

Co ze szpitalami ?...

29 maja br. utraci moc ust. 2 z art. 59 ustawy o działalności leczniczej, uznany przez TK jako niezgodny z Konstytucją¹ „w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”. Trybunał – „uwzględniając społeczne skutki wyroku oraz skomplikowanie materii, która winna zostać zawarta w nowej regulacji” – dał rządowi 18 miesięcy czasu na naprawienie przepisu. Nie ma nowelizacji, nie ma nawet projektu ani jego zapowiedzi w planie prac legislacyjnych rządu.

Już 2 grudnia 2019 r. (kilka dni po publikacji wyroku) Dziennik Gazeta Prawna pisał: „Resort zdrowia jest zdeterminowany, by utrzymać odpowiedzialność samorządów za to, jak są zarządzane podległe im szpitale”. Z tego sformułowania wynika, że dziennikarki DGP – być może wprowadzone w błąd przez przedstawiciela resortu – kompletnie nie rozumieją rzeczywistego (bez)kształtu „systemu” ochrony zdrowia w Polsce.

Wczoraj dla odmiany zadzwonił do mnie dziennikarz jednej z rozgłośni radiowych, głęboko zatroskany losem szpitali po wejściu w życie wyroku TK z 20 listopada 2019 r.

Jak widać, trzeba pilnie przypomnieć kilka faktów wszystkim, którzy:

- 1) nie chcą o nich pamiętać,
- 2) są zbyt młodzi, by je pamiętać,
- 3) piszą lub mówią w mediach, nie zgłębiając tematu ani nie sięgając do źródeł.

Fakt 1. Samorządy, przewrotnie nazwane w ustawie „podmiotami tworzącymi”, **nigdy nie utworzyły** żadnego z tych szpitali. Otrzymały je z dobrodziejstwem inwentarza, w tym narastających (mimo kilkukrotnego „odłożenia”) długów, jako nowe „organy właścicielskie”, jednak bez realnych uprawnień właścielskich, to znaczy z ograniczonym wpływem na zarządzanie **samodzielnymi** ZOZ-ami, a przede wszystkim **bez pieniędzy**. Pieniądze na działalność leczniczą (nasze składki na ubezpieczenie zdrowotne) trafiły do **Kas Chorych**, a na inne zadania (zarządzanie, inwestycje, remonty, wyposażenie itp.) nie dostaliśmy **ani grosza** do budżetów JST. Województwom i powiatom, odtworzonym w 1998 roku, powierzono tylko niektóre zadania poboczne (profilaktyka i promocja zdrowia, medycyna pracy, część zadań opiekuńczych) wraz z niewielkimi środkami na te cele.

Fakt 2. Powstał jednak **obietujący układ czterech podmiotów**: (zbyt) samodzielnych szpitali, ich organów „właścielskich” (JST i resorty), ubezpieczyciela - kas chorych (dysponujących w naszym imieniu naszymi pieniędzmi) oraz resortu zdrowia, mającego prowadzić politykę zdrowotną państwa. Nowy system zaczął się docierać i właśnie wtedy, po wyborach w 2001 r., został on **zburzony przez nieodpowiedzialnych polityków**. Przeważały interesy tracących grunt grup lewych interesów w post-peerelowskim „systemie”. TK uznał, że likwidacja kas chorych była niezgodna z Konstytucją, ale kas już nie było, a likwidatorzy nie ponieśli żadnej, nawet politycznej odpowiedzialności. A szkoda, bo samorządy zaczęły z powodzeniem budować partnerskie relacje z kasami chorych, zwłaszcza na Śląsku, gdzie **Andrzej Sośnierz**, prezes tamtejszej Kasy, wprowadził z sukcesem bardzo nowoczesne rozwiązania, które w skali kraju są wdrażane dopiero w ostatnich latach.

Fakt 3. Dalsze próby przebudowy systemu były fragmentaryczne, a stare układy skutecznie się broniły. **Samorządy**, mimo niezyskania środków finansowych na ochronę zdrowia, dobrowolnie, mając na uwadze interes mieszkańców, **wspierały w miarę swoich możliwości** przekazane im w 1999 r. szpitale (dane poniżej).

Fakt 4. Ustawa o działalności leczniczej z 2011 roku stworzyła ramy do poprawy, w tym ewentualnych przekształceń własnościowych. Art. 59, biorąc pod uwagę wcześniejsze, dobrowolne zaangażowanie JST, wprowadził **możliwość pokrywania bieżących strat netto szpitali**, by ograniczyć narastanie ich zadłużenia. Miało to także negatywne skutki: świadomość, że jest „bogaty” prezydent, starosta lub marszałek, który pokryje straty, nie mobilizowała zarządzających placówkami do przedsięwzięć zwiększających efektywność systemu.

