

Aspekty likwidacji i przekształcenia SPZOZ lub jego restrukturyzacji.

Niniejsza analiza ma za zadanie wskazanie możliwości i sposobów sprywatyzowania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lipnie w świetle obowiązujących przepisów prawa, a w pierwszej kolejności przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r.o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408 z późn.zm.).

Wobec braku definicji terminu „prywatyzacja” w przepisach dotyczących SPZOZ w znaczeniu prawnym termin ten należałoby używać w cudzysłowie. Jest tak dlatego, że prywatyzacja samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w rozumieniu odpowiadającym przepisom o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych może być dokonywana obecnie wyłącznie w ramach podziału, przekształcenia i likwidacji SPZOZ-ów na zasadach określonych w przepisach ustawy o zoz. Inne możliwości, o których mowa w przedstawionej analizie określone być muszą jako prywatyzacja funkcjonalna.

II. Zakład opieki zdrowotnej i jego charakterystyczne cechy.

Ustawa o zoz określa w art. 1 ust. 1 zakład opieki zdrowotnej jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia.

Definicja art. 1 ust. 1 powołanej ustawy nie ogranicza się więc tylko do „zespołu osób” i przede wszystkim „środków majątkowych”, czyli do elementu przedmiotowo-funkcjonalnego, lecz zawiera także element organizacyjny (zespół ma być wyodrębniony organizacyjnie).

ZOZ jest zespołem osób i środków majątkowych utworzonym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, ale również utrzymywanym w tym celu, co oznacza, że nie musi do niego stosować się zasada samofinansowania, właściwa dla działalności gospodarczej; obowiązek utrzymywania spoczywa na „organie założycielskim”, która to nazwa określa w odniesieniu do przedmiotu niniejszej analizy Powiat Lipnowski.

W świetle przytoczonych argumentów uznać należy, iż Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnie spełnia wymogi określone dla zoz-ów w art. 1 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Ustawa o zoz wylicza następnie kategorie ZOZ-ów - art. 2 ust. 1 – w tym szpital, zakład opiekuńczo-wychowawczy, przychodnia, ośrodek zdrowia,

pracownia diagnostyczna, zakład rehabilitacji leczniczej, itd, jak również definiuje organizacyjny element tej instytucji.

Według art. 2 ust. 2 i 3 ZOZ-em może być :

- odrębna jednostka organizacyjna
- część innej jednostki organizacyjnej
- jednostka organizacyjna podległa innej jednostce organizacyjnej
- zespół ZOZ-ów, składający się z ZOZ-ów jako jednostek organizacyjnych zespołu.

Z ogólnej definicji zoz wynika, że zoz będący „częścią innej jednostki organizacyjnej” lub będący „zespołem ZOZ-ów składających się z ZOZ-ów jako jednostek organizacyjnych zespołu” musi być organizacyjnie wyodrębniony, a zatem stanowić wyodrębnioną jednostkę w ramach określonej jednostki organizacyjnej.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnie spełnia te wymagania.

Organizacyjne wyodrębnienie ZOZ-u jest konieczne także z tego powodu, że każdy ZOZ powinien :

- posiadać statut określający ustrój ZOZ-u oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, nadany przez organ założycielski (art. 11 ustawy o zoz),
- być wpisany do rejestru ZOZ-ów, prowadzonego przez wojewodę (z wyjątkiem ZOZ-ów utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej albo przez państwową uczelnię medyczną, rejestrowanych przez Ministra Zdrowia) – może zatem rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru (kwestie rejestru reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30. sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej).

Jako jednostka organizacyjna ZOZ jest pracodawcą w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy – odrębnym, a w szczególności od swojego organu założycielskiego.

W obecnym stanie prawnym, po nowelizacji ustawy o zoz dokonanej w 1997 r. ZOZ nie może być utożsamiany z jakimkolwiek założycielem, np. spółką z o.o. czy fundacją – stanowiąc odrębną jednostkę organizacyjną od podmiotu, który go utworzył (organu założycielskiego).

Wpisu do rejestru dokonuje się po stwierdzeniu, że ZOZ spełnia wymagania określone w art. 9 – 11 ustawy o zoz, odnoszące się do pomieszczeń i urządzeń, do osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych oraz udzielających świadczeń zdrowotnych oraz do statutu.

III. Różnice między zakładami publicznymi, w tym samodzielnymi a niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Ustawa o zoz dzieli ZOZ-y na publiczne i niepubliczne.

Publicznymi ZOZ-ami są, zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy o zoz, ZOZ-y utworzone (w znaczeniu technicznym: organu założycielskiego, a nie znaczeniu historycznym: kto kiedyś założył) przez :

- ministra lub centralny organ administracji rządowej
- wojewodę (lecz tylko w przypadkach określonych w ustawie o Inspekcji Sanitarnej)
- jednostki samorządu terytorialnego: województwo, powiat, gminę, stosownie do podziału zadań organów założycielskich wynikającego, w kategoriach prawnych, wyłącznie z przepisów prawnych, mianowicie przepisów rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył (dotyczącego przekazywanych ZOZ-ów, lecz nie tworzenia ich w przyszłości),
- przy czym, gdy podmioty te działają jako pracodawca w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom, utworzone w tym celu przez nie ZOZ-y są ZOZ-ami niepublicznymi (vide art. 8 ust. 4).

Reforma samorządowa 1998 r. spowodowała, że podstawową kategorią organów założycielskich są jednostki samorządu terytorialnego, a nie jak wcześniej, organy administracji rządowej. Niniejsza analiza jest zatem ukierunkowana na prywatyzację samorządowych zakładów opieki zdrowotnej. Należy jednak mieć na uwadze to, że pojęcie „organu założycielskiego” jest w odniesieniu do samorządu pojęciem technicznym. Jednostka samorządu terytorialnego ma bowiem dwa organy: organ stanowiący i wykonawczy – organ uchwałodawczy (rada gminy, rada powiatu, sejmik województwa) oraz organ wykonawczy (zarząd). Istnieje odpowiedni podział zadań organu założycielskiego ZOZ-u między te dwa organy, także w odniesieniu do czynności i decyzji prywatyzacyjnych. Kwestia tego podziału wystąpi przy okazji omawiania procedur prywatyzacyjnych.

Przyznanie – na mocy powołanego Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 lipca 1998 r. – określonym jednostkom samorządu terytorialnego poszczególnych SPZOZ-ów nie oznacza nienaruszalności takiego przydziału. Na zasadach określonych w ogólnych samorządowych ustawach ustrojowych, zainteresowane jednostki samorządu mogą bowiem zawierać porozumienia o przekazaniu oznaczonych zadań, także wraz ze środkami umożliwiającymi ich realizację. Przykładowo, powiat może przekazać szpital, którego jest organem założycielskim, zainteresowanej gminie na jej uzasadniony wniosek, wraz z przekazaniem w tym trybie odpowiednich zadań, na warunkach określonych w porozumieniu o przekazaniu (art. 4 ust. 5 ustawy z dnia 5. czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym – Dz. U. z 2001 r., Nr 142, poz. 1592, ze zmianami). Porozumienie może przewidywać przekazanie własności nieruchomości, z której korzysta ten ZOZ, bowiem art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997

r. o gospodarce nieruchomościami dopuszcza możliwość darowizny nieruchomości pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego.

Niepublicznymi ZOZ-ami są, zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy o zoz, ZOZ-y utworzone przez:

- kościoły lub związki wyznaniowe
- pracodawców
- fundacje, związki zawodowe, samorządy zawodowe, stowarzyszenia,
- inne osoby prawne (jak przedsiębiorstwa państwowe, spółdzielnie, czy też spółki z o.o. lub akcyjne, ale nie SPZOZ-y, w tej kwestii wyraźnie wykluczone z mocy art. 8 ust. 1a ustawy o zoz),
- osoby fizyczne
- spółki nie mające osobowości prawnej (charakter taki mają spółki jawne, komandytowe) – które same mogą być pracodawcami, a zarazem są w świetle dotychczasowych przepisów ustawy prawo o działalności gospodarczej przedsiębiorcami (podmiotami gospodarczymi).

Problemem, który poruszę w dalszej części analizy jest to, na ile jednostka samorządu terytorialnego może występować jako „inna osoba prawna” w rozumieniu art. 8 ust. 3 ustawy o zoz, tzn. utworzyć niepubliczny ZOZ. Kwestia ta posiada istotne znaczenie ze względu na różne doświadczenia związane z prywatyzacją.

Ustawa o zoz zawiera przepisy wskazujące na to, że ustawodawca dąży do określonego poziomu ustabilizowania publicznych ZOZ-ów. Na sieci ZOZ-ów ma opierać się nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością, co powoduje formułowanie ograniczeń odnoszących się do zaprzestania działalności SPZOZ-u (art. 60 ust. 2) oraz likwidacji publicznego ZOZ-u (art. 43 ust. 1).

Szczególne miejsce wśród publicznych ZOZ-ów zajmują SPZOZ-y.

Po pierwsze, SPZOZ-y są podstawową formą publicznych ZOZ-ów (art. 35c ust. 1 ustawy o zoz). Inne formy – jednostki budżetowej albo zakładu w formie SPZOZ-u :”byłoby niecelowe lub przedwczesne” , albo jeżeli SPZOZ nie może sam pokryć ujemnego wyniku finansowego, a organ założycielski postanowi o jego utrzymaniu w jednej z tych form (art. 60 ust. 3 i 4 ustawy o zoz).

Po wtóre, SPZOZ wyróżnia się od innych ZOZ-ów posiadaniem osobowości prawnej. Uzyskuje ją przez wpis do rejestru SPZOZ-ów prowadzonego przez właściwy sąd, przy czym wpis do tego rejestru następuje po wpisie do omawianego już rejestru ZOZ-ów.

SPZOZ jest – jako osoba prawna (państwowa albo samorządowa) całkowicie wyodrębniony od organu założycielskiego, który, co do zasady (z wyjątkiem określonym w art. 60 ustawy o zoz), nie ponosi odpowiedzialności za jego zobowiązania. Odpowiedzialność za zobowiązania wszelkich innych ZOZ-ów – ze względu na to, że nie mają one osobowości prawnej, a nawet nie są przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów ustawy prawo o działalności gospodarczej – ponoszą w całości podmioty, które utworzyły te ZOZ-y.

