

Jacek Klich

Wokół dysfunkcji zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej

Zarządzanie Publiczne nr 5 (3), 119-134

2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Jacek Klich

Wokół dysfunkcji zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej¹

Celem artykułu jest wykazanie, że dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie stworzono do tej pory warunków do skutecznej egzekucji praw własności, co znacznie utrudnia efektywne zarządzanie tymi zakładami. Autor ocenił rozwiązania reformy systemu ochrony zdrowia z lat 1999–2004 w odniesieniu do klasycznych funkcji właścicielskich i atrybutów własności: *ius utendi at abutendi*, *ius fruendi* oraz *ius disponendi* oraz przedstawił wybrane przykłady dysfunkcji w sferze funkcjonowania i praktyki zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Przyjęty w reformie ochrony zdrowia podział na płatnika i świadczeniodawców oparto na zasadzie strukturalnej asymetrii, co prowadzi do zwiększenia kosztów transakcyjnych i rodzi poważne dysfunkcje, szczególnie w obszarze nadzoru właścicielskiego.

Słowa kluczowe: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uprawnienia własnościowe, dysfunkcje zarządzania, reforma systemu ochrony zdrowia.

1. Podstawy teoretyczne

Przedstawiane w tym referacie podejście do analizowania sytuacji w sektorze ochrony zdrowia w Polsce można zaklasyfikować jako wyrastające z nurtu teorii uprawnień własnościowych (*Property Rights Theory* – PRT) budowanej i rozwijanej przez Coase’a, Alchiana i Demsetza. Według niej funkcjonowanie i efekty osiągane przez organizację są funkcją zdefiniowanych w tej organizacji praw własności i ich struktury (dystrybucji, podziału) (Asher i in. 2005). Szerokie ujęcie praw własności określa je jako prawa do kontroli działań (aktywności) i efektów tych działań, które są określone w zasadach współżycia społecznego (*the rules of society*), regulacjach prawnych i zakładające pewne przywileje dla właścicieli, gwarantowane i sankcjonowane społecznie (Reynolds 1983).

Dystrybucja praw własności definiuje możliwości i interesy pryncypała² (*principal*), przede wszystkim w stosunku do agenta (*agent*), definiowanego jako podmiot odpowiedzialny za wprowadzanie i realizowanie woli pryncypała, które to zjawiska są przedmiotem zainteresowania teorii agencji (*Principal-Agent Theory* – PAT).

Jednak – na co wskazuje ekonomia kosztów transakcyjnych (*Transaction Cost Economy* – TCE) – problemy efektywnego zarządzania wedle woli i oczekiwań pryncypała spotykają się z jednej strony z oportunistycznym menedżerów (agentów) i z ograniczoną racjonalnością (*bounded rationality*) pryncypała wynikającą m.in. z asymetrii informacji (Williamson 1985) z drugiej strony.

Przywołane trzy nurty: PRT, PAT oraz TCE znajdują szerokie zastosowanie w naukach społecznych, w tym w naukach organizacji i zarządzania. TCE wykorzystywana jest szczególnie w ekonomii, finansach, marketingu, teorii organizacji, naukach o polityce, socjologii i zarządzaniu strategicznym (Carroll i in. 1999), a PAT

Instytut Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

¹ W referacie wykorzystano fragmenty pracy J. Klich (2007). *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

² Dla uproszczenia przyjmujemy, że pryncypałem jest dominujący właściciel.

znajduje zastosowanie w rachunkowości, ekonomii, finansach, marketingu, naukach o polityce i zarządzaniu strategicznym (Eisenhardt 1989). PRT wykorzystuje się też w naukach społecznych, ale teoretyczne i praktyczne wykorzystanie teorii praw własności w zarządzaniu jest jak na razie relatywnie mniejsze (Kim, Mahoney 2005).

Przegląd czasopism ekonomicznych na temat ekonomii kosztów transakcyjnych dokonany przez Cartera i Hodgsona (2006) oraz Davida i Hana (2004) pokazał, że empiryczne zastosowania ekonomii kosztów transakcyjnych nie zawsze prowadzą do jednoznacznych wniosków. Badania Machera i Richmana (2008) wskazują, że TCE wykorzystywana jest przede wszystkim w *Industrial Organization Economics* (IOE) i niewiele wiemy na temat jej zastosowania w innych dziedzinach. Z wyjątkiem marketingu (Rindfleish, Heide 1997) nie podejmowano regularnych studiów nad wykorzystaniem TCE w takich dziedzinach jak rachunkowość, finanse, teoria organizacji czy zarządzanie strategiczne.

Macher i Richman (2008) podjęli się badań nad wykorzystaniem TCE w wyżej wymienionych dziedzinach, jak również w dziedzinach wydzielonych z IOE, takich jak: prawo, nauki o polityce, polityka (*public policy*), ekonomika i polityka zdrowia, ekonomika i polityka rolnictwa. Autorzy ci konkludują, że TCE w coraz większym zakresie znajduje zastosowanie w wymienionych wyżej dziedzinach i pozwala zrozumieć wiele zjawisk, ale wykorzystywanie ekonomii kosztów transakcyjnych ma charakter wybiórczy (częstkowy: *piecemeal*).

Ekonomia kosztów transakcyjnych znalazła zastosowanie w analizowaniu zjawisk zachodzących w sektorze ochrony zdrowia w relatywnie małej skali i to w odniesieniu do kontraktowania usług zdrowotnych (Ashton 1998; Zinn i in. 2003), outsourcingu niektórych usług (Hodgkin i in. 1997; Hee-Soun, Feiock 2004; Young 2003), zachęt dla lekarzy do podejmowania pracy na prowincji (Fannin, Barnes 2007) czy motywowania w ogólności (Cors 1997), skierowań dla pacjentów (Dansky 1996), a sporadycznie jedynie w odniesieniu do reform całego systemu ochrony zdrowia (Bariletti, France 1996).

Można zatem konkludować, że TCE znajduje zastosowanie w analizach sektora ochrony

zdrowia, ale ma ono wybiórczy jedynie charakter i bardzo rzadko jest stosowane do analizy reform ochrony zdrowia.

Wykazywane w dalszej części artykułu dysfunkcje w sferze regulacji i sferze funkcjonalnej w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogą być interpretowane w kategoriach braku dostosowania transakcji do formy zarządzania SPZOZ (*misalignment between transactions and governance*), na którą zwracali uwagę, analizując sektor przemysłu oraz IT, m.in. Mayer i Nickerson (2005) oraz Nickerson i Silverman (2003).

Podobnie jak w przypadku TCE również teoria uprawnień własnościowych znajduje zastosowanie do analizowania zjawisk w sektorze ochrony zdrowia. Jest wykorzystywana do porównawczego badania efektywności szpitali publicznych, prywatnych pracujących dla zysku oraz niepracujących dla zysku (Lin i in. 2004), budowania modeli konkurencji w sektorze zdrowia (Friesner, Rosenman 2001).

Jak wskazują Swanson i Göschl (2000, s. 77), PRT wypracowała ramy dla zrozumienia wagi prawa własności w kontekście osiągania efektywności organizacji (*efficiency purposes*) i pokazuje, że zdefiniowane prawa do własności są szczególnie ważne wtedy, kiedy koszty transakcji w sektorze są duże (co jest udziałem sektora ochrony zdrowia).

Część z prezentowanych w artykule zjawisk pomieszczona być może w nurcie teorii agencji, która ma bogatą literaturę (Ashton i in. 2004) również dotyczącą stosowania PAT do analiz sektora ochrony zdrowia (Gauld 2007). W odniesieniu do ochrony zdrowia PAT wykorzystywany jest do badania relacji między szpitalem (*principal*) a lekarzami zatrudnianymi w szpitalu na zasadach kontraktów (*agents*) – szczególnie w kontekście definiowania zakresu odpowiedzialności szpitala i lekarza (Shufeldt 2007) oraz motywowania i kontrolowania pracowników (Loughry, Elms 2006). Na potrzeby tego artykułu można przywołać jeszcze model Collina (Collin 2007), który wyrasta z założeń PRT i wykorzystuje PAT do analizy strategii zarządzania organizacją.

