

Proces zmian organizacyjnych
publicznej służby zdrowia
na przykładzie projektu ustawy
o pomocy publicznej i restrukturyzacji pu-
blicznych zakładów opieki zdrowotnej
oraz o zmianie niektórych ustaw

(Druk Sejmowy nr 2278)

Marzec 2004

Grzegorz Ciura

Informacja

Nr 1036

Publiczna służba zdrowia znajduje się w kryzysie, zarówno finansowym jak i organizacyjnym. Dokonujące się zmiany finansowania i organizacji publicznej służby zdrowia nie przynoszą oczekiwanych efektów. Niniejsza informacja przedstawia jeden z projektów ustawy mający za zadanie poprawę sytuacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W informacji krótko przedstawiono obecne przepisy, dotychczasowe efekty działań restrukturyzacyjnych oraz główne rozwiązania projektu ustawy.

I. Obecne ramy organizacyjno-finansowe działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) stanowi, że

a) publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzony jest w formie samodzielnego zakładu, pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań (art. 35b) albo

b) publiczny zakład opieki zdrowotnej może być prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, jeżeli prowadzenie tego zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby niecelowe lub przedwczesne (art. 35c).

Instytucja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (spzoz) jest obecnie podstawową formą, w jakiej funkcjonują publiczne zoz-y.

Odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu, który zatrudniany przez podmiot, który utworzył zakład. Przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, oraz organem doradczym kierownika zakładu. Spzoz gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym. Przepisy ustawy określają zasady, na jakich spzoz może zbywać, wydzierżawiać, wynajmować majątek trwały.

Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy, ustalany przez kierownika zakładu. Nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej sprawuje podmiot, który utworzył zakład poprzez dokonywanie 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, gospodarkę finansową. Rozporządzenie 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 (Dz. U. Nr 94, poz. 1097) precyzyjnie określiło, według jakich kryteriów i na podstawie jakich dokumentów organ założycielski dokonuje nadzoru gospodarki finansowej spzoz. Nadzór – w tym zakresie – dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę gospodarki finansowej pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

W ramach tej kontroli podmiot sprawujący nadzór analizuje kwartalne sprawozdanie o przychodach, kosztach i wyniku finansowym jednostki organizacyjnej, roczny plan rzeczowo-finansowy, roczne sprawozdanie rzeczowo-finansowe, roczne sprawozdanie z działalności. Rozporządzenie upoważnia także podmiot sprawujący nadzór do comiesięcznego analizowania sprawozdań o przychodach, kosztach lub wyniku finansowym spzoz, jeżeli jest zagrożona jego płynność finansowa. Podmiot sprawujący nadzór przedstawia kierownikowi spzoz protokół kontroli zawierający zalecenia pokontrolne wraz z określeniem terminu przedstawienia informacji o sposobie, trybie i okresie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej określa konsekwencje finansowe ponoszenia strat samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Po pierwsze spzoz we własnym zakresie pokrywa ujemny wynik finansowy. Jeżeli wynik finansowy nie może być pokryty przez zakład, organ, który go utworzył powinien podjąć decyzję o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji. Organ, który utworzył spzoz pokrywa w

takim przypadku ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych. W przypadku likwidacji spoz zobowiązania i należności tego zakładu stają się zobowiązaniami i należnościami organu założycielskiego, czyli odpowiednio Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego lub państwowej uczelni medycznej.

Środki finansowe na swoją działalność spoz może uzyskać z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, realizacji programów zdrowotnych i Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, z wydzielonej działalności gospodarczej, z darowizn, zapisów spadków oraz ofiarności publicznej. Spoz może także otrzymywać dotacje budżetowe m.in. na inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznych aparatury i sprzętu medycznego. Dotacje spoz przyznaje z reguły organ, który utworzył dany zakład.

Z powyższego wyliczenia podstawowych zasad organizacji i finansowania spoz wynika, że największy wpływ na kondycję finansową tych zakładów, oprócz płatnika mają organy założycielskie. Z tego względu, bardzo ważną zmianą w sferze ochrony zdrowia była zmiana organów właścicielskich większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133 poz. 872 ze zm.) w art. 47 funkcje organów założycielskich przekazała odpowiednim organom samorządu terytorialnego:

Art. 47. 1. Z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejmują uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Prezes Rady Ministrów określi do dnia 30 czerwca 2000 r., w drodze rozporządzenia, wykaz zakładów, o których mowa w ust. 1, oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył.

3. Przejęcie zakładów, o których mowa w ust. 1, następuje w trybie i na zasadach określonych w niniejszej ustawie, z tym że majątek ruchomy Skarbu Państwa, przekazany w nieodpłatne użytkowanie samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, staje się z dniem 1 stycznia 1999 r. własnością tych zakładów.

1 stycznia 1999 r. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (podstawowy świadczeniodawca w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) przejmował nowy właściciel, którego struktury dopiero się tworzyły i w większości nie były przygotowane do pełnienia roli organu założycielskiego zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Można wyrazić wątpliwość, czy obecnie również większość jednostek samorządu terytorialnego posiadających spoz jest w stanie odpowiedzialnie i gospodarnie sprawować funkcję organu założycielskiego. Czy większość powiatów będzie w stanie wypełniać funkcje właściciela po zmianach formy organizacyjnej spoz na spółkę użyteczności publicznej? Ze względu na strukturę właścicielską spoz jest to pytanie ważne. Najwięcej bowiem publicznych zakładów opieki zdrowotnej opieki stacjonarnej prowadzą powiaty i samorząd województwa. Są to więc te podmioty, które będą decydować o publicznej infrastrukturze stacjonarnej opieki zdrowotnej w kraju.

