeli zaległości te określone zostały w związku z dokonywaniem czynności prawnych mających na celu obejście przepisów podatkowych, o należnościach celnych, o ubezpieczeniach społecznych lub przepisów dotyczących wymiaru i poboru tych należności.

Ustawa wprowadza również – w art. 194 ustawy - możliwość umorzenia m.in. zobowiązań podatkowych stanowiących dochody budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz zobowiązań publicznoprawnych z tytułu opłat i kar stanowiących dochody budżetów powiatów. Warunkiem umorzenia tych zobowiązań jest podjęcie przez organ stanowiący właściwej jednostki samorządu terytorialnego uchwały o umorzeniu tych należności. Należy zaznaczyć, że umorzenie należności jednostek samorządu terytorialnego z tytułu tych zobowiązań, nie uprawnia tych jednostek do rekompensaty ubytku ich dochodów z tego tytułu przez budżet państwa.

#### **1.2.4.2 Dotacje celowe z budżetu państwa**

Podmiot tworzący, który przekształcił SPZOZ w spółkę kapitałową na zasadach określonych ustawą, może ubiegać się w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r. o dotację celową z budżetu państwa. Zgodnie z art. 201 ustawy dotacja może zostać przeznaczona wyłącznie na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia, w tym kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości.

Warunkiem uzyskania dotacji jest wpisanie spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ do rejestru przedsiębiorców *nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r. oraz* spełnienie warunku polegającego na:

- a) zawarciu ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ, obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich, lub
- b) istnieniu w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, lub
- c) uiszczeniu przez podmiot tworzący, który przekształcił SPZOZ w spółkę kapitałową, podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu, lub
- d) istnieniu w dniu przekształcenia zobowiązania wynikającego z pożyczki udzielonej przez podmiot tworzący SPZOZ, zawartej przed dniem 31 grudnia 2009 r., lub
- e) poniesieniu kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2 ustawy.

Wniosek o udzielenie dotacji składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie przesłanek określonych ustawą. We wniosku jednostka samorządu terytorialnego jest zobowiązana między innymi do przedstawienia planowanego podziału proponowanej kwoty dotacji na cele określone w art. 201 ustawy.

Dotacja niewykorzystana albo niewłaściwie wykorzystana podlega zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

Wnioski rozpatrywane będą według kolejności ich wpływu. Jednostki samorządu terytorialnego będą mogły składać wnioski nie później niż do dnia 31 grudnia 2013 r., przy czym wniosek złożony po tym terminie podlegać będzie zwrotowi bez rozpatrzenia. Zwrotowi bez rozpatrzenia podlegać będzie również wniosek złożony po wyczerpaniu środków przewidzianych w budżecie państwa na dotacje.

### 1.3 Ogólna analiza sytuacji powiatów i miast na prawach powiatu w latach 2008-2010.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240) wprowadza m.in. dwie ważne regulacje wpływające w istotny sposób na konstruowanie budżetów JST oraz na limity określające możliwości zaciągania zobowiązań.

Zgodnie z art. 242 ustawy od 2011 r. JST nie będą mogły uchwalić budżetu, w którym bieżące wydatki budżetowe nie znajdą pokrycia w dochodach bieżących, powiększonych o nadwyżkę budżetową z lat ubiegłych oraz o wolne środki, o których mowa w art. 217 ust. 2 pkt 6.

Odmienne niż w poprzedniej ustawie o finansach publicznych<sup>7</sup>, w której zdefiniowano dwa progi zadłużenia identyczne dla każdej z JST (art. 169 i art. 170), nowa ustawa o finansach publicznych od 2014 r. wprowadza progi zadłużenia (art. 243) ustalane indywidualnie dla każdej z JST.

Obie powyższe regulacje wprowadzające nowe ograniczenia przy planowaniu i wykonywaniu budżetów JST nie mają zastosowania do roku 2010 i lat wcześniejszych. Jednakże przeanalizowanie różnicy między dochodami bieżącymi a wydatkami bieżącymi (zwanej dalej „wynikiem operacyjnym”) jest bardzo pomocne w celu oszacowania skali problemów, jakie mogą pojawić się w przypadku konieczności finansowania nowych niespodziewanych wydatków, jakimi mogą być przejmowane w trybie ustawy o lecznictwie zobowiązania likwidowanych lub przekształcanych samorządowych SP ZOZ, a także skutków opóźnień procesu dostosowywania metod planowania budżetowego do nowych regulacji, w szczególności opóźnień przy optymalizacji wydatków bieżących lub zbyt optymistycznym planowaniu dochodów majątkowych.

#### 1.3.1 Zobowiązania JST.

Dochody budżetowe w 2010 r. w 21 powiatach województwa łódzkiego zostały wykonane w wysokości 1.496.442,7 tys. zł tj. o 11,5% wyższej niż uzyskano w 2009 r. Jednocześnie zobowiązania powiatów zaliczane do długu publicznego, wzrosły w 2010 r. w porównaniu z rokiem poprzednim o 46,4% do poziomu 272.663,3 tys. zł.

Dochody budżetowe w 2010 r. 3 miast na prawach powiatu wyniosły 3.019.472,8 tys. zł i były o 3,1% niższe niż w 2009 r. przy jednoczesnym dość dużym wzroście zobowiązań o 22,0% do wysokości 1.484.330,1 tys. zł.

	2008		2009		2010	
	Dochody	Zobowiązania	Dochody	Zobowiązania	Dochody	Zobowiązania
	<b>tysiące złotych</b>					
<b>Powiaty ziemskie</b>	1.213.716,8	142.019,4	1.341.723,5	186.254,8	1.496.442,7	272.663,3
<b>Powiaty grodzkie</b>	2.928.314,6	995.203,9	3.117.144,9	1.217.087,6	3.019.472,8	1.484.330,1

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.)

Dynamika dochodów budżetowych w poszczególnych latach oraz zmiany poziomu zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego przełożyły się na wskaźniki zadłużenia wyrażone relacją zobowiązań do dochodów budżetowych.

W powiatach wskaźnik ten sukcesywnie od 2008 r. rośnie – z 11,7% w 2008 r. do 13,9% w 2009 r. by w 2010 wzrosnąć do poziomu 18,2%.

W miastach na prawach powiatu również widać wyraźną tendencję rosnącą wskaźnika zadłużenia: w 2008 r. wynosił on 34,0%, w 2009 r. wzrósł do poziomu 39,0% by w 2010 r. wynieść 49,2%.

	Dynamika				Relacja zobowiązań do dochodów		
	2009		2010		2008	2009	2010
	dochody	zobow.	dochody	zobow.			
<b>Powiaty ziemskie</b>	110,5%	131,1%	111,5%	146,4%	11,7%	13,9%	18,2%
<b>Powiaty grodzkie</b>	106,4%	122,3%	96,9%	122,0%	34,0%	39,0%	49,2%

Szczegółowe zestawienie dochodów budżetowych, zobowiązań oraz wskaźników zadłużenia znajduje się w załączniku w tabeli nr 1.

### 1.3.2 Zobowiązania JST powiększone o zobowiązania samorządowych SP ZOZ w relacji do dochodów.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej winny pokrywać wszystkie wydatki z uzyskanych przez siebie przychodów. Jednak w przypadku, gdy nie są w stanie pokryć ujemnego wyniku, ostateczną decyzję o ich likwidacji lub zmianie formy organizacyjnej podejmuje organ założycielski, co wiąże się z koniecznością spłacenia obciążających dany zakład zobowiązań. Restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej, podjęta w oparciu o ustawę z dnia 15 kwietnia 2005 r.<sup>8</sup>, poprawiła częściowo sytuację finansową tych jednostek, jednak utrzymujący się nadal wysoki stopień ich zadłużenia w dalszym ciągu stwarza realne zagrożenie dla finansów jednostek samorządu terytorialnego.

	2008	2009	2010	Dynamika (rok poprz.=100)	
				2009	2010
<b>Powiaty ziemskie</b>	268.552.239,0	185.241.853,0	192.978.579,5	69,0%	104,2%
<b>Powiaty grodzkie</b>	41.218.951,0	38.259.199,0	23.692.424,8	92,8%	61,9%

Kwota zobowiązań nadzorowanych przez powiaty SP ZOZ w 2010 r. wyniosła 192.978.579,5 tys. zł, tj. o 4,2% więcej niż w roku ubiegłym. Skumulowanie zadłużenie SP ZOZ z zadłużeniem jednostki samorządu terytorialnego będącej organem założycielskim poskutkowałoby w 2010 r. ukształtowaniem się relacji zobowiązań do dochodów<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684 z późn. zm.).

<sup>9</sup> W przypadku konieczności przejęcia pełnej kwoty długu SP ZOZ przez JST zobowiązania limitu z art. 170 ust. 1 ustawy z 2005 r. o finansach publicznych

na poziomie przekraczającym 60% w dwóch powiatach – poddębickim 120,3% (wskaźnik dla jst – 28,1%) oraz kutnowskim 82,8% (wskaźnik dla jst – 10,5%). W kolejnych dwóch powiatach – łaskim oraz rawskim – skumulowany wskaźnik zadłużenia z art. 170 ust. 1 wyniósłby 59,9%.

Jak wspomniano na wstępie, restrukturyzacja szpitali funkcjonujących jako samorządowe SP ZOZy poprawiła nieco sytuację części tych jednostek.

W 2008 r. skumulowany wskaźnik zadłużenia SP ZOZ i JST był przekroczony w 4 powiatach – poddębickim (95,5%), łaskim (87,0%), kutnowskim (78,8%) oraz rawskim (62,7%). W kolejnych dwóch wskaźnik zadłużenia był bliski 55% - tomaszowski (55,1%) i wieluński (53,2%).

W 2009 r. przekroczeniem limitów zadłużenia w przypadku konieczności przejęcia zobowiązań SP ZOZ byłyby dotknięte już tylko 3 powiaty – poddębicki (92,1%), kutnowski (78,5%) oraz łaski (60,5%). Na uwagę zasługuje fakt, w tych trzech powiatach skumulowany wskaźnik zadłużenia był znacznie niższy niż w roku poprzednim.

W 2010 r. już tylko 2 powiaty były zagrożone przekroczeniem limitu zadłużenia w przypadku konieczności spłaty zobowiązań za SP ZOZ, dla których są organami założycielskimi – poddębicki (120,3%) i kutnowski (82,8%).

Spośród miast na prawach powiatu organem założycielskim dla samorządowych SP ZOZ jest wyłącznie M. Łódź. Analiza długu własnego M. Łodzi oraz długu SP ZOZ'ów w relacji do dochodów budżetowych wskazuje, iż ewentualnie przejmowane zobowiązania nie stanowiłyby istotnego zagrożenia dla przekroczenia ustawowego limitu zadłużenia w tej jednostce.

Szczegółowe zestawienie zobowiązań powiatów i miast na prawach powiatu oraz ich samorządowych SP ZOZ wraz ze wskaźnikami skumulowanego zadłużenia znajduje się w załączniku w tabeli nr 1.

### **1.3.3 Spełnienie relacji z art. 242 – wynik operacyjny.**

Zarówno poprzednia ustawa o finansach publicznych<sup>10</sup> jak i nowa ustawa<sup>11</sup> w identyczny sposób definiują pojęcia dochodów i wydatków bieżących. Przez dochody bieżące budżetu jednostki samorządu terytorialnego rozumie się dochody nie będące dochodami majątkowymi, zaś wydatki bieżące to wydatki nie będące wydatkami majątkowymi.

Należy pamiętać, iż w latach 2008-2010 pokrywanie wydatków bieżących wyłącznie dochodami bieżącymi nie było wymagane przepisami prawa, a jedynie stanowiło przejaw racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi.

---

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.)

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240)

Na koniec 2010 r. wykonanie dochodów bieżących oraz wydatków bieżących w 4 powiatach woj. łódzkiego przyniosło deficyt operacyjny na łączną kwotę 3.616,2 tys. zł, w tym w jednym powiecie – brzezińskim, w którym nie znajdował on pokrycia w nadwyżce z lat poprzednich i wolnych środków. W pozostałych 17 powiatach powstała nadwyżka operacyjna w wysokości 48.739,7 tys. zł.

