



Ministerstwo Zdrowia



**ZAŁOŻENIA REFORMY
PODMIOTÓW LECZNICZYCH
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
W RODZAJU ŚWIADCZENIA SZPITALNE**

Warszawa, maj 2021 r.

Spis treści

| | |
|--|----|
| 1. Wstęp..... | 3 |
| 1.1. Analiza bieżącej sytuacji finansowej szpitali publicznych | 5 |
| 1.2. Czynniki utrudniające funkcjonowanie szpitali publicznych | 11 |
| 1.3. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17 | 15 |
| 2. Struktura właścicielska – warianty rozwiązań | 16 |
| 2.1. Charakterystyka poszczególnych wariantów..... | 16 |
| 2.1.1. Wariant I – ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale | 16 |
| 2.1.2. Wariant II – wzmocnienie nadzoru nad szpitalami przez administrację rządową | 18 |
| 2.1.3. Wariant III – Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali | 20 |
| 2.2. Rekomendacja Zespołu | 22 |
| 3. Agencja Rozwoju Szpitali | 24 |
| 3.1. Forma organizacyjno-prawna ARS | 24 |
| 3.2. Zadania ARS | 25 |
| 3.3. Pomoc publiczna | 29 |
| 3.4. Jakość zarządzania – kadra menedżerska | 32 |
| 3.5. Rekomendacje Zespołu | 34 |
| 4. Reorganizacja systemu szpitalnictwa | 36 |
| 4.1. Analiza dotychczasowego stanu systemu..... | 36 |
| 4.2. Cele zmian systemu | 38 |
| 4.3. Główne założenia zmian systemu PSZ..... | 38 |
| 5. Specyfika instytutów badawczych i szpitali klinicznych | 43 |
| Załącznik nr 1 – Uwarunkowania prawne dotyczące poszczególnych wariantów..... | 44 |
| Załącznik nr 2 – Omówienie zidentyfikowanych ryzyk konstytucyjnych..... | 49 |
| Skróty użyte w dokumencie | 57 |

1. Wstęp

Od lat prawidłowe funkcjonowanie szpitali publicznych w Polsce ograniczone jest przez szereg czynników. Podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój szpitali jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem. Nie bez wpływu na nią pozostanie również Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17, który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania szpitali funkcjonujących w formie spoz. Negatywnymi czynnikami charakteryzującymi działalność szpitali są też: zjawisko tzw. „wielowładztwa”, czyli występowanie różnych podmiotów tworzących szpitali na określonym obszarze, nie zawsze uzasadniona konkurencja między szpitalami, utrzymywanie nieefektywnie wykorzystanej bazy, czy podwyższonej gotowości, nieskoordynowana pomiędzy samorządami opieka nad pacjentem na danym terenie, niedoinwestowanie sektora szpitalnictwa, niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności zasoby systemu, „upolitycznienie” zarządzania szpitalami, czy w końcu brak skoordynowania działań zarządczych, np. w ramach zarządzania kryzysowego, co najlepiej uwidoczniły działania w ramach zwalczania epidemii COVID-19. Powyższe czynniki zostały bardziej szczegółowo scharakteryzowane w dalszej części dokumentu.

Wychodząc naprzeciw opisanym wyżej okolicznościom, Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 23 grudnia 2020 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 120 oraz z 2021 r. poz. 17), powołał Zespół do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Zadaniem Zespołu było opracowanie i przedstawienie do akceptacji Ministrowi Zdrowia założeń reformy sektora szpitalnictwa w Polsce.

Zaprojektowane przez Zespół rozwiązania mają na celu osiągnięcie następujących efektów:

- optymalizacja jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta – wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentracja leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń;
- prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych – optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji;
- utworzenie profesjonalnego, scentralizowanego systemu nadzoru poprzez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali;
- wsparcie inwestycji – skoordynowanie działań na rzecz rozwoju szpitalnictwa, skierowanie dodatkowych środków z różnych źródeł: budżetu państwa, funduszy unijnych, funduszy celowych zarządzanych przez Ministra Zdrowia;

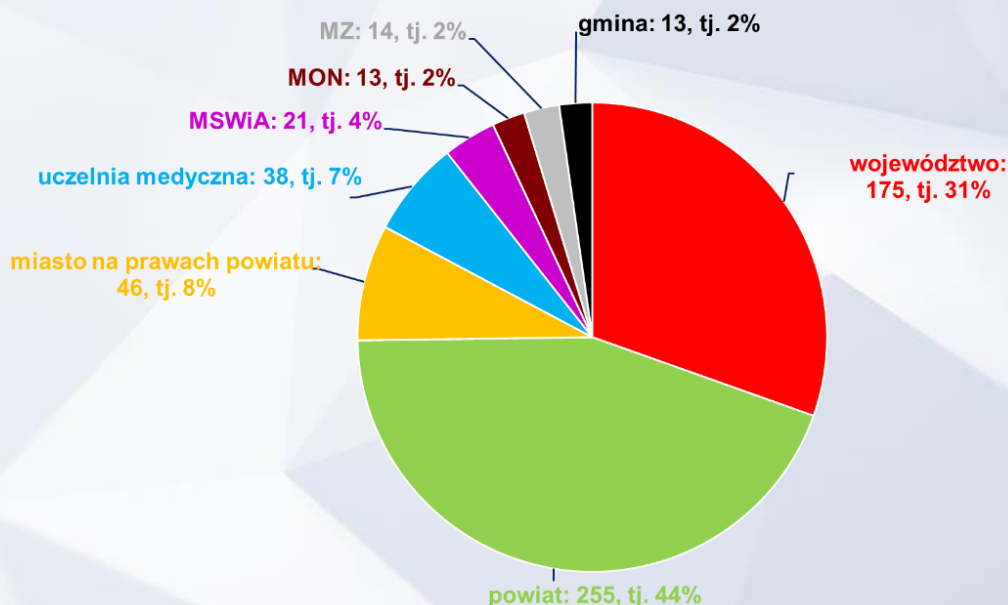
- wdrożenie skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność szpitali i ich stabilność finansową;
- restrukturyzacja zobowiązań szpitali;
- koordynacja i optymalizacja wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminacja konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego,
- uniknięcie konkurencji pomiędzy szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- wykorzystanie efektu skali – interwencje obejmujące wszystkie podmioty np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne; stworzenie Centrum Usług dla szpitali;
- efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych (koncentracja) i nowoczesnej infrastruktury medycznej;
- wzmocnienie kadry zarządzającej i popularyzacja nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, certyfikacja umiejętności kadry zarządzającej.

Korzyścią dla pacjenta wynikającą z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego będzie przede wszystkim dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Prognozy demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w 2025 roku liczba ludności zamieszkującej tereny miejskie zmniejszy się w każdym województwie, poza województwem mazowieckim. Największy spadek prognozowany jest w województwie śląskim (ponad 150 tys. osób mniej). Z kolei w 2050 roku w każdym województwie będzie można zaobserwować spadek liczby mieszkańców miast. Takie zmiany wynikają ze zmian struktury ludności i wyższej dzietności wśród mieszkańców wsi. Drugim czynnikiem są migracje z centrów miast na tereny podmiejskie. Oba czynniki będą wiązać się ze zmianą dostępności do świadczeń leczenia szpitalnego. Dopasowanie zakresu świadczeń oraz ich dostępności do charakterystyki pacjentów zamieszkałych na danym obszarze to jedno z najważniejszych aspektów sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji pozwoli na poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych. Ten ostatni wiąże się również z odpowiednią liczbą personelu medycznego w szpitalach.

1.1. Analiza bieżącej sytuacji finansowej szpitali publicznych

W Polsce na koniec 2020 roku funkcjonowało 575 szpitali publicznych rozumianych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (428), instytutów badawczych (14) oraz spółek kapitałowych (133, w tym 125 ze 100% kapitałem publicznym) z większościami udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznych (na potrzeby niniejszego dokumentu to pojęcie obejmuje również spółki akcyjne). W powyższym ujęciu nie zostały uwzględnione takie podmioty lecznicze, jak: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz terapia uzależnień. Analizując przedmiotowe szpitale pod kątem podmiotów tworzących tych jednostek, a w przypadku spółek kapitałowych – ich większościowych udziałowców (wykres 1), należy stwierdzić, że najwięcej szpitali publicznych prowadzonych jest przez powiaty (255, tj. 44% ogółu) oraz samorządy województw (175, tj. 31%). Szpitale prowadzone przez miasta na prawach powiatu stanowiły 8% ogółu (46 szpitali), a szpitale gminne zaledwie 2% (13 jednostek). Szpitale klinicznych, czyli nadzorowanych przez uczelnie medyczne było według stanu na dzień 31 grudnia 2020 roku 38, co stanowiło 7% szpitali publicznych. Z kolei szpitale resortowe, tj. nadzorowane przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji występujące w liczbie 48 stanowiły łącznie 8% ogólnej liczby szpitali publicznych. Do tej ostatniej grupy zaliczają się również instytuty badawcze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego: 12 nadzorowanych przez MZ oraz 2 podległe MON.

Wykres 1: Struktura „właścicielska” szpitali publicznych



Sytuacja finansowa szpitali publicznych jest bardzo zróżnicowana, zarówno w całej zbiorowości jednostek, jak i w obrębie poszczególnych podmiotów tworzących. Zauważalna jest jednak generalna tendencja pogarszania się sytuacji finansowej szpitali publicznych z każdym kolejnym rokiem.

Wielkością ekonomiczną charakteryzującą sytuację finansową szpitali publicznych w Polsce jest kwota posiadanych przez te jednostki zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych to znaczy takich, dla których termin płatności już upłynął. Wartość zobowiązań ogółem i zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych w latach 2017-2020 przedstawiono w tabeli 1 oraz na wykresie 2.

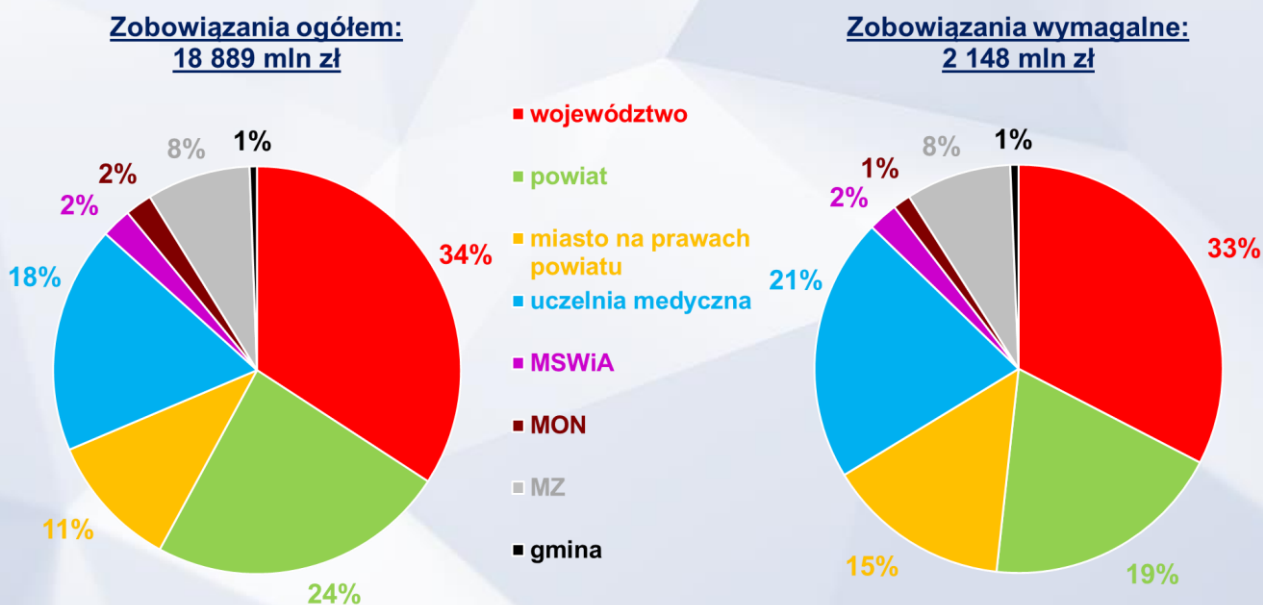
Tabela 1: Zobowiązania ogółem i wymagalne szpitali publicznych funkcjonujących na koniec 2020 roku w latach 2017-2020 (w mln zł)

| Wyszczególnienie | Stan na dzień: | | | |
|---------------------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| | 31.12.2017 r. | 31.12.2018 r. | 31.12.2019 r. | 31.12.2020 r. |
| Zobowiązania ogółem | 14 148 | 16 004 | 17 817 | 18 889 |
| - w tym zobowiązania wymagalne | 1 617 | 1 948 | 2 315 | 2 148 |

- z uwagi na ustawy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2020 – do końca kwietnia 2021 r. – dane z końca 2020 r. mogą ulec zmianie.

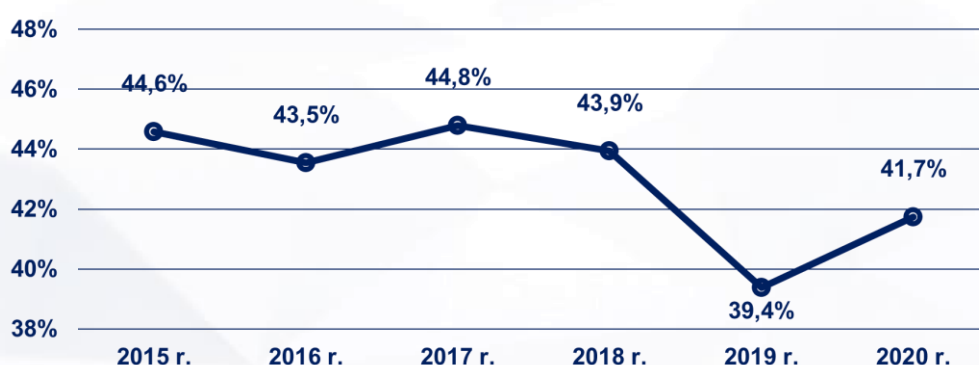
Jak wynika z powyższych danych, zobowiązania ogółem szpitali publicznych w latach 2017-2020 systematycznie zwiększały swoją wartość z poziomu 14 148 mln zł do 18 889 mln zł, natomiast zobowiązania wymagalne wzrosły z poziomu 1 617 mln zł do 2 148 mln zł.

Wykres 2: Zobowiązania ogółem i wymagalne szpitali publicznych wg stanu na dzień 31.12.2020 r. (dane wstępne)



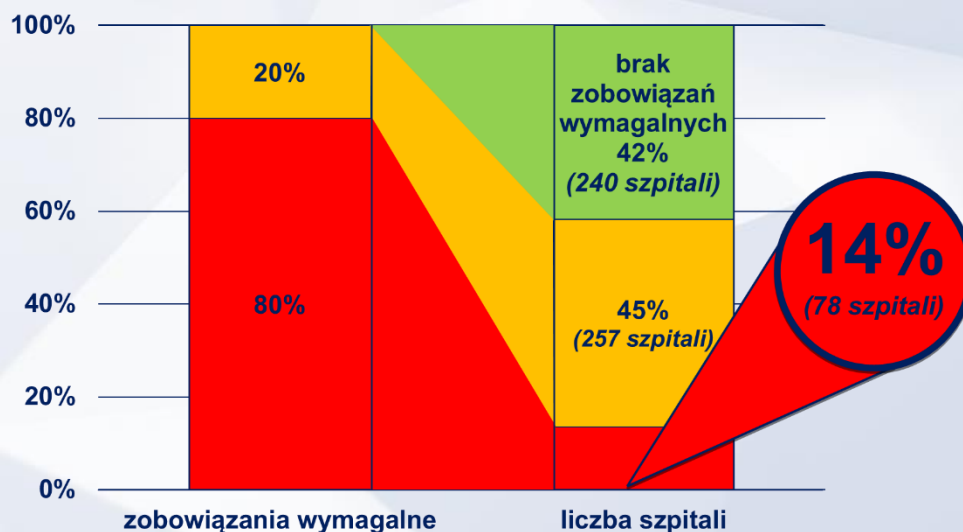
Według wstępnych danych na dzień 31 grudnia 2020 roku największy udział w generowaniu zobowiązań zarówno ogółem, jak i wymagalnych szpitali publicznych miały jednostki utworzone i nadzorowane przez powiaty i miasta na prawach powiatu – łącznie około 35% całości zobowiązań. Podobną wartość zobowiązań wygenerowały szpitale podlegające samorządom województw. Należy mieć jednak na uwadze, że negatywne zjawisko występowania zobowiązań wymagalnych nie dotyczy wszystkich szpitali publicznych. Na wykresie 3 zaprezentowano jak w latach 2015-2020 zmieniał się udział jednostek nieposiadających zobowiązań wymagalnych w ogólnej liczbie szpitali publicznych.

Wykres 3: Procent szpitali publicznych bez zobowiązań wymagalnych w latach 2015-2020

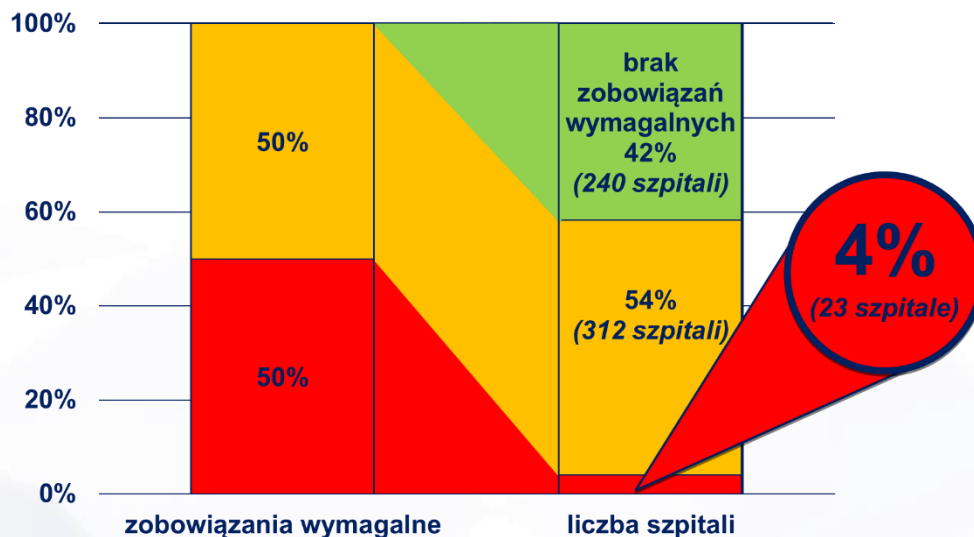


Według wstępnych danych na dzień 31 grudnia 2020 roku zobowiązania wymagalne wystąpiły w przypadku 335 szpitali publicznych, które stanowiły 58% wszystkich analizowanych jednostek. Na wykresach 4 i 5 zaprezentowano procentowy udział szpitali w generowaniu 80% i 50% wartości zobowiązań wymagalnych wszystkich szpitali publicznych.

