

**Hubert Izdebski**

*radca prawny, adwokat*

PROF. ZWYCZ. W UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM

WYDZIAŁ PRAWA I ADMINISTRACJI

Dyrektor Instytutu Nauk o Państwie i Prawie

Warszawa, 4 grudnia 2004 r.

## **OPINIA W PRZEDMIOCIE „ZIELONEJ KSIĘGI FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE”**

Działając na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, przedstawiam następującą opinię w przedmiocie określonym w tytule.

„Zielona Księga finansowania ochrony zdrowia w Polsce”, zwana dalej „Księgą”, została opracowana - w bardzo krótkim, biorąc pod uwagę rozległość problematyki, czasie, tj. w ciągu półtora miesiąca - przez zespół, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września b.r., oraz jego ekspertów, pod kierownictwem prof. dr hab. Stanisławy Golinowskiej. Podkreślić należy, iż członkowie zespołu, poczynając od Przewodniczącej, jak i całego zespołu autorskiego, znani są ze szczególnej kompetencji w materii, która to kompetencja wiąże się także z wieloletnim zaangażowaniem w materię funkcjonowania mechanizmów ochrony zdrowia w Polsce i jego reform.

Zgodnie z powołanym zarządzeniem, celem raportu - czyli Księgi - miało być przedstawienie kompleksowego obrazu sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowania związanych z zależnością między wysokością środków w systemie a kosztami usług medycznych oraz potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Biorąc pod uwagę czas, w jakim przygotowana została Księga, a wobec niedysponowania przy przystępowaniu do prac wieloma istotnymi aktualnymi danymi, które dopiero trzeba było pozyskać z bardzo różnych źródeł, owoc prac zespołu w postaci Księgi należy uznać za wręcz imponujący, a tezy - część których jest znana przynajmniej osobom zajmującym się tą problematyką czasem od dawna, co świadczy o niezłym rozpoznaniu sytuacji, lecz zasadniczych trudnościach w zmianie stanu rzeczy - są poparte bardzo solidnym aktualnym materiałem analitycznym uzyskanym w następstwie zastosowania różnorodnych dostępnych instrumentów metodologicznych, co w oczywisty sposób wzmacnia znaczenie tych tez.

Celowe jednak wydaje się wskazanie, że we wprowadzeniu cel Księgi został wyrażony w nieco innej redakcji niż cel raportu określony w zarządzeniu Ministra:

uzyskanie kompleksowego obrazu sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowych związanych z relacją między poziomem środków występujących w systemie (istniejącym i możliwym do uzyskania), popytem ludności na świadczenia zdrowotne a kosztami wytwarzania usług zdrowotnych. Taka redakcja celu jest bardziej precyzyjna od celu określonego w zarządzeniu w języku bardziej ogólnym i politycznym, ale zarazem oznacza ona pewną interpretację, która - w imię kompleksowości - może wykraczać poza wyrażenia użyte w zarządzeniu (koszty usług medycznych - koszty wytwarzania usług zdrowotnych), a może oznaczać pewne ograniczenie w tym zakresie (potrzeby zdrowotne społeczeństwa — popyt ludności na świadczenia zdrowotne). O prawidłowości interpretacji w oczywisty sposób może orzec jedynie autor jej przedmiotu, tj. Minister Zdrowia, jednakże, w moim przekonaniu, interpretację tę można uznać za właściwą.

Odrębną kwestię stanowi użycie w obydwóch redakcjach terminu „system”. Wiedząc, że termin ten utrwalił się w języku polityki, nauki i publicystyki dotyczącej ochrony zdrowia, pragnę po raz kolejny podnieść jego nieadekwatność, i to od ponad dekady, do realiów; wadą „systemu ochrony zdrowia” jest brak systemowego podejścia przy jego konstruowaniu i reagowaniu na jego dysfunkcje, a zatem jest brak systemu. Rozumiem, że właśnie Księga, tak jak raport zespołu Prof. C. W. Włodarczyka, ma być jednym z istotnych materiałów umożliwiającym przystąpienie do konstruowania systemu - systemu zgodnego z przepisami art. 68 Konstytucji RP, wiążącymi RP aktami prawa międzynarodowego oraz innymi standardami międzynarodowymi i europejskimi oraz, w granicach możliwości, potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa, które mogą być wyrażane także w formie narodowych programów zdrowotnych (w szczególności, dalece już zaawansowanej koncepcji ustawy o Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych).