W 2009 r. deficyt operacyjny powstał aż w 6 powiatach na łączną kwotę 11.604,9 tys. zł, co więcej powiaty rawski oraz brzeziński dysponowały zbyt małą kwotą nadwyżki budżetowej z lat poprzednich oraz wolnych środków by pokryć ten deficyt.

W 2008 r. deficyt operacyjny na łączną kwotę 4.446,0 tys. zł powstał w 2 powiatach rawskim oraz brzezińskim, które nie dysponowały odpowiednią kwotą nadwyżki budżetowej z lat poprzednich oraz wolnych środków by pokryć ten deficyt.

Z przeprowadzonej analizy wynika, iż powiat rawski miał przez wszystkie 3 lata deficyt operacyjny (największy w 2009 r.), który w latach 2008-2009 nie znajdował pokrycia w nadwyżce z lat minionych oraz wolnych środków. W 2010 r. sytuacja w tym powiecie poprawiła się na tyle, iż wykonane dochody i wydatki bieżące różniły się już nieznacznie – a co ważniejsze powstały deficyt operacyjny wynoszący 950,1 tys. zł znajdował pokrycie w nadwyżce budżetowej i wolnych środków.

W znacznie gorszej sytuacji wydaje się być powiat brzeziński, w którym deficyt operacyjny wykazuje tendencję rosnącą przy zbyt niskich zasobach pochodzących z nadwyżki budżetowej i wolnych środków, co już samo w sobie może przysporzyć tej jednostce poważnych problemów z uchwaleniem budżetu, niezależnie od pojawienia się innych niespodziewanych obciążeń budżetu.

Miasta na prawach powiatu - we wszystkich trzech latach analizy - osiągały nadwyżkę operacyjną oraz posiadają dodatkowe zasoby finansowe w postaci nadwyżki budżetowej z lat ubiegłych oraz wolnych środków do pokrycia ewentualnego deficytu bieżącego wynikającego z konieczności zwiększenia wydatków bieżących jakimi są np. pokrycie ujemnego wyniku finansowego samorządowego SP ZOZ.

Szczegółowe zestawienie obrazujące omawiane wyżej zagadnienie znajduje się w załączniku w tabeli nr 2.

#### **1.3.4 Limity zadłużenia z art. 243**

Począwszy od 2014 roku dla każdej jednostki samorządu terytorialnego będzie obowiązywać indywidualnie obliczony limit relacji spłat zadłużenia do dochodów budżetowych wynikający z art. 243 ustawy z 2009 r. o finansach publicznych.



Obliczone na podstawie danych jakie były do dyspozycji w chwili przygotowania niniejszego opracowania limity spłat zobowiązań na lata 2011 i 2012 ukształtowały się następująco:

Przedział	Powiaty ziemskie		Powiaty grodzkie	
	Limit na 2011	Limit na 2012	Limit na 2011	Limit na 2012
<0%	2	3		
0%-5%	14	13		
5%-10%	4	5	2	2
>10%	1		1	1

Oznacza to, iż w przyszłości zdecydowana większość powiatów będzie mogła ponosić rocznie wydatki związane z obsługą długu oraz dokonywać spłat długu w wysokości nie przekraczającej 5% dochodów budżetowych. Ponadto kilka powiatów jest w takiej sytuacji, która może doprowadzić w 2014 r. do braku możliwości spłaty jakichkolwiek zobowiązań kredytowych.

Wśród tych najbardziej zagrożonych znajdują się: powiat brzeziński (limit spłat na 2011 r. wyniósłby -3,1%, zaś na 2012 -3,2%) oraz Powiat kutnowski (odpowiednio -0,6% i 2,3%).

Problemy ze spłatą zobowiązań może mieć także powiat rawski, którego limit spłaty zadłużenia obliczony dla 2012 r. spadł do poziomu -1,5%.

Szczegółowe zestawienie limitów zadłużenia znajduje się w załączniku w tabeli nr 3.

Reasumując – jeśli powiaty ziemskie nie poprawią wskaźników wchodzących w skład limitu zadłużenia, to w 2014 r. mogą wystąpić w nich poważne problemy z uchwaleniem budżetu zgodnego z art. 243 ustawy z 2009 r. o finansach publicznych.

#### **1.4 Symulacja wpływu funkcjonowania SP ZOZ na sytuację finansową JST wynikającego z ustawy o lecznictwie**

Pierwszym rokiem obrotowym, za który będzie miał zastosowanie art. 59 ustawy, wymagający decyzji jednostki samorządu terytorialnego w przypadku osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego przez SP ZOZ będzie rok 2012. Przeprowadzenie symulacji wybiegającej dwa lata w przyszłość - przy źródłach danych jakimi dysponują regionalne izby obrachunkowe, ale także poszczególne JST oraz SP ZOZ - byłoby obciążone dużym błędem.

W związku z powyższym, dla potrzeb niniejszej analizy przeprowadzono symulację wpływu mechanizmów ustawy na finanse JST w oparciu o faktyczne dane pochodzące z bilansów SP ZOZ za 2010 r. oraz o wielkości przyjęte w WPF JST na 2011 r. (wg stanu na czerwiec 2011 r.).

Pozwoli to z jednej strony pokazać zakres niezbędnych analiz, jakie poszczególne JST powinny przeprowadzić w 2013 r., a z drugiej wskaże wstępne oszacowanie kwot jakie będą obciążać budżety JST w związku z ustawą o lecznictwie.

W analizie pominięto te powiaty, w których SP ZOZ zostały zlikwidowane lub są aktualnie w trakcie likwidacji.

#### 1.4.1 Analiza skutków art. 59 ust. 2 – pokrycie ujemnego wyniku finansowego

Wynik finansowy za 2010 r. w poszczególnych SP ZOZ wraz z oszacowaniem kwot zobowiązań jakie byłyby przejmowane przez JST w przypadku likwidacji SP ZOZ zgodnie z art. 60-61 ustawy albo w przypadku przekształcenia w spółkę zgodnie z regulacjami o których mowa w art. 69-82 przedstawia poniższa tabela, opracowana na podstawie sprawozdań finansowych SP ZOZ za 2010 r.

Nazwa SP ZOZ	Organ założycielski JST	Ujemny wynik finansowy Art. 59 ust. 2	Pełna kwota zobowiązań (likwidacja SP ZOZ art. 60-61)	Minimalna kwota zobowiązań do przejęcia przez JST w przypadku przekształcenia w trybie art. 69-82	Wsk. z art. 71	Limit kwoty zobowiązań, jakie mogą pozostać w przekształconym SP ZOZ (0,5 przychodów ogółem + inwest. krótkoter.)
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Pow. łaski	1.105.017,86	30.102.765,14	12.978.381,14	<b>0,91</b>	15.921.647,14
Zespół Opieki Zdrowotnej	Pow. Łęczycki	0,00	10.406.975,55	0,00	0,25	20.967.900,36
Zespół opieki zdrowotnej	Pow. Łowicki	0,00	7.982.069,50	0,00	0,18	15.204.603,69
SP ZOZ Szpital Powiatowy	Pow. Opoczyński	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	Pow. Pajęczański	0,00	2.363.518,05	0,00	0,09	8.412.863,26
Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej	Pow. Piotrkowski	0,00	10.017.389,63	0,00	0,13	17.768.100,33
Szpital Powiatowy w Radomsku	Pow. Radomszczański	1.700.961,23	28.361.615,22	6.778.620,47	<b>0,67</b>	20.616.896,87
Sam.Publ.Zakład Opieki Zdrowotnej	Pow. Rawski	0,00	15.732.624,61	4.023.071,81	<b>0,68</b>	11.536.032,54
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	Pow. Wieluński	0,00	33.105.967,88	8.932.029,17	<b>0,72</b>	20.473.303,12
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	Pow. Zduńskowolski	896.003,95	4.583.528,66	0,00	0,14	11.989.947,41
Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej	Pow. Zgierski	0,00	614.797,24	0,00	-0,13	4.104.112,55
Szpital Miejski im.dr.K.Jonschera	M. Łódź	0,00	8.311.343,94	0,00	-0,01	32.537.368,47
Szpital Miejski im.dr E Sonnenberga	M. Łódź	874.415,96	9.118.980,98	287.246,66	<b>0,52</b>	8.740.465,99
Szpital Miejski im.L.Rydygiera	M. Łódź	215.481,13	1.357.178,11	0,00	0,05	6.622.592,27
Szpital Miejski im.dr H.Jordana	M. Łódź	0,00	8.588.520,07	1.264.264,26	<b>0,59</b>	6.857.163,35
<b>M. Łódź – Razem</b>		<b>1.089.897,09</b>	<b>27.376.023,10</b>	<b>1.551.510,92</b>	<b>x</b>	<b>54.757.590,08</b>

Zakładając, iż sytuacja SP ZOZ nie zmieni się znacząco na przestrzeni lat 2010-2012 to jedna trzecia samorządowych powiatowych SP ZOZ (5 z 15) będzie osiągać ujemny wynik

finansowy, co oznacza, że w szczególności wobec tych jednostek organ założycielski będzie zobowiązany w 2013 r. albo pokryć ujemny wynik finansowy (art. 59 ust. 2) albo podjąć jedną z decyzji, o których mowa w art. 59 ust. 4, tj. zlikwidować SP ZOZ albo zmienić jego formę organizacyjno-prawną.

Powiat	Przewidywane wydatki bieżące na pokrycie ujemnego wyniku finansowego (art. 59 ust. 2)	Skutki ustawy o lecznictwie dla JST na 2011 r.		Relacja z art. 242 na 2013 r. bez skutków ustawy (zdolność JST do pokrycia ujemnego wyniku finansowego SP ZOZ)
		Relacja z art. 242 z uwzględnieniem skutków ustawy	Relacja z art. 242 z uwzględnieniem skutków ustawy oraz nadwyżką i wolnymi środkami	
łaski	1.105.017,86	-1.170.122,86	-1.170.122,86	1.740.412,00
radomszczański	1.700.961,23	-974.521,23	3.576.444,77	9.445.167,00
zduńskowolski	896.003,95	2.634.697,05	3.700.497,05	5.551.067,00
M. Łódź (2 szpitale)	1.089.897,09	101.496.164,91	175.456.704,91	203.567.816,00

Z drugiej strony JST będące organem założycielskim SP ZOZ, w których za 2010 r. powstał ujemny wynik finansowy, zakładają w swoich wieloletnich prognozach finansowych na 2013 r. kwoty nadwyżek operacyjnych w takiej wysokości, która umożliwiałaby - w najgorszym wariancie - ewentualne pokrycie ujemnego wyniku finansowego SP ZOZ, który powstałby za 2012 r.

Szczegółowe zestawienie wpływu wyników finansowych SP ZOZ na ograniczenia budżetowe JST z art. 242 ustawy o finansach publicznych znajduje się w załączniku w tabeli nr 6.

Należy jednak pamiętać, że decyzja o utrzymywaniu SP ZOZ generującego rokrocznie stratę będzie stanowić znaczne obciążenie budżetu bieżącego JST i w dłuższej perspektywie może znacząco obniżyć zdolność kredytową oraz zahamować inwestycje prorozwojowe tej jednostki.

Z kolei utrzymywanie SP ZOZ generującego zysk, ale obciążonego wysoką kwotą zobowiązań jest rozwiązaniem doraźnym, które może okazać się rozwiązaniem odsuwającym istniejący problem zadłużenia w czasie, a przez to stanowiącym spore zagrożenie dla budżetu samorządowego w latach przyszłych, w których nie będzie już możliwości skorzystania z pomocowych mechanizmów ustawy tzn. umorzenia niektórych rodzajów zobowiązań (art. 190 i kolejne) oraz dotacji celowych z budżetu państwa (art. 196 i kolejne).

#### **1.4.2 Likwidacja SP ZOZ w oparciu o art. 60-61 lub przekształcenie w spółkę w trybie art. 69-82**

Niezależnie od hipotetycznej sytuacji opisanej w poprzednim punkcie niniejszego opracowania dotyczącej 2013 r., jednostki samorządu terytorialnego mogą już teraz podejmować decyzję o likwidacji bądź przekształceniu SP ZOZ.

Bazując na sprawozdaniach finansowych SP ZOZ za 2010 r. oraz na wieloletnich prognozach finansowych JST za lata 2011-... można oszacować skutki dla budżetu 2011 r. wynikające z podjęcia jednej z powyższych decyzji.