Wykres 4: Procent szpitali publicznych generujących 80% zobowiązań wymagalnych według stanu na dzień 31.12.2020 r. (dane wstępne)



Wykres 5: Procent szpitali publicznych generujących 50% zobowiązań wymagalnych według stanu na dzień 31.12.2020 r. (dane wstępne)

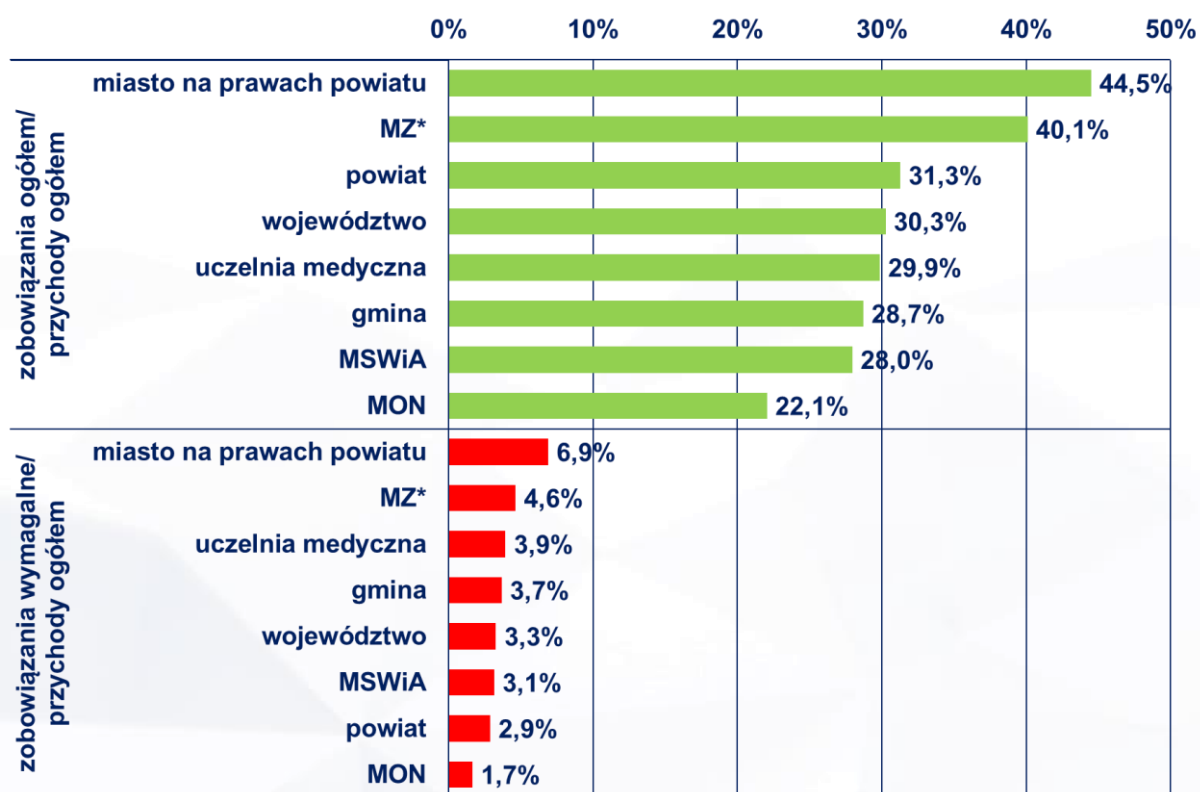


Powyższe wykresy wskazują, że według wstępnych danych na koniec 2020 roku, 80% sumy zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych generowane było przez zaledwie 14% tych jednostek (78 szpitali), natomiast za generowanie połowy zobowiązań wymagalnych odpowiedzialnych było zaledwie 4% szpitali publicznych (23 szpitale).

Z uwagi na różną skalę działalności prowadzonej przez poszczególne szpitale, zarówno zobowiązania ogółem, jak i wymagalne powinny być analizowane w odniesieniu do rocznych przychodów szpitali. Na wykresie 6 przedstawiono zobowiązania szpitali publicznych utworzonych przez poszczególne grupy podmiotów tworzących na dzień 31 grudnia 2020 roku w relacji do przychodów ogółem za 2019 rok tych szpitali.

Jak wynika z danych przedstawionych na wykresie 6, zarówno zobowiązania ogółem jak i zobowiązania wymagalne stanowią największy procent przychodów w przypadku szpitali publicznych prowadzonych przez miasta na prawach powiatu – odpowiednio 44,5% oraz 6,9%. Z kolei najniższe wartości analizowana relacja wykazuje dla szpitali nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej – odpowiednio 22,1% oraz 1,7%. Średnia relacja zobowiązań ogółem do przychodów ogółem dla wszystkich szpitali wyniosła 31,8%, a zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem – 3,6%.

Wykres 6: Relacja zobowiązań ogółem i wymagalnych na dzień 31.12.2020 r. (dane wstępne) szpitali publicznych do przychodów ogółem za 2019 r. według podmiotów tworzących



* Szpitale nadzorowane przez MZ, to przede wszystkim instytuty badawcze, w przypadku których MZ jako podmiot nadzorujący nie ma podstaw prawnych do pokrywania strat netto, gdyż art. 59 ustawy o działalności leczniczej nie ma zastosowania do instytutów badawczych, co przekłada się na wartość powyższych wskaźników.

Wartym podkreślenia jest fakt, że równoległe do pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali publicznych w Polsce, znacząco zwiększają się nakłady na ochronę zdrowia w Polsce. W tabeli 2 przedstawiono dotychczasowe planowane nakłady na ochronę zdrowia w latach 2015-2020 oraz faktyczne wykonanie nakładów.

Tabela 2: Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2015-2021 (w mln zł)

| Rok | Plan wg ustawy | | Wykonanie | |
|---------|----------------|-------|----------------|-------|
| | Kwota (mln zł) | % PKB | Kwota (mln zł) | % PKB |
| 2015 r. | 74 741 | 4,57% | 77 177 | 4,72% |
| 2016 r. | 79 807 | 4,62% | 80 941 | 4,68% |
| 2017 r. | 84 629 | 4,73% | 87 584 | 4,89% |
| 2018 r. | 89 959 | 4,86% | 93 538 | 5,05% |
| 2019 r. | 97 571 | 4,92% | 102 617 | 5,18% |
| 2020 r. | 107 820 | 5,10% | 123 726* | 5,85% |
| 2021 r. | 120 559 | 5,30% | - | - |

* - dla 2020 r. aktualna wartość planu po zmianach

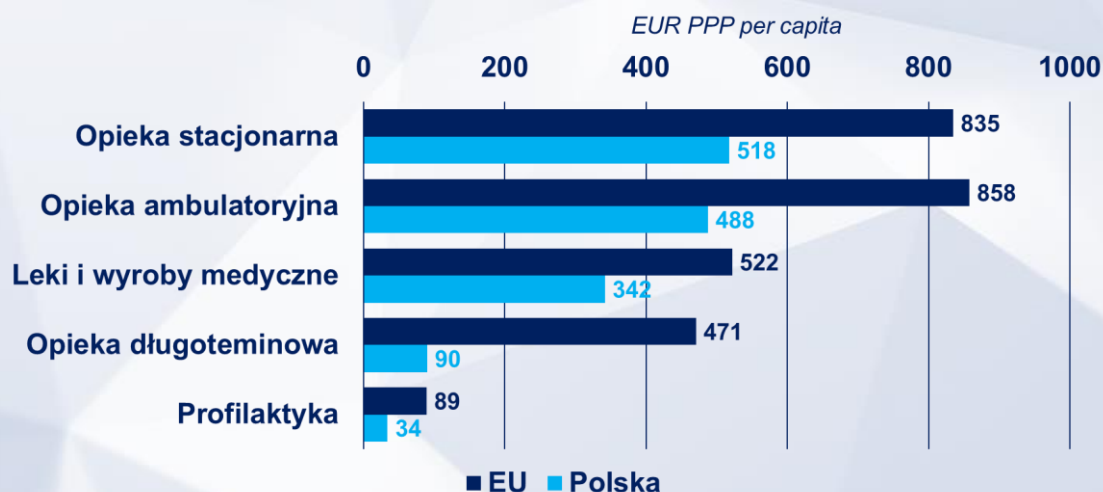
Od 2018 roku obowiązuje ustawa gwarantująca wzrost nakładów do 6% PKB. Zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się środki nie mniejsze niż 6% PKB, z zastrzeżeniem, iż wysokość tych środków w latach 2018-2023 nie może być niższa niż: 4,78% PKB w 2018 roku, 4,86% PKB w 2019 roku, 5,03% PKB w 2020 roku, 5,30% PKB w 2021 roku, 5,55% PKB w 2022 roku i 5,80% PKB w 2023 roku. Pierwotnie docelowa wartość referencyjna (6%) miała zostać osiągnięta w 2025 roku, jednak po nowelizacji ustawy w 2018 roku przyspieszono jej osiągnięcie do 2024 roku, natomiast w przedstawionym Polskim Ładzie zadeklarowano uzyskanie poziomu 6% w 2023 roku. Planowane nakłady na ochronę zdrowia w najbliższych latach przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3: Planowane nakłady na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2021-2024 (mln zł)

| Rok | Plan wg ustawy | |
|---------|----------------|-------|
| | Kwota (mln zł) | % PKB |
| 2021 r. | 120 559 | 5,30% |
| 2022 r. | 124 020 | 5,55% |
| 2023 r. | 136 654 | 5,80% |
| 2024 r. | 149 430 | 6,00% |

Według „State of Health in the EU Polska Profil systemu ochrony zdrowia 2019. OECD” w 2017 roku ponad 34% wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce było przeznaczane na opiekę stacjonarną, co stanowi trzecią najwyższą pozycję w Unii Europejskiej (średnia dla UE wynosi 29%). Wydatki na opiekę zdrowotną względem Unii Europejskiej przedstawiono na wykresie 7.

Wykres 7: Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce względem Unii Europejskiej



Źródło: Na podstawie danych OECD, rok 2017

Mówiąc o nakładach na opiekę zdrowotną nie sposób nie wspomnieć o nakładach ponoszonych na szpitale przez jednostki samorządu terytorialnego. Te od 2016 roku stale rosną i w 2019 roku wyniosły niemal 2 mld zł. Wsparcie szpitali przez jednostki samorządu terytorialnego w latach 2015-2019 przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4: Wsparcie szpitali przez jednostki samorządu terytorialnego (w mln zł)

| Grupa j.s.t. | 2015 r. | 2016 r. | 2017 r. | 2018 r. | 2019 r. |
|--|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Gminy | 26 | 35 | 41 | 40 | 41 |
| Powiaty i miasta na prawach powiatu | 567 | 456 | 660 | 814 | 854 |
| Samorzady województw | 633 | 433 | 648 | 660 | 1 058 |
| RAZEM | 1 226 | 924 | 1 349 | 1 514 | 1 953 |

Źródło: Sprawozdania Ministerstwa Finansów Rb-27S

1.2. Czynniki utrudniające funkcjonowanie szpitali publicznych

Pogarszającą się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali. W znacznym stopniu utrudnia je również zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego. Występowanie wielu podmiotów nadzorujących odpowiadających za funkcjonowanie poszczególnych szpitali na danym terenie nie służy również zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zauważalną i niekorzystną dla funkcjonowania szpitali jest także nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to w tym przypadku nacechowane jest negatywnie, gdyż szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez szpitale.

Nadmiarowe koszty działalności szpitali generuje także utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część szpitali podwyższonej gotowości.

Kolejnym czynnikiem utrudniającym funkcjonowanie i ograniczającym rozwój sektora szpitalnictwa jest jego niedoinwestowanie. Z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia. W tym kontekście warto wspomnieć o bardzo wysokim poziomie kosztów wynagrodzeń

z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem szpitali (w szpitalach i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%). Ta okoliczność niewątpliwie wpływa na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali. Dlatego też tak istotne jest zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa.

Z niedoinwestowaniem wiążą się pośrednio również zasoby systemu ochrony zdrowia, które w przypadku części szpitali są niewystarczające, a w przypadku innych, nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności.

Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19 w jaskrawy sposób pokazał jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale. Dodatkowo większa liczba tych podmiotów, przy braku jednostki koordynującej i nadzorującej kompleksowo procesy zachodzące w całym sektorze szpitalnictwa, nie sprzyja również prowadzeniu spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych oraz optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych, zgodnemu z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji.

Ponadto, w związku z brakiem jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi pojawiają się sytuacje, gdzie poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający, dlatego też w celu zwiększenia profesjonalizacji kadry zarządzającej niezbędna jest jej certyfikacja.

Zaznaczyć należy, że w przeszłości podejmowane były próby zreformowania sektora szpitalnictwa w Polsce z uwagi na pogarszającą się sytuację finansową szpitali przejawiającą się głównie rosnącym zadłużeniem. Istotnym doświadczeniem w tym zakresie są działania przeprowadzone na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 164). Ówczesna reforma polegała na restrukturyzacji finansowej zadłużenia szpitali z tytułu zobowiązań publiczno- i cywilnoprawnych, jak również roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203” (z lat 1999-2004). Udzielone wówczas przez Bank Gospodarstwa Krajowego pożyczki, co prawda spowodowały spadek zobowiązań wymagalnych w wyniku konwersji na zobowiązania długoterminowe, jednak nie poprawiły realnie sytuacji finansowej szpitali.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że Najwyższa Izba Kontroli w informacji z dnia 9 maja 2016 roku o wynikach kontroli pn. „*Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych*

zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych”¹ (obejmującej okres od 1 stycznia 2005 r. do 31 grudnia 2014 r.) wskazała, że nie wprowadzono wówczas skutecznych mechanizmów, które motywowałyby szpitale do restrukturyzacji zapewniającej trwałą poprawę sytuacji finansowej.² Mimo, że ówczesne przepisy uzależniały otrzymanie pomocy od przygotowania przez szpitale programów restrukturyzacyjnych, to nie zawierały one już narzędzi wymuszających realizację działań w nich zawartych. Pomoc nie była więc tak naprawdę warunkowana wdrożeniem działań naprawczych.³

Ponadto, realizacja działań restrukturyzacyjnych, jak też osiągnięcie zaplanowanych efektów nie były objęte wystarczającym monitorowaniem ani przez organy restrukturyzacyjne (województw) ani też przez podmioty tworzące.⁴ W zdecydowanej części szpitale nie wyznaczały również osób odpowiedzialnych za realizację działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie ich efektów.⁵ Zakres przewidzianej w ustawie o pomocy publicznej weryfikacji ograniczony został jedynie do kwestii zgodności wydatkowania środków z ich przeznaczeniem, co nie mobilizowało wspartych szpitali do poprawy jakości zarządzania w dłuższej perspektywie, w tym do podejmowania trudnych w odbiorze społecznym wyzwań w zakresie optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń.⁶ Zdaniem NIK, optymalizacja kosztów wynagrodzeń pracowników szpitali, z uwagi na ich największy udział w ogólnych kosztach działalności podmiotów leczniczych, pomimo tego iż jest trudnym wyzwaniem dla zarządzających szpitalem, to jednak ma bezpośredni wpływ na sytuację finansową.⁷ Potwierdzeniem tego jest fakt, że na poprawę sytuacji finansowej części szpitali objętych kontrolą NIK wpływ miała nie skala i zakres otrzymanego wsparcia zewnętrznego, a racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności, w szczególności kosztów zatrudnienia i wynagrodzeń.⁸

W raporcie NIK wskazano, że zaciągane w ramach realizacji ówczesnej reformy kredyty i pożyczki długoterminowe tylko w nielicznych przypadkach były przeznaczane na cele rozwojowe i inwestycyjne.⁹ Znacząca część tych zobowiązań związana była z utratą płynności finansowej przez szpitale, a podejmowane działania miały na celu pozyskanie środków na spłatę długu wymagalnego. Podejmowane w tym zakresie działania jedynie w krótkim okresie poprawiały płynność finansową podmiotów, natomiast w dłuższej perspektywie takie

¹ Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli „Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych” z dnia 9 maja 2016 roku., LOP.430.001.2016, Nr ewid. 18/2016/P/15/092/LOP, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/092/LOP>.

² Ibidem, s. 11.

³ Ibidem, s. 9.

⁴ Ibidem, s. 10.

⁵ Ibidem, s. 28.

⁶ Ibidem, s. 10.

⁷ Ibidem, s. 17.

⁸ Ibidem, s. 9.

⁹ Ibidem, s. 16.

zadłużenie stanowiło zwiększone ryzyko dla stabilności finansowej szpitali, w których nie były podejmowane skuteczne działania naprawcze.¹⁰

Jak stwierdziła NIK, duże znaczenie dla powodzenia procesu restrukturyzacji szpitala mają również kompetencje kadry zarządczej.¹¹ Działania restrukturyzacyjne wymagają także ścisłej współpracy obu podmiotów – leczniczego oraz tworzącego. W wielu przypadkach stwarzane są jedynie pozory sprawowania nadzoru, czego przejawem jest m.in. ograniczenie zakresu otrzymywanych przez samorządy informacji wyłącznie do treści zawartych w planach i sprawozdaniach finansowych. Brak pogłębionej analizy uniemożliwia zarówno rzetelną ocenę prowadzenia gospodarki finansowej nadzorowanego podmiotu, jak również ocenę planowanych do realizacji działań naprawczych lub rozwojowych w szpitalu.¹² Tymczasem, podmioty tworzące nie oczekiwały od szpitali podejmowania zobowiązań w zakresie prowadzenia działań restrukturyzacyjnych. Oczekiwania w tym zakresie ograniczały się jedynie do uzyskania potwierdzeń, że przekazywana pomoc została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem. Tym samym warunki uzyskiwania przez szpitale wsparcia, nie motywowały zarządzających tymi podmiotami do podejmowania trudnych wyzwań w zakresie restrukturyzacji. Skuteczność takich działań, z uwagi na ryzyko występowania oporu społecznego, w wielu przypadkach uzależniona była jedynie od determinacji osób kierujących szpitalami.¹³

NIK uznała również, że kluczowe dla budowania spójnego systemu ochrony zdrowia, w przypadku braku systemowych rozwiązań, jest współdziałanie samorządów na wszystkich jego szczeblach.¹⁴

Z informacji NIK, jako najistotniejsze obszary problemowe szpitali publicznych, wyłaniają się zatem: konieczność sporządzania rzetelnych programów restrukturyzacyjnych, brak mechanizmów nadzoru, niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący, czy brak mechanizmów mobilizujących kadrę zarządczą szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych oraz konsekwencji niewykonania takich programów. Ponadto, wskazano na konieczność stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia, kontroli płac i stwarzających możliwość budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stworzenia kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych.

¹⁰ Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli „Restrukturyzacja...”, op. cit., s. 16.

¹¹ Ibidem, s. 15.

¹² Ibidem, s. 19.

¹³ Ibidem, s. 24.

¹⁴ Ibidem, s. 14.

1.3. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17

Zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), podmioty tworzące zobowiązane są do pokrywania ujemnych wyników finansowych szpоз, jeśli te nie były w stanie pokryć ich we własnym zakresie. W wyroku z dnia 20 listopada 2019 roku (sygn. akt K 4/17 – Dz. U. poz. 2331) Trybunał Konstytucyjny orzekł jednak, że art. 59 ust. 2 ww. ustawy w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 tej ustawy oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw 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, 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 Rzeczypospolitej Polskiej. Przepis w powyższym zakresie straci moc obowiązującą po upływie 18 miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, tj. z dniem 29 maja 2021 roku.

Powyższy wyrok TK oznacza dla szpitali publicznych funkcjonujących w formie szpоз utratę jednego ze źródeł otrzymywanych środków finansowych, jakim w przypadku pokrywania ujemnego wyniku finansowego był podmiot tworzący.

2. Struktura właścicielska – warianty rozwiązań

2.1. Charakterystyka poszczególnych wariantów

Jak wskazano powyżej, opisując potrzeby i cel projektowanych rozwiązań, jednym z podstawowych czynników utrudniających prawidłowe funkcjonowanie szpitali jest przywołane zjawisko „wielowładztwa”. Wynika ono z podlegania szpitali wielu różnym jednostkom, głównie na trzech poziomach samorządu terytorialnego, z czego z kolei wynika nieskoordynowanie działań dotyczących tworzenia, funkcjonowania i rozwoju podmiotów leczniczych, niejednokrotnie brak współpracy i kooperacji pomiędzy szpitalami, co prowadzi do nieefektywnego powielania określonych kompetencji i zakresów świadczeń, przy jednoczesnym niedoborze innych, na tożsamym terenie działalności. W początkowej fazie, prace Zespołu ukierunkowane były na trwałe zmiany struktury właścicielskiej szpitali publicznych zmierzające do skupienia nadzoru w jednym, wspólnym dla wszystkich szpitali, podmiocie nadzorującym. W miarę analizy czynników ryzyka związanych z taką zmianą, Zespół przygotował alternatywne warianty rozwiązań eliminujące w znacznym stopniu zidentyfikowane zagrożenia, przy jednoczesnym zapewnieniu realizacji zakładanych celów reformy.

