

Anna Mokrzycka

„Przedsiębiorstwo lecznicze”. Innowacyjne rozwiązanie legislacyjno-systemowe czy manowce reformy?

Słowa kluczowe: zakłady opieki zdrowotnej, samorząd terytorialny, problemy własności w ochronie zdrowia, przekształcenia, prywatyzacja szpitali, prawo handlowe, spółki prawa handlowego

O polskim systemie ochrony zdrowia z pewnością nie można powiedzieć jednej rzeczy – że funkcjonuje w stabilnym, utrwalonym i systemowo pozytywnie zweryfikowanym otoczeniu prawnym. W porównaniu z chociażby niemieckim systemem regulacji prawnych w sferze zabezpieczenia społecznego polska legislacja jawi się jako wyjątkowo chwiejny i niepewny system źródeł prawa. Regulacje te od lat 90. XX wieku podlegają ustawicznym zmianom adekwatnie do pojawiających się nowych koncepcji reform systemowych, tendencji decentralizacyjnych lub, wręcz odwrotnie – centralizujących instytucję płatnika. Nowelizacje te niestety podyktowane są często niedoskonałościami wprowadzonych przepisów, a nawet ich niezgodnością z konstytucją RP¹. Częściowo wynika to z konsekwencji wieloletnich zaniedbań – PRL-owska wizja państwa i jego instytucji w wielu obszarach nie wymagała rozwiązań prawnych charakteryzujących się wysoką jakością postrzeganą nie tylko w kategoriach zasad praworządności, ale i ich trwałości czy racjonalności i celowości. Na progu reformy wydawało się konieczne zerwanie z narzuconą tradycją systemową, lecz działania legislacyjne i ich niedoskonałość, niespójność, a często wewnętrzna niezgodność odzwierciedlały problemy reformatorów systemu – niepewność co do stawianych celów, przedsięwziętych metod i ostatecznych rezultatów. Prawo w tym zakresie stało się narzędziem dla celów doraźnych, nie miało szans przeobrazić się w instrument charakteryzujący się dojrzałością, a zarzut inflacji prawa² w tym względzie idzie w parze z zarzutem dewaluacji samej reformy. Pojęcie to stosowane jest bowiem zbyt często i pochopnie, często dla zamaskowania bezradności wobec trudności systemowych, jako emblemat działań pozorowanych lub krótkofalowych, które z reformą systemową niewiele mają wspólnego.

Częsta nowelizacja prawa, zwłaszcza na poziomie zasadniczych, systemowych aktów prawnych, nie sprzyja wykształceniu się stabilnych podstaw relacji w systemie. Jak powszechnie wiadomo, pewność obrotu

prawnego, stałość uwarunkowań legislacyjnych to podstawowy warunek właściwego funkcjonowania zarówno całej infrastruktury, jak i poszczególnych jej elementów. Nie sprzeciwia się temu postulat elastyczności rozwiązań prawnych, rozumiany jako zdolność do szybkiego i sprawnego wprowadzania za pomocą instrumentarium prawnego takich rozwiązań, które najlepiej odpowiadają prawidłowemu pełnieniu funkcji systemowych, realizacji celów i osiągnięciu zamierzonych efektów, pod warunkiem jednak zgodności z fundamentalnymi zasadami określającymi konstytucję całego systemu. Obecny etap reformy ochrony zdrowia skupia się przede wszystkim na rozwiązaniu określanym przez jej autorów jako innowacyjne, głęboko reformatorskie – wprowadzeniu do publicznego systemu prywatnych szpitali, a zatem na zasadniczej zmianie formalnoprawnego statusu głównych świadczeniodawców, których rola w systemie bez wątpienia jest szczególnie istotna. Cały proces charakteryzuje się także swoistą innowacją na gruncie systemowych rozwiązań legislacyjnych. Zapoczątkowany został wniesieniem pierwszego pakietu ustaw zdrowotnych³, włącznie z zawetowaną przez prezydenta tzw. ustawą prywatyzacyjną, a następnie wprowadzeniem – tym razem w formie uchwały Rady Ministrów – tzw. planu B jako alternatywy dla proponowanych przez rząd rozwiązań ustawowych⁴.

Ostatecznie rządowy projekt reformy, którego zasadniczym filarem jest propozycja głębokich zmian nie tylko w strukturze własności szpitali, ale i logiczne tego konsekwencje w sposobie zarządzania nimi, stał się częścią nowego pakietu ustaw zdrowotnych. Tym razem zmiany te, po przejściu wszystkich wymaganych prawem etapów procesu legislacyjnego, zostały bez przeszkód uchwalone, stając się w perspektywie częścią ustawowych fundamentów systemu ochrony zdrowia. W grupie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym znalazły się także szpitale podporządkowane regulacjom w sferze swobody prowadzenia działalności gospodarczej⁵. Zmiany w strukturze własności mają sta-

nowić podstawę gruntownych zmian w całej infrastrukturze ochrony zdrowia. Oczekuje się, że będą one podstawą do racjonalizacji procesów zarządzania, zgodnie z zakładanym „przeszczepieniem” określonych w kodeksie spółek handlowych zasad dotyczących zarządzania, a przede wszystkim odpowiedzialności zarządu za swoje działania w odniesieniu do przekształconych szpitali. Stwierdzeniu, że w perspektywie czasu chodzi wręcz o dominację szpitali działających w formie spółek prawa handlowego w publicznym systemie ochrony zdrowia – i to nie tylko w sensie oczywiście *stricte* statystycznym – trudno byłoby zaprzeczyć, biorąc pod uwagę wprowadzone w ustawie o działalności leczniczej zasady dotyczące przekształceń i ich skutków. W tym kontekście kwestią budzącą wiele istotnych wątpliwości jest przede wszystkim deklarowana fakultatywność przekształceń szpitali⁶.

Biorąc pod uwagę obecną kondycję systemu, problemy w jego funkcjonowaniu i trudności finansowania, istotne wydaje się postawienie pytania, czy proponowane zmiany są w istocie innowacyjnymi zmianami reformatorskimi. Czy nowe rozwiązania prawne – nietypowe dla polskiego systemu ochrony zdrowia – przyniosą oczekiwane efekty, czy ich kształt jest z punktu widzenia celów systemowych pożądany, czy staną się jedynie kolejną próbą przerwania odpowiedzialności w sferze ochrony zdrowia ze struktur państwowych na samorząd terytorialny, prywatnych właścicieli szpitali, a w konsekwencji – pacjentów? Czy jest możliwe, że wpłyną na sytuację pacjenta tak pozytywnie, jak to przedstawia stanowisko rządu? Na odpowiedzi trzeba będzie z pewnością poczekać, niemniej jednak warto przyjrzeć się zakładanym na gruncie prawa elementom wprowadzanych zmian, podjąć próbę analizy samej legislacji jako narzędzia i prawdopodobnych skutków jego stosowania. Być może próba ta w oderwaniu od wielu czynników oddziałujących na system – w sensie globalnym, regionalnym, krajowym i lokalnym – opiera się na metodologii wróżenia z fusów, jednak jakość i logika rozwiązań prawnych to podstawowy warunek wielu procesów reformatorskich.

■ Kontrowersje wokół ustawy o działalności leczniczej

1. Uwarunkowania prawno-systemowe w perspektywie historycznej

Ustawa o działalności leczniczej jest jednym z najważniejszych, a zarazem szczególnie kontrowersyjnym aktem prawnym w ramach uchwalonego aktualnie tzw. pakietu zdrowotnego⁷. Od 1991 roku zasadnicze kwestie dotyczące działalności zakładów opieki zdrowotnej podlegały scalającej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej⁸, która w momencie jej uchwalenia była aktem niezbędnym do sprawnego funkcjonowania tych jednostek w systemie, dokonywała bowiem swego rodzaju zrównania statusu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Podmioty te funkcjonowały przedtem w oparciu o wiele niejednokrotnie sprzecznych z sobą przepisów. Wskazana powyżej ustawa wprowadziła zapisy, dzięki którym instytucje udzielające świadczeń zdrowotnych zyskały określoną formę organizacyjną i prawną – dla

wszystkich tych podmiotów obowiązująca stała się ujednolicona definicja ustawowa pojęcia zakładu opieki zdrowotnej. Określono także wspólny zakres przedmiotowy dla funkcjonowania ZOZ-ów. Na gruncie ustawy z 1991 roku każdy podmiot świadczący usługi w sferze opieki zdrowotnej, niebędący osobą fizyczną świadczącą usługi na własny rachunek, jest zobowiązany do spełnienia formalnego warunku rejestracji działalności prowadzonej w formule zakładu opieki zdrowotnej. Moment wpisu do rejestru traktowany jest jako konstytutywne kryterium rozpoczęcia działalności – na tej podstawie zostaje nadany status formalno-prawny zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami w grupie tych podmiotów funkcjonują w systemie dwa podstawowe rodzaje takich zakładów: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Te pierwsze dzieliły się na dwie formy: jednostki budżetowe oraz SPZOZ-y.

Historia wielu obecnie działających publicznych ZOZ-ów wykazuje zbieżne punkty: polski szpital to placówka powołana do funkcjonowania w latach PRL, duży podmiot, skoncentrowany na leczeniu stacjonarnym, wyposażony w niskiej jakości aparaturę, nieposiadający wystarczającej ilości środków leczniczych. Generowane przez jednostki budżetowe coraz większe zadłużenie doprowadziło w latach 90. XX wieku do konieczności wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia, przy czym kluczowym założeniem w tym okresie było hasło pieniędzy idących za pacjentem, które nigdy nie zostało zrealizowane w praktyce. Przekształcenie w formułę SPZOZ-u zaczęło się natomiast pod koniec 1998 roku, ale dopiero w ramach programu restrukturyzacji w latach 1999–2000 szpitale wprowadzały pierwsze zmiany organizacyjne⁹. Wtedy to miały miejsce zwolnienia pewnej liczby pracowników SPZOZ-ów zatrudnianych następnie na tzw. kontraktach.

Wprowadzona formuła SPZOZ-u zastąpiła formę prawną jednostki budżetowej, podmiotu całkowicie zależnego od struktur administracji państwowej, *de facto* jednostki te funkcjonowały jako część struktur administracji państwowej, jej jednostki organizacyjne. Państwo było ich właścicielem¹⁰, stąd ich miejsce w infrastrukturze systemu ochrony zdrowia było określone zasadami dotyczącymi tych struktur. Formuła SPZOZ-u miała być rozwiązaniem polegającym na „oderwaniu” jednostek od administracji publicznej. Choć w przypadku obu rodzajów ZOZ-ów inne są ich organy założycielskie, to w stosunku do ZOZ-ów publicznych podmiotami tymi są nadal organy administracji rządowej i samorządowej różnego szczebla, natomiast dla NZOZ-ów grupa podmiotów założycielskich obejmuje m.in. osoby prywatne, spółki działające na podstawie prawa handlowego, fundacje, związki wyznaniowe itp.

Kolejnym istotnym krokiem z punktu widzenia historycznych uwarunkowań rozwoju SPZOZ-ów był rok 2003, kiedy to na mocy tzw. ustawy 203 kierownictwo ZOZ-u zostało zobowiązane do podwyżki wynagrodzeń. Fakt ten zdaniem wielu środowisk miał destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie ZOZ-ów: był jasnym przekazem dla dyrekcji SPZOZ-ów, że kontrola finansów i racjonalne decyzje nie zostaną nagrodzone. Co więcej – długi

nie stanowią zasadniczego problemu, bo nie pociągają za sobą odpowiedzialności. Ta sytuacja spowodowała narastanie zadłużenia, co w efekcie doprowadziło do kolejnej próby restrukturyzacji, głównie finansowej. W 2005 roku wprowadzono program finansowany z pożyczki budżetu państwa wraz z obietnicą jej umorzenia, a w latach 2006–2007 doszło do uchwalenia obligatoryjnych podwyżek dla personelu ZOZ-ów. Równolegle uległy zamrożeniu wydatki na inne cele, a w 2008 roku lekarze wywalczyli kolejny wzrost wydatków płacowych.

W trudnych sytuacjach obowiązek utrzymania szpitali spadał ostatecznie na organy założycielskie. Zgodnie z zapisami ustawowymi (o czym niżej) forma prawna SPZOZ-u nie dopuszczała możliwości bezpośredniego finansowania ich wydatków. Konieczne okazywało się zaciąganie przez samorządy pożyczek, zlecano też realizację lokalnych programów zdrowotnych. Biorąc pod uwagę fakt, że na terenie powiatów to właśnie szpital jest zwykle jednym z największych pracodawców (często największym) oraz skromne zasoby finansowe samorządu powiatowego, szpitale stawały się stopniowo obciążeniem nie do utrzymania. Rosnące długi szpitala i powiązania z władzami powiatu doprowadziły do sytuacji, w której często wydaje się niemożliwe uzdrowienie tych placówek.

W ramach podmiotów definiowanych jako ZOZ-y bez wątpienia szpitale są grupą szczególnie istotną dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, co wiąże się przede wszystkim ze specyfiką i formą opieki – polegającej na udzielaniu świadczeń hospitalizacyjnych. Świadczenia te stanowią także szczególną kategorię – decydujące są tu: konieczność spełnienia szczególnych wymogów w związku z udzielaniem świadczeń dotyczących specyficznych warunków i niemożliwości ich spełnienia w innych formach opieki (poza szpitalem). O szczególności tej formy decyduje wiele niezwykle istotnych czynników – prawie wyłącznie odnoszących się do kryteriów medycznych, zdrowotnych. Zasadnicze z nich to te, które wymagają odpowiedniego przygotowania pacjenta do badań lub zabiegów, konieczność wykonania tych czynności z zastosowaniem odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej, często potrzeba pozostawiania pacjenta pod stałą opieką oraz konieczność obserwacji, podawania leków i innych środków z zachowaniem odpowiednich warunków, niemożliwych do realizacji w inny sposób. Te szczególne warunki są zwykle związane z wysokimi kosztami wykonywanych procedur i udzielanych świadczeń. Szpitale w ramach swojej działalności udzielają także świadczeń należących do opieki ambulatoryjnej, a czasem także opieki długoterminowej.