Niesystemowość „systemu” oraz jego dryfowanie wynikać musi zresztą także z wielu ustaleń, nie stosującej takiej terminologii, Księgi - w tym ustaleń dotyczących kwestii tak ważnych jak faktyczne wycofywanie się państwa i jednostek samorządu terytorialnego z budżetowego finansowania ochrony zdrowia w sytuacji, gdy art. 68 ust. 3 i 4 Konstytucji nakładają na władze publiczne takie obowiązki w zakresie zapewnienia ochrony zdrowia określonych kategorii osób oraz w zakresie szerszej rozumianego zdrowia publicznego, które nie mogą być wykonywane głównie czy jedynie poprzez odrębną od nich instytucję płatniczą, czy też brak nie tylko odpowiednich mechanizmów inwestycyjnych, ale wręcz brak środków na utrzymanie substancji w instytucjach ochrony zdrowia ze względu na brak należytego unormowania kwestii własnościowych oraz kwestii odpowiedzialności za określone aspekty funkcjonowania „systemu”. Wskazałem te dwie materie ustaleń celowo - bowiem w odniesieniu do nich w Księdze nie ma (albo co najmniej jest zdecydowanie za mało) wychodzenia od ich podstaw, w postaci przepisów Konstytucji (co powoduje, że Księga nie zajmuje się też dostatecznie konstytucyjnie umocowanym „popytem” na świadczenia zdrowotne dla **wszystkich** dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych czy chorych na choroby epidemiczne) czy też

potrzeby, w istocie wyartykułowanej dopiero we wnioskach końcowych, jasnego unormowania zakresu zadań i odpowiedzialności poszczególnych segmentów władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia, poczynając od określenia zadań poszczególnych szczebli jednostek samorządu terytorialnego, przy zapewnieniu im odpowiednich do zadań instrumentów prawnych i finansowych (materia samorządu terytorialnego jest zresztą w Księdze dotknięta w sposób wymagający zwrócenia uwagi na pewne braki i nieścisłości, co uczynię w dalszej części opinii).

Systemowym elementem nieistniejącego systemu miał być, a zapewne także powinien być, lekarz rodzinny. Odgrywać on powinien i może - pod warunkiem racjonalnego finansowania świadczeń, których udziela - w zracjonalizowaniu kosztów świadczeń specjalistycznych i szpitalnych, jako pierwsze, fachowe „sito” oceniające potrzebę i zakres takich świadczeń. Tymczasem wzmiankę o roli lekarza rodzinnego znalazłem tylko na s. 148.

Gdy idzie o kwestie ogólniejsze, zastanawia też - w ramach wyraźnego ogólnego unikania terminu „współfinansowanie” (w znaczeniu prawnym i w znaczeniu faktycznym) - pewna niekonsekwencja w traktowaniu problemu szczególnej formy współfinansowania „systemu”, jaką stanowią, jak to określa się w kilku miejscach Księgi, opłaty nieformalne i dowody wdzięczności. Formy te uznaje się za mało znaczące (s. 31, 66, 177), a dopiero na końcu (s. 211), zgodnie chyba nie tylko z odczuciem społecznym, ale i realiami (które, dodać trzeba, nie są wystarczająco rozpoznane w kategoriach naukowych), zauważa się zarówno ich wielkość, jak i charakter, mianowicie, w zbyt wielu przypadkach, charakter korupcyjny (przy ich akceptacji przez wielu, także formalnych, przedstawicieli środowiska lekarskiego, a także ich faktycznej, przez długi czas, akceptacji przez organy ścigania oraz organy wymiaru sprawiedliwości, gdy uznawały one, że dyrektor publicznego szpitala, ordynator czy lekarz nie są funkcjonariuszami publicznymi w rozumieniu przepisów prawa karnego).