Skutki te przedstawiają się następująco:

Powiat	Przewidywana kwota długu JST w związku z przejęciem zobowiązań SP ZOZ		Wskaźnik z art. 170 sufp z uwzględnieniem skutków		Przewidywana relacja z art. 242 nuofp w związku z koniecznością spłaty <b>całości</b> zobowiązań SP ZOZ w ramach wydatków bieżących		Przewidywana relacja z art. 242 nuofp w związku z koniecznością spłaty zobowiązań <b>niefinansowych</b> SP ZOZ w ramach wydatków bieżących
	w przypadku likwidacji (zgodnie z art. 60-61 ustawy o działalności leczniczej)	przekształcanie SP ZOZ w oparciu o art. 72 ust. 1 pkt 1) ustawy o działalności leczniczej	Likwidacji SP ZOZ	Przekształcania SP ZOZ	w przypadku likwidacji (zgodnie z art. 60-61 ustawy o działalności leczniczej)	przekształcanie SP ZOZ w oparciu o art. 72 ust. 1 pkt 1) ustawy o działalności leczniczej	w przypadku likwidacji (zgodnie z art. 60-61 ustawy o działalności leczniczej)
	art. 60-61	art. 69-82	art. 60-61	art. 69-82	art. 60-61	art. 69-82	art. 60-61
	<b>2011</b>						
Łaski	38.094.577,14	20.970.193,14	<b>93,2%</b>	51,3%	<b>-30.167.870,14</b>	<b>-13.043.486,14</b>	<b>-16.903.043,16</b>
Radomszczański	50.014.014,22	28.431.019,47	51,4%	29,2%	<b>-23.084.209,22</b>	<b>-1.501.214,47</b>	<b>-10.427.959,22</b>
Rawski	35.708.781,61	23.999.228,81	<b>79,2%</b>	53,2%	<b>-14.469.765,61</b>	<b>-2.760.212,81</b>	<b>-7.758.654,83</b>
Wieluński	44.067.465,88	19.893.527,17	47,0%	21,2%	<b>-31.984.321,20</b>	<b>-7.810.382,49</b>	<b>-11.341.291,07</b>
Łęczycki	22.728.947,84	12.321.972,29	47,9%	26,0%	<b>-7.682.027,55</b>	2.724.948,00	<b>-7.682.027,55</b>
Łowicki	22.903.330,07	14.921.260,57	32,4%	21,1%	<b>-6.441.668,81</b>	1.540.400,69	<b>-3.442.486,89</b>
Pajęczański	11.891.728,05	9.528.210,00	35,5%	28,5%	<b>-1.889.050,05</b>	474.468,00	<b>-1.049.050,05</b>
Piotrkowski	21.369.061,66	11.351.672,03	33,1%	17,6%	<b>-9.671.079,63</b>	346.310,00	<b>-9.181.260,55</b>
Opoczyński	11.756.742,00	11.756.742,00	18,2%	18,2%	6.629.709,00	6.629.709,00	6.629.709,00
Zduńskowolski	22.921.426,66	18.337.898,00	27,5%	22,0%	12.972,34	4.596.501,00	12.972,34
Zgierski	26.201.723,24	25.586.926,00	23,4%	22,9%	2.008.479,71	2.623.276,95	2.008.479,71
M. Łódź	1.590.813.223,10	1.564.988.710,92	55,5%	54,6%	149.170.578,90	174.995.091,09	156.194.032,31

Jak wynika z zebranych informacji w czterech JST w przypadku likwidacji lub przekształcenia SP ZOZ – nastąpiłoby w 2011 r. naruszenie art. 242 ustawy o finansach publicznych. Ponadto w dwóch z nich przekroczony zostałby również limit zadłużenia określony art. 170 ustawy o finansach publicznych z 2005 r. Oznacza to, że w przypadku podjęcia obecnie jakichkolwiek działań przez te cztery JST w zakresie likwidacji lub przekształcenia SP ZOZ skutki finansowe, które musiałyby zostać ujęte w budżetach i wieloletnich prognozach finansowych prowadzą wprost do naruszenia przepisów ustawy o finansach publicznych i nie mogłyby zostać zaakceptowane przez organ nadzoru.

W kolejnych czterech JST sytuacja finansowa SP ZOZ jak i budżetu pozwala jedynie na przekształcenie zakładu w spółkę, gdyż likwidacja spowodowałaby naruszenie zasady określonej w art. 242 ustawy o finansach publicznych.

Szczegółowe zestawienie wpływu przekształcenia lub likwidacji SP ZOZ na sytuację finansową JST znajduje się w załączniku w tabeli nr 7.

Sprawozdania finansowe SP ZOZ nie pozwalają niestety na ustalenie kwot umorzeń, o których mowa w art. 190-192 ustawy o lecznictwie, ani tym bardziej wielkości dotacji o której mowa w art. 196-199 ustawy. Stąd faktyczny wpływ przepisów ustawy na sytuację JST może być nieco łagodniejszy, niż wynikający z niniejszego opracowania.

Następne cztery JST mogłyby dokonać swobodnego wyboru między likwidacją SP ZOZ a przekształceniem w spółkę, gdyż przejmowane zobowiązania nie przyczyniłyby się do naruszenia zasady z art. 242 nowej ustawy o finansach publicznych ani limitu zadłużenia z art. 170 starej ustawy.

Pamiętać jednak należy, iż powyższe wnioski wskazują jedynie na prawne ograniczenia możliwości przekształcenia lub likwidacji SP ZOZ. Środki budżetowe na pokrycie zobowiązań SP ZOZ wskazane w niniejszej analizie pochodzą bowiem z innych, już ujętych w budżetach JST zadań, które w efekcie realizacji ustawy o lecznictwie nie będą mogły zostać sfinansowane.

### ***1.5 Sytuacja finansowa powiatowych SPZOZ na podstawie analizy wskaźnikowej sprawozdań finansowych za lata 2008-2010.***

W podejmowaniu ostatecznych decyzji co do dalszego funkcjonowania SP ZOZ pomocne będzie dokładne przeanalizowanie ich faktycznej sytuacji finansowej. Poniżej przedstawiamy zarys metod analizy finansowej w oparciu o wybrane podstawowe wskaźniki, którą można przeprowadzić w odniesieniu do zakładów oraz bardzo wstępne wnioski co do ich sytuacji finansowej.

Przypomnienia wymaga, że zaprezentowana analiza z założenia nie może być traktowana jako profesjonalna i ostateczna analiza sytuacji finansowa poszczególnych SP ZOZ, bowiem bazuje wyłącznie na danych ze sprawozdań finansowych, nie biorąc pod uwagę takich aspektów jak przyjęta w poszczególnych jednostkach polityka rachunkowości oraz nie uwzględnia innych kluczowych informacji, które można uzyskać wyłącznie z ksiąg rachunkowych.

Opracowanie ma charakter pogładowy wskazujący na kierunki dalszych analiz, które muszą być wykonane samodzielnie, tym bardziej iż z uwagi na brak odpowiednich informacji nie został w nim uwzględniony wpływ tzw. „Planu B” na sytuację SP ZOZ oraz JST.

Z analizy podstawowych wskaźników - w szczególności ich poziomu i zachodzących w nich tendencji - można w przybliżeniu określić jak kształtuje się sytuacja ekonomiczna i finansowa analizowanej placówki.

Według zestawu wskaźników przygotowanych przez RIO w Łodzi a dotyczących szpitali powiatowych i szpitali Gminy Łódź (bez jednostek samorządu województwa oraz placówek w Tomaszowie Mazowieckim, Pabianicach i Kutnie, które podlegały procesom zmian formy organizacyjno – prawnej w okresie lat 2008 – 2010) taki przybliżony obraz sytuacji 12 placówek powiatowych i 4 zakładów miejskich kształtuje się następująco :

- 1) **w zakresie wskaźnika zyskowności** – w 13 placówkach (81% ogółu analizowanych zakładów) w omawianym okresie poziom wskaźnika ulegał zmniejszeniu a w 8 jego wartość w 2010 roku była ujemna.
- 2) **w zakresie wskaźnika produktywności aktywów** – w 13 placówkach (81% ogółu analizowanych zakładów) w omawianym okresie poziom wskaźnika ulegał zmniejszeniu a w 7 jego wartość w 2010 roku była ujemna.
- 3) **w zakresie wskaźnika bieżącej płynności** – w 10 placówkach (62% ogółu analizowanych zakładów) w omawianym okresie jego poziom się obniżał a w 10 jego wartość w 2010 roku była mniejsza od 1.
- 4) **w zakresie wskaźnika ogólnego zadłużenia** – w 9 placówkach (56% ogółu analizowanych zakładów) w omawianym okresie jego poziom się obniżał a w 11 jego wartość w 2010 roku była większa niż 50%
- 5) **w zakresie wskaźnika wypłacalności** – w 8 placówkach (50% ogółu analizowanych zakładów) w omawianym okresie jego poziom się obniżał a w 12 jego wartość była mniejsza niż 0,5.

Zaprezentowane dane ukazują podstawowe tendencje uprawdopodobniając jedynie stawiane w wyniku prowadzonej analizy wskaźnikowej tezy co do sytuacji poszczególnych jednostek.

Przy uwzględnieniu przyjętego wyżej założenia można pokusić się o wskazanie głównych przesłanek determinujących sytuację finansową konkretnego zakładu. Wnioski płynące z tej wstępnej analizy mogą jedynie posłużyć do przyjęcia planu dalszych prac analitycznych zmierzających do ustalenia konkretnych przyczyn występujących zjawisk.

Nie można zapomnieć o tym, że SP ZOZ działają w określonych warunkach rynkowych, które powinny stanowić punkt odniesienia do oceny ich sytuacji finansowej i działalności na rynku. Informacja o sytuacji na rynku, na którym działają samorządowe SP ZOZ znajduje się w załączniku Nr 1.

## **1.5.1 Ogólna analiza wskaźnikowa sytuacji finansowej poszczególnych powiatowych SP ZOZ.**

### **1.5.1.1 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łasku**

Na przestrzeni analizowanego okresu (2009–2010) poziom relacji, o której mówi art. 71 ustawy o działalności leczniczej, wskazywałby (o ile utrzymałby się jego aktualna wartość w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia szpitala) na konieczność przejęcia dużej części zobowiązań przez jednostkę samorządu terytorialnego. Za możliwością

wystąpienia takiej sytuacji przemawia rosnąca wartość omawianego wskaźnika w latach analizy.

Generalnie wypada jednak zauważyć fakt, że wprawdzie pozostałe wskaźniki oscylują wokół wartości wskazujących na trudną sytuację placówki to jednak ich zmiany w czasie charakteryzują się kierunkiem wskazującym na poprawę sytuacji finansowej.

W szczególności o ponad jeden punkt procentowy zmniejszyła się ujemna wartość wskaźnika zyskowności – zatem skala zjawiska polegającego na generowaniu strat ulega ograniczeniu.

Dynamiczną poprawę można zaobserwować w zakresie poziomu produktywności aktywów. Ponadto wskaźnik płynności bieżącej rośnie, choć osiąga jeszcze bardzo niską wartość (ok. 0,31).

Dodatkowo spada poziom wskaźnika zadłużenia ogólnego z wartości 317% w roku 2009 do relacji stanowiącej 305%

Reasumując, wypada zauważyć, że w placówce występują tendencje do zmniejszania się tempa procesu pogarszania się sytuacji finansowej i ekonomicznej placówki. Tempo to jest jednak na tyle niewielkie, że niemożliwe jest przyjęcie założenia, że szpital będzie w stanie - przy zachowaniu dotychczasowej siły tych tendencji - w stosunkowo krótkim czasie osiągnąć zadawalające relacje ekonomiczne. Wszystko wskazuje raczej na to, że wraz z upływem czasu warunki gospodarowania stawać się będą coraz trudniejsze (obciążenie długiem) natomiast fakt, że szpital w dalszym ciągu generuje spore straty spowoduje zapewne, że decyzja o przekształceniu stanie się nieuchronna.