Ustawa z 1991 roku, mimo licznych jej nowelizacji, jest obecnie uważana za akt przestarzały, niezgodny z nurtem zmian zachodzących w systemie i nieadekwatny do proponowanych kolejnych zmian. Biorąc pod uwagę fakt, że była ona tworzona w czasie kształtowania się nowych zasad systemowych, jeszcze przed wprowadzeniem ostatecznej reformy ubezpieczeniowej w ochronie zdrowia oraz mając na względzie istotny moment szerszych zmian transformacyjnych w gospodarce – stanowiła odpowiedź na potrzebę wprowadzenia także i tu, w ra-

mach systemu, nowej formuły prawnej dla działalności jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych. Jak już wskazano powyżej, w efekcie do systemu zostały wprowadzone SPZOZ-y, podmioty oparte na szczególnej formule – mariażu samodzielności funkcjonowania (w dużym stopniu pozornej) i publicznej własności, co już z założenia wydaje się stanowić *contradiction in terms*, gdyż pojęcie samodzielności zakłada przede wszystkim autonomię podmiotu, wynikającą z niej odpowiedzialność za podejmowane decyzje, szczególnie w sferze zarządzania, w tym odpowiedzialność finansową. Pojęcie własności publicznej natomiast samo w sobie narzuca ograniczenia wynikające z jej istoty: chodzi o prawne gwarancje i zasady realizacji priorytetów publicznych, procedury społecznej kontroli, instrumenty transparentności działań, racjonalności, efektywności i gospodarności, a jednocześnie konieczność realizacji misji publicznej i publicznej odpowiedzialności z tego tytułu.

2. SPZOZ – kalekie dziecko polskiej reformy

SPZOZ-y od początku swojego istnienia w ochronie zdrowia były określane jako podmioty niedoskonałe w sensie formy prawnej, ich specyficznego statusu formalnego. Rozwiązaniu temu zarzucano nielogiczność w kategoriach prawnych, często pojawiało się w literaturze przedmiotu określenie tzw. ułomnej formy prawnej SPZOZ-ów. W kategoriach obrotu prawnego istotnie pojęcie to budziło i budzi kontrowersje – choćby ze względu na najpoważniejszy argument pozorności samodzielności i całkowitego braku odpowiedzialności finansowej osób nimi zarządzających¹¹. Wskazywano, że pod względem prawnym formuła SPZOZ-u stanowiła swego rodzaju „protezę”, że postulowana niezależność i autonomia były wyłącznie figurami językowymi – niestety niemającymi zasadniczego znaczenia dla kategorii rzeczywistej samodzielności finansowej.

Ustawa z 1991 roku wprowadzała ujednoliconą definicję ZOZ-u w art. 1, obejmującą zakłady publiczne, SPZOZ-y jako odrębną kategorię i zakłady niepubliczne (podmioty różniące się ze względu na status prawny, organy tworzące, zasady zarządzania oraz gospodarkę finansową), przy czym elementy konstruktywne tej definicji stanowiły:

- 1) wyodrębnienie organizacyjne;
- 2) potencjał ludzki;
- 3) środki majątkowe;
- 4) cel – udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia¹².

Poza wprowadzeniem ustawowej definicji ZOZ-u ten sam artykuł określa zasadniczy cel działalności tego podmiotu, przywołując pojęcie świadczenia zdrowotnego, które zgodnie z tą i innymi ustawami, przede wszystkim kolejnymi ustawami systemowymi¹³, obejmuje działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.

Na czym polegała owa samodzielność zakładów publicznych? Formuła SPZOZ-u przewidywała finansowanie

kosztów działalności i należności wynikających z zobowiązań z posiadanych przez SPZOZ środków oraz z uzyskiwanych przychodów. Wątpliwości budziła kwestia obowiązków organu założycielskiego w tym względzie – zgodnie z intencją ustawodawcy organ założycielski nie powinien finansować ze swoich środków kosztów działalności i bieżących zobowiązań SPZOZ-u. Co do tej zasady sporne było znaczenie odpowiednich zapisów ustawowych: czy organ w praktyce nie musi, czy też wręcz nie może finansować działalności SPZOZ-u? W kwestii gospodarki finansowej SPZOZ-u odpowiednie postanowienia ustawy przywoływały w tym zakresie także inne akty prawne związane z obrotem gospodarczym, prawem cywilnym i administracyjnym¹⁴. Wskazane ograniczenia i nacisk na konieczność samofinansowania podyktowane były obawami, że JST nie będą w stanie pokryć zobowiązań SPZOZ-ów z własnych budżetów, a ponadto że obciążenie JST finansowaniem tej działalności całkowicie zdejmie z dyrektorów szpitali odpowiedzialność za zarządzanie finansami w placówce. Zmiana formy prawnej zakładów opieki zdrowotnej z jednostek budżetowych na SPZOZ-y miała na celu stworzenie lepszych warunków do efektywnego zarządzania, a w konsekwencji wprowadzenie barier – instrumentów zapobiegających powiększaniu się zadłużenia zakładów.

Teoretycznie nowa formuła SPZOZ-u miała być wzorowana na prawnej konstrukcji spółki, jednak w kwestii odpowiedzialności finansowej za zarządzanie nie mogła wprowadzić zasadniczych zmian przy zachowaniu zasady, że organem właścicielskim pozostaje samorząd. Czy można sobie bowiem wyobrazić samorząd terytorialny w sytuacji bankruta, gdy zakład do niego należący generuje zadłużenie wielokrotnie przewyższające posiadane przez JST środki? W przypadku spółek – podmiotów istotnie samodzielnych w kwestii zarządzania finansowego – zgodnie z ustawowo zdefiniowanymi zasadami odpowiedzialności w takim przypadku dochodzi do upadłości właściciela. W stosunku do SPZOZ-ów jedyną zmianą w zakresie odpowiedzialności za stan finansów było wprowadzenie zapisów dotyczących osobistej odpowiedzialności dyrektorów, ale *de facto* zapisy te nie wnosiły w tym względzie zasadniczych zmian i w sensie materialnym nie pociągały za sobą znaczących „dolegliwości” dla dyrektorów¹⁵. Nie wpłynął na to nawet fakt wprowadzenia tzw. kontraktów menedżerskich w latach 1998–1999. Nowa forma prawna przewidziana jako podstawa świadczenia pracy przez dyrektorów w założeniu miała być gwarancją zmiany stylu zarządzania ZOZ-em, co wywodzono z uregulowanych przepisami Kodeksu cywilnego zasad odpowiedzialności.

Oczekiwany rezultatami przejścia z tradycyjnego stosunku pracy w sferę zobowiązań cywilnoprawnych miał być wzrost poziomu motywacji do podejmowania racjonalnych decyzji, a motywacja ta została w oczywisty sposób powiązana z wartością kontraktów menedżerskich, czyli po prostu z wypłacanymi w ich ramach wynagrodzeniami. Ten instrument – pozornie tylko pozytywnie wpływający na menedżerów – nie mógł w pełni spełnić zadań, które mu przypisywano. W kontekście zakładanych celów reformy SPZOZ-y z chwilą uzyska-

nia autonomii (poprzez racjonalne zarządzanie zmotywowanej kadry menedżerskiej) powinny były podejmować działania polegające na zmianie profilu działalności i redukcji zbędnego zatrudnienia oraz zmianach infrastruktury. Te quasi-autonomiczne jednostki miały dzięki temu lepiej – efektywniej – funkcjonować na quasi-ryнку zdrowotnym.

Jak już wspomniano, przesunięcie akcentów związanych z finansowaniem SPZOZ-ów w stronę zwiększonej samodzielności nie mogło być traktowane w kategoriach *stricte* rynkowych przede wszystkim ze względu na istotę tych podmiotów, czyli problem ich misji w systemie ochrony zdrowia (czy też nieco bardziej praktycznie – miejsca w infrastrukturze systemowej). System ten jako publiczny i powszechny, finansowany ze środków publicznych (bez względu na fakt ich pochodzenia z funduszu ubezpieczeniowego, budżetu centralnego czy budżetów JST) do realizacji swoich konstytucyjnych i ustawowych celów wymaga istnienia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z przyjętymi w jego ramach zasadami: zagwarantowania powszechności i równości dostępu. Stąd też w ramach wprowadzanych zmian zachowane zostały ograniczenia wynikające z powyższych zasad: zakaz prowadzenia działalności dla zysku i zakaz ogłoszenia bankructwa. Pierwszy ze względu na wskazaną misję powszechności ochrony zdrowia w publicznym i powszechnym systemie – konieczność zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa rozumianą jako realizacja obowiązków państwa w tym zakresie, a drugi ze względu na konieczność zapewnienia rzeczywistej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Zakaz prowadzenia działalności ukierunkowanej na zysk często był rozumiany dosłownie, co jest oczywistym nieporozumieniem, gdyż dodatni bilans finansowy z pewnością nie powinien stanowić dla zarządzającego publicznym ZOZ-em powodu do zmartwień, zakaz ten ponadto dotyczy udzielanych świadczeń, a nie działalności innego rodzaju.

Nowa formuła prawna miała zatem stanowić czynnik wpływający pozytywnie na możliwości wyrównania poziomu efektywności poszczególnych zakładów i uniezależnienie ich od organów założycielskich oraz – zwykle niewystarczających – finansów JST. Konkretyzacją postulowanych zmian był zapis obligujący SPZOZ-y do wyrównywania ujemnego wyniku finansowego z własnych środków¹⁶. Ten właśnie zapis przemawia za wykładnią, że SPZOZ powinien samodzielnie (w ramach posiadanych środków finansowych) prowadzić gospodarkę finansową, przy czym źródła tych środków zostały w ustawie wyraźnie wskazane jako: odpłatne świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie umowy; środki na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; program Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym niezbędne wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych na podstawie umowy; środki na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej; wydzielona działalność gospodarcza, jeśli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej

działalności; darowizny, zapisy, spadki oraz ofiarność publiczna; środki na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami¹⁷.

Z zasady samodzielności w połączeniu z publicznym statusem SPZOZ-ów wywodzono zasygnalizowane wyżej konkretne zakazy w stosunku do prowadzonej przez te podmioty działalności: przede wszystkim zakaz finansowania (wspierania budżetu) przez inne podmioty niewymienione w ustawie i w formie innej niż wskazana tamże oraz zakaz udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym w publicznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Ten ostatni zakaz nie dotyczy jednak sprzedaży świadczeń osobom prawnym, w tym także spółkom (bo stosowanie pojęcia udzielania świadczeń w tym wypadku – w stosunku do osób prawnych – byłoby błędem). Zakaz ten zatem dotyczy wyłącznie pacjentów ubezpieczonych w systemie publicznym – czy jednak nie obejmuje również osób fizycznych nieposiadających ubezpieczenia? Problem ten budził kontrowersje zwłaszcza w kontekście powstających kolejek i „bezkolejkowego” korzystania ze świadczeń przez prywatnych pacjentów.

SPZOZ jako podmiot o naturze dualistycznej: z jednej strony publiczny, z drugiej samodzielny (zdefiniowany w art. 1 ustawy o ZOZ-ie), a jednocześnie uczestnik obrotu gospodarczego (posiadający osobowość prawną), podlega także dualnym obowiązkom formalnym związanym z rejestracją działalności. Jako podmiot gospodarczy – obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS)¹⁸, a jako świadczeniodawca – obowiązkowi rejestracji w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej (RZOZ)¹⁹, przy czym ten ostatni wpis ma charakter konstytutywny w stosunku do prowadzonej przez ZOZ działalności. Zgodnie z powyższym rozwiązaniem zatem dopiero z chwilą wpisu do RZOZ-u zostaje określony zakres przedmiotowy działalności ZOZ-u²⁰. Jednak jako podmiot gospodarczy ZOZ nadal nie spełnia zasadniczego warunku – nie posiada osobowości prawnej, którą to uzyskuje w momencie wpisu do KRS-u²¹. Poza wskazanymi w tym miejscu warunkami formalnymi ZOZ musi także spełniać szereg kryteriów merytorycznych, w tym warunkujące rejestrację kryteria sanitarno-epidemiologiczne, czyli uzyskać pozytywną ocenę Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

3. NZOZ – specyfika rozwiązań prawnych

W opisywanym okresie powstał nowy model polskiej opieki ambulatoryjnej: od połowy lat 90., zwłaszcza po wdrożeniu ubezpieczeń zdrowotnych, po 1999 roku, szpitale działające dotąd w ramach tzw. zintegrowanych ZOZ-ów stopniowo rezygnowały z prowadzenia działalności ambulatoryjnej. Publiczne ambulatoria natomiast często były likwidowane i prywatyzowane. To na ich bazie powstawały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ-y), zakładane i prowadzone przez zatrudniony tam wcześniej personel medyczny. W efekcie tych procesów doszło do głębokiej zmiany obrazu opieki ambulatoryjnej – liczba publicznych ambulatoriów spadła z około 7500 w 1998 roku do około 2500 w 2007 roku. W tym

samym roku funkcjonowało już 14 489 ZOZ-ów, z czego 1986 publicznych jako podmioty udzielające świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej.

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w przeciwieństwie do formuły SPZOZ-u, same nie posiadają osobowości prawnej. Przymiot osobowości prawnej należy do podmiotu tworzącego zakład tego rodzaju²², co implikuje zasadę prowadzenia wszelkich działań bezpośrednio przez właściciela zakładu (np. czynności egzekucyjne). Pojęcie NZOZ-u odnosi się wyłącznie do formy organizacyjnej, a nie do prawnej – ta zależy od rodzaju i formy podmiotu tworzącego, którym zgodnie z ustawą o ZOZ-ach może być kościół lub związek wyznaniowy, pracodawca, fundacja, samorząd zawodowy, stowarzyszenie, inna krajowa lub zagraniczna osoba fizyczna lub prawna, spółka niemająca osobowości prawnej, ale w każdym przypadku podmiot ten musi spełniać kryterium formalne odpowiedniego wpisu. Decyduje o tym rodzaj podmiotu założycielskiego – właściciela NZOZ-u, jednak NZOZ działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych może rozpocząć dopiero po uzyskaniu wpisu do RZOZ-u²³.

W sferze źródeł i zasad finansowania NZOZ-y nie podlegają ograniczeniom charakterystycznym dla SPZOZ-ów, co dotyczy m.in. kontrowersyjnej (w przypadku SPZOZ-u) kwestii sprzedaży usług osobom fizycznym ubezpieczonym w powszechnym systemie. NZOZ-y mogą korzystać z funduszy unijnych tak samo jak SPZOZ-y (zasada ta rozciąga się na fundusze przeznaczone dla przedsiębiorców)²⁴. Co do swobody działalności NZOZ-ów możliwości ograniczeń wynikają wyłącznie z zawieranych z NFZ kontraktów na świadczenia zdrowotne. Samodzielność NZOZ-u znajduje swój wyraz także w swobodzie podejmowania przez podmiot tworzący decyzji finansowych (wydatków, zobowiązań, inwestycji). W tym zakresie podmiot tworzący w pełni korzysta z gwarantowanych prawem podmiotowych uprawnień wynikających z własności. Ograniczenia w tym zakresie można wprowadzać wyłącznie w formie odpowiednich postanowień cywilnoprawnych, co może mieć istotne znaczenie w momencie dokonujących się przekształceń SPZOZ-u w NZOZ.