W moim przekonaniu, jakiegokolwiek zmiany w zakresie mechanizmów funkcjonowania ochrony zdrowia powinny mieć również na celu maksymalne ograniczenie - wbrew interesowi wielu zainteresowanych w jej utrzymaniu - „szarej strefy”, przede wszystkim w szpitalnictwie publicznym, i ograniczenie „dowodów wdzięczności” istotnie do symbolicznych dowodów wdzięczności po uzyskaniu efektu leczniczego.

Zaznaczyć warto, że ogólnie rzadko zauważa się, że inną, już legalną, formą „współfinansowania” jest ta część składki ubezpieczenia zdrowotnego, którą ubezpieczony opłaca z własnych dochodów netto; zagadnieniu temu, bez użycia terminu „współfinansowanie”, trafnie poświęcono w Księdze wiele uwagi, wykazując ogromny wzrost tego obciążenia i wskazując także na granice możliwości korzystania z tej formy, jak i zresztą możliwości korzystania z innych form obciążających wprost czy pośrednio obywateli.

Pragnę także przedstawić następujące **uwagi szczegółowe**:

na s. 12 jest mowa w jednym ciągu wypowiedzi o „stowarzyszeniach i organizacjach społecznych” (podczas gdy stowarzyszenia są podstawową formułą organizacji społecznej, a z kolei przyjmuje się, że w ogóle nie należy do kategorii organizacji społecznych druga podstawowa formuła organizacji pozarządowej, mianowicie fundacja), a zaraz potem o „organizacjach charytatywnych” (co wyjaśnia się jako organizacje nie dotowane ze środków publicznych), które to wyrażenie nie ma ani umocowania ustawowego, ani znaczenia ustalonego w praktyce;

na s. 15 i nast. jest mowa o wysokości środków ze składek ubezpieczenia zdrowotnego, lecz informacje o kosztach ich poboru i przekazywania znajdują się dopiero na s. 67 i nast. (a w pewnym tylko zakresie, gdy mowa o „administracji”, na s. 45 i nast.); wydaje się, że już na początku powinno nastąpić odesłanie do dalszych informacji w tym zakresie (oraz ich skorelowanie), bowiem - co akurat przy składce nie występuje - zdarza się, że koszt poboru danin publicznych może przewyższać przychody z ich tytułu;

na s. 23 jest mowa o projekcie ustawy budżetowej; 26 listopada b.r. Sejm uchwalił tę ustawę (co nie oznacza końca procesu legislacyjnego, bowiem ustawa została przekazana Senatowi), ale wymagałoby uaktualnienia związanych z tym danych;

w tabelach nr 31 i 33 występuje kategoria lekarzy stomatologów, podczas gdy w tabelach nr 32, 34 itd. oraz w tekście jest prawidłowo obecnie mowa o dentystach;

poczynając od s. 28 pojawia się, wspomniana już kwestia, roli jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu ochrony zdrowia; kwestia ta obejmuje wiele aspektów, poczynając od tego (czego się nie zauważa), że gminy mogą finansować jednostki ochrony zdrowia, zresztą i publiczne, i niepubliczne, także pośrednio, przede wszystkim przez dostępne dla nich zwolnienia i ulgi podatkowe oraz w opłatach z tytułu użytkowania wieczystego gruntu, jak również poprzez preferencyjne stawki czynszu najmu i dzierżawy;

nie jest jasne czy (a może raczej w jakim stopniu) oszacowanie kosztów wynagrodzeń na s. 74 obejmuje skutki „ustawy 203”, o której skądinąd jest mowa na s. 94 i 214, a która sama w sobie jest dowodem braku systemu w „systemie”;

od s. 75 (tabela 28) w kilku miejscach Księgi występuje, trafnie uznana za ważną, przede wszystkim ze względu na zacieranie realnych rozmiarów dekapitalizacji substancji, kwestia braku prawidłowych zapisów księgowych (a zatem i