W nawiązaniu do powyższego, Zespół przedstawia trzy wypracowane warianty przeprowadzenia reformy szpitali publicznych w zakresie struktury właścicielskiej. Uwarunkowania prawne dotyczące poszczególnych wariantów zostały zawarte w **Załączniku nr 1**, a omówienie zidentyfikowanego ryzyka konstytucyjnego w tym zakresie zawarto w **Załączniku nr 2**.

2.1.1. Wariant I – ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale

Wariant zakłada przejęcie przez Skarb Państwa albo Narodowy Fundusz Zdrowia albo Agencję Rozwoju Szpitali nadzoru nad wszystkimi szpitalami publicznymi i majątku niezbędnego do ich funkcjonowania bez względu na obecną formę własności przy następujących założeniach:

- a) w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej nastąpi zmiana podmiotu tworzącego, a w spółkach kapitałowych wywłaszczenie udziałowców lub akcjonariuszy z udziałów lub akcji;
- b) nastąpi przejęcie od j.s.t. i spółek kapitałowych majątku ruchomego i nieruchomego wykorzystywanego przez szpitale publiczne,
- c) funkcjonował będzie jeden podmiot nadzorujący, co oznacza będzie 100% własności i nadzoru Skarbu Państwa (SP może być reprezentowany np. przez Ministra Zdrowia, wojewodę) albo Narodowego Funduszu Zdrowia albo Agencji Rozwoju Szpitali lub

nastąpi ograniczenie obecnej struktury właścicielskiej poprzez zmniejszenie ilości podmiotów nadzorujących do maksymalnie trzech tj. jeden ze wskazanych powyżej podmiotów i dodatkowo samorzady województw oraz uczelnie medyczne.

Jednym z głównych uwarunkowań przemawiających za wariantem I jest to, że Minister Zdrowia posiadałby pełną odpowiedzialność i kontrolę nad planowaną reformą. Istniałaby wówczas operacyjna możliwość realizacji strategicznego planowania zasobów w ochronie zdrowia i wdrożenia działań, a systemowe zarządzanie szpitalami (finansowanie, nadzór właścicielski, inwestycje, wsparcie rozwoju) skupione byłoby w rękach jednego podmiotu nadzorującego (ewentualnie maksymalnie trzech). Dodatkowo ograniczona liczba podmiotów nadzorujących szpitale ułatwiałaby realizację zarządzania kryzysowego np. w warunkach pandemii COVID-19. Mniejsze rozproszenie własności sprzyjałoby również obiektywności podejmowanych decyzji i ochronie szpitali przed wpływami lokalnej polityki. Nie ulega wątpliwości, że pełne przejście własności i nadzoru nad wszystkimi szpitalami umożliwiłoby skoordynowane i kompleksowe prowadzenie oraz monitorowanie procesów restrukturyzacyjnych. Reforma polegająca na wdrożeniu wariantu I zapewniłaby także realizację założeń zawartych w uzasadnieniu ww. wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r.

W przypadku wariantu I istnieje jednak potencjalna konieczność wypłaty zadośćuczynienia wobec j.s.t. oraz wspólników spółek kapitałowych związane z ograniczeniem prawa własności, w tym między innymi za mienie, które było przekazane j.s.t. przez Skarb Państwa w 1999 r., nakłady jakie samorzady poniosły na utrzymanie i rozwój tego mienia, udziały w spółkach, czy utratę praw nadzoru j.s.t. nad szpitalami (szerszy opis w Załączniku nr 1). Należy jednak zwrócić uwagę, że roszczenia takie mogą być związane wyłącznie z rzeczywiście zaistniałą szkodą w mieniu, czyli negatywną konsekwencją finansową wynikającą z przejścia. Natomiast mniejsze ryzyko dotyczy skutecznego dochodzenia roszczeń w zakresie utraty możliwości nadzoru nad szpitalami. Działania prawodawcy mogłyby polegać bowiem na zdjęciu obowiązku z j.s.t. nadzoru nad szpitalami i przeniesieniu go na jeden podmiot. Kolejnym zidentyfikowanym ryzykiem jest potencjalny brak konstytucyjności projektowanych rozwiązań z art. 165 Konstytucji RP dotyczącym samodzielności j.s.t. oraz ewentualnie art. 21 Konstytucji RP dotyczącym wyłączenia (szerszy opis w Załączniku nr 2). Art. 165 Konstytucji RP statuuje prawo własności i innych praw majątkowych jednostek samorządu terytorialnego oraz ustanawia ochronę sądową samodzielności tych jednostek. Natomiast art. 21 Konstytucji RP stanowi o ochronie własności oraz dopuszcza wyłączenie jedynie wówczas, gdy jest dokonywane na cele publiczne i za słusznym odszkodowaniem. Należy także liczyć się ze sprzeciwem dotychczasowych podmiotów nadzorujących szpitale, głównie j.s.t. Ponadto wariant I wiąże się z koniecznością poniesienia wysokich, jednorazowych nakładów

finansowych na restrukturyzację zadłużenia, uzupełnienia nakładów inwestycyjnych (obecnie nawet 2-3 mld zł rocznie to nakłady j.s.t.), a także konieczność przejęcia finansowania inwestycji będących w trakcie realizacji. Na zakończenie należy zwrócić uwagę na trudności w szybkim pozyskaniu zasobów kadrowych niezbędnych do przejęcia nadzoru nad szpitalami i konieczność rozbudowania administracji do pełnienia nadzoru właścicielskiego nad około 600 podmiotami. Z tym wątkiem wiążą się również ograniczone możliwości bezpośredniego nadzoru (np. kontrole, wizytacje, spotkania).

2.1.2. Wariant II – wzmocnienie nadzoru nad szpitalami przez administrację rządową

W odpowiedzi na istotne ryzyka wariantu I, szczególnie związane z potencjalnym brakiem konstytucyjności rozwiązań, a także potencjalną odpowiedzialnością odszkodowawczą, Zespół przygotował założenia wariantu II, który zakłada zmianę podmiotu tworzącego (w przypadku spzoz) bez przejmowania majątku albo obligatoryjne przekształcenia szpitali w spółki kapitałowe, w których Skarb Państwa obejmuje 51% udziałów/akcji (pozostałe udziały/akcje należą do j.s.t. lub uczelni medycznych):

a) opcja zmiany „podmiotów tworzących”:

- w przypadku szpitali w formie spzoz następuje przejęcie nadzoru bez przejmowania majątku (grunty, budynki), majątek pozostaje w j.s.t. (lub jest do j.s.t. przekazany z spzoz) i jest dzierżawiony przez szpital (na warunkach ustawowych, nie wolnorynkowych);
- w przypadku szpitali w formie spółek kapitałowych możliwy jest tylko przedstawiony powyżej wariant I.

b) opcja przekształcenia szpitali w spółki z proporcją udziałów 51%-49%:

- wszystkie szpitale funkcjonujące w formie spzoz obligatoryjnie przekształcane są w „spółki medyczne” (nowa forma organizacyjno-prawna podmiotu leczniczego, np. „publiczna spółka medyczna”, w którą z mocy ustawy przekształcone zostałyby dotychczasowe podmioty lecznicze prowadzące szpitale), w których Skarb Państwa obejmuje 51% udziałów/akcji;
- w szpitalach funkcjonujących dotychczas w formie spółek kapitałowych Skarb Państwa obejmuje 51% udziałów/akcji;
- mienie dotychczasowego podmiotu tworzącego (j.s.t.), które było przekazane spzoz na podstawie nieodpłatnego użytkowania z mocy ustawy byłoby nadal użytkowane lub dzierżawione przez nowopowstałą spółkę – w przypadku, gdy mienie nieruchomości było wcześniej przekazane przez podmiot tworzący na własność spzoz, z mocy ustawy stałoby się własnością nowopowstałej spółki.

Głównym uwarunkowaniem przemawiającym za wariantem II, w porównaniu do wariantu I, jest to, że w jego przypadku ograniczone są ryzyka związane z odpowiedzialnością odszkodowawczą, czy też niekonstytucyjnością przepisów. W tym przypadku Minister Zdrowia również posiadałby w zasadzie pełną odpowiedzialność i kontrolę nad planowaną reformą, jednakże przy współdziałaniu dotychczasowych podmiotów nadzorujących. Wariant II daje operacyjną możliwość realizacji strategicznego planowania zasobów w ochronie zdrowia i wdrożenia tych działań, a systemowe zarządzanie szpitalami (finansowanie, nadzór właścicielski, inwestycje, wsparcie rozwoju) skupione byłoby w rękach jednego podmiotu nadzorującego, przy współdziałaniu dotychczasowych podmiotów nadzorujących szpitale, głównie j.s.t. Powyższe niewątpliwie ułatwiłoby realizację zarządzania kryzysowego np. w warunkach epidemicznych. Taka struktura własnościowa sprzyjałaby również obiektywności podejmowanych decyzji i ochronie szpitali przed wpływem lokalnego otoczenia społeczno-publicznego. Nie ulega wątpliwości, że takie przejęcie własności i nadzoru nad wszystkimi szpitalami umożliwiłoby, w stopniu zbliżonym do wariantu I, skoordynowane i kompleksowe prowadzenie oraz monitorowanie procesów restrukturyzacyjnych.

W przypadku wariantu II istnieje jednak konieczność poniesienia wysokich, jednorazowych wydatków związanych z objęciem udziałów/akcji w spółkach kapitałowych i potencjalnymi roszczeniami związanymi z ich wysokością, co jest związane z różnicami w określeniu wyceny wartości przejmowanych częściowo szpitali (51%). Proces zmian byłby długotrwały, gdyż najpierw należałoby dokonać obiektywnej wyceny wszystkich szpitali, a przyjęcie jednolitego modelu wyceny będzie utrudnione ze względu na ich niewątpliwie zróżnicowanie, także pod względem sytuacji finansowej. Wariant II wiąże się również z potencjalną odpowiedzialnością odszkodowawczą wobec j.s.t. związaną z ograniczeniem prawa własności, nakładami na mienie, utratą nadzoru nad szpitalami, a także z roszczeniami z tytułu regulowanych stawek najmu i dzierżawy (dodatkowe koszty dla systemu ochrony zdrowia). W przypadku tego wariantu należałoby dokonać skomplikowanego podziału kompetencji pomiędzy Skarb Państwa a j.s.t. i istnieje możliwość powstawania sporów dotyczących realizacji poszczególnych zadań. Należy także uwzględnić sprzeciw dotychczasowych podmiotów nadzorujących szpitale, głównie j.s.t. Ponadto wariant II wiąże się z koniecznością poniesienia wysokich, jednorazowych nakładów finansowych na restrukturyzację zadłużenia i uzupełnienia nakładów inwestycyjnych. Należy zwrócić uwagę na trudności w szybkim pozyskaniu zasobów kadrowych niezbędnych do przejęcia nadzoru nad szpitalami. Na zakończenie należy zwrócić uwagę, że reforma w takim kształcie w ograniczonym stopniu realizowałaby założenia zawarte w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku.

2.1.3. Wariant III – Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali

W toku prac koncepcyjnych Zespołu, w związku z istotnymi ryzykami zidentyfikowanymi w wariantach I i II, a także mając na uwadze kluczowe cele reformy sektora szpitalnictwa, wypracowano wariant III nie zakładający pełnego objęcia nadzoru i przejęcia majątku niezbędnego do funkcjonowania szpitali. Wariant III zakłada powołanie Agencji Rozwoju Szpitali (opisanej szczegółowo w dalszej części tego dokumentu), która będzie odpowiedzialna m.in. za pozyskiwanie danych dotyczących funkcjonowania szpitali oraz ich sytuacji ekonomiczno-finansowej. Na podstawie analizy zebranych danych ARS będzie dokonywała oceny szpitali obejmującej sytuację ekonomiczno-finansową, ale również działalność operacyjną (np. strukturę i stopień realizacji świadczeń opieki zdrowotnej), zgodność realizowanych świadczeń z Mapami Potrzeb Zdrowotnych oraz jakość udzielanych świadczeń (we współpracy z NFZ). W wyniku dokonanej oceny ARS będzie przyznawała szpitalowi odpowiednią kategorię, odnoszącą się do sytuacji ekonomiczno-finansowej i pozostałych elementów oceny wymienionych powyżej. Szczegółowe i obiektywne kryteria ewaluacji powinny zostać wypracowane w toku przyszłych prac legislacyjnych. Na ich podstawie ARS będzie przyznawała szpitalom jedną z czterech kategorii:

- **A – szpital w dobrej sytuacji finansowej dopasowany profilem do potrzeb regionalnych** – szpital nie kwalifikuje się do restrukturyzacji. Ponadto, może być priorytetowo traktowany w przyznawaniu funduszy na działania rozwojowe, a także planowane jest wdrożenie rozwiązań mających na celu dodatkowe premiowanie np. w postaci zwiększenia wartości kontraktu, co będzie stanowiło dodatkową motywację do aspirowania do tej kategorii;
- **B – szpital wymagający wdrożenia działań naprawczych i optymalizacyjnych** – szpital przygotowuje program optymalizacyjny podlegający zatwierdzeniu przez ARS, uwzględniający:
 - ✓ przeprowadzenie optymalizacji procesów zarządczych pozwalające na wyeliminowanie występowania niekorzystnych zjawisk ekonomicznych, np. wzrostu kosztów, wzrostu zobowiązań, pogorszenia płynności finansowej;
 - ✓ wdrożenie mechanizmów efektywnościowych;
 - ✓ ustalenie/zaktualizowanie strategii działalności szpitala;
 - ✓ usprawnienie wewnętrznej komunikacji i przepływu informacji;
 - ✓ pozyskanie nowych źródeł przychodów;
- **C – szpital wymagający wdrożenia programu restrukturyzacyjnego** – szpital przygotowuje program restrukturyzacyjny podlegający zaopiniowaniu przez NFZ i zatwierdzeniu przez ARS oraz zatrudnia doradcę restrukturyzacyjnego delegowanego

przez ARS, który nadzoruje proces restrukturyzacji. Program restrukturyzacyjny powinien uwzględniać elementy wymienione w kategorii B oraz dodatkowo:

- ✓ optymalizację/zmniejszenie kosztów operacyjnych (w szczególności zużycia materiałów i energii, usług obcych, kosztów wynagrodzeń);
- ✓ reorganizację zasobów i infrastruktury;
- ✓ optymalizację nakładów inwestycyjnych – ograniczenie inwestycji finansowanych ze środków własnych tylko do rzeczywistych potrzeb, pozyskanie jak największego finansowania inwestycji ze źródeł zewnętrznych;
- ✓ restrukturyzację zobowiązań finansowych szpitala, np. konwersję zobowiązań krótkoterminowych na długoterminowe, a co się z tym wiąże ograniczenie kosztów finansowych;

- **D – szpital wymagający wdrożenia programu restrukturyzacyjnego i przejęcia zarządzania przez ARS** – następuje czasowe przejście nadzoru i zarządzania przez ARS, przygotowany i wdrażany jest program restrukturyzacyjny podlegający zaopiniowaniu przez NFZ. Program restrukturyzacyjny powinien uwzględniać elementy wymienione w kategorii C oraz dodatkowo:

- ✓ zmianę struktury organizacyjnej szpitala (np. konsolidację komórek organizacyjnych, redukcję liczby niewykorzystywanych łóżek, outsourcing nierentownych usług medycznych i niemedyceńskich);
- ✓ przeprofilowanie szpitala dostosowujące jego strukturę do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na danym terenie;
- ✓ konsolidację szpitali na danym terenie w celu dostosowania do potrzeb zdrowotnych.

Realizacja i efektywność programów restrukturyzacyjnych szpitali będzie monitorowana przez ARS. W przypadku braku realizacji działań zaplanowanych w programie restrukturyzacyjnym lub nieosiągnięcia zakładanych efektów restrukturyzacji i wygenerowania wskaźników finansowych poza zakresem oczekiwanych wartości, w przypadku szpitali w kategorii C, ARS będzie dokonywała czasowego przejścia zarządzania szpitalami analogicznie jak w kategorii D.

Wariant III w znaczący sposób ogranicza ryzyko związane z odpowiedzialnością odszkodowawczą, czy też niekonstytucyjnością przepisów, a także brak zagrożeń prawnych i finansowych wynikających z konieczności objęcia udziałów/akcji w spółkach kapitałowych. Wariant ten to również zwiększona motywacja zarządzających szpitalami do zdobycia jak najwyższej kategorii, co będzie wiązało się z korzyściami rozwojowymi, a także z uniknięciem obligatoryjnej restrukturyzacji. Położenie nacisku na kwestie rozwojowe, oprócz tych restrukturyzacyjnych, zapewni holistyczne podejście do całości sektora szpitalnictwa i obejmie także szpitale zarządzane w sposób prawidłowy (z kategorią A). Należy także zwrócić uwagę,

że zaproponowany model rozwiązań popierany jest przez środowiska eksperckie w ochronie zdrowia i wiąże się z mniejszym sprzeciwem dotychczasowych podmiotów nadzorujących szpitale, niż w przypadku wcześniej zaprezentowanych wariantów. W jego przypadku nie istnieje konieczność znaczącej rozbudowy administracji odpowiedzialnej za nadzór nad szpitalami. Przyszła reforma w przypadku wariantu III zapewnia racjonalność nakładów finansowych koniecznych do uruchomienia zaproponowanych zmian (brak konieczności kompleksowego oddłużenia, uzupełnienia nakładów inwestycyjnych itd.), a jej wdrożenie będzie mogło nastąpić stosunkowo szybko m.in. ze względu na brak konieczności wyceny szpitali. Ponadto, warto zwrócić uwagę, że powyższe rozwiązanie jest zbliżone do rozwiązań obowiązujących w systemie bankowym w zakresie obligatoryjnej restrukturyzacji.

W przypadku wariantu III podstawowym wyzwaniem jest jednak brak pełnego nadzoru nad szpitalami, a tym samym ryzyko wystąpienia sporów pomiędzy ARS a podmiotami nadzorującymi szpitale, a także brak pełnej możliwości realizacji strategicznego planowania zasobów w ochronie zdrowia i wdrożenia tych działań oraz brak zupełnego wyeliminowania zjawiska „wielowładztwa” i negatywnego zjawiska braku współpracy i kooperacji pomiędzy szpitalami. Dodatkowo wariant III wiąże się z czasowym przejęciem zarządzania podmiotami w najtrudniejszej sytuacji ekonomiczno-finansowej, co do których możliwości skutecznej restrukturyzacji mogą okazać się ograniczone. Związane jest z tym ryzyko odpowiedzialności ARS w przypadku niepowodzenia postępowania restrukturyzacyjnego. Ponadto ograniczona jest możliwość osiągnięcia szybkich efektów reformy ze względu na jej ewolucyjny charakter, a także potencjalne trudności w całkowitej realizacji założeń z uzasadnienia do wyroku TK z dnia 20 listopada 2019 roku.

Szczegółowa analiza uwarunkowań prawnych dotyczących poszczególnych wariantów oraz omówienie zidentyfikowanych ryzyk konstytucyjnych znajdują się w załącznikach 1 i 2 tego dokumentu.