II. Dotychczasowy przebieg restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie było jedynym działaniem w obrębie ochrony zdrowia przystosowujących tę sferę usług do zmieniających się warunków społeczno-gospodarczych. Od początku zmian ustrojowych dostrzegano niedopasowanie publicznych zasobów ochrony zdrowia do możliwości finansowych państwa, jak również do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Jeszcze w ramach budżetowego systemu finansowania

ochrony zdrowia podejmowano próby racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia i alokacji środków według kryteriów zobiektywizowanych, a nie według kryteriów odtwarzających historycznie ukształtowaną infrastrukturę ochrony zdrowia. Rozdzielenie funkcji płatnika od świadczeniodawcy oraz przyjęcie zasady płacenia za wykonane świadczenia przyspieszyło konieczność likwidowania zbędnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Głównymi celami programów restrukturyzacji w ochronie zdrowia było:

- dostosowanie jednostek ochrony zdrowia do wymogów tworzonego rynku świadczeń zdrowotnych,
- racjonalizacja kosztów udzielanych świadczeń,
- poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

W kwietniu 1999 r. został przyjęty przez Radę Ministrów „Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony”. W latach 2000-2002 kontynuowane były działania restrukturyzacyjne w ramach „Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia”, a w 2003 r. „Programu działań osłonowych restrukturyzacji w ochronie zdrowia”.

W programie z 1999 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przewidywało (na podstawie badań ankietowych) istotne zmiany w zatrudnieniu w sektorze publicznym ochrony zdrowia związane z działaniami reformatorskimi. Z publicznych zakładów opieki zdrowotnej do 2002 r. zwolniono ponad 92 tys. pracowników, z czego przynajmniej połowa zwalnianych znalazła zatrudnienie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Restrukturyzacja szpitali dotyczyła głównie redukcji łóżek szpitalnych (prawie 36 tys.), środki z programów restrukturyzacyjnych wydawano także na zakup aparatury i sprzętu medycznego, remonty i modernizacje. Z budżetu państwa na realizację wyżej wymienionych programów restrukturyzacyjnych przeznaczono środki finansowe w kwocie: w 1999 r. – 338,8 mln zł, w 2000 r. 354 mln zł, w 2001 r. 173,5 mln zł, w 2002 r. 120 mln zł i w 2003 r. – 60 mln zł. Oznacza to, że w omawianym okresie wydatki budżetu państwa na programy restrukturyzacyjne w ochronie zdrowia przekroczyły nieco 1 mld zł. Wyraźny jest spadek nakładów budżetowych na ten cel w poszczególnych latach. W 2003 r. przeznaczono już tylko 60 mln zł. Wysokość tej kwoty pokazuje, że znaczenie tego programu dla rzeczywistej restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest marginalne.

Nawet Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że pomimo tych programów restrukturyzacyjnych sytuacja finansowa publicznych zoz jest zła. Szczególnie widoczny jest brak środków na modernizację bazy i wyposażenia szpitali, a także brak właściwych mechanizmów rozdziału środków budżetowych na te cele. Przy decentralizacji organów założycielskich (właścicieli) publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie zdecentralizowano rozdziału środków finansowych z budżetu państwa przeznaczanych na inwestycje w ochronie zdrowia.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia programy restrukturyzacyjne prowadzone w latach 1999-2003 mimo pozytywnych efektów w zakresie zmniejszenia zatrudnienia i zmniejszenia liczby łóżek w publicznej ochronie zdrowia nie doprowadziły w dostatecznym stopniu do:

- spowolnienia zadłużania się szpitali,
- zamknięcia szpitali nierentownych lub zakładów, których funkcjonowanie z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych jest nieuzasadnione,
- przekształcenia łóżek krótkoterminowych w łóżka długoterminowe, zgodnie z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi.

Zdaniem ministerstwa głównymi przyczynami niepowodzenia programów restrukturyzacji było niedostateczne zaangażowanie podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej w likwidację lub łączenie nieefektywnych jednostek i równoczesnych działań na rzecz ich

utrzymania. Także konstrukcja programu, która nie dawała możliwości ścisłego monitorowania jego realizacji Ministrowi Zdrowia, podawana jest jako przyczyna niedostatecznych efektów.

III. Propozycje restrukturyzacyjne i zmian ustroju publicznych zakładów opieki zdrowotnej zawarte w rządowym projekcie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Projekt ustawy, ze względu na treść rozwiązań, można podzielić na dwie – w miarę odrębne – części. Pierwsza dotyczy restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i w niewielkim stopniu pomocy publicznej dla tych podmiotów, druga dotyczy zmian ustrojowych w obrębie organizacji zakładów opieki zdrowotnej (zmiana ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Część pierwsza. Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Projekt zakłada restrukturyzację finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz określa zasady pomocy publicznej publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Konieczność restrukturyzacji finansowej szpaz – jak czytamy w uzasadnieniu – wynika z ich ogromnego zadłużenia, które wynosiło na koniec marca 2003 r. 7 mld zł, z czego zobowiązania wymagalne to kwota 4 mld zł). Sytuacja taka wymaga podjęcia pilnych działań zmierzających do poprawy gospodarki finansowej i wprowadzenia mechanizmów uniemożliwiających dalsze niekontrolowane narastanie zobowiązań w przyszłości. Trzeba zatem spróbować odpowiedzieć na pytanie, czy zaproponowane przez rząd rozwiązania wprowadzają mechanizmy sanacyjne? Aby móc odpowiedzieć na to pytanie niezbędne jest odwołanie się do diagnozy sytuacji. Ministerstwo Zdrowia w opracowaniu *„Najistotniejsze przyczyny zadłużania i pogarszającej się sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej”* podaje następujący katalog przyczyn:

- realny spadek w latach 1999 – 2002 poziomu finansowania służby zdrowia ze środków publicznych (z 4,09% do 3,95% PKB),
- zmniejszenie ilości i cen świadczeń kontraktowanych przez kasy chorych,
- obowiązek ustawowy udzielania świadczeń zdrowotnych przez szpaz, które nie są finansowane ani przez ubezpieczyciela, ani przez budżet państwa (koszty obciążają szpaz),
- niejednolity system zawierania kontraktów przez kasy chorych,
- brak wsparcia finansowego przez organy założycielskie szpaz (głównie jednostki samorządu terytorialnego) koniecznych inwestycji,
- brak zapewnienia przez „państwo” środków finansowych na realizację obowiązkowej podwyżki wynagrodzeń (203 zł) pracowników szpaz za rok 2001 i 2002, wynikającej z ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu wynagrodzeń u przedsiębiorców,
- zbyt duża koncentracja szpitali publicznych w niektórych regionach, nie uwzględniająca geograficznego i zadaniowego charakteru dostępności do świadczeń zdrowotnych,
- problemy publicznych zakładów opieki zdrowotnej wyodrębnionych ze struktur PKP,
- brak skutecznych mechanizmów zarządzania wprowadzanych w szpaz i właściwego nadzoru organów założycielskich,
- brak faktycznej odpowiedzialności szpaz i organów założycielskich za powstanie zobowiązań szpaz,

– ograniczenia prawne jednostek samorządu terytorialnego w zakresie udzielania pomocy finansowej spzoz.

Tak długa lista czynników oddziałujących negatywnie na działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazywałby na konieczność bardzo daleko idących zmian w finansowaniu i organizacji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce. Można mieć wątpliwości, czy proponowane w projekcie regulacje są takim śmiałym posunięciem i czy łagodzą lub eliminują bariery zdiagnozowane wyżej?

1. Restrukturyzacja finansowa

Projekt wprowadza możliwość redukcji długów spzoz (brak w uzasadnieniu do projektu dlaczego wyłączone są zakłady zatrudniające do 50 osób, czy takie zakłady nie są zadłużone?), przy czym wyraźnie dzieli je na zobowiązania publicznoprawne, zobowiązania cywilnoprawne i indywidualne roszczenia pracowników. Występuje także ograniczenie czasowe, długów podlegających restrukturyzacji. Na podstawie przepisów projektu restrukturyzacji mogą podlegać jedynie zobowiązania powstałe między 1 stycznia 1999 r. a 31 marca 2003 r. O ile w przypadkach zobowiązań publicznoprawnych proponowane ramy czasowe mogą mieć uzasadnienie merytoryczne, to w przypadku pozostałych zobowiązań zawieranie ugód z wierzycielami, w stosunku do których spzoz zaciągnął dług w wyżej wymienionym okresie byłoby rozwiązaniem niepełnym, preferującym jednych wierzycieli. Trudno doszukać się istotnych przesłanek, które uzasadniałyby ustawowe różnicowanie statusu zobowiązań cywilnoprawnych spzoz ze względu na czas ich powstania.

Restrukturyzacja finansowa ma polegać na umorzeniu większości zobowiązań publicznoprawnych, rozłożeniu na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek płaconych przez pracownika na ZUS, zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych, zawarciu przez zakład ugód z pracownikami w zakresie roszczeń z „ustawy 203 zł”.

Warunki umorzenia zobowiązań publicznoprawnych są jednak bardzo trudne do spełnienia przez spzoz (art. 6 ust. 2). Umorzenie tych zobowiązań jest uzależnione od: braku zaległości wobec ZUS, braku zaległości z tytułu zobowiązań publicznoprawnych powstałych przed dniem 1 stycznia 1999 r. i po 31 marca 2003 r., zrealizowania ugody zawartej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych, spełnienia warunków do przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej (sup) i zaspokojenia roszczeń pracowników wynikających z „ustawy 203 zł”. W praktyce oznaczać to będzie dla większości spzoz zwiększone wydatki, które mogą być pokryte albo oszczędnościami wewnątrz zakładu albo zadłużaniem się na przyszłość.

Przyjęta metoda restrukturyzacji finansowej spzoz nie daje zatem trwałego uzdrowienia finansów tych zakładów, stąd stawiany w projekcie warunek konieczny rozpoczęcia procesu przekształcania się spzoz w spółkę kapitałową, aby sytuacja się nie powtórzyła i odpowiedzialność za długi zakładów nie musieli przejmować ich właściciele, tak jak to ma miejsce obecnie, na podstawie art. 60 ust. 4 lub 6.