W literaturze przedmiotu założenia TCE, PRT oraz PAT są zatem przyjmowane do badań i analiz sektora ochrony zdrowia. Taka teore-

tyczna orientacja zaczyna sobie dopiero zdobywać prawo obywatelstwa w analizie funkcjonowania zarówno całego sektora ochrony zdrowia, jak i poszczególnych jego składowych. W tym znaczeniu można uznać przyjętą w artykule teoretyczną orientację za interesującą poznawczo.

Orientację taką wolno określić jako eklektyczną, ponieważ odwołuje się do trzech przywołanych powyżej nurtów: TCE, PRT oraz PAT. Takie podejście może budzić wątpliwości, ale trzeba zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu spotyka się podobne rozwiązania (Uhlner i in. 2007; Kim, Mahoney 2005).

2. Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce: sfera regulacji i sfera funkcjonalna

Dysfunkcje w obszarze zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej będą przedstawiane w odniesieniu do dwóch sfer: regulacji i funkcjonalnej.

Sfera regulacji obejmuje wszystkie akty prawne (ustawy, rozporządzenia) definiujące zasady organizacji i funkcjonowania sektora ochrony zdrowia³, status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (w tym zakres praw i obowiązków pryncypała i agenta, a szczególnie w odniesieniu do praw własności tak w szerszym znaczeniu zdefiniowanym przez Reynoldsa (1983), jak i w węższym bazującym na klasycznych funkcjach (prawach) właściciela zdefiniowanych jeszcze w prawie rzymskim) oraz organizację i zasady finansowania świadczeń zdrowotnych.

Sfera funkcjonalna (funkcjonowania) będzie z kolei oznaczać szeroko rozumiane zachowania uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza sposób, w jaki uczestnicy wypełniają zapisy prawne (tj. stosują się do obowiązującego prawa) oraz stosowane przez nich procedury i praktyki zarządcze.

³ Sektor ochrony zdrowia dla uproszczenia określanym będzie jako grupa świadczeniodawców oraz podmiotów gospodarczych oferujących usługi, produkty i urządzenia niezbędne w procesie leczenia.

3. Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce: sfera regulacji

Próby reform systemu ochrony zdrowia w Polsce były podejmowane już w pierwszych latach transformacji ustrojowej⁴, ale najbardziej istotne (kluczowe dla funkcjonowania systemu) i w znacznej części obowiązujące do teraz rozwiązania przyniosły zapisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁵ poddawane następnie licznym zmianom⁶. Obecnie zasady organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, której zapisy mogą już wkrótce zostać zmienione⁸.

Wprowadzone między 1997 i 2004 r. zmiany w obszarze organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych można (upraszczając) sprowadzić do kilku punktów:

- wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego⁹;
- rozdzielenie świadczenia usług zdrowotnych od ich finansowania;
- utworzenie instytucji płatnika;
- utworzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

⁴ Przykładem może być ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 1991, nr 91, poz. 408 z późn. zmianami).

⁵ DzU 1997, nr 28, poz. 153.

⁶ Od momentu jej uchwalenia (6 lutego 1997 r.) do momentu jej uchylenia (30 kwietnia 2003 r.) ustawa zmieniana była 16 razy, w tym trzy razy (18 lipca 1998 r., 9 listopada oraz 16 grudnia 1998 r.) jeszcze przed wejściem w życie jej zapisów.

⁷ Tekst jednolity: DzU 2008, nr 164, poz. 1027.

⁸ W czasie przygotowywania tego tekstu procesem legislacyjnym był objęty tzw. pakiet ustaw reformujących system ochrony zdrowia (w tym nowa ustawa o zakładach opieki zdrowotnej).

⁹ Chociaż taki termin można spotkać w literaturze przedmiotu (np. Muszalski W. (2004). *Ubezpieczenia społeczne. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 195; Włodarczyk C., Poździuch S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 135), to trzeba odnotować stanowiska krytyczne, wedle których w Polsce spotykamy system paraubezpieczeniowy, ponieważ płatnik nie jest instytucją w pełni ubezpieczeniową.

- wprowadzenie wśród świadczeniodawców mechanizmów konkurencji o środki publiczne;
- stworzenie możliwości do poszerzania zakresu sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia.

Rozwiązaniem skutkującym największymi zmianami w organizacji i funkcjonowaniu systemu była decyzja o rozdzieleniu świadczenia usług zdrowotnych od ich finansowania.

W konsekwencji tego podziału utworzono instytucję płatnika. Funkcję tę pełniły na początku regionalne kasy chorych, a po zmianach w 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia i jego oddziały wojewódzkie.

Trzeba przy tym dodać, że niezwykle silna pozycja kas chorych w systemie ochrony zdrowia (to dzięki decyzjom o zakresie i wysokości kontraktów ze świadczeniodawcami dokonywały się procesy alokacji zasobów), która *de facto* przesądzała o kształcie polityk zdrowotnych w województwach, nie była równoważona zakresem odpowiedzialności kas. Ani sposób wyłaniania kadr kierowniczych regionalnych kas chorych, ani zakres ich ustawowej czy politycznej odpowiedzialności nie pokrywały się z realnym zakresem władzy kas chorych. Chociaż wprowadzone w 2004 r. zmiany wzmacniały mechanizmy kontroli rad oddziałów wojewódzkich NFZ przez ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra finansów, to wciąż można zgłaszać wątpliwości, czy jedna z elementarnych zasad zarządzania: *zakres władzy winien być równoważony zakresem odpowiedzialności* jest w interesującym nas kontekście respektowana.

Dodatkowym niezwykle istotnym czynnikiem budowania silnej systemowej pozycji płatnika była (i jest) jego w praktyce monopsonistyczna pozycja. Chociaż początkowo ustawodawca przewidywał możliwość tworzenia dodatkowych kas chorych, możliwość taka została zarzucona jeszcze na etapie działania regionalnych kas chorych. Przesłanki, na podstawie których utworzono NFZ (m.in. ujednoczenie zasad i warunków kontraktowania świadczeń zdrowotnych), z definicji eliminowały konkurencję między oddziałami wojewódzkimi NFZ.

Można wykazać, że ustawodawca nie dopuszczał możliwości budowania nie tylko alternatywnych, lecz także suplementarnych wobec kas chorych, a potem oddziałów wojewódz-

kich NFZ podsystemów ubezpieczeń zdrowotnych (czyli w praktyce dodatkowych źródeł zasilania).

Ta systemowa nierównowaga między płatnikiem a świadczeniodawcami skutkowałą rosnącą konkurencją między świadczeniodawcami. Konkurencja ta była w części wzmacniana przez formę organizacyjno-prawną, w jakiej działały (i działają) zakłady opieki zdrowotnej.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ) jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, gospodarującym samodzielnie przekazanymi mu w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym), pokrywającym z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań. To ostatnie oznacza konieczność co najmniej bilansowania kosztów z przychodami. W przypadku ujemnego wyniku finansowego SPZOZ jest zobligowany do pokrycia go we własnym zakresie.

Ustawodawca zdefiniował źródła pozyskiwania środków finansowych przez SPZOZ:

- odpłatne świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie umowy;
- realizacja programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym;
- realizacja programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej;
- wydzielona działalność gospodarcza (jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności);
- darowizny, zapisy, spadki oraz ofiarność publiczna, także pochodzenia zagranicznego, pod warunkiem uzyskania akceptacji przez organ założycielski;
- realizacja innych zadań;
- dotacje budżetowe od organu założycielskiego oraz właściwego organu jednostki samo-

rządu terytorialnego lub ministra właściwego do spraw zdrowia na:

- 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia;
- 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne;
- 3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- 4) cele szczególne określone w odrębnych przepisach.

Chociaż koncepcja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej była wprowadzana jeszcze przed reformą 1999 r., to pomimo zmian płatnika i sposobu finansowania świadczeniodawców ustawodawca nie wprowadził zmian w zasadach organizacji funkcjonowania i gospodarowania finansami w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, choć doświadczenia z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej z 1998 i 1999 r. pokazywały istnienie wielu nieprawidłowości w tym zakresie (NIK 1999).