2.2. Rekomendacja Zespołu

Po przeanalizowaniu trzech przedstawionych wariantów dotyczących zmian w strukturze właścicielskiej szpitali publicznych i wzięciu pod uwagę uwarunkowań prawnych (Załącznik nr 1) i zidentyfikowanego ryzyka konstytucyjnego (Załącznik nr 2), **Zespół rekomenduje wybór wariantu III.**

Argumentem przemawiającym za powyższą rekomendacją jest uniknięcie zasadniczego ryzyka prawnego związanego z odszkodowaniami i roszczeniami ze strony dotychczasowych podmiotów tworzących szpitale z tytułu utraty lub ograniczenia prawa własności, zidentyfikowanego dla wariantów I i II.

Dodatkowo, wariant III eliminuje ryzyko prawno-konstytucyjne wiążące się z naruszeniem i potencjalnymi wątpliwościami w zakresie stosowania art. 21 ust. 2 Konstytucji dotyczącego wyłączenia lub art. 165 ust. 1 zd. drugie Konstytucji, czyli ochrony praw majątkowych jednostek samorządu terytorialnego. Na etapie prac analitycznych nad założeniami poszczególnych wariantów reformy, a w szczególności przy ostatecznym wyborze do rekomendacji wariantu III, Zespół wziął pod uwagę, że dopuszczalność stosowania rozwiązań prawnych ingerujących we własność podmiotów prywatnych oraz jednostek samorządu terytorialnego została uzależniona od wykazania ich rzeczywistej niezbędności dla osiągnięcia celu zakotwiczonego w aksjologii konstytucyjnej. Zdaniem Zespołu, pozbawienie praw majątkowych nie może być uznane za niezbędne w sytuacji, gdy istnieją inne rozwiązania o podobnym stopniu skuteczności w zakresie realizacji celu, które jednak nie prowadzą do tak dotkliwej ingerencji w chronione konstytucyjnie prawa. Takim rozwiązaniem w stosunku do zaprezentowanych wariantów I i II jest właśnie rekomendowany wariant III.

W opinii Zespołu, wdrożenie wariantu III pozwoli na skuteczną restrukturyzację szpitali publicznych będących w złej sytuacji finansowej oraz rozwój całego sektora szpitalnictwa. Czasowe przejście przez ARS zarządzania szpitalami oraz nadzoru nad realizacją programów restrukturyzacyjnych pozwoli na skuteczną realizację tych programów oraz ograniczenie nadmiernego generowania kosztów działalności jednostek, które dotychczas nieefektywnie wykorzystywały posiadaną bazę, jak również utrzymywały, nie zawsze uzasadnioną faktycznymi potrzebami, podwyższoną gotowość. Efektywna realizacja restrukturyzacji zadłużenia oraz zoptymalizowanie działalności operacyjnej pozwoli na uzyskanie trwałej stabilnej kondycji finansowej. Stały monitoring sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali przez ARS będzie sprzyjał zwiększonej motywacji zarządzających szpitalami do zdobycia jak najwyższej kategorii, co będzie wiązało się z korzyściami rozwojowymi, a także z uniknięciem obligatoryjnej restrukturyzacji. Położenie nacisku na kwestie rozwojowe, oprócz tych restrukturyzacyjnych, zapewni holistyczne podejście do całości sektora szpitalnictwa i obejmie także szpitale zarządzane w sposób prawidłowy (z kategorią A). Pomocny w tym zakresie będzie tzw. „efekt skali” polegający na interwencjach obejmujących wszystkie podmioty w zakresie np. wymiany sprzętu, zakupów wspólnych, czy stworzenia Centrum Usług dla szpitali.

Intencją rekomendowanych zmian jest również ograniczenie nieuzasadnionej konkurencji pomiędzy szpitalami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Wdrożenie proponowanych rozwiązań posłuży efektywniejszemu wykorzystaniu dostępnych zasobów kadrowych, co z kolei przełoży się na poprawę jakości leczenia i poziomu obsługi pacjenta, którego dobro brane było pod uwagę na każdym etapie prac Zespołu.

3. Agencja Rozwoju Szpitali

Z punktu widzenia organizacyjnego, celowym rozwiązaniem jest, aby za operacyjne przeprowadzenie całego procesu rozwoju i restrukturyzacji sektora szpitalnictwa odpowiadała jedna instytucja, co zostało wskazane w przypadku rekomendowanego przez Zespół wariantu III. Koncentracja narzędzi w jednej jednostce umożliwi lepszą koordynację i stymulowanie rozwoju szpitali, a także wybór metody restrukturyzacji, która jest optymalna w przypadku poszczególnych podmiotów leczniczych. Ponadto odpowiedzialność spoczywająca na jednej instytucji pozwoli uniknąć transferu kompetencji z jednej instytucji do drugiej i w efekcie jej rozmycia.

W ramach przygotowywanej reformy Zespół rekomenduje utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali, której rolą będzie nadzór nad procesami restrukturyzacji szpitali oraz wspieranie ich rozwoju

3.1. Forma organizacyjno-prawna ARS

Zespół przeanalizował potencjalne formy organizacyjno-prawne, w jakich mogłaby funkcjonować Agencja Rozwoju Szpitali. Szczegółowej analizie poddano dwie, najbardziej odpowiadające takiej instytucji jak ARS, tj. agencja wykonawcza, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305) oraz spółka akcyjna (S.A.), w której Skarb Państwa będzie posiadał 100% akcji w kapitale zakładowym.

Zarówno ARS działająca jako agencja wykonawcza, jak i w formie spółki kapitałowej (S.A.) powołanej na podstawie ustawy, będzie podmiotem posiadającym status państwowej osoby prawnej.

Zespół rekomenduje do dalszych prac wybór dla ARS formy spółki akcyjnej, który uzasadniają przedstawione poniżej argumenty.

Wyłączenie konieczności stosowania przepisów ustawy o finansach publicznych przez ARS pozwoli uniknąć wymogów rocznego budżetowania, planowania i rozliczania się. Perspektywa działalności ARS wykraczać będzie poza roczno-budżetowy horyzont czasowy obowiązujący w przypadku podmiotów będących jednostkami sektora finansów publicznych. ARS jako S.A. będzie mogła dużo łatwiej pozyskać finansowanie na rynku komercyjnym niż jednostka sektora finansów publicznych.

Forma spółki kapitałowej ułatwi ARS prowadzenie działalności finansowej i świadczenie usług finansowych, w szczególności usług finansowych świadczonych na zasadach rynkowych. Taka forma organizacyjno-prawna umożliwi również prowadzenie przez nią działalności tylko na własny rachunek i na własne ryzyko, bez obciążania nim bezpośrednio budżetu państwa.

Zespół porównał również dwie powyższe formy organizacyjno-prawne pod kątem obowiązków podatkowych i stwierdził, że kwestie te nie będą znacząco istotne. Kwestia podatkowa pojawi się w przypadku pozyskiwania przez ARS w formie spółki kapitałowej środków finansowych w formie dotacji lub obligacji Skarbu Państwa – w tym przypadku Zespół rekomenduje jednak ustawowe podmiotowe zwolnienie dla spółki z podatku CIT.

Ponadto, Zespół zauważa, że ARS działająca w formie spółki kapitałowej będzie lepiej rozpoznawalna na rynku niż jednostka sektora finansów publicznych. Łatwiej będzie prezentować jej wyniki finansowe oraz uzyskiwać finansowanie zewnętrzne, w tym określać zabezpieczenia.

Forma spółki kapitałowej będzie determinowała charakter prawny odpowiedzialności członków zarządu w reżimie kodeksu spółek handlowych, a nie w reżimie ustawy o odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa (byłoby to właściwe w przypadku formy agencji wykonawczej). Charakter prawny odpowiedzialności cywilnoprawnej (majątkowej) może definiować poziom skłonności do podejmowania trudnych – ryzykownych, ale potrzebnych – decyzji.

3.2. Zadania ARS

Do podstawowych zadań ARS będzie należeć:

1) *Pozyskiwanie danych i ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali oraz związane z tym przyznanie odpowiedniej kategorii*

Jak wskazano w rekomendowanym wariantcie III planowanej reformy, ARS odpowiedzialna będzie za kwalifikowanie poszczególnych szpitali do kategorii wynikających z uzyskanych ocen. W przypadku szpitali zakwalifikowanych do kategorii A, w której nie zachodzi konieczność przeprowadzania działań naprawczych i restrukturyzacyjnych, szpitale będą mogły być premiiowane np. zwiększeniem wartości kontraktu z NFZ, a także będą priorytetowo traktowane w przyznawaniu funduszy na działania rozwojowe. W kategorii B szpitale będą podejmować działania naprawcze optymalizujące ich funkcjonowanie i również będą mogły być uprzywilejowane w ubieganiu się o fundusze na działania rozwojowe. Natomiast kategorie C i D wiązać będą się z koniecznością przeprowadzenia postępowania restrukturyzacyjnego, przy czym w zależności od sytuacji ekonomiczno-finansowej wprowadzone zostaną zróżnicowane działania nadzorcze. W przypadku kategorii C realizacja programu restrukturyzacyjnego nadzorowana będzie przez doradcę restrukturyzacyjnego wskazanego przez ARS, natomiast w kategorii D ARS dokona czasowego przejęcia zarządzania szpitalem.

2) *Określenie wielkości zapotrzebowania finansowego na realizację procesów rozwojowych, inwestycyjnych i restrukturyzacyjnych oraz zapewnienie płynności szpitalom i monitoring*

ARS powinna gromadzić dane pozwalające określić wysokość zapotrzebowania kapitałowego na prowadzenie procesów rozwojowych, inwestycyjnych i restrukturyzacji oraz zapewnienie płynności szpitali.

ARS będzie miejscem, gdzie dane finansowe pozyskiwane z różnych źródeł będą gromadzone, agregowane i analizowane. Na podstawie analiz danych powinny być przygotowywane raporty, które określałyby zapotrzebowanie finansowe na w/w działania.

ARS powinna być również centrum bieżącego monitorowania sytuacji sektora szpitali publicznych w Polsce.

3) *Finansowanie inwestycji i rozwoju*

Inwestycje są nieodzownym elementem wspierania rozwoju sektora szpitalnictwa, planowania strategicznego ochrony zdrowia, procesów restrukturyzacji szpitali oraz poprawy rentowności szpitali i ich stabilności finansowej. Są one jednocześnie jednym z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia, wpływających na jakość, dostępność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Infrastruktura zdrowotna, mimo dynamicznego rozwoju w ostatnich latach, wymaga dalszego wsparcia w celu dostosowania systemu opieki zdrowotnej do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic geograficznych w dostępie do opieki zdrowotnej. Zdiagnozowane są ogromne potrzeby inwestycje w zakresie infrastrukturalnym, w tym modernizacje budynków szpitalnych, które będą wymagały wsparcia, w perspektywie najbliższych lat.

Wsparciem będą objęte inwestycje:

a) długoterminowe:

- realizacja wieloletnich programów budowlanych zadań inwestycyjnych,
- budowa, modernizacja i wyposażenie podmiotów leczniczych,
- wsparcie krytycznej infrastruktury ochrony zdrowia w zakresach wynikających z wyzwań epidemiologicznych, demograficznych i cywilizacyjnych,
- wsparcie systemu ratownictwa medycznego.

b) krótkoterminowe:

- realizacja zadań inwestycyjnych zakupowych,
- wyposażenie podmiotów leczniczych,
- zakupy sprzętu diagnostycznego i medycznego dla podmiotów leczniczych.

ARS scentralizuje zarządzanie środkami finansowymi na udzielanie wsparcia w obszarze inwestycji z różnych źródeł, w tym m. in:

- a) Funduszu Medycznego,
- b) środków unijnych,
- c) programów polityki zdrowotnej,
- d) dotacji budżetu państwa.

4) *Monitorowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali*

ARS powinna mieć zapewnione prawo do:

- uzyskiwania od szpitali i ich podmiotów nadzorujących niezbędnych informacji i danych związanych z ich funkcjonowaniem i sytuacją ekonomiczno-finansową,
- oceny, czy szpitale spełniają odpowiednie warunki, aby mogła być wobec nich przeprowadzona procedura restrukturyzacji,
- uzyskiwania od szpitali informacji niezbędnych do zaplanowania i przeprowadzenia działań w ramach restrukturyzacji – przygotowania programów restrukturyzacyjnych,
- egzekwowania od szpitali - bezpośrednio lub za pośrednictwem podmiotu tworzącego - zmian w strukturze szpitala w celu zlikwidowania istotnych barier prawnych lub operacyjnych dla potencjalnego procesu restrukturyzacji szpitali.

5) *Zatwierdzanie programów restrukturyzacyjnych szpitali*

Programy restrukturyzacyjne powinny być przygotowane przez szpitale, ale przy wsparciu ARS oraz zaopiniowane przez NFZ, jako płatnika świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest to najważniejszy etap, w którym opracowanie odpowiednich, efektywnych i realizowalnych założeń dla programu restrukturyzacyjnego, uprawdopodobni końcowy sukces.

ARS powinna wspierać podmiot opracowujący program przez określenie standardu takiego programu, jego elementów, zakresu analiz finansowych i projekcji stanowiących jego część.

Programy restrukturyzacyjne powinny również zakładać wprowadzenie przez szpitale nowych standardów organizacyjnych i zarządczych.

Programy będą podlegały zatwierdzeniu przez ARS, która powinna przyjąć i udostępnić szpitalom wzór programu restrukturyzacyjnego i wytyczne dotyczące zakresu jego sporządzenia z uwzględnieniem specyfiki funkcjonowania sektora.

6) *Nadzór i monitorowanie procesów restrukturyzacji szpitali*

Do kluczowych działań podejmowanych przez ARS w tym zakresie będzie należało:

- a) Nadzór i kontrola realizacji programów restrukturyzacyjnych – stały nadzór nad realizacją programów restrukturyzacyjnych oraz okresowa ocena ich realizacji.

W przypadku oceny negatywnej wdrażania programu ARS będzie uprawniona do inicjowania jego modyfikacji lub do wnioskowania o jego zawieszenie/zakończenie.

- b) Współpraca z podmiotami tworzącymi szpitali – w kontekście podejmowania wspólnych działań monitorujących/nadzorczych w zakresie realizacji procesów restrukturyzacji.
- c) Przejmowanie zarządzania szpitalami – w przypadku braku efektów realizowanych działań restrukturyzacji, ARS będzie uprawniona do przejmowania zarządzania danym szpitalem, w szczególności przez wymianę kadry zarządzającej szpitalem.

7) Pozyskanie finansowania na restrukturyzację

ARS powinna pozyskiwać finansowanie niekomercyjne (szczególnie w początkowym okresie funkcjonowania) oraz – po uzyskaniu rozpoznawalności, zdolności kredytowej – finansowanie komercyjne.

Wstępna koncepcja powołania ARS powinna zakładać dokapitalizowanie szpitali w celu restrukturyzacji zobowiązań, których spłata jest zagrożona (z wykorzystaniem obligacji i pożyczek) w powiązaniu warunkowym z realizacją określonych działań restrukturyzacyjnych.

8) Finansowanie programów restrukturyzacyjnych

Restrukturyzacja bieżącej działalności szpitala i uzyskanie rentowności operacyjnej nie gwarantuje jeszcze możliwości efektywnego funkcjonowania. Szpitale obciążone są długami wynikającymi z niezrównoważenia przychodów i kosztów w przeszłości, a w konsekwencji ponoszą wysokie koszty finansowe, które nie pozwalają osiągnąć dodatniej rentowności netto. Taka sytuacja oznacza, iż szpital ponosząc znaczne koszty finansowe, nie może wykorzystać środków na działalność leczniczą, a ponadto ujemny wynik netto będzie prowadził w przyszłości do generowania długu. Nawet bardzo skuteczna restrukturyzacja działalności operacyjnej szpitali może nie zapewnić zysku operacyjnego, który pokryłby koszty finansowe, gdyż wycena świadczeń opieki zdrowotnej nie zawsze umożliwi osiągnięcie tak wysokiej rentowności. Dlatego też, w celu zapewnienia efektywnego funkcjonowania szpitali i uzyskania trwałego efektu, oprócz przeprowadzenia restrukturyzacji niezbędne może okazać się dokonanie oddłużenia i pokrycie długu z przeszłości, którego szpital sam nie będzie w stanie spłacić.

9) Wsparcie płynnościowe szpitali

Funkcjonowanie i rozwój szpitali zależą od wielu czynników, w tym między innymi od: dostępu do kapitału, umiejętnego inwestowania, a także osiąganego wyniku finansowego. Mimo iż działalność szpitali nie jest nastawiona na maksymalizację zysku, to jednak realizacja ich podstawowych celów wymaga dążenia do utrzymania płynności finansowej oraz rentowności.

Zadaniem ARS będzie również stworzenie specjalnych linii kredytów preferencyjnych przeznaczonych dla szpitali pozwalających na skuteczne i efektywne zarządzanie, ponoszenie nakładów inwestycyjnych oraz poprawę kondycji finansowej szpitala. Wsparcie związane będzie z pozyskaniem środków, z przeznaczeniem na m.in. działania rozwojowe, innowacyjne i inwestycyjne, a także zachowanie bieżącej płynności finansowej.

Do kluczowych działań podejmowanych przez ARS będzie należało:

a) dopłata do odsetek od kredytów bankowych lub częściowa spłata kapitału kredytu bankowego – umożliwienie podmiotom leczniczym ubieganie się o pomoc w formie preferencyjnych kredytów z dofinansowaniem ARS. Pomoc ARS polegała będzie na płaceniu za kredytobiorcę:

- części oprocentowania kredytu udzielanego przez bank – dopłaty do oprocentowania kredytu albo
- części kapitału – zamiast odsetek ARS spłaca część kapitału kredytu.

W efekcie szpital ma tańszy kredyt niż w przypadku, gdyby korzystał z kredytu komercyjnego.

b) udzielanie poręczeń lub gwarancji spłaty kredytu – ARS udzielałaby poręczeń lub gwarancji spłaty kredytu inwestycyjnego kredytobiorcom, którzy spełniają warunki do uzyskania kredytu preferencyjnego i nie posiadają wymaganego przez bank zabezpieczenia kredytu.

10) *Certyfikacja kadry menedżerskiej*

W ramach działalności ARS będzie występował komponent edukacyjny. ARS będzie kształcić menedżerów uprawnionych do zajmowania stanowisk zarządzających w szpitalach. Ponadto, kształceniu będą podlegały osoby zatrudnione w ARS, angażowane w trakcie restrukturyzacji podmiotów leczniczych jako doradcy lub realizatorzy programów restrukturyzacyjnych. Oprócz kształcenia ARS będzie odpowiedzialna również za proces przyznawania uprawnień ww. osobom poprzez organizowanie egzaminów i certyfikację.

3.3. Pomoc publiczna

Rekomendując wariant III projektowanej reformy, zakładający restrukturyzację szpitali, należy brać pod uwagę zgodność projektowanych działań z zasadami udzielania pomocy publicznej. W toku prac Zespołu uwzględniono wytyczne Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w przedmiotowej kwestii.

W celu stwierdzenia, czy dane wsparcie stanowi pomoc publiczną w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE, konieczne jest w pierwszej kolejności ustalenie, czy otrzymujący je podmiot jest przedsiębiorcą. Podkreślić przy tym należy, iż kluczową rolę w określeniu zakresu tego pojęcia

odgrywa orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej oraz Sądu UE. Z orzecznictwa tych sądów wynika, że pojęcie przedsiębiorcy powinno być rozumiane bardzo szeroko. W jego zakres wchodzi wszelkie kategorie podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, niezależnie od ich formy prawnej i źródeł ich finansowania oraz bez względu na to, czy przepisy krajowe przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy. Co więcej, nie jest istotne czy podmioty te działają w celu osiągnięcia zysku, w związku z czym działalnością gospodarczą w rozumieniu unijnego prawa konkurencji może być także działalność prowadzona przez różnorodne podmioty typu non profit. Jednocześnie zgodnie z orzecznictwem sądów unijnych, przez działalność gospodarczą należy rozumieć oferowanie towarów i usług na rynku, przy czym pojęcie to dotyczy zarówno działalności produkcyjnej, jak i dystrybucyjnej oraz usługowej.