#### **1.5.1.2 Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy**

Placówka, w której poziom poszczególnych wskaźników jest niekorzystny, nadto występują tendencje do ich dalszego pogarszania. Należy jednak zauważyć, że skala zarówno tych niekorzystnych zjawisk jak i poziom poszczególnych wskaźników nie wykazują skrajnie złych wielkości. Wskaźnik zyskowności spadł z wartości dodatniej w roku 2008 (1,6%) do wartości ujemnej w roku 2010 (- 3,6%) a wskaźnik płynności bieżącej zmalał w tym okresie z 0,50 do wielkości 0,39. Podobna niekorzystna tendencja została zaobserwowana w zakresie wskaźnika zadłużenia ogólnego (wzrost z 56,3% do 73,4%).

Reasumując, sytuacja placówki wymaga podjęcia działań restrukturyzacyjnych. Ewentualne przejście zobowiązań – gdyby utrzymał się wskaźnik z art. 71 z roku 2010 nie byłoby obowiązkowe.

#### **1.5.1.3 Szpital Powiatowy w Opocznie**

Placówka w dobrej sytuacji ekonomicznej i finansowej. Jako jedna z nielicznych w analizowanym okresie zanotowała zwiększenie poziomu wskaźnika płynności finansowej (do wielkości 2,15) oraz zmniejszenie wskaźnika zadłużenia ogólnego (do wielkości 29,7%). W obu przypadkach dynamika tych korzystnych zmian była bardzo zdecydowana. Co prawda

w analizowanym okresie spadł poziom wskaźnika zyskowności, ale jedynie do wartości dodatniej 3,4% - nie dając podstaw do szczególnego niepokoju.

Reasumując, podobnie jak w przypadku SPZOZ w Pajęcznie ewentualne decyzje o przekształceniu nie będą – jak można przypuszczać – wymuszane złą sytuacją szpitala.

#### **1.5.1.4 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie**

Placówka znacznie odbiegająca od pozostałych szpitali, a to z uwagi na niezwykle niski poziom zadłużenia i wysoki poziom wskaźnika płynności finansowej. Jednak tendencje zachodzące w analizowanym okresie są niepokojące. Poziom wskaźnika rentowności z wartości 5,3% w roku 2008 spadł w roku 2010 do wartości ujemnej - 1,7%.

Obniżyły się – choć do poziomu w porównaniu do większości pozostałych lecznic jeszcze bardzo wysokiego – wskaźniki płynności bieżącej (1,68) oraz wskaźnik bieżącego zadłużenia (53,7%).

Reasumując, po zdiagnozowaniu i likwidacji przyczyn występowania tendencji do obniżania się poziomu rentowności wydaje się, że decyzja w sprawie ewentualnego przekształcania nie musi być podejmowana natychmiast, co nie wyklucza rozważenia takiej możliwości w celu zwiększenia konkurencyjności placówki na runku usług medycznych.

#### **1.5.1.5 Szpital Powiatowy w Radomsku**

W zasadzie wszystkie analizowane wskaźniki kształtują się w roku 2010 na niekorzystnym poziomie. Jeszcze roku 2008 wielkości owych parametrów można było uznać za dopuszczalne, ale w analizowanym okresie, w wyniku stałej tendencji do ich pogarszania, nie są już możliwe do zaakceptowania. Wskaźnik zyskowności z poziomu dodatniego (4,4% w roku 2008) w roku 2010 osiągnął wartość ujemną – 5,6%. Podobnie wskaźnik bieżącej płynności spadł z poziomu 0,91 do wielkości zaledwie 0,33. Natomiast wskaźnik zadłużenia ogólnego wzrósł z poziomu 311% do wielkości 373%.

Reasumując, placówka nie znajduje się w sytuacji szczególnie odbiegającej od przeciętnej szpitali powiatowych, lecz charakteryzuje się niezwykle groźną - występującą z dużą dynamiką - tendencją do pogarszania się podstawowych parametrów funkcjonowania.

W konsekwencji wydaje się konieczne podjęcie natychmiastowych działań zmierzających do ustalenia przyczyn takiego stanu rzeczy oraz podjęcie niezbędnych środków zaradczych – zwłaszcza, że szpital funkcjonuje w warunkach prowadzenia dużego programu inwestycyjnego.



#### 1.5.1.6 Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej

Wskaźnik zadłużenia oscyluje wokół poziomu 0,6–0,7 skutkując koniecznością przejścia części zobowiązań przez jednostkę samorządu terytorialnego (gdyby jego poziom utrzymał się do czasu przekształcenia). Szpital charakteryzuje się rosnącym (wynoszącym +3,4%) wskaźnikiem zyskowności oraz wysoką i dynamicznie rosnącą produktywnością aktywów. Strona finansowa szpitala wygląda już nie tak pozytywnie, gdyż wskaźnik płynności bieżącej oscyluje zaledwie wokół poziomu 0,25, ale jego poziom jest stabilny i nie wykazuje w badanym okresie istotnych zmian.

Placówka jest poważnie zadłużona, o czym świadczy wskaźnik ogólnego zadłużenia wynoszący w 2010 r. -238,4%. Należy jednak zauważyć, że na przestrzeni badanego okresu wskaźnik ten zmniejszył się (w roku 2008 stanowił aż -336,3%).

Reasumując, placówka znajduje się w sytuacji, która wymaga bieżącego monitoringu, tak by ewentualne pogorszenie parametrów charakteryzujących jej funkcjonowanie pozwoliło na szybkie podjęcie decyzji o przekształceniu.

#### 1.5.1.7 Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu

Wskaźnik wynikający z art. 71 ustawy o działalności leczniczej kształtuje się w badanym okresie w przedziale 0,72–0,74 i gdyby został na podobnym poziomie w dniu poprzedzającym ewentualne przekształcenie SPZOZ, to organ tworzący byłby zobligowany do przejścia takiej części zobowiązań, aby wskaźnik w nowo powstałej spółce nie był większy niż 0,5.

Wskaźnik zyskowności ulega co prawda znacznemu obniżeniu, lecz w roku 2010 nie osiągnął jeszcze poziomu ujemnego. Jednostka charakteryzuje się niską wartością wskaźnika płynności finansowej, choć dynamika jego spadku jest nieznaczna.

Podstawowym problemem placówki jest poziom zadłużenia (284% w roku 2010), choć podobnie jak w przypadku wskaźnika płynności finansowej, wzrost zadłużenia w badanym okresie nie był znaczący.

Na bardzo niskim (ujemnym) poziomie znajduje się wskaźnik wypłacalności, lecz nie obserwuje się jakichś dynamicznych zmian jego wysokości.

Reasumując, placówka znajduje się w trudnej sytuacji. Bez znaczących zmian w jej rentowności trudno oczekiwać w dającym się przewidzieć czasie skutecznej spłaty zobowiązań obciążających lecznicę. Wydaje się, że celowe byłoby przeprowadzenie procedury zmiany formy organizacyjno–prawnej, która z jednej strony „zdjęła” by część obciążeń (poprzez umorzenie i dotacje na przejęte przez jednostkę samorządu terytorialnego zobowiązania), a z drugiej strony stworzyła okazję do restrukturyzacji kosztów działalności.

Ewentualne decyzje w tej sprawie wymagają jednak szczegółowej analizy zarówno wielkości kosztów, ich struktury jak i analizy strony przychodowej generowanej przez poszczególne oddziały placówki. Ustalenia takie należy poczynić głównie w celu określenia niezbędnego zakresu świadczonych usług. Jest to niezbędne z punktu widzenia ekonomicznego, ale także wynika z konieczności zapewnienia niezbędnych świadczeń leczniczych dla ludności.

#### **1.5.1.8 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli.**

W analizowanym okresie obserwuje się pogorszenie prawie wszystkich wskaźników opisujących sytuację placówki. Szczególnie niepokojący jest spadek wskaźnika rentowności (około 4 – 5 punktów procentowych rocznie). Placówka zaprzestała generować zysk i obecnie przynosi stratę skutkującą kształtowaniem się wskaźnika zyskowności na poziomie -8,7%.

Jeszcze większym spadkiem charakteryzuje się wskaźnik produktywności aktywów, gdzie dynamika obniżania się jego poziomu w analizowanym okresie jest większa niż w przypadku wskaźnika zyskowności i wynosi 10–13 punktów procentowych.

Sytuacja szpitala pogarsza się również w zakresie wskaźnika płynności – szczególne nasilenie tej niekorzystnej tendencji wystąpiło w roku 2010, w którym wskaźnik spadł do poziomu 0,86. Należy zauważyć, że zarówno w przypadku omawianego wskaźnika jak i wskaźnika ogólnego zadłużenia (42,9%) ich wartości bezwzględne są na poziomie, który trudno uznać za zadawalający. Nie mniej poziom obu wskaźników wskazuje na istniejącą szansę utrzymania zadłużenia na poziomie możliwym do jego bieżącego finansowania (pod warunkiem odwrócenia trendu zyskowności lecznicy). Ten w miarę optymistyczny scenariusz wydaje się potwierdzać wzrost w 2010 wskaźnika wypłacalności, choć z drugiej strony dla jego spełnienia placówka powinna dodatkowo zacząć generować zysk na działalności operacyjnej, a póki co w roku 2010 przyniosła stratę na poziomie około 2 mln zł.

Reasumując, wydaje się, że placówka wymaga podjęcia szybkich działań, które mogłyby doprowadzić do poprawy wskaźnika zyskowności. Szczegółowej analizie należy poddać zarówno możliwości zwiększenia strony przychodowej (jak wiadomo działania w tym obszarze nie przyniosą jednak szybkich konkretnych efektów), ale przede wszystkim strony kosztowej prowadzonej działalności. Na tym poziomie ogólności analizy formułowanie wniosków w stosunku do tej jednostki nie jest możliwe. Uwagi dotyczące tendencji kształtowania się poszczególnych rodzajów kosztów muszą zostać umiejscowione w realiach funkcjonowania szpitala. Wnioskowanie bez takiego odniesienia może prowadzić do błędów skutkujących podejmowaniem decyzji, które nie tylko nie przyniosą oczekiwanych efektów, ale mogą nawet powodować pogorszenie i tak trudnej sytuacji placówki.

#### **1.5.1.9 Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgierzu.**

W analizowanym okresie obserwuje się spadek wskaźnika zyskowności i wskaźnika produktywności aktywów. Dynamika tego procesu jest jednak bardzo niska (stan ten nie skłania do podejmowania gwałtownych działań interwencyjnych, co nie oznacza jednak, że można tą tendencję tolerować w dłuższym okresie czasu).

Podobna sytuacja dotyczy również wskaźnika wypłacalności, z tą jednak różnicą, że poziom tego ostatniego w roku 2010 (0,10) jest na stosunkowo niskim poziomie, podczas gdy wartości wskaźników zyskowności i produktywności aktywów są wysokie na tle pozostałych analizowanych lecznic. Wskaźniki te obrazują właściwe relacje pomiędzy wartością przychodów a kosztami działalności oraz poziomem aktywów pozostających w dyspozycji placówki.

Zakład posiada rosnącą zdolność do regulowania zobowiązań oraz systematycznie spada poziom jego wskaźnika ogólnego zadłużenia. Dynamika obydwu niezwykle korzystnych tendencji jest bardzo wysoka, i jak się wydaje - w miarę stabilna. Dodatkowo należy zauważyć, że poziom wskaźnika ogólnego zadłużenia tej lecznicy rokrocznie maleje a dodatkowo jest na niezwykle niskim poziomie (w 2010 roku 8,8%), co na tle poziomu zadłużenia pozostałych analizowanych SP ZOZ jest ewenementem.

Reasumując, placówka charakteryzuje się poprawnymi parametrami i nie powinna – szczególnie na tle pozostałych lecznic – być powodem szczególnego zmartwienia organu który ją utworzył.

#### **1.5.1.10 Szpital Miejski im. dr Jonschera**

Na tle pozostałych analizowanych SP ZOZ placówka w bardzo dobrej sytuacji, charakteryzująca się rosnącą rentownością (wskaźnik zyskowności osiągnął w roku 2010 poziom 7,8%).

Wskaźnik bieżącej płynności w analizowanym okresie dynamicznie wzrastał uzyskując w roku 2010 bardzo dobrą wartość 2,48. Poziom zadłużenia w roku 2010 na niezwykle niskim poziomie 18,4% w analizowanym okresie spadł ponad dwukrotnie.