Z upływem czasu idea samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej była przedmiotem krytycznych analiz i formułowano oceny, że samodzielność w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej istniała tylko w nazwie (*Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej* 2002). Według niektórych autorów (Instytut Spraw Publicznych 2003) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są z punktu widzenia prawa hybrydą i stwarzają spore problemy dla orzecznictwa. Niewłaściwe jest też traktowanie SPZOZ tak jak przedsiębiorstw państwowych, a zadań zakładów opieki zdrowotnej nie powinno się traktować jak prowadzenia działalności gospodarczej.

Zakłady opieki zdrowotnej powinny nawiązywać w swej konstrukcji do rozwiązań z całkowicie wyodrębnionym organem założycielskim. W sektorze publicznym takim odrębnym organem założycielskim powinny być nie organy jednostek samorządu terytorialnego, lecz utworzone przez nie i kontrolowane spółki kapitałowe bądź fundacje czy stowarzyszenia (Instytut Spraw Publicznych 2003).

Przyjęte w reformie rozwiązania w zakresie finansowania odchodziły od modelu finansowania

zasobów (wynagrodzenia dla pracowników, utrzymanie łóżek etc.) i podążały w kierunku finansowania zadań (wielkości określone w kontraktach z NFZ). Z uwagi na ograniczoną ilość środków zdefiniowaną w planach finansowych NFZ i jego oddziałów wojewódzkich (co było skutkiem przyjęcia zasady zbilansowanego planu przychodów i wydatków) konkurencja samodzielnych publicznych zakładów między sobą (wzmocniona dodatkowo konkurencją między SPZOZ a niepublicznymi zakładami w walce o środki publiczne) była i jest bardzo intensywna.

4. Klasyczne funkcje właścicielskie

Spróbujmy na zarysowane powyżej zmiany systemowe spojrzeć z perspektywy teorii uprawnień własnościowych, teorii agencji oraz ekonomii kosztów transakcyjnych. Z uwagi na ograniczoność łamów przedstawmy problem funkcji właścicielskich w jego najprostszej formie, tj. z odwołaniem się do klasycznej rzymskiej formuły funkcji właściciela określanej przez *ius utendi, fruendi et abutendi re sua, quatenus iuris ratio patitur* (prawo używania i pobierania pożytków z rzeczy oraz dysponowania rzeczą, w takim stopniu, w jakim zezwala na to racja prawna).

Dokonując takiej zwięzłej analizy, w tym miejscu dostarczymy argumentów do interpretowania dysfunkcji w obszarze zarządzania SPZOZ przedstawianych w dalszej części.

4.1. Przepisanie własności

Utworzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej było poprzedzone transferem własności od wojewodów do jednostek samorządu terytorialnego (JST)¹⁰. Niestety, brak jednoznaczności w regulacjach dotyczących

¹⁰ W celu uproszczenia analiza praw własności prowadzona będzie tylko w odniesieniu do jednego tylko rodzaju organu założycielskiego, którym są jednostki samorządu terytorialnego. Pomijamy tu inne organy założycielskie wymienione w art. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity na podstawie DzU 2007, nr 14, poz. 89, nr 123, poz. 849, nr 166, poz. 1172, nr 176, poz. 1240, nr 181, poz. 1290; DzU 2008, nr 171, poz. 1056).

majątku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej uwidocznił się już na tym etapie.

Prawo stanowiło, że sposób wyposażenia państwowej osoby prawnej w majątek niezbędny do prowadzenia przez nią działalności powinien być określony z chwilą jej utworzenia¹¹. Przepisy dotyczące tworzenia i przekształcania publicznych zakładów opieki zdrowotnej zawarte w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej nie określały ani dopuszczalnych form wyposażenia tych zakładów w mienie Skarbu Państwa lub komunalne, ani nawet nie stanowiły nakazu jednoznacznego uregulowania tej kwestii przez organ tworzący publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Słabości regulacji prawnych w połączeniu z trudnymi warunkami wprowadzania reformy¹² prowadziły do bałaganu prawnego. Dobrze dokumentują to wyniki kontroli NIK (NIK 1999). Stwierdzono, że aż w 31 zakładach (około 55% badanych), organy założycielskie w aktach o utworzeniu (przekształceniu) tych zakładów nie określiły formy prawnej wyposażenia w mienie. Z pozostałych 26 zakładów 15 otrzymało mienie w bezpłatne użytkowanie, 7 w trwały zarząd, a 4 na własność.

Sprawę tę zbadano również w 25 z kontrolowanych 37 urzędów wojewódzkich. Stwierdzono, że w 10 urzędach (40% badanej grupy), w zarządzeniach o przekształceniu ZOZ nie określano formy wyposażenia ich w nieruchomości i majątek trwały, w następnych 12 majątek przekazano w bezpłatne użytkowanie, w jednym w trwały zarząd, a w dwóch na własność.

¹¹ „Państwowa osoba prawna oraz państwowa jednostka organizacyjna, z dniem ich utworzenia, są wyposażane w nieruchomości niezbędne do ich działalności odpowiednio przez ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa, organ założycielski lub przez organ nadzorujący”, art. 51, ust 1 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (DzU 1997, nr 115, poz. 741).

¹² W 1998 r. znaczna część decyzji organów założycielskich publicznych ZOZ dotyczących usamodzielnienia tych zakładów była podejmowana w warunkach nacisków administracyjnych i prawnych, wynikających z ustalonego na dzień 1 stycznia 1999 r. terminu wejścia w życie reformy powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Usamodzielnianie zakładów i przekazywanie majątku było dokonywane w wielkim pośpiechu i często w warunkach braku uregulowania praw własności mienia pozostającego w gestii zakładów opieki zdrowotnej.

Wystąpiły też nieprawidłowości w podpisywaniu stosownych umów o przekazanie środków publicznych: opóźnienia (od kilku miesięcy do nawet jednego roku) czy nie zawieranie umów z wszystkimi przekształcanymi zakładami (co wystąpiło w 22 badanych województwach, a w pięciu innych nie zawarto stosownych umów z żadnym z usamodzielnionych zakładów) (NIK 1999).

Niesprawności pojawiały się również po przeprowadzeniu transferu własności do samorządów.

De nomine JST mogą podejmować decyzje co do sposobu wykorzystania zasobów (*ius disponendi*). Można byłoby nawet wykazywać, że pozycja organu założycielskiego wobec samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej została wzmocniona. Przyjęte bowiem od 5 grudnia 1997 r. rozwiązania¹³ ograniczały prawo SPZOZ do podejmowania czynności prawnych, których wynikiem byłoby dysponowanie majątkiem trwałym zakładu¹⁴. Prawo to w odniesieniu do zbycia, wdzierżawienia lub wynajęcia majątku, albo wniesienia go do spółek lub fundacji zostało uzależnione od zgody organu założycielskiego.

Jednak pozycja organu założycielskiego w odniesieniu do efektywnego realizowania praw własności była ograniczona.

Uogólniając, można wskazać na dwa obszary ograniczeń w dysponowaniu majątkiem przez organy założycielskie:

- bariery wyjścia z systemu;
- ograniczenia w decydowaniu o użyciu bądź nie posiadanych zasobów.

Rozwiązania ustawowe nakładają na samorządy obowiązek tworzenia i utrzymywania zasobów, które mają umożliwiać świadczenie usług zdrowotnych dla populacji województwa (powiatu, gminy). Zasoby te muszą być utrzymywane nawet wówczas, kiedy właściciel nie ma moż-

¹³ 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). Zmiany wchodziły w życie od 5 grudnia 1997 r.

¹⁴ Art. 53 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: 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).

liwości pozyskania środków publicznych na ich opłacenie (co może być konsekwencją niepodpisania przez dany SPZOZ kontraktu z płatnikiem o świadczenie danego rodzaju usług lub uzyskania z kontraktu sumy niewystarczającej na finansowanie działania SPZOZ we wszystkich obszarach).