Skutek osobowości prawnej SPZOZ-u można przedstawić w sposób obrazowy jako „wstawienie” między ZOZ w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy o zoz (rejestrowany zawsze na zasadach ogólnych) i podmiot, który utworzył ZOZ (który to podmiot ma własną podmiotowość jako osoba prawna albo fizyczna, albo nawet „ułomna osoba prawna”, gdy idzie o spółki osobowe) – osoby prawnej, która utożsamia się majątkowo z publicznym ZOZ-em i przejmuje odpowiedzialność za jego zobowiązania. Oznacza to, iż SPZOZ jest szczególnym rozwiązaniem organizacyjno-prawnym, komplikującym od strony prawnej kwestię jego prywatyzacji.

Po trzecie, SPZOZ ma działać na zasadzie samofinansowania. Pokrywa zatem z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań (art. 35b ust. 1 ustawy o zoz), jak również ujemny wynik finansowy (art. 60 ust.1); dopiero jeżeli nie może pokryć ujemnego wyniku finansowego, obowiązek pokrycia spoczywa na organie założycielskim (art. 60 ust.4).

Po czwarte, jako osoba prawna, SPZOZ niewątpliwie podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, co oznacza zwolnienie od podatku dochodowego od dochodu przeznaczanego na statutową działalność w zakresie ochrony zdrowia.

Co do innych ZOZ-ów, można stać na stanowisku, że i one są podatnikami podatku dochodowego od osób prawnych jako „jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej” inne niż spółki osobowe. W praktyce – co może wynikać z wyłączenia ich z kategorii przedsiębiorców – nie traktuje się ich nierzadko jako osobnych podatników podatku dochodowego od osób prawnych, a zatem poddaje opodatkowaniu w ramach opodatkowania organów założycielskich, w zależności od ich ogólnego statusu prawnego (osoby prawne, osoby fizyczne i spółki osobowe) oraz w zależności od ich szczególnego statusu podatkowego (jak, wskazane w odniesieniu do SPZOZ-ów, zwolnienie osób prawnych o celach statutowych w zakresie ochrony zdrowia, innych niż przedsiębiorstwa państwowe, spółdzielnie i spółki, od dochodu przeznaczanego na działalność statutową w tej dziedzinie).

Niejasność w zakresie przepisów podatkowych odnoszących się do niepublicznych ZOZ-ów stanowić może jedną z przeszkód w prywatyzacji SPZOZ-u.

Po piąte, by występować w obrocie prawnym, SPZOZ musi być wyposażony w odpowiednie prawa majątkowe. Z art. 53 ust. 1 ustawy o zoz wynika, iż SPZOZ może być właścicielem przekazanych mu przez organ założycielski nieruchomości i ruchomości (w tym środków trwałych i wyposażenia).

Prawo to, trzeba podkreślić, jest generalnie ustanawiane przez właściciela gruntu (w tym przypadku Skarb Państwa albo jednostkę samorządu terytorialnego, na której rzecz dokonano, na podstawie stosownych przepisów komunalizacji nieruchomości Skarbu Państwa) w drodze aktu notarialnego. Zarazem powołany przepis art. 53 ust. 1 ustawy o zoz należy interpretować w ten sposób, że organ założycielski – w ramach obowiązku utrzymywania ZOZ-u – ma obowiązek wyposażyć SPZOZ w prawo użytkowania odpowiednich

nieruchomości, jeżeli tylko stanowią przedmiot jego własności. Niedopuszczalne są praktyki niektórych jednostek samorządu terytorialnego udostępniania „własnym” SPZOZ-om własnych nieruchomości lub ich części nie na zasadzie nieodpłatnego użytkowania lub prawa własności, lecz najmu czy też dzierżawy – z obowiązkiem opłacania czynszu.

Na mocy art. 47 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną, SPZOZ-y, wobec których jednostki samorządu terytorialnego przejęły z dniem 1 stycznia 1999 r. uprawnienia organu administracji rządowej, który je utworzył (wykaz tych SPZOZ-ów i jednostek zawiera Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył), uzyskały na własność majątek ruchomy Skarbu Państwa, przekazany im w nieodpłatne użytkowanie. Można zatem przyjmować, że przynajmniej w odniesieniu do tych SPZOZ-ów (stanowiących ogromną większość ogółu SPZOZ-ów), SPZOZ-y są obecnie właścicielami majątku ruchomego.

Właścicielami nieruchomości są natomiast – z wyjątkiem nielicznych SPZOZ-ów, dla których organami założycielskimi stały się zarządy gmin, powiatów czy też województw – właściwe jednostki samorządu terytorialnego, o ile nabycie tej własności stwierdził wojewoda w trybie art. 60 ust. 3 powołanej ustawy z dnia 13 października 1998 r.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnie nabył prawo własności nieruchomości.

Zasada samodzielnego gospodarowania wszelkimi składnikami mienia, a przede wszystkim majątku własnego przez SPZOZ-y była poważnie ograniczona także przez obowiązujące do lutego 2000 r. brzmienie art. 42 ustawy o zoz, ustalającego, w odniesieniu do zakupu lub przyjęcia przez publiczny ZOZ o darowizny aparatury i sprzętu medycznego, nie tylko obowiązek nabywania aparatury i sprzętu medycznego o przeznaczeniu i standardzie określonym przez organ założycielski – ale czynienie tego dopiero po wyrażeniu zgody przez ten organ.

Dokonana ustawą z dnia 21 stycznia 2000 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji publicznej (Dz. U. Nr 12, poz. 136) nowelizacja art. 42 ustawy o zoz pozbawiła organ założycielski uprawnienia wyrażania zgody na zakup aparatury i sprzętu medycznego przez publiczny ZOZ. Zgodnie z nowym brzmieniem przepisu publiczny ZOZ może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury i sprzętu medycznego wyłącznie o standardzie określonym przez podmiot, który zakład utworzył, oraz na zasadach określonych przez ten podmiot

Określone znaczenia dla podmiotu niniejszej analizy ma fakt, że ustawa o zoz zawiera przepisy ograniczające swobodę SPZOZ-ów w zbywaniu, wydzierżawianiu lub wynajmowaniu majątku trwałego. Wedle dawnego

brzmienia art. 53 ust. 2 ustawy o zoz czynności te wymagały zgody organu założycielskiego, można było to uznać za nadmierną ingerencję w samodzielność działania SPZOZ-u. Od nowelizacji z dnia 21 stycznia 2000 r. obowiązuje nowe brzmienie powołanego przepisu, wedle którego zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego przez SPZOZ może być dokonane na zasadach określonych przez organ założycielski, a jedynie wniesienie majątku do spółki lub fundacji wymaga zgody organu założycielskiego.

Organ założycielski może też pozbawić publiczny ZOZ składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadkach połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu (art. 53 „a” ust. 2 ustawy o zoz) – co ma poważne znaczenie praktyczne w ramach procesu prywatyzacji.

Samodzielność SPZOZ-u w stosunku do jego organu założycielskiego jest również ograniczona ze względu na uprawnienia nadzorcze tego organu, wynikające z art. 67 ustawy o zoz i określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego.

IV. Podstawowe terminy dla prawnych aspektów prywatyzacji SPZOZ : tworzenie, przekształcenie, łączenie, podział, likwidacja.

Do uprawnień organu założycielskiego należy decydowanie o połączeniu lub podziale, przekształceniu i likwidacji SPZOZ-u. Tryb dokonywania takich rozstrzygnięć – w zakresie związanym z procesem prywatyzacji – będzie przedmiotem dalszych rozważań. W tym miejscu zajmiemy się natomiast wyjaśnieniem treści terminów wskazanych w tytule.

Termin „tworzenie” (i „utworzenie”) nie wymaga komentarza – poza tym, że ustawa o zoz nie zajmuje się wprost tworzeniem niepublicznych ZOZ-ów, a jej przepisy dotyczące tworzenia publicznych ZOZ-ów (w szczególności art. 38) nie mają znaczenia dla przedmiotu niniejszej analizy. W ramach prywatyzacji nie tworzy się przecież publicznych ZOZ-ów.

Podmioty wskazane jako założyciele ZOZ-ów publicznych (wymienione w początku części 3 analizy), w tym jednostki samorządu terytorialnego, nie mogą tworzyć ZOZ-ów niepublicznych, nawet jeżeli są, jak jednostki samorządu, osobami prawnymi, o których ogólnie mowa jako o założycielach niepublicznych ZOZ-ów. Wyjątkiem od tej zasady jest tylko tworzenie przez jednostki samorządu ZOZ-ów dla swoich pracowników, ale następuje to na jednakowych zasadach dla wszystkich pracodawców.

Naszym zdaniem w świetle obowiązującego ustawodawstwa nie ma miejsca na prywatyzację polegającą na utworzeniu w miejsce SPZOZ-u – na przykład

na bazie mienia zlikwidowanego, podzielonego lub połączonego ZOZ-u - prywatnego zakładu opieki zdrowotnej przez gminę czy powiat, choć jednostka samorządu terytorialnego jest osobą prawną.

Należy mieć również zasadnicze wątpliwości, czy taki niepubliczny ZOZ może być utworzony przez „jednoosobową” spółkę danej jednostki samorządu terytorialnego, utworzoną na bazie majątku zlikwidowanego SPZOZ-u; do kwestii tej powrócimy w dalszej części analizy.

Pozostałe terminy, o których mowa są z punktu widzenia prywatyzacji bardzo istotne.

Obowiązujące przepisy prawa nie są jednak konsekwentne co do katalogu tych terminów. W rozdziale 2 działu II ustawy o zoz, dotyczącego publicznych ZOZ-ów jest mowa tylko o przekształceniu i likwidacji, przy czym z art. 43 ust. 2 wynika, iż szczególną postacią przekształcenia jest „likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych”. W rozdziale 4 tego samego działu (art. 53a ust. 1) wspomina się jednak, obok likwidacji, o połączeniu, podziale i przekształceniu – i to jako rozstrzygnięciach, w związku z którymi organ założycielski może pozbawić SPZOZ składników mienia mu przydzielonego lub przez niego nabytego. Rozporządzenie w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej przewiduje istnienie w rejestrze ZOZ-ów działu „połączenie, przekształcenie i likwidacja zakładu opieki zdrowotnej”, lecz rozporządzenie dotyczące ZOZ-ów publicznych przewiduje rubrykę dotyczącą tylko przekształcenia i likwidacji.

W tej sytuacji nie można mieć wątpliwości jedynie co do znaczenia terminu likwidacja.

