

Warszawa, dnia listopada 2008 r.

Sejm

Rzeczypospolitej Polskiej

Wniosek

Na podstawie art. 122 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku **odmawiam** podpisania **ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej.**

Odmowę podpisania ustawy motywuję następującymi względami:

Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej dnia 7 listopada 2008 roku w trybie art. 122 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawił mi do podpisu ustawę z dnia 6 listopada 2008 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Przedmiotowa ustawa stanowi, obok takich ustaw, jak: ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia, ustawa o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej, ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia oraz ustawa – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia, część szerszego pakietu ustaw dotyczących systemu ochrony zdrowia w Polsce. Przyjęta ustawa ma przy tym zastąpić obecnie obowiązującą w tym zakresie ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej /Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89/.

Nie negując potrzeby wprowadzenia niezbędnych reform związanych z funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej, a przede wszystkim z finansowaniem udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, oczekuję od

ustawodawcy przygotowania kompleksowej reformy, w której podstawowym celem będzie podjęcie działań, zmierzających do poprawy ich gospodarki finansowej oraz wprowadzenie mechanizmów uniemożliwiających dalsze niekontrolowane narastanie zobowiązań w przyszłości przy uwzględnieniu jednak konieczności zapewnienia równego dla wszystkich obywateli dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Po lekturze przedmiotowej ustawy zachodzą jednak zasadnicze wątpliwości, czy przyjęte w niej mechanizmy w sposób rzeczywisty wpłyną na polepszenie kondycji finansowej zakładów opieki zdrowotnej. Należy przy tym wskazać, iż podstawowa i najważniejsza w systemie ochrony zdrowia ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm./ nie została w zasadzie objęta nowelizacją. Wprowadzone rozwiązania dotyczące sposobu funkcjonowania dotychczasowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej poza oparciem ich na modelu zarządzania właściwym dla podmiotów komercyjnych, przy jednoczesnym zastosowaniu konstrukcji wymuszających maksymalizację przez nie zysków oraz stwarzających szerokie możliwości ich prywatyzacji nie zawierają innych mechanizmów mogących wpłynąć na poprawę sytuacji ekonomicznej zakładów opieki zdrowotnej.

I. Należy zauważyć, że skala zaproponowanych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej regulacji, dotyczących struktury oraz zasad funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej jest bardzo istotna z punktu widzenia mającego się ukształtować w przyszłości dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych. Zasadniczy kierunek proponowanych zmian sprowadza się do wprowadzenia nowych podstawowych form organizacyjnoprawnych w jakich mają działać zakłady opieki zdrowotnej. Mają być one docelowo prowadzone przede wszystkim przez spółki kapitałowe. Zrezygnowano tym samym z formy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co w kontekście wprowadzonego w ustawie Przepisy

wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia obligatoryjnego przekształcenia istniejących obecnie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe eliminuje z systemu tę formę organizacyjnoprawną i to bez względu na kondycję w jakiej się one znajdują. Jednocześnie w ustawie nie znalazły się mechanizmy, które by w sposób wystarczający gwarantowały wpływ Państwa na istnienie zakładów opieki zdrowotnej oraz zakres udzielanych przez nie świadczeń opieki zdrowotnej.

W praktyce wprowadzenie tak istotnych rozwiązań oznacza daleko idące zmiany organizacyjne dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej jak i dla samych pacjentów. Zwrócić należy uwagę, iż nie zostały określone przyczyny tak radykalnych zmian prawnych, a także skutki, jakie mogą one nieść dla pacjentów.