Sytuacja komplikuje się dodatkowo w sytuacji, kiedy płatnik nie wykupuje tylko pewnej części (grupy) procedur/świadczeń oferowanych przez danego świadczeniodawcę. Właściciel ma bowiem ograniczone możliwości podjęcia decyzji o zamknięciu danego oddziału (wyjścia z sektora), szczególnie wtedy, kiedy zamknięcie zagraża jednemu z podstawowych oddziałów szpitalnych, np. chirurgia, wewnętrzny, ginekologia i położnictwo czy pediatria¹⁵.

Można oczywiście odwołać się do *differencia specifica* władzy publicznej, która jest odpowiedzialna za ochronę zdrowia mieszkańców i wynikające stąd konsekwencje. Kwestią sporną jednak pozostaje, czy właściwie określono zadania, narzędzia i procedury do spełniania tych zadań przez samorządy terytorialne w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia.

Przez oddanie decyzji o poziomie finansowania zakładów opieki zdrowotnej w ręce płatnika stworzono bowiem układ, w którym to właśnie płatnik swoimi decyzjami o wielkości i strukturze zakupywanych świadczeń (procedur medycznych) oraz o wyborze świadczeniodawcy decyduje *de facto* o organizacji świadczeń na poziomie województwa, powiatu i gminy¹⁶.

Ograniczenia JST w wypełnianiu funkcji właściciela dotyczą również transferu środków publicznych do SPZOZ stanowiących własność JST. Transfer środków publicznych jest tu bowiem albo niemożliwy, albo ograniczony.

Niemożliwy, bo środki przewidziane na zakup świadczeń zdrowotnych mogą być transferowane do SPZOZ tylko przez płatnika. Oznaczało to, że JST jako właściciel SPZOZ nie może zakupywać dodatkowych świadczeń zdrowotnych dla osób zamieszkujących na obszarze jego działania

(w danym województwie, powiecie czy gminie). Oczywiście konstrukcja zakupywania świadczeń zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej, którego jest się właścicielem może budzić pewne wątpliwości, ale nie kłóci się z zasadą swobodnego dysponowania własnością. Trudno byłoby również dowodzić, że w sytuacji istnienia rzeczywistych potrzeb na dodatkowe świadczenia zgłaszanych przez mieszkańców taka decyzja o wykorzystaniu środków publicznych przez samorząd byłaby z medycznego i społecznego punktu widzenia kontestowana.

Ograniczona możliwość transferu środków publicznych (ograniczenia zasady *ius disponendi*) przejawia się w tym, że – jak na to wskazano powyżej – środki publiczne właściciela w formie dotacji mogą być przekazane tylko w określonych przypadkach i tylko na wskazane cele.

Takie ograniczenie w zakresie dysponowania własnością skutkowało głęboką i rozwiązywaną przez lata dysfunkcją związaną z realizacją tzw. ustawy 203 zł (przedstawianą w punkcie o dysfunkcjach w sferze funkcjonowania).

JST mogą finansować samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w sposób pośredni. Jak wskazuje Izdebski (Izdebski 2004), gminy mogą pośrednio finansować zakłady opieki zdrowotnej (zarówno publiczne, jak i niepubliczne) za pomocą zwolnień i ulg podatkowych oraz ulg w opłatach z tytułu użytkowania wieczystego gruntu czy też preferencyjnych stawek czynszu najmu i dzierżawy. Przyjmując takie stanowisko, należy jednak pamiętać, że wielkość zasileń kierowanych taką drogą jest mocno ograniczona.

JST nie mogą również czerpać korzyści z wykorzystywania posiadanych przez siebie zasobów oddanych SPZOZ do wykorzystania. Nawet w przypadku uzyskiwania przez SPZOZ nadwyżek finansowych pozostają one do wykorzystania w SPZOZ. Takie rozwiązanie z kolei determinuje relacje: pryncypał-agent szczególnie w kontekście istnienia słabych bodźców dla kierowników SPZOZ.

4.2. Ograniczenia w sprawowaniu funkcji kontrolnych przez właściciela

Równie dyskusyjny jest również sposób kontroli sprawowanej przez JST nad SPZOZ.

¹⁵ Wskutek zamknięcia jednego z takich oddziałów zakład traci status szpitala.

¹⁶ Przyjmujemy dla uproszczenia, że nie jest możliwe finansowanie samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej ze źródeł innych niż kontrakt z płatnikiem.

Przyjęte rozwiązania w zakresie sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami ograniczały bowiem możliwości organu właścicielskiego w sprawowaniu kontroli nad gospodarką finansową samodzielnego zakładu. W rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej¹⁷ określono dokładnie, co jest przedmiotem analiz podmiotu sprawującego nadzór w zakresie gospodarki finansowej, wskazując na:

- kwartalne sprawozdania o przychodach, kosztach i wyniku finansowym jednostki organizacyjnej;
- roczny plan rzeczowo-finansowy jednostki organizacyjnej;
- roczne sprawozdanie rzeczowo-finansowe jednostki organizacyjnej.

Już samo enumeratywne wyliczenie przedmiotu kontroli można wykorzystać jako argument o ograniczaniu zakresu władzy właścicielskiej organów sprawujących nadzór (na marginesie: już sama użyta w powyższym rozporządzeniu terminologia: *organ sprawujący nadzór* zamiast: *organ właścicielski* może ilustrować podejście ustawodawcy do tej problematyki).

Co prawda w sytuacji, kiedy podmiot sprawujący nadzór na podstawie analizy kwartalnych sprawozdań o przychodach, kosztach i wyniku finansowym uzna, że zagrożona jest płynność finansowa, to w takiej sytuacji „...może żądać przekazywania comiesięcznych sprawozdań o przychodach lub wyniku finansowym” (§ 6, ust. 2 przywoływanego powyżej rozporządzenia). Zwraca uwagę sposób ujęcia: podmiot może tylko w uzasadnionych przypadkach zagrożenia płynności występować o comiesięczne sprawozdania o przychodach **lub** (podkreślenie J.K.) wyniku finansowym. Rozporządzenie nie określa, jak długo samodzielny zakład jest obowiązany takie comiesięczne sprawozdania przekazywać.

Zmiany dokonane w 2004 r. wzmocniły funkcje kontrolne ministra właściwego do spraw

zdrowia oraz wojewody¹⁸, które miały objąć nie tylko sferę medyczną, lecz także prawidłowość gospodarowania mieniem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i ocenę prawidłowości gospodarowania środkami publicznymi.

Minister właściwy do spraw zdrowia miał określić w drodze rozporządzenia sposób i tryb przeprowadzania kontroli w zakładach opieki zdrowotnej, uwzględniając w szczególności obowiązki i uprawnienia osób upoważnionych do przeprowadzania kontroli, tryb postępowania przy czynnościach kontrolnych, obowiązki i uprawnienia podmiotu kontrolowanego.

To rozwiązanie interesujące w tym znaczeniu, że wzmocnione zostały uprawnienia kontrolne nie właściciela, lecz organizatora ochrony zdrowia, jakim jest ministerstwo zdrowia.

W podsumowaniu tego wątku można wskazać, że istniejące prawne regulacje określające prawa do własności i sprawowanie funkcji właścicielskich w odniesieniu do JST i tworzonych przez JST samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie tworzą pola do skutecznego pełnienia funkcji właścicielskich przez JST.

Te i inne nie wskazane powyżej dysfunkcje w sferze regulacji skutkują dysfunkcjami w sferze funkcjonowania.

5. Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce: sfera funkcjonowania

Dysfunkcje ze sfery funkcjonalnej przedstawiane będą poniżej w odniesieniu do trzech podstawowych funkcji systemu ochrony zdrowia (Chernichovsky 1995): organizowania i zarządzania, świadczenia oraz finansowania usług zdrowotnych.

5.1. Dysfunkcje w zakresie organizowania i zarządzania

Zgodnie z zapisami ustaw o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych organizowanie i kierowanie opieką zdro-

¹⁷ 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 (DzU 1999, nr 94, poz. 1097).

¹⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 2005, nr 75, poz. 518).

wotną spoczywa na ministrze właściwym do spraw zdrowia oraz na samorządach.