Likwidacja oznacza zatem z jednej strony proces prowadzący do zniknięcia SPZOZ-u zarówno jako osoby prawnej i jako ZOZ-u, na który to proces składają się :

- przejęcie kierownictwa SPZOZ-em przez likwidatora powołanego przez organ założycielski
- zakończenie działalności publicznego ZOZ-u przy zapewnieniu osobom korzystającym z jego świadczeń dalszego nieprzerwanego udzielania świadczeń medycznych (art. 43 ust. 1 ustawy o zoz)
- zaspokajanie wierzycieli z majątku zlikwidowanego publicznego ZOZ-u (art. 53 „a” ust. 2 ustawy o zoz), w wyniku którego , albo pozostają składniki majątkowe (o których przeznaczeniu decyduje organ założycielski), albo pozostają niezaspokojone długi (które pokrywa organ założycielski)
- rozwiązanie umów o pracę i innych umów zawartych przez SPZOZ.

Z drugiej strony wynikiem procesu likwidacji jest utrata bytu prawnego przez SPZOZ w następstwie :

- wykreślenia z rejestru ZOZ-ów (art. 43 ust. 4 ustawy o zoz), co oznacza koniec formalnego istnienia ZOZ-u poprzez brak możliwości świadczenia usług zdrowotnych przez daną jednostkę

- wykreślenia z rejestru SPZOZ-ów (art. 35b ust. 9 ustawy o zoz), co oznacza koniec istnienia takiej jednostki jako osoby prawnej.

Obowiązujące przepisy nie zawierają wyraźnych rozstrzygnięć w przedmiocie wielu aspektów procesu likwidacji, w tym praw i obowiązków likwidatora. W praktyce, można tu stosować posiłkowo przepisy dotyczące likwidacji przedsiębiorstw państwowych (jednak także i one nie są wystarczające) oraz dotyczące likwidacji spółdzielni.

„Likwidacja” jest bardzo ważnym terminem dla niniejszej analizy, bowiem całościowa pełna prywatyzacja SPZOZ-u jest obecnie możliwa w zasadzie tylko jako skutek odpowiednio skonstruowanej likwidacji (choć częściowa prywatyzacja może wystąpić także przy zastosowaniu instytucji podziału, połączenia, a zwłaszcza poważnej reorganizacji).

Określając cechy likwidacji jako procesu ustawa o zoz ogranicza się do zaspokojenia wierzycieli, nie przewidując innej możliwości – mianowicie zabezpieczenia wierzycieli, w szczególności przez nabywcę całości lub części mienia likwidowanego SPZOZ-u. Tego rodzaju likwidację – lecz tylko jeżeli zabezpieczenie następuje za zgodą wierzycieli – uznać można za dopuszczalną prawnie. Co więcej – stanowić ona może jeden z istotniejszych praktycznych wariantów prywatyzacji. Oczywiście jest też możliwy wariant polegający na nabyciu mienia SPZOZ-u przez wierzycieli „za długi”.

W obydwu przypadkach, należy to podkreślić, może dojść do „przejścia zakładu pracy” (to jest jednostki organizacyjnej SPZOZ, lecz nie formy prawnej SPZOZ) lub jego części „na innego pracodawcę” w rozumieniu art. 23 prim Kodeksu pracy – ze skutkiem w postaci prawie „automatycznego” przejścia pracowników na dotychczasowych warunkach.

Pojęcie „przekształcenia” ma dwa znaczenia : szersze i węższe. W znaczeniu szerszym przekształcenie obejmuje także :

- podział SPZOZ-u na co najmniej dwa SPZOZ-y, między które dzieli się majątek podzielonego ZOZ-u, lecz które są solidarnie odpowiedzialne za długi podzielonego ZOZ-u (znów z takimi samymi uprawnieniami organu założycielskiego).

Ustawa o zoz nie zawiera wskazówek co do wielu aspektów połączenia, a jeszcze bardziej podziału. Ich rozważenie wydaje się wszakże niezbędne z punktu widzenia niniejszej analizy.

W znaczeniu węższym za przekształcenie można uznać kwalifikowaną reorganizację :

- skutkiem której jest utworzenie lub zniesienie jednostek organizacyjnych rzutu na zakres działalności i wymagające zmiany statutu i wpisu do rejestru (jednostki organizacyjne zakładu mające siedzibę na obszarze

innego województwa są wpisywane do rejestru ZOZ-ów, a co do szpitali, w tym rejestrze wpisuje się nazwy oddziałów i liczbę łóżek)

- lub efektem, której jest odczuwalne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń (porównaj art. 43 ust. 2 ustawy o zoz), przy czym jeżeli ograniczenie to jest istotne, lub gdy zamiast ograniczenia występuje likwidacja rodzajów działalności i udzielanych świadczeń, do przekształcenia stosuje się taki sam tryb jak przyjęty dla likwidacji (Tamże); odstąpienie od wykonywania któregoś z podstawowych kierunków działalności wymaga zresztą także odpowiedniej zmiany aktu założycielskiego.

Przekształcenie polegające na zniesieniu jednostek organizacyjnych lub na likwidacji rodzajów działalności i udzielanych świadczeń może – w razie odpowiedniego zadysponowania mieniem zniesionej jednostki lub związanym z określonym rodzajem działalności – prowadzić do odmiany pełnej prywatyzacji, o tyle częściowej, że dotyczącej danej jednostki (np. oddział szpitala) lub rodzaju działalności (np. świadczenia laboratoryjne czy świadczenia rehabilitacyjne).

Nie jest natomiast przekształceniem, w świetle art. 60 ust. 3 ustawy o zoz dokonanie zmiany formy gospodarki finansowej, to jest przejście spod SPZOZ-u do publicznego ZOZ-u w formie jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego. Wskutek takiej zmiany publiczny ZOZ nie przestaje istnieć, traci jednak osobowość prawną, a zarazem organ założycielski w większym stopniu zobowiązany jest do jego utrzymywania.

O ile instytucja likwidacji SPZOZ-u może być wykorzystana przy jego pełnej prywatyzacji, o tyle prywatyzacja usług może, choć nie musi, łączyć się z koniecznością zastosowania procedury przekształcenia. Kwestie te zostaną rozwinięte w dalszej części analizy.

V. Podstawy prawne i tryb podjęcia przez jednostki samorządu terytorialnego decyzji w sprawie likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Podstawą prawną przeprowadzenia procedury likwidacyjnej publicznego ZOZ-u jest art. 36 ustawy o zoz. Zgodnie z treścią tego przepisu decyzja o likwidacji może nastąpić :

- w drodze zarządzenia właściwego organu administracji rządowej
- w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego

Pierwszy przypadek dotyczy likwidacji SPZOZ-ów, których organem założycielskim jest minister, centralny organ administracji rządowej lub wojewoda.

Co do drugiego przypadku pod sformułowaniem „uchwała właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego” rozumiemy podjęcie przez organy uchwałodawcze tych jednostek – czyli odpowiednio sejmik województwa, radę powiatu lub radę gminy – uchwał w sprawie likwidacji SPZOZ-u.

Właściwe do podjęcia uchwał są te jednostki samorządu terytorialnego, którym funkcje organów założycielskich zostały przekazane w drodze rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył (chyba że następnie, na podstawie ogólnych przepisów ustrojowych, uprawnienia te zostały przekazane innej jednostce samorządu), oraz te jednostki samorządu terytorialnego, które w oparciu o ustawę o zoz samodzielnie utworzyły SPZOZ.

Materialnoprawną podstawę likwidacji SPZOZ stanowi :

- art. 43 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej
- art. 43 w związku z art. 60 tejże ustawy

Podjęcie decyzji o likwidacji SPZOZ-u (odpowiednio w formie zarządzenia lub uchwały jednostki samorządu terytorialnego) w oparciu tylko o art. 43 ustawy o zoz dotyczyć może sytuacji :

- w której organ założycielski ma swobodę w jej podjęciu, a likwidacji dokonać chce ze względu, na przykład, na prywatyzację lub występujący nadmiar tego typu placówek na danym terenie,
- w której na przykład ze względu na naruszenie wymogów sanitarnych lub utratę uprawnień przez osoby wykonujące zawód medyczny nastąpiło wykreślenie na podstawie art. 15 ustawy o zoz danego zakładu z rejestru ZOZ-ów.

W treści zarządzenia lub uchwały o likwidacji publicznego ZOZ-u zasadniczą rolę odgrywać powinno określenie sposobu i formy zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu – udzielania w dalszym ciągu takich świadczeń, aby nie nastąpiło ograniczenie ich dostępności, warunków udzielania i jakości.

Spełnienie powyższego wymogu nastąpić może w sytuacji gdy co najmniej równoległe z likwidacją zostanie na danym terenie utworzony przez publiczny organ założycielski inny zakład lub zakłady alternatywne dla likwidowanego ZOZ-u (np. w postaci, utworzonego przez fundację założoną przez jednostkę samorządu terytorialnego, niepublicznego ZOZ-u) lub gdy na danym terenie pozostanie inny publiczny ZOZ, który będzie w stanie spełnić wymóg określony w art. 43 ust. 1 ustawy o zoz.

Powyższy wymóg zostanie także spełniony w sytuacji istnienia na danym terenie niepublicznych ZOZ-ów (dla których organem założycielskim są osoby fizyczne lub osoby prawne niepubliczne), które będą świadczyć usługi dla ludności.

Podstawowym problemem – gdy chodzi o niepubliczne ZOZ-y, których funkcjonowanie ma oznaczać spełnienie wymogów z art. 43 ust. 1 ustawy o zoz w przypadku likwidacji publicznego ZOZ-u jest ciągłość udzielania świadczeń.

Wiadomo, że dla znacznej części niepublicznych ZOZ-ów środki finansowe uzyskiwane na realizację świadczeń medycznych z NFZ mają na tyle istotne znaczenie, iż ich brak wpłynąć może na zaprzestanie dalszej działalności przez taki zakład. Ponieważ NFZ podpisuje kontrakty tylko na rok, trudno stwierdzić czy niepubliczny ZOZ ma szansę prowadzić swoją działalność w dłuższej perspektywie. W wielu przypadkach, w uchwałach o likwidacji zawiera się ogólne formuły z zapewnieniem udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych przez niepubliczne ZOZ-y, które dopiero powstaną. Takie ogólnikowe stwierdzenie nie odpowiada treści analizowanych przepisów ustawy o zoz i powinno się go unikać.

W rezultacie, odpowiednie niepubliczne ZOZ-y powinny powstawać przed podjęciem stosownych formalnych uchwał – przy czym wszystko to powinno toczyć się w ramach wcześniej ustalonego programu prywatyzacji, obejmującego także ewentualne preferencje dla określonego typu ZOZ-ów. Wskazane jest, by wzorem wielu gmin, preferencje dotyczyły ZOZ-ów zakładanych przez pracowników SPZOZ-ów w likwidacji lub reorganizacji.

