

Marian Kachniarz

PRZESŁANKI PRAWNE INNOWACYJNYCH PRZEKSZTAŁCEŃ JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA

1. Wstęp

Konstrukcja zakładów oparta na ustawie o ZOZ¹ wykazuje wiele nieścisłości, przez co wielokrotnie była przedmiotem orzecznictwa sądów różnych instancji (z NSA i TK włącznie). Wystarczy tylko rzec, że w latach 1991-2007 ustawa ta była nowelizowana aż 46 razy (sic!). Jeszcze w 2007 r. autorzy komentarza prawnego do ustawy o ZOZ wskazywali na brak ustawowych definicji oraz jednolitego i powszechnie przyjmowanego rozumienia niektórych pojęć i terminów używanych w ustawie². Generuje to w praktyce problemy interpretacyjne, zmniejsza efektywność funkcjonowania, zwiększając jednocześnie ryzyko podejmowanych zmian. Artykuł w sposób syntetyczny identyfikuje podstawowe dysfunkcje prawne, które legły u podstaw zmian animowanych przez organy założycielskie. Działania takie w warunkach braku rozwiązań systemowych decydują o ich autorskim i innowacyjnym charakterze.

2. Dysfunkcje konstrukcji finansowej

Bardzo poważne dyskusje i wątpliwości dotyczą zagadnień finansowych z punktu widzenia charakteru SPZOZ. Umieszczenie tych zakładów w rozdziale 3 Krajowego Rejestru Sądowego (wraz z organizacjami społecznymi) sugeruje, że intencją ustawodawcy nie było traktowanie SPZOZ jako przedsiębiorcy. Orzecznictwo Sądu Najwyższego ustaliło inną interpretację, która jest jednak przedmiotem krytycznej oceny wielu prawników³. Nawet więc tak zasadniczy, wydawałoby się, ustrojowy

¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

² M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 11-12.

³ R. Kolodziejcki, *Glosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2002 r.*, IV CKN 1667/00, „Prawo Spółek” 2003 nr 7-8; P. Bielski, *Glosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2002 r.*, IV CKN 1667/00, „Rejent” 2004 nr 2, s. 139.

element funkcjonowania SPZOZ budzi wątpliwości interpretacyjne, co w świetle gospodarki finansowej, odpowiedzialności za zobowiązania czy choćby sfery podatkowej jest bardzo poważną dysfunkcją. Dziwić w tym zakresie musi brak jednoznacznego precyzowania tych elementów w kolejnych nowelizacjach ustawy o ZOZ, tak jakby autorzy tych zmian nie dostrzegali ich fundamentalnego znaczenia.

Podstawowymi przepisami regulującymi gospodarkę finansową SPZOZ są określenia art. 35b, 35c oraz art. 50 i 60 pkt 1 ustawy o ZOZ. Mówią one o tym, że zakład pokrywa we własnym zakresie koszty działalności i zobowiązań oraz że prowadzi swoją gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych. W swych działaniach powinien się kierować efektywnością wykorzystania zasobów. Ani ustawa o ZOZ, ani ustawa o finansach publicznych nie regulują kwestii zasad sprawozdawczości, realnej kontroli nad planowaniem i wykonaniem budżetu, chociażby w taki sposób, jak to odbywa się w innych jednostkach sektora publicznego (np. w samorządach). Zarządzający nie został poddany nawet tak elementarnej, z punktu widzenia finansów, procedurze, jaką jest absolutorium. Procedura ta pozwalała skutecznie i stosunkowo szybko zapobiegać niewłaściwemu, z punktu widzenia finansów, kierowaniu jednostką. Takich zabezpieczeń ewidentnie w przypadku SPZOZ brakuje, co niestety przekłada się na skuteczność nadzoru finansowego nad jego działalnością. Zapisy art. 61 ustawy o ZOZ nie dość, że nie przewidują konsekwencji braku zatwierdzenia rocznego bilansu, to jeszcze nie określają, kto tak naprawdę ma tej weryfikacji dokonywać (zarząd lub rada organu założycielskiego, a może rada społeczna?).