Reasumując, placówka charakteryzuje się poprawnymi wartościami wskaźników nadto wykazując tendencje do dalszego ich poprawiania (poza wskaźnikiem wypłacalności).

#### **1.5.1.11 Szpital Miejski im dr E Sonnenberga**

Wartości wskaźników w analizowanym okresie ulegają znaczącemu pogorszeniu. Szczególnie niepokojąca jest bardzo silna tendencja do obniżania się wskaźnika zyskowności - od wartości dodatnich w roku 2008 (5,8%) do poziomu wartości ujemnych w roku 2010 (-8,3%). Dodatkowo spada zdolność szpitala do terminowego regulowania zobowiązań - poziom wskaźnika płynności obniżył się w analizowanym okresie aż o około 20 pkt. procentowych i oscyluje na poziomie zaledwie 35%. Niezbyt dynamicznie, ale wykazując jak się wydaje stałą tendencję, rośnie zadłużenie placówki - w roku 2010 poziom wskaźnika zadłużenia w wysokości ok. 230%.

Reasumując, placówka – gdyby miała dalej funkcjonować w formie SP ZOZ wymagać będzie podjęcia zdecydowanych działań naprawczych. Z analizy wskaźników sytuacji finansowej podmiotu wynika, iż zasadne jest rozważenie decyzji o zmianie formy organizacyjno–prawnej funkcjonowania szpitala.

#### **1.5.1.12 Szpital Miejski im. L Rydygiera**

Placówka charakteryzuje się bardzo niskim poziomem wskaźnika, o którym mówi art. 71 ustawy o działalności leczniczej - co wskazuje, że w przypadku ewentualnej zmiany formy organizacyjno prawnej szpitala dokonywanej w trybach przewidzianą tą ustawą, jednostka samorządu terytorialnego nie będzie miała obowiązku przejmowania części zobowiązań lecznicy.

Wartości wskaźnika ogólnego zadłużenia są stabilne i osiągają niezwykle niskie jak na pozostałe SP ZOZ w regionie wartości (ok. 24% -26%). Niepokojący jest natomiast fakt pogarszania się relacji zdefiniowanych wskaźnikami zyskowności i produktywności aktywów.

Obydwa parametry charakteryzują się stałą, a co gorsza dynamiczną tendencją do obniżania swoich wartości. Zyskowność spadła z poziomu dodatniego w roku 2008 (0,1%) do wartości ujemnych w roku 2010 (- 4,5%).

Jeszcze szybciej w analizowanym okresie obniżał się wskaźnik produktywności aktywów (od wartości – 1,1% do poziomu – 11,7%).

Niewielką tendencję spadkową obserwować można w zakresie wskaźników płynności zarówno bieżącej jak i szybkiej, ale wartości bezwzględne obydwu wskaźników są wysokie w porównaniu z pozostałymi placówkami. Nadto ich poziom wskazuje na duże możliwości szpitala w zakresie regulowania swoich zobowiązań.

Reasumując, placówka charakteryzuje się wartościami wskaźników pozwalającymi na ostrożny optymizm. Szczególną uwagę w dalszych etapach analizy poświęcić należy zagadnieniom dotyczącym rentowności działalności szpitala. Brak podjęcia odpowiednio wczesnych i zdecydowanych działań dostosowujących poziom kosztów do wielkości sprzedaży może spowodować, że relatywnie dobra sytuacja szpitala stopniowo zacznie się pogarszać.

#### **1.5.1.13 Szpital Miejski im. dr H. Jordana**

Placówka cechuje się parametrami wskazującymi na stałą poprawę kształtowania się w omawianym okresie podstawowych relacji dotyczących rentowności działania.

W odróżnieniu od omawianego wyżej szpitala, wyjściowa pozycja lecznicy - zarówno w zakresie poziomu zadłużenia, rentowności czy zdolności do samodzielnego terminowego regulowania zobowiązań - była nieporównywalnie gorsza. W roku 2008 wskaźnik, o którym mówi art. 71 ustawy o lecznictwie wynosił 0,71.

Wskaźnik zyskowności był ujemny i oscylował wokół wartości – 7,4%. Wskaźnik rentowności aktywów wynosił – 12,9%. Wskaźniki płynności bieżącej i szybkiej wynosiły odpowiednio 0,26 i 0,24 a wskaźnik zadłużenia ogólnego aż 383,8%.

W roku 2010 wskaźnik zyskowności i rentowności aktywów osiągnęły dodatnie poziomy odpowiednio 8,8% i 20,6%. Ta korzystna tendencja nie ograniczyła jednak procesu dalszego pogarszania się sytuacji szpitala w zakresie zadłużenia (wzrost poziomu wskaźnika do wartości 431,5%) oraz w zakresie wartości opisujących zdolność placówki

do terminowego regulowania zobowiązań (spadek wskaźnika płynności bieżącej do wartości 0,19).

Reasumując, pomimo niezwykle korzystnych tendencji w zakresie rentowności - a szczególnie siły trendu tego procesu - sytuacja ogólna szpitala nie uległa poprawie. Co prawda kłopoty w zakresie kształtowania się poziomu długu jak i zdolności płatniczych nie narastały zbyt szybko, ale jednak były coraz większe. Wydaje się, że placówka wymaga przeprowadzenia szczegółowej analizy dotyczącej gospodarki finansowej, która mogłaby wyjaśnić przyczyny nie przełożenia się zysku wygenerowanego na poziomie ok. 9% na poprawę sytuacji finansowej lecznicy.

#### **1.5.1.14 Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Trybunalskim**

Placówka w roku 2008 - jak wynika z analizy podstawowych wskaźników - znajdowała się w niezłej sytuacji ekonomicznej i finansowej. Generowała zysk, wykazywała dużą produktywność aktywów, wskaźnik płynności bieżącej był większy od 1, zadłużenie ogólne, choć duże, nie wykazywało dramatycznego poziomu. Również w odniesieniu do roku 2010 nie można sformułować tezy, że szpital jest w bardzo trudnej sytuacji. Jest ona jednak zupełnie inna, niż ta z roku 2008. W szczególności wskaźnik zyskowności osiągnął poziom 25% wartości wyjściowej, a wskaźnik płynności bieżącej poziom 33% wielkości z roku 2008.

Pozytywną tendencją jest jednak ograniczanie w analizowanym okresie wskaźnika ogólnego zadłużenia z wielkości 129% do poziomu 96%

Reasumując, sytuacja szpitala - jak się wydaje - nie wymaga podejmowania natychmiastowych, radykalnych działań restrukturyzacyjnych. Poziom wskaźnika z art. 71 ustawy o lecznictwie póki co, nie obligował by JST do przejmowania części zobowiązań.

Wypada jednak prowadzić bieżący monitoring kształtowania się poszczególnych parametrów charakteryzujących funkcjonowanie tej lecznicy - na wypadek gdyby negatywne tendencje miały się utrzymać - tak aby nie przegapić momentu, w którym niezbędna stanie się zmiana formy organizacyjno-prawnej tego szpitala. Niewątpliwie należy tutaj pamiętać o ustawowym terminie (koniec 2013) roku, do którego takie przekształcenie odbywać się będzie z ewentualną finansową pomocą państwa.

### 1.5.2 Pogłębiona analiza sytuacji finansowej SP ZOZ - na przykładzie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu.

#### Analiza wskaźnikowa

Wskaźnik	2008	2009	2010
Wskaźnik z art. 71 ustawy <sup>12</sup>	0,44	0,23	0,18
Zyskowność netto	15,0%	15,2%	7,1%
Produktywność aktywów	20,8%	25,9%	12,3%
Płynność bieżąca	0,57	1,22	1,40
Płynność szybka	0,53	1,15	1,33
Ogólne zadłużenie	126,6%	70,1%	51,9%
Wypłacalność	- 4,55	2,16	0,96
Finansowanie majątku trwałego	0,48	1,02	1,08

Poziom wskaźnika zadłużenia dynamicznie spada – w okresie 3 lat osiąga zaledwie 41% poziomu wyjściowego. Gdyby jego wartość utrzymała się w przeddzień ewentualnego przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową, nie występował by obowiązek przejęcia przez jednostkę samorządu terytorialnego części zobowiązań szpitala. Niewielka skala tych zobowiązań – przy ewentualnej dobrej sytuacji JST - pozwalałaby jednak na fakultatywne ich przejęcie, tak aby przyszła spółka mogła rozpocząć działania bez obciążeń, co zapewne znacznie poprawiłoby jej konkurencyjność.

Rośnie zdolność jednostki do samodzielnego pokrywania swoich zobowiązań, gdyż zarówno wskaźnik płynności bieżącej jak i wskaźnik płynności szybki ulega znacznemu zwiększeniu. Należy jednak zauważyć, że siła tej pozytywnej tendencji maleje - tempo tego wzrostu w roku 2010 jest wielokrotnie niższe niż w latach 2008 - 2009 i to w odniesieniu do obydwu wyżej wymienionych wskaźników płynności.

Szpital konsekwentnie reguluje swoje zobowiązania – nie tylko te bieżące, ale jednocześnie redukuje ich poziom wynikający z okresów poprzednich (wskaźnik ogólnego zadłużenia zmalał od ponad 120% w roku 2008 do poziomu zaledwie 52% w roku 2010) i znajduje się w obszarze możliwym do zaakceptowania – choć biorąc pod uwagę specyfikę działalności placówki nadal jest on zbyt wysoki.

Należy zauważyć, że rok 2010 wskazuje na spowolnienie tempa wychodzenia podmiotu z kłopotów finansowych. Wskazuje na to spadek wskaźnika zyskowności i produktywności aktywów w stosunku do występującej wcześniej dużej dynamiki ich wzrostu. Konsekwentnie - pomimo obserwowanej poprawnej sytuacji w zakresie możliwości finansowania majątku trwałego, a nawet kształtowania się wskaźnika wypłacalności - spada dynamika pozytywnych zmian w omawianym obszarze.

<sup>12</sup> (art. 71- wskaźnik zadłużenia liczony jako relacja sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SP ZOZ do sumy jego przychodów)

**Ustawa o działalności leczniczej**

	2008	2009	2010	
Art. 59 ust.2	0,0	0,0	0,0	(wartość ujemnego wyniku finansowego po dodaniu kosztów amortyzacji w danym roku obrotowym przyjętym w sprawozdaniu finansowym –do ewentualnego pokrycia)
Art. 60 - 61 (tyś zł)	13.074	10.230	7.982	(wartość salda zobowiązań i należności SP ZOZ w warunkach jego likwidacji które musiało by zostać przejęte przez jednostkę samorządu terytorialnego)
Art. 69 – 82 (tyś zł)	0,0	0,0	0,0	
0,5 przychodów + inwestycje krótkoterminowe	14.069	17.058	15.204	
Zobowiązania ogółem	<u>12.482</u>	<u>9.424</u>	<u>7.114</u>	
Art. 72	0,0	0,0	0,0	(wartość zobowiązań – ich minimalny poziom jaki jednostka samorządu terytorialnego musi przejąć od placówki przekształcanej w spółkę kapitałową)

Z powyższych danych wynika, że jednostka samorządu terytorialnego nie byłaby zmuszona do pokrywania ujemnego wyniku finansowego – oczywiście pod warunkiem, utrzymania się wartości powyższych wskaźników do dnia podejmowania ewentualnych decyzji co do zmiany formy organizacyjno – prawnej placówki.

Gdyby decyzję o likwidacji podejmować w warunkach roku 2010, to jednostka samorządu terytorialnego zmuszona byłaby do pokrycia kwoty ok. 8 mln zł będącej saldem należności i zobowiązań szpitala. Należy jednak zauważyć dynamiczną tendencję do zmniejszania się tej wartości w tempie ok. 2-3 mln zł rocznie. Zatem przy utrzymaniu się zarówno siły jak i kierunku trendu kwota ta w roku 2013 mogłaby wynosić już tylko 5 mln zł.