Projekt zarządzenia lub uchwały o likwidacji SPZOZ-u winien być przez organ wykonawczy, czyli zarząd jednostki samorządu terytorialnego przedstawiony, celem uzyskania opinii, wojewodzie oraz organom uchwałodawczym gmin (radom gmin) i powiatów (radom powiatów), których ludności likwidowany zakład udziela świadczeń zdrowotnych, a także sejmikowi województwa, jeżeli zasięg działania SPZOZ-u obejmuje województwo lub znaczną jego część (art.43 ust. 2). Opinie tych organów nie mają jednak charakteru wiążącego.

Wymóg opinii może w praktyce oznaczać pojawienie się trudności związanych chociażby z wydłużeniem czasu do podjęcia decyzji o likwidacji, ze względu na fakt, iż opinia jednostki samorządu terytorialnego winna być wyrażona w postaci uchwały organu uchwałodawczego. Pozwala to przyjąć, że nakładając obowiązek uzyskania opinii rad (sejmików) zainteresowanych jednostek samorządu terytorialnego, ustawodawca nie miał na względzie zasadniczego utrudnienia procesu prowadzącego do likwidacji, lecz jedynie umożliwienie zainteresowanemu wyrażenia swego stanowiska. Z tego powodu, po pierwsze, idzie o obowiązek zasięgnięcia opinii organów uchwałodawczych tych jednostek samorządu terytorialnego, których znacząca część ludności objęta jest świadczeniami danego SPZOZ-u. Po wtóre, można uznać za możliwe wyznaczenie tym organom terminu do zajęcia stanowiska; termin powinien jednak być realny, to jest umożliwić wyrażenie opinii w sensownym dla stron czasie.

Zakończenia działalności likwidowanego zakładu nie może nastąpić wcześniej niż 3 miesiące od podjęcia w tej sprawie decyzji (tj. wydania zarządzenia lub podjęcia uchwały) – co winno być także określone w zarządzeniu lub uchwale.

Po upływie powyższego terminu nastąpić powinno wykreślenie danego publicznego zakładu z rejestru ZOZ-ów. Ustawa o zoz nie wspomina o rejestrze sadowym, co należy jednak traktować jako przeoczenie; jest oczywiste, że likwidowany SPZOZ powinien być wykreślony z obydwu rejestrów.

Obowiązek zgłoszenia organowi prowadzącemu rejestr zaprzestania działalności winien być dokonany przez kierownika lub likwidatora (powołanego uchwałą zarządu danej jednostki samorządu terytorialnego) likwidowanego publicznego ZOZ-u - z jednoczesnym wskazaniem terminu wykreślenia zakładu z rejestru.

Zwrócić należy uwagę na fakt, iż podobna do powyżej określonej procedura odbywa się na podstawie art. 43 ust. 3 ustawy o zoz – w sytuacji, gdy organ założycielski dokonuje przekształceń polegających na likwidacji lub istotnym ograniczeniu poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych..

W przypadku podjęcia likwidacji publicznego ZOZ-u w wyniku wykreślenia z rejestru na podstawie art. 15 ustawy o zoz, proces likwidacji winien przebiegać w sposób już omówiony – oczywiście bez potrzeby dokonywania wykreśleń z rejestru.

Podjęcie przez organ założycielski decyzji o likwidacji publicznego SPZOZ-u w oparciu o art. 60 ustawy o zoz związane jest z osiągnięciem przez zakład ujemnego wyniku finansowego.

W sytuacji, gdy SPZOZ osiągnął na stałe ujemny wynik finansowy (który poprzez jego własne działanie nie może być wyrównany), organ założycielski musi dokonać analizy wynikającej z art. 60 ust. 2 ustawy o zoz. Analiza winna określić, czy zaprzestanie działalności danego zakładu w oparciu o jego cele i nałożone na niego zadania w sytuacji, gdy celów i zadań nie może przejąć inny zakład (tak, aby mógł on zapewnić nieprzerwaną opiekę zdrowotną nad ludnością, korzystającą z usług zakładu, który ma zaprzestać działalności z powodu osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego), skutkować winno jego likwidacją, czy też tylko zmianą formy prowadzenia na jednostkę lub zakład budżetowy.

Jeżeli po przeprowadzeniu powyższej analizy okaże się, iż inny zakład nie jest w stanie należycie obsłużyć ludności danego terenu, organ założycielski zobowiązany jest dalej utrzymywać dany zakład. Zgodnie z art. 60 ust. 4 w związku z art. 35c ustawy o zoz może jednak zmienić formę jego prowadzenia na jednostkę lub zakład budżetowy. W sytuacji, gdy analiza wykaże, że nie ma dalszej potrzeby otrzymywania danego SPZOZ-u, organ założycielski może podjąć w oparciu o art. 60 ust. 3 i 4 ustawy o zoz decyzję o jego likwidacji.

Także i w opisaney sytuacji powinna być przeprowadzona pełna procedura likwidacyjna określona w art. 43 ustawy o zoz. Niezastosowanie procedury

wynikającej z art. 43 ust. 1 i 2 możliwe jest tylko w sytuacji wynikającej z ust. 3 tego artykułu, a mianowicie, gdy przekształcenie dokonywane w SPZOZ-ie nie prowadzi do likwidacji lub istotnego ograniczenia poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych. Takie działanie może mieć miejsce np. w sytuacji, gdy w ramach SPZOZ-u działa kilka przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, a ogranicza się działanie zakładu poprzez zamknięcie tylko jednej przychodni lub też w przypadku, gdy w szpitalu działają dwa oddziały wewnętrzne, a pozostawia się jeden.

Po likwidacji SPZOZ-u jego zobowiązania i należności przechodzą, odpowiednio do tego kto był organem założycielskim, na Skarb Państwa, albo na rzecz właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Majątek po likwidacji (po zaspokojeniu wierzytelności) staje się własnością Skarbu Państwa, albo właściwej jednostki samorządu. O przeznaczeniu tego majątku decyduje zawsze organ założycielski (art. 53a ust. 2 ustawy o zoz). Właśnie w oparciu o taką decyzję dotyczącą dyspozycji majątkiem ruchomym i nieruchomym pozostałym po SPZOZ-ie, dokonać się może pełna prywatyzacja, o której mowa dalej.

(1) Procedura likwidacji SPZOZ.

I faza – organ założycielski może zwrócić się o wydanie opinii w sprawie likwidacji do rady społecznej lub od rady społecznej otrzymać wniosek w sprawie likwidacji (wnioskodawcą może być także kierownik zakładu).

II faza – organ założycielski (czynność wykonuje rada jednostki samorządu terytorialnego) projekt uchwały w sprawie likwidacji przedstawia – celem uzyskania opinii – właściwemu terytorialnie wojewodzie oraz opinii gmin (gmin i powiatu) powiatów, których ludności zakład udziela świadczeń zdrowotnych – a gdy zasięg działań zakładu obejmuje województwo lub znaczna jego część, także opinii sejmiku województwa.

III faza – po uzyskaniu powyżej wspomnianych opinii organ uchwałodawczy jednostki samorządu terytorialnego podejmuje właściwą uchwałę o likwidacji – która przekazywana jest przez zarząd tej jednostki wojewodzie w trybie nadzorczym oraz kierownikowi zakładu oraz wyznaczonemu likwidatorowi celem niezwłocznego wykonania.

IV faza – w której, przede wszystkim, likwidator przeprowadza proces likwidacji; w jej ramach likwidator dokonuje także określonych aktów formalnych, w tym :

- powiadamia NFZ o uchwale o likwidacji, z wnioskiem o rozwiązanie kontraktu z datą wykreślenia z rejestru ZOZ-ów,
- zgłasza (po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego) wniosek do wojewody o wykreślenie zakładu z rejestru ZOZ-ów,

- po wykreśleniu z rejestru wojewody składa wniosek do sądu rejestrowego o wykreślenie z rejestru sądowego (w momencie wykreślenia SPZOZ przestaje istnieć jako osoba prawna).

V faza – organ założycielski (po zaspokojeniu ewentualnych wierzycieli) w formie uchwały zarządu jednostki samorządu terytorialnego podejmuje decyzję o przeznaczeniu majątku zakładu.

VI faza – na podstawie decyzji podjętej w fazie V organ założycielski niepublicznego ZOZ-u (organy założycielskie niepublicznych ZOZ-ów) przejmuje prawa do majątku (korzystania z majątku) w celu kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

(2) Przekształcenie SPZOZ, w wyniku którego ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych.

I faza – organ założycielski (tj. rada jednostki samorządu terytorialnego) może zwrócić się o wydanie opinii w sprawie przekształcenia do rady społecznej lub od rady społecznej otrzymać wniosek w sprawie przekształcenia (wnioskodawcą może być także kierownik zakładu).

II faza – organ założycielski (rada jednostki samorządu terytorialnego) projekt uchwały w sprawie przekształcenia przedstawia celem uzyskania opinii właściwemu terytorialnie wojewodzie oraz organom uchwałodawczym gmin (gmin i powiatu) powiatów, których ludności zakład udziela świadczeń zdrowotnych – a gdy zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub znaczna jego część, także sejmikowi województwa.

III faza – po uzyskaniu niezbędnych opinii organ uchwałodawczy jednostki samorządu terytorialnego podejmuje właściwą uchwałę o przekształceniu; zarząd jednostki samorządu terytorialnego przekazuje uchwałę wojewodzie w trybie nadzoru oraz radzie społecznej i kierownikowi zakładu.

IV faza – rada społeczna uchwała niezbędne (wynikające z uchwały w sprawie przekształcenia zakładu) zmiany statutu, które przedstawia organowi uchwałodawczemu jednostki samorządu terytorialnego celem zatwierdzenia.

V faza – kierownik SPZOZ zgłasza wniosek do wojewody w sprawie wpisania do rejestru zmian w statucie i dokonanych przekształceń, a następnie po uzyskaniu wpisu zmian zgłasza zmiany do sądu rejestrowego oraz informuje NFZ o uchwale i zmianach w celu dokonania odpowiednich zmian w kontrakcie.

VI faza – organ uchwałodawczy może zdecydować o pozbawieniu przydzielonego lub nabytego przez zakład mienia.

(3) Inne drogi przekształcenia SPZOZ.

W przypadku dokonania przekształcenia SPZOZ w wyniku, którego nie ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działania zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, decyzję w tej sprawie może podjąć kierownik zakładu po uzyskaniu opinii rady społecznej.

O przekształceniu kierownik powinien poinformować organ założycielski, jeśli będzie to niezbędne.

Zmiany organizacyjne winien zgłosić do rejestru wojewody oraz do rejestru sądowego.