Tak sformułowane zasady gospodarki finansowej zakładów stoją w sprzeczności z zapisami art. 60 pkt 2 i 4, w których mówi się, że ujemny wynik finansowy nie może być podstawą do zaprzestania działalności oraz że organ, który utworzył zakład, pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu. Mają one fundamentalne znaczenie dla braku kontroli nad efektywnością funkcjonowania zakładów. Pomimo wcześniejszych przepisów stanowiących, że zakład sam pokrywa swe zobowiązania, nieco dalej w ustawie kierownik zakładu uzyskuje gwarancję (a może i zachętę?), że wynik finansowy nie ma żadnego wpływu na dalsze funkcjonowanie jednostki. Umieszczając ten przepis w kontekście chronicznego przejmowania zadłużeń sektora ochrony zdrowia przez podmioty zewnętrzne (do 1999 r. – Skarb Państwa), trudno nie wyciągnąć wniosku, że ustawodawca usankcjonował „naturalność” zadłużania się SPZOZ. W każdym razie stworzył podstawę do takich właśnie interpretacji, co zaważyło na traktowaniu ujemnego wyniku finansowego SPZOZ jako sytuacji „naturalnej”. Aspekt ten wzmacnia wspomniany już pkt 4 w art. 60, który, zdaniem wielu kierowników zakładu, precyzyjnie określa główną rolę organów założycielskich w systemie – rolę przejmowania długów zakładów. Trudno takiemu rozumowaniu odmawiać racji, skoro wynika ono wprost z analizy zapisów ustawowych. Jak bowiem inaczej interpretować finansową pozycję i rolę organu założycielskiego, jeżeli w strukturach SPZOZ nie ma skutecznych możliwości kontroli i egzekwowania efektywności przy jednoczesnej odpowiedzialności za skutki działalności zakładu.

3. Dysfunkcje konstrukcji formalnoprawnej SPZOZ

Jedne z najpoważniejszych dysfunkcji konstrukcji formalnoprawnej SPZOZ wynikają z doraźnego kreowania „samodzielności” SPZOZ. Skutkiem tego jest nieprecyzyjne określenie tej samodzielności już w samej ustawie o ZOZ. Ponadto przepisy te nie wykazują żadnej synchronizacji z innymi ustawami, będącymi np. podstawami funkcjonowania organów założycielskich (i to w sferze zarówno kompetencyjnej, jak i finansowej). W efekcie SPZOZ jest niedopracowanym, nowym tworem prawnym, który, abstrahując od zamiarów liderów reformy, nie jest ani samodzielną formą publiczną, ani elementem administracji specjalnej, nie mieści się też w formułach zespolenia z różnymi szczeblami administracji. Nie należy także do klasycznego wykazu form organizacji usług publicznych (zakład budżetowy, jednostka budżetowa, spółka komunalna). Nic dziwnego, że w wielu opracowaniach naukowych i raportach eksperckich formułę SPZOZ określa się mianem hybrydy formalnoprawnej⁴. Jedynie przekształcenie w inną formę prawną może trwale wyeliminować powyższe dysfunkcje. Próby usprawnienia tych relacji w obecnej formule w zbyt wielkim stopniu zależą od dobrych chęci po obu stronach, a nie od profesjonalnie ustalonego zakresu kompetencji i odpowiedzialności.