Zapisy takie pozostają jednak w funkcjonalnej sprzeczności z przyjętymi rozwiązaniami w zakresie finansowania świadczeń ze środków publicznych. Można bowiem dowodzić, że ani minister właściwy do spraw zdrowia, ani samorządy, nie mając wystarczająco silnego wpływu na decyzje o zasilaniu finansowym SPZOZ, nie dysponują skutecznymi narzędziami do efektywnego wypełniania roli organizatora i podmiotu kierującego opieką zdrowotną.

Zadania organizatorskie mogą być wypełniane jedynie w ograniczonym zakresie, gdyż – gdyby przyjąć klasyczne rozumienie funkcji organizowania w zarządzaniu (podejmowanie decyzji co do sposobu łączenia zasobów) – resort zdrowia czy samorządy (organizator) są pozbawione efektywnego wpływu na podstawowy zasób, czyli finanse.

Pomijając pośrednie formy finansowania (korzystne dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podatki i opłaty lokalne), JST mogą kierować dodatkowe środki na finansowanie działalności bieżącej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zasadzie tylko poprzez konkursy na prowadzenie programów promocji zdrowia. Jednak nawet w tym przypadku sytuacja była daleka od jednoznaczności.

Samorząd województwa ma co prawda do wykonania zadania w zakresie promocji zdrowia¹⁹ to brak jednak jednoznacznego określenia zakresu tego zadania, a nade wszystko zabezpieczenia (wskazania) środków na jego realizację. Zadanie to winno być realizowane w ścisłym związku z Narodowym Programem Zdrowia i obejmować wiele problemów zdrowotnych specyficznych dla danej populacji, wobec których niezbędne jest pilne podjęcie rozstrzygnięć zmierzających do wyeliminowania bądź zminimalizowania negatywnych skutków zdrowotnych.

Przyjęte rozwiązania w zakresie kontroli SPZOZ odbiły się niekorzystnie na efektywności przeprowadzania kontroli w SPZOZ (NIK 1999).

¹⁹ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r o samorządzie województwa (DzU 1998, nr 91, poz. 576).

5.2. Motywowanie kierowników SPZOZ

W praktyce, w wymiarze operacyjnym, uprawnienia właścicielskie JST (pryncypała) w stosunku do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są realizowane przez kierowników zakładów oraz przewodniczących rad społecznych zakładów (agencji).

Władztwo samorządów w tym zakresie sprostawało się do nawiązywania (i rozwiązywania) stosunku pracy z kierownikiem zakładu (powołanie, umowa o pracę lub umowa cywilna o zarządzanie) oraz desygnowania przewodniczącego rady społecznej zakładu.

W większości przypadków wcześniejsze negatywne doświadczenia z umowami menedżerskimi o zarządzanie SPZOZ²⁰ (zwielokrotnione dodatkowo przez media ukazujące przykłady rozwiązań patologicznych i rozciągające negatywne oceny na wszystkie kontrakty menedżerskie) doprowadziły do tego, że obecnie podstawowym sposobem nawiązywania stosunków z agentem (kierownikiem) jest umowa o pracę (z wszystkimi jej słabościami)²¹.

Dysfunkcja ta ma dodatkowy negatywny wymiar, jeśli pamięta się o płynącej ze sfery regulacji słabości nadzoru właścicielskiego.

5.3. Inne dysfunkcje w obszarze organizacji i zarządzania

Samorząd województwa jest co prawda zobowiązany do poprawiania warunków dostępu do lecznictwa szpitalnego, ale odpowiedzialność za zapewnienie dostępu do lecznictwa szpitalnego nie została jednoznacznie rozdzielona między samorząd wojewódzki i samorząd powiatowy. Przyjęte rozwiązania nie wskazują również, jak można lepiej organizować opiekę szpitalną w województwie. Jedną z takich opcji byłoby na przykład łączenie szpitali będących własnością

²⁰ Z ogólnej liczby 259 kontraktów zawartych przez 34 wojewodów przed 1999 r., do połowy 2001 r. prze trwało 30 kontraktów.

²¹ Badania efektywności zakładów opieki zdrowotnej kierowanych przez menedżerów pracujących na podstawie poprawnie skonstruowanego kontraktu o zarządzanie pokazały, że zakłady te osiągały wyniki lepsze od zakładów zatrudniających kierowników na podstawie umowy o pracę (Kautsch, Klich 2002).

samorządu województwa i szpitali powiatowych. Chociaż można wskazać na (nieliczne) przykłady takich inicjatyw podejmowanych przez JST, to trudno byłoby przywołać przykłady zakończonych (jak dotąd) sukcesem inicjatyw tego rodzaju. Rozproszenie własności pokazuje tu swoje negatywne skutki.

Innym przykładem, tym razem dokumentującym pewien brak realizmu ustawodawcy, były rozwiązania wprowadzone rozporządzeniem w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów²². Nakładało ono na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek stosowania wyliczonych procedur medycznych, co w aspekcie medycznym (ale w pewnym zakresie również technicznym i jakości zasobów ludzkich w zakładach publicznych), było zadaniem praktycznie niewykonalnym. Skomplikowane było bowiem zastosowanie tego podejścia w praktyce szpitalnej, tzn. w stosunku do konkretnego chorego, cierpiącego na wiele wzajemnie nakładających się schorzeń. Konieczność zastosowania u tych chorych uzupełniających się badań diagnostycznych i indywidualizowanych zleceń lekarskich, często sprawiała, że proste wprowadzenie wyliczonych procedur było niemożliwe. Do tego dochodziło relatywnie skromne wyposażenie szpitali i zakładów w sprzęt i sieci komputerowe (generalna słabość systemów informatycznych w zakładach opieki zdrowotnej).

Podobne kłopoty wiążą się obecnie z wprowadzaniem jednorodnych grup pacjentów.

5.4. Dysfunkcje w zakresie udzielania świadczeń

Ograniczenia w wysokości kontraktów z płatnikiem i problemy z uzyskiwaniem środków za świadczenia ponadlimitowe (co będzie podejmowane w kolejnym punkcie) zmusza świadczeniodawców do ograniczania działalności w niektórych dziedzinach. Efektem są kolejki oczekujących na zabiegi. Ustawodawca przyjął, że stan taki jest na tyle trwały, że w obowiązującej ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³ (art. 20–24) określono procedury tworzenia i zarządzania listami oczekujących.

5.5. Dysfunkcje w zakresie finansowania

Rozwiązania przyjęte w reformie ochrony zdrowia w odniesieniu do finansowania świadczenia usług zdrowotnych tworzą przestrzeń dla kilku dysfunkcji, z których w tym miejscu wymienię: źródła środków na inwestycje, świadczenia ponadkontraktowe, zadłużenie SPZOZ, opłaty od pacjentów oraz zadekretowane przez Sejm podwyżki dla pracowników służby zdrowia (tzw. ustawa 203 zł).

5.6. Środki na inwestycje

Płatnik, wykorzystując środki publiczne na zakup procedur medycznych i świadczeń zdrowotnych, odrzuca możliwość finansowania potrzeb w zakresie odtworzenia (czy rozbudowania) wykorzystywanych w procesie świadczenia usług środków trwałych. Odwołuje się tu do litery ustawy i wykazuje, że potrzeby inwestycyjne SPZOZ muszą być finansowane przez właściciela. Zatem cena przyjmowana w kontrakcie z NFZ nie może zawierać odpisów amortyzacyjnych. Jest to rozwiązanie co do swojej idei kolidujące ze statusem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego obowiązkiem pokrywania kosztów działalności i zobowiązań z uzyskiwanych przychodów, a także pokrywania we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego.

Obciążenie właściciela obowiązkiem finansowania potrzeb odtworzeniowych i inwestycyjnych SPZOZ w warunkach niemożności realizowania przez właściciela praw z własności (w tym pożytków z posiadania rzeczy) sprawia, że istniejące rozwiązania można uznać za dysfunkcjonalne.

W standardowym przypadku bowiem właściciel nie akceptowałby w długiej perspektywie cen za wykorzystywanie jego własności na poziomie niezabezpieczającym co najmniej odtworzenia majątku.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (DzU 1998, nr 164, poz. 1194).

²³ Tekst jednolity: DzU 2008, nr 164, poz. 1027.