Ponadto trzeba zwrócić uwagę na fakt, że ustawodawca w zasadzie narzucił na zakłady opieki zdrowotnej niezależnie od ich struktury własnościowej prowadzenie działalności, która obligatoryjnie musi mieć cechy konstytutywne dla „działalności gospodarczej”. Wynika to chociażby z treści art. 11 ust. 5 ustawy, stanowiącego, że jeżeli zakład opieki zdrowotnej tworzy i prowadzi spółka niemająca osobowości prawnej, krajowa lub zagraniczna osoba prawna oraz pracodawca, to wówczas może on być tworzony „we wszelkich formach prawnie dopuszczalnych, przewidzianych dla prowadzenia działalności gospodarczej”. Co więcej, jeżeli zakład opieki zdrowotnej nie będzie odrębną formą organizacyjnoprawną, lecz będzie prowadzony przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółkę akcyjną utworzoną przez podmiot publiczny (art. 11 ust. 1 pkt 1, art. 11 ust. 3 ustawy), to wówczas zakład ten musi być obligatoryjnie „przedsiębiorstwem” w rozumieniu art. 55¹ k.c. (zob. art. 45 ust. 2 ustawy), czyli zorganizowanym zespołem składników materialnych i niematerialnych przeznaczonym do prowadzenia działalności gospodarczej. W efekcie zakład taki musi obligatoryjnie prowadzić zarobkową działalność gospodarczą. Jednocześnie pomimo uwag zgłaszanych przez stronę

społeczną jak i w opiniach niezależnych ekspertów w ustawie nie znalazł się przepis obligujący zakłady opieki zdrowotnej do przekazywania wypracowanego zysku na podstawowy cel ich działalności, a więc udzielanie świadczeń zdrowotnych. W ustawie świadomie zatem stwarza się mechanizmy, które mają niejako wymuszać maksymalizację zysku przez zoz-y, na plan drugi schodzi zatem ich podstawowe zadanie-ratowanie życia i zdrowia obywateli. Przykładem może być choćby brak w omawianej ustawie przepisów mających ograniczać praktykę prowadzenia przez zakłady opieki zdrowotnej na swoim terenie agresywnej działalności handlowej, dotyczącej zwłaszcza leków i parafarmaceutyków.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o zakładach opieki zdrowotnej szczegółowo określa zasady tworzenia i funkcjonowania spółek z udziałem podmiotów publicznych. Nie zawiera natomiast równie szczegółowych przepisów dotyczących podmiotów prywatnych. Postuluje się dwutorowość regulacji: dla podmiotów publicznych i prywatnych. W ustawie położono nacisk na wymogi dotyczące jedynie spółek z większościovym i jednoosobovym udziałem podmiotów publicznych, sytuację prawną podmiotów prywatnych regulując jedynie szcążtkovo. Trudno jest jednak znaleźć uzasadnienie dla takiego stanu rzeczy zwłaszcza, że ustawodawca świadomie zrezygnował z podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Przykładem swoistego zróżnicowania zakładów opieki zdrowotnej, tworzonych przez podmioty publiczne oraz podmioty prywatne, mogą być przepisy dotyczące kwalifikacji osób zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w zakładach opieki zdrowotnej. Dla zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie spółek kapitałowych z większościovym i jednoosobovym udziałem podmiotów publicznych oraz w formie zakładu budżetowego i jednostki budżetowej kwalifikacje te ma określić minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia (art. 15 ust.4 ustawy). Wytyczną dla wydania rozporządzenia ma być konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego

pacjentów. Dlaczego przyjęte kryterium nie ma mieć odniesienia w stosunku do kwalifikacji osób zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej z mniejszościowym udziałem podmiotów publicznych lub z całkowicie prywatnym kapitałem? Pacjent powinien mieć zapewnione bezpieczeństwo zdrowotne bez względu na strukturę właścicielską zakładu opieki zdrowotnej.

Jeszcze większe zdziwienie budzić musi brak w przesłanej mi do podpisu ustawie regulacji określających wymagania jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej prowadzonych przez inne niż publiczne podmioty lub z mniejszościowym ich udziałem. W obowiązującej ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej jest przynajmniej stosowna delegacja w tym zakresie zawarta w art. 10 ust. 2. Jest to brak o charakterze podstawowym decydujący o jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym narażający bezpieczeństwo pacjenta.

