

Warszawa dnia 20 sierpnia 1999 r.

## Opinia prawna

### na temat zasadności wniosku Rady Miejskiej w Kołobrzegu do Trybunału Konstytucyjnego

Pismem z dnia 9.7.1999 r. Zarząd Miejski w Kołobrzegu przedłożył Trybunałowi Konstytucyjnemu Uchwałę Nr X/97/99 Rady Miejskiej w Kołobrzegu z dnia 29 czerwca 1999 r. w sprawie wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego.

Wymienioną uchwałą Rada Miejska postanowiła wystąpić do Trybunału z wnioskiem o stwierdzenie niezgodności przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. Nr 133, poz. 872, z późn. zm.) a w szczególności jej art. 47 i 80 ust. 1 z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483) w zakresie powodującym odpowiedzialność jednostek samorządu terytorialnego przejmujących uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, za zobowiązania finansowe tychże zakładów powstałe do dnia 31.12.1998 r., tj. do momentu, gdy organem tworzącym dla tych zakładów był właściwy organ administracji rządowej.

Dla uzasadnienia wystąpienia podane zostały poniższe argumenty:

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. Nr 133, poz. 872) oraz 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 (Dz.U. Nr 145, poz. 941 z późn.zm.) z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Zgodnie z brzmieniem art. 80 ust. 1 ustawy Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną Skarb Państwa obciążają jedynie powstałe do 31 grudnia 1998 r., zobowiązania finansowe państwowych jednostek budżetowych i zakładów budżetowych, przejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast istniejące do tej daty zobowiązania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, które są jednostkami samodzielnymi i samofinansującymi się, są nadal, również po 31 grudnia 1998 r. zobowiązaniami samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłady te same pokrywają, we własnym zakresie ujemny wynik finansowy a jeżeli nie mają takich możliwości wówczas organ, który zakład utworzył (np. jednostka samorządu terytorialnego) podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub jego likwidacji i pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych.

Oznacza to, że zadłużenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w wyżej opisanej sytuacji obciąża organ, który zakład utworzył, czyli np. jednostkę samorządu terytorialnego.

Zdaniem wnioskodawców, powoduje to w konsekwencji przeniesienie na jednostkę samorządu terytorialnego odpowiedzialności majątkowej za zadłużenie, które wcześniej obciążało Skarb Państwa. Jednocześnie ustawa nie przewiduje możliwości jakiegokolwiek rekompensaty finansowej dla jednostek samorządu terytorialnego, z tytułu przejęcia tej odpowiedzialności. Stan taki - według twierdzeń wnioskodawców - jest sprzeczny z zapisem art. 167 ust. 1 i ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Ustawa powinna bowiem zapewnić jednostkom samorządu terytorialnego odpowiednie środki finansowe lub zabezpieczyć w inny sposób ich uzasadnione interesy majątkowe.

Przechodząc do analizy prawnej problemu zawartego we wniosku należy na wstępie zacytować art. 167 ust. 1 i ust. 4 Konstytucji, z którymi miałyby być sprzeczne art. 47 i art. 80 ust. 1 ustawy Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną.

Zgodnie z art. 167 ust. 1 Konstytucji jednostkom samorządu terytorialnego zapewnia się udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań. Natomiast jak wynika z art 167 ust. 4 Konstytucji zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych.

Powtórzeniem i konkretyzacją tego konstytucyjnego zapisu jest art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (jt: Dz.U. z 1996 r., Nr 13, poz. 74 z późn. zm.), zgodnie z którym przekazanie gminie, w drodze ustawy, nowych zadań własnych wymaga zapewnienia koniecznych środków finansowych na ich realizację w postaci zwiększenia dochodów własnych gminy lub subwencji.

Sprawy ochrony zdrowia wymienione zostały w powołanej ustawie wśród zadań własnych gminy. Tak więc nie jest to zadanie nowe, natomiast uległ zasadniczym zmianom dotychczasowy sposób realizacji tego zadania przez gminy.

Wiąże się to z wprowadzeniem z dniem 1 stycznia 1999 r. reformy ochrony zdrowia i wejściem w życie nowych regulacji prawnych, zawartych przede wszystkim w znowelizowanych ustawach:

- z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) oraz
- z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.).

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego a więc również gminy przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Samorząd stał się także z mocy prawa właścicielem nieruchomości swoich zakładów opieki zdrowotnej.

Uprawnienia i obowiązki właścicielskie oznaczają, że:

- tworzenie, przekształcenie i likwidacja zakładu następuje w drodze uchwały rady gminy (art. 36 ustawy);
- gmina zatwierdza i nadaje zakładowi statut, w którym określa rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (art. 11 ust. 2 pkt 4 i ust. 3 oraz art. 39 ust. 2);
- gmina powołuje i odwołuje radę społeczną zakładu (art. 45 ust. 8);
- fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia komunalnego (art. 56 ust. 2);
- zakład gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem komunalnym (art. 53 ust. 1);
- zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego przez zakład, albo wniesienie tego majątku do spółek lub fundacji jest nieważne bez zgody gminy (art. 53 ust. 2);
- gmina może pozbawić zakład składników przydzielonego mienia, w przypadku połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu, przeprowadzanych na zasadach określonych w ustawie (art. 53a ust. 1);
- w przypadku likwidacji zakładu jego majątek po zaspokojeniu wierzytelności staje się własnością gminy i ona decyduje o jego przeznaczeniu (art. 53a ust. 2);
- gmina sprawuje nadzór nad zakładem i w ramach nadzoru dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu oraz pracy kierownika zakładu. Kontrola i ocena obejmuje w szczególności realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową. Podmiot sprawujący nadzór w razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu jest sprzeczna z prawem wstrzymuje jej wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do jej zmiany lub cofnięcia (art. 67 ust. 2, 3 i 3a);
- gmina powołuje kierownika samodzielnego zakładu według ustalonego przez siebie trybu oraz nawiązuje z nim stosunek pracy (art. 44);
- gmina rozpatruje odwołania kierownika zakładu od uchwał rady społecznej (art. art. 47 ust. 3);