W stosunku do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej – bez względu na ich formułę prawną – przepisy wprowadzają istotne i zasadnicze ograniczenie; ze względu na specyfikę działalności polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zakłady te mają prawo podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Prawo to nie dotyczy jednak takich co do treści i formy informacji, które ze względu na te właśnie elementy mogłyby zostać uznane za noszące znamiona reklamy. W tym względzie wiążący jest bezwzględny zakaz zamieszczania przedmiotowej reklamy. Zapis ten ma na celu ochronę konsumenta usługi – pacjenta, który nie powinien być w tej relacji stawiany w pozycji strony słabszej ze względu na nierównowagę wiedzy.

Ze względu na nieostry charakter tego rodzaju pojęć nie jest jednak możliwe zdecydowane rozgraniczenie działań polegających na informowaniu i reklamowaniu

(zgodnie z treścią nowej ustawy, że podanie do publicznej wiadomości ceny nie stanowi samo w sobie reklamy, dopóki nie stosuje się form zachęty). Kategoryczne zakwalifikowanie podawanych przez ZOZ informacji dotyczących prowadzonej przez zakład działalności do niebudzącej wątpliwości grupy treści wyłącznie informacyjnych często po prostu nie będzie możliwe. Wątpliwości może też budzić sam zakaz w kontekście ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i w odniesieniu do niepublicznych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

■ Potrzeba nowelizacji ustawy o ZOZ-ach

Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej wielokrotnie nowelizowano, chcąc dostosować jej zapisy do coraz większej liczby pojawiających się na rynku NZOZ-ów, choć sama ustawa regulowała sytuację wszystkich podmiotów działających w sferze systemu ochrony zdrowia. Po 20 latach, w stosunku do wprowadzanych obecnie kolejnych zmian, w systemie na tyle zasadniczo zmieniło się otoczenie prawne i systemowe, że wyczerpały się zarówno możliwości jej dalszego stosowania, jak i kolejnych cząstkowych modyfikacji.

Biorąc pod uwagę, że dualizm systemowy w stosunku do grupy świadczeniodawców – podział na NZOZ-y i SPZOZ-y przy zastosowaniu kryterium odwołującego się do natury (statusu prawnego) organu założycielskiego – nie odzwierciedla w żadnym stopniu funkcji tych podmiotów w systemie, argumenty za wprowadzeniem zmiany z tego właśnie względu są uzasadnione. Faktycznie pełnione przez nie funkcje nie muszą – i często nie mają – związku z formułą prawną, a ta z kolei nie stanowi pierwszorzędno kryterium do umiejscowienia ich w systemie. Sam ten podział w opinii wielu przeciwników dalszego obowiązywania ustawy przestał mieć zasadnicze znaczenie, a w obliczu wprowadzanych zmian – jego nieadekwatność staje się jeszcze bardziej widoczna. Czy bowiem sam fakt prywatnej lub publicznej własności podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – w oderwaniu od innych uwarunkowań systemowych – ma znaczenie dla określenia zasad funkcjonowania tych podmiotów? W kontekście standardów medycznych, zasad wynikających z regulacji dotyczących zawodów medycznych, wreszcie w kontekście zasady równego traktowania podmiotów prywatnych i publicznych w procesie kontraktowania – odpowiedź powinna być negatywna. W kontekście jednak celu prowadzonej działalności leczniczej tak jednoznaczna odpowiedź nie jest już jednak możliwa – tu jedyne kryterium określenia odpowiednich zasad funkcjonowania sprowadza się do funkcji systemowych (działania w ramach systemu lub poza nim, działania w systemie „mieszanym” oraz „proporcji” między poszczególnymi formami działalności).

Potrzeba nowelizacji często była uzasadniana także problemami wynikającymi z zasad kontroli, w przypadku kontroli organów założycielskich pełniących tzw. quasi-właścicielskie funkcje, jest ona bardzo ograniczona²⁵. Uprawnienia organu założycielskiego w stosunku do kierownictwa szpitala sprowadzają się do prawa uchyle-

nia jego decyzji²⁶, przy czym wyłączną podstawą takiego uchylecia jest ogólna przesłanka sprzeczności tej decyzji z prawem²⁷. W kwestii decyzji dotyczących gospodarki finansowej i racjonalnej działalności SPZOZ-ów uprawnienia kontrolne są już zdecydowanie bardziej ograniczone. Możliwości stosowania w tym wypadku instrumentarium egzekwowania odpowiedzialności także są skromne – ograniczenia wynikają zasadniczo z Kodeksu pracy. Wprawdzie coraz więcej samorządów decyduje się na kontrakt menedżerski przy zatrudnianiu dyrektorów szpitali, co pozwala na skonkretyzowanie wymagań, jednak wiele nadal stosuje formę zatrudnienia w ramach umowy o pracę, która nie określa odpowiedzialności dyirekcji za stan finansów/zadłużenia ZOZ-ów.

Także sama ustawa znacznie ogranicza kompetencje organów założycielskich, określając np. sposoby wydatkowania nadwyżek z umów z NFZ, co jest częściowo zrozumiałe, jednak wydaje się wskazane ostrożne stosowanie takich przepisów, które mogą kępować swobodę działalności i negatywnie wpływać na realne problemy zarządzania zakładem. W relacji z NFZ stanowią dodatkowo instrument potęgujący nierównowagę stron. Często stawiany jest także zarzut, że ustawa praktycznie uniemożliwia likwidację nierentownego SPZOZ-u, wprowadzając obowiązek zapewnienia w tej sytuacji dostępności do świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie²⁸. Oczywiście jest, że zapis ten w pewnych sytuacjach będzie szczególnie uzasadniony jako gwarancja realizacji zasady powszechności i równości dostępu do publicznego systemu ochrony zdrowia. Są jednak i takie sytuacje, gdy stosowany restrykcyjnie wywołuje skutki wręcz przeciwnie do zamierzonych.

Jak zauważono, forma SPZOZ-ów to swoista hybryda instytucji publicznej z elementami wolnorynkowymi, która w praktyce się nie sprawdza (choć są i takie SPZOZ-y, których kondycja finansowa jest dobra lub względnie dobra w porównaniu z większością). Znajduje to potwierdzenie m.in. w stosunku do sytuacji szpitali wojewódzkich, które realizują szczególne zadania w sektorze – muszą udzielać świadczeń pacjentom zaliczanym do trudnych, często skomplikowanych przypadków z całego województwa, w specjalnościach nisko wycenianych przez NFZ²⁹. Prywatni pracodawcy podkreślają, że zakłady niepubliczne często nie mogą realizować kontraktów z NFZ ze względu na fakt nierzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, co w sytuacji prywatnego właściciela zaburza podstawową zasadę rentowności działalności. W przypadku zakładów publicznych ten sam fakt często decyduje o pogłębiającym się zadłużeniu tych podmiotów. Z kolei zakładom tym zarzuca się, że nie chcą w ramach swojej działalności udzielać świadczeń nisko wycenianych i często pada pod ich adresem argument „spijania śmietanki” w ramach środków systemowych.

Panaceum na te i szereg innych problemów miał stanowić, zaproponowany przez obecny rząd, pakiet ustaw zdrowotnych, wśród których szczególne miejsce zajmuje ustawa o działalności leczniczej. Stanowi ona kontinuum rozpoczętych w stosunku do świadczeniodawców działań reformujących system – przede wszystkim w sferze

prywatyzacji tych podmiotów jako zasadniczego celu zmian strukturalnych. Po zawetowaniu pierwszej ustawy tzw. prywatyzacyjnej³⁰, a następnie po wprowadzeniu tzw. Planu B „Ratujemy polskie szpitale”³¹, ostatecznie została uchwalona ustawa o działalności leczniczej. Jak wspomniano, już w przypadku pierwszej ustawy proces przekształceń szpitali stanowił najistotniejszy obszar konfliktów i krytyki, pojęcie prywatyzacji stało się straszakiem na pacjentów, pojawiły się hasła odwołujące się do problemu potencjalnego wykluczenia pacjentów z publicznego systemu ochrony zdrowia.

Znalazło to swoje odzwierciedlenie w działaniach opozycji politycznej, choćby w powszechnie znanym spocie reklamowym w czasie trwającej kampanii parlamentarnej pokazującym bezduszną twarz nowego, sprywatyzowanego systemu, w którym pacjent nieposiadający prywatnego ubezpieczenia zostaje po prostu wykluczony z możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Przekaz ten dla pacjentów miał oznaczać wyłącznie jedno: prywatyzacja szpitali to w konsekwencji brak możliwości leczenia w szpitalach, które zostały przekształcone w spółki prawa handlowego.

4. Problemy interpretacyjne, pojęcia ustawowe

W związku z działaniem opozycji i w obawie przed społecznym odbiorem rządowych propozycji w kontekście stawianych przez nią zarzutów powszechnym zjawiskiem stało się unikanie zwrotu „prywatyzacja szpitali”. Zamiast tego pojawiły się pojęcia: „komercjalizacja szpitali”, „przekształcenia właścicielskie”, „odpublicznienie szpitali”, a nawet szersze omówienia: „zmiana statusu formalnoprawnego w sferze własności”, „odpublicznienie funkcji zarządczych”, „przekształcenie w formułę spółki prawa handlowego”. Czy stosowanie z pełną powagą takich czy innych, często enigmatycznych dla przeciętnego odbiorcy wyrażen istotnie było uzasadnione? Należałoby zastanowić się z jednej strony nad rzeczywistym znaczeniem stosowanych pojęć, z drugiej – nad ustawowym, czyli wiążącym prawnie ich rozumieniem. Biorąc pod uwagę fakt, że w ustawie z 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw³² już w samym tytule występują oba te pojęcia, następnie szerzej definiowane – logika wykładni nakazuje przyjąć, że występują określone czynniki różnicujące te działania z punktu widzenia ustawy. Uzasadnione zatem byłoby zidentyfikowanie odrębnych dla obu pojęć elementów konstytutywnych definicji ustawowych. Te różnicujące kryteria klasyfikacji – o ile istnieją – mogą stanowić podstawę wyodrębnienia procesu prywatyzacji i procesu komercjalizacji, co jednak nie oznacza, że automatycznie będą mogły być stosowane w odniesieniu do przedmiotowych działań dotyczących polskich szpitali.

Zgodnie z treścią ustawy komercjalizacja to pojęcie odwołujące się do procesu przekształcenia przedsiębiorstwa państwowego w spółkę, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej³³. Spółka powstała w efekcie procesu komercjalizacji wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem było przedsiębiorstwo – zachodzi zatem następstwo prawne „nowego” podmiotu w stosunku

do „starego” podmiotu, przy czym dla sukcesji tej nie ma znaczenia charakter prawny tych stosunków³⁴. Zgodnie ze stosowanym nazewnictwem można przyjąć, że komercjalizacja i przekształcenie w spółkę mają się do siebie tak, jak przyczyna i skutek. Pod pojęciem komercjalizacji powinien być zatem rozumiany ogół procesów prowadzących do utworzenia z przedsiębiorstwa państwowego spółki. Jest to ciąg czynności mających na celu zmianę zasad działania i „przejście” podmiotów publicznych (własność publiczna) w sferę stosunków regulowanych przepisami odnoszącymi się do komercyjnych zasad handlowych. Procesy komercjalizacji mogą przebiegać w odniesieniu do określonej grupy podmiotów albo dotyczyć pewnej grupy specyficznych działań, w tym drugim przypadku mogą to być zdefiniowane kategorie świadczeń czy usług, wyłączone z szerszego zbioru³⁵.

Ustawa z 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw reguluje takie działania w stosunku do tych podmiotów, które spełniają ustawowe kryteria przedsiębiorstwa państwowego, przy czym przepisy w niej zawarte odnoszą się do tzw. spółki kapitałowej Skarbu Państwa powstałej w efekcie procesów przekształcenia przedsiębiorstwa państwowego. Nowo powstały podmiot w efekcie procesu komercjalizacji zmienia zasadniczo formę prawną oraz otoczenie prawne w stosunku do zasad funkcjonowania. Co do kwestii własności zmiana taka na tym etapie nie wywołuje istotnego skutku – nadal właścicielem spółki jest państwo, jest to bowiem jednoosobowa spółka Skarbu Państwa. Organem właściwym dla dokonania komercjalizacji przedsiębiorstwa państwowego jest minister właściwy do spraw Skarbu Państwa. Minister działa w imieniu i na rzecz Skarbu Państwa, a wszelkie działania inne niż cel prywatyzacji, podlegają wymogowi zgody Rady Ministrów.

Z kolei ustawowe pojęcie prywatyzacji zostało zdefiniowane jako następny etap procesu komercjalizacji: komercjalizacja to w rozumieniu przytaczanej ustawy formalny krok niezbędny do rozpoczęcia działań prywatyzacyjnych. Tak stanowi pkt 1 ustępu 2 art. 1 ustawy, gdzie czytamy, że prywatyzacja polega na: „obejmowaniu akcji w podwyższonym kapitale zakładowym jednoosobowych spółek Skarbu Państwa powstałych w wyniku komercjalizacji przez podmioty inne niż Skarb Państwa lub inne niż państwowe osoby prawne w rozumieniu ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 roku o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa”³⁶. Można zatem przyjąć, że pod pojęciem prywatyzacji rozumiany jest proces przekazania (sprzedaży lub uwłaszczenia – w tym drugim przypadku przekazanie jest nieodpłatne) prywatnemu właścicielowi państwowego mienia. Podstawą takiego działania jest oczywiście wskazany akt prawa. Przepisy ustawy stanowią wprost, że proces ten może być efektem zbywania należących do Skarbu Państwa akcji w spółkach³⁷, a także rozporządzenia wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego lub spółki powstałej w wyniku komercjalizacji na zasadach określonych ustawą przez takie działania, jak sprzedaż przedsiębiorstwa, wniesienie przedsiębiorstwa do spółki i oddanie przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania³⁸.