Fakt 5. W 2016 roku obecna większość rządząca zmieniła art. 59, **zastępując możliwość pokrywania bieżących strat** (a nie długów, jak piszą niektórzy) **obowiązkiem ich pokrycia**. A wszystko to w sytuacji, gdy nadal do

¹ jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji (Dz.U. z 2019 r. poz. 2331, z dnia 28.11.2019)

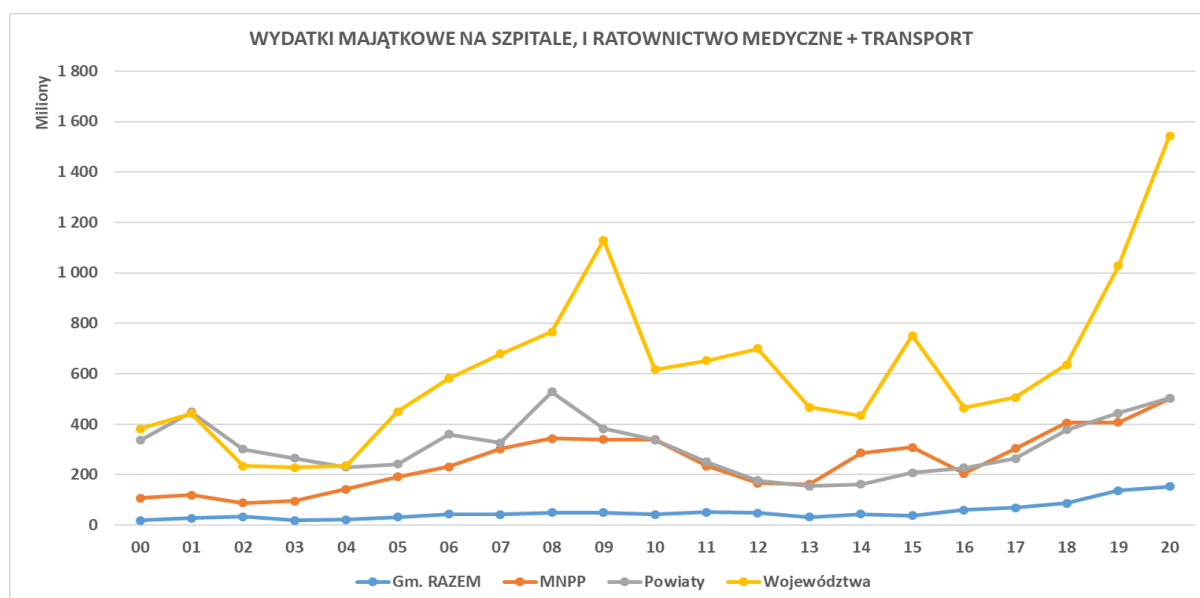
budżetów JST nie wpływała nawet złotówka na to zadanie. Dysponentem całości naszych składek na ubezpieczenie zdrowotne jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Trybunał jak najbardziej słusznie uznał niekonstytucyjność przepisów art. 59 w brzmieniu nadanym im w 2016 r.

Łącznie JST, tylko od 2011 r., spłaciły blisko **1 mld zł** zobowiązań szpitali, a także pokryły **2,23 mld zł** ich strat. Poniższa tabela przedstawia dynamikę spłat zobowiązań i strat SP ZOZ [mln zł] w ostatniej dekadzie:

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
pokryte straty (dział 851, § 416)	591,8	129,4	135,9	131,6	120,2	146,6	146,4	111,7	316,3	394,8
spłaty zobowiązań (dział 851, §§ 489, 490 i 491)	11,8	11,1	442,2	131,2	154,7	27,7	73,3	96,8	16,9	17,0

Fakt 6. Samorządy **nie otrzymały** odpowiednich narzędzi prawnych ani jakichkolwiek środków finansowych na funkcjonowanie przekazanych im szpitali. Kontrakty ze szpitalami negocjuje i zawiera od 18 lat nieudolny następca kas chorych – NFZ, działający nietransparentnie, ulegający naciskom grup interesów oraz dyktatowi resortu, choć miał być niezależny od polityków. Samorządy nie są dysponentami środków, nie mają wpływu na pensje w służbie zdrowia ani na zakres i wycenę świadczeń należnych z ubezpieczenia zdrowotnego. Obciążanie ich (zamiast NFZ) stratami i długami szpitali urąga zasadom sprawiedliwości społecznej.

Ale **to właśnie samorządy podejmują - w miarę możliwości - wysiłki finansowe**, by szpitale funkcjonowały lepiej. Skala nakładów jest ogromna: **wydatki majątkowe JST na ochronę zdrowia** (dział 851) wyniosły od r.2000 narastająco **29,6 mld zł**, z czego blisko 26 mld zł bezpośrednio na szpitale i ratownictwo medyczne. Połowę tych nakładów poniosły województwa, drugą prawie połowę - powiaty i miasta na prawach powiatu (aż 2 mld zł – gminy, z czego 1 mld zł na szpitale!). Tylko w ostatnich 5 latach było to łącznie 9,5 mld zł. (dwa razy więcej niż budżet państwa), w tym 8,3 mld zł bezpośrednio na szpitale. Wykres obrazuje rozkład i dynamikę tych wydatków.



Co dalej? Rząd zapowiada recentralizację zarządzania szpitalami, czyli **powrót do PRL-u**. Minister znów będzie miał poczucie władzy. Urzędnik w jego resorcie odzyska prestiż, bo będzie – w ramach posiadanego limitu – podejmował wiekopomne decyzje o remoncie dachu na szpitalu, np. w Szamotułach, a nie w Obornikach (lub odwrotnie). A my? Będziemy czekać w kolejkach, na pewno nie krótszych, ale za to – „skoordynowani” przez rząd – pojedziemy leczyć się gdzieś dalej, bo w międzyczasie skasują nam oddział, a może nawet szpital...

(apo; dane - jmcz)