W przypadku podjęcia decyzji o takim przekształceniu przez kierownika zakładu kierownik może, zgodnie jednak z uchwałą organu założycielskiego w sprawie określenia zasad zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego SPZOZ-u – dokonać odpowiedniej dyspozycji składnikami majątku trwałego.

VI. Prywatyzacja pełna a prywatyzacja usług.

Przez pełną prywatyzację SPZOZ-u należy rozumieć przejęcie działalności, majątku i – na zasadzie art. 23⁽¹⁾ Kodeksu pracy – pracowników zlikwidowanego w tym celu SPZOZ-u (lub przekształconego w ten sposób, że w wyniku przekształcenia następuje likwidacja jednostki organizacyjnej lub poszczególnych rodzajów działalności i udzielanych świadczeń zdrowotnych) przez niepubliczny ZOZ, utworzony przez podmiot, który nabył od organu założycielskiego (z reguły w drodze kupna, ale także możliwe jest rozważenie wniesienia do spółki z faktycznym nabywcą lub właścicielem, a nadto zawarcia umowy leasingowej) mienie SPZOZ-u w trakcie i po jego likwidacji (czy przekształceniu). Jednocześnie podmiot ten mógłby przejąć w toku likwidacji zobowiązania SPZOZ-u w zamian za jego majątek (który nie musiałby wówczas być zbywany sukcesywnie).

Prywatyzacja pełna może być :

- całkowita bądź zupełna – o ile dotyczy całego SPZOZ-u,
- częściowa – w tym znaczeniu, że dotyczy części SPZOZ-u.

W ramach np. likwidacji poszczególnych przychodni, czy zakładów możliwe jest – stosownie do przepisów ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami oraz innych przepisów dotyczących nieruchomości, jak i przepisów o własności lokali – dokonanie przez właściciela nieruchomości wyodrębnienia lokali zajmowanych przez owe zakłady lub przychodnie i zadysponowanie takim lokalem, w tym nie tylko przez wynajęcie lub wydzierżawienie, ale również sprzedaż wyodrębnionego lokalu podmiotowi, który utworzył niepubliczny ZOZ.

Art. 37 ust. 3 ustawy o gospodarce nieruchomościami upoważnia organ uchwałodawczy jednostki samorządu terytorialnego do zwolnienia z ogólnego obowiązku zbycia w trybie przetargu nieruchomości przeznaczonej dla celów publicznych, jeżeli cele te będą realizowane przez podmioty, dla których są to cele statutowe i których dochody będą w całości przeznaczane na działalność statutową. Przepis ten może znaleźć zastosowanie przy pełnej prywatyzacji SPZOZ-ów, ponieważ zapewnienie opieki zdrowotnej i promocji zdrowia można uznać za cele publiczne w rozumieniu ustawy, a niepubliczny ZOZ z istoty swej prowadzi działalność statutową w zakresie tych celów, a może (choć nie musi) przeznaczać całość dochodów na cele statutowe. Aby zastosować powołany przepis trzeba mieć pewność takiego statusu ZOZ-u utworzonego przez nabywcę oraz uzyskać odpowiednie zabezpieczenie umowne zachowania takiego statusu.

Prywatyzacja pełna zbliża się, choć tylko w pewnym stopniu, do bezpośredniej prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych. Wymaga ona odpowiedniego przygotowania i wielu czynności formalnych i faktycznych.

Może ona nastąpić albo z inicjatywy zainteresowanego podmiotu, który występuje z określonymi propozycjami do organu założycielskiego, albo z inicjatywy organu założycielskiego, który będzie w rezultacie poszukiwał odpowiedniego kontrahenta. Scenariusze pełnej prywatyzacji mogą więc być bardzo zróżnicowane – przy konieczności dokonania określonych w ustawie czynności formalnych.

Nie ma natomiast wystarczających podstaw prawnych inna formuła prywatyzacji pełnej – rozważana w niektórych opracowaniach. Polegałaby ona na utworzeniu – na bazie mienia zlikwidowanego w tym celu SPZOZ-u „jednoosobowej spółki kapitałowej” powiatu, która to spółka stałaby się następnie współzałożycielem, wraz z odpowiednimi pracownikami, pewnej liczby spółek kapitałowych, stających się następnie założycielami niepublicznych ZOZ-ów. Możliwy model prawny to powstanie, nawet spółki kapitałowej wielopodmiotowej, z udziałem powiatu i stworzenie jednego niepublicznego ZOZ-u w formie spółki kapitałowej, czy też spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

Prywatyzacja usług jest zjawiskiem jeszcze bardziej złożonym niż prywatyzacja pełna. Może ona wystąpić w sytuacji dalszego istnienia – najwyżej przekształconego – SPZOZ-u i polegać będzie w takim przypadku na zbyciu przez SPZOZ lub przekazaniu do korzystania pracowników zatrudnionych w związku z tym majątkiem już istniejącemu albo też nowo utworzonemu niepublicznemu ZOZ-owi.

Dotychczasowe bezpośrednio świadczenia zdrowotne ZOZ-u w tym zakresie mogą być zakontraktowane przez SPZOZ u niepublicznego ZOZ-u w trybie określonym w art. 35 i 35a ustawy o zoz (subkontraktowanie), ale też SPZOZ może zrezygnować z ich udzielania, umożliwiając tym samym niepublicznemu ZOZ-owi zawarcie kontraktu z kasą chorych.

Przez subkontraktowanie rozumie się udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne dla niepublicznego zakładu, osoby wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, pielęgniarstwa, grupowej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki pielęgniarstwa lub położnych. Należy przy tym jednak zwrócić uwagę na art. 50a ust. 6 ustawy o wykonywaniu zawodu lekarza, zgodnie z którym grupowa praktyka lekarska nie może być wykonywana w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Subkontraktowanie jest w obecnym stanie prawnym co do zasady w pełni dopuszczalne, z tym jednak, że może ono być wyłączone przez kontrakt SPZOZ-u z kasą chorych (co ma często miejsce). Co więcej, subkontraktowanie mogłoby stanowić ważny, przejściowy etap w ramach procesu prywatyzacji – etap umożliwiający płynne przechodzenie od udzielania świadczeń zdrowotnych przez sam SPZOZ do udzielania ich przez ZOZ-y niepubliczne. W przypadku Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych nie ma potrzeby wykorzystywania tej instytucji.

VII. Prywatyzacja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lipnie w świetle niniejszego opracowania.

Podstawowym założeniem, jakie należy przyjąć przy rozważaniu tego problemu jest konieczność uregulowania zobowiązań SP ZOZ-u w Lipnie – w trakcie postępowania likwidacyjnego.. Wiadomym bowiem jest, iż ZPZOZ posiadając fatalną kondycję finansową stanie przed koniecznością zaspokojenia olbrzymich roszczeń pracowniczych (około 9.257.295,26 złotych na dzień 31.08.2004 r. – należność główna bez odsetek i ZUS pracodawcy) i innych pochodzących od dostawców towarów i usług.

Skala owych zobowiązań determinuje następujące zagrożenia :

- proces likwidacji może doprowadzić do wyprzedania całego majątku SPZOZ. Dzieje się tak dlatego, iż likwidator będzie miał prawny obowiązek zaspokajania dłużników, a uczynić to może poprzez uzyskiwanie środków finansowych jedynie ze sprzedaży majątku. Nie wchodzi bowiem w grę pozyskiwanie finansowania likwidacji ze środków pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia, albowiem SPZOZ w likwidacji nie będzie stroną umowy z NFZ o świadczenie usług zdrowotnych. Nie ma także możliwości zaciągnięcia kredytu z uwagi na status prawny (jednostka w likwidacji). Nadto - skoro egzekucja z kont bankowych oraz praw i wierzytelności likwidowanego SPZOZ nie będzie możliwa komornicy i inne organy egzekucyjne skierują swe czynności do mienia SPZOZ w likwidacji – ruchomości i nieruchomości. W praktyce będzie to oznaczało sprzedaż w drodze licytacji mienia będącego w używaniu przez nowy podmiot – spółkę. Nawet więc w przypadku powołania do życia spółki będącej następcą (nawet nie w znaczeniu prawnym) SPZOZ, nie będzie ona miała możliwości

świadczenia usług zdrowotnych z uwagi na brak majątku – sprzętu medycznego.

- likwidacja SPZOZ wiąże się z koniecznością rozwiązywania umów o pracę. Poza faktem, iż spowoduje to wzrost zajęć komorniczych i egzekucji (pracownicy i inni wierzyciele złożą tytuły egzekucyjne) zobowiązania likwidowanego SPZOZ wzrosną z kwoty 30 milionów złotych do kwoty około 50.000.000 zł (odprawy pracowników obligatoryjne w przypadku rozwiązania umowy o pracę z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy). Pozbawiony możliwości zarobkowania SPZOZ w likwidacji nie będzie w stanie sprostać owym zobowiązaniom, co będzie się wiązało z koniecznością sprzedaży majątku przez likwidatora. Podkreślamy ponownie, że spieniężenie majątku i regulowanie zobowiązań likwidowanego SPZOZ jest prawnym obowiązkiem likwidatora, i nie może on w tej materii uchylać się od tego obowiązku. Nastąpi więc zbieg dwóch czynników powodujących pogarszanie sytuacji ekonomicznej nowego podmiotu – egzekucje komornicze i skarbowe skutkujące licytacją majątku używanego przez spółkę oraz sprzedaż majątku przez likwidatora. Dodać do tego należy również i ten fakt, że ogłoszenie likwidacji SPZOZ spowoduje działania ze strony wierzycieli, którzy niewątpliwie gremialnie skierują sprawy do sądów i komorników.
- idea utworzenia nowego podmiotu gospodarczego, który na bazie majątku SPZOZ prowadziłby działalność w zakresie usług zdrowotnych i zarazem nie ponosiłby odpowiedzialności za zobowiązania SPZOZ nie może się ostać w świetle orzeczenia Sądu Najwyższego – Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie I PZP 6/04. Sąd Najwyższy stwierdził bowiem, że spółka z ograniczoną odpowiedzialnością utworzona przez jednostkę samorządu terytorialnego ma – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia – status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jest tak nawet wtedy, gdy działalność prowadzi przez wewnętrzną jednostkę nazwaną niepublicznym ZOZ. Sąd Najwyższy dostrzegł pomysłowość samorządowców i ich konsekwencję w próbie pozbycia się zobowiązań, ale nie zmieniło to stanowiska Sądu, że nowy podmiot ponosi odpowiedzialność za zobowiązania pracownicze powstałe przed dniem utworzenia spółki – w tym wynikające z tzw. ustawy „203” i dodatkowego wynagrodzenia
- przepisy prawa normują rygorystycznie procedurę powołania (rejestracji) nowego podmiotu prawa handlowego oraz proces likwidacji. Skomplikowany charakter owego procesu w sytuacji SPZOZ w Lipnie niewątpliwie doprowadzi do tego, iż SPZOZ w likwidacji nie podpisze nowej umowy na świadczenia zdrowotne z NFZ, a nowy podmiot po prostu „nie zdąży” jej podpisać. W takiej sytuacji w roku 2005 nie będzie podmiotu świadczącego dotychczasowe usługi medyczne SPZOZ w Lipnie, a zostaną one przejęte przez konkurencyjne nzozy i spozozy

- na podstawie dokumentów i posiadanych opinii jesteśmy zobowiązani zasygnalizować, iż nowy podmiot może nie uzyskać rejestracji w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej. Dzieje się tak dlatego, iż nie zdoła sprostać wymogom określonym przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Jeśli nawet podejmie działania zmierzające do naprawy i dostosowanie obiektu do potrzeb sanitarnych pochłonie to nie tylko znaczne koszty, ale i czas, co sprawi, iż nie będzie możliwe zawarcie umowy z NFZ na rok 2005. SPZOZ w Lipnie może nadal prowadzić działalność, mimo negatywnych opinii, albowiem posiada warunkową zgodę, co nie oznacza, iż w przyszłości wymagania określone przez PIS i SANEPiD będzie musiał zrealizować.