Ten model restrukturyzacji finansowej zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest najbardziej korzystny dla finansów publicznych, zarówno rządowych jak i samorządowych. Większość ciężaru restrukturyzacji „starego zadłużenia” spada bowiem na spzoz, a nowe długi spółek użyteczności publicznej (sup) „nie są związane” w żaden sposób z finansami publicznymi. **Nierównowaga finansowa na rynku publicznych usług zdrowotnych będzie zagrażać jedynie nowym podmiotom powstałym po przekształceniu spzoz w sup, a nie finansom publicznym.** Zaciąganie zobowiązań, które nie będą mogły być spłacone przez zakład opieki zdrowotnej działający w formie sup co najwyżej spowoduje likwidację danej spółki.

Skutki opisane wyżej powinny mieć swoje omówienie w uzasadnieniu do projektu ustawy. Istotne jest bowiem przy podejmowaniu decyzji mogących mieć tak daleko idące skutki dla infrastruktury opieki zdrowotnej w kraju, jak dużym majątkiem obecnie dysponują samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jak jest on rozmieszczony regionalnie, jak dużych i w jakim czasie projektodawca spodziewa się zmian własnościowych tego majątku wynikających z restrukturyzacji bazy i działań likwidacyjnych publicznych zakładów, które nie mają racji bytu na danym terenie. Jakie zabezpieczenia ustawowe proponuje projektodawca, aby zmiany własnościowe majątku byłych szpoz były kontrolowane przez państwo i nie prowadziły do zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia w niedalekiej przyszłości? Przebieg konkursu Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne realizowane w 2004 r. pokazał, że interes jednostek samorządu terytorialnego (właścicieli szpoz) w wielu działaniach różni się z interesem Narodowego Funduszu Zdrowia, czy też ubezpieczonego.

Przyjęte w projekcie rozwiązania dotyczące restrukturyzacji (głównie finansowej) szpoz pozwalają zakładać dalsze utrzymywanie się deficytu środków publicznych przeznaczanych na zapewnienie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Utrzymywanie przepisów – co prawda złagodzonych w projekcie – nakazujących zakładom opieki zdrowotnej udzielania świadczeń, za które nikt nie zapłaci – skazuje te zakłady na trwałe generowanie straty finansowej z tej działalności. Sytuacja ta pokazuje, że rozwiązania proponowane w projekcie nie mogą być działaniami docelowymi, a jedynie przejściowymi. W perspektywie muszą nastąpić takie zmiany prawne, które doprowadzą do równowagi podaży i efektywnego popytu na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

2. Postępowanie restrukturyzacyjne

Postępowanie restrukturyzacyjne, uregulowane w rozdziale 3 projektu ustawy, chyba zbyt restrykcyjnie traktuje samodzielne zakłady opieki zdrowotnej chcące skorzystać z dobrodziejstw restrukturyzacji. Terminy czynności warunkujących rozpoczęcie postępowania restrukturyzacyjnego są zbyt krótkie. Projektodawca daje zakładom lub organom założycielskim tylko dwa miesiące na złożenie wniosku o restrukturyzację. Warunkiem złożenia wniosku jest pozytywna opinia organu założycielskiego. Wniosek niekompletny należy uzupełnić w terminie 14 dni od otrzymania wezwania, pod rygorem odrzucenia. Do wniosku należy dołączyć szereg dokumentów, m.in. sprawozdanie finansowe za lata 1999 – 2003, projekt programu restrukturyzacyjnego pozytywnie zaopiniowany przez podmiot (opinia do tego programu ma być wydana w terminie 14 dni), który utworzył zakład, projekt ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych, projekt ugód dotyczących indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z „ustawy 203 zł”.

Projekt programu restrukturyzacyjnego to szereg informacji analitycznych i prognozytycznych dotyczących przyczyn złej sytuacji finansowej zakładu, przyszłych perspektyw zakładu po dokonaniu zmian założonych w programie, określenie źródeł finansowania zmian organizacyjnych i obsługi zadłużenia. Charakter dokumentów i opracowań, wymaganych przez organ restrukturyzacyjny, jednoznacznie wskazuje, że pośpiech w ich przygotowaniu nie będzie służył podejmowaniu racjonalnych decyzji. Aby proces restrukturyzacji szpoz przyniósł oczekiwane efekty niezbędne jest wydłużenie terminów określonych czynności związanych z restrukturyzacją, w przeciwnym wypadku, przy zachowaniu terminów zaproponowanych w projekcie albo część szpoz nie skorzysta z tego programu ze względów formalnych, albo cały proces opracowywania programów restrukturyzacyjnych i ich oceny (21 dni!) należy traktować „z przymrużeniem oka”.

Programy restrukturyzacyjne poszczególnych szpoz mają być, zgodnie z art. 21 ust. 1 projektu opiniowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Ministra Skarbu Państwa lub

Regionalny Komitet Sterujący. Pierwsza wątpliwość jaka się nasuwa w związku z tymi podmiotami dotyczy wprowadzenia NFZ do działań restrukturyzacyjnych. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia przyjmuje zasadę całkowitego rozdzielenia płatnika świadczeń od świadczeniodawców. Styczność tych podmiotów jest określona ustawowo i wprowadzenie NFZ jako jednego z podmiotów decydujących w dużej mierze o losie spzoz jest złamaniem powyższej zasady.