nierealność danych księgowych) dotyczących amortyzacji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej; niezależnie od tego, że amortyzacja sama w sobie nie jest „strumieniem pieniądza” (jak napisano na s. 138), lecz tylko pozycją rachunkową (może się przekształcić w strumień, jeżeli w ślad za zapisem księgowym dokona się przeznaczenia środków na odtworzenie substancji), zauważyć trzeba, że wiedza o rachunkowości SPZOZ pochodzi tylko z województwa małopolskiego (co wyraźnie stwierdza się na s. 149), podczas gdy są podstawy, by sądzić, że w innych regionach mogą występować zjawiska jeszcze bardziej ograniczające nawet tego rodzaju zapisy (choć także zjawiska mogące prowadzić do większej zgodności zapisów ze stanem rzeczywistym, jak próby uwłaszczenia publicznych zoz-ów w województwie sieradzkim); w rezultacie, nie można pominąć, rzutującej na rozwiązania z zakresu rachunkowości, kwestii uprawnień własnościowych SPZOZ-ów do nieruchomości (a czasem i ruchomości) znajdujących się w ich posiadaniu, przy ustawowej zasadzie, iż SPZOZ nie ma być uwłaszczony w odniesieniu do posiadanych przez siebie nieruchomości, lecz ma mieć tylko osobiste prawo ich użytkowania - niewątpliwie nie jest przy tym zasadne stwierdzenie na s. 212, że samorząd terytorialny jako organ założycielski nie jest właścicielem nieruchomości swych placówek, jako że na ogół jest już (bo wymagało to z reguły komunalizacji) takim właścicielem, co powoduje, iż obok problemu pokrycia przezeń długów likwidowanego SPZOZ występuje także **prawny** problem podziału obowiązków w zakresie utrzymania i modernizacji substancji pomiędzy użytkownikiem (jeżeli w ogóle ustanowiono użytkowanie we właściwej formie, tj. aktem notarialnym, co też nie było nazbyt częste) a właścicielem;

nie jest zrozumiałe, użyte na s. 98, znaczenie terminu „zaangażowanie środków prywatnych” w kontekście całej zawartej tam wypowiedzi;

bardzo ważne rozważania dotyczące efektów (czy raczej braku efektów) „outsourcingu” (s. 115) wymagałyby, jeżeli to jest możliwe, rozwinięcia w oparciu o analizę faktyczną, bowiem obecnie sprawiają wrażenie dość intuicyjnych; pamiętać przy tym należy, że ocena rzeczywistych pożytków czy strat z tego tytułu jest możliwa tylko przy dokonaniu realnej kalkulacji kosztów ponoszonych w danym zakresie w razie bezpośredniego wykonywania odpowiednich czynności przez SPZOZ (a takiej kalkulacji z reguły się nie dokonuje);

wyduje się, że analiza zobowiązań niewymagalnych (s. 206) nie ma istotniejszego znaczenia, bowiem zobowiązania takie muszą występować w toku prowadzenia jakiegokolwiek działalności, przede wszystkim ze względu na okres, jaki musi ubiegać od otrzymania faktury do ustalonego w niej terminu zapłaty - chyba że idzie o kwestię ewentualnie nazbyt krótkich terminów zapłaty albo o, występujące niestety w praktyce, sytuacje zawarcia ugody z wierzycielami, polegającej na zamianie zobowiązań wymagalnych na niewymagalne do określonego terminu, ale ze znacznym podwyższeniem ich kwoty (skutki takich ugód mogą nie znajdować

bezpośredniego odzwierciedlenia bilansowego, bowiem w ich wyniku powstają zobowiązania pozabilansowe); podstawowym przedmiotem troski powinny być przede wszystkim zobowiązania wymagalne, na które zresztą w Księdze zwraca się szczególną uwagę;

nie jest zrozumiała wypowiedź na s. 213, iż banki mogłyby być „organami nadzoru finansowego” w sytuacji znacznego zadłużenia SPZOZ, a wątpliwości nie usuwa też do końca teza G wniosków.

Sądzę, że rozważenie powyższych uwag - i, w miarę możliwości, ich uwzględnienie - mogłoby przyczynić się do nadania Księdze charakteru dokumentu jeszcze bardziej czytelnego i przekonywującego. Pragnę jednak podkreślić, że już w przedstawionym mi kształcie Księga stanowi materiał o fundamentalnym znaczeniu dla wszystkich, którzy podejmują w działalności praktycznej i działalności naukowej najistotniejsze zagadnienia stanu aktualnego i perspektyw funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia w RP - poczynając od Ministra Zdrowia, na którego zlecenie dokument ten powstał.