5.7. Świadczenia ponadkontraktowe/ponadlimitowe

Zgodnie z obowiązującym prawem „Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia” (art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Zatem w praktyce, z uwagi na nieostrość terminu *zagrożenie zdrowia lub życia*, zakłady w przypadkach wykorzystania limitu określonego na dany okres w kontrakcie z NFZ przyjmowały tzw. pacjentów ponadlimitowych, a potem – w sytuacji odmowy pokrycia kosztów leczenia tych pacjentów przez płatnika – próbowały dochodzić swoich racji przed sądem. Orzeczenia sądów były rozbieżne, ale na ogół niekorzystne dla szpitali.

5.8. Zadłużenie SPZOZ

W sytuacji istnienia limitów na ilość kontraktowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych (po możliwej do zaakceptowania przez NFZ cenie), w praktyce bardzo często przychody SPZOZ są niższe niż koszty ich działalności i zobowiązania. Powstają więc deficyty i rośnie dług SPZOZ. Dodajmy, że problem zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej ma bogatą historię²⁴ i nie ma jak dotąd dostatecznie silnych przesłanek, by twierdzić, że zjawisko to będzie z czasem eliminowane.

W praktyce sądowej, zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego, w sytuacji, kiedy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest w stanie samodzielnie pokryć deficytu²⁵, ujemny wynik finansowy musi być pokryty przez organ

²⁴ W 1994 r. przyznano dotację budżetową na spłatę długów zakładów opieki zdrowotnej w wysokości 1 mld zł, w 1995 r. – podobnie, w 1997 umorzono 1,7 mld zł długów, a w 1998 r. 8 mld zł (Ministerstwo Zdrowia 2004, s. 208).

²⁵ Co prawda w sytuacji niemożności spłaty zadłużenia według art. 60 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej organ, który utworzył zakład, wydaje rozporządzenie lub podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu albo o jego likwidacji (możliwe jest też łączenie zakładów) lub też pokrywa ujemny wynik ze środków publicznych.

założycielski, czyli głównie przez powiaty i województwa. Co więcej, powiaty i województwa odpowiadają również za szkody, które ponieśli wierzyciele wskutek niemożności odzyskania swoich pieniędzy (Lewandowska 2005).

Takie praktyki z jednej strony stanowią swoisty wentyl bezpieczeństwa dla kierownictwa samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej działającego w warunkach strukturalnego niedoboru środków i sprzyjają postawom *easy rider*. Powtórzmy, że te zjawiska łączą się ze słabością relacji: pryncypał-agent i mają liczne uwarunkowania.

5.9. Opłaty od pacjentów

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dopuszcza możliwość pobierania opłat od pacjentów np. w odniesieniu do pacjentów znajdujących się w stanie nietrzeźwości²⁶, ponadstandardowych świadczeń i materiałów z zakresu stomatologii, świadczeń zdrowotnych w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych, pobytu i wyżywienia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Sytuacja w odniesieniu do opłat pobieranych od pacjentów jest daleka od klarowności z uwagi na brak pełnego wykazu świadczeń ponadstandardowych i tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Kierownicy SPZOZ, stając wobec drastycznego braku środków na pokrycie kosztów bieżącego funkcjonowania zakładów, wprowadzali różne formy opłat i różne formalnoprawne rozwiązania do ich pobierania (np. cegiełki, opłaty wnoszone na rzecz fundacji specjalnie w tym celu tworzonych przy zakładach opieki zdrowotnej lub ich częściach etc.). O stopniu dwuznaczności takich sytuacji może świadczyć znamieny fakt z praktyki sądowej. Dyrektor Szpitala Klinicznego AM w Białymstoku został przez sąd grodzki uznany winnym złamania

²⁶ Jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości (art 33, ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

prawa (szpital przez krótki czas pobierał opłaty od pacjentów), ale sąd odstąpił od wymierzenia kary dyrektorowi, ponieważ uznał, że dyrektor, wprowadzając opłaty dobrowolne, działał w dobrej wierze (*Od pacjentów brać nie wolno* 2005).

5.10. Ustawa 203 zł (Lex 203)

Na fali strajków pielęgniarek w grudniu 2000 r. Sejm uchwalił nowelizację do ustawy o negocjacyjnym systemie wynagrodzeń²⁷, która zobowiązała publiczne zakłady opieki zdrowotnej (liczące powyżej 50 pracowników), do podniesienia z początkiem 2001 r. miesięcznego wynagrodzenia ich pracowników (w 2001 i 2002 r.) o co najmniej 203 zł²⁸.

Podstawowym mankamentem tej ustawy było to, że nie wskazywała ona precyzyjnie źródeł dla sfinansowania tej podwyżki²⁹ (w formie stosownych zapisów w ustawie budżetowej) ani nie odnosiła się do procedury przekazywania środków do SPZOZ. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w większości przypadków (wg szacunków 62%) tej ustawy nie zrealizowały. Nie miały bowiem na to dodatkowych środków, a w ramach kontraktów z płatnikiem podwyżek płacić nie uwzględniano.

Ten przypadek określany następnie w mediach jako ustawa 203 (lex 203) był nie tylko egzemplifikacją wadliwego rozwiązania w aspekcie czysto jurydycznym (Domagalski 2005), ale wykazywał cechy braku zgodności z filozofią reformy 1999 r. i przyjętymi w jej ramach szczegółowymi rozwiązaniami.

²⁷ Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 2001, nr 5, poz. 45).

²⁸ Potem stawka ta zwiększona została o 110 zł.

²⁹ W wystąpieniach na forum Sejmu zakładano obligatoryjny minimalny wzrost wynagrodzeń wszystkich pracowników zakładów opieki zdrowotnej o kwotę równą w 2001 r. 203 zł brutto, a obciążenia z tym związane szacowano na kwotę 1028 mln zł. Jako źródła sfinansowania przyrostu wynagrodzeń wskazywano na dodatkowe przychody z podniesienia poziomu składki na ubezpieczenie zdrowotne: 800 mln zł oraz zawieszenie obowiązku zwrotu pożyczek przez kasy chorych (zaciągniętych w 1999 r.) dodatkowo na lata 2001–2003, co miało zwiększyć pulę środków o 400 mln zł (Grottel 2000).

W warstwie jurydycznej Sąd Najwyższy musiał rozstrzygać kilka wydałoby się podstawowych kwestii: czy podwyżki przyznano na trzy lata, czy na czas nieokreślony, czy można je cofnąć, a jeżeli tak, to w jakim trybie, czy obejmują wszystkie, czy tylko duże szpitale, czy wolno pobierać podwyżkę z ustawy niezależnie od wcześniej przyznanej na mocy wewnętrznego zakładowego porozumienia, wreszcie – czy zapisy ustawy obejmują także te zakłady opieki zdrowotnej, które już w trakcie podwyżek obniżyły zatrudnienie poniżej 50 osób etc. (Domagalski 2005a).

Rozwiązania przyjętej nowelizacji pozostawały w sprzeczności tak z ideą samodzielności zakładów opieki zdrowotnej, jak i mechanizmem finansowania samodzielnych zakładów. Rzuciły też ciekawe światło na kwestie praw własności w systemie ochrony zdrowia i sposób ich egzekwowania.

Samodzielnym publicznym zakładom ustawodawca narzucił bowiem obowiązek wprowadzenia podwyżek w zdefiniowanej wysokości bez wskazania źródeł planowanych podwyżek i bez zdefiniowania, kto za wypłatę tej podwyżki jest odpowiedzialny.

W starym modelu (tj. sprzed reformy 1999 r.) zobowiązany byłby do tego właściciel, czyli organ założycielski. W nowym modelu w praktyce środki na sfinansowanie płac pochodzić mogły z kontraktów z płatnikiem, jako że właściciele (JST) nie mieli możliwości transferowania środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na inne cele niż zakup sprzętu i inwestycje.

Płatnik nie mógł jednak zwiększać wysokości kontraktów, gdyż dysponował jedynie środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne i musiał przestrzegać zasad samofinansowania.