Należy zwrócić uwagę, że w odniesieniu do podmiotów należących do sektora usług medycznych orzecznictwo sądów unijnych i praktyka decyzyjna Komisji nie są jednorodne. Zgodnie z orzecznictwem TSUE wykonywanie usług medycznych stanowi działalność gospodarczą, bez względu na to, czy koszty świadczonych usług są pokrywane bezpośrednio przez pacjenta, czy też przez władze publiczne bądź fundusze zdrowia. Zgodnie natomiast z pkt. 24 Komunikatu Komisji – Zawiadomienie Komisji w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE, „w niektórych państwach członkowskich szpitale publiczne są integralną częścią krajowego systemu opieki zdrowotnej i są prawie w całości oparte na zasadzie solidarności. Szpitale te są bezpośrednio finansowane ze składek na ubezpieczenie społeczne i z innych zasobów państwa oraz świadczą usługi nieodpłatnie na rzecz osób należących do systemu na zasadzie powszechnego objęcia ubezpieczeniem. Sądy unijne potwierdziły, że w przypadku istnienia takiej struktury, odnośne podmioty nie działają jako przedsiębiorstwa”. Powyższe wskazuje, że nie zawsze usługi medyczne mają charakter działalności gospodarczej. Orzecznictwo sądów unijnych pozostaje natomiast spójne w zakresie usług medycznych świadczonych komercyjnie – wynika z niego jednoznacznie, że usługi te zawsze mają charakter działalności gospodarczej.

Charakterystyka organizacji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce wskazuje, że system ten działa w oparciu o zasadę solidarności. W konsekwencji oznacza to, że podmioty lecznicze, wykonując usługi medyczne finansowane ze środków publicznych na rzecz obywateli objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, a zatem w ramach publicznego systemu, nie działają jak przedsiębiorcy. Z tego względu należałoby uznać, że wsparcie udzielane w związku ze świadczeniem usług medycznych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej nie podlega przepisom o pomocy publicznej.

Nawet jednak gdyby uznać, że publiczny system opieki zdrowotnej nie wpisuje się w ww. system solidarnościowy, to jednak nie wydaje się, aby wsparcie udzielane w związku

ze świadczeniem usług medycznych w ramach tego systemu podlegało przepisom o pomocy publicznej. Dokonując analizy konkretnej sprawy w kontekście przesłanek, o których mowa w art. 107 ust. 1 TFUE zazwyczaj nie budzi wątpliwości, że dany rodzaj wsparcia dotyczy środków publicznych, ma charakter selektywny i stanowi dla beneficjenta korzyść, której nie uzyskałby w warunkach rynkowych. Odnosząc się natomiast do przesłanki zakłócenia lub groźby zakłócenia konkurencji oraz wpływu na unijną wymianę handlową, należy mieć na uwadze, że w przypadku podmiotów świadczących usługi medyczne istotną kwestią jest, czy dany podmiot wykonuje te usługi w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, a zatem na podstawie kontraktów z NFZ. Usługi finansowane przez NFZ adresowane są, co do zasady, do obywateli polskich oraz świadczone są w ramach systemu stworzonego w celu realizacji zadań państwa dotyczących ochrony zdrowia obywateli. Z tego względu można uznać, że wsparcie udzielane takim podmiotom nie spełnia przesłanki zakłócenia konkurencji. Wobec powyższego zasadniczo przyjmuje się, że w odniesieniu do podmiotów funkcjonujących w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej nie mają zastosowania przepisy o pomocy publicznej. Natomiast świadczenie usług medycznych poza kontraktem z NFZ nie podlega ograniczeniu co do ich adresatów ani zasad odpłatności. Usługi te są oferowane na zasadach komercyjnych (za pełną odpłatnością) na rynku otwartym na konkurencję w wymiarze międzynarodowym (podmioty uczestniczące w tym rynku świadczą usługi na rzecz obywateli innych państw członkowskich). Zatem wsparcie związane z realizacją tych usług może grozić zakłóceniem konkurencji i mieć wpływ na unijną wymianę handlową, a więc mają do niego zastosowanie przepisy o pomocy publicznej. Należy jednak zastrzec, że dla spełnienia tej przesłanki istotny jest również zakres prowadzonej przez podmiot leczniczy działalności komercyjnej (w tym innej niż działalność lecznicza). W sytuacji bowiem, gdy jej udział procentowy w całości prowadzonej działalności leczniczej jest niewielki, można uznać, że ma ona charakter jedynie marginalny (pomocniczy) i nie wpływa na unijną wymianę handlową.

W odniesieniu do kwestii stosowania przepisów o pomocy publicznej do wsparcia udzielanego podmiotowi leczniczemu należy pamiętać, że jeżeli oprócz wykonywania usług medycznych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, funkcjonuje on również na komercyjnym rynku usług medycznych, każde wsparcie udzielane w związku z działalnością komercyjną (także inną niż działalność lecznicza) może stanowić pomoc publiczną. W takim przypadku konieczne jest albo całkowite rozdzielenie działalności komercyjnej i niekomercyjnej (finansowanej z NFZ), np. poprzez wydzielenie działalności realizowanej poza publicznym systemem opieki zdrowotnej do podmiotu zależnego, albo prowadzenie odrębnej księgowości dla poszczególnych działalności. Zastosowanie rozdzielności księgowej pozwoli właściwie przypisywać koszty do poszczególnych rodzajów działalności, uniknąć finansowania

krzyżowego różnych rodzajów działalności oraz wykazać, na jaką działalność wsparcie zostało wykorzystane. Jeżeli wsparcie będzie dotyczyło obu kategorii działalności wykonywanej przez podmiot leczniczy, możliwe jest oszacowanie proporcji, w jakiej wsparcie będzie dotyczyło działalności komercyjnej, a w jakiej działalności wykonywanej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej i w oparciu o to oszacowanie – zakwalifikowanie odpowiedniej części wsparcia jako pomocy publicznej (gdy dotyczy działalności komercyjnej) oraz niestanowiące pomocy publicznej (gdy dotyczy działalności finansowanej przez NFZ), pod warunkiem, że takie oszacowanie jest w praktyce możliwe i obiektywnie wykonane.

3.4. Jakość zarządzania – kadra menedżerska

Zarządzanie podmiotami leczniczymi pełni kluczową rolę. Skoro przy istnieniu identycznych warunków funkcjonowania na danym rynku część podmiotów potrafi prowadzić swoją działalność w sposób efektywny finansowo, a inne nie – istotną zmienną jest sposób zarządzania placówką medyczną, a zatem racjonalne wykorzystanie posiadanego potencjału ludzkiego i finansowego.

Rosnące oczekiwania wobec jakości świadczonych usług, skuteczności opieki zdrowotnej czy też spodziewany wzrost nakładów na ochronę zdrowia wynikający ze wzrostu odsetka PKB przeznaczanego na zdrowie, czy planowana restrukturyzacja muszą iść w parze ze stosowaniem nowoczesnych metod zarządzania dostosowanych do nowych, zmieniających się warunków. Kluczowe znaczenie mające wpływ na efektywność funkcjonowania podmiotów ma jakość zarządzania. W celu zapewnienia wysokiej jakości zarządzania niezbędne jest podnoszenie kompetencji kadry zarządzającej szpitalami na każdym poziomie zarządzania. Istotna jest również oferta szkoleniowa dla wszystkich pracowników podmiotów leczniczych związana z funkcjonowaniem systemu, postępującą informatyzacją, jak również dążeniem do wprowadzania systemów podnoszących efektywność wykorzystania posiadanego potencjału oraz procesów zachodzących wewnątrz podmiotu leczniczego.

Biorąc pod uwagę powyższe, restrukturyzacja podmiotów leczniczych nie odniesie spodziewanego, długofalowego pozytywnego efektu bez zapewnienia menedżerów ochrony zdrowia odpowiednio przygotowanych i zweryfikowanych przed powierzeniem funkcji kierowniczych oraz ustawicznie doskonalących swoje umiejętności.

Zatem, równocześnie z procesami restrukturyzacyjnymi należy podjąć następujące działania mające na celu zapewnienie odpowiedniego zarządzania podmiotami leczniczymi:

- 1) aktualizacja kryteriów wyboru kierownika podmiotu leczniczego;
- 2) budowa profesjonalnego korpusu kadry zarządzającej;

3) Akademia menedżera zapewniająca doskonalenie zawodowe.

Ad. 1): Proponuje się, żeby kierownikiem podmiotu leczniczego mogła zostać osoba, która:

- posiada wykształcenie wyższe;
- posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej 3 letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie leczniczym;
- zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu leczniczego organizowany przez Agencję Rozwoju Szpitali lub ukończyła studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia;
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślenie.

Ad. 2): Z osób, które spełniają powyższe kryteria utworzony zostanie korpus kadry menedżerskiej, z zasobów której pochodzić będą musieli kandydaci na kierowników konkretnych podmiotów leczniczych. Warunkiem uzyskania wpisu do rejestru korpusu będzie spełnienie powyższych warunków.

Ad. 3) Akademia menedżera – bieżąca polityka szkoleniowa mająca na celu podnoszenie wiedzy i umiejętności menedżerów w ochronie zdrowia. Dyrektorzy szpitali wymagających restrukturyzacji mieliby obowiązek uczestniczyć w szkoleniach. Pozostali menedżerowie w ochronie zdrowia mogliby uczestniczyć na zasadzie dobrowolności.

Planowane działania w ramach Akademii menedżera:

- a) Wymiana doświadczeń: cykl szkoleń/wykładów przeprowadzanych przez kadrę zarządzającą szpitali wszystkich poziomów szpitalnego zabezpieczenia zdrowotnego dla kadry zarządzającej szpitali wszystkich poziomów zabezpieczenia zdrowotnego. Szkolenia przeprowadzane będą przez kadrę zarządzającą szpitali, które w takich samych warunkach rynkowych i będąc na tym samym poziomie szpitalnego zabezpieczenia zdrowotnego, dobrze sobie radzą na rynku. Osoby szkolące będą dzielić się swoimi doświadczeniami w różnych zakresach zarządzania szpitalami, tak aby mogły one zostać wdrożone w innych podmiotach leczniczych, jak również udzielać pomocy w opracowaniu programów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych. Szkolenia, poza ARS mogą być także organizowane przez MZ, NFZ, AOTMiT, CMJ.
- b) Specjalistyczne szkolenia m.in z zakresu: nowoczesnego zarządzania podmiotem leczniczym, w tym zarządzania finansami oraz zarządzania zmianą, restrukturyzacji podmiotu leczniczego, budowy wizerunku nowoczesnego podmiotu leczniczego,

komunikacji z nowym pokoleniem kadry medycznej, stosowanie narzędzi projakościowych i efektywności ekonomicznej.

c) Szkolenia z obsługi narzędzi informatycznych stosowanych w jednostkach ochrony zdrowia.

Każda z form podnoszenia kwalifikacji miałyby przypisaną liczbę punktów możliwych do uzyskania z tytułu uczestnictwa, monitorowanych przez ARS. Obowiązkiem kierownika podmiotu restrukturyzowanego będzie zdobyć w skali roku określoną minimalną liczbę punktów – proponuje się 70% możliwych do zdobycia w danym roku, przy czym należy założyć, że udział we wszystkich przedsięwzięciach organizowanych w ramach działalności opisanej w podpunkcie a) będzie wystarczający do uzyskania niezbędnych punktów. W przypadku gdy przez dwa kolejne lata kierownik podmiotu leczniczego nie uzyska niezbędnej, wymaganej, minimalnej liczby punktów może/zostaje odwołany z zajmowanego stanowiska.

Przedsięwzięcie zostało zgłoszone do finansowania w ramach kolejnej perspektywy finansowej funduszu UE z proponowaną kwotą dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego..

3.5. Rekomendacje Zespołu

Mając na uwadze powyższe, Zespół rekomenduje utworzenie Agencji Restrukturyzacji Szpitali, której głównymi zadaniami będzie monitorowanie sytuacji sektora szpitalnictwa oraz kategoryzacja szpitali w sposób wskazany w wariantcie III reformy, jak również całościowy nadzór nad restrukturyzacją poszczególnych jednostek.

Jedną z przyczyn niepowodzenia dotychczasowej restrukturyzacji szpitali był brak wystarczającego nadzoru nad prowadzonym procesem. Dlatego też nowo powołana instytucja w postaci ARS oprócz zatwierdzania programów restrukturyzacyjnych będzie również nadzorowała i kontrolowała przebieg procesu restrukturyzacyjnego oraz monitorowała sytuację ekonomiczno-finansową tych jednostek. Szpitale w trakcie restrukturyzacji będą zobowiązane do przedstawiania rzetelnej i pełnej informacji z jej przebiegu w określonych terminach i zakresie informacji. W przypadku niedopełnienia obowiązków sprawozdawczych ARS powinna dysponować odpowiednimi narzędziami zapobiegawczymi i interwencyjnymi. Zebrane informacje będą szczegółowo analizowane. ARS powinna mieć także prawo do kontroli uwzględniającej między innymi spotkania z kadrą zarządzającą, wizytacje, a także na przykład ankiety wśród pracowników i pacjentów.

Zgodnie z założeniami przedstawionego wariantu III reformy, ARS będzie oddelegowywała doradcę restrukturyzacyjnego, który zatrudniany będzie w realizującym program

restrukturyzacyjny szpitalu celem nadzorowania całości procesu restrukturyzacji. ARS będzie miała także możliwość przejęcia nadzoru i zarządzania nad szpitalami w najgorszej sytuacji. Do przejęcia takiego dochodziło będzie również w sytuacji nieosiągnięcia zakładanych celów prowadzonego postępowania restrukturyzacyjnego.

Rolą ARS będzie również wspieranie szpitali w zakresie płynności finansowej oraz wspomaganie restrukturyzacji zobowiązań tych jednostek. Metoda takiej restrukturyzacji będzie dostosowywana do sytuacji poszczególnych szpitali, tak by pozwalała na trwałą poprawę ich rentowności i zapewniała stabilność finansową w perspektywie długookresowej.

Ponadto, mając na uwadze rozwój sektora szpitalnictwa w Polsce, ARS będzie odpowiadała za koordynację i stymulowanie całościowego procesu rozwoju szpitali publicznych, rozumianego nie tylko jako działania proinwestycyjne i podnoszące kompetencje kadr kierowniczych, ale również jako wspieranie szpitali, które na skutek m. in. dotychczasowego niewystarczającego nadzoru, znalazły się w złej sytuacji finansowej.

Wzmocnienie nadzoru nad szpitalami publicznymi nie może się odbyć bez wzmocnienia kadry zarządzającej oraz popularyzacji i wdrożenia nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia. W ramach planowanej reformy Zespół rekomenduje utworzenie korpusu menedżerskiego. Podmiotem odpowiedzialnym za utworzenie tego korpusu powinna być Agencja Rozwoju Szpitali. Korpus menedżerski zakładałby certyfikację przez ARS osób, które mogłyby zarządzać szpitalami publicznymi. Poza spełnieniem określonych kryteriów wejściowych dla członków tego korpusu, przynależność do niego wymagałaby stałego samodoskonalenia i podnoszenia kwalifikacji osób wchodzących w jego skład, co w sposób znaczący podniesie jakość zarządzania szpitalami publicznymi.

4. Reorganizacja systemu szpitalnictwa

Restrukturyzacja sektora szpitalnictwa w Polsce wymagać będzie również redefinicji i reorganizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. „sieci szpitali”.

4.1. Analiza dotychczasowego stanu systemu

W ramach prac Zespołu, szczegółowej analizie poddano kształtowanie się następujących zmiennych (dotyczących systemu PSZ lub całego systemu), które są kluczowe dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej:

1) *Dostępność do świadczeń*

Z poziomu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wynikają kolejki i czas oczekiwania na realizację świadczeń. Przeanalizowano wskaźnik potencjału likwidacji kolejki (iloraz liczby osób oczekujących i liczby świadczeń) w poszczególnych kwartałach. Uwzględniono pięć najdłuższych list oczekujących (największa liczba oczekujących) w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i tyle samo list do oddziałów szpitalnych. Na koniec 2017 roku wskaźnik wynosił 1,46, a na koniec 2019 roku 1,43. Oznacza to poprawę sytuacji, jednak zdecydowanie w zbyt małym stopniu.

2) *Racjonalna piramida świadczeń*

Zarówno liczba, jak i wartość świadczeń udzielonych w ramach AOS przez świadczeniodawców z PSZ w latach 2017-2019 odnotowały wzrosty. Liczba udzielonych świadczeń wynosiła odpowiednio: 33,83 mln w 2017 roku, 33,92 mln w 2018 roku i 34,17 mln w 2019 roku. Z kolei wartość udzielonych świadczeń kształtowała się następująco: 2,59 mld zł w 2017 roku, 2,81 mld zł w 2018 roku i 3,09 mld zł w 2019 roku. W ciągu trzech lat działania sieci liczba świadczeń zrealizowanych w trybie ambulatoryjnym wzrosła więc zaledwie o 3%.

Jednocześnie, należy zauważyć, że analiza świadczeń sprawozdanych w ramach profilu chirurgia ogólna na oddziałach całodobowych wykazała, że ponad 60% hospitalizacji możliwych było do rozliczenia jako świadczenia w ramach chirurgii jednego dnia (to znaczy bez konieczności zapewnienia całodobowego dostępu do bloku operacyjnego, w ramach ustalonego harmonogramu).

3) *Koncentracja świadczeń*

W ramach opieki położniczej, w latach 2017-2019 w ramach finansowania przez NFZ odebrano prawie 1,14 mln porodów (odpowiednio: 393 tys. w 2017 roku, 380 tys. w 2018 roku i 366 tys. w 2019 roku) w prawie 400 placówkach (odpowiednio: 397

w 2017 roku, 382 w 2018 roku i 383 w 2019 roku). Z kolei liczba świadczeniodawców o rocznej liczbie porodów powyżej 400 z każdym rokiem malała, wynosząc 320 w 2017 roku, 305 w 2018 roku i 291 w 2019 roku. Udział porodów z tych placówek w ogólnej liczbie porodów utrzymywał się jednak na stałym poziomie wynoszącym około 94%. Świadczy to o zwiększającej się liczbie oddziałów, w których liczba porodów nie spełnia wytycznych konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa oraz w dziedzinie neonatologii.

W ramach świadczeń zabiegowych w chirurgii ogólnej, w latach 2017-2019 świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej udzielało ponad 500 świadczeniodawców (odpowiednio 598 w 2017 roku, 566 w 2018 roku i 538 w 2019 roku). Udziałem świadczeń zabiegowych (operatywa) powyżej 60% charakteryzowało się w latach 2017-2019 odpowiednio 476, 456 i 451 jednostek (80%, 81% i 84% wszystkich szpitali), zaś powyżej 80% odpowiednio 204, 178 i 180 szpitali (34%, 31% i 33% wszystkich szpitali). Oznacza to wysoki udział świadczeń zachowawczych (około 1/5 wszystkich hospitalizacji) z tendencją do poprawy.