Powyższe szczegółowe przedstawienie uprawnień gmin było celowe. Jak widać bowiem, wraz z przejęciem przez jednostki samorządu terytorialnego roli organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ustawodawca dokonał przekazania majątku jednostek publicznej służby zdrowia poprzez komunalizację. Poza tym pełnienie roli organizatora, właściciela zakładów, ich nadzorcy i zarządcy wiąże się ze znacznymi uprawnieniami. Dzięki ich wykorzystaniu od gmin w dużej mierze może zależeć sytuacja finansowa zakładu.

W sytuacji zatarcia różnic między sektorami publicznymi i prywatnymi dochody wszystkich samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej zależą od liczby i rodzaju sprzedanych świadczeń.

Celowe jest odwołanie się w tym miejscu do argumentacji zawartej w specjalnym raporcie Anny Knysok - wiceministra zdrowia, pełnomocnika rządu d/s wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (cyt. za (epe) "Rola samorządów" w: "Wspólnota" Nr 21/480 str. IV-V).

Pełnomocnik rządu zauważa, że mimo, iż podobne funkcje (chodzi o uprawnienia i obowiązki właścicielskie organu - przyp. mój) w znacznie większym zakresie sprawują kasy chorych to zlekceważenie tych zadań przez samorządy terytorialne mogłoby przynieść wyjątkowo złe skutki. Jako ilustrację podaje przykład

sytuacji, kiedy publiczny zoz świadczy usługi niskiej jakości, lekarze i inny personel medyczny mają nieżyczliwy lub obojętny stosunek do pacjenta, a po numerkach trzeba stawić się o 6 rano, chociaż lekarz przyjmuje od 12. O telefonicznym zamówieniu wizyty nie ma co marzyć, a w ogóle to najlepiej byłoby gdyby pacjenci nie zawracali głowy personelowi. W miarę upływu czasu coraz mniej pacjentów będzie odwiedzać przychodnię, bowiem są inne bardziej życzliwe. W końcu pozostała grupa pacjentów jest tak mała, że jeśli nawet kasa chorych wykupi dla nich świadczenia zdrowotne, to w efekcie zbyt małe są to środki aby utrzymać całą przychodnię. Przychodnia - do momentu likwidacji - przechodzi na utrzymanie samorządu. Zestawiając mechanizmy działania konkurencji rynkowej z szerokimi, opisanymi wyżej uprawnieniami samorządów należy podzielić słuszność poglądu dotyczącego ścisłego związku między sytuacją zakładu a działaniami jego zarządcy i właściciela.

W sytuacji tolerowania zbyt dużego zatrudnienia, oferowania usług, na które nie ma zapotrzebowania, niedokonania niezbędnych restrukturyzacji bankructwo zakładu może być nieuniknione.

Odpowiedzialne zarządzanie, nadzór i należyte wykonywanie obowiązków właściciela nie powinno prowadzić do likwidacji zakładów opieki zdrowotnej a wręcz jej w porę przeciwdziałać. Tym bardziej, że art. 55a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nakłada na organy samorządu terytorialnego obowiązek sporządzenia i aktualizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Wykonanie przez samorządy wszystkich obowiązków nałożonych przepisami prowadzi - zdaniem A. Knysok i nie sposób się z tym nie zgodzić - do zapewnienia kompletnej i właściwej podstawowej opieki zdrowotnej dla mieszkańców regionu. Zlekceważenie tych obowiązków to uruchomienie procesu powolnego, lecz systematycznego pogarszania opieki zdrowotnej dla mieszkańców terenu. To także doprowadzenie, poprzez kosztowne pokrywanie niegospodarności publicznych zakładów opieki zdrowotnej do poważnych kłopotów finansowych, aż do możliwości załamania budżetu samorządu włącznie (A. Knysok tamże).

Reasumując powyższe uprawniony jest - moim zdaniem - pogląd, że przepisy art. 47 i 80 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną są zgodne z art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Przemawia za tym zarówno fakt przekazania jednostkom samorządu terytorialnego znacznego majątku wraz z nałożeniem nowego obowiązku, jak i przyznany szeroki zakres kompetencji właścicielskich, zarządzających i nadzorczych.

Ponadto samorządy dysponują pewnymi środkami z podatków. Obowiązujące przepisy przewidują poza tym możliwość uzyskiwania środków finansowych z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na zlecenie organu, który zakład utworzył. tak więc można uznać, że ustawa zapewnia jednostkom samorządu odpowiednie środki finansowe a także w inny sposób zabezpiecza ich uzasadnione interesy majątkowe.

*Opracowała: Małgorzata Szczypińska-Grabarczyk*