W przypadku negatywnej opinii organ restrukturyzacyjny umarza postępowanie restrukturyzacyjne. Nie wydaje się aby NFZ był powołany do oceny programów restrukturyzacyjnych. Także ocena programów restrukturyzacyjnych sporządzana przez Ministra Skarbu będzie pozbawiona oceny misji spzoz, wydaje się, że ocena ta powinna być wspólnym zadaniem Ministra Skarbu i Ministra Zdrowia. Także obowiązek – ciążyący na organie restrukturyzacyjnym – dokonania oceny zgodności projektu programu restrukturyzacyjnego z Krajowym Planem Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych nie wydaje się najwłaściwszym rozwiązaniem, gdyż Krajowy Plan jest planem na rok kalendarzowy, a program restrukturyzacyjny powinien być programem wieloletnim. Rozbieżność między jednym a drugim jeszcze o niczym nie przesądza.

Regionalny Komitet Sterujący określony w projekcie w art. 38 zmianie 56 stanowi twór o nieokreślonym precyzyjnie składzie i niejasnych kompetencjach. Jego zadaniem jest m.in. opiniowanie wniosków restrukturyzacyjnych, lecz na podstawie jakich kryteriów nie wiadomo, przy czym skutki negatywnych opinii tego ciała dla spzoz mogą być bardzo poważne.

Opisane wyżej propozycje ustawowe pokazują trudności z określeniem, kto w skali kraju i na szczeblu regionalnym powinien podejmować strategiczne decyzje dotyczące rozmieszczenia publicznej infrastruktury ochrony zdrowia i kierunków wydatkowania środków publicznych. Podkreślany w diagnozie sytuacji ochrony zdrowia (patrz aneks) brak należytego wypełniania funkcji właścicielskich przez jednostki samorządu terytorialnego stawia pytanie, **czy obecne przyporządkowanie szpitali do jednostek samorządu terytorialnego nie stanowi głównej bariery procesów dostosowywania wielkości, rozmieszczenia terytorialnego i struktury bazy szpitalnictwa publicznego w Polsce?**

Czy podstawową jednostką zarządzającą szpitalnictwem powinno być województwo, czy też zbyt słaby finansowo powiat? To są główne pytania, które należy rozstrzygnąć. Sprawą wtórną jest, w jakiej formule będzie działał szpital, czy jako spzoz czy też sup. Wprowadzenie do szpitali rad nadzorczych nie zmienia pozycji właściciela (organu założycielskiego). W przypadku powiatu, który nie jest w stanie oddziaływać środkami finansowymi (zbyt małymi) na swoją spółkę, jego pozycja nie ulegnie wzmocnieniu w stosunku do obecnej wobec spzoz.

3. Pomoc publiczna

Pomoc publiczna dla zakładów zadłużonych sprowadza się w praktyce do możliwości poręczenia przez Krajowy Fundusz Poręczeń Kredytowych zapłaty odsetek od obligacji emitowanych przez spzoz. Zakłady niezadłużone mogą występować o dotacje ze środków budżetu państwa (określone w ustawie budżetowej) udzielane przez Ministra Zdrowia. Dotacje te mogą być przeznaczone wyłącznie na restrukturyzację zatrudnienia, zmiany struktury organizacyjnej zakładu, działania mające na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu lub poprawę jakości świadczeń. Warunkiem udzielenia dotacji jest przekształcenie spzoz w sup.

4. Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z tytułu „ustawy 203 zł”.

Proponowane rozwiązania w tym zakresie odbiegają od ogólnie przyjmowanej zasady ochrony wynagrodzeń pracowniczych. Projekt dopuszcza formę niepieniężną regulacji tych zobowiązań spzoz (art. 15). Takie rozwiązanie spowodowałoby, że nie byłaby to podwyżka wynagrodzeń, której skutki przechodzą na dalsze lata otrzymywania wynagrodzenia, a świadczenie okresowe.

Trzeba także zwrócić uwagę, że w sprawie „ustawy 203 zł” zapadł wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który w uzasadnieniu wskazał na określone obowiązki zarówno pracodawców jak i sektora finansów publicznych. Problem skutków wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2002 r. sygn. akt K43/01 (Dz. U. z 2003 r. Nr 1, poz. 14) w sprawie zgodności z Konstytucją przepisów: art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2 ze zm.) i art. 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 5, poz. 45) dla finansów publicznych w rozwiązaniach przyjętych w projekcie ustawy nie znajduje – moim zdaniem – właściwego rozwiązania. Trybunał w uzasadnieniu wyroku stwierdził m.in.:

„Jak wynika z przedstawionych Trybunałowi Konstytucyjnemu wyjaśnień Rady Ministrów oraz Ministra Finansów, do systemu finansującego publiczną opiekę zdrowotną w 2001 r. i 2002 r. wpłynęły dodatkowe środki o wielkości przekraczającej koszty zwiększonych wynagrodzeń. Złożyły się na nie kwoty uzyskane z podniesionej o 0,25% składki na ubezpieczenie zdrowotne, wyższe niż planowano przychody Kas Chorych wynikające z poprawy windykacji składek, zwolnienie Kas Chorych z konieczności zwrotu w 2001 r. i w 2002 r. pożyczki udzielonej z budżetu Kasom Chorych, zawieszenie wpłaty rat kapitałowych i odsetkowych w 2001 r. i 2002 r. oraz przesunięcie spłaty pożyczki do dnia 31 grudnia 2004 r.