Ponadto w zakładach opieki zdrowotnej prowadzonych w formie spółek kapitałowych z większościowym i jednoosobowym udziałem podmiotów publicznych obligatoryjnie powołuje się kierownika medycznego spełniającego określone w ustawie kryteria (art. 52 ustawy). Przyjęta w art. 2 ust. 2 pkt 1 lit. a) formuła nakazująca rozumieć za kierownika zakładu również zarząd spółki stwarza wątpliwości, co do konieczności powołania takiej osoby w spółkach. Wprawdzie z art. 65 ust. 3 pkt 5 można by wnioskować, że taki wymóg istnieje ale powołany przepis powoduje, że unormowania w tym zakresie nie są przejrzyste. Ponadto nie jest zrozumiałe czemu przepisy różnicują wymagania w stosunku do osoby będącej kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej i do członków zarządu spółki prowadzącej zakład. Nie znajduje to uzasadnienia, w kontekście art. 51 ust. 3 ustawy.

Organ prowadzący Krajowy Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo-Rozwojowych może żądać zwołania nadzwyczajnego zgromadzenia wspólników spółki z udziałem publicznym, jak również

umieszczenia określonych spraw w porządku obrad najbliższego zgromadzenia wspólników albo nadzwyczajnego walnego zgromadzenia, jeżeli na podstawie przekazanych przez spółkę danych organ prowadzący rejestr uzna, że zagrożone jest bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Takiego instrumentu wobec spółek prywatnych organ prowadzący rejestr nie posiada.

Niezrozumiałym jest pominięcie w katalogu spółek utworzonych przez podmioty publiczne, co do których minister właściwy do spraw zdrowia może złożyć oświadczenie o zamiarze nabycia ich udziałów lub akcji w przypadku podjęcia uchwały o rozwiązaniu – Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (art. 54 ust. 4 pkt 1 ustawy) zwłaszcza, iż jest o nim mowa w ust. 9 powołanego przepisu.

Z zestawienia przepisów składających się na definicję zakładu opieki zdrowotnej (przede wszystkim art. 2 i art. 45 ust. 2) wynika, że zakład opieki zdrowotnej może być przedmiotem stosunków prawnych (gdy jest przedsiębiorstwem lub częścią jednostki organizacyjnej) lub ich podmiotem (gdy jest reprezentowany przez kierownika). O ile można rozumieć wątpliwość co do przymiotu podmiotowości zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie jednostek budżetowych lub zakładów budżetowych (te z definicji nie są podmiotami prawa), o tyle sytuacja spółek prowadzących zakłady opieki zdrowotnej nie jest już jasna. W ramach spółki, w zamyśle ustawodawcy, może być prowadzonych kilka zakładów opieki zdrowotnej. Niezrozumiałym jest jednak dlaczego sama spółka nie może mieć statusu zakładu opieki zdrowotnej ze strukturą oddziałów – znaną z innych obszarów działalności. Brak konsekwencji w ustawie w odniesieniu do znaczenia zakładu opieki zdrowotnej nie jest bagatelny. Konsekwencją braku decyzji w tym zakresie może być choćby trudność w określeniu zakresu odpowiedzialności zakładu jako podmiotu, nie tylko z powodu nieprawidłowego świadczenia usług. Podkreślenia wymaga, iż brak jednoznaczności w tym zakresie może prowadzić

do powstania trudności w interpretacji przepisów. Dodatkowo sytuację komplikuje składający się na całość definicji zakładu opieki zdrowotnej art. 11, mówiący o podmiotach mogących tworzyć i prowadzić zakłady opieki zdrowotnej, a także o tym, w jakich formach prawnych zakłady te mogą funkcjonować. Przepis ten wprowadza wewnętrzne zróżnicowanie zakładów opieki zdrowotnej na te, które mają działać w odrębnej formie organizacyjnoprawnej oraz na te, które będą prowadzone przez podmioty działające w określonej formie organizacyjnoprawnej, ale które jednak same takimi odrębnymi formami organizacyjnoprawnymi nie będą (będą zaś przedsiębiorstwami w rozumieniu art. 55¹ k.c. – art. 45 ust. 2 ustawy).