Proces komercjalizacji przedsiębiorstwa państwowego rozpoczyna się w sposób sformalizowany, a przepisy stanowią w tym względzie odpowiednie procedury inicjujące. Przystąpienie do działań następuje na skutek jednej ze wskazanych w ustawie możliwości: z inicjatywy ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa lub na wniosek organu założycielskiego danego przedsiębiorstwa państwowego; na wniosek dyrektora i rady pracowniczej przedsiębiorstwa lub na uzasadniony wniosek sejmiku właściwego województwa (w którym przedsiębiorstwo ma swoją siedzibę). Jak wspomniano wyżej, opisywany proces zakończony aktem komercjalizacji stanowi formalny wymóg przekształcenia przedsiębiorstwa państwowego w spółkę kapitałową, której wyłącznym akcjonariuszem jest Skarb Państwa. Akt ten sporządza minister właściwy do spraw Skarbu Państwa.

W rozumieniu analizowanej ustawy działania prywatyzacyjne to proces polegający na zbywaniu akcji i udziałów będących własnością Skarbu Państwa oraz rozporządzania wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego. W stosunku do zbywania akcji i udziałów konieczne jest zachowanie określonych ustawowo zasad dotyczących dopuszczalnych trybów tych działań. Przepisy dopuszczają w tym przypadku ściśle określone procedury przeniesienia własności (akcji, udziałów, majątku) stanowiące zbytec: w drodze oferty ogłoszonej publicznie; przetargu publicznego; rokowań podjętych na podstawie publicznego zaproszenia; przyjęcia oferty w odpowiedzi na wezwanie ogłoszone na podstawie Ustawy z 29 lipca 2005 roku o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych złożonej przez podmiot ogłaszający wezwanie; aukcji ogłoszonej publicznie. Procedury te podlegają zatem odpowiednim reżimom typowym dla przeniesienia własności publicznej, a te z kolei muszą być zgodne z ogólnymi zasadami, przede wszystkim transparentności i społecznej kontroli.

Zgodnie z obowiązującym prawem dopuszczalne jest także zbywanie akcji/udziałów z pominięciem wskazanych powyżej trybów. Wymagane jest wówczas uzyskanie zgody Rady Ministrów, co dotyczy np. sytuacji zbycia akcji na rynku regulowanym Giełdy Papierów Wartościowych, wniesienia akcji/udziałów do innej spółki jako aportu w zamian za akcje/udziały w podwyższonym kapitale, a także w uzasadnionych przypadkach sprzedaży akcji Skarbu Państwa na rzecz akcjonariusza większościowego spółki.

Drugi wariant zdefiniowany w ustawie, polegający na rozporządzeniu wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego, to proces prywatyzacji przebiegający na skutek sprzedaży przedsiębiorstwa³⁹, wniesienia przedsiębiorstwa do spółki lub oddania przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania⁴⁰.

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej uwarunkowania ustawowe, problem stosowanej w kontekście przekształceń szpitali terminologii, zwłaszcza przeciwstawianie sobie pojęć komercjalizacji i prywatyzacji, to wyłącznie próba odwrócenia uwagi od istoty samej

zmiany, z jednej strony złagodzenia jej ekonomicznego (biznesowego) kontekstu – w tym wypadku stosowanie pojęcia „komercjalizacja”, z drugiej uwypuklenia tych właśnie aspektów – stosowanie pojęcia „prywatyzacja”⁴¹. Tymczasem w efekcie przeprowadzonej zgodnie z prawem komercjalizacji powstaje nowy podmiot, spółka prawa handlowego, która według zasad tego samego prawa (Kodeks spółek handlowych) może swobodnie dysponować swoim majątkiem, zgodnie z racjonalnym zarządzaniem i podstawowym celem jej działalności – osiąganiem korzyści, czyli zysku. Choć sam fakt „przejścia” w efekcie procesu w sferę stosowania tych przepisów nie przesądza o dalszych perspektywach funkcjonowania nowego podmiotu, to jednak bez wątpienia uzyskanie swobody, o której mowa, na gruncie obowiązującego prawa jest naturalną konsekwencją całego procesu.

5. Nowa ustawa. Perspektywa przekształcenia SPZOZ-ów w spółki kapitałowe

Spółka prawa handlowego, jako podmiot tego prawa, to pojęcie obejmujące różne prawne formy współdziałania w celu osiągania korzyści (w celu zarobkowym) co najmniej dwóch podmiotów w rozumieniu prawa cywilnego. Spółka prawa handlowego powstaje na skutek zawarcia stosownej umowy uregulowanej przepisami prawa handlowego, a w stosunku do działalności i struktury spółki prawa handlowego w Polsce znajdują zastosowanie przepisy ustawy Kodeks spółek handlowych⁴². Wszystkie spółki prawa handlowego w Polsce dzielą się na dwie zasadnicze kategorie: spółki osobowe i kapitałowe (elementem różnicującym są wymogi dotyczące konieczności osobistego działania/pracy na rzecz spółki oraz wnoszonego kapitału jako kryterium obligatoryjnego⁴³). Umowa spółki prawa handlowego kreuje po stronie współników zobowiązanie do działania w określonym wspólnym celu. Fakt jej podpisania skutkuje w stosunku do udziałowców/akcjonariuszy podjęciem się zobowiązania do realizacji tego celu przede wszystkim poprzez wniesienie wkładów finansowych. Jeśli umowa lub status spółki tak stanowi, zobowiązanie to rozciąga się na współdziałanie w inny, określony przez zawierających umowę sposób lub zgodnie z przyjętymi w statucie zasadami.

Jurydyczna konstrukcja kapitałowej spółki prawa handlowego obok podstawowej cechy, jaką jest posiadanie kapitału zakładowego, obejmuje wiele opisanych w doktrynie charakterystycznych cech, takich jak: posiadanie osobowości prawnej, posiadanie zgromadzonego majątku odrębnego od majątków osobistych współników lub akcjonariuszy, ponoszenie przez spółkę odpowiedzialności za zobowiązania całym swym majątkiem (ale nie majątkiem osobistym współników), wyłączenie odpowiedzialności współników/akcjonariuszy za zobowiązania spółki⁴⁴, wyłączenie, co do zasady, współników lub akcjonariuszy z bezpośredniego prowadzenia spraw spółki (tzw. rozdział sfery właścicielskiej od sfery zarządzania) poprzez utworzenie organów spółki oraz uregulowanie praw i obowiązków udziałowców/akcjonariuszy w formie tzw. konstytucji spółki, którą stanowią: umowa

spółki i jej statut. Ta ostatnia cecha podlega oczywistym ograniczeniom wynikającym z bezwzględnie obowiązujących norm prawa⁴⁵.

Nowa ustawa przewiduje fakultatywny proces przekształcania szpitali w formę prawną spółki prawa handlowego⁴⁶. Zasadnicza zmiana polega na obciążeniu samorządów terytorialnych (oraz innych podmiotów pełniących funkcje właścicielskie), jako organów założycielskich dla szpitali, obowiązkami wynikającymi z zakładanych w ustawie procesów, co klóci się z deklarowaną zasadą fakultatywności zmiany formy prawnej. Zgodnie z treścią odpowiednich postanowień ustawy samorząd, który nie przekształcił zadłużonego SPZOZ-u w spółkę kapitałową, będzie musiał w ciągu trzech miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego pokryć zobowiązania zadłużonego szpitala. W sytuacji niewywiązania się z tego obowiązku, w ciągu kolejnych 12 miesięcy będzie musiał zmienić formę organizacyjno-prawną jednostki. Możliwe formy prawne to spółka kapitałowa, jednostka budżetowa albo instytucja gospodarki budżetowej⁴⁷. Z formalnego punktu widzenia nie jest to przekształcenie obligatoryjne SPZOZ-ów w spółki kapitałowe, jednak biorąc pod uwagę aktualną kondycję finansową wielu jednostek, samorzady mogą po prostu zostać do takiego działania zmuszone. Przeciwno takiemu rozwiązaniu protestowali przede wszystkim marszałkowie województw, argumentując, że samorzady nie mają środków na pokrycie zadłużenia szpitali i nie będą w stanie udźwignąć nałożonego na nie obowiązku⁴⁸.

Spółka powstała w wyniku przekształcenia staje się następcą prawnym SPZOZ-u, zgodnie z opisanymi wyżej zasadami dotyczącymi procesu komercjalizacji i prywatyzacji, co oznacza, że przejmuje prawa i obowiązki szpitala. Nakaz pokrycia zadłużenia podległych sobie jednostek został nałożony na samorzady już w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁹, w praktyce jednak nie był on egzekwowany. Czy nowa ustawa o działalności leczniczej zmieni w tym zakresie sytuację, pozostaje pytaniem otwartym. Art. 59 wprowadza w pkt 4 wskazany powyżej obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego w terminie 12 miesięcy bez określenia jakichkolwiek sankcji za niewywiązanie się z ustawowego obowiązku. Swoistą formą takiej sankcji może być wprawdzie zagrożenie wynikające z postanowienia ustawy, że tylko te samorzady, które zdecydują się na przekształcenie szpitali w spółki, będą mogły skorzystać z umorzenia zobowiązań publicznoprawnych. Zatem *a contrario* samorzady, które takiego działania nie podejmą i nie pokryją zobowiązań szpitala, nie będą mogły z umorzenia skorzystać. Natomiast podmioty tworzące w ramach przekształcenia szpitali-spółki otrzymają dotację równą wysokości umorzonych w wyniku ugody wartości kwoty głównej lub odsetek z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych oraz zobowiązań wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych pozostałych do spłaty. W kwestii przedmiotowych umorzeń i pomocy państwa wypowiedziano się często krytycznie, że m.in. pomoc państwa powinna dotyczyć całości zobowiązań cywilnoprawnych, gdyż w razie jej braku obowiązek przekształcenia SPZOZ-ów pozostanie niewykonalny⁵⁰.

Zgodnie z nową ustawą uległy poszerzeniu kompetencje właścicielskie samorządów wobec SPZOZ-ów i spółek kapitałowych, dla których samorząd ten jest większościowym udziałowcem, co stanowi gwarancje bezpieczeństwa pacjentów⁵¹. Mowa tu o możliwości nałożenia obowiązku wykonania określonego zadania przez organ założycielski⁵². Zapis ten jest identyczny w stosunku do możliwości, jakie posiada minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda, który zgodnie z ustawą może nałożyć taki sam obowiązek na podmiot leczniczy, jeśli Skarb Państwa jest w stosunku do niego jedynym lub większościowym udziałowcem/akcjonariuszem (spółka kapitałowa) albo jeśli jest podmiotem tworzącym (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub państwową jednostką budżetową). Przedmiotowe zapisy z art. 38 teoretycznie dają szersze uprawnienia samorządom, jednak stwierdzenie tam zawarte – możliwość nałożenia określonego zadania – jest ogólnikowe i nie daje odpowiedzi na pytanie, jakie konkretne instrumenty i bodźce mogłyby być stosowane w tym wypadku. Stosunkowo wąskie dotąd kompetencje organów założycielskich mogłyby zostać w ten sposób poszerzone, ale w celu rzeczywistego sprawowania funkcji nadzorczych konieczne byłoby konkretne określenie zarówno celu, jak i możliwego do zastosowania instrumentarium.

W ustawie znalazły się także inne przepisy, które na etapie projektu budziły kontrowersje. Należy do nich m.in. zapis nakazujący przekształcenia przez uczelnie medyczne szpitali klinicznych w spółki prawa kapitałowego. Jest to zmiana, co do której toczyły się burzliwe dyskusje, w których przywoływano argumenty odwołujące się do kwestii zapewnienia właściwego procesu kształcenia kadry medycznej w Polsce, jakości edukacji i poziomu kwalifikacji przyszłych profesjonalistów medycznych. W tym kontekście powoływano się także na fakt, że zadłużenie w placówkach uniwersyteckich zasadniczo generowane jest przez niewłaściwie oszacowane (niedoszacowane) koszty leczenia z jednej strony, a z drugiej – koszty samego kształcenia w szpitalach klinicznych. Uczelnie korzystają z dotacji na działalność dydaktyczną, ale w opinii rektorów nie odpowiadają one realiom kosztów kształcenia kadry medycznej. Jednocześnie szpitale te to placówki, w których wykonuje się często najbardziej kosztowne zabiegi, leczycy najcięższe przypadki. Najdalej idącą propozycją w tym względzie jest stwierdzenie, że w szpitalach klinicznych procedury powinny być wyliczone odrębnie w stosunku do innych szpitali⁵³. Przywołuje się m.in. argumenty dotyczące wysokich kosztów zatrudnienia wysokiej klasy specjalistów.

W rzeczywistości sytuacja szpitali klinicznych jest trudna: 3/4 z nich jest zadłużonych na łączną kwotę około 1,5 mld zł. W świetle postanowień nowej ustawy obowiązek pokrycia zadłużenia obciążającego te jednostki przez uczelnie jest nierealny – w tej sytuacji pozostaje „fakultatywne” przekształcenie w spółkę kapitałową. Na etapie prac projektowych rektorzy polskich uczelni medycznych sformułowali swoje stanowisko, podkreślając, że proponowane zmiany są sprzeczne z obecną literą prawa. Sprzeczność ta wynika z faktu, że uczelnie korzystają z dotacji na prowadzoną działalność naukową

i dydaktyczną, co stanowi ich przychody. Dotacje te nie mogą służyć pokrywaniu zadłużenia szpitali klinicznych, gdyż z punktu widzenia prawa byłoby to działaniem grożącym naruszeniem dyscypliny finansów publicznych⁵⁴.

Funkcjonowanie szpitali klinicznych w formie spółek kapitałowych spotkało się zasadniczo z pozytywną oceną, jednak wysoce prawdopodobne jest, że otrzymywane przez nie dotacje na kształcenie nie będą w stanie pokryć ich realnych kosztów. Konsekwencje tej sytuacji w sferze jakości kształcenia mogą być szczególnie szkodliwe, gdy dotacje nie zostaną zwiększone albo pozostaną na obecnym poziomie, a wtedy jakość/ilość dydaktyki ulegnie zmianie⁵⁵. W stosunku do realnych możliwości pokrycia zobowiązań szpitali klinicznych podniesiono argumenty odwołujące się do procentowego udziału wymagalnych zobowiązań szpitali w przychodach uczelni, w przypadku niektórych z tych klinik proporcje te przekraczają 100%, tylko nieliczne mają zdecydowanie korzystniejszą sytuację finansową⁵⁶.