4) Kompleksowość opieki

W ramach analizy, dla określonych typów świadczeń sprawdzano kompleksowość świadczeń. Badano następujące pary świadczeń (1) hospitalizacja JGP z powodu zawału i rehabilitacja kardiologiczna, (2) leczenie udaru (wg JGP) i rehabilitacja neurologiczna, (3) endoprotezoplastyka (wg JGP) rehabilitacja ogólnoustrojowa lub fizjoterapia, (4) operacje na kręgosłupie (wg JGP) i rehabilitacja neurologiczna, ogólnoustrojowa lub fizjoterapia. W każdym przypadku sprawdzono wśród jakiego odsetka świadczeniodawców mniej niż 25% pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne po zabiegu. Wyniki przedstawiają się następująco: (1) zawał: 64% w 2017 roku i 41% w 2019 roku, (2) udar: 47% w 2017 roku i 39% w 2019 roku, (3) endoprotezoplastyka: 68% w 2017 roku i 56% w 2019 roku, (4) kręgosłup: 88% w 2017 roku i 92% w 2019 roku. Z powyższego wynika, że w przypadku pierwszych 3 świadczeń zaobserwowano pożądaną kierunek zmiany, natomiast w przypadku operacji kręgosłupa sytuacja się pogorszyła.

Z prezentowanych danych wynika, że mimo przeprowadzonej reformy oraz bieżących korekt, opisywane parametry nie osiągają zakładanych wartości lub zbyt wolno zmierzają do pożądanego stanu.

5) Ocena jakości opieki

Aspekty jakościowe przy dotychczas obowiązujących przepisach uwzględniane były w rozporządzeniu w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Uwzględniono w nim wyniki akredytacji CMJ i certyfikacji laboratoriów oraz aspekty dotyczące struktury realizowanych

świadczeń. Nie uwzględniono między innymi jakości konsumenckiej czy aspektów związanych z zarządzaniem podmiotami.

4.2. Cele zmian systemu

Do podstawowych celów proponowanych przez Zespół zmian należą:

1) *koncentracja świadczeń, poprawiająca wyniki leczenia, a w jej ramach:*

- brak kwalifikacji dla oddziałów położniczych o zbyt małej liczbie porodów,
- brak kwalifikacji dla oddziałów zabiegowych z niskim udziałem operatywy;

2) *racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności, a w jej ramach:*

- eliminacja niewydolnych kosztowo oddziałów (przede wszystkim zabiegowych) poprzez odejście od kosztów całodobowej gotowości;

3) *racjonalizacja wydatków płatnika:*

- oddzielenie finansowania części ambulatoryjnej, pozwalające na odzyskanie wpływu płatnika na zwiększenie wolumenu świadczeń,
- włączenie jednoimiennych poradni, pozwalające na udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym przez wszystkie oddziały stacjonarne,
- umożliwienie realizacji świadczeń zabiegowych w trybie jednodniowym,
- możliwość reagowania adekwatnego do zapotrzebowania na świadczenia (kolejki oczekujących na świadczenia planowe);

4) *konkurencja z przejrzystymi zasadami jako metoda wymuszania poprawy standardu świadczeń, a w jej ramach:*

- upublicznienie informacji o jakości udzielanych świadczeń,
- informacja zwrotna od pacjentów jako narzędzie oceny jakości z punktu widzenia klienta,
- narzędzia o charakterze finansowym, premiujące wysoką jakość,
- narzędzia o charakterze finansowym, pozwalające pokryć koszty większego popytu na świadczenia podmiotów o potwierdzonej, wysokiej jakości (pieniądz za pacjentem).

4.3. Główne założenia zmian systemu PSZ

Poniżej przedstawiono główne założenia zmian funkcjonowania tzw. sieci szpitali:

1) *Kwalifikacja dla poszczególnych oddziałów*

System kwalifikacji, oparty na kryteriach odnoszących się do całego szpitala nie sprawdza się w przypadku nietypowych, wyspecjalizowanych jednostek, odbiegających od typowych szpitali wielospecjalistycznych. Stworzenie ścisłych kryteriów, opartych na pełnej strukturze szpitala pomija jednostki specjalistyczne i komplikuje system, który powinien być prosty

i jednoznaczny. Proces kwalifikacji oparty na oddziałach, nie zaś szpitalach, ułatwi włączenie do sieci nietypowych szpitali o dużym znaczeniu w zapewnianiu dostępu do świadczeń specjalistycznych.

Izby Przyjęć/Szpitalne Oddziały Ratunkowe kwalifikowane będą pod warunkiem kwalifikacji co najmniej jednego profilu szpitalnego.

Zakłada się odejście od obligatoryjnej opieki nocnej/świętecznej lekarskiej i pielęgniarskiej – zaproponowane zostaną inne rozwiązania, umożliwiające realizację świadczeń poza lokalizacją szpitala.

2) Kryteria włączenia oparte na analizie danych z realizacji świadczeń

Zespół rekomenduje przyjęcie kryteriów włączenia opartych na takich danych jak liczba hospitalizacji (zwłaszcza porody), odsetek hospitalizacji zabiegowych, odsetek rehospitalizacji i odsetek świadczeń, które można rozliczyć jako hospitalizacje jednodniowe.

Rekomendowane rozwiązanie wynika z wielokrotnie publikowanych przez ekspertów medycznych stanowisk, wskazujących na bezpośredni związek efektów leczenia z doświadczeniem. Podważany jest na przykład sens organizowania małych oddziałów położniczych, poniżej 400 porodów rocznie, ze względu na wysoki koszt gotowości przy jednoczesnym mniejszym doświadczeniu zespołu.

Przegląd wyników analiz, odnoszących się do struktury świadczeń, realizowanych w oddziałach zabiegowych wyraźnie pokazuje duże różnice – z jednej strony duże oddziały z szerokim zakresem realizowanych zabiegów, które zajmują się przede wszystkim operatywą, zaś z drugiej małe oddziały z niewielkim udziałem grup zabiegowych, realizujące w dużej mierze najprostsze zabiegi i nie stanowiące realnego zabezpieczenia w postaci gotowości do całodobowej realizacji zabiegów.

Przy tworzeniu nowych przepisów dotyczących tzw. „sieci szpitali” zasadnym jest uregulowanie poprzez wypracowanie jednolitych kryteriów przejrzystych zasad kwalifikacji, które zagwarantują udzielanie świadczeń w sposób zapewniający z jednej strony poprawę efektu leczenia, zaś z drugiej zagwarantują racjonalne wydawanie środków, zarówno w aspekcie płatnika, jak i zarządzających poszczególnymi podmiotami.

Wstępna propozycja zakłada włączenie do sieci:

- oddziałów położniczych, dla których średnia liczba porodów w latach 2019-2020 wynosiła co najmniej 400 rocznie,
- oddziałów zabiegowych (niezależnie od specjalizacji), dla których odsetek hospitalizacji zabiegowych (grupy JGP z katalogu NFZ) w 2019 roku wynosił co najmniej 60%.

3) *Alternatywa w postaci możliwości uruchomienia oddziałów chirurgii jednego dnia w trybie bezkonkursowym*

Dotychczasowe próby ograniczania działalności oddziałów, których istnienie nie było racjonalne, zgodnie z postulatami opisanymi w poprzednim punkcie, odbierane było przez lokalną społeczność jako pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych. Biorąc jednak pod uwagę zakres świadczeń realizowanych na takich oddziałach, organizacja oddziałów chirurgii jednego dnia (gwarantowana poprzez zapisy ustawowe, tj. nie wymagająca procedury konkursowej), umożliwi realizację na miejscu większości świadczeń, zwłaszcza chirurgicznych i ginekologicznych jako świadczeń podstawowych na poziomie powiatu, bez ponoszenia kosztów związanych z utrzymaniem w pełnej gotowości całodobowego oddziału zabiegowego. Stanowi to też gwarancję utrzymania dostępu do świadczeń i umożliwia lepsze wykorzystanie istniejącego personelu i sprzętu.

4) *Finansowanie mieszane*

W ramach finansowania mieszanego Zespół rekomenduje wprowadzenie ryczałtu ze znacznie szerszym katalogiem wyłączeń, ryczałtu dotyczącego profili podstawowych oraz wyłączenie z ryczałtu opieki ambulatoryjnej.

Dotychczasowy ryczałtowy system finansowania okazał się być mało elastyczny i nie pozwalał na zmianę poziomu realizacji poszczególnych grup (zwłaszcza planowych czy takich, w których realizacji koszty zmienne miały istotny udział w kosztach jednostkowego świadczenia). Niewątpliwą zaletą takiego systemu z punktu widzenia płatnika było ograniczenie poziomu nadwykonań, w czym miało pomóc oparcie wartości ryczałtu na pełnym poziomie realizacji (a nie kontraktu) w 2015 roku. Jednak wypracowana w ten sposób konstrukcja utrwaliła dotychczasowy kształt rynku, zniechęcając do przejmowania pacjentów z ośrodków o niższym stopniu referencyjności do ośrodków o wyższym stopniu – wzrost wartości kontraktu, wyliczanego na podstawie przyjętych reguł, był powiązany raczej z wartością „wolnych” środków (pochodzących ze zmniejszeń ryczałtu w wyniku braku realizacji świadczeń) i stanowił jedynie niewielki odsetek rzeczywistej wartości nadwykonanych świadczeń.

W tej sytuacji zasadnym wydaje się być zaproponowanie systemu mieszanego, ograniczającego ryczałt do świadczeń o charakterze podstawowym, wyłączając z niego świadczenia:

- planowe (konieczne zapewnienie wpływu płatnika na poziom realizacji adekwatnie do potrzeb, rozumianych jako kolejka oczekujących),
- o wysokim koszcie zmiennym (np. pompy baklofenowe – wzrost wartości ryczałtu przy istniejących mechanizmach nie refunduje kosztów związanych z realizacją świadczenia).

Z drugiej strony, ryczałt powinien zabezpieczać koszty stałe, związane z utrzymywaniem gotowości szpitala do udzielania świadczeń, wynikające z istniejącego potencjału. Nie sposób też nie docenić zalet ryczałtowego systemu finansowania, które pozwoliły na utrzymanie jego poziomu w nadzwyczajnej sytuacji spowodowanej epidemią COVID-19, gdzie znaczne ograniczenie poziomu realizacji świadczeń było niezależne od starań poszczególnych podmiotów.

Ponadto trzeba zauważyć, że finansowanie świadczeń ambulatoryjnych w ramach ryczałtu, wspólnie ze świadczeniami w trybie hospitalizacji nie wpłynęło na oczekiwane kierunki zmian, to jest zwiększenie liczby świadczeń realizowanych ambulatoryjnie. Niewystarczającą zachętą okazał się współczynnik jakościowy, zaś wprowadzenie zwiększenia finansowania proporcjonalnie do realizacji świadczeń ambulatoryjnych nie wpłynęło na wzrost ich poziomu. W naszym przekonaniu należy rozdzielić finansowanie obu trybów, co przy zniesieniu limitów w części ambulatoryjnej powinno dać oczekiwany efekt. Jednocześnie zakłada się, że wszystkie oddziały (profile) włączone do sieci otrzymają możliwość realizacji świadczeń jednoimiennych w trybie ambulatoryjnym niezależnie od zakontraktowanych obecnie zakresów świadczeń.

5) Benchmarking jako standard dla szpitali w sieci

Zdaniem Zespołu, benchmarking dla szpitali w sieci powinien być oparty o dane o jakości leczenia (konieczna ocena stanu pacjenta na wejściu), dane zarządcze oraz dane z badania opinii konsumenckiej.

Dotychczas nie uregulowano kwestii upubliczniania porównań poszczególnych podmiotów na podstawie analizy danych sprawozdawczych. Pewne próby z przeszłości były podstawą do sporów.

Jednocześnie podstawą do podjęcia świadomej decyzji, związanej z wyborem szpitala, powinny być jawne, publicznie dostępne dane, oparte na obiektywnych kryteriach i umożliwiające porównanie ze sobą poszczególnych oddziałów, ujęte zarówno w aspekcie jakości klinicznej, jak i w perspektywie klienckiej (pacjenta).

Przyjmując za punkt wyjścia dane, raportowane w systemie NFZ należy pamiętać, że potencjalny efekt leczenia w dużej mierze zależy od stanu zaawansowania czy nasilenia choroby. Należy zatem we współpracy z ekspertami wypracować standard raportowania danych, umożliwiających obiektywne porównywanie efektów leczenia. Należy też upowszechnić badanie satysfakcji pacjentów po zakończonym leczeniu, przy czym sam proces przeprowadzania badania powinien być niezależny od realizatorów, co umożliwi pozyskanie obiektywnych i niezmanipulowanych danych.

Warto też zauważyć, że benchmarkingi są źródłem wiedzy dla zarządzających i personelu placówek, pozwalając określić skuteczność organizacji udzielania świadczeń i ustalić obszary, w których podmiot wymaga działań naprawczych.

6) *Ustalenie kryteriów jakościowych, umożliwiających wyróżnienie najlepszych szpitali*

Zespół rekomenduje ustalenie kryteriów jakościowych, umożliwiających wyróżnianie najlepszych szpitali. Kryteria ustalone miałyby być na podstawie benchmarkingu, zgodnie z trzema grupami wskaźników wskazanymi w punkcie 5. Konieczne będzie ustalenie norm i wag poszczególnych wskaźników po okresie ewaluacji i analizie wyników benchmarkingu. Zespół rekomenduje także ustalanie hierarchii oddziałów centralnie, dla całego kraju oraz wprowadzenie bonusów jakościowych takich jak:

- zniesienie limitów,
- współczynniki rozliczeniowe,
- monopol wynikający z unikalności realizowanych świadczeń,
- uwzględnienie we wzorze na ryczałt.

Pożądanym kierunkiem zmian, wynikającym z prowadzonego benchmarkingu i upublicznienia danych porównawczych jest umożliwienie pacjentom wybrania lepszych szpitali jako miejsca leczenia. W ślad za tym musi jednak nastąpić realny finansowy benefit i zwiększenie wartości kontraktu. Wynika to zarówno z kosztów, związanych z ustawiczną poprawą jakości udzielanych świadczeń i satysfakcji pacjentów, jak i z większej liczby realizowanych świadczeń jako efektu świadomych wyborów. Stąd proponowane narzędzia finansowe dla najlepszych ośrodków, premiujące podjęte starania.

7) *Opcjonalne wprowadzenie kryteriów usuwania z sieci, opartych na benchmarkingu*

System zachęt finansowych, opartych na kryteriach jakościowych, nie stanowi wystarczającej podstawy do działań naprawczych dla stosunkowo niewielkich, tradycyjnie zarządzanych podmiotów. Proponowane mechanizmy będą potencjalnie w zasięgu szpitali o ugruntowanej pozycji i sprawnym zarządzaniu, nie wpływając jednocześnie na chęć działania w dużej części podmiotów.

W tej sytuacji warto zauważyć, że na podstawie analizy benchmarkingu można wytypować także szpitale, które wypadają znacznie gorzej niż przeciętna dla wszystkich analizowanych podmiotów. Sieć w dotychczasowym kształcie utrzymywała kształt rynku, wręcz gwarantując nieusuwalność zakwalifikowanych do niej w 2017 roku podmiotów. Potencjalna możliwość usunięcia z sieci będzie bodźcem, gwarantującym poprawę poziomu udzielanych świadczeń także w grupie słabszych jednostek.

5. Specyfika instytutów badawczych i szpitali klinicznych

Nie ulega wątpliwości, iż najważniejszymi szpitalami ponadregionalnymi, o wysokim najwyższym stopniu referencyjności, są instytuty badawcze i szpitale kliniczne. W tym kontekście, oprócz elementów dotyczących zmian w „sieci szpitali”, Zespół doszedł do wniosków, iż w ustawie z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383) należy zaproponować osobny rozdział dedykowany instytutom badawczym uczestniczącym w systemie ochrony zdrowia, który kompleksowo będzie regulował sytuację instytutów nadzorowanych przez MZ, wśród których jest 12 szpitali. W chwili obecnej ustawa zawiera w tym zakresie jeden lakoniczny przepis art. 3, który stanowi, że instytut prowadzący badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie nauk medycznych uczestniczy w systemie ochrony zdrowia. Należy także wskazać, że regulacja ta wymaga uzupełnienia poprzez wskazanie, iż instytut prowadzący badania naukowe i prace rozwojowe również w dziedzinie nauk o zdrowiu uczestniczy w systemie ochrony zdrowia. Ponadto, w związku opisanymi wcześniej rozwiązaniami dotyczącymi kadry menadżerskiej należy zaproponować, aby dyrektorem instytutu uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia nie musiała być osoba ze stopniem naukowym doktora, ale osoba posiadająca kompetencje menedżerskie szczególnie mając na względzie okoliczność, że zastępcą dyrektora instytutu ds. naukowych może być osoba posiadająca tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego. Jeżeli chodzi o szpitale kliniczne, oprócz elementów dotyczących zmian w „sieci szpitali”, Zespół uznaje, że nie ma potrzeby zasadniczej modyfikacji przepisów regulujących kwestie dotyczące funkcjonowania tych szpitali poza wprowadzeniem do obowiązujących przepisów prawa definicji legalnej „szpitala klinicznego”, a także zwiększeniem możliwości nadzoru nad tymi szpitalami przez Ministra Zdrowia, bez zmiany struktury właścicielskiej. gdyż obecnie taki nadzór pełniony jest przede wszystkim przez uczelnie medyczne, a nadzór MZ można określić mianem „pośredniego” pomimo tego, że w odbiorze społecznym szpitale te często są traktowane jako szpitale resortowe.

Mając powyższe na uwadze Zespół rekomenduje uwzględnienie specyfiki instytutów badawczych będących szpitalami poprzez zmianę systematyki ustawy o instytutach badawczych oraz zwiększenie nadzoru MZ nad szpitalami klinicznymi.

Załącznik nr 1 – Uwarunkowania prawne dotyczące poszczególnych wariantów

Jako podstawowy traktowany jest w niniejszym załączniku wariant zakładający przeniesienie ogółu uprawnień właścicielskich na podmioty państwowe (np. Skarb Państwa) – wariant I. Będzie on porównywany (w miejscach gdzie będą zachodzić różnice) z wariantem przewidującym współdzielenie odpowiedzialności za szpitale (wariant II) oraz zakładającym systemową restrukturyzację sektora szpitalnictwa (wariant III).

1. Wpływ wyroku TK z 20.11.2019 r. (K 4/17) na zakres potencjalnych zmian

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego stwierdza, że „Art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960) 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, 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”.

Już samo tylko rozstrzygnięcie (sentencja) wskazuje na zasadność wprowadzenia mechanizmów zapobiegających zadłużaniu szpitali, dla których jednostki samorządu terytorialnego stanowią podmiot tworzący – skoro Trybunał Konstytucyjny usunął z systemu prawnego przepis, który miał stanowić barierę przed nadmiernym zadłużaniem się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jednym ze sposobów realizacji takiego celu może być objęcie kontroli (i odpowiedzialności) wobec szpoc przez administrację państwową. Budzi natomiast istotne wątpliwości, czy przeniesienie praw i obowiązków wobec szpitali powiatowych z powiatów na samorządy województw doprowadzi do realizacji wyroku Trybunału Konstytucyjnego (por. dalej fragment uzasadnienia tego wyroku TK).

Niemniej dużo istotniejsze dla kierunku ewentualnych zmian są fragmenty uzasadnienia ww. wyroku Trybunału. Prezentowane są tam poglądy, że w istocie błędne jest traktowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia takich jak nadzór (i dofinansowanie) nad szpoc (szerzej podmiotami leczniczymi) jako zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego - zadania te powinny zostać uznane za zadania zlecone. „Pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla szpoc, także na poziomie regionalnym, nie odpowiada wypracowanym w orzecznictwie konstytucyjnym kryteriom „samodzielności” i „kreatywności” zadania własnego jednostki

samorządu terytorialnego. Samorządy zostały zobowiązane – na mocy wskazanych wyżej przepisów wprowadzających u.r.a.p. – do pełnienia funkcji podmiotu założycielskiego określonego rodzaju placówek ochrony zdrowia, co jednak nie wiązało się z przekazaniem im kompetencji do prowadzenia polityki zdrowotnej. Zdaniem Trybunału jest to uzasadnione ponadlokalnym i ponadregionalnym charakterem ochrony zdrowia jako zadania władz publicznych. Obowiązujące ustawy, zwłaszcza ŚOZŚrPubU, nie pozostawiają wątpliwości, że wyznaczenie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej opłacanych ze środków publicznych, źródła tych środków i dysponowanie nimi są ustalane centralnie. Tylko takie rozwiązanie prawne umożliwi bardziej efektywną realizację założeń systemu ochrony zdrowia pojmowanego jako całość. Co więcej, w ocenie TK pozostawienie tych regulacji w gestii j.s.t. stanowiłoby naruszenie gwarancji wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji”.