Kwestią bardzo istotną jest brak gwarancji zapewnienia pacjentom szpitali produktów leczniczych, wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia. Należy zauważyć, że pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych, środki takie mają zapewnione (art. 33 ust. 1 i 2 ustawy). Czy to oznacza, że pacjenci szpitali środki te mają sobie zapewnić we własnym zakresie?. Ponadto co jest powodem takiego zróżnicowania?

Na tle tylko przykładowo wskazanych przepisów zachodzą zasadnicze wątpliwości, co do spełnienia przez ustawodawcę, wykreowanego już w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego obowiązku, stworzenia określonego aktu normatywnego w sposób spójny, jasny i zupełny w instrumenty, które go wyrażają. Już choćby z tych względów przekazana mi do podpisu ustawa nie powinna stać się obowiązującym prawem. Nie spełnia ona bowiem podstawowego warunku zupełności i jasności zawartych w niej uregulowań.

II. Stworzony w ustawie nowy podstawowy model organizacyjnoprawny, w jakim ma funkcjonować system opieki zdrowotnej, oparty co do zasady na formie prawnej spółki kapitałowej musi być również oceniany pod kątem nałożonego na władze publiczne w art. 68 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i 32

Konstytucji obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Z powołanych przepisów wynika, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ponadto z art. 2 Konstytucji wynika, że Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej. Przepisy te mają ze sobą bezpośredni związek, gdyż art. 68 ust. 1 i 2 jest uszczegółowieniem zasady wyrażonej w art. 2 Konstytucji, w zakresie równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych będących egzemplifikacją zasady sprawiedliwości społecznej.

Istotnym dla odwzorowania wzorca konstytucyjnego wynikającego z interpretacji powołanych na wstępie przepisów Konstytucji jest wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 27 czerwca 2000 r. K. 20/99, poruszający problem usprawiedliwionego odstąpienia od ochrony zdrowia. Wskazano w nim, że zakłady opieki zdrowotnej realizują ważny cel publiczny, polegający na ochronie zdrowia. Ich likwidacja jest więc swoistą ostatecznością i gdyby miała się wiązać z niemożnością realizowania celu podstawowego, nie zawsze mogłyby usprawiedliwiać ją kalkulacje ekonomiczne. Ochrona życia i zdrowia obywateli jest bowiem jedną z najważniejszych wartości konstytucyjnych i z pewnością odstąpienia od ich realizacji nie można usprawiedliwiać wyłącznie korzyściami gospodarczymi, zwłaszcza gdy miałyby się okazać, że dla istnienia samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej nie ma znaczenia dobro publiczne, ze względu na które zostały utworzone.

Trybunał Konstytucyjny nie przyjął założenia, że w perspektywie reformy służby zdrowia nie jest ważne samo istnienie zakładów opieki zdrowotnej. Ustawodawca nie może tworzyć takiego normatywnego układu odniesienia, który prowadziłby ze swej natury do osłabienia możliwości zapewnienia maksymalnych w danej sytuacji możliwości ochrony życia i zdrowia.

Tworząc zatem przepisy, które określają rodzaje zakładów opieki zdrowotnej, zasady ich organizacji i funkcjonowania ustawodawca winien przewidzieć mechanizmy, które dadzą gwarancję i zabezpieczenie, że zakłady te będą mogły realizować cele, dla których je utworzono.

Przekazana mi do podpisu ustawa zawiera cały szereg regulacji dotyczących zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie spółek z dominującym udziałem sektora publicznego, których celem jest zapewnienie obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej. W tym kontekście istotnego znaczenia nabiera zagwarantowanie przez ustrojodawcę faktycznej możliwości utrzymania w systemie zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych przez spółki z większościowym udziałem podmiotów publicznych. Bowiem tylko w stosunku do tych podmiotów ustawa stwarza mechanizmy, których zadaniem ma być niejako zagwarantowanie Państwu możliwości wpływu na istnienie i udzielanie przez te podmioty świadczeń zdrowotnych.

W mojej ocenie ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej warunków powyższych nie spełnia.