Autorzy niniejszego opracowania stoją na stanowisku, iż aktualna sytuacja finansowa oraz prawna SPZOZ w Lipnie nakazuje przyjęcie założenie, iż możliwą drogą do rozwiązania trudnej sytuacji jest utrzymanie statusu prawnego SPZOZ, kontynuowanie działalności i przeprowadzenie głębokiej restrukturyzacji zakładu, tak pod względem organizacyjnym, jak i polegającej na maksymalnym ograniczeniu kosztów działalności, zwłaszcza osobowych i materiałowych. Niezbędnym jest wszak pozyskanie finansowania także poza strukturami NFZ, a podejmowane przez nas działania wskazują, że możliwość taka istnieje. Dlatego też proponujemy następujące zmiany dotyczące działalności oddziałów Szpitalnych i zmiany organizacyjne:

- I. Niezbędnym dla obniżenia kosztów i wyeliminowania nadmiernych kosztów, kosztów nieuzasadnionych jest likwidacja Oddziału Chirurgii Onkologicznej, zwłaszcza w sytuacji, gdy znamienita część procedur wykonywanych na tym oddziale to procedury stricte ogólnie chirurgiczne. Dalej – koniecznym jest zamknięcie ZOZ w Dobrzyniu n/Wisłą i sprzedaż majątku (budynku) tego ZOZ. To samo dotyczy GOZ w Zbójnie, który to zakład generuje jedynie koszty, tym bardziej, że istnieje tam już niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Te zmiany doprowadza do obniżenia liczby zatrudnionych o 14 osób.

Oddziały szpitalne SPZOZ w Lipnie.

- I. Chirurgia ogólna z odcinkiem pooperacyjnym: oddział ten winien zakontraktować dodatkowo procedury urazowo-ortopedyczne, urologiczne, onkologiczne, chirurgii jednego dnia. Oddział ten docelowo winien liczyć 54 łóżka, a zatrudnienie powinno przedstawiać się następująco :
- ordynator – 1

- lekarze asystenci – 3
- pielęgniarka oddziałowa – 1
- pielęgniarki odcinkowe – 19
- salowe 5
- sekretarka medyczna – 1

Oznacza to zmniejszenie zatrudnienia o 8 osób - to znaczy 4 salowe, 1 dietetyczka i 3 pielęgniarki.

II. Oddział neurologii i rehabilitacji neurologicznej :

W przyjętych założeniach oddział powinien zajmować się hospitalizacją chorych (bez udaru mózgu) oraz wczesna rehabilitacja neurologiczna. Winien liczyć 29 łóżek z następującą obsadą medyczną :

- ordynator – 1
- asystent – 1
- pielęgniarka oddziałowa – 1
- pielęgniarki odcinkowe – 13
- salowe – 4
- sekretarka medyczna - 1

Nie przewiduje się stanowiska zastępcy pielęgniarki oddziałowej.

W przypadku pozyskania tomografu komputerowego bezwzględnie nastąpi zwiększenie ilości zakontraktowanych usług oraz wzrost rodzajowy o leczenie chorych z udarami mózgu i ich rehabilitacja. Zakłada się wszak, iż nie będzie to miało wpływu na ilość personelu medycznego.

III. Oddział ginekologii.

Świadczenie nie zmienione rodzajowo. Nastąpi znaczne zmniejszenie ilości łóżek – do 20 sztuk.. Obsada medyczna :

- ordynator – 1
- lekarze asystenci – 2
- położne – 6 (brak oddziałowej)
- salowe – 4

Następuje zmniejszenie ilości położnych o 2 osoby.

IV. Odcinek położnictwa i noworodków (w tym blok porodowy).

Świadczenia zdrowotne nie ulegają zmianie, jednak z uwagi na malejące zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi nastąpi zmniejszenie ilości zatrudnionych osób. Planuje się :

- łóżek – 8 w systemie rooming

Obsługa lekarska z oddziału ginekologii.

Personel medyczny :

- położna oddziałowa – 1 (również dla oddziału ginekologii)
- położne i pielęgniarki odcinkowe – 12
- salowe – 4
- sekretarka – z oddziału neurologii.

W związku z tym zatrudnienie zmniejszy się o 3 położne, 1 salową i 1 sekretarkę – łącznie 5 osób.

Na piętrze trzecim proponujemy umieszczenie po zlikwidowanym oddziale wewnętrznym II :

- V. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy przeniesiony z Dobrzynia n/ Wisłą i zwiększenie ilości łóżek do 30. Likwidacja tego zakładu w Dobrzyniu n/Wisła i usytuowania miejsca świadczenia usług w SPZOZ w Lipnie pozwoli na zwolnienie 10 pielęgniarek i położnych, 1 technika fizykoterapii, 8 salowych, 2 kucharek, 1 praczki i magazyniera.

W Lipnie w przeniesionym (nowym) oddziale ZOL opiekę lekarską zapewnia lekarze z oddziału wewnętrznego natomiast średni personel medyczny będzie pochodził z innych oddziałów, a więc nastąpi rozwiązanie umów o pracę z personelem zatrudnionym w Dobrzyniu n/Wisłą. Nadto likwidacji ulegną koszty utrzymania budynku i jego eksploatacji, a sam obiekt zostanie sprzedany.

W związku z tym przewiduje się zatrudnienie :

- kierownik zakładu – 1 (mgr pielęgniarstwa)
- pielęgniarki odcinkowe – 12
- salowe – 5

Piętro trzecie obejmie nadto po zlikwidowanym oddziale chirurgii onkologicznej oddział rehabilitacji ogólnej, przeniesiony z piętrowa V. Oddział będzie liczył co najmniej 20 łóżek. Zakłada się bowiem pozyskanie większej zakontraktowanych usług rehabilitacji. Personel oddziału proponujemy w następującej ilości :

- lekarz – 1
- pielęgniarka oddziałowa – 1
- pielęgniarki odcinkowe – 9
- salowe – 3

Zabiegi rehabilitacyjne będą wykonywane przez personel działu rehabilitacji medycznej.

Piętro II.

VI. Oddział wewnętrzny utworzony w wyniku połączenia dotychczasowych dwóch oddziałów wewnętrznych, z odcinkami pulmonologicznym i reumatologicznym oraz 8 łóżek intensywnej opieki kardiologicznej.

Liczba łóżek – 70.

Personel:

- ordynator 1
- zastępca ordynatora – 1
- asystenci – 5 i dodatkowy nie generujący kosztów 1 lekarz rezydent.
- pielęgniarka oddziałowa – 1
- pielęgniarki kardiologiczne – 6
- pielęgniarki odcinkowe – 18
- sekretarka medyczna – 1
- salowe – 5

W wyniku połączenia oddziałów i utworzenia jednego oddziału wewnętrznego ograniczenie zatrudnienia przedstawia się następująco - 7 pielęgniarki, 6 salowych, 1 sekretarka i 1 dietetyczka, łącznie zmniejszenie zatrudnienia o 15 osób. Nastąpi zmniejszenie etatów lekarskich o 2 etaty.

Piętro I.

VII. Na 1 piętrze umieszczony jest oddział dziecięcy, który jednak zostanie zmniejszony do 20 łóżek. Podyktowane jest to zapotrzebowaniem (mniejszym) na tego rodzaju usługi medyczne.

Personel :

- ordynator – 1
- asystenci – 2
- pielęgniarka oddziałowa – 1
- pielęgniarki odcinkowe – 8
- dietetyczka – 1 (pracownik zlikwidowanej kuchni mlecznej)
- salowe – 3
- sekretarka – 1 (obsługująca także oddział rehabilitacji).

Zmniejszenie zatrudnienia o 3 osoby.

VII. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy.

Liczba łóżek bez zmian – 30.

Personel :

- obsługa medyczna wykonywana przez lekarzy z oddziału wewnętrznego
- kierownika zakładu – 1
- pielęgniarki odcinkowe – 12
- salowe - 5

W wyniku restrukturyzacji zmniejszenie zatrudnienia o 4 osoby.

IX. Oddział Intensywnej Terapii i Dział Anestezjologii.

Liczba łóżek bez zmian – 4, zgodnie z minimalnymi standardami.

Personel :

- ordynator – 1
- asystenci – 2
- oddziałowa – 1
- pielęgniarek odcinkowych – 14 (zmniejszenie 3 etaty)
- salowa – 1

X. Blok operacyjny.

Blok operacyjny obejmuje 5 sal operacyjnych umieszczonych na 5 i 4 piętrze.

Zatrudnienie :

- pielęgniarka oddziałowa – 1
- pielęgniarki odcinkowe – 11 (zmniejszenie o 3 osoby)
- salowe – 5 (zmniejszenie o 2)

W ramach restrukturyzacji planujemy zamknięcie POZ i utworzenie w tym miejscu oddziału opieki paliatywnej. Oddział liczyć będzie 15 łóżek i następujący personel medyczny :

- ordynator – 1
- asystent – 1
- pielęgniarka oddziałowa – 1
- pielęgniarki odcinkowe – 14
- salowe – 4

Reorganizacja laboratorium analitycznego oraz serologii i banku krwi polegać będzie na utworzeniu z tych „jednostek” Zakładu Analityki Medycznej obejmującego pracownie mikrobiologiczną, serologię i bank krwi. W związku z tym zatrudnienie przedstawiać się będzie następująco :

- 8 techników
- 4 magistrów analityki
- 1 pomoc laboratoryjna

- 1 sprzątaczką.