6. Nowa terminologia – problemy interpretacyjne

Na etapie prac projektowych nad nową ustawą wielokrotnie były zgłaszane wątpliwości dotyczące nowego nazewnictwa przyjętego w stosunku do podmiotów udzielających świadczeń oraz form, w jakich działalność ta jest prowadzona. Krytyka była adresowana ze strony tak samorządów, jak i związków zawodowych i dotyczyła przede wszystkim wątpliwego formalnie rozróżnienia definicyjnego dla kategorii podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych, jako podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zarzut nieprecyzyjności, niejasności tego rozróżnienia popieran argumentem, że w kategorii podmiotów leczniczych wymienieni są przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej bez względu na formę jej prowadzenia – zapis dotyczy zatem wszystkich form przewidzianych w ustawie dla tej działalności⁵⁷. Ta sama kategoria obejmuje również indywidualne praktyki lekarskie, które zostały w projekcie (a następnie w ustawie) objęte pojęciem praktyk zawodowych, ale już nie weszły w zakres pojęcia podmiotów leczniczych⁵⁸.

Zgodnie z logiką prawidłowego definiowania na gruncie prawa, właściwsze byłoby zrezygnowanie z dotychczasowego rozróżnienia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie na publiczne i niepubliczne, gdzie podstawowe kryterium takiego podziału stanowi rodzaj organu założycielskiego dla zakładu opieki zdrowotnej. Argument ten można uznać za zasadny, biorąc pod uwagę fakt, że w perspektywie zmian takie rozróżnienie nie przesądza ani o misji podmiotu w systemie, ani o finansowaniu świadczeń udzielanych przez ten podmiot. Co więcej – taki podział dla samych „klientów” tych podmiotów może być niezwykle mylący, wprowadzający niepotrzebne zamieszanie co do relacji między pacjentem a podmiotem udzielającym świadczeń. Rozróżnienie podmiotów na publiczne i niepubliczne z tego punktu widzenia traci sens, można stwierdzić, że aktualnie po prostu ulega zatarciu wobec faktu, że także podmioty prywatne stają się coraz częściej stroną umów

zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kontrakt z NFZ jest *de facto* jedynym istotnym kryterium podziału podmiotów świadczących działalność leczniczą dla pacjentów objętych powszechnym ubezpieczeniem w NFZ, gdyż warunkuje możliwość uzyskania świadczenia nieodpłatnie (lub za częściową odpłatnością na zasadach określonych w ustawie) – czyli za pieniądze sektora publicznego.

W ocenie rządu formalne włączenie działalności leczniczej pod działanie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej stanowi istotny i pozytywny krok w kierunku zmiany zasad działalności ZOZ-ów jako nowych podmiotów działających w sektorze. W stosunku natomiast do formuły SPZOZ-ów pozostaje połowiczność rozwiązania, polegająca na objęciu ich pojęciem przedsiębiorcy w rozumieniu Kodeksu cywilnego, ale nie w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Istotne jest także i to, że do chwili obecnej zakłady opieki zdrowotnej nie miały osobowości prawnej. Takie rozwiązanie formalne stanowiło znaczne utrudnienie z punktu widzenia szczególnie działalności prowadzonej przez NZOZ-y⁵⁹.

W komentarzach środowisk medycznych do projektu ustawy o działalności leczniczej zwracano często uwagę na zbędne zdaniem autorów komentarzy ponowne regulowanie kwestii, które w stopniu wystarczającym zostały już określone w przepisach innych ustaw. W tym względzie Naczelna Rada Lekarska przywołała ustawy zawierające przepisy dotyczące wykonywania zawodu lekarza czy pielęgniarki/położnej⁶⁰. W ocenie instytucji reprezentujących profesjonalistów medycznych niektóre zapisy ustaw „zawodowych” są wystarczająco precyzyjne i „osadzone” w systemie, aby można było przyjąć je jako podstawę prawną w nowych warunkach legislacyjnych. Powtarzanie niektórych przepisów, a w istocie włączanie w tekst nowej ustawy całych fragmentów przywoływanych aktów prawnych, jako zabieg mający na celu klarowność nowych przepisów może być uzasadniony, jednak z punktu widzenia spójności systemu niekoniecznie jest zabiegiem pożądanym. Wywołuje wrażenie dwoistości regulacji w przedmiocie wykonywania tych zawodów, co w rzeczywistości nie powinno mieć miejsca. Może też potencjalnie stanowić przyczynę niejasności, niespójności przepisów (np. w sytuacji kolejnych nowelizacji w przyszłości).

Nowa ustawa w odniesieniu do przedmiotu jej regulacji wprowadza zasadniczy podział działalności leczniczej na trzy kategorie, odpowiednio do rodzaju świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach tej działalności (finansowanych ze środków publicznych). Są to kolejno: (1) świadczenia szpitalne; (2) stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne; (3) świadczenia ambulatoryjne. W stosunku do pierwszej kategorii świadczeń szpitalnych przewidziano szczególne regulacje wprowadzające dodatkowe uwarunkowania formalne: mogą być udzielane jedynie przez jednostki budżetowe, SPZOZ-y lub spółki kapitałowe, z kapitałem zakładowym co najmniej 5 mln zł⁶¹. Z punktu widzenia zasady równego traktowania tych podmiotów w systemie jest to niezgodne ze standardem – może stanowić przyczynę wyklucze-

nia z quasi-ryнку zdrowotnego małych NZOZ-ów, które nie będą mogły spełnić tego wymogu, będąc jednocześnie podmiotami dotychczas sprawnie działającymi (np. w zakresie wąskiej specjalizacji czy też jako szpitale chirurgii jednego dnia)⁶².

7. SPZOZ i inne podmioty lecznicze w świetle nowej ustawy.

Wybrane problemy, głosy krytyczne

Założeniem podstawowym nowej regulacji, choć nie- zbyt otwarcie deklarowanym, miało być zlikwidowanie formy SPZOZ-u jako podmiotu działającego w systemie w formule nieadekwatnej do obecnie stawianych celów i stanowiącej przyczynę pogarszającej się sytuacji szpitali w Polsce⁶³. Rozdział pierwszy nowej ustawy o działalności leczniczej poświęcony jest kategorii podmiotów niebędących przedsiębiorcami i w zasadniczej części stanowi powtórzenie większości zapisów ustawowych zawartych w ustawie z 1991 roku o ZOZ-ach. Zostały tu utrzymane np. przepisy dotyczące prowadzenia działalności ZOZ-u na podstawie postanowień jego statutu, przepisy określające zasady działalności rady społecznej i organizowania konkursów na wybrane stanowiska kierownicze. W stosunku do poprzednio obowiązujących przepisów nowym rozwiązaniem jest natomiast wprowadzenie możliwości przekształcenia SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego bez konieczności wcześniejszej ich likwidacji⁶⁴ i omówione wyżej przepisy dotyczące zasad przekształcenia ZOZ-u w sytuacji ujemnego wyniku finansowego.

W nowym kształcie ustawy nie ma już możliwości tworzenia kolejnych SPZOZ-ów, przepisy jednoznacznie określają, że samorządy terytorialne, które chcą powołać nowy podmiot prowadzący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy, muszą dla tej działalności utworzyć spółkę kapitałową lub prowadzić ją w formie jednostki budżetowej. Treść przedmiotowych postanowień ustawy nie może dziwić w kontekście zakładanego w perspektywie czasu odejścia od formuły SPZOZ-u, jednak nie oznacza całkowitego czy raczej automatycznego zerwania z taką formułą. Jak wiele SPZOZ-ów pozostanie w infrastrukturze systemu ochrony zdrowia – okaże się w przyszłości, choć biorąc pod uwagę wielokrotnie już tutaj przywoływany fakt, że w obecnym kształcie i warunkach ekonomicznych nie spełniają one podstawowych przesłanek gospodarności i efektywności finansowej, proces w założeniu wydaje się słusznym kierunkiem. SPZOZ-y stanowią dziś dla decydentów w ochronie zdrowia poważny problem z wielu względów: lokalni politycy pod presją wyborców podejmują działania często pozornie słuszne i przeznaczają na podległe samorządom szpitale środki finansowe np. w formie dotacji, pozwalając tym samym na dalsze nieracjonalne funkcjonowanie tych jednostek.

W kontekście wielu komentarzy dotyczących procesów komercjalizacji i prywatyzacji – nie tylko w znaczeniu przyjętym dla tych pojęć w omówionych wyżej ustawowo zdefiniowanych zapisach, ale także z uwzględnieniem szerszej, systemowej wykładni – argumenty wspierające kategorycznie negatywne opinie na ten temat

są całkowicie bezzasadne. Straszenie wizją konieczności opłacania dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w kontekście prawa np. do świadczeń ratujących życie lub zdrowie jest wręcz nadużyciem. Podobnie nie można uznać słuszności uwag Krajowej Komisji Solidarności, która argumentuje, że sam proces prywatyzacji/komercjalizacji (nie dokonuje się tu rozróżnienia między tymi pojęciami) jest sprzeczny z Konstytucją RP, w szczególności z jej art. 68, z którego wynika obowiązek państwa w zakresie zagwarantowania ochrony zdrowia traktowanej jako jedno z zadań publicznych⁶⁵.

Nie ma podstawy do twierdzenia, że podmioty prywatne – nawet w rozumieniu podmiotów należących w całości do prywatnych właścicieli, a nie tylko w postaci spółek z udziałem Skarbu Państwa lub spółek, w których udziałowcem/akcjonariuszem jest samorząd terytorialny – nie mogą wykonywać zadań publicznych. Zapisu takiego nie zawiera polska konstytucja, a możliwość realizacji zadań systemowych przez prywatne firmy nie sprzeciwia się treści zapisu z art. 68 Konstytucji RP. Działania publiczne nie tylko mogą być potencjalnie wykonywane przez podmioty prywatne, ale w praktyce są obecnie tak realizowane. Można tu także przytoczyć rozwiązania obce – choćby przykład holenderski, gdzie niemal 100% szpitali udzielających świadczeń w systemie powszechnym jest w rękach prywatnych właścicieli. To rozwiązanie z kolei – otwarcie quasi-ryнку świadczeń zdrowotnych dla podmiotów prywatnych – nie musi oznaczać, a nawet nie powinno implikować stosowania takich samych zasad określających funkcjonowanie tych podmiotów, jak ma to miejsce w przypadku generalnej kategorii przedsiębiorców. Jak najbardziej uzasadnione w tym kontekście będą odrębne zasady odwołujące się do formuły podmiotów *non-profit*. Takie rozwiązanie zarówno w świetle zasad Konstytucji RP, jak i szczególnej misji publicznej, realizowanej dzięki systemowi ochrony zdrowia przez organizacyjne struktury państwa, wydaje się nieodzowne i wymaga szeregu nowych rozwiązań legislacyjnych. W obecnym rozwiązaniu ustawowym niestety takiego podejścia nie ma.

Jednym z pierwszych istotnych problemów, które pojawiły się już na etapie konsultacji społecznych projektu ustawy, były także zapisy dotyczące zrównania czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą. Rozwiązanie to dotyczy pracowników zakładów radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki oraz medycyny sądowej lub prosektoriów. Zgodnie z obowiązującymi dotychczas przepisami pracownicy ci podlegali systemowi czasu pracy w wymiarze 5 godzin na dobę, 25 godzin tygodniowo. Zmiany wprowadzone nową regulacją uzasadniane są ze strony Ministerstwa Zdrowia przywoływanymi opiniami specjalistów z zakresu prawa pracy oraz uregulowaniami zawartymi w ustawie – Prawo atomowe. Stanowisko rządu uzasadniano ponadto opiniami ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego dotyczącymi relacji między czasem pracy a wpływem czynników szkodliwych dla zdrowia na status zdrowotny pracowników. W szczególności znaczącą opinią w tym kontekście jest ekspertyza Instytutu

Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, stanowiąca jeden z istotnych głosów popierających wdrażanie rozwiązań realnie podnoszących poziom bezpieczeństwa warunków pracy. Stwierdza się tam wprost, że skracanie czasu pracy nie jest skuteczną i optymalną metodą zapobiegania negatywnym skutkom wykonywania pracy w szkodliwych warunkach. Jednak przepisy te budziły kontrowersje i opór w grupach niektórych pracowników medycznych. Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii wyraził stanowisko, że regulacja ta powinna być wprowadzona z zachowaniem okresu przejściowego (odroczenie w czasie do 2013/2014 roku w celu zapobieżenia objęciu nią tych pracowników, którzy są już zatrudnieni i stosowaniu wobec tych, którzy decydowaliby się na wykonywanie tego zawodu zgodnie z czasem pracy określonym ustawą). Swoje stanowisko radiolodzy uzasadniali także przytaczanymi danymi statystycznymi dotyczącymi obciążenia zawodowego: zgodnie z publikowanymi przez UE danymi w Polsce na jednego technika radiologa przypada 3 razy więcej pacjentów, niż wynosi średnia unijna⁶⁶.

Najistotniejszą zmianą w zakresie praktyk lekarskich i pielęgniarskich jest uzależnienie ich prowadzenia od wpisu do jawnego, publicznego rejestru prowadzonego przez wojewodów. Bez tego wpisu prowadzenie działalności leczniczej nie jest możliwe, stanowi on warunek konieczny rozpoczęcia działalności leczniczej. Do tej pory rejestry te prowadziły samorzady zawodowe, zatem kompetencje formalnoprawne pozostawały w rękach grupy zawodowej, a nie, jak obecnie, w sferze kompetencji administracji państwowej. Przywoływano argument o nieuzasadnionym przejściu rejestracji i kontroli prywatnych gabinetów lekarskich przez urzędników państwowych szczebla wojewódzkiego, co zdaniem samorządów zawodowych jest sprzeczne z zasadą, że kompetencje decyzyjne, a szczególnie kontrolne w tym obszarze powinny pozostać w sferze właściwości merytorycznej – czyli podmiotów należących do struktur zawodowych. Zdaniem samorządów medycznych urzędnicy nie dysponują odpowiednią wiedzą i kompetencjami pozwalającymi na rzeczową kontrolę tych gabinetów, nie jest to także zgodne z zasadami demokratycznego państwa, gdyż zapisy ingerują w sferę kompetencji samorządów zawodowych, podważają ich rolę w ramach struktur społecznych. Jednocześnie jednak Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy zauważył, że kwestie prowadzenia rejestru nie stanowią głównych problemów systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a tych ustawa nie rozwiązuje. Podstawowym problemem w ocenie związku jest niewystarczające finansowanie w ramach środków publicznych przeznaczanych na gwarantowane (refundowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) świadczenia zdrowotne, które nie odpowiada tak ilości, jak i zakresowi tych świadczeń⁶⁷.