Zatem można stwierdzić, że dalsze pozostawienie stanu, w którym podmiotami tworzącymi spoz są j.s.t. i jest to ich zadanie własne, może być z dużym prawdopodobieństwem uznane za niekonstytucyjne – TK wskazał na nieprawidłowość takiego stanu rzeczy, chociaż nie orzekał co do przepisów wprost określających te zadania jako zadanie własne j.s.t.

Niemniej można uznać, że realizacją poglądu zawartego w tym wyroku będzie albo uznanie zadań wykonywanych przez j.s.t. w charakterze podmiotów tworzących za zadania zlecone z zakresu administracji rządowej (i wypłacanie j.s.t. dotacji celowych) albo przejęcie tych zadań przez administrację rządową (w zgodzie z wyrokiem TK).

Reasumując: Wariant I może zostać uznany za realizujący wyrok Trybunału Konstytucyjnego. Warianty II i III będą realizować wyrok Trybunału Konstytucyjnego, jednakże istnieje ryzyko, że w niepełnym zakresie.

2. Zakres ograniczenia zadań j.s.t. w zakresie ochrony zdrowia

Nie może budzić wątpliwości, że przejęcie funkcji podmiotu tworzącego przez administrację państwową będzie w pewnym stopniu ograniczało zakres zadań jednostek samorządu terytorialnego. Dotychczasowe wydatki na ochronę zdrowia ponoszone z budżetów samorządów będą musiały być ponoszone przez budżet państwa, jednak brak konieczności ponoszenia tych wydatków przez j.s.t. stanowi dla nich korzyść, co może wpływać na całościową ocenę innych zmian kompetencyjnych i własnościowych.

Reasumując: Wariant I obejmować będzie najszerszy zakres odjęcia j.s.t. kompetencji (obowiązków, zadań) w zakresie ochrony zdrowia, natomiast warianty II i III mogą wymagać ustawowego doprecyzowania podziału zadań.

3. Przejęcie funkcji podmiotów tworzących

Analizowanym sposobem realizacji reformy w wariantcie I jest przejęcie przez organy administracji rządowej funkcji podmiotów tworzących od właściwych jednostek samorządu terytorialnego.

Istotnie większa trudność prawna występuje w przypadku szpitali działających w formie spółek kapitałowych. Przejęcie może bowiem oznaczać nie tyle przejęcie zadań administracyjnych, co przejęcie majątkowych uprawnień w spółkach kapitałowych, co niebezpiecznie zbliża się do wywłaszczenia. Tworzenie (i wykonywanie) uprawnień wspólników w takich spółkach stanowi formę realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, co może stanowić argument za podobnym potraktowaniem tego zagadnienia i brakiem świadczeń na rzecz j.s.t. z tytułu wywłaszczenia z udziałów. Należy liczyć się w tym zakresie z postępowaniami sądowymi (odszkodowawczymi) o nieznanym wyniku.

Należy zwrócić uwagę, że odrębne zagadnienie stanowią spółki z udziałem inwestorów prywatnych. Nacjonalizacja należących do podmiotów prywatnych udziałów wiąże się z koniecznością wypłaty odszkodowania i może spowodować powstanie sporów sądowych.

W przypadku tworzenia przez j.s.t. spółek kapitałowych (formy funkcjonowania szpitali) odrębnego potraktowania wymagałoby zagadnienie wkładów majątkowych j.s.t. do takich spółek (tj. wkładów innych niż majątek samego przekształcanego spoz). Roszczenia o zwrot tych wkładów (ich równowartości) są wysoce prawdopodobne, a wynik postępowañ sądowych jest nieznan.

Dodatkowo wariant II wymagałby rozstrzygnięcia w jaki sposób Skarb Państwa obejmie udziały w tworzonych spółkach – co do zasady objęcie udziałów wiąże się z wniesieniem wkładów proporcjonalnych do wartości obejmowanych udziałów. Teoretycznie zatem SP powinien wnieść do tworzonych spółek wartość nieco większą (bo 51% udziałów SP) niż wartość wkładów j.s.t., czyli wartość prawa użytkowania (o ile nie własności) nieruchomości użytkowanych przez szpitale.

Trzeba też zaznaczyć, że objęcie udziałów bez wkładu własnego może być uznane wobec pozostałych udziałowców (czyli j.s.t.) za „wywłaszczenie”.

Reasumując: Największe problemy i wątpliwości prawne budzi przejęcie (objęcie) udziałów w spółkach kapitałowych. Problem ten w przypadku istniejących spółek powstaje zarówno w wariantcie I jak i II. Ponadto, wariant II stwarza dodatkowe zagrożenia związane z objęciem udziałów bez wkładów SP. Ponieważ wariant III nie zakłada przymusowego przejmowania funkcji podmiotów tworzących (jak również udziałów w spółkach kapitałowych) to nie stwarza on zagrożeń prawnych w tym zakresie.

4. Majątek j.s.t. niezbędny do prawidłowego funkcjonowania szpitali

Większość szpitali nie jest właścicielami nieruchomości, na których prowadzą swoją działalność (gruntów i budynków) – co do zasady nieruchomości te są własnością j.s.t. i są oddane szpitalom w nieodpłatne użytkowanie. Nieodpłatne udostępnienie tych nieruchomości stanowi w sensie ekonomicznym wsparcie funkcjonowania szpitali i można zakładać, że po przejęciu szpitali przez administrację państwową pojawią się spory związane z użytkowaniem tych nieruchomości (w szczególności wystąpi problem opłacania czynszu najmu/dzierżawy) przez przejęte szpitale. Niezbędne jest zatem doprecyzowanie kwestii nieruchomości w przepisach.

Rozważyć należy dwie sytuacje – pierwszą, w której j.s.t. otrzymała grunt, na którym posadowiony jest budynek szpitala – można wówczas rozważać czy dopuszczalne jest odebranie majątku służącego do realizacji zadania (w zakresie ochrony zdrowia) wraz z odebraniem tego zadania. Odmienna sytuacja wystąpi w razie inwestycji dokonanej przez j.s.t. na gruncie wcześniej niezajmowanym przez szpital – wówczas zarzut wywłaszczenia j.s.t. jest bardziej uzasadniony.

Potencjalnie wchodzi w grę cztery rozwiązania dotyczące nieruchomości:

- pozostawienie stanu bez zmian ustawowych – oznaczać będzie ryzyko licznych sporów sądowych związanych z dochodzeniem przez j.s.t. czynszów najmu/dzierżawy, sporów istotnie wpływających negatywnie na funkcjonowanie szpitali,
- wprowadzenie czynszów regulowanych z opcją braku wynagrodzenia za korzystanie z nieruchomości przez pierwszy okres – rozwiązanie budzące mniejsze ryzyko uznania za wywłaszczenie j.s.t., niemniej oznaczające pewne (być może odroczone w czasie) koszty dla funkcjonowania poszczególnych szpitali,
- przejęcie nieruchomości szpitalnych przez państwo/państwowe (przejęte) szpitale bez odszkodowania – zapewne z uzasadnieniem, że majątek służył realizacji zadania, które obecnie zostało usunięte z kompetencji j.s.t., zatem i majątek stał się zbędny (więcej stał się konieczny podmiotowi, który w nowym otoczeniu prawnym będzie dotychczasowe zadania j.s.t. realizował), w tym przypadku zachodzi największe ryzyko (nie całkowita pewność) uznania go za wywłaszczenie bez odszkodowania, a tym samym za niezgodny z Konstytucją (lub aktami prawa międzynarodowego),
- przejęcie nieruchomości za wynagrodzeniem – wariant najkosztowniejszy, nie budzący większych wątpliwości prawnych.

Istnieją przypadki, w których część sprzętu szpitalnego nie jest własnością szpitali lecz podmiotów tworzących, dlatego też niezbędne byłoby dookreślenie ustawowe sposobu

dalszego użytkowania tego sprzętu – potencjalnie w grę wchodzi przedstawione wyżej rozwiązanie dla nieruchomości.

Reasumując: Zagrożenia związane z wariantem I zostały opisane powyżej. Wariant II zakładający wniesienia (w różnej potencjalnie formie: własność lub użytkowanie) w przypadku nieodpłatnego objęcia udziałów przez SP może rodzić tożsame zagrożenia. Wariant III jako niezakładający przekształceń własnościowych nie rodzi zagrożeń.

5. Koszty inwestycji j.s.t. w majątek przejmowanych szpitali

Poszczególne j.s.t. dofinansowywały podległe im szpitale w różny sposób, przede wszystkim poprzez nakłady inwestycyjne oraz przez pokrywanie (udział w pokrywaniu) ujemnego wyniku finansowego. Jakkolwiek nakłady te stanowiły w chwili ich dokonania zadania własne, to jednak należy liczyć się z roszczeniami j.s.t. opierającymi się o podstawy odszkodowawcze lub bezpodstawne wzbogacenie (zwłaszcza w przypadku nakładów niedawnych, jeszcze nie spłaconych).

Reasumując: Kwestia ewentualnych roszczeń o zwrot dokonanych nakładów na szpitale będzie występował w wariantach I i II. Szczególne zagrożenie związane jest z roszczeniami dotyczącymi spłaty istniejących zobowiązań, które były zaciągnięte na dofinansowanie przejmowanych szpitali. Nie można przy tym wykluczyć roszczeń skierowanych do tworzonych spółek w wariantcie II.

6. Inwestycje j.s.t. w trakcie realizacji/spłacania

Pewna część zadań inwestycyjnych realizowanych przez j.s.t. na rzecz przejmowanych szpitali jest w toku. Brak jest uzasadnienia dla obciążania j.s.t. koniecznością wywiązania się z zawartych umów, skoro dofinansowanie szpitali ma przestać być ich zadaniem. Z całą pewnością w przypadku realizacji wariantów I i II niezbędne byłoby przejęcie także umów dotyczących inwestycji, których stroną jest j.s.t., co wiązałoby się z koniecznością doprecyzowania w przepisach prawnych zakresu tego przejęcia i rozliczenia ewentualnych kosztów/zysków związanych z przejmowanymi umowami.

Innym zagadnieniem wprost wiążącym się z dokonanymi inwestycjami jest problem spłaty zobowiązań zaciągniętych na realizację inwestycji (kredytów, pożyczek etc.). Nie są wykluczone roszczenia j.s.t. oparte o konstrukcję prawną bezpodstawnego wzbogacenia.

Reasumując: Konieczność ukończenia realizowanych zadań inwestycyjnych oraz realizacji zawartych umów będzie występowała w wariantach I i II. W wariantcie II w przypadku inwestycji finansowanych przez j.s.t. niezbędne będzie przynajmniej częściowe przejęcie finansowania tych inwestycji.

Załącznik nr 2 – Omówienie zidentyfikowanych ryzyk konstytucyjnych

Zastrzec należy, że na obecnym etapie prac, siłą rzeczy kształtującym jedynie ogólny zarys koncepcji każdego z wariantów reformy, nie jest możliwe jednoznaczne przesądzenie o potencjalnej niezgodności z Konstytucją przedstawionych rozwiązań, czy poszczególnych ich założeń. Stąd poniżej zostały wymienione jedynie zasadnicze ryzyka konstytucyjne. Pamiętać przy tym należy, że poszczególne ryzyka wskazują jedynie na pewien stopień hipotetycznego zagrożenia niekonstytucyjnością przyjętych rozwiązań, którego jednak można i należy próbować uniknąć, odpowiednio kształtując i uzasadniając opracowywane regulacje prawne. Przykładowo, wymienione niżej zagrożenia, które wiążą się z instytucją wyłączenia, nie oznaczają, że opcję taką należy z góry odrzucić – ustrojodawca dopuścił bowiem w art. 21 ust. 2 Konstytucji możliwość wyłączenia, odbywającego się z poszanowaniem standardów konstytucyjnych. Dopiero niedochowanie tych standardów będzie równoznaczne z materializacją (aktualizacją) poszczególnych ryzyk konstytucyjnych. Inaczej rzecz ujmując, przedstawione ryzyka należy postrzegać jako hipotetyczną jedynie możliwość uchybienia standardom konstytucyjnym, których wystąpienie będzie zależec od ostatecznego ukształtowania merytorycznej treści rozwiązań normatywnych.

1. Ryzyka związane z wyłączeniem podmiotów prywatnych

Ryzyka te materializują się w przypadku wariantu I i II zaproponowanych zmian struktury właścicielskiej podmiotów prowadzących szpitale. Najpełniej i jednoznacznie dotyczą one przypadku przejęcia przez Skarb Państwa (lub NFZ lub ARS) udziałów i akcji przysługujących wspólnikom będącym podmiotami prywatnymi¹⁵. Na tym etapie prac nie określono czy udziały i akcje należące do podmiotów prywatnych nadal miałyby pozostać ich własnością. W tych kategoriach, jak się wydaje, należy również rozpatrywać tzw. „opcji spółkowej z proporcją udziałów 51%-49%” (jedna z opcji wariantu II).

Mając na uwadze, że udziały i akcje inkorporują prawa majątkowe, w tym prawo do udziału w majątku likwidacyjnym spółki, wyrzucie z mocy prawa wspólników będących podmiotami prywatnymi z przysługujących im udziałów oraz akcji, których własność jednocześnie przejdzie na Skarb Państwa (lub NFZ lub ARS), rozpatrywać należy w kategoriach wyłączenia w szerokim rozumieniu determinowanym przez art. 21 ust. 2 Konstytucji. Z wariantami reformy zakładającymi takie rozwiązanie wiążą się ryzyka niedochowania standardów konstytucyjnych, wymaganych dla wyłączenia, wśród których wymienić należy przede wszystkim:

¹⁵ Podkreślić należy, że zakres znaczeniowy określenia podmiot prywatny obejmuje nie tylko osoby fizyczne, lecz także tworzone przez te osoby podmioty posiadające na gruncie prawa cywilnego pełną bądź ułomną osobowość prawną.

- 1) brak niezbędności dokonania wywłaszczenia – chociaż art. 21 ust. 1 Konstytucji nie formułuje przesłanki niezbędności wywłaszczenia w sposób wyraźny, to jednak – jak podnosi się w doktrynie – skoro przywołany przepis posługuje się określeniem „jedynie wówczas”, to „kryje to w sobie przeświadczenie o wyjątkowości tej ingerencji we własność prywatną (P. Winczorek, Komentarz..., s. 59)”¹⁶. Zatem z samej treści art. 21 ust. 2 Konstytucji wynika wymóg, aby pozbawienie właściciela przysługującego mu prawa następowało jedynie wtedy, gdy jest to niezbędne dla realizacji celu publicznego. Przesłankę niezbędności wywłaszczenia wywodzi się też czasem z wykładni art. 21 ust. 2 Konstytucji dokonywanej z uwzględnieniem art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej i wynikającego z niego wymogu wykazania konieczności ingerencji w prawa i wolności jednostki¹⁷. Również w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego utrwaliło się stanowisko, że „(...) instytucja wywłaszczenia ma charakter «wyjątkowy i szczególny» oraz że wywłaszczenie «powinno być stosowane tylko w sytuacjach koniecznych». Do takich sytuacji należy brak możliwości realizacji celów publicznych za pomocą innych środków prawnych”¹⁸. Przedmiotowa przesłanka wywłaszczenia została powołana w niniejszym załączniku jako pierwsza nie bez przyczyny. Wariant III reformy sektora szpitalnictwa zakłada bowiem jej przeprowadzenie „bez przejęcia władztwa i majątku”, a więc bez ingerencji w prawa majątkowe wspólników spółek kapitałowych prowadzących szpitale, jak również we własność jednostek samorządu terytorialnego. Tym samym, na obecnym etapie prac, istnieje prawdopodobnie możliwość realizacji zasadniczego założonego celu bez dokonywania wywłaszczenia. Inaczej rzecz ujmując, potwierdzenia wymaga, czy można przeprowadzić efektywną – w perspektywie wyznaczonych celów – restrukturyzację szpitali bez jednoczesnych zmian właścicielskich odbywających się w formie wywłaszczenia. Podniesiony problem niezbędności wywłaszczenia wymagałby zatem szczegółowego wyjaśnienia i uzasadnienia.
- 2) naruszenie granic zasady proporcjonalności – kwestią sporną pozostaje podstawa dla stosowania zasady proporcjonalności w przypadku wywłaszczenia¹⁹, jednak istotne jest,

¹⁶ L. Garlicki, M. Zubik, komentarz do art. 21 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom I*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Wydawnictwo Sejmowe 2016, LEX Omega, uwaga 18.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Wyrok TK z 13 grudnia 2012 r., P 12/11, OTK-A 2012/11/135; por. również: orzeczenie TK z 28 maja 1991 r., K 1/91, OTK 1991/4; uchwała TK z 24 czerwca 1992 r., W 11/91, OTK 1992/18; wyrok TK z 14 marca 2000 r., P 5/99, OTK 2000/2/60; wyrok TK z 12 kwietnia 2000 r., K 8/98, OTK 2000/3/87; wyrok TK z 28 stycznia 2003 r., K 2/02, OTK-A 2003/1/4 oraz wyrok TK z 9 grudnia 2008 r., K 61/07, OTK-A 2008/10/174.

¹⁹ L. Garlicki i M. Zubik, postrzegając wywłaszczenie jako kwalifikowaną formę ograniczenia własności, dochodzą do wniosku, że przepis art. 21 ust. 2 Konstytucji „*odczytywać należy w powiązaniu z innymi postanowieniami konstytucyjnymi, przede wszystkim z art. 64 ust. 3 i art. 31 ust. 3. W żadnym bowiem razie nie można traktować art. 21 ust. 1 w kategoriach lex specialis, całkowicie wykluczając zastosowanie innych przepisów konstytucji*” (L. Garlicki, M. Zubik, komentarz do art. 21..., uwaga 18). Tym samym nieodzowne byłoby odpowiednie stosowanie w przypadku wywłaszczenia testu proporcjonalności rekonstruowanego na podstawie art. 31 ust. 3 Konstytucji. Podnieść jednak należy, że przedmiotowa kwestia należy do spornych i nie została przesądzona w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego. W tym kontekście przywołania wymaga zwłaszcza stanowisko Trybunału wyrażone w uzasadnieniu wyroku z 14 marca 2000 r., zgodnie z którym: „(...) *rozdzielenia wymaga problem konstytucyjnej oceny przepisów wprowadzających ograniczenia prawa własności, od sytuacji, w której, poprzez odjęcie własności, dochodzi do ingerencji w samą istotę tego prawa. Skoro więc, art. 64 ust. 3 konstytucji formułuje granice*

że w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego zostało przedstawione stanowisko, zgodnie z którym: „Warunkiem dopuszczalności wywłaszczenia jest działanie ustawodawcy w granicach zasady proporcjonalności”²⁰. Bez względu na przepis konstytucyjny, z którego w omawianym przypadku wywodzić należy zasadę proporcjonalności, istota tej zasady pozwala stwierdzić, że wymóg proporcjonalności obejmuje kryterium przydatności (określenie czy wywłaszczenie pozwoli osiągnąć cel publiczny zamierzony przez ustawodawcę), kryterium konieczności (omówione szczegółowo w poprzednim punkcie – czy wywłaszczenie jest niezbędne dla realizacji celu; niezbędność oznacza, że nie są dostępne instrumenty alternatywne, pozwalające osiągnąć zamierzony cel lub cel do niego zbliżony, które jednak nie ingerują lub słabiej ingerują w prawa majątkowe jednostki) oraz kryterium proporcjonalności sensu stricto (określenie czy uszczerbek dla konstytucyjnych praw i wolności, w tym przypadku wyzucie z prawa własności lub innych praw majątkowych, został odpowiednio wyważony z efektami wprowadzonej regulacji).