Nastąpi więc zmniejszenie personelu o 14 osób (etatów).

W stosunku do Zakładu Radiologii przewidujemy rozpisanie konkursu na udzielenie świadczeń zdrowotnych (diagnostycznych) z zakresu radiologii. Niezbędnym jest jednak pozostawienie w stosunku pracy z SPZOZ kierownika, albowiem osoba ta koordynowałaby prace zakładu, nadzorowała realizację „kontraktu” oraz zapewniała należytą dbałość o sprzęt. Takie działanie spowoduje zmniejszenie zatrudnienia o dalsze 12 osób.

XI. Zakład Rehabilitacji Medycznej.

Pracownicy zatrudnieni w tym Zakładzie pełnią również ważną rolę przy rehabilitowaniu pacjentów z innych oddziałów. Wykonują także świadczenia ambulatoryjne. Niemniej jednak, z uwagi na koszty niezbędnym jest ograniczenie zatrudnienia (w sposób umożliwiający realizację kontraktu z NFZ) o 1 kąpielową i 6 techników fizykoterapii. Nie wykluczamy także, w zależności od jakości nowego kontraktu, zawarcia w tym Zakładzie umowy podobnej do Zakładu Radiologii.

XII. Transport wewnętrzny.

Z 6 zatrudnionych dotychczas osób zadania określone dla tego „odcinka” wykonać może 3 pracowników, a więc niezbędnym jest ograniczenie zatrudnienia o 3 osoby.

XIII. Apteka „Pod Różą”.

Funkcjonowanie owej apteki przestało być uzasadnione i opłacalne z momentem zaniechania działalności przez lekarzy rodzinnych. W chwili obecnej apteka ta generuje jedynie koszty, co jednoznacznie przesądza kwestie jej likwidacji. Dlatego też SPZOZ nie będzie ponosił kosztów związanych z :

- wypłatami wynagrodzeń z tytułu istniejących dwóch umów kontraktowych
- utrzymania 3 etatów pracowniczych

XIV. Apteka szpitalna.

Proponujemy zatrudnienie :

- 1 kierownik
- 2 techników
- 1 sprzątaczką – fasowaczką.

XV. Nie ma technicznych, prawnych i finansowych możliwości innego usytuowania oddziałów psychiatrycznych. Muszą one bowiem mieścić się

maksymalnie do 2 kondygnacji (maksymalnie na 1 piętrze) oraz spełnić wymogi bezpieczeństwa, sanitarne. Koszt usytuowania oddziałów psychiatrycznych jest niewspółmiernie wysoki w stosunku do ewentualnych korzyści, przy czym zaznaczyć należy, iż przy ograniczeniu kosztów osobowych oddziały te przynoszą zyski. Planujemy zmniejszenie zatrudnienia o 8 sanitariuszy oraz dwie sekretarki (1 na dwa oddziały). Natomiast ZOL Psychiatryczny pozostanie bez zmian personalnych i ilości łóżek.

XVI. Zmianom organizacyjnym podlegać także muszą przychodnie. Niezbędnym jest ograniczenie zatrudnienia średniego personelu medycznego. W związku z tym poradnie okulistyczna, dermatologiczna, neurologiczna, reumatologiczna, neurochirurgiczna, diabetologiczna nie będą zatrudniały pielęgniarek. Redukcji ulegną etaty higienistek – o 3 osoby.

W poradni chorób płuc zatrudniona będzie 1 pielęgniarka (zmniejszenie o 1 osobę), a w poradni cytologicznej redukcji ulegną 2 etaty położnych.

W związku z likwidacją POZ zwolnione zostaną 2 położne i 2 rejestratorki, a także etat sprzątaczk.

XVII. Szpitalny Oddział ratunkowy zatrudnia 60 osób. Jednakże przepisy normujące działalność jednostek ratownictwa medycznego, świadczenie usług tego rodzaju oraz konieczność zapewnienia trzech zespołów wyjazdowych (dwa zespoły „W” i jeden „R”) nie dają możliwości nadmiernej redukcji. Problemem są natomiast godziny nadliczbowe w SOR. Dlatego też ordynator SOR zostanie zobligowany do opracowania takiego systemu i organizacji pracy, by godziny owe zostały wyeliminowane. Rozwiązać niewątpliwie należy problem organizacyjny sprowadzający się do utrzymywania zespołu wyjazdowego w Dobrzyniu n/Wisłą, a nadto należy zastosować łączenie w karetkach wyjazdowych „R” funkcji kierowcy i ratownika medycznego, co pozwoli ograniczyć zatrudnienie. Ordynator zostanie zobligowany do opracowania planu i założeń zastosowania w pracy zespołów paramedycznych w karetkach wypadkowych „W”.

Należy zlikwidować kuchnię mleczną, co pozwoli na ograniczenie zatrudnienia o 2 osoby. Dalej – bezwzględną koniecznością jest korzystanie z usług pralniczych zewnętrznych i zlikwidowanie pralni w SPZOZ, co oznaczać będzie dalszą redukcję etatów o 8 osób.

W kuchni szpitalnej istnieje możliwość zredukowania etatów o 3. Miejsce kierowniczk kuchni obejmie technolog żywienia.

Dalsze zamierzenia organizacyjne to :

- dział statystyki medycznej – zmniejszenie zatrudnienia 4 osoby
- dział administracji – zmniejszenie zatrudnienia o 10 osób

- - dział techniczny – redukcja etatów o 10. W przypadku przekazania ciepłowni szpitalnej innemu podmiotowi do obsługi lub Urzędowi Miasta w Lipnie – dalsza redukcja o 16 etatów. Proponujemy redukcje etatów w oczyszczalni, która polegać będzie na jej przekazaniu do obsługi jednej osobie w ramach uruchomionej przez nią działalności. Oznaczać to będzie zwolnienie 5 osób.
- portierzy i telefoniści oraz pracownicy terenowi – prace przez nich świadczoną wykonywać będzie firma wyłoniona w drodze przetargu. Oznaczać to będzie redukcję o 19 etatów.

Przedstawione działania doprowadzą do zmniejszenia zatrudnienia o 217, co skutkować będzie ograniczeniem kosztów osobowych 3.385.200,00 zł rocznie

Szczegółowe dane finansowe i organizacyjne związane z restrukturyzacją SPZOZ w Lipnie.

Przedstawiona analiza pozwala założyć następujące wskaźniki ekonomiczne i organizacyjne, które zamierzamy uzyskać w drodze restrukturyzacji Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lipnie :

1. Oddział Chirurgii Ogólnej :

- złożenie oferty i zakontraktowanie usług medycznych w granicach 3.500.000 złotych. Da się to przeprowadzić poprzez wprowadzenie świadczeń jednodniowych, urazowo-ortopedycznych, urologicznych oraz wybranych procedur chirurgii onkologicznej. Bezwzględnie należy założyć, iż nie będzie funkcjonowała w ramach oddzielnego oddziału chirurgia onkologiczna chociażby z tego powodu, iż faktycznie tzw. chirurgia onkologiczna wykonywała w 80% procedury chirurgii ogólnej. Następowало rozbitcie usług przy jednoczesnym zwiększeniu kosztów tak osobowych, jak i materiałowych.
- usytuowanie oddziału pozostanie bez zmian, ilość łóżek 54, w ramach których przewiduje się łóżka dla chirurgii jednego dnia i urazowo-ortopedycznej
- redukcja zatrudnienia o łącznie 8 osób

2. Oddział Neurologii.

- oferta do NFZ przewiduje zakontraktowanie świadczeń w oddziale udarowym, przy założeniu, że niezbędny dla tego typu świadczenia tomograf komputerowy zostanie zakupiony do dnia 30. czerwca 2005 r. Oddział będzie prowadził wczesną rehabilitację poudarową co może przynieść dodatkowo 3650 osobodni (według danych demograficznych), a w związku z tym kontrakt może być zwiększony o kwotę nie mniejsza niż z 365.000,00 zł. Przy założeniu, iż kontrakt na rok 2005 nie będzie mniejszy niż w roku bieżącym można złożyć przychód z NFZ w kwocie 1.000.000,00 zł.
- zakładając zakup tomografu oddział neurologii będzie specjalizował się przede wszystkim w leczeniu chorób naczyniowych mózgu. Przy danych demograficznych wskazujących na to, iż na terenie działania SPZOZ w Lipnie do 31.08.2004 r. odnotowano 355 przypadków udaru kwota do pozyskania z NFZ oscyluje w granicach 2.000.000,00 zł. W związku z tym należy „zakontraktować 6 łóżek intensywnego nadzoru neurologicznego oraz 12 łóżek półintensywnych.

- w ramach oddziału prowadzona będzie także wczesna rehabilitacja neurologiczna, jako oddzielne świadczenie medyczne. Świadczenia tego w roku 2004 nie było, a jest możliwe do wykonania bez potrzeby zwiększania stanu osobowego i nakładów rzeczowych. Stawka maksymalna według danych NFZ za tego rodzaju świadczenie wynosi 110 zł za osobodzień, a czas trwania rehabilitacji jest od 3 do 6 tygodni. W przypadku wtórnej rehabilitacji neurologicznej istnieje przedłużenia pobytu o dalsze co najmniej 3 tygodnie za maksymalną cenę 90 zł za osobodzień
- w związku z posiadaniem tomografu komputerowego na pewno zostaną zakontraktowane usługi z zakresu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych współfinansowanych, co oznacza możliwość sprzedawania usług z zakresu tomografii podmiotom zewnętrznym,
- na oddziale nie przewiduje się zatrudnienia zastępcy pielęgniarki oddziałowej, ale zarazem zwiększenie rodzaju świadczeń nie wpłynie na wzrost zatrudnienia.