Te kwestie stały się wkrótce przedmiotem licznych kontrowersji prawnych i w sprawę włączony został Trybunał Konstytucyjny, który wyrokiem z 18 grudnia 2002 r.³⁰ rozstrzygnął kwestię zgodności *ustawy 203* z Konstytucją RP, orzekając, że za realizację podwyżek współodpowiedzialność ponosi system finansów publicznych. Stanowisko Trybunału Konstytucyjnego nie da-

³⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2002 r., sygn. akt K 43/01 (DzU 2003, nr 1, poz. 14).

wało jednak odpowiedzi na pytanie, jaki podmiot w systemie finansów publicznych jest odpowiedzialny za realizację podwyżek (co z uwagi na charakter pytań kierowanych do Trybunału wydaje się całkowicie zrozumiałe).

Uznanie *ustawy 203* za zgodną z Konstytucją RP zachęciło pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i organizacje związkowe do wystąpień z roszczeniami. Pojawił się jednak problem: kto ma być pozwanym? Praktyka sądowa była tu bogata, bo w roli pozwanych występowały: organ założycielski, Skarb Państwa (Domagalski 2004)³¹, Marszałek Sejmu³², Kancelaria Sejmu (*Suma pieniędzy, której powinien zapłacić Sejm...* 2004), Minister Zdrowia (Domagalski 2005b), a nawet Minister Finansów (Domagalski 2004).

W 2004 r. suma pieniędzy zasądzonych przez sądy I instancji na korzyść zakładów opieki zdrowotnej wynosiła kilkanaście milionów złotych.

Problem, kto ma być pozywany, podejmował również Sąd Najwyższy, zmierzając do rozstrzygnięcia, jaka jednostka „systemu finansowania ochrony zdrowia” powinna odpowiadać za podwyżki. Tej materii dotyczył też złożony pod koniec 2004 r. do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o usunięcie wątpliwości, jakie niesie sformułowanie „system finansowania ochrony zdrowia” (Domagalski 2005b).

Podejmowano również inne działania, które miały pomóc w sformułowaniu odpowiedzi na pytanie, kto odpowiada za finansowe skutki ustawy. W tym kontekście 19 listopada 2004 r. Sejm, uchwalając nowelizację k.p.c., dodał przepis, zgodnie z którym w sprawach o naprawie-

³¹ Szpital im. M. Kopernika w Łodzi przeciwko Skarbowi Państwa (Domagalski 2004).

³² Sąd Najwyższy w swoim wyroku z 24 września 2003 r. rozstrzygnął, że to Skarb Państwa odpowiada co do zasady za szkody legislacyjne wyrządzone ustawą 203. Tam też Sąd Najwyższy zasugerował (wg niektórych autorów – wskazał) jako pozwanego Sejm. Na takiej zasadzie sądy okręgowe, orzekając w sprawach podwyżek 203 zł, zasądzały od Skarbu Państwa (gdzie pozwanym był Marszałek Sejmu) stosowne kwoty. Rozwiązanie takie przyniosło jednak pewne komplikacje, bo wskutek braku jednoznacznego rozstrzygnięcia na rozprawach zamiast Marszałka Sejmu pojawił się pełnomocnik Kancelarii Sejmu, którego Sąd Apelacyjny odsyłał (Domagalski 2004).

nie szkód wyrządzonych niedbalstwem legislacyjnym reprezentantem skarbu państwa będzie minister ds. skarbu państwa (Domagalski 2004). Miało to wykluczyć pojawiające się wątpliwości, czy Sejm może być w ogóle w takich sprawach pozywany i uchronić go od tej niewdzięcznej roli.

Na wskazanie, kto ma finansować podwyżki 203 zł, trzeba było czekać do marca 2006 r. Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów 30 marca 2006 r. podjął uchwałę, zgodnie z którą to Narodowy Fundusz Zdrowia jako następcą prawnym kas chorych odpowiadał (pod pewnymi warunkami) za refundację obowiązkowych podwyżek 203 zł. Zakład opieki zdrowotnej występujący z roszczeniem³³ musiał wykazać, że chociaż prawidłowo gospodarował środkami pozyskanymi z kontraktu z płatnikiem na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie mógł pokryć kosztów tych podwyżek (Lewandowska 2006).

Sąd Najwyższy w wyroku z 11 kwietnia 2006 r.³⁴ uznał po raz kolejny, że Skarb Państwa nie może być adresatem roszczeń o rekompensatę na podwyżki 203 zł. Wyrok ten oznaczał, że szpitale, które uzyskały nieprawomocne wyroki zasądzające na ich rzecz od Skarbu Państwa zwrot pieniędzy wydanych na obowiązkowe podwyżki dla pracowników, nie dostaną tych pieniędzy (Lewandowska 2006a).

W celu rozwiązania tej sytuacji w ustawie z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń³⁵ (z późniejszymi zmianami) określono sposób przekazania środków na wzrost wynagrodzeń, a Państwową Inspekcję Pracy uczyniono odpowiedzialną za kontrolowanie tego procesu.

Przypadek *ustawy 203* w pełni obnażył ułomności w sferze realizacji praw własności w systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz pokazał, jak wysokie są koszty transakcyjne przyjętych

³³ Pod koniec 2005 r. toczyły się 493 sprawy przeciwko kasom chorych, których następcą jest NFZ. Wszczęły je szpitale, żądając zwrotu wydatków poniesionych na obowiązkowe podwyżki dla pracowników. Roszczenia zakładów opieki zdrowotnej z tego tytułu opiewały łącznie na ponad 2 mld zł (bez odsetek) (Lewandowska 2006).

³⁴ Sygn. I CSK 120/05.

³⁵ DzU 2006, nr 149, poz. 1076.

rozwiązań. Udowodnił, że w praktyce kompetencje samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (i właściciela tego zakładu) w kwestii polityki płac i podwyżek płac w zakładzie są istotnie ograniczone, a stworzony zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych system finansowania ochrony zdrowia jest bardzo mało elastyczny.

6. Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych powyżej rozwiązań i ocen można wskazać, że przyjęte w reformie ochrony zdrowia rozwiązania:

- wykazują istotne dysfunkcje, szczególnie w obszarze uprawnień własnościowych, a wprowadzenie instytucji płatnika doprowadziło do ograniczenia możliwości efektywnej egzekucji praw własności w stosunku do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- sprawiają, że samorządy terytorialne (nowy właściciel) są pozbawione możliwości swobodnego transferowania środków publicznych do samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej będących ich własnością, możliwości zasilania kapitałowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez ich właścicieli są ograniczone i nie dotyczą sfer i obszarów o podstawowym znaczeniu dla funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (np. sprzedaż świadczeń zdrowotnych, płace czy kapitał obrotowy);
- zakładają szeroki zakres odpowiedzialności właściciela majątku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ale nie odpowiada to możliwościom właściciela w zakresie dysponowania własnością;
- sprawiają, że w systemie ochrony zdrowia nie ma wbudowanych narzędzi skutecznego motywowania kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do przeprowadzania głębszej restrukturyzacji zakładów;
- dają przywileje płatnikowi, który w odróżnieniu od właściciela dysponuje skutecznymi narzędziami wpływu na sposób wykorzystania majątku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – zgodnie z literą pra-

wa nie jest jednak odpowiedzialny za działalność samodzielnych zakładów;

- sprawiają, że relacje między płatnikiem a świadczeniodawcami pozostają wysoce niesymetryczne – w praktyce płatnik utrzymuje pozycję monopsonu;
- petryfikują ograniczenia po stronie zasileń finansowych, co hamuje rozwój samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- utrzymują ograniczenia dla tworzenia prywatnych ubezpieczalni i tworzenia dodatkowych strumieni zasileń finansowych dla SPZOZ.