Zwiększone środki finansowe pozostające w dyspozycji kas chorych powinny być wykorzystane w pierwszym rzędzie na cele związane z pokryciem wzrastających kosztów świadczeń zdrowotnych, wynikających z wprowadzonego mechanizmu podwyższenia wynagrodzeń. Na kasach chorych, jako instytucji finansów publicznych, ciążył więc obowiązek takiego ukształtowania kontraktów zawieranych z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, które umożliwiłyby realizację świadczeń zdrowotnych i nie podważały ekonomicznych podstaw funkcjonowania tych instytucji.

Kasy chorych są podmiotami systemu finansów publicznych, na których ciąży obowiązek racjonalnego kształtowania odpłatności za usługi służby zdrowia. W zakresie swych funkcji są zobowiązane wykonywać ustawy. Ignorowanie przez Kasy Chorych przy zawieraniu kontraktów, wynikającego z ustawy obowiązku podniesienia przez pracodawców wynagrodzeń o 203 zł, było równoznaczne z naruszeniem zasad, na których powinno opierać się stosowanie ustaw przez podmioty publicznoprawne.

Z przedstawionych wyjaśnień wynika, że nie zostało – ani w postaci norm ustawowych, ani przez system działania Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych – stworzone instrumentarium zapewniające stosowny przepływ środków do podmiotów, na które nałożony został obowiązek wykonania ustawy. (...)

W zasadzie ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa zawarte jest swoiste domniemanie, zgodnie z którym jeżeli ustawodawca tworzy prawo stanowiące podstawę roszczeń finansowych, a nie określa w sposób jednoznaczny podmiotu zobowiązanego, to czyni zobowiązanym system finansów publicznych.

Trybunał Konstytucyjny stoi na stanowisku, że ustawa, na mocy której powstały indywidualne roszczenia pracowników wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jako pracodawców obciąża ten segment finansów publicznych, za którego pośrednictwem realizowane są obowiązki władzy publicznej określone w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Nie oznacza to, iż samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej przysługuje pełna rekompensata wydatków na podwyższenie wynagrodzeń. Istnieć powinien jednak mechanizm takiej redystrybucji zwiększonych środków na opiekę zdrowotną, który pozwoli na zapobieżenie pogorszeniu warunków funkcjonowania placówki z powodu wypełniania przez nią ustawowego obowiązku podniesienia wynagrodzeń pracowniczych”.

Zaspokojenie roszczeń pracowników nie może być tylko obowiązkiem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ze względu na złożoność problemu (część zakładów nie ma zaległości wynikających z ww. ustawy, część zrealizowała w mniejszym, niż ustawowy, wymiarze, część nie zrealizowała) kwestie rozliczeń z pracownikami z tytułu podwyżki ustawowej należałoby chyba uregulować rozłącznie z regulacjami dotyczącymi zobowiązań cywilnoprawnych.

Część druga. Zmiana ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

1. Spółki użyteczności publicznej

Jak czytamy w uzasadnieniu „*celem proponowanych w projekcie zmian jest stworzenie lepszych niż dotychczasowe mechanizmów zarządzania i kontroli. Mechanizmy te łączą się z przyjęciem – jako zasadniczy – modelu spółki kapitałowej”*. Planuje się rozciągnięcie w czasie procesu zmian. Do 2006 r. mogłyby funkcjonować i spzoz i sup, a od 2006 r. publiczne zozy mogłyby działać wyłącznie jako spółki użyteczności publicznej albo jednostki lub zakłady budżetowe. Proponuje się zatem w tym czasie całkowite odejście o formuły samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Zarząd w spółkach użyteczności publicznej byłby jednoosobowy, nadzór nad działalnością zakładu sprawowałaby rada nadzorcza lub w szczególnych przypadkach pełnomocnik wspólników.

O propozycji zmiany formy organizacyjnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej wypowiedziała się m.in. Rada Legislacyjna. W opinii do tej zmiany czytamy:

*Pomysł z uzdrowieniem sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez takie podmioty, jak: minister lub kierownik urzędu centralnego, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego, państwowa uczelnia medyczna – w formie spółki użyteczności publicznej, jest kolejnym dowodem na to, że za pomocą spółki można rozwiązać wszelkie problemy, nawet problemy, nawet problemy podmiotów utrzymywanych ze środków budżetowych. Widocznie dotychczasowe przykłady zastosowania tej formy w odniesieniu do przedsiębiorstw skomercjalizowanych, w tym PKP, spółek węglowych, stoczni, hut itd., niczego nie dowiodły. Teraz podjęto jeszcze trudniejszą próbę, ponieważ postanowiono skomercjalizować podmioty, które w świetle zadań Państwa powinny działać na innych zasadach. Spółki użyteczności publicznej w służbie zdrowia miałyby szanse dopiero wówczas, gdyby usługi medyczne były odpłatne i refundowane ubezpieczonym. Skoro tak nie jest, **to mamy do czynienia z próbą wprowadzenia kolejnych fikcji** (wytluszczenie G. C.). Polegają one na wystąpieniu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego w roli wspólnika lub akcjonariusza spółki kapitałowej, będącej przedsiębiorcą (art. 35b ust. 8). Wątpliwości Rady dotyczą także tego, czy znajdują się jeszcze inne chętne podmioty do pełnienia roli mniejszościowych wspólników lub udziałowców w sytuacji, gdy trzeba wyłożyć kapitał, a nie ma żadnej gwarancji na osiągnięcie sukcesu finansowego. Czy projekt ustawy zmierza do prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej?*

Rada nie uważa więc pomysłu związanego z zastosowaniem formy spółki użyteczności publicznej za dobre rozwiązanie problemu kryzysu w służbie zdrowia¹ (wytłuszczenie G. C.).