Kolejnym ważnym elementem jest wynikająca z pozornej samodzielności zakładu niedookreślona odpowiedzialność zarządzającego. Mamy tu do czynienia z sytuacją, gdy kierownik zakładu może podejmować decyzje, za skutki których ponosi odpowiedzialność organ założycielski. Narusza ona jedną z podstaw skutecznego zarządzania, która winna wiązać podejmujących decyzje z odpowiedzialnością za ich skutki. Przy czym dysfunkcja ta dotyczy jednej z najważniejszych determinant funkcjonowania każdej jednostki – finansów. Ani w ustawie o ZOZ, ani w ustawie o finansach publicznych nie określono szczegółowej odpowiedzialności kierownika za ujemny wynik finansowy. Nie określono, jak to ma miejsce w przypadku innych sektorów, granicznych progów zadłużenia zakładów. W tym aspekcie archaicznie brzmi jedyna finansowa delegacja prawna pozwalająca na natychmiastowe rozwiązanie umowy o pracę z kierownikiem zakładu. Artykuł 44 pkt 7 mówi o takiej możliwości w przypadku (...) przekroczenia przyrostu przeciętnego wynagrodzenia ustalonego na podstawie Ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń, i to jeszcze w powiązaniu ze spowodowaniem pogorszenia sytuacji finansowej zakładu. Nic dziwnego, że po dzień dzisiejszy pokutuje przekonanie, że w systemie ochrony zdrowia czynnik finansowy nie należy do głównych paradygmatów (choć problemy związane z bieżącym funkcjonowaniem jednostek wynikają właśnie z tego powodu). Niejasne okreś-

⁴ S. Golimowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, C. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE 2002 nr 53; M. Boni, A. Kruszewski, M. Gorajek, *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*, Ekspertyza opracowana dla Pana Wicepremiera Jerzego Hausnera, Warszawa 2003; Instytut Spraw Publicznych, *Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Analizy i Opinie” nr 6 (2/2003).

lenie odpowiedzialności kierownika powoduje powstawanie swoistej sfery „nie-subordynacji” nie tylko z jego strony, ale także ze strony pracowników niższego szczebla. Niedookreślona odpowiedzialność rodzi podstawy kwestionowania zasadności ingerencji w sprawy zakładu przez organ założycielski. Sytuacja ta przyczynia się znacznie do występowania pewnego napięcia między uprawnieniami właścicielskimi a samodzielnością zakładu, które może prowadzić do wielu negatywnych skutków, a w każdym razie do nieefektywnego wykorzystania potencjału instytucjonalnego tak zaprojektowanych struktur⁵. Wydaje się zatem, że usprawnienie winno zmierzać albo do ustanowienia pełnej samodzielności kierownika zakładu, albo do zastosowania znanych już z sektora gospodarczego konstrukcji właścicielskich. W chwili obecnej mamy do czynienia z niekonsekwentnym pomieszaniem obu tych modeli. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku podstawowym elementem tego usprawnienia winno być ustanowienie pełnej odpowiedzialności kierownika zakładu za podejmowane decyzje. Dotyczy to odpowiedzialności zarówno karnej, jak i finansowej. Bez tych elementów trudno wyobrazić sobie jakiegokolwiek skutecznego systemu zarządzania.

4. Relacje właścicielskie

Przemodelowaniu powinien ulec system relacji właścicielskich. Podobnie jak w poprzednim akapicie mamy do czynienia z niekonsekwentnym przenikaniem się dwóch modeli – samodzielności z podległością. Trudno w tej chwili zrozumieć, w którym kierunku zmierzali liderzy reformy w 1999 r. Z jednej bowiem strony widać wyraźny trend w kierunku stworzenia wyodrębnionego sektora usług funkcjonującego na zasadzie paraprzedsiębiorstwa, bez przeniesienia jednak z praktyki gospodarczej całego segmentu organizacji i zarządzania. Z drugiej strony zachowano zdemontowane elementy relacji typowych dla sektora publicznego. Projekcja ta jednak, sądząc po sposobie przygotowywania reformy przed rokiem 1999, jest bardziej wynikiem przypadku i niedopracowania niż efektem celowego i planowego działania⁶. Wyniki kontroli NIK przeprowadzonej w tym okresie w resorcie zdrowia nie pozostawiają wątpliwości, że planowanie i wdrażanie reformy odbywało się w warunkach określanych przez kontrolerów jako „totalny bałagan, jakiego w resorcie nigdy nie było”⁷.

W efekcie mamy do czynienia z jednostkami, które pozbawione zostały skutecznych relacji nadzorczych z przeniesioną jednak na zewnątrz odpowiedzialnością za ujemny wynik finansowy. Jedynym elementem przypominającym instytucje nadzoru nad działalnością jednostek była rada społeczna. Przypominała ona w swym cha-

⁵ Por. C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 188.