Zauważyć należy, iż zawarte w obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej rozróżnienie na dwa rodzaje zakładów opieki zdrowotnej: publiczne i niepubliczne ma bardzo istotne znaczenie. Poprzez określenie zakładów opieki zdrowotnej mianem „publiczny” ustawodawca uznał, że ich znaczenie jest doniosłe z punktu widzenia interesu publicznego. Na tyle ważne, aby uznać konieczność ich podporządkowania rządowym albo samorządowym organom państwa.

Przepisem mającym spełniać funkcje gwarancyjne, że zakłady opieki zdrowotnej będą mogły realizować cele, dla których je powołano, jest w omawianej ustawie art. 47 i art. 54. Przepisy te będą miały jednak zastosowanie tylko w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej z większościowym udziałem podmiotów publicznych. Pierwszy z nich

wprowadza kwalifikowaną większość 3/4 i 3/5 dla uchwał dotyczących: 1)rozwiązania spółki, 2)zbycia zakładu opieki zdrowotnej, 3)zbycia zorganizowanej części zakładu opieki zdrowotnej, 4)zbycia udziałów lub akcji, które powodują utratę udziału większościowego w kapitale zakładowym spółki. Drugi umożliwia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w razie podjęcia przez spółkę uchwały o rozwiązaniu, nabycie udziałów lub akcji w przypadku gdy uchwałę taką podejmie spółka z udziałem jednostki samorządu terytorialnego albo publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, oraz sprzeciwi gdy uchwałę o rozwiązaniu podejmie spółka z większościowym udziałem Skarbu Państwa. Z powołanego uprawnienia minister będzie mógł skorzystać tylko w przypadku, gdy zakład opieki zdrowotnej prowadzony przez spółkę udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Przepis ten może się jednak okazać w przyszłości czysto iluzorycznym. Podmiotom publicznym może być bowiem trudno konkurować z sektorem prywatnym, co już dzisiaj często prowadzi do przejmowania pacjentów tzw. „małego ryzyka”, w konsekwencji podmioty sektora publicznego działające w formie spółek, gdzie ustawa dodatkowo narzuca prowadzenie przez nie działalności gospodarczej nastawionej na zysk, mogą być zmuszone do podejmowania decyzji o zaprzestaniu dalszej działalności, likwidacji i rozwiązaniu. Minister właściwy do spraw zdrowia nie będzie zaś mógł nabyć udziałów, czy akcji takiej spółki kiedy w danym województwie działa konkurencyjny prywatny podmiot, udzielający takich świadczeń jak rozwiązywana spółka z większościowym lub jednoosobowym kapitałem publicznym. W konsekwencji może to doprowadzić, do sytuacji, gdzie na danym terenie pozostanie w pełni prywatny zakład opieki zdrowotnej poddany zupełnie regułom rynkowym i zarazem posiadający pełną swobodę w podejmowaniu decyzji dotyczących

dalszego funkcjonowania. W stosunku do takich podmiotów ustawa nie przewiduje w zasadzie już żadnych realnych środków umożliwiających podjęcie działań w celu zagwarantowania udzielania przez prywatny zakład opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych, doprowadzając do sytuacji, że w danym rejonie kraju brak będzie możliwości realizacji określonych świadczeń zdrowotnych.

Z całą stanowczością należy zatem stwierdzić, że ustawa nie zawiera praktycznie żadnych środków oddziaływania na podmioty sektora prywatnego tworzące różne formy działania zakładów opieki zdrowotnej. Wymogi zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia powinny być jednakowe zarówno w sferze prywatnej jak i publicznej. Dobro pacjenta powinno mieć tu priorytetowe znaczenie.

Wskazane powyżej rozważania pozwalają na poddanie w wątpliwość ukształtowanej w ustawie koncepcji spółki kapitałowej jako podstawowej formy organizacyjno-prawnej mającej udzielać świadczeń zdrowotnych, w kontekście konstytucyjnego obowiązku nałożonego na władze publiczne w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Z przyjętej powyżej wykładni art. 68 ust. 2 Konstytucji można wysnuć wniosek, że utrzymywanie w znacznym zakresie publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest niezbędne dla realizacji zasady równego dostępu do świadczeń. W przypadku zaś gdy z różnych względów celowe jest przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej w podmiot z dominującym udziałem kapitału prywatnego, to władze publiczne winny mieć zagwarantowany realny wpływ na istnienie i zakres funkcjonowania takiego podmiotu.