Także negatywną opinię o pomysle zmiany formy działania publicznych zakładów opieki zdrowotnej przedstawił prof. Andrzej Szajkowski z Instytutu Nauk Prawnych PAN, współautor kodeksu spółek handlowych:

„Trudno mi zaakceptować proponowaną formę spółki użyteczności publicznej. Nie dostrzegam w takiej instytucji żadnej sensownej koncepcji. Spółki kapitałowe są owszem, doskonałą formą, w której może być prowadzona działalność gospodarcza, gdy przystępuje do niej kilku wspólników. Gdy jest ich mało – tworzą spółki z.o.o., gdy więcej – akcyjne. Formuła spółki nie nadaje się jednak do każdej działalności.

Gdyby lekarze zechcieli świadczyć usługi zdrowotne na zasadach komercyjnych, to ta forma byłaby właściwa. Podobnie, gdyby taką, tzn. komercyjną działalność podjął przedsiębiorca z kapitałem zakładający spółkę z lekarzami, których wkładem byłaby przede wszystkim ich praca. Dostrzegam więc sens działania w formie różnych spółek komercyjnej opieki zdrowotnej, nawet gdyby państwo zdecydowało się refundować ubezpieczonym tylko część kosztów leczenia w takich placówkach.

Projekt ustawy nie dotyczy jednak lecznictwa komercyjnego, lecz dostępnego dla wszystkich, którego zorganizowanie jest konstytucyjnym obowiązkiem państwa. To ono ma zapewnić opiekę zdrowotną. Koncepcja spółek użyteczności publicznej została wymyślona „zamiast” – zamiast działań koniecznych, by wywiązać się z tego obowiązku. Pierwszym krokiem powinno być wyliczenie, na jaką opiekę zdrowotną stać państwo.

Dla działalności placówek niekomercyjnej opieki zdrowotnej wzorem może być – generalnie mówiąc – formuła indywidualnego przedsiębiorcy. Wpisują się w nią obecne samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Tymczasem chce się je zlikwidować, by w placówkach służby zdrowia pojawiły się rady nadzorcze, a w nich chętni do rządzenia i brania pieniędzy. W tym projekcie są bowiem dwie marchewki: władza i pieniądze. Szkopuł jednak w tym, że pieniądze nie popłyną w kierunku pacjentów, lecz na administrację i zmiany organizacyjne.

Zamiar przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki jest wadliwy pod względem koncepcji, a biorąc pod uwagę cel, któremu ma służyć – nieetyczny. Tak naprawdę chodzi o to, by raz na zawsze uwolnić państwo od długów służby zdrowia. Ten problem można jednak rozwiązać bez potrzeby podejmowania aż tak kosztownych przekształceń.

*W sumie więc mamy do czynienia z groźbą ogromnego zamieszania i wydania mnóstwa pieniędzy przy braku jakiegokolwiek generalnego pomysłu na rozwiązanie problemów opieki zdrowotnej”.*²

2. Poziomy opieki szpitalnej

Jest to bardzo cenna inicjatywa wprowadzenia prawnego uregulowania zasad organizacyjnych trzech poziomów opieki szpitalnej. Jednak sposób jej regulacji wydaje się mało zadowalający. Proponowany art. 19c ustawy o zoz nie określa przesłanek merytorycznych przyporządkowania szpitali do określonego poziomu opieki szpitalnej. Przepisy takie nie powinny odwoływać się jedynie do kryterium terytorialnego, gdyż nie jest to najważniejszy wyznacznik podziału. Kryteria podziału powinny znaleźć się w przepisach ustawowych, a rozporządzenie może tylko uszczegółowić tak określone kryteria. Ponieważ ustalenie poziomów opie-

¹ Opinia Rady Legislacyjnej przy Prezesie Rady Ministrów o projekcie ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, „Przegląd Legislacyjny”, Rok X 6(40)/2003, s. 93.

² A. Szajkowski, *Zamieszanie i nic więcej*, „Rzeczpospolita” nr 287, z 10 grudnia 2003 r.

ki szpitalnej powinno mieć przełożenie na zasady organizacji i finansowania szpitalnych świadczeń zdrowotnych, określonych odrębnymi przepisami, powinna być określona procedura odwoławcza, gdy zaistnieje spór dotyczący przyporządkowania danego zakładu do określonego poziomu świadczeń. W przeciwnym razie będzie to przepis blankietowy, dający ministrowi swobodę decyzji.

Jak już zostało powiedziane wyżej wprowadzenie poziomów opieki zdrowotnej powinno być powiązane z odpowiednimi zmianami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, tak aby organizacyjnie i finansowo móc zrealizować proponowaną zmianę.