3. Oddział Ginekologii.

- oddział nie będzie przyjmował pacjentek z patologią ciąży, albowiem NFZ nie będzie kontraktował u nas tego rodzaju świadczeń. Pozwoli to na ograniczenie kosztów, co do tej pory nie było w ogóle dostrzegane w pracy tego oddziału. Kwoty uzyskane z wyeliminowania tego rodzaju świadczeń przeznaczone zostaną na zabiegi ginekologiczne ratujące życie,
- nastąpi zmniejszenie ilości łóżek do 20, albowiem dane demograficzne z ostatnich lat wskazują na poważne zmniejszenie ilości świadczeń wykonywanych na oddziale ginekologii,
- koniecznym jest uzyskanie większej ilości punktów w ramach neonatologii i położnictwa, albowiem NFZ zakłada płacenie za realnie wykonaną usługę – brak limitowania świadczeń
- nastąpi zmniejszenie zatrudnienia o 2 położne, przy czym nie będzie stanowiska pielęgniarki oddziałowej, gdyż funkcje tę będzie pełniła pielęgniarka oddziałowa położnictwa
- umowy o pracę posiadać będzie trzech lekarzy, ale jednocześnie przewiduje się możliwość zawarcia umów na pełnienie dyżurów. Oznacza to realne zmniejszenie zatrudnienia kadry lekarskiej.

4. Odcinek położnictwa i noworodków (w tym blok porodowy).

- zakres świadczeń medycznych nie ulegnie zmianie, przy czym w związku ze zmniejszonym zapotrzebowaniem na tego rodzaju świadczenia nastąpi redukcja zatrudnienia o 5 osób średniego personelu medycznego.
- pielęgniarka oddziałowo położnictwa pełni tę funkcje także dla oddziału ginekologii.

5. Zakład Opiekuńczo – Lecznicy w Dobrzyniu n/Wisłą.

- ZOL w Dobrzyniu n/Wisła zostanie w całości przeniesionych do Szpitala Powiatowego w Lipnie w miejsce Oddziału Wewnętrznego II,
- nastąpi zwiększenie ilości łóżek do 30 (z dotychczasowych 21), co pozwoli zwiększyć ilość środków finansowych uzyskanych z NFZ (zyskujemy 190 osobodni)
- likwidacja ZOL w Dobrzyniu n/Wisła zredukuje liczbę osób zatrudnionych o 23 osoby, a opiekę lekarską zapewnia lekarze z oddziału wewnętrznego. Natomiast średni personel medyczny oraz salowe zostaną pozyskane z innych oddziałów (z wykorzystaniem możliwości przeniesienia do pracy w z oddziałów likwidowanych),
- likwidacja ZOL w Dobrzyniu n/Wisłą pozwoli na sprzedaż budynku w Dobrzyniu n/Wisłą,
- przeniesienie ZOL z Dobrzynia n/Wisłą do Szpitala w Lipnie oznacza funkcjonowanie jednego ZOL jako oddziału z 60 łózkami, a dalej daje to redukcję łącznie etatów w samym Szpitalu w Lipnie o 4 osoby,

6. Oddział Wewnętrzny.

- oddział wewnętrzny zostanie usytuowany na II piętrze
- oddział liczyć będzie 70 łóżek przy założeniu funkcjonowania odcinków : pulmonologicznego, reumatologicznego, intensywnego nadzoru kardiologicznego
- utworzenie jednego oddziału wewnętrznego oznacza redukcję zatrudnienia o 15 etatów średniego personelu oraz 2 etaty lekarskie
- niezbędnym jest zwiększenie kontraktu na tym oddziale do kwoty co najmniej 4.000.000,00 złotych, aby zabezpieczyć minimalne zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne dla mieszkańców powiatu lipnowskiego,
- posiadanie przez Szpital tomografu komputerowego pozwoli na uzyskanie wyższej kategorii typu z I na II, albowiem oddział wewnętrzny będzie oddziałem specjalistycznym. Daje to możliwość uzyskania wyżej opłacanych procedur medycznych.

7. Zakład Diagnostyki Medycznej.

- będzie to nowy zakład obejmujący pracownię mikrobiologii, serologii i banku krwi, diagnostyki radiologicznej i patomorfologii.
- kierownikiem zakładu będzie lekarz, a zarazem nastąpi kolejna redukcja stanowisk kierowniczych (brak stanowisk kierowniczych laboratorium, RTG i patomorfologii)
- nastąpi zmniejszenie liczby stanowisk kierowniczych
- redukcja 14 etatów z dotychczasowych pracowni
- redukcja 12 etatów na odcinku radiologii
- w ramach nowego zakładu świadczone będą usługi EEG i EKG

8. Oddział Paliatywny.

- nowy oddział wymagający przeznaczenia na ten cel pomieszczeń dotychczas zajmowanych przez lekarzy rodzinnych
- świadczenia w zakresie opieki paliatywnej są dobrze opłacane przez NFZ (150 zł za osobodzień)
- przewiduje się umieszczenie 15 łóżek paliatywnych, co przy założeniu uzyskania 100 zł za osobodzień może przynieść przychód w wysokości około 540.00,00 zł rocznie
- obsługę medyczną (lekarską i pielęgniarstwa) zapewni się poprzez przesunięcie do pracy pielęgniarek i innego personelu z oddziałów, w których nastąpi redukcja zatrudnienia,

9. Oddział Intensywnej Terapii.

- z uwagi na znaczenie tego oddziału dla Szpitala Powiatowego oddział ten nie podlegać będzie zmianom organizacyjnym,
- przewiduje się zmniejszenie ilości pielęgniarek odcinkowych o 3 osoby, a pozostałe pielęgniarki będą także wykorzystywane na bloku operacyjnym

10. Apteka „Pod Różą”.

- likwidacja apteki i redukcja zatrudnienia

Zakładamy, iż cały kontrakt dla SPZOZ w Lipnie nie będzie mniejszy, a dotychczasowe rozmowy z NFZ pozwalają przypuszczać, iż możliwe jest uzyskanie umowy przewidującej finansowanie o 10% (co najmniej). Do tego należy dodać jeszcze nowe kwoty pochodzące z usług nowych (nowokontraktowanych).

Pozostałe zamierzenia organizacyjne zostały przedstawione w analizie przekazanej organowi założycielskiemu i przyjęte tam rozwiązanie nie uległy zmianie.

Przedstawione zamierzenia w dziedzinie rynku świadczeń medycznych przyniosą konkretne oszczędności, ale także wiążąc się będą z koniecznością wydatków finansowych, związanych choćby z koniecznością zapłacenia odpraw pracownikom. Przedstawia to tabela :

Nazwa komórki organizacyjnej	Końcowy termin wprowadzenia zmiany	Koszty (np. odprawy pracowników)	Planowane oszczędności w skali roku	Czas wprowadzenia zmian
Kuchnia mleczna	31.01.2005 r.	2.400,00 zł	9.800,00 zł	3 m-ce maksymalnie
Pralnia	31.01.2005	20.000,00 zł	75.000,00 zł	3 m-ce maksymalnie
Chirurgia	31.01.2005	19.200,00 zł	76.800,00 zł	do 3 m-cy

Obsługa techniczna i pracownicy techniczni – portierzy, telefoniści, pracownicy zewnętrzni itp.	31.01.2005	ok. 145.604,00 zł	583.420,00 zł	do 3 m-cy
ZOL Dobrzyń n/Wisłą	31.12.2004 r.	83.142,00 zł	koszty materiałowe (woda, prąd remonty) 67.721,79 zł koszty osobowe – pracownicy 332.568,00 zł	do 2 m-cy,
Położnictwo	31.01.2005	11.000,00 zł	44.000,00 zł	do 3 m-cy
Ginekologia	31.01.2005	13.314,00 zł	53.256,00 zł	do 3 m-cy
Apteka „Pod Różą”	31.12.2004	11.091,00 zł	49,540,00 zł	do 3 m-cy
GOZ Dobrzyń n/Wisłą	31.01.2005	koszty mieszczą się w kwocie ZOL Dobrzyń n/Wisłą	koszty mieszczą się w kwocie ZOL Dobrzyń n/Wisłą	do 3 m-cy
Chirurgia Onkologiczna	31.10.2004		209.037,60 zł – co najmniej, albowiem taka była wartość trzech kontraktów lekarskich	1 m-c
Oddział Wewnętrzny	31.12.2004	54.000, zł	216.000,00 zł	3 m-ce (redukcja zatrudnienia)
Zakład Rehabilitacji Medycznej	31.01.2005 r.	26.400,00 zł	105.600,00 zł	3 m-ce
Zakład Radiologii	31.01.2005	15.996,00 zł	63.398,00 zł	3 m-ce

Kuchnia Szpitalna	31.01.2005	12.888,00 zł	51.552,00 zł	3 m-ce
Łącznie		415.035,00 zł	1.937.693,39 zł	

Autorzy opracowania zaznaczają, iż w niniejszym harmonogramie omówiono jedynie najpoważniejsze zmiany, takie, które będą miały istotny wpływ na funkcjonowanie SPZOZ. Nie zajęto się w tym miejscu reorganizacją służb administracyjnych, a to z tego względu, iż w okresie przejściowym osoby zatrudnione w administracji strictly finansowej będą obciążone dodatkowymi zadaniami. Nadal jednak istnieje potrzeba redukcji zatrudnienia i w tym dziale, co będzie miało wyraz między innymi w zniesieniu stanowisk kierowniczych.

Koszty związane ze zwolnieniami pracowników trzeba powiększyć o kwoty wypłaconych im świadczeń z tytułu ustawy „203” oraz 13 pensji, albowiem osoby te niewątpliwie po rozwiązaniu umowy o pracę będą windykowały te należności. Nie dopuszczając do kolejnych zajęć komorniczych należy więc zaspokoić te roszczenia w całości.

Środkami, które mają pozwolić na przeprowadzenie niezbędnych zmian będą środki finansowe uzyskane z kredytu udzielonego SPZOZ w Lipnie przez bank mający swą siedzibę w Holandii, w wysokości 2,5 miliona EURO. Kwota ta musi zaspokoić roszczenia pracowników powodujące zajęcie komornicze w Narodowym Funduszu Zdrowia, co sprawi, iż całość kontraktu zostanie przeznaczona na funkcjonowanie SPZOZ w Lipnie.

Zarazem oszczędności związane ze zmianą umów cywilnoprawnych, zmianami organizacyjnymi, restrukturyzacją pozwolą na obsługę kredytu i ewentualne lokowanie środków finansowych. Warto zaznaczyć, iż do dnia opracowania niniejszej analizy z tytułu zmiany umów cywilnoprawnych na umowy o pracę budżet na wypłatę sum kontraktowych zmniejszył się o kwotę 103.884,61 złotych.

Zarazem autorzy opracowania zastrzegają, iż w toku dalszej działalności SPZOZ muszą nastąpić i są planowane dalsze zmiany. W sytuacji prowadzenia rozmów z BISE jest to niezbędne. Istnieje bowiem system takiego zabezpieczenia standardów zatrudnienia, który doprowadzi do znacznej redukcji etatów średniego personelu medycznego. Potrzebny jest jednak w tej materii czas i pieniądze na doksztalcenie pracowników.