Wskazana przez OZZL nierównowaga jest zdaniem związku „przyczyną wielu innych problemów i patologii, jak: limitowanie świadczeń i zaniżanie ich cen przez NFZ, kolejki do leczenia, zadłużanie się szpitali, brak normalnej konkurencji między zakładami opieki zdrowotnej, niewykorzystanie możliwości już istnie-

jących szpitali, bariery w tworzeniu nowych placówek ochrony zdrowia i inne”. W dalszej części opinii OZZL na uwagę zasługuje pozytywne stanowisko w kwestii ogólnej zasady stopniowego przekształcania zakładów leczniczych w formułę, w której „funkcjonują jak przedsiębiorstwa”, jednak z wyraźnym zastrzeżeniem, że „takie rozwiązanie – aby miało sens i przyniosło korzystne efekty – musi być elementem większej, spójnej „rynkowej” całości: świadczenia zdrowotne nie mogą być limitowane (przez NFZ czy inną instytucję), ceny za świadczenie muszą mieć charakter rynkowy (a przynajmniej muszą uwzględniać szacunkowe średnie koszty), pacjenci muszą mieć wolny wybór miejsca leczenia (aby zaistniała prawdziwa konkurencja między zakładami). Żaden z tych warunków nie jest spełniony w (jakichkolwiek) propozycjach rządowych: ani w ocenianej ustawie, ani w innych. To spowoduje, że przekształcenie SPZOZ-ów w spółki handlowe (podobnie jak obowiązek pokrywania długu SPZOZ-u przez organ założycielski „na bieżąco”) nie przyniesie korzyści dla systemu ochrony zdrowia jako całości. Wzmocni – co prawda – dyscyplinę budżetową zakładów leczniczych, ale spotęguje patologie gdzie indziej. Szpitale (spółki lub SPZOZ-y) zaczną bowiem ograniczać zakres i liczbę udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także liczbę personelu medycznego, aby zmieścić się w przydzielonym przez NFZ limicie środków i nie zadłużać się. Zadłużenie szpitali prawdopodobnie zniknie, ale dostęp do leczenia i jego jakość znacznie się pogorszą, a samorzady terytorialne zostaną zmuszone do trwałego współfinansowania służby zdrowia, co odbędzie się kosztem innych zadań samorządów lub kosztem ich zadłużania. Wywoła to – w ocenie OZZL – niepokoje społeczne⁶⁸.

Poza opisanymi wcześniej najistotniejszymi zmianami i głosami krytycznymi w stosunku do wprowadzonej legislacji na uwagę zasługuje także długo oczekiwana zmiana dotycząca statusu formalnoprawnego żłobków jako – poprzednio – podmiotów zaliczanych do ustawowej kategorii zakładów opieki zdrowotnej. Wykreślenie żłobków z listy zakładów opieki zdrowotnej w opinii wielu środowisk powinno mieć miejsce już wiele lat temu. W kontekście problemów wynikających z ustawowo określonej konieczności zachowania standardów dotyczących wszystkich zakładów opieki zdrowotnej liczba żłobków w Polsce już od dawna nie odpowiadała rzeczywistym potrzebom. Wystarczy w tym względzie przywołać fakt, że w największych miastach w Polsce okres oczekiwania na miejsce w żłobku sięgał ostatnio nawet kilku lat (np. w Warszawie do 4 lat). Dotychczasowe rozwiązanie prawne włączające żłobki do kategorii ustawowej zakładu opieki zdrowotnej w praktyce powodowało, że niewiele podmiotów prywatnych decydowało się na ich tworzenie. Nowa ustawa dotycząca uproszczenia tej formy opieki nad dziećmi do lat 3 (choć szeroko krytykowana ze względu na inne uregulowane w niej aspekty sprawowania opieki nad małymi dziećmi), jak i nowa ustawa o działalności leczniczej spełniły w tym kontekście istotną rolę – z punktu widzenia konieczności zaspokojenia społecznych potrzeb⁶⁹. Według dostępnych danych szacunkowych obecnie tylko około 2% dzieci

uczęszcza do żłobka, co w kontekście aktywizacji kobiet na rynku pracy (a w praktyce często ekonomicznej konieczności podejmowania przez nie pracy) opóźnia ich czas „powrotu do pracodawcy”, w konsekwencji negatywnie wpływa na tzw. zatrudnialność młodych kobiet, znacznie obniżając ich pozycję na rynku pracy⁷⁰.

Wnioski

SPZOZ został wprowadzony do systemu ochrony zdrowia jako forma świadczeniodawcy „pośredniego” między formą jednostki budżetowej a spółką prawa handlowego. W ciągu 15 lat zasadniczo nie spełniła pokładanych w niej nadziei, choć trzeba pamiętać także i o tych SPZOZ-ach, które funkcjonują w miarę stabilnie, pomimo różnych trudności systemowych, i co do których konieczność przekształcania ich w formę spółki prawa handlowego wydaje się w obliczu ich sytuacji wątpliwa. Jednak w miarę upływu czasu w stosunku do większości SPZOZ-ów zauważono ograniczenia wynikające z przyjętej formy, wśród nich przede wszystkim: słabą pozycję zarządu, nieokreślone interesy reprezentowane przez radę społeczną, dwuznaczność stanowiska zajmowanego przez organ założycielski. W ostatnich latach w efekcie nawarstwienia się problemów i wobec braku jakichkolwiek efektów wcześniejszych zmian i procesów restrukturyzacji przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego traktowane są jako zasadniczy środek naprawczy. Dla samorządów terytorialnych przekształcenie SPZOZ w NZOZ może się wydawać słusznym rozwiązaniem, zwłaszcza biorąc pod uwagę, że w odniesieniu do różnych innych obszarów działalności JST mają już doświadczenie jako udziałowcy w spółkach samorządowych. Niestety trudno porównać – jeśli w ogóle można brać to pod rozwagę – funkcjonowanie np. zakładów transportu miejskiego i podmiotu prowadzącego działalność leczniczą.

Nowelizacja legislacji wprowadzona nową ustawą o działalności leczniczej ma w założeniu prowadzić do najpoważniejszej od wielu lat zmiany formalnej w sferze podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Czy jednak pociągnie ona za sobą istotne zmiany o charakterze systemowym – zwłaszcza takie, co do których można byłoby oczekiwać pozytywnego oddziaływania na sytuację w systemie ochrony zdrowia – na obecnym etapie pozostaje pytaniem otwartym. Nie zostały wydane rozporządzenia wykonawcze do ustawy, nie jest też pewne, jakie inne uwarunkowania ustawowe zostaną jeszcze zmienione. Jeśli proces przekształceń nie zostanie uzupełniony kolejnymi krokami zmierzającymi do zmiany całego systemu, to efekty tylko tej zmiany mogą być zaskakująco skromne. Ustawa zapowiadana jako podstawa prawna dla poważnych reformatorskich przekształceń w systemie ochrony zdrowia może pozostać jedynie kolejnym niedoskonałym instrumentem prawnym, gdyż dla właściwej implementacji, w sensie realizacji funkcji publicznych ochrony zdrowia zgodnej z zakładanymi celami systemowymi, wymaga istotnych zmian nie tylko prawnych, ale systemowych. W stosunku do rozwiązań

prawnych niewątpliwie konieczne jest precyzyjne określenie na gruncie przepisów, w jaki sposób w ramach nowej legislacji zagwarantowane będą, wynikające zarówno z konstytucji, jak i z innych ustaw, prawa pacjentów i ubezpieczonych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych⁷¹. Chodzi tu o rzeczywisty dostęp do systemu, kontrolę finansowania (której warunki zasadniczo się zmieniają w obliczu zwiększenia udziału podmiotów prywatnych w quasi-ryнку świadczeń zdrowotnych).

Bez wprowadzenia konkurencji ubezpieczycieli i wielokrotnie już zapowiadanych dodatkowych form finansowania w ramach systemu trudno chyba oczekiwać pozytywnych rezultatów obecnej zmiany. Zapowiadane na lata 2013–2014 wprowadzenie kilku konkurujących z sobą ubezpieczycieli⁷², zmieniające dotychczasową sytuację NFZ-towskiego monopolu, mogłyby nie tylko wzmocnić sytuację ubezpieczonych, ale i urealnić np. warunki dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych (zakładana realna wycena przez konkurujących z sobą płatników). W sytuacji wielości podmiotów ubezpieczających sami świadczeniodawcy mogliby także wzmocnić swoją pozycję w relacji z płatnikiem: szpitale kliniczne mogłyby za oferowane przez siebie wyższe standardy oczekiwać odpowiednich stawek za udzielane świadczenia zdrowotne.

Niestety, nie jest jasne, czy taka sytuacja w świetle zasady równego dostępu w znaczeniu prawa wszystkich ubezpieczonych do takiej samej jakości świadczeń, w świetle takich możliwości nie zostałaby jednak naruszona. Wymagałoby to znaczących dalszych zmian w systemie, począwszy do zmian legislacji, i sprawdzenia, czy w obecnym kształcie konstytucji można wprowadzić tego rodzaju rozwiązania, w tym także obiecywane – i dotąd niezrealizowane – systemy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Przyznanie, że równość w sferze prawa do zdrowia, a nawet równość dostępu do świadczeń w systemie ochrony zdrowia coraz częściej jest wyłącznie równością na papierze, nie ułatwia sprawy. Wprowadzenie zróżnicowanych form współpłacenia pacjentów za niektóre świadczenia staje się nieuniknioną perspektywą⁷³, to samo dotyczy konieczności wydzielenia świadczeń podstawowych (gwarantowanych bezwarunkowo wszystkim ubezpieczonym oraz tym, którzy zostali włączeni w zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych pomimo nieopłacania składki). Nie jest łatwym zadaniem określenie, na ile lista świadczeń objętych koszykiem podstawowym musiałaby w stosunku do obecnych wykazów ulec zawężeniu – poza samym jej przeformułowaniem z pewnością konieczne będą jeszcze działania urealnijające koszty tych świadczeń odpowiednio do warunków rynku.

Bez dalszych zmian w systemie, z pozostawieniem w nim wyłącznie jednego płatnika oraz zasad wyceny punktów na obecnym poziomie, zmiany nowej ustawy mogą odnieść skutek wręcz przeciwny do oczekiwanego – a przynajmniej deklarowanego przez autora ustawy – jakim ma być lepsza sytuacja pacjenta na rynku świadczeń zdrowotnych. Co do takiego skutku wątpliwości mają dziś chyba najwięksi optymiści, zwłaszcza sami

zainteresowani. Jak wspomniano wyżej, często podnoszony jest argument, że zmiany te mogą potencjalnie zaszkodzić dostępności do wysokospecjalistycznych usług, szczególnie w szpitalach klinicznych. W stosunku do działalności i funkcjonowania szpitali wojewódzkich można założyć, że będą mogły odnieść z proponowanych zmian przekształceniowych wymierne korzyści. Przede wszystkim nie istnieje w obecnym kształcie ustawy żaden mechanizm, który mógłby zostać zastosowany w celu zmuszenia tych podmiotów do świadczenia usług niedochodowych.

Zapis z art. 38 ustawy o możliwości nałożenia obowiązku wykonania określonego zadania na podmiot prowadzący działalność leczniczą przez określone w ustawie organy administracji rządowej lub przez organy samorządu terytorialnego (w zależności od tego, kto jest właścicielem/udziałowcem/akcjonariuszem podmiotu leczniczego) pozostaje obowiązkiem nieegzekwowanym – nawet pomimo także określonej w ustawie zasady zapewnienia środków finansowych na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tych zadań (chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy). Podobnie kwestia możliwości zaprzestania prowadzenia działalności leczniczej nie została uregulowana z dostatecznym zagwarantowaniem uprawnień administracji w stosunku do podmiotu leczniczego. Art. 34 stanowi w tym względzie, że podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnego i całonocnego świadczenia zdrowotnego może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń. Wprawdzie czasowe zaprzestanie działalności wymaga zgody wojewody (z wnioskiem o udzielenie zgody występuje do wojewody kierownik), jednak w przypadku zaprzestania prowadzenia działalności z naruszeniem trybu art. 34 możliwości wojewody sprowadzają się do nałożenia na kierownika w drodze decyzji administracyjnej kary pieniężnej w wysokości do jego trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia (decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności) – nie ma natomiast w ustawie żadnego postanowienia, które określałoby, w jaki sposób zapewnić w tej sytuacji ciągłość opieki zdrowotnej.

Można mieć nadzieję, że po wprowadzeniu zmian zawartych w ustawie kierownicy podmiotów leczniczych, którzy będą lepiej wynagradzani, także poprzez możliwość stosowania odpowiednich systemów motywacyjnych, staną się bardziej zainteresowani właściwym funkcjonowaniem ich placówek i z większą determinacją podejmą się zadań wynikających z zarządzania szpitalem. Jednakże będą prawdopodobnie starali się – zgodnie z zasadami prowadzenia działalności gospodarczej – ograniczać kontraktowanie usług dla nich niedochodowych, generujących straty. Jeśli w sytuacji skromnych zasobów systemowych NFZ nie będzie w stanie zaproponować im wyższych stawek na te świadczenia, w konsekwencji może dojść do sytuacji dramatycznych. Mogłoby

temu zapobiec np. wprowadzenie zasad kontraktowania całych pakietów świadczeń zdrowotnych (obejmujących obligatoryjnie powiązane z sobą grupy świadczeń na zasadzie kontraktowania w systemie „wiązanym”), ale trudno ocenić jednoznacznie walory takiego rozwiązania. Nie jest też prawdą, że jedynym rozwiązaniem sytuacji będzie podnoszenie poziomu składki zdrowotnej – system niesprawny skonsumuje każdą ilość środków bez jakichkolwiek pozytywnych dla jego użytkowników efektów.