⁶ Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych ZOZ*, nr ewid. 184/1999/P/1998/129/DZK, Warszawa 1999.

⁷ L. Kraskowski, *Przewlekła choroba Ministerstwa Zdrowia*, „Rzeczpospolita”, 13.06.2000.

rakterze i usytuowaniu radę nadzorczą (określenie „rada społeczna” wprowadzono nowelizacją ustawy o ZOZ w 1997 r., wcześniej używano sformułowania rada nadzorczą)⁸. Niezależnie jednak od używanej nomenklatury ciał to jest „...organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, oraz organem doradczym kierownika...”⁹. W dalszych zapisach ustawy trudno znaleźć uzasadnienie dla „inicjującej” funkcji rady społecznej; sposób ustalenia zakresu zadań i kompetencji wskazuje, że ma ona wspierać kierownika i organ założycielski. Nie ma zatem żadnych kompetencji władczych. W większości spraw pozostających w zakresie zadań rady wyraża ona swoje stanowisko w formie niewiążących wniosków i opinii¹⁰. Rada społeczna zatem nie przypomina w swych kompetencjach rady nadzorczej w rozumieniu kodeksu spółek handlowych. Pod tym względem jest to ciało specyficzne, występujące w polskim systemie prawnym tylko w przypadku publicznych ZOZ¹¹. W rzeczywistości organ ten, miał być elementem nadzoru i kontroli względem zakładu, stawał się często orężem kierownika jednostki względem organu założycielskiego. To odwrócenie funkcji wynikało z art. 44 c i 45 ustawy o ZOZ, które określały w dużej mierze jej skład. W efekcie zamiast specjalistów w dziedzinie finansów i rachunkowości zasiadali w niej przede wszystkim przedstawiciele samorządów zawodowych i związków. Lektura protokołów z posiedzeń rad społecznych kreuje przede wszystkim obraz wspólnego frontu walki o utrzymanie *status quo* zakładu wobec „niecnych” zamiarów organu, który go utworzył. Dokumenty te stanowią coś w rodzaju białej księgi zmagania o uzdrowienie sytuacji w SPZOZ, a ich lektura oddaje w pełni charakter i rolę poszczególnych instytucji w animowaniu zmian.

5. Przesłanki wynikające ze struktury wewnętrznej SPZOZ

Przy analizie uwarunkowań prawnych nie sposób pominąć istotnego elementu organizacji wewnętrznej SPZOZ. Uwarunkowana ona została bowiem w dużej mierze szczegółowymi zapisami prawnymi, które regulują takie sfery, jak szczególne uprawnienia pracowników (rozd. 4a), tryb wylaniania i zatrudniania na stanowiskach kierowniczych w zakładzie (art. 44a), zasady wynagradzania. W tym względzie nie pozostawiono kierownikowi zakładu np. swobody w doborze kadry zarządzającej (ordynatorów, przełożonej pielęgniarek itp.), jak również formy nawiązania tej współpracy oraz czasu, na jaki będzie ona nawiązana. Zapisy ustawy oraz rozporządzeń wykonawczych jednoznacznie określają skład komisji konkursowych, konieczność nawiązania stosunku pracy na podstawie umowy o pracę (z wyłączeniem

⁸ Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (DzU 1997 nr 104, poz. 661).

⁹ Art. 44b ustawy o ZOZ (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

¹⁰ M. Dercz, T. Rek, wyd. cyt.

¹¹ Tamże, s. 304.

umów cywilnoprawnych) na okres minimum 6 lat¹². Regulacje te powodują w efekcie eliminację dynamicznych metod zarządzania w SPZOZ, szybkiego reagowania na pojawiające się zagrożenia czy też sprawnej gospodarki zasobami kadrowymi. W powiązaniu z wysokim „uzwiązkowaniem” tych jednostek SPZOZ jawi się jako instytucja ociężała, cechująca się olbrzymią inercją działania. Warto podkreślić, że wspomniane ograniczenia nie dotyczą zakładów niepublicznych¹³.