III. Ponadto zauważyć należy, iż możliwość tworzenia i przekształcania obecnie istniejących zakładów opieki zdrowotnej w formę spółki kapitałowej samo przez się nie uzdrowi istniejącej sytuacji. Spółki kapitałowe są, owszem, doskonałą formą, w której może być prowadzona działalność gospodarcza. Formuła spółki nie nadaje się jednak do każdej działalności. Gdyby świadczenie usług

zdrowotnych miałyby się odbywać na zasadach w pełni komercyjnych, to ta forma byłaby właściwa. Ustawa nie dotyczy jednak lecznictwa komercyjnego, lecz dostępnego dla wszystkich, którego zorganizowanie jest konstytucyjnym obowiązkiem Państwa. To ono ma zapewnić opiekę zdrowotną. Można mieć wrażenie, że koncepcja spółek kapitałowych została przewidziana zamiast wprowadzenia działań koniecznych, by wywiązać się z tego obowiązku.

Z tych tylko przykładowo wskazanych wątpliwości wynika, iż forma spółki kapitałowej, przy jednoczesnym braku mechanizmów zabezpieczających przed niczym nieskrępowanym działaniem mechanizmów rynkowych, nie jest jednak najlepszą formułą na uzdrowienie sytuacji panującej w służbie zdrowia. Ustawodawca wyszedł z założenia, że uzdrowieniem sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez organy, czy podmioty prawa publicznego (ministra, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, państwową uczelnię medyczną), utrzymywanych ze środków budżetowych będzie właśnie stworzenie możliwości ich tworzenia i przekształcania w formie spółek kapitałowych. Widocznie dotychczasowe przykłady zastosowania tej formy w odniesieniu do przedsiębiorstw skomercjalizowanych (PKP, spółki węglowe, stocznie, huty itd.) niczego nie dowiodły. Teraz podjęto jeszcze trudniejsze zadanie, postanowiono bowiem skomercjalizować podmioty, które w świetle zadań Państwa powinny działać na innych zasadach.

Dane prezentowane przez Rząd pokazują, że sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w skali kraju jest zróżnicowana, ale większość zakładów działających w tej formie organizacyjnej nie przynosi strat. Na koniec września 2007 r. ponad połowa (53,2%) wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie posiadała zobowiązań wymagalnych i liczba takich zakładów rosła. Można zatem przypuszczać, że to nie sytuacja finansowa jest przyczyną likwidacji tej formy organizacyjnej zakładów.

Wystąpienie przeze mnie z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej podyktowane jest obawami dotyczącymi kierunku w jakim zmierza reforma służby zdrowia, a przede wszystkim sposobu wprowadzania nowego modelu zakładów opieki zdrowotnej opartego na zasadach właściwych dla podmiotów komercyjnych. Nie oznacza to uznania obecnego modelu funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej za jedyny możliwy sposób zarządzania nimi. Ochrona zdrowia jest jednak ostatnią dziedziną życia społecznego, w której mogłyby obowiązywać zasady wolnego rynku, gdzie nie można wykluczyć sytuacji, iż zdrowie stałoby się swoistego rodzaju towarem, a pacjent postrzegany byłby jako potencjalne źródło zysku.

Zaprojektowana w przedstawionej formie reforma zakładów opieki zdrowotnej nie jest oparta na spójnej, przemyślanej i jednolitej koncepcji, czego najlepszym dowodem są tak zasadnicze różnice między pierwotnie skierowanym do Sejmu projektem kluczowej dla systemu opieki zdrowotnej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a finalnym jej efektem. Ponadto wejście jej w życie stwarza realne zagrożenie utraty przez władze publiczne wpływu na realizację prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne.

Przedstawiając motywy, które skłoniły mnie do odmowy podpisania ustawy zwracam się do Wysokiej Izby o ich uwzględnienie.

Lech Kaczyński