Aktualny proces przekształceń SPZOZ-ów, rozpoczęty jako próba usamodzielnienia ZOZ-ów i uniezależnienia od bieżącej polityki, związanego z nią lobbingu, doprowadził w świetle nowej ustawy do ostatecznego zrównania tych podmiotów w zakresie formy prawnej z podmiotami gospodarczymi – spółkami prawa handlowego. Spółki te, jako podmioty regulowane prawem handlowym, podlegają ściśle określonym na gruncie prawa, racjonalnym z punktu widzenia gospodarczego i sprawdzonym mechanizmom kontroli i samokontroli. Spółki prawa handlowego to podmioty doskonale osadzone w rzeczywistości prawnej w sferze ekonomicznej. Wieleletnia tradycja, logika rozwiązań prawa handlowego wydają się stanowić gwarancje prawidłowego rozłożenia układu sił poszczególnych grup interesariuszy: właściciela, zarządu i pracowników. O ile jednak w tych kwestiach nie budzi wątpliwości racjonalność rozwiązań prawnych, to w kontekście specyficznych usług, jakimi są świadczenia zdrowotne, w relacji spółka–konsument ten ostatni może się znaleźć w sytuacji zdecydowanie niekorzystnej. Pozycja pacjenta, jego interesy są tu najslabiej reprezentowane. Natomiast w obecnym systemie pozycja ta także jest najslabsza i choć spółka prawa handlowego jako podmiot samodzielny, prowadzący działalność leczniczą, nie musi wypełniać żadnych dodatkowych zobowiązań wynikających z konieczności zabezpieczenia interesów pacjentów, to jednak kontrakt z NFZ może stanowić warunek funkcjonowania. Nie da się tu także przełożyć zasad nowoczesnego marketingu stawiającego sobie za cele zwiążanie się z klientem jak najsilniejszą relacją, stanowiącą podstawę sukcesu traktowanego w kategoriach biznesowych. Klient spółki prowadzącej działalność leczniczą nie ma bowiem w obecnym systemie praktycznie żadnej mocy decyzyjnej ani żadnych „twardych” argumentów – nie decyduje o wyborze ubezpieczyciela i nie ma nad nim żadnej kontroli, jego kieszenie świecą pustkami, a dla pojawiającej się potrzeby świadczenia zdrowotnego nie ma alternatywy... Jest to jeszcze jeden powód swoistego przesunięcia akcentów – zamiast daremnie zabiegać o klienta, spółka będzie musiała zabiegać o „dobry” (opłacalny) kontrakt z NFZ.

Ostatecznie można więc z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że przekształcenie SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego nie gwarantuje żadnego sukcesu *per se*. Przekształcenie w formułę spółki bez odpowiedniej restrukturyzacji i określenia zasad dotyczących wartości minimalnych udziałów Skarbu Państwa (tylko w stosunku do spółek zakładanych przez uczelnie medyczne wprowadzono wymóg 51% udziałów w spółce) nie może być traktowane jako taka gwarancja. Do-

świadczenia w tym względzie już teraz pozwalają na stwierdzenie, że w sytuacji powstawania szpitali-spółek bez programu restrukturyzacji i wobec słabego zarządu spółki te nadal generują straty. Jedynym argumentem w tej sytuacji wydaje się słuszne założenie, że organy założycielskie mogą wówczas znacznie szybciej i skuteczniej podejmować decyzje ukierunkowane na naprawę sytuacji, gdyż już sama prawna forma spółki prawa handlowego zmusza zakład do racjonalnego, efektywnego i elastycznego zarządzania, do podejmowania decyzji, za które musi wziąć odpowiedzialność.

Podstawowa różnica między formą SPZOZ a spółką dotyczy właśnie kwestii zarządu i kontroli. Istotną rolę w tym względzie w spółkach prawa handlowego pełnią rady nadzorcze, które w imieniu właściciela kontrolują zarząd. Funkcjonujące w SPZOZ rady społeczne były często do nich porównywane – jest to jednak zupełnie bezzasadne, gdyż ich kompetencje są diametralnie różne: ich podstawowym zadaniem jest reprezentowanie interesów lokalnej społeczności (w tym zwłaszcza pacjentów lub pracowników szpitala – choć bywa to w praktyce znacznie bardziej skomplikowane). Z pewnością rada społeczna, w przeciwieństwie do rad nadzorczych spółek, nie reprezentuje interesu SPZOZ-u w sensie sprawnie funkcjonującego podmiotu gospodarczego (co stanowi zasadniczy cel rady nadzorczej). Jeśli jednak mamy do czynienia z formą spółki prawa handlowego, w której jedynym właścicielem pozostała JST – sytuacja się nie zmienia i rada nadzorcza stanowi organizm sklonowanej rady społecznej. Co więcej, w nowej formule prawnej definiowanej umową spółki (zasada swobody umów) możliwe jest bardzo szerokie określenie uprawnień rady nadzorczej, a w konsekwencji fiasco procesu przekształceniowego staje się prawdopodobne.

Próby restrukturyzacji szpitali podejmowane są od wielu lat, a w ramach procesów przekształceniowych dochodzi często do zamykania lub zmiany profilu wybranych oddziałów, zmniejszenia liczby łóżek, redukcji i poziomu zatrudnienia oraz do fuzji szpitali. Obecnie na gruncie nowej legislacji postulowane zmiany w zakresie formy funkcjonowania podmiotów leczniczych uzyskały jedynie podstawy prawne dla działania tych podmiotów w systemie w formie spółek prawa handlowego – w stosunku do szpitali problem ten nie sprowadza się do całkowicie nowej formy prawnej, ale do wielu zagadnień zasygnalizowanych powyżej, wśród których na pierwsze miejsce wysuwają się nieuregulowane kwestie miejsca tych podmiotów w systemie, misji w infrastrukturze ochrony zdrowia, zdefiniowanych na poziomie konstytucji obowiązków publicznych i zasad dotyczących ich realizacji. To prowadzi ostatecznie do wniosku, że bez wskazanych wyżej dalszych konsekwentnych zmian systemowych i zagwarantowania wymogów prowadzenia działalności leczniczej w formule *non-profit* w ramach publicznego systemu (przynajmniej w stosunku do znaczącej części działających tu podmiotów) eksperyment legislacyjny może przynieść skutki znacznie bardziej szkodliwe, bo dotyczące problemu statusu zdrowotnego polskiego społeczeństwa w przyszłości.

Przypisy

¹ Od początku reform zdrowotnych w Polsce do chwili obecnej zostały kolejno uchwalone 3 podstawowe ustawy systemowe w ochronie zdrowia (określające zasady funkcjonowania systemu i podmiotów w nim uczestniczących): ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wprowadzająca ten system w miejsce siemaskowskiej służby zdrowia (Dz.U z 1997 r., nr 28, poz. 153), ustawa z 23.02.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (orzeczenie TK o niekonstytucyjności: wyrok TK Dz.U. z 2004 r. nr 5, poz. 37) i ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135). W Niemczech w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych obowiązuje do dziś (wielokrotnie nowelizowana) ustawa z 1911 r.

² Pojęcie inflacji odnosi się do nadmiaru prawa w jego ilościowym znaczeniu, w kontekście polskich reform problem ten nakłada się na niestabilność regulacji (jakość, pewność obrotu prawnego), por. Pałeczki K., *Prawoznawstwo, zarys wykładu*, Diffin, Warszawa 2003, 161–175.

³ Pakiet w postaci sześciu ustaw zdrowotnych autorstwa Platformy Obywatelskiej (co z punktu widzenia procesu legislacyjnego ma istotne znaczenie – projekt rządowy wymagałby bowiem konsultacji społecznych) został uchwalony przez Sejm 22.10.2008 r. i ostatecznie przyjęty po uwzględnieniu poprawek senatu 6.11.2008 r. Zakładał m.in. obligatoryjne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, przejście ich kapitału w całości przez samorząd terytorialny. W sprawie pakietu opozycja z Prezydentem Lechem Kaczyńskim żądała od początku przeprowadzenia referendum. Ustawę o ZOZ-ach, wzbudzającą najwięcej kontrowersji, poparło 197 posłów PO, 28 posłów PSL oraz 6 posłów niezrzeszonych. Przeciw opowiedziało się 149 posłów PiS, 30 posłów Lewicy, 8 posłów koła SdPI-NL, 3 posłów koła DKP i jeden poseł niezrzeszony. Ostatecznie, po zawetowaniu ustawy, do wprowadzenia zmian na poziomie ustawowym nie doszło. Najwięcej kontrowersji budziła kwestia dotycząca rozwiązania w sferze przejścia majątku ZOZ-ów: samorządy miały otrzymać 100% kapitału zakładowego, którym mogłyby swobodnie dysponować (np. podejmować decyzje o ewentualnej sprzedaży udziałów, co dawałoby samorządom możliwość całkowitego wyzbycia się kapitału ZOZ-ów). Skala zmian legislacyjnych implikowanych pierwszym pakietem ustaw zdrowotnych była zasadnicza: wprowadzenie pakietu to konieczność nowelizacji innych 47 ustaw!

⁴ Prezydenckie weto uniemożliwiło wprowadzenie zmian drogą ustawową – alternatywny plan B został wprowadzony w formie uchwały Rady Ministrów (wielokrotnie negatywnie ocenianej jako metoda regulowania zasadniczych kwestii systemowych). Plan B w założeniu miał stwarzać system zachęt finansowych dla przekształcających się szpitali, zrezygnowano z kontrowersyjnej zasady obligatoryjnych przekształceń szpitali na rzecz fakultatywnej decyzji samorządu, jednak w warunkach zagrożenia finansowymi konsekwencjami nieprzystąpienia do proponowanego w planie B procesu prywatyzacji.

⁵ Chodzi o skalę zjawiska (nieliczne prywatne szpitale już funkcjonują w systemie) – ustawa zakłada stopniowe wyparcie z rynku SPZOZ-ów.

⁶ Fakultatywność przystąpienia do procesu przekształceniowego jest często iluzoryczna – w perspektywie konieczności pokrycia wszystkich finansowych zobowiązań placówki przez samorząd terytorialny, jeśli nie skorzysta z opcji prywatyzacji. Pozostałe SPZOZ-y będą musiały konkurować z prywatnymi – a to może zasadniczo wpłynąć na decyzję o przekształceniu.

⁷ Tekst projektu ustawy: druk sejmowy nr 3489 z 15.10.2010 r., www.sejmgov.pl

⁸ Ustawa z 30.07.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

⁹ W połowie 1998 roku w Polsce funkcjonowało około 100 SPZOZ-ów, które miały pozytywne wyniki. Pozostałe kilka tysięcy SPZOZ-ów powstało pod koniec 1998 roku, co wynikało z zapisów ustawy z 6.02.1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 roku, nr 28, poz. 153). Za zmianą formy prawnej nie poszły zmiany restrukturyzacyjne, co w konsekwencji doprowadziło w kolejnych latach do rosnącego zadłużenia SPZOZ.

¹⁰ Organami założycielskimi dla SPZOZ-ów były wskazane w ustawie o ZOZ-ach podmioty: minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda, JST oraz publiczna uczelnia medyczna lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

¹¹ Por. Dercz M., Izdebski H., *Zakłady opieki zdrowotnej, R.X; Inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych R. XI*, w: *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Iuris Polskie Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa–Poznań 2001.

¹² Art. 1 Ustawy z 30.07.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

¹³ Najważniejsze to: ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej – zob. lista przywołanych aktów prawnych.

¹⁴ Przykładowo były to: Ustawa z 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych oraz Ustawa z 29 września 1994 roku o rachunkowości (zob. [13]).

¹⁵ Zasady odpowiedzialności dyrektorów za działalność publicznych ZOZ-ów wynikają z art. 44, ust. 1 ustawy o ZOZ-ach, gdzie znajdujemy ogólny zapis stanowiący, że kierownik kieruje zakładem i reprezentuje go na zewnątrz, a jego odpowiedzialność odnosi się do pełnego zakresu działalności zakładu. Kierownik SPZOZ jest jednocześnie organem osoby prawnej, a ZOZ jako zakład pracy – pracodawcą kierownika. Przepisy z art. 44 nie precyzują szczegółowo zakresu kompetencji kierownika ZOZ-u i pomimo że kierownikowi SPZOZ pozostawiono dużą swobodę w kwestii bieżącego zarządzania, to jednak jego odpowiedzialność jest ograniczona i nie można jej porównać do odpowiedzialności np. prezesa spółki prawa handlowego. Dotyczy to zwłaszcza odpowiedzialności materialnej z tytułu zaciągniętych zobowiązań. Zakładaną samodzielność kierownika ogranicza z jednej strony organ założycielski (pełniący tzw. funkcje właścicielskie) oraz Rada Społeczna, dla której działania podstawy prawne zawierają kolejno art. 44b, art. 46, art. 48a ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 91.91.408 z późn. zm.).

¹⁶ Art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (zob. [15]).

¹⁷ Art. 54 ustawy o ZOZ.

¹⁸ Art. 35b ustęp 3 ustawy o ZOZ.

¹⁹ Rejestry co do zasady prowadzą wojewodowie, dla ZOZ-ów utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego organem rejestrowym jest minister zdrowia.

²⁰ Musi być zgodny z treścią art. 1 ustawy o ZOZ-ach.

²¹ W tym względzie decydujące są odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego – zgodnie z ich zapisami SPZOZ powstaje z chwilą wpisu do KRS.

²² Art. 8 ustęp 1 ustawy o ZOZ.

²³ Wymóg ten dotyczy wszystkich ZOZ-ów – jest uwarunkowany rodzajem działalności, a nie formą prawną zakładu.

²⁴ Zgodnie z ustawą z 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej.

²⁵ Podstawy tej kontroli oraz jej zakres regulują zasadniczo art. 67–67b ustawy o ZOZ-ach.

²⁶ Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2007, 373.

²⁷ Art. 67 pkt. 4 ustawy o ZOZ-ach.

²⁸ Ibidem, s. 328.

²⁹ <http://www.24finanse.pl/niska-wycena-swiadczen-przez-nfz-ogranicza-rozwoj-sektora-niepublicznego-i-utrudnia-dostep-do-swiadczen/>, dostęp 1.02.2011 r.

³⁰ Ustawa o ZOZ-ach przyjęta przez Sejm w 2008 roku (za przyjęciem ustawy opowiedziało się 231 posłów, przeciwnych było 191, 1 wstrzymał się od głosu) i zawetowana przez prezydenta.

³¹ Założenia przedstawione z 17 lutego 2009 r., program przekształceń przyjęty w formie uchwały przyjętej przez rząd w kwietniu 2009 r. – Uchwała nr 58/2009 RM w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf.

³² Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.

³³ A zatem zakresy przedmiotowego pojęcia komercjalizacji będą mogły być wyłącznie wskazane przez ustawę działania.

³⁴ Art. 1 Ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., z Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.

³⁵ Pojęciu komercjalizacji poświęcony jest krótki ustęp 1 art. 1 ustawy, natomiast pojęcie prywatyzacji to znacznie bardziej rozbudowany ustęp 2 tego samego artykułu.

³⁶ Ustawa z 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa, Dz.U. Nr 106, poz. 493 i Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 106, poz. 673, Nr 115, poz. 741 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 155, poz. 1014, z 2000 r. Nr 48, poz. 550, z 2001 r. Nr 4, poz. 26 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 240, poz. 2055.