W przypadku przekształcenia szpitala w spółkę kapitałową jednostka samorządu terytorialnego mogłaby nie ponosić żadnych dodatkowych obciążeń związanych z przejmowaniem zobowiązań lecznicy i pozostawić jednostkę z kwotą zobowiązań, które w warunkach roku 2010 wynoszą ok. 7 mln zł. Przy uwzględnieniu jednak siły procesu redukcji zobowiązań w ostatnich latach można przewidywać, że przekształcenie np. w roku 2012 mogło by skutkować zmniejszeniem jej poziomu do wartości nie większej jak 3-4 mln zł.

**Bilans (tyś zł)**

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Aktywa</b>	10.329	14.593	15.370
<b>AT. Aktywa trwałe</b>	6.602	8.889	9.591
AT.1 - wartości niematerialne i prawne	24	6	74
AT.2 - rzeczowe aktywa trwałe	6.577	8.883	9.517
AT.2.1 – budynki	4.176	4.439	4.483
AT.2.2 – urządzenia	380	517	468
AT.2.3 - środki transportu	-	-	1.095
AT.2.4 – inne	842	2.902	2.394
AT.3 - należności długoterminowe	-	-	-
AT.4 - inwestycje długoterminowe	-	-	-
AT.5 - rozliczenia międzyokresowe (długoterminowe)	-	-	-

Z danych obrazujących stan aktywów trwałych wynika, że na ich wzrost w analizowanym okresie miały wpływ zmiany odnoszące się do rzeczowych aktywów trwałych powodujących wzrost ich poziomu w roku 2009 w grupie „budynki” - o około 260 tys zł, grupie „urządzenia” – o około 140 tys zł oraz grupie „inne aktywa trwałe” - o około 2 mln zł. Tempo wzrosty aktywów trwałych w roku 2010 zmalało.

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>AO. - Aktywa obrotowe</b>	3.727	5.703	5.778
AO.1 – zapasy	236	300	296
AO.1.2. - zapasy materiałów	236	300	296
AO.2 - należności krótkoterminowe	2.434	2.446	2.806
AO.2.1 - z tytułu dostaw	2.362	2.329	2.605
AO.2.2 - inne należności	72	117	170
AO.3 - inwestycje krótkoterminowe	1.056	2.956	2.676
AO.3.1 - środki pieniężne	1.056	2.956	2.676
AO.4 - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	-	-	-

Należy zaobserwować istotny wzrost poziomu aktywów obrotowych w stosunku do roku 2008 – w szczególności w zakresie wysokości pozostających w dyspozycji środków pieniężnych. Wypada jednak zwrócić uwagę, że w roku 2010 nastąpił spadek poziomu inwestycji krótkoterminowych o około 300 tys zł w odniesieniu do roku poprzedniego (w 2009 r. inwestycje krótkoterminowe były wyższe o około 1.900 tys zł niż w roku poprzednim).

W pozostałych pozycjach obrazujących wielkości aktywów obrotowych nie występują istotne wahania - w szczególności nie obserwuje się nadmiernego wzrostu zapasów czy szczególnie niebezpiecznego poziomu kształtowania się należności z tytułu dostaw. Te ostatnie wzrosły jednak w stosunku do roku 2009 o ok. 300 tys zł.



	2008	2009	2010
<b>P. Pasywa</b>	10.329	14.592	15.370
P.1 – fundusz własny	- 2.774	4.382	7.388
P.2 - wynik z lat ubiegłych	- 15.384	- 11.475	- 7.201
P.3 - zysk netto	3.908	4.273	1.776
P. 4 – zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	13.074	10.230	7.982
P.4.1. – rezerwy na zobowiązania	588	802	864
P.4.2 - zobowiązania długoterminowe	5.925	4.741	2.999
P.4.2.1 – kredyty	5.925	4.741	2.999
P.4.2.2 – emisja papierów wartościowych	-	-	-
P.4.3 - zobowiązania krótkoterminowe	6.555	4.682	4,114
P.4.3.1 – kredyty	1.376	-	-
P.4.3.2 - z tytułu dostaw	1.206	915	824
P.4.3.3 - podatki, ZUS	909	511	791
P.4.3.4 – wynagrodzenia	740	1.074	747

Dane dotyczące strony pasywów bilansu obrazują niezwykle pozytywne tendencje w zakresie zmian obrazujących poziom funduszu własnego placówki – pozwalającej na jego zwiększenie z poziomu ujemnego do wielkości ponad 4.382 tys zł (czyli aż o 7.156 tys zł). W roku 2010 odbudowa funduszu własnego następuje w dalszym ciągu lecz już w tempie znacznie wolniejszym (około 3 mln zł) aby osiągnąć poziom 7.388 tys zł.

Podobne znakomite relacje występują w poziomie skumulowanej straty finansowej z lat ubiegłych, która jest sukcesywnie pokrywana w tempie około 4 mln zł rocznie, by osiągnąć w roku 2010 poziom – 7.201 tys zł, to jest ponad dwukrotnie mniejszy, niż jeszcze w 2008 roku.

Obniża się również poziom zobowiązań i tworzonych na nie rezerw w tempie oscylującym wokół 2 mln zł rocznie. Szczególny wpływ na ten stan rzeczy ma brak obciążeń spłatą kredytów krótkoterminowych w latach 2009 i 2010 oraz dokonywanie sukcesywnej spłaty kredytów długoterminowych bez zwiększania tempa zaciągania kolejnych zobowiązań tego typu. Występuje także korzystna tendencja zmniejszania się poziomu zobowiązań z tytułu dostaw.

### Rachunek zysków i strat

	2008	2009	2010
przychody ze sprzedaży	23.712	27.364	24.946
koszty działalności operacyjnej	22.239	23.635	23.234

Wysokość przychodów ze sprzedaży wymaga ustalenia przyczyn jej skokowego – jak się wydaje incydentalnego - wzrostu w roku 2009. Jedną z możliwości powodującą taki przyrost jest choćby uznanie „nad wykonań” przez NFOZ. Informacja taka jest niezbędna w szczególności dla oceny przyczyn spadku poziomu sprzedaży w roku 2010 w stosunku do roku poprzedniego.

Analizy rachunku zysków i strat przynosi bardzo pozytywne wnioski co do kształtowania się poziomu kosztów operacyjnych. Nawet bez uwzględniania roku 2009, w którym nastąpiło duże wahnięcie po stronie przychodów - co na tym poziomie ogólności analizy nie pozwala na ocenę poziomu kształtowania się wielkości kosztów - obserwowana jest niższa dynamika wzrostu kosztów działalności operacyjnej niż dynamika wzrostu przychodów ze sprzedaży.

	2008	2009	2010
- amortyzacja	768	660	1.258

Skokowy wzrost poziomu amortyzacji może wynikać ze wzrostu w 2010 wartości rzeczowych aktywów środków trwałych w grupie - środki transportu. Należy zauważyć, że w dalszej, szczegółowej części analizy należałoby ustalić jak są ustalane odpisy amortyzacyjne - i w jakim zakresie są zaliczane przez placówkę w koszty, bowiem wiele placówek nie gromadzi środków na restytucje majątku trwałego. W konsekwencji obowiązek odtworzenia rzeczowych zasobów trwałych tych szpitali spoczywa na właścicielu owych środków - organie który utworzył SP ZOZ.

	2008	2009	2010
2.2- materiały i energia	2.411	2.543	2.794

Wypada zauważyć, że wzrost zużycia materiałów i energii pozostaje w pewnym dopuszczalnym przedziale będącym - jak należy sądzić - pochodną wzrostu przychodów ze sprzedaży usług - wynikającym ze zwiększonej skali ich wykonywania, a nie tylko ze wzrostu wartości poszczególnych indywidualnych procedur medycznych finansowanych przez NFOZ oraz wynikającym z rynkowych przyczyn obiektywnych, zwiększeniem kosztów funkcjonowania szpitala wskutek wzrostu cen materiałów i energii.

	2008	2009	2010
2.3- usługi obce	6.108	7.872	6.930
2.4- wynagrodzenia	10.676	10.315	10.245

W większości placówek zachodzi bezpośredni związek pomiędzy kształtowaniem się kwot przeznaczanych na opłacenie usług obcych (sprzątanie obiektu, żywienie pacjentów, pralnia, dozór itp.) a poziomem wynagrodzeń. W szczególności gdy zobowiązania wobec pracowników są wysokie, a ich prawa są szczególnie chronione przez przepisy prawa pracy w wielu placówkach zdecydowano się na tańsze i bardziej bezpieczne sposoby realizacji zadań poprzez podmioty zewnętrzne, działające przecież w warunkach ostrej konkurencji rynkowej, wymuszającej na nich z jednej strony ograniczenie cen a z drugiej zwiększającej ich skłonność do akceptowania długich terminów płatności na świadczone przez nich usługi.

W analizowanym przypadku zjawisko to nie występuje w skali, którą można by uznać za naganną. Poziom wynagrodzeń sukcesywnie spada - co prawda w roku 2010 w tempie niższym niż rok wcześniej, bo o około 70 tys zł (w roku 2009 o 361 tys zł). Jednocześnie niejako w to miejsce w całym analizowanym okresie można zaobserwować wzrost wydatków na usługi obce (z poziomu 6.108 tys zł w roku 2008 do poziomu 6.930 tys zł w roku 2010). Generalnie należy zauważyć, że łącznie w obu pozycjach w roku 2008 wydawano 16.784 tys zł a w roku 2010 17.175 tys zł. Można zatem, podobnie jak w przypadku zużycia materiałów

i energii, stwierdzić że przyrost ten jest możliwy do zaakceptowania i na tym poziomie ogólności analizy nie budzi większych zastrzeżeń.

Dodatkowo gdy odniesie się poziom wynagrodzeń (względnie poziom wynagrodzeń powiększony o koszty usług obcych) do kosztów działalności operacyjnej, to odpowiednie relacje w roku 2008 wynosiły 48,0% i 75,5% udziału w kosztach operacyjnych a w roku 2010 już tylko 44,1% i 73,9%.

Oznacza to, że zmienia się struktura kosztów poprzez ograniczenie udziału kosztów wynagrodzeń i kosztów usług obcych, przy czym skala tego ograniczenia jest większa w zakresie samych kosztów wynagrodzeń niż w obu tych pozycjach łącznie.

	2008	2009	2010
3. wynik na działalności operacyjnej	2.147	<b>3.785</b>	1.883

Wypada zauważyć, że analiza sytuacji w tym zakresie wymaga szczegółowego ustalenia przyczyn skokowego wzrostu przychodów ze sprzedaży w roku 2009. Ogólnie należy stwierdzić, że jednostka generuje dodatni wynik na działalności operacyjnej. W celu zidentyfikowania tendencji, a szczególnie jej stabilności, należy poddać analizie okres co najmniej 5 lat oraz wyeliminować wszelkie powody mogące zakłócić określenie trendu kształtowania się wyniku operacyjnego.

	2008	2009	2010
4. przychody finansowe	42	85	39
5. koszty finansowe	<b>524</b>	<b>343</b>	<b>213</b>
5.1 – koszty odsetek	516	267	177

Należy zauważyć, że szpital jest w coraz mniejszym zakresie obciążany kosztami finansowymi, ich poziom jest ponad dwukrotnie niższy niż w roku 2008. W 2010 roku stanowiły one 0,9% w stosunku do wielkości kosztów działalności operacyjnej, podczas gdy w roku 2008 relacja ta osiągała wielkość 2,3%.

	2008	2009	2010
6. wynik zdarzeń nadzwyczajnych	<b>2.243</b>	<b>748</b>	69
6.1 - zyski nadzwyczajne	<b>2.270</b>	<b>754</b>	69
6.2 - straty nadzwyczajne	-27	-6	-
7. Wynik brutto (3 + 4 – 5 + 6)	3.909	4.276	1.779
8. Wynik netto	3.908	4.273	1.776

Na tym poziomie ogólności analizy można jedynie zauważyć, że na wynik finansowy placówki miały wpływ zdarzenia nadzwyczajne występujące w roku 2008 i 2009, które nie powtórzyły się w roku 2010.

I tak, w roku 2008 zaobserwowano dodatni wynik zdarzeń nadzwyczajnych na poziomie 2,2 mln zł. Po wyeliminowaniu jego wpływu na wynik brutto rok 2008 zamknąłby się kwotą zysku 1.665 zł.