3. Krajowa sieć szpitali

Wydaje się, że krajowa sieć powinna obejmować raczej zakres świadczeń gwarantujących zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych, a nie fizyczne wskazywanie zakładów opieki zdrowotnej. Polityka zdrowotna państwa w takim ujęciu całkowicie pomija świadczeniodawców niepublicznych i można mieć obawy, czy taki model zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego jest najbardziej efektywny. W praktyce przynależność do sieci będzie kolidować z zasadami konkursu ofert na świadczenia zdrowotne przeprowadzanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak czytamy w uzasadnieniu (s. 139) przyjęcie takiej koncepcji budowy sieci szpitali będzie kosztować ubezpieczonych prawie 700 mln rocznie (finansowanie pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń przez szpital włączony do Krajowej Sieci Szpitali). Projekt przewiduje, że tylko zakłady działające w formie spółki użyteczności publicznej będą mogły działać w sieci.

Problem, który jest poruszany w tych przepisach dotyczy alokacji publicznych środków na inwestycje w ochronie zdrowia, w tym na inwestycje w aparaturę i sprzęt. Kto powinien decydować o podziale środków na ten cel i jakimi kanałami powinny te środki przepływać do zakładów opieki zdrowotnej, czy redystrybucja powinna następować centralnie czy poprzez organy założycielskie?

4. Rejestr usług medycznych

Zaproponowane rozwiązania w art. 38 zmiana 18 są niewystarczające do powstania systemu ewidencji udzielania świadczeń potrzebnego w celu zwiększenia efektywności organizacyjnej wewnątrz zakładów opieki zdrowotnej, jak i w przepływie informacji dających możliwość zarządzania i kontroli Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Proponowane przepisy mają jedynie charakter dostosowujący do innych zmian przepisów. Nie ożywiają jednak samego rejestru. Brak jest zatem regulacji ustawowych, które dawałyby instrumenty oceny efektywności działań zakładów opieki zdrowotnej.

Podsumowanie

1. Rządowy projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw jest przede wszystkim koncepcją uwolnienia finansów publicznych od odpowiedzialności za zobowiązania publicznych zoz działających w ramach „deficytowego” systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Pozytywnym elementem tego projektu jest prawidłowa diagnoza przyczyn zadłużania spzoz, która stanowić może podstawę do wypracowania koncepcji struktury organizacyjnej publicznej służby zdrowia, jej rozmiarów, zadań i sposobu finansowania i alokacji środków przeznaczanych na utrzymanie i rozwój infrastruktury publicznej służby zdrowia oraz podporządkowania właścicielskiego tych jednostek, aby tworzyły spójny system zarówno prze-

strzenie jak i funkcjonalnie (poziomy opieki szpitali) przy obecnych możliwościach finansowania ze środków publicznych.

2. Zmiana formy działania publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest zmianą nieadekwatną do zdiagnozowanych potrzeb. Jeżeli jako jeden z podstawowych czynników złej sytuacji finansowej spzoz podaje się brak właściwego nadzoru właścicielskiego i brak środków finansowych, którymi dysponowałby właściciel w celu wsparcia spzoz, to zmiana formy działania publicznych zoz nic w tym względzie nie zmieni. Właściciel, bądź większościowy udziałowiec spółki użyteczności publicznej tak samo źle będzie wykonywał swoje obowiązki, jak czynił to dotychczas w stosunku do spzoz.

Problem wprowadzania sieci publicznych szpitali i powoływania „sztucznych decydentów” w postaci Komitetów Sterujących jest skutkiem złego przyporządkowania właścielsko-organizacyjnego publicznych szpitali w roku 1999. Doświadczenie pokazuje, że dla większości powiatów wypełnianie funkcji właścielskich w stosunku do szpitali jest zbytnim obciążeniem, a uzyskanie porozumienia poszczególnych właścicieli w sprawie sensownego (ograniczającego koszty i zapewniającego bezpieczeństwo zdrowotne) rozmieszczenia tych placówek w skali województwa – prawie niemożliwe.

Projekt ustawy restrukturyzacyjnej nie może ignorować tych problemów. Jeżeli restrukturyzacja nie ma być kolejnym oddłużeniem publicznych zoz (tym razem w bardzo ograniczonym zakresie – tylko zobowiązania publicznoprawne), to powinna ona ograniczać przyczyny powstawania zadłużenia. W sytuacji ograniczonych środków zarówno publicznych jak i prywatnych (pacjentów) należy dążyć do racjonalizacji rozmieszczenia infrastruktury publicznej służby zdrowia obniżającej koszty jej działania i zapewniającej najefektywniejszą realizację potrzeb zdrowotnych obywateli.

Projekt ustawy powinien zawierać mechanizmy przejmowania od powiatów funkcji właścielskich publicznych szpitali przez samorząd województwa przy jednoczesnym ustaleniu zasad rozdziału środków publicznych na finansowanie inwestycji w tych jednostkach. Efektywność procesów dostosowawczych publicznych szpitali na poziomie powiatu, przy ograniczonych środkach finansowych (jak pokazują efekty dotychczasowych programów restrukturyzacyjnych) pokazuje, że dostosowanie to przebiega powoli i nie zawsze jest zbieżne z potrzebami województwa. Jeżeli obecnie nie podejmie się próby wprowadzenia regulacji prawnych, które miałyby za zadanie dostosowanie publicznego szpitalnictwa do możliwości finansowych i potrzeb zdrowotnych, to poprzez mechanizmy rynkowe (w tym sup) nastąpi dostosowanie tego szpitalnictwa do możliwości finansowych, niestety kosztem możliwości zapewnienia potrzeb zdrowotnych.