³⁷ Punkt 1a ustępu 2 art. 1 Ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561 – chodzi o zbywanie akcji i majątku należącego do nowo powstałej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa różnym niepaństwowym podmiotom (w tym także o przeniesienie własności poprzez wniesienie przedsiębiorstwa do innej spółki i oddanie przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania).

³⁸ Art. 1 ustęp 2 pkt 2 Ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.

³⁹ Mowa tu o sprzedaży zarówno całości, jak i części majątku przedsiębiorstwa.

⁴⁰ Tu także konieczne jest stosowanie określonych reżimów oraz zasad: za prawidłowy przebieg procesów prywatyzacyjnych, zgodność z obowiązującymi zasadami prawa, stosowanie odpowiednich procedur odpowiedzialność ponosi przede wszystkim Ministerstwo Skarbu Państwa.

⁴¹ Ze strony opozycji politycznej stosowane jest wyłącznie pojęcie prywatyzacji, podczas gdy strona rządowa posługuje się wymiennie wskazanymi w tekście pojęciami: komercjalizacji, przekształceń właścicielskich, odpublicznienia itp.

⁴² Dz.U. z 2000 r., nr 94, poz. 1037.

⁴³ Forma prawna spółki kapitałowej najczęściej dotyczy organizacji podmiotów gospodarczych, wykorzystywana jest głównie w prowadzeniu dużych przedsiębiorstw, a także w wewnętrznej organizacji grup kapitałowych. Od początku ich działanie związane było z posiadaniem kapitałem – w zamian za gotówkę spółki te oferowały udziały w oczekiwanym zysku. Często sami udziałowcy – akcjonariusze nie mieli wpływu na sposób wykorzystania wnoszonego kapitału, jego przeznaczenie, a także na samą działalność spółki.

⁴⁴ Często stosowane jest w stosunku do spółki kapitałowej pojęcie ograniczenia odpowiedzialności wspólników do wysokości wniesionych wkładów, co w istocie z punktu widzenia prawa nie ma miejsca – wniesione wkłady stają się bowiem w momencie utworzenia spółki jej własnością.

⁴⁵ W systemach prawa kontynentalnego (do takich należy polskie prawo) wskazuje się dwa typy spółek kapitałowych: z ograniczoną odpowiedzialnością (niem. Gesellschaft mit beschränkter Haftung – GmbH, franc. Société à responsabilité limitée – S.à R.L., hol. Besloten Vennootschap – B.V.) oraz akcyjne (niem. Aktiengesellschaft – AG, franc. Société Anonyme – S.A., hol. Naamloze Vennootschap – N.V.). Spółka akcyjna to forma odpowiednia dla dużych przedsiębiorstw, typowa spółka kapitałowa, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością to forma prawna raczej dla mniejszych przedsiębiorstw oraz tzw. spółek celowych (w odróżnieniu od spółki akcyjnej posiada pewne elementy typowe dla spółek osobowych).

⁴⁶ Spółka, o której mowa, ma prowadzić działalność leczniczą, zgodnie z treścią art. 16. ustawy, który stanowi: 1. Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej; 2. Do działalności leczniczej podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

⁴⁷ Art. 59 ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej w dniu 15.04.2011 r. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).

⁴⁸ <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej-marszalkowie-przeciwko-komercjalizacji-szpitali-w-tej-wersji,105031,14.html>, 1.02.2011 r.

⁴⁹ Art. 60 pkt. 1 i 4 ustawy o ZOZ-ach, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

⁵⁰ Tak m.in. Janusz Solarz, wiceminister zdrowia w latach 1997–1999, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej-rzad-przyjal-projekt-samorzady-oczekuja-wsparcia,102701,1.html>, 1.02.2011 r.

⁵¹ Art. 38 Ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej w 15.04.2011 r. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpa-

trzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).

⁵² Art. 38 ustęp 2 Ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej 15.04.2011 r. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).

⁵³ Stanowisko rektorów skupionych w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi8_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Uwaga do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszona przez rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi9_pro_dzial_10112010.pdf, 01.02.2011 r.

⁵⁶ W przypadku Uniwersytetu Medycznego w Warszawie jest to ponad 70%, Collegium Medicum w Bydgoszczy – ponad 100%, w przypadku Collegium Medicum UJ w Krakowie to 37,5% (dane dotyczą 2009 roku), w: Stanowisko rektorów skupionych w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi8_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

⁵⁷ Art. 4 ustęp 1 projektu ustawy o działalności leczniczej, tekst projektu w formie przekazanej do konsultacji społecznych, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/proj_pop_ustaw_10092010.pdf.

⁵⁸ Uwagi do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, prof. dr hab. med. Jana Kuliga, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi1_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

⁵⁹ Komentarz rządowy do projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.techrad.mmj.pl/morepages/projekt_1.pdf, 1.02.2011 r.

⁶⁰ <http://www.nil.org.pl/doc/19144/04%20o%20dzialalnoscii%20leczniczej.pdf>, 1.02.2011 r.

⁶¹ Projekt ustawy o działalności leczniczej, art. 9, pkt 1. j.w.

⁶² Taki skutek jest zdaniem Roberta Mołdacha, eksperta ds. zdrowia Pracodawców RP, prawdopodobnym efektem wprowadzonego w tych przepisach progu minimalnej wartości posiadanego przez spółkę prawa handlowego kapitału, <http://www.medicalnet.pl/Nowy-przepis-zlikwiduje-szpitalne-NZOZ-y,wiadomosc,11,pazdziernik,2010.aspx>, 01.02.2011 r.

⁶³ Stanowisko rządu wydaje się w tej kwestii czytelne, biorąc pod uwagę kolejne etapy procesu prowadzącego do ostatecznego przyjęcia nowej ustawy w obecnym kształcie – począwszy od pierwszego pakietu ustaw zdrowotnych, a skończywszy na obecnym akcie (jak to zostało opisane wcześniej).

⁶⁴ Artykuły 66–68 projektu ustawy o działalności leczniczej i 69–82 przyjętej ustawy o działalności leczniczej.

⁶⁵ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi4_pro_dzial_10112010.pdf, 01.02.2011 r.

⁶⁶ Ibidem. Dane te bezpośrednio odzwierciedlają stan wyposażenia w aparaturę stosowaną w badaniach radiologicznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego: w Polsce 1 aparat na 750 tys. mieszkańców, w UE – 1 na 250 tys. (co potencjalnie daje trzykrotnie wyższą liczbę pacjentów i trzykrotnie wyższą dawkę promieniowania).

⁶⁷ Stanowisko Zarządu Krajowego OZZL w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.ozzl.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=12437:opi

nia-ozzl-o-rzadowym-projekcie-ustawy-o-dzialalnoci-leczniczej &catid=56:aktualnoci&Itemid=2.

⁶⁸ Stanowisko przytoczone za: [67].

⁶⁹ Ustawa z 7.03.2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. Dz.U. z 2011 r., nr 45, poz. 235.

⁷⁰ Według PAP, Artykuł z: 2011-01-05, http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/476199,sejm_przyjal_ustawe_bedzie_lawniej_zalozyc_zlobek.html. Należy podkreślić, że bez względu na zajmowane stanowisko w kwestii wychowania dzieci w wieku do lat 3 wymogiem podstawowym jest prawo wyboru – kobiety decydujące się na wczesny powrót do pracy powinny mieć taką możliwość, w tym kontekście istotne są różne rozwiązania, poza samym faktem wyjęcia żłobków z kategorii ustawowych ZOZ-ów, nie należy to jednak do tematyki niniejszego opracowania.

⁷¹ Trzeba podkreślić, że częste utożsamianie interesów pacjentów z interesami ubezpieczonych jest efektem zasadniczego błędu – te interesy z założenia są z sobą sprzeczne: ubezpieczony (zdrowy) jest zainteresowany takimi aspektami funkcjonowania systemu, jak: zmniejszenie wysokości indywidualnego obciążenia, wybór ubezpieczyciela, racjonalne wydatkowanie środków systemowych, społeczna kontrola decyzji finansowych i kontrola kosztów, partycypacja w podejmowaniu decyzji systemowych, stosowna reprezentacja interesów ubezpieczonych, natomiast pacjent jest już zainteresowany aspektami dotyczącymi samego procesu leczenia (ew. diagnozowania, monitoringu przebiegu choroby), jak najszerszą dostępnością do świadczeń zdrowotnych, które (często w jego subiektywnej opinii) mu się „należą”, ich jak najwyższą jakością i technologicznie wysokim standardem (bez względu na koszty systemowe).

⁷² Ubezpieczyciele ci mieliby wzorem rozwiązania przyjętego w Holandii rywalizować o składki zdrowotne Polaków, co pozytywnie wpłynęłoby na sytuację ubezpieczonych i pacjentów w relacji z innymi podmiotami – uczestnikami systemu ochrony zdrowia.

⁷³ W ostatnich dniach poziom współpłacenia przez pacjentów za świadczenia udzielane w systemie znacznie podwyższyli m.in. Czesi, którzy dopłacają do każdej wizyty u lekarza i do pobytu w szpitalu, co w Polsce jak dotąd wydaje się nie do pomyslenia. Problemem wartym zastanowienia jest jednak kwestia tego, na co w tej sytuacji może liczyć pacjent czeski, a czego może się spodziewać pacjent polski; poza tym system czeski jest oparty na ubezpieczalniach zdrowotnych, funkcjonujących na zasadzie funduszy publicznych i kontrolowanych przez zarządy i rady nadzorcze, w których zasiadają przedstawiciele rządu, pracodawców i ubezpieczonych (konkurencja ubezpieczycieli), współpłacenie dotyczy odpowiednio: za wizytę w przychodni opłata ta wynosi każdorazowo 30 Kcz (1 korona czeska = ca 0,16 zł) i 60 Kcz za każdy dzień spędzony w szpitalu, uzdrowisku, sanatorium. Szacuje się, że dodatkowe opłaty w 2009 roku przyniosły z tytułu wizyt w przychodniach lekarskich 1,8 mld koron i 1,3 mld koron w szpitalach, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Czechy-tam-juz-wprowadzono-wspolplacenie-w-ochronie-zdrowia,18071,1.html>.

Abstract

„Healing company”. The innovative legislative and systemic solution or the reform quibble?

Key words: health care units, local government, ownership problems in health care, transformation, hospitals privatization, commercial law, commercial law companies

The necessity of the hospitals status change in Poland was the hot issue for quite a long time. The problems of hospitals debts, local governments role, state (public) ownership problems, management weaknesses, resources lack, humans resources problems and many others have been stressed in public debates, often by different sides and political parties. The present Ministry of Health from the very beginning proposed the formal status change concerning ownership of health care units, mainly hospitals, as a first step for the system transformation in this respect. The proposal of the new legislation called the Health package included such approach. One of the most important laws in the package was the “Hospitals privatisation”, subsequently vetoed by the President representing the political opposition. The next step toward the transformation was the governmental Plan B, proposed also by Ministry of Health, criticized for the improper legal instruments and ineffectivity of the proposed strategy. The new legislation, described in this paper, is a consequence of the process and the main issue of the analysis undertaken hereby.

Piśmiennictwo:

1. Dercz M., Rek T. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2007.
2. Dercz M., Izdebski H., *Zakłady opieki zdrowotnej*, R.X; *Inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych*, R. XI, w: *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Iuris Polskie Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa–Poznań 2001.
3. Koziarkiewicz A., *Koło ratunkowe dla szpitali*, Termedia, Poznań 2008.
4. Michalak J., *Prywatyzacja tak, ale... inaczej*, „Menedżer Zdrowia”, wrzesień 6/2008.
5. Michalak J., *Prywatyzacji nie da się zadekretować*, „Menedżer Zdrowia”, czerwiec 4/2005.
6. Ministerstwo Zdrowia, *Przekształcenia własnościowe w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzone decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2006*, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa czerwiec 2007.
7. Pałeczki K., *Prawoznawstwo, zarys wykładu*, Diffin, Warszawa 2003, 161–175.
8. Stanowisko rektorów skupionych w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi8_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.
9. Uwaga do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszona przez rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi9_pro_dzial_10112010.pdf, 01.02.2011 r.
10. Uwagi do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszone przez konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, prof. dra hab. med. Jana Kuliga: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi1_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

11. Komentarz rządowy do projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.techrad.mmj.pl/morepages/projekt_1.pdf, 1.02.2011 r.
12. Stanowisko Zarządu Krajowego OZZL w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.ozzl.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=12437:opinia-ozzl-o-rzadowym-projekcie-ustawy-o-dzialalnoci-leczniczej&catid=56:aktualnoci&Itemid=2.
13. PAP, Artykuł z: 2011-01-05, Będzie łatwiej założyć żłobek, http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/476199,sejm_przyjal_ustawe_bedzie_latwiej_zalozyc_zlobek.html.
14. Ustawa z 30.07.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.
15. Ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 153.
16. Ustawa z 23.01.2003 r. o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 391 (wyrok TK Dz.U. z 2004 r., nr 5, poz. 37).
17. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.
18. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2006 r., nr 191, poz. 1410.
19. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. z 1985 r., nr 12, poz. 49.
20. Ustawa z 30.06.2005 r. o finansach publicznych, Dz.U. z 2005 r., nr 249, poz. 2104.
21. Ustawa z 29.09.1994 r. o rachunkowości, Dz.U. z 1994 r., nr 121, poz. 591.
22. Ustawa z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz.U. z 2004 r., nr 173, poz. 1807.
23. Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.
24. Ustawa z 8.08. 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa, Dz.U. Nr 106, poz. 493 i Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 106, poz. 673, Nr 115, poz. 741 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 155, poz. 1014, z 2000 r. Nr 48, poz. 550, z 2001 r. Nr 4, poz. 26 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 240, poz. 2055.
25. Ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, Dz.U. z 2011 r., nr 45, poz. 235.
26. Ustawa Kodeks spółek handlowych, Dz.U. z 2000 r., nr 94, poz. 1037.
27. Ustawa Kodeks cywilny, Dz.U z 1964 r., nr 16, poz. 93.
28. Uchwała nr 58/ 2009 RM w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf.
29. Projekt ustawy o działalności leczniczej wraz z komentarzem ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej w dniu 15.04.2011. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).
30. Projekt ustawy o działalności leczniczej, tekst projektu w formie przekazanej do konsultacji społecznych, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/proj_pop_ustaw_10092010.pdf.
31. Tekst projektu ustawy o działalności leczniczej: druk sejmowy nr 3489 z 15.10.2010 r., www.sejm.gov.pl.

■ O autorce:

dr Anna Mokrzycka – Zakład Polityki Zdrowotnej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.