Z kolei w roku 2009 dodatni wynik zdarzeń nadzwyczajnych ustalono na 748 tys zł oraz zaobserwowano incydentalny wzrost przychodów ze sprzedaży, z tylko nieznacznym wzrostem kosztów działalności operacyjnej - w saldzie około 2,0 mln zł. Na tym poziomie

ogólności analizy niemożliwe jest ustalenie przyczyn tego wzrostu. Po wyeliminowaniu tych czynników wynik brutto roku 2009 zamknąłby się kwotą 1.525 tys. zł.

Z kolej w roku 2010 dodatni wynik zdarzeń nadzwyczajnych wynosił zaledwie 69 tys. zł i po analogicznym wyeliminowaniu go dla celów porównawczych, wynik brutto roku 2010 zamknąłby się kwotą 1.642 tys. zł.

Zestawienie tak oszacowanych kwot wygląda następująco:

- rok 2008 - 1.665 tys. zł,
- rok 2009 – 1.525 tys. zł,
- rok 2010 - 1.642 tys. zł,

Reasumując, szpital w niezłej sytuacji ekonomiczno–finansowej, a co ważniejsze charakteryzujący się stałą - jak się wydaje w miarę stabilną - tendencją do dalszej poprawy tej sytuacji.

## **1.6 Podsumowanie**

Założeniem niniejszego opracowania oraz załączonej do niego analizy sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, było wykazanie potrzeby podjęcia przez organy powiatów analizy sytuacji finansowej powiatów i prowadzonych przez nie SPZOZ-ów, już w najbliższym czasie. Mając świadomość, że proces przygotowania powiatu i SPZOZ - u do wdrożenia rozwiązań ustawowych wymagać będzie dokonania żmudnych i szczegółowych analiz, w tym analizy kosztów związanych z wybranym wariantem działania, przedstawiamy szacunkowe skutki finansowe związane z wdrożeniem ustawy wskazane w uzasadnieniu do projektu ustawy. W naszej ocenie informacje te będą pomocne przede wszystkim przy podjęciu decyzji o terminie w jakim powinno nastąpić przekształcenie SPZOZ-u.

### **1.6.1 Pokrycie ujemnego wyniku finansowego**

Szacunkowe skutki finansowe z tytułu ewentualnego pokrywania ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez ich organy tworzące.

Z danych sprawozdawczych przekazywanych przez spzoz do Ministerstwa Zdrowia wynika, że ujemna wartość wyniku finansowego obliczonego poprzez zsumowanie ujemnego wyniku finansowego oraz kosztów amortyzacji wykazanych w sprawozdaniach finansowych przez 228 jednostek wyniosła łącznie ok. 408,2 mln zł, w tym dla spzoz tworzonych przez:

- |                                       |            |                      |
|---------------------------------------|------------|----------------------|
| - jednostki samorządów terytorialnych | 346 mln zł | (dotyczy 211 spzoz), |
| - uczelni medycznych                  | 48 mln zł  | (dotyczy 9 spzoz),   |
| - ministra zdrowia                    | 14,7mln zł | (dotyczy 8 spzoz).   |

### **1.6.2 Przekształcenie w samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki.**

Koszty z tytułu przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjne:

- wycena wartości nieruchomości; opłata za wycenę nieruchomości ustalana jest indywidualnie w umowie zawartej przez zamawiającego z rzeczoznawcą majątkowym. Jej wysokość uzależniona jest między innymi od miejsca położenia nieruchomości, charakteru, wielkości i rodzaju nieruchomości stanowiącej przedmiot wyceny, nakładu pracy rzeczoznawcy majątkowego niezbędnego do wykonania czynności, koniecznych dla właściwego przeprowadzenia procesu wyceny, terminu i warunków wykonania czynności szacunkowych, kosztów ponoszonych przez rzeczoznawcę majątkowego w związku z wykonanymi przez niego czynnościami (dojazd, wyszukanie i przygotowanie dokumentów źródłowych, opłaty, podatki); szacuje się, iż wysokość takiej opłaty wynosiła będzie średnio 10 tys. zł.
- wycena wartości mienia ruchomego; wysokość opłaty za taką wycenę szacuje się średnio na 5 tys. zł.
- koszty rejestracji - szacunkowy koszt rejestracji 1 spółki – 1.000 zł.
- koszty funkcjonowania rad nadzorczych. Przyjmuje się, iż średnia liczba członków rady nadzorczej to 3 osoby (średnie miesięczne wynagrodzenie członka rady to 2.500 zł brutto, co daje rocznie 30 tys. zł, a zatem szacunkowy roczny koszt funkcjonowania rady w 1 spółce może wynieść ok. 100 tys. zł).

### **1.6.3 Umorzenie części zobowiązań przekształcanych samodzielnych publicznych zakładów opieki**

Projekt zakłada umorzenie części zobowiązań przekształcanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wobec ZUS (1. 644 mln zł – stan na dzień 31.12.2009 r.) z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne (22, 46 % od kwoty ok. 1. 644 mln zł., co daje ok. 369 mln. zł. Ponadto umorzeniu podlegałyby inne zobowiązania publicznoprawne., tj. z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych, wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz z tytułu: opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów o ochronie i kształtowaniu środowiska, opłat za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo ochrony środowiska, opłat za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo wodne – stanowiących przychody Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej oraz dochody budżetów powiatów i budżetów gmin, niezależnie od tego, na rachunek bankowy którego organu administracji publicznej opłaty te powinny być wpłacone przez zakład, a także z tytułów: administracyjnych kar pieniężnych określonych w ww. ustawach, opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa w części stanowiącej dochód budżetu państwa. Umorzeniu podlegają również zobowiązania z ww. tytułów, w stosunku do których do dnia przekształcenia, zostały wydane decyzje

rozkładające ich spłatę na raty lub odraczające termin ich płatności, albo gdy zobowiązania te stanowią należności sporne; opłaty prolongacyjne ustalone w związku z ww. decyzjami, koszty egzekucyjne dotyczące zobowiązań z ww. tytułów. Zobowiązania z ww. tytułów wynoszą 411 mln zł (stan na 31.12.2009 r.). A zatem całość zobowiązań publicznoprawnych podlegających umorzeniom wynosi ok. 780 mln zł (369 mln zł + 411 mln zł).

Zakłada się, że na podstawie projektowanej ustawy przekształconych zostanie w przybliżeniu 40% wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej tj. ok. 500 z 1700 zakładów. Założenie to przyjęte zostało przy uwzględnieniu doświadczeń z funkcjonowania tzw. „planu B”, gdzie zakładano przekształcenie 30 % zakładów opieki zdrowotnej. Trzeba przy tym zauważyć, iż procedura przekształcenia na potrzeby „planu B” była bardziej skomplikowana i czasochłonna. Jak wynika z informacji przekazywanych podczas spotkań i konferencji dotyczących „planu B” w przypadku uproszczenia procedury zainteresowanie podmiotów tworzących byłoby większe, wobec czego podwyższenie tego założenia o 10% jest w pełni uzasadnione.

A zatem kwota umorzonych zobowiązań publicznoprawnych wyniosłaby w przybliżeniu 312 mln zł. (40% od kwoty 780 mln zł).

#### **1.6.4 Dotacje z budżetu państwa**

Przepisy projektowanej ustawy zakładają możliwość ubiegania się o dotacje podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które zostaną przekształcone w spółkę kapitałową do dnia 31.12.2013 r.

Wartość dotacji odpowiadałaby kwocie:

- umorzonych na podstawie ugody wierzytelności lub odsetek z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek),
- przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- uiszczonych przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu,
- pozostałego do spłaty zobowiązania wynikającego z pożyczki, udzielonej przez podmiot tworzący samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, zawartej przed dniem 31.12.2009 r.

Według stanu na dzień 31.12.2009 r. zobowiązania cywilnoprawne (bez pożyczki BGK, pożyczek udzielanych przez jednostki samorządu terytorialnego innych pożyczek i kredytów) wynoszą ok. 3.337 mln zł. Przy założeniach, że przekształceniu podlegałoby 40% samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, natomiast średnia kwota umorzenia wynikająca z ugód z wierzycielami wyniosłaby 8 % (dotychczasowe doświadczenia postępowań ugodowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazują,

że w ich wyniku zostaje umorzonych średnio 8% zobowiązań cywilnoprawnych) koszt dotacji z tytułu umorzeń ustalonych w ugodach wyniesie w związku z tym ok. 138 mln zł.

Kwota pozostałych do spłaty zobowiązań z tytułu kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosi 1,24 mld zł. Daje to koszt całkowity ok. 500 mln zł.

Kwota podatku od towarów i usług uiszczanego przez podmioty tworzące, które przekształciły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe od wniesionego do tej spółki aportu wyniosłaby ok. 1.250 mln. zł (w odniesieniu do wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej). A zatem w przypadku przekształcenia, zakładanych 40%, tych zakładów kwota dotacji z tego tytułu wyniesie ok. 500 mln zł.

Kwota pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej wynosi ok. 516 mln zł. Kwota dotacji z tego tytułu (40 % ww. kwoty) wynosi ok. 206 mln zł.

Po zsumowaniu kwot wynikających z poszczególnych tytułów (138 mln + 500 mln + 500 mln + 206 mln) kwota dotacji opiewa na 1.354 mln zł.

Natomiast kwota wynikająca z omówionych obu instrumentów wsparcia procesu przekształceń tj. umorzenia i dotacji (312 mln + 1.354 mln) wynosi ok. 1.666 mln zł (w zaokrągleniu 1,7 mld zł). Obserwując przebieg procesów „przekształceń” od 1999 r., zwłaszcza tych, które odbywały się w latach, gdy funkcjonowały regulacje oferujące wsparcie finansowe dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji) lub jednostek samorządu terytorialnego, które dokonały przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, jak to ma miejsce w planie B, należy zauważyć, że proponowane mechanizmy wsparcia miały stymulujący wpływ na procesy przekształceń. Biorąc pod uwagę uwarunkowania gospodarcze, społeczne i polityczne szacuje się, że najwięcej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zostanie przekształconych w ostatnim roku planowanego w niniejszej ustawie wsparcia finansowego, a najmniej w pierwszym roku jej działania. Wiąże się to bezpośrednio z wysokością wydatków budżetowych z tym związanych, biorąc pod uwagę wszystkie instrumenty wsparcia należy szacować, że w 2011 r. wyniosą ok. 300 mln zł, w 2012 r. ok. 500 mln zł, a w 2013 r. wyniosą ok. 600 mln zł.

## 1.7 Załączniki

### Załącznik Nr 1. Sytuacja na rynku, na którym działają samorządowe SP ZOZ.

Dane zaprezentowane w tej części zostały zaczerpnięte z opracowań Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi dotyczących lat 2009-2010.

#### Podstawowe tendencje demograficzne

- 1) ogólny spadek liczby ludności województwa o 7 tyś osób (na ok 2,5 mln mieszkańców);
- 2) przewaga liczby mężczyzn w grupie wiekowej do 59 roku życia;
- 3) po 60 roku życia procentowy udział kobiet rośnie by po 70 roku życia osiągnąć poziom dwukrotnie wyższy niż mężczyzn;
- 4) społeczeństwo woj. łódzkiego ma najwyższy w kraju odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym - 18,5% (wobec średnio 16,5%). Najwyższy wskaźnik w regionie zanotowano w Łodzi - 21,3% oraz powiatach pabianickim i łęczyckim - 19,3 oraz powiatach skierniewickim i poddębickim - 19,2%;
- 5) liczba osób w wieku poprodukcyjnym przewyższyła liczbę ludności w wieku przedprodukcyjnym o 5,3%;
- 6) w woj. łódzkim jest najwyższy w kraju ujemny przyrost naturalny:
  - a) procentowo: -2,3% (każda grupa 1000 mieszkańców zmniejszyła się o 2 osoby)
  - b) w liczbach bezwzględnych: -5.864 osoby
    - i) największy ujemny przyrost naturalny w Łodzi -5,0%, powiecie łaskim -3,73% oraz powiecie poddębickim -3,94%)
    - ii) tylko w powiatach skierniewickim, bełchatowskim, wierszowskim i bełchatowskim odnotowano  **dodatni**  przyrost naturalny - od 2,47% do 0,94%);
- 7) w województwie łódzkim jest najkrótsza w kraju przeciętna dalsza długość życia: (najdłużej żyją mężczyźni na Podkarpaciu - 73 lata a kobiety na Podlasiu 81,5 lata)
  - > mężczyźni 69,2 lat (o 2,3 lat krócej)
  - > kobiety 78,9 lat (o 1,2 lat krócej).