- 3) brak wystarczającego uzasadnienia dla wywłaszczenia dokonywanego ex lege – na obecnym etapie prac w założeniach wariantów reformy nie określono, czy wywłaszczenie wspólników i akcjonariuszy byłoby dokonywane w drodze aktów indywidualnych (np. decyzji administracyjnych), czy też za pomocą aktu generalnego (ustawy – wobec czego skutki wywłaszczenia nastąpią ex lege). Podnieść należy, że w doktrynie zdaje się przeważać pogląd dopuszczający wywłaszczenie na mocy aktu generalnego²¹, jednak Trybunał Konstytucyjny nie wypracował w tej kwestii jednolitego stanowiska. Trafnie zostało to scharakteryzowane w uzasadnieniu wyroku z dnia 13 grudnia 2012 r.: „W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wskazuje się z jednej strony, że wywłaszczenie na gruncie art. 21 ust. 2 Konstytucji powinno być ujmowane szeroko, a więc jako wszelkie w zasadzie pozbawienie lub ograniczenie przysługującego podmiotowi prawa własności, bez względu na formę tego odjęcia (por. wyrok TK z 12 kwietnia 2000 r., sygn. K 8/98, OTK ZU nr 3/2000, poz. 87). Jednocześnie jednak Trybunał przyznaje, że rozszerzanie zakresu pojęcia „wywłaszczenie” na każdy wypadek pozbawienia własności prywatnej budzi poważne wątpliwości. To znaczy, że nieuprawnione jest definiowanie konstytucyjnego pojęcia wywłaszczenia jako każdego przymusowego pozbawienia własności, w szczególności na podstawie aktu generalnego (por. wyrok TK

dopuszczalnej ingerencji w treść prawa własności, to tym samym nie jest on adekwatny dla oceny konstytucyjnej dopuszczalności instytucji wywłaszczenia, w której immanentnie mieści się element naruszenia istoty własności. Uwzględnienie unormowania problematyki wywłaszczenia zawartego w art. 21 ust. 2 konstytucji, prowadzić musi do wniosku, iż nie jest zasadna taka interpretacja przepisów formułujących przesłanki dopuszczalnego ograniczenia prawa własności (przede wszystkim art. 64 ust. 3), której celem byłoby rozszerzenie ich zastosowania (np. poprzez argumentację a minori ad maius) także na zagadnienie całkowitego odjęcia własności” (wyrok TK z 14 marca 2000 r., P 5/99, OTK 2000/2/60).

²⁰ Wyrok TK z 13 grudnia 2012 r., P 12/11, OTK-A 2012/11/135.

²¹ P. Tuleja, komentarz do art. 21 Konstytucji [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2019, LEX Omega, pkt 3; L. Garlicki, M. Zubik, komentarz do art. 21..., uwaga 16.

z 21 czerwca 2005 r., sygn. P 25/02, OTK ZU nr 6/A/2005, poz. 65)²². Wymaga przy tym zaznaczenia, że nawet dopuszczając wyłączenie na mocy aktu generalnego (wyłączenie ex lege), Trybunał nie czyni tego bezwarunkowo, lecz bada, czy występują racjonalne względy uzasadniające taką formę wyzucia z praw majątkowych²³. Jeżeli zatem wyłączenie w którymkolwiek z wariantów miałyby się odbywać na mocy aktu generalnego, niezbędne byłoby staranne przedstawienie argumentów przemawiających za racjonalnością takiego rozwiązania oraz wskazujących na brak możliwości bądź obiektywnie uzasadnione trudności w dokonaniu wyłączenia na mocy aktów indywidualnych²⁴.

- 4) niezapewnienie słusznego odszkodowania – zgodnie z utrwalonym stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego, aktualnym również po wejściu w życie Konstytucji z 1997 r., „odszkodowanie stanowić powinno ekwiwalent wartości wyłączonej nieruchomości, czyli powinno być równoważne gospodarczo wartości wyłączonej nieruchomości”²⁵. „Oznacza to, że powinno dawać właścicielowi możliwość odtworzenia rzeczy, którą utracił (...)”²⁶. Słuszne odszkodowanie więc to takie, które „pozwole wyłączoneму odtworzyć jego sytuację majątkową, jaką miał przed wyłączeniem”²⁷. Trybunał zastrzegł ponadto, że „odszkodowanie nie może być w żaden sposób uszczuplane, i to nie tylko w drodze sposobu obliczania odszkodowania, lecz i trybu jego wypłacania”²⁸. Zasady te powinny znaleźć zastosowanie także w przypadku, gdy wyłączeniem objęte są inne prawa majątkowe niż własność nieruchomości. Na tym etapie prac koncepcyjnych wskazać należy, że ewentualne odszkodowanie powinno posiadać przywołane wyżej właściwości odszkodowania słusznego.

2. Ryzyka związane z wyłączeniem j.s.t.

Ryzyka te mogą się zmaterializować w przypadku wariantu I – ze względu na przejęcie przez Skarb Państwa od jednostek samorządu terytorialnego majątku ruchomego i nieruchomego wykorzystywanego przez szpitale oraz należących do jednostek samorządu terytorialnego udziałów i akcji w spółkach prowadzących szpitale, a także wariantu II – w zakresie, w jakim wyłączenie na rzecz Skarbu Państwa miałyby objąć udziały i akcje należące do j.s.t.

Poziom opisywanego ryzyka jest trudny do oszacowania, gdyż kwestią otwartą pozostaje, czy art. 21 ust. 2 Konstytucji znajduje zastosowanie do przypadków przejęcia przez Skarb

²² Wyrok TK z 13 grudnia 2012 r., P 12/11, OTK-A 2012/11/135.

²³ Zob. wyrok TK z dnia 14 marca 2000 r., P 5/99, OTK 2000/2/60.

²⁴ Sposób przeprowadzenia argumentacji w tym zakresie został przedstawiony przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 14 marca 2000 r., P 5/99.

²⁵ Orzeczenie TK z 19 czerwca 1990 r., K 2/90, OTK 1990/3; wyrok TK z 14 marca 2000 r., P 5/99.

²⁶ Wyrok TK z 14 marca 2000 r., P 5/99.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Orzeczenie TK z 19 czerwca 1990 r., K 2/90; wyrok TK z 14 marca 2000 r., P 5/99.

Państwa własności i innych praw majątkowych jednostek samorządu terytorialnego. W doktrynie przeciwko rozpatrywaniu takich przypadków w kategoriach wyłączenia w rozumieniu art. 21 ust. 2 Konstytucji jednoznacznie opowiedział się K. Zaradkiewicz²⁹. Problemu nie przesądza w sposób definitywny orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego. Jak bowiem słusznie zauważają L. Garlicki i M. Zubik, „W orzecznictwie TK nie dano dotąd precyzyjnej odpowiedzi, bo choć, z jednej strony opowiedziano się za szerokim ujmowaniem wyłączenia, to zarazem wskazano, że „zmiany stanu własności komunalnej wynikające z norm o charakterze generalnym nie powinny być kwalifikowane jako wyłączenie w rozumieniu art. 21 ust. 2” (wyrok z 12 kwietnia 2000 r., K 8/98, s. 401) i odesłano w tym zakresie do art. 165 i art. 167 konstytucji”³⁰. Należy przy tym mieć na uwadze, że w przywołanym wyroku w sprawie o sygn. akt K 8/98 Trybunał Konstytucyjny nie wykluczył definitywnie możliwości rozpatrywania uszczuplenia majątku gminy w kategoriach wyłączenia. Stwierdził bowiem, że „mimo iż wyłączenie na tle tego przepisu [art. 21 ust. 2 Konstytucji – przyp. wł.] musi być ujmowane szeroko, trudno traktować art. 21 ust. 2 jako wzorzec kontroli wszystkich aktów normatywnych skutkujących odjęciem gminom określonych składników ich majątku”³¹. Takie sformułowanie nie wyklucza stosowania art. 21 ust. 2 Konstytucji jako wzorca kontroli niektórych przypadków pozbawienia gmin określonych praw majątkowych. Co więcej, Trybunał wyraźnie powiązał ze stanem faktycznym rozpoznawanej sprawy niezasadność rozpatrywania zakwestionowanych przesunięć majątkowych w kategoriach wyłączenia. Podniósł bowiem, że okres zasadniczej przebudowy stosunków własnościowych w Polsce nie uległ jeszcze zakończeniu, jak również zauważył, że ostateczny kształt majątkowo-finansowy samorządu stanowi pewną niewiadomą. I to właśnie na kanwie tych spostrzeżeń Trybunał stwierdził, że „W tym stanie rzeczy, zmiany stanu własności komunalnej wynikające z norm o charakterze generalnym nie powinny być kwalifikowane jako wyłączenie w rozumieniu art. 21 ust. 2 konstytucji. Właściwą podstawę oceny stanowi w tym wypadku art. 165 i art. 167 konstytucji (...)”³². Wydaje się zatem – w kontekście przywołanego wyżej orzeczenia – że ocena, czy konkretny przypadek pozbawienia jednostki samorządu terytorialnego składników majątku należy traktować jako wyłączenie, co oznacza konieczność spełnienia wymogów wynikających z art. 21 ust. 2 Konstytucji, powinna być dokonywana ad casum, tj. w kontekście konkretnych ram normatywnych regulujących przekształcenia własnościowe obejmujące uszczuplenie majątku komunalnego. Z tego też względu nie jest możliwe wiążące przesądzenie, czy przewidziane w ramach wariantu I i II reformy przypadki pozbawienia jednostek samorządu terytorialnego

²⁹ K. Zaradkiewicz, komentarz do art. 21 Konstytucji [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, Legalis, Nb. 60 i 89.

³⁰ L. Garlicki, M. Zubik, komentarz do art. 21..., uwaga 17.

³¹ Wyrok TK z 12 kwietnia 2000 r., K 8/98, OTK 2000/3/87.

³² *Ibidem*.

niektórych składników ich majątku, będą rozpatrywane – w razie ewentualnego postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym – jako akt wyłączenia czy też innego rodzaju uszczuplenie praw majątkowych, dla którego adekwatnym wzorcem kontroli pozostaje art. 165 ust. 1 zd. drugie Konstytucji. Aczkolwiek nie można definitywnie wykluczyć ryzyka potraktowania takiego uszczuplenia majątkowego jako wyłączenia.

Przyjęcie, że w omawianym przypadku może dojść do wyłączenia mienia jednostek samorządu terytorialnego powoduje materializację (aktualizację) ryzyka związanego z wyłączeniem, omówionych szczegółowo w poprzednim punkcie.

3. Ryzyko naruszenia art. 165 ust. 1 Konstytucji

Ryzyko to może zmaterializować się w przypadku wariantu I (przejęcie majątku należącego do jednostek samorządu terytorialnego, wykorzystywanego przez szpitale; przejęcie udziałów i akcji należących do jednostek samorządu) oraz wariantu II (przejęcie udziałów i akcji należących do jednostek samorządu terytorialnego).

Artykuł 165 ust. 1 zd. drugie Konstytucji statuuje ochronę własności i innych praw majątkowych jednostek samorządu terytorialnego. Jak zauważył Trybunał Konstytucyjny w odniesieniu do gmin: „Własność jako gwarant samodzielności gmin ma znaczenie ustrojowe. Ingerencja ustawodawcy w sferę władztwa majątkowego gmin oznacza zawsze nie tylko naruszenie przysługujących im praw, ale jest jednocześnie ograniczeniem ich samodzielności”³³. Jednocześnie w orzecznictwie Trybunału zwrócono uwagę na specyficzną funkcję własności komunalnej, która rzutuje na zakres jej konstytucyjnej ochrony. „Wykorzystanie własności komunalnej w celu wykonywania zadań publicznych sprawia, że pozycja jednostki samorządu terytorialnego jako podmiotu własności istotnie różni się od sytuacji podmiotów prywatnoprawnych. Trybunał Konstytucyjny podkreślił w uzasadnieniu postanowienia z 22 maja 2007 r. (sygn. SK 70/05), że nie można nie dostrzegać podstawowych różnic między pozycją prawną osoby fizycznej jak i prawnej prawa prywatnego a konstytucyjnym statusem gminy jako publicznej osoby prawnej, sprawującej władzę publiczną w zakresie powierzonych jej zadań. Odmienny status osób prawa prywatnego (fizycznych i prawnych) i osób prawa publicznego (m.in. gminy) determinuje charakter praw i wolności przyznanych im na mocy Konstytucji. Na gruncie Konstytucji można mówić o zróżnicowanym zakresie ochrony praw do własności osób fizycznych lub osób prawnych prawa prywatnego oraz ochrony prawa własności gminy (zob. wyrok z 29 maja 2001 r., sygn. K 5/01, OTK ZU nr 4/2001, poz. 87)”³⁴.

³³ Wyrok TK z 12 kwietnia 2000 r., K 8/98, OTK 2000/3/87.

³⁴ Wyrok TK z 21 października 2008 r., P 2/08, OTK-A 2008/8/139.

Ochrona własności jednostek samorządu terytorialnego, podobnie zresztą jak i współkształtowana przez nią samodzielność tych jednostek, nie ma charakteru absolutnego. Własność jednostek samorządu terytorialnego może podlegać ograniczeniom, jak i uszczupleniu³⁵. Ingerencja prawodawcy w tym zakresie powinna odbywać się z poszanowaniem standardów konstytucyjnych. Wskazać zatem należy na następujące ryzyka niedochowania tych standardów:

- 1) brak uzasadnienia dla ingerencji w realizacji wartości konstytucyjnych – jak zauważył Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 21 października 2008 r.: „Ochrona własności komunalnej nie może wykluczać lub znosić prawa ustawodawcy do kształtowania stosunków w państwie. W szczególności nie narusza konstytucyjnej zasady samodzielności gminy ograniczenie wynikające z ustawy, jeżeli znajduje ono uzasadnienie w konstytucyjnie chronionych celach i wartościach. Zatem ocena, czy dana regulacja spełnia warunek usprawiedliwionej ingerencji w sferę samodzielności gminy, nie może być dokonana bez wykładni odwołującej się do celu i aksjologii ustawy wprowadzającej ograniczenia”³⁶. Uzasadnienie projektu ustawy reformującej system szpitalnictwa powinno zatem zawierać szczegółowe omówienie celu z perspektywy realizacji wartości konstytucyjnych.
- 2) nieproporcjonalność ingerencji w prawa majątkowe jednostek samorządu terytorialnego – zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym przez Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. akt K 8/98, ingerencja ustawodawcy w prawo własności przysługujące jednostkom samorządu terytorialnego, w tym polegająca na pozbawieniu tego prawa w określonym zakresie, „Jest dopuszczalna, gdy odpowiada zasadzie proporcjonalności, która zakłada adekwatność środka i celu. (...) Dlatego Trybunał przede wszystkim zajął się badaniem, czy zakwestionowana ustawa jest konieczna dla ochrony interesu publicznego, ewentualnie dla realizacji przemian ustrojowych”³⁷. Odwołując się do orzecznictwa Trybunału również w doktrynie przyjęto, że „Ustawodawca może ograniczać własność komunalną tylko wtedy, gdy jest to absolutnie niezbędne dla osiągnięcia celu publicznego, przy czym ograniczenia muszą być odpowiednie do jego wagi”³⁸. W przypadku przedstawionych wariantów reformy szpitalnictwa największe ryzyko przekroczenia granic zasady proporcjonalności ingerencji wiąże się z niedochowaniem przesłanki niezbędności. Zagadnienie to zostało szczegółowo przedstawione w części dotyczącej ryzyk związanych z wyłączeniem. W tym miejscu należy jedynie przypomnieć, że niezbędność ingerencji w prawa majątkowe jednostek samorządu terytorialnego pozostaje wątpliwa w sytuacji, gdy

³⁵ Zob. np. wyrok TK z 12 kwietnia 2000 r., K 8/98.

³⁶ Wyrok TK z 21 października 2008 r., P 2/08, OTK-A 2008/8/139.

³⁷ Wyrok TK z 12 kwietnia 2000 r., K 8/98. Na konieczność zachowania proporcjonalności ingerencji we własność komunalną Trybunał Konstytucyjny zwracał uwagę już we wcześniejszym orzecznictwie, np. w orzeczeniu z 9 stycznia 1996 r., K 18/95, OTK 1996/1/1, oraz w orzeczeniu z 20 listopada 1996 r., K 27/95, OTK 1996/6/50.

³⁸ M. Pyziak-Szafnicka, *Uwagi na temat cywilnoprawnego i konstytucyjnego ujęcia własności jednostek samorządu terytorialnego*, „Samorząd Terytorialny” 1999, nr 10, s. 16.

cel restrukturyzacji może zostać osiągnięty przy pomocy narzędzi nieprowadzących do wyzucia jednostek samorządu terytorialnego z przysługujących im praw (vide wariant III).

- 3) naruszenie zasady samodzielności, w tym zwłaszcza samodzielności finansowej, jednostek samorządu terytorialnego – jak już wyżej wskazano, prawa majątkowe przyznane jednostkom samorządu terytorialnego stanowią podstawę i gwarancję ich samodzielności. W doktrynie dostrzega się przy tym, że „Własność komunalna nie została przyznana jednostkom samorządu dla ich dowolnego użytku, lecz z przeznaczeniem wykorzystywania jej na cele publiczne, w szczególności zaspokajanie zbiorowych potrzeb lokalnej i regionalnej wspólnoty samorządowej”³⁹. Jeżeli zatem pozbawienie jednostek samorządu terytorialnego określonych praw majątkowych uniemożliwiłoby lub utrudniałoby realizację ich zadań, wówczas doszłoby do naruszenia gwarantowanej w art. 165 ust. 1 Konstytucji samodzielności jednostek samorządu. W przypadku gdy przejęte przez Skarb Państwa elementy majątku stanowią dla jednostek samorządu źródło dochodów, odjęcie własności może również prowadzić do naruszenia samodzielności finansowej tych jednostek (art. 167 ust. 1 Konstytucji), jeżeli w wyniku utraty źródeł dochodów jednostka samorządowa nie jest w stanie samodzielnie finansować zadań własnych.

³⁹ M. Masternak-Kubiak, komentarz do art. 165 Konstytucji [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Lexis Nexis 2014, LEX Omega.

Skróty użyte w dokumencie

| | |
|--|---|
| AOS | – ambulatoryjna opieka specjalistyczna |
| AOTMiT | – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji |
| ARS | – Agencja Rozwoju Szpitali |
| CMJ | – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia |
| JGP | – Jednorodna grupa pacjentów |
| j.s.t. | – jednostka samorządu terytorialnego |
| MBA | – Master of Business Administration |
| MZ | – Ministerstwo Zdrowia |
| NFZ | – Narodowy Fundusz Zdrowia |
| podmiot tworzący/ nadzorujący | – Podmiot rozumiany jako podmiot tworzący spzoz, większościowy udziałowiec/akcjonariusz spółki kapitałowej, minister nadzorujący dany instytut badawczy |
| PSZ | – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej |
| S.A. | – Spółka Akcyjna |
| SP | – Skarb Państwa |
| spzoz | – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej |
| szpital | – podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne |
| ŚOZŚrPubU | – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |
| TK | – Trybunał Konstytucyjny |
| TFUE | – Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej |
| TSUE | – Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej |
| UE | – Unia Europejska |
| u.r.a.p. | – Ustawa z dnia 13 października 1998 r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną. |