6. Zakończenie

Analiza powyższych uwarunkowań prawnych wyraźnie obnaża poważne systemowe dysfunkcje, które udaremniają wiele inicjatyw zmierzających do efektywnego pełnienia świadczeń zdrowotnych przez SPZOZ. Struktura ta, wskutek popełnionych błędów przy jej projektowaniu, cechuje się ułomnością, która w sposób naturalny roztrwania znaczną część wysiłku i energii poświęcanej w celu podwyższenia jej sprawności. Olbrzymia inercja w tym względzie uzyskuje swój konkretny finansowy wymiar w postaci wielomiliardowego, systemowego zadłużenia. Oczekiwanie na eliminację niesprawności okazało się w dużej mierze czasem straconym. Brak systemowych rozwiązań powoduje, że podejmowane są indywidualne inicjatywy, wykorzystujące istniejące, lecz zawile możliwości prawne. W końcu 2007 r. na terenie całego kraju funkcjonowało ponad 50 szpitali zorganizowanych w formie spółek komunalnych. Innowacje te potwierdzają generalnie możliwość skutecznej eliminacji wymienionych w tym artykule dysfunkcji, a w efekcie znacznego zwiększenia efektywności swego działania.

Literatura

- Bielski P., *Glosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2002 r.*, IV CKN 1667/00, „Rejent” 2004 nr 2.
- Boni M., Kruszewski A., Gorajek M., *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*, KPRM, Warszawa 2003.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
- Golimowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE 2002 nr 53.
- Instytut Spraw Publicznych, *Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Analizy i Opinie” nr 6 (2/2003).
- Kachniarz M., *Ekonomizacja administracji publicznej na tle koncepcji prawnych i społecznych*, [w:] *Gospodarka a środowisko*, red. T. Borys, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, AE, Wrocław 2007 (w druku).

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (DzU nr 115, poz. 749 z późn. zm.).

¹³ Z. Kubot, *Status ordynatora*, „PiM” 2001 nr 10.

- Kachniarz M., *Restrukturyzacja placówki medycznej – doświadczenia praktyczne. Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, red. M. Węgrzyn, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 1103, AE, Wrocław 2006.
- Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Kołodziejski R., *Głosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2002 r.*, IV CKN 1667/00, „Prawo Spółek” 2003 nr 7-8.
- Kraskowski L., *Przewlekła choroba Ministerstwa Zdrowia*, „Rzeczpospolita”, 13.06.2000.
- Kubot Z., *Status ordynatora*, „PiM” 2001 nr 10.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych ZOZ*, nr ewidencyjny 184/1999/P/1998/ 129/DZK, Warszawa 1999.
- Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

Materialy

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (DzU nr 115, poz. 749 z późn. zm.).
- System opieki zdrowotnej. Ogólnopolskie problemy – regionalna perspektywa*, „Rynek Zdrowia”, Wrocław 5.12.2007 r. (pobrano z <http://www.rynekzdrowia.pl/konferencja,100.html> dnia 20.02.2008 r.).
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
- Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (DzU 1997 nr 104, poz. 661).
- Wyrok SN z dnia 2 lipca 2004 r.*, II CK 271/04, OSNC 2005 nr 3, poz. 57.
- Wyrok SN z dnia 9 czerwca 2005 r.*, III CK 626/04, OSNC 2006 nr 5, poz. 89.

LEGAL FRAMEWORK FOR INNOVATIVE TRANSFORMATIONS OF HEALTH CARE UNITS

Summary

The article identifies basic legal dysfunctions in the activity of health care units. It makes a state diagnosis serving as restricting directions planning which effectively eliminate this system inefficiency. Because these actions have not had legal solutions creating full solutions, attempts of innovative methods using creatively existing legal formulas have appeared.

Marian Kachniarz – dr, adiunkt w Katedrze Gospodarki Przestrzennej Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu – Wydział w Jeleniej Górze.