#### Epidemiologia

- 1) - **umieralność** (liczba zgonów do liczby ludności zamieszkałej na danym terenie) jest najwyższa w kraju i wynosi 12,5% (12 zgonów na 1000 mieszkańców) i był wyższy o 2,4 punkty procentowe od średniej krajowej (10,1%). **Najwyższy** wskaźnik w województwie zanotowano w Łodzi - 14,3% i powiatach : poddębickim -14,1%, skierniewickim - 13,6%, łęczyckim - 13,3% oraz kutnowskim - 13,2%. **Najniższy** wskaźnik umieralności odnotowano w powiatach : miejskim Skierniewice - 8,6% oraz bełchatowskim 9,1%.
- 2) **umieralność niemowląt** (liczba zgonów dzieci do 1 roku życia przypadająca na 1000 żywo urodzonych dzieci w danym czasie) jest niższa od średniej w kraju o 0,2 punkty procentowe i wynosił 5,4. (141 zgonów to jest o 6 więcej niż w roku poprzednim)



### 3) **umieralność według podstawowych przyczyn**

*(wszystkie choroby stany chorobowe i urazy, które kończą się albo wiodą do śmierci, a także okoliczności wypadku lub użycia przemocy, które powodują takie urazy)*

- a) **choroby układu krążenia** (45,6 na 10 tys zgonów w Polsce). Województwo łódzkie ma najwyższy wskaźnik w kraju - na poziomie 56,8. Dla porównania województwo pomorskie 31,8;
- b) **nowotwory** (25,2 na 10 tys zgonów w Polsce). Województwo łódzkie ma najwyższy wskaźnik - na poziomie 27,5;
- c) **przyczyny zewnętrzne** (6,7 na 10 tys zgonów w Polsce) Województwo łódzkie ma najwyższy wskaźnik - na poziomie 8,2;
- d) **choroby układu oddechowego** (5,1 na 10 tys zgonów w Polsce) Województwo łódzkie odnotowuje wskaźnik na poziomie 6,7 i tylko województwo mazowieckie charakteryzuje się gorszym wynikiem - 6,8;
- e) **choroby układu trawienego** (4,5 na 10 tys zgonów w Polsce) Województwo łódzkie ma najwyższy wskaźnik - na poziomie 6,1;

### 4) **Zapadalność na:**

- a) **wirusowe zapalenie wątroby** (3,9 na 10 tys mieszkańców w Polsce) Województwo łódzkie ma najwyższy wskaźnik - na poziomie 8,2. Dla porównania małopolskie 0,6, warmińsko - mazurskie 0,7;
- b) **grypa** (2834,8 na 100 tys mieszkańców w Polsce) Województwo łódzkie ma wskaźnik na poziomie 3688,8. Najwyższe wskaźniki osiągały województwa warmińsko - mazurskie - 5260,0 oraz opolskie - 4669,4 a najniższe województwo świętokrzyskie 805,9;
- c) **gruźlica** (21,6 przypadków na 100 tys mieszkańców w Polsce) Województwo łódzkie ma wskaźnik na poziomie 29,4. Wyższe wartości występowały jedynie w województwach lubelskim 34,3 oraz świętokrzyskim 32,3;
- d) **choroby weneryczne** (3,3 przypadki na 100 tys mieszkańców) Województwo łódzkie ma wskaźnik na poziomie 2,5. Dla porównania wskaźnik dla województwa podkarpackiego wynosił 0,3, województwa świętokrzyskiego 0,7 a dla mazowieckiego 8,9.

### **Zasoby ochrony zdrowia**

- 1) **liczba lekarzy na 1000 mieszkańców** (2,1 w Polsce). W województwie łódzkim wskaźnik na poziomie 2,4 - podobnie w województwie lubuskim co jest najwyższym poziomem w kraju. Dla porównania w województwach warmińsko - mazurskim i wielkopolskim wskaźnik wynosi tylko 1,6;
- 2) **liczba lekarzy dentyków na 1000 mieszkańców** (0,33 w Polsce). W województwie łódzkim 0,37;
- 3) **liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców** (4,8 w Polsce). W województwie łódzkim wskaźnik na poziomie 4,7;
- 4) **liczba łóżek opieki stacjonarnej** (bez psychiatrycznych i MSW). W województwie łódzkim wskaźnik na poziomie 5,36 na 1000 mieszkańców wyższy o 0,55 punktów procentowych od średniego w kraju i niższy tylko od województwa śląskiego gdzie wskaźnik wynosi 5,8;

- 5) wykorzystanie%% łóżek w szpitalach (70,3% w Polsce). W województwie łódzkim wskaźnik na poziomie 70,3% - 8 miejsce w kraju. Dla porównania województwo lubelskie 78,3% a kujawsko - pomorskie 64,4%.

**Struktura zasobów ochrony zdrowia w woj łódzkim (z punktu widzenia organów założycielskich - jednostek samorządu terytorialnego)**

<i>organ założycielski</i>	<i>Szpitala</i>	<i>łóżka 2009 / 2010</i>
samorząd województwa	17	6815 / 6697
powiaty i Gminy	17	3838 / 3159
NZOZ	28	1527 / 2189

**hospitalizowani**

<i>organ założycielski</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
samorząd województwa	258.262	259.770
powiaty i Gminy	204.325	160.404
NZOZ	43.134	84.957

**wykorzystanie łóżek (%)**

<i>organ założycielski</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
samorząd województwa	77,2	76,3
powiaty i Gminy	70,6	68,0
NZOZ	66,1	64,4

**średni czas pobytu chorego w szpitalu (dni)**

<i>organ założycielski</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
samorząd województwa	7,4	7,2
powiaty i Gminy	5,7	5,6
NZOZ	4,7	4,7

(czas odbiega od średnich czasów pobytu w szpitalu M S W i A - 4,3 dni, oraz średnich czasów pobytu w Szpitalu Uniwersytetu Medycznego - 5,1 dni)

**zakłady opiekuńczo - lecznicze**

<i>organ założycielski</i>	<i>liczba zakładów</i>	<i>łóżka rzeczywiste 2009/2010</i>
samorząd wojewódzki	4	168 / 168
powiaty i Gminy	5	121 / 115
NZOZ	19	908 / 947

**Sytuacja finansowa SP ZOZ w woj. łódzkim**

Poniższe informacje dotyczą 99 zakładów, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego z woj. łódzkiego. Pozwalają one zorientować się w ogólnej sytuacji SP ZOZ na rynku usług medycznych.

województwo

(tyś zł)	<b><u>Przychody</u></b>	<b><u>Koszty</u></b>	<b><u>wynik</u></b>
2009	1.157.232	1.154.264	2.968
2010	1.164.781	1.190.972	- 26.191

powiaty i gminy

(tyś zł)	<b><u>Przychody</u></b>	<b><u>Koszty</u></b>	<b><u>wynik</u></b>
2009	619.844	604.671	15.172
2010	610.886	618.678	- 7.791

W placówkach samorządu województwa w roku 2010 nastąpił szybszy wzrost kosztów od przyrostu przychodów co spowodowało powstanie ujemnego wyniku finansowego. Natomiast w przypadku placówek powiatowych zanotowano w tym roku spadek przychodów, spowodowany między innymi likwidacją części zakładów i powołanie w ich miejsce spółek przy jednoczesnym wzroście kosztów które z jednej strony generowane były przez podmioty dalej funkcjonujące w formie SP ZOZ a z drugiej występujące w SPZOZ znajdujące się w procesie likwidacji.

**Wskaźnik zyskowności**

**(relacja wyniku finansowego do przychodów)**

W 45 placówkach (12 wojewódzkich i 9 powiatowych) w 2010 roku wskaźnik kształtował się na poziomie ujemnym przy czym aż 5 z nich zanotowało wskaźnik zyskowności większy od – 10%

Wskaźnik zyskowności (w%%)	2009	2010
Samorząd województwa	0,3	- 2,2
Gminy i powiaty	2,4	- 1,3

Sytuacja placówek wojewódzkich wydaje się bardzo niepokojąca gdyż odwrócenie się dotychczasowego dodatniego trendu, względnie też utrzymanie jego dotychczasowego ujemnego kierunku, w odniesieniu do wskaźnika zyskowności, wystąpiła aż w 12 spośród 17 zakładów.

### Wskaźnik ogólnego zadłużenia

(relacja wartości zobowiązań ogółem do osiągniętych przychodów)

Rozrzut wielkości wskaźnika w grupie badanych placówek:

0,4 do 5,0%	30 zakładów
5,1 do 10,0%	23 zakłady
10,1 do 20%	25 zakładów
20,1 do 50,0%	13 zakładów
50,1 do 100%	6 zakładów
Powyżej 100,1%	1 zakład

Można przyjąć tezę, że 7 zakładów jest w sytuacji bardzo trudnej a pozostałych 13 wykazuje poziom zadłużenia możliwy co prawda do udźwignięcia, ale tylko w warunkach dobrej bieżącej sytuacji ekonomicznej i finansowej zakładu – która jak wynika z pozostałych analizowanych parametrów – szczególnie w tych zadłużonych jednostkach nie występuje

Wskaźnik ogólnego zadłużenia - według organów założycielskich

Rok	2009	2010
Samorząd województwa	28,2	30,3
Gminy i powiaty	39,9	38,9

Należy zwrócić uwagę na niezbyt dynamiczny ale wyraźny trend wzrostu poziomu zadłużenia w placówkach samorządu województwa

Wskaźnik udziału kosztów wynagrodzeń w kosztach działalności operacyjnej

Rok	2009	2010
Samorząd województwa	57,9	57,0
Gminy i powiaty	67,4	66,7

Należy obserwować powolną, korzystną tendencję zmniejszania się udziału kosztów wynagrodzeń w kosztach ogółem.

Wskaźnik udziału kosztów materiałów w kosztach działalności operacyjnej

Rok	2009	2010
Samorząd województwa	21,2	22,0
Gminy i powiaty	10,3	10,2

Należy zauważyć prawie dwukrotną różnicę w udziale kosztów materiałów w kosztach ogółem. Wydaje się że specyfika lecznic samorządu województwa nie jest aż tak duża by uzasadniała aż tak wielkie różnice w zużyciu, szczególnie leków oraz materiałów medycznych. Niewątpliwie problem ten powinien zostać szczegółowo zbadany na etapie analizy sytuacji finansowej poszczególnych placówek.

Wskaźnik udziału przychodów z NFZ w przychodach ogółem

Rok	2009	2010
Samorząd województwa	91,3	90,5
Gminy i powiaty	90,8	90,7

### 1.7.1 Wykaz tabel

- Tabela 1. Dochody budżetowe, zobowiązania JST oraz zobowiązania samorządowych SP ZOZ oraz wskaźniki zadłużenia dla powiatów oraz miast na prawach powiatu woj. łódzkiego w latach 2008-2010.
- Tabela 2. Różnica między dochodami bieżącymi a wydatkami bieżącymi w powiatach ziemskich i grodzkich z uwzględnieniem środków na pokrycie deficytu bieżącego w latach 2008-2010.
- Tabela 3. Wskaźnik zadłużenia powiatów ziemskich i grodzkich obliczony na podstawie danych za lata 2009-2010 oraz 1 kw. 2011 r. wg formuły z art. 243 uofp z 2009 r. oraz art. 170 ust. 1 uofp z 2005 r.
- Tabela 4. Wybrane wskaźniki analizy ekonomicznej sytuacji samorządowych SP ZOZ w latach 2008-2010.
- Tabela 5. Wybrane wielkości z bilansów oraz rachunków zysku i strat samorządowych SP ZOZ w latach 2008-2010.
- Tabela 6. Ujemny wynik finansowy SP ZOZ a ograniczenia budżetowe JST z art. 242 ustawy z 2009 r. o finansach publicznych
- Tabela 7. Likwidacja lub przekształcenie SP ZOZ w spółkę a ograniczenia budżetowe JST z art. 170 ustawy z 2005 r. o finansach publicznych oraz art. 242 ustawy z 2009 r. o finansach publicznych