Bibliografia

- Asher C.C., Mahoney J.M., Mahoney J.T. (2005). „Towards a property rights foundation for a stakeholder theory of the firm”, *Journal of Management and Governance*, t. 9, s. 5–32.
- Ashton T. (1998). „Contracting for Health Services in New Zealand: A Transaction Cost Analysis”, *Social Science & Medicine*, t. 46, nr 3, s. 357–367.
- Ashton T., Cumming J. i in. (2004). „Contracting for health services in a public health system: The New Zealand experience”, *Health Policy*, t. 69, nr 1, s. 21–31.
- Bariletti A., France G. (1996). „Transaction Cost Economics and Efficiency in Health Reform: The Case of Italy”, *Dipartimento di Scienze Economiche, Studi e Discussioni: Università di Firenze*, t. 103.
- Carroll G.R., Spiller P.T., Teece D.J. (1999). „Transaction cost economics: its influence on organizational theory, strategic management, and political economy”, w: G.R. Carroll, D.J. Teece (red.), *Firms, Markets, and Hierarchies: the Transaction Cost Economics Perspective*. New York: Oxford University Press, s. 60–88.
- Carter R., Hodgson G.M. (2006). „The Impact of Empirical Tests of Transaction Cost Economics on the Debate on the Nature of the Firm”, *Strategic Management Journal*, t. 27, nr 5, s. 461–476.
- Chernichovsky D. (1995). „Health Care Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm”, *The Millbank Quarterly*, t. 73, nr 2, s. 339–372.
- Collin S-O. (2007). „Governance strategy: a property right approach turning governance into action”, *Journal of Management & Governance*, t. 11, s. 215–237.
- Cors W.K. (1997). „Organization theory. Analyzing health care organizations”, *Physician Executive*, t. 23, nr 2, s. 21–23.

Dansky K. (1996). „Understanding Hospital Referrals to Home Health Agencies”, *Hospital and Health Services Administration*, t. 41, nr 3, s. 331–342.

David R.J., Han S.K. (2004). „A Systematic Assessment of the Empirical Support for Transaction Cost Economics”, *Strategic Management Journal*, t. 25, nr 1, s. 39–58.

Domagalski M. (2004). „Sejm zawinił, minister odpowie”, *Rzeczpospolita* z 11 grudnia.

Domagalski M. (2005a). „Młodsze placówki bez podwyżek”, *Rzeczpospolita* z 25 lutego.

Domagalski M. (2005b). „Nadużycie monopolistycznej pozycji NFZ”, *Rzeczpospolita* z 18 lutego.

Eisenhardt K.M. (1989). „Agency theory: an assessment and review”, *Academy of Management Review*, t. 14, s. 57–74.

Fannin J.M., Barnes J.N. (2007). „Recruitment of physicians to rural America: a view through the lens of Transaction Cost Theory”, *The Journal of Rural Health*, t. 23, nr 2, s. 141–149.

Friesner D., Rosenman R. (2001). „The Property Rights Theory of the Firm and Mixed Competition: A Counter-Example in the US Health Care Industry”, *International Journal of the Economics of Business*, t. 8, nr 3, s. 437–450.

Gauld R. (2007). „Principal-Agent Theory and Organizational Change. Lessons from New Zealand health information management”, *Policy Studies*, t. 21, nr 1, s. 17–34.

Grottel T. (2000). Sejmowe wystąpienie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia T.Grottela, stenogram sejmowy, 3 kadencja, 95 posiedzenie, 2 dzień (21 grudnia 2000).

Hee-Soun J., Feiock R. (2004). „Contracting out Local Government Services to Nonprofit Organizations”, *Conference Papers*, Midwestern Political Science Association, Chicago.

Hodgkin D., Horgan C.M., Garnick D.W. (1997). „Make or Buy: HMOs' Contracting Arrangement for Mental Health Care”, *Administration and Policy in Mental Health*, t. 24, nr 4, s. 359–376.

Instytut Spraw Publicznych (2003). „Przyszłość Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej”, *Analizy i Opinie*, nr 6(2).

Izdebski H. (2004). Opinia w przedmiocie „Zielonej Księgi Finansowania Ochrony Zdrowia w Polsce”.

Kautsch M., Klich J. (2002). „Kontrakty menedżerskie w opiece zdrowotnej”, *Gospodarka Narodowa*, nr 4, s. 37–53.

Kim J., Mahoney, J.T. (2005). „Property Rights Theory, Transaction Costs Theory, and Agency

Theory: An Organizational Economics Approach to Strategic Management”, *Managerial and Decision Economics*, t. 26, s. 223–242.

Lewandowska I. (2005). „Samorządy spłacą długi szpitali”, *Rzeczpospolita* z 12 sierpnia.

Lewandowska I. (2006). „Zastrzyk gotówki zrekompensuje podwyżki”, *Rzeczpospolita* z 31 marca.

Lewandowska I. (2006a). „Z pretensjami do funduszu, nie do budżetu”, *Rzeczpospolita* z 13 kwietnia.

Lin H-Ch., Xirasagar, S., Tang Ch-H. (2004). „Cost per discharge and hospital ownership under prospective payment and cost-based reimbursement systems in Taiwan”, *Health Policy and Planning*, t. 19, nr 3, s. 166–176.

Loughry M.L., Elms H. (2006). „An Agency Theory Investigation of Medical Contractors versus Member Physicians”, *Journal of Managerial Issues*, t. XVIII, nr 4, s. 547–569.

Macher J.T., Richman B.D. (2008). „Transaction Cost Economics; An Assessment of Empirical Research in the Social Science”, *Business and Politics*, t. 10, Issue 1, s. 1–63.

Mayer K.J., Nickerson J.A. (2005). „Antecedents and Performance Implications of Contracting for Knowledge Workers: Evidence from Information Technology Services”, *Organization Science*, t. 1, nr 3, s. 225–242.

Ministerstwo Zdrowia (2004). Raport „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, Warszawa, 21 grudnia 2004.

Nickerson J.A., Silverman B.S. (2003). „Why Firms Want to Organize Efficiently and What Keeps them from Doing So: Inappropriate Governance, Performance, and Adaptation in a Deregulated Industry”, *Administrative Science Quarterly*, t. 48, nr 3, s. 433–465.

Najwyższa Izba Kontroli (1999) Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych ZOZ, Nr ewid.184/1999/P/1998/129/DZK.

„Od pacjentów brać nie wolno” (2005). *Gazeta Lekarska*, nr 2.

Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (2002). Konferencja zorganizowana przez Senacką Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia, Instytut Spraw Publicznych i Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia. Materiały konferencyjne, 5.11.2002, Senat.

Rindfleisch A., Heide J.B. (1997). „Transaction Cost Analysis: Past, Present and Future Applications”, *Journal of Marketing*, t. 61, nr 4, s. 30–55.

Shufeldt J. (2007). „Vicarious Liability and Independently Contracted Emergency Physicians”, *ED Legal Letter*, t. 18, nr 2, s. 133–144.

Swanson, T., Göschl T. (2000). „Property rights issues involving plant genetic resources: implications of ownership for economic efficiency”, *Ecological Economics*, t. 32, s. 75–92.

Uhlaner L.M., Floren R.H., Geerlings J.R. (2007). „Owner Commitment and Relational Governance in the Privately-Held Firm: An Empirical Study”, *Small Business Economics*, t. 29, s. 275–293.

Young S.H. (2003). „Outsourcing and benchmarking in a rural public hospital: does economic theory

provide the complete answer?, *Rural and Remote Health*, t. 3, nr 1, s. 124.

Williamson O.E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: The Free Press.

Zinn J.S., Mor V., Intrator O., Feng Z.L., Angelelli J., Davis J.A. (2003). „The Impact of the Prospective Payment System for Skilled Nursing Facilities on Therapy Service Provision: A Transaction Cost Approach”, *Health Services Research*, t. 38, nr 6, s. 1467–1485.

On Certain Dysfunctions in the Management of Independent Public Health Care Units

The paper focuses on certain determinants of the health care reform carried out in Poland between 1999 and 2004 related to independent public health care units. It is argued that in the Polish health care sector, the basic conditions for effective execution of property rights have not yet been created. This is the primary reason why one may observe considerable dysfunctions in the process of managing independent public health care units. These dysfunctions originate from serious limitations in classic *ius utendi at abutendi*, *ius fruendi* and *ius disponendi* ownership rights implementation. The paper identifies basic dysfunctions at both regulatory and functional levels. Among them, a structural asymmetry between the payer and providers, as well as inefficient governance control over independent public health care units are presented. The paper shows that all these lead to increasing transaction costs and petrify inefficiencies in the health care system.

Key words: independent public health care units, ownership rights, dysfunctions of management.