

PIOTR PAWŁOWSKI

Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu, Wydział Finansów i Bankowości
e-mail: p.pawlowski01@o2.pl

Postulowane kierunki zmian polskiego systemu opieki zdrowotnej – uwagi na tle funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*

Streszczenie. W artykule podjęto próbę ukazania systemu opieki zdrowotnej w Polsce jako za bardzo scentralizowanego. Wynika to z niskiej sprawności systemu, a także poziomu świadczonej w ramach tego systemu opieki zdrowotnej. Stosując metodę dogmatyczno-teoretyczno-prawną, przeanalizowano ustawę o działalności leczniczej, przedstawiono strukturę systemu opieki zdrowotnej. Dokonano też analizy pod kątem regulacji w zakresie tworzenia, funkcjonowania i likwidacji podmiotów leczniczych – samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wybranych kompetencji podmiotu tworzącego i kierownika podmiotu leczniczego. Wysunięte wnioski wskazują, że w dłuższej perspektywie polski ustawodawca powinien podjąć się działań gruntownie reformujących system opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: administracja, administracja publiczna, jednostki samorządu terytorialnego, podmiot leczniczy, podmiot wykonujący działalność leczniczą, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, system opieki zdrowotnej w Polsce

1. Wprowadzenie

Ochrona zdrowia należy z jednej strony do najbardziej istotnych sfer życia społecznego, z drugiej jednak jest dziedziną bardzo zaniedbaną. Ustawodawca, pomimo zapowiadanych reform, nie podjął się jeszcze gruntownej reformy systemu polskiej opieki zdrowotnej. Dotychczas wprowadzano jedynie drobne nowelizacje przepisów w tym zakresie, które nie są wystarczające, aby

* Artykuł został przygotowany na podstawie pracy magisterskiej autora pt. „Rola administracji publicznej w tworzeniu, funkcjonowaniu i likwidacji podmiotów leczniczych” napisanej pod kierunkiem dr Agnieszki Narożniak.

poprawić istniejący stan. Niezadowolenie społeczeństwa jest coraz większe, a obawa przed pogorszeniem się funkcjonowania systemu wskutek nieprzemyślanych i pobieżnych działań nieustannie narasta. Obecnie, według badania przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), aż 66% ankietowanych negatywnie ocenia funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce, w tym 27% badanych ocenia ją zdecydowanie negatywnie. Największy odsetek niezadowolonych z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce stanowią osoby w wieku 25-34 lat (76%), absolwenci uczelni (74%), mieszkańcy gospodarstw domowych o dochodach *per capita* wynoszących od 2500 zł (64%), mieszkańcy miast od 20 000 do 500 000 mieszkańców (odpowiednio 71% i 73%). Przekładając to na podział ze względu na grupy społeczno-zawodowe, największe niezadowolenie wyrażają osoby pracujące na własny rachunek (80%), kadra kierownicza oraz specjaliści z wykształceniem wyższym (76%) i pracownicy administracyjno-biurowi (77%) [Omyła-Rudzka (oprac.) 2018: 1-2]. Dodatkowym, wartym uwagi przykładem i potwierdzeniem niekorzystnego stanu systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest akcja manifestacyjna zapoczątkowana we wrześniu 2019 r. przez środowiska lekarskie. Okręgowa Izba Lekarska im. prof. Jana Nielubowicza w Warszawie wraz z m.in. Okręgową Izbą Lekarską w Zielonej Górze, Szczecinie, Toruniu, Krakowie, Okręgową Radą Aptekarską w Warszawie, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, a także przedstawiciele grupy świadczeniobiorców – pacjenci, reprezentowani m.in. przez Fundację „My Pacjenci” ogłosili Narodowy Kryzys Zdrowia¹. Takie akcje pozwalają uświadomić sobie konieczność przeprowadzenia w najbliższym czasie reformy polskiego systemu opieki zdrowotnej. W ramach reformy powinny zostać dokonane fundamentalne i nieuniknione już zmiany w obszarze opieki zdrowotnej.

Z uwagi na to, że dla ustawodawcy najważniejsze powinno być zapewnienie swoim obywatelom warunków do zachowania zdrowia, obecna, bardzo niekorzystna sytuacja w systemie opieki zdrowotnej nie powinna mieć miejsca. Odwlekanie w czasie przeprowadzenia gruntownej reformy tego systemu jest działaniem przeciwko dobru i zdrowiu obywateli. W wydanym przez Najwyższą Izbę Kontroli raporcie analizy systemowej *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądanym kierunki zmian* uznano, że „poza działaniami w sferze profilaktyki i edukacji powinna nastąpić przebudowa systemu ochrony zdrowia tak, aby stał się on bardziej transparentny, lepiej zaspokajał potrzeby zdrowotne pacjenta, był lepiej finansowany z jednoczesnym zapewnieniem efektywniejszego wykorzystania środków” [Łuczak 2019: 12]. Jako jedną z rekomendacji „w celu

¹ <https://polskatochorykraj.pl/> [dostęp: 14.04.2020]; <https://izba-lekarska.pl/monitor-lekarski/polskatochorykraj-ale-wspolnie-mozemy-go-uleczyc/> [dostęp: 14.04.2020]; <https://oilgdansk.pl/polecamy/polska-to-chory-kraj-akcja-okregowej-izby-lekarskiej-w-warszawie/> [dostęp: 14.04.2020].

skoordynowania działań obejmujących tworzenie i funkcjonowanie podmiotów leczniczych” Najwyższa Izba Kontroli podała „wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie” [Łuczak 2019: 15]. Wynika z tego, że system opieki zdrowotnej wymaga przeprowadzenia reformy na różnych szczeblach, w różnym zakresie i kierunkach. Reforma, która jest bardzo potrzebna w polskim systemie opieki zdrowotnej, będzie zatem przedsięwzięciem niezwykle wielowymiarowym, wieloetapowym, pracochłonnym, a także czasochłonnym. Koszty jej przeprowadzenia również będą bardzo wysokie. Jednoczesne wprowadzenie wszystkich zmian jest niemożliwe. Proponowane i postulowane w pracy zmiany oraz ich kierunek mogą składać się na jeden z etapów wieloaspektowej reformy systemu. Należy pamiętać, że dopiero przeprowadzenie całej reformy skutkuje podniesieniem się jakości usług, a przez to i zdecydowaną poprawą zadowolenia z funkcjonowania systemu świadczeniobiorców – obywateli. Reorganizacja w proponowanym obszarze systemu może być jednym z kroków w stronę dalszych reform i poprawy obecnego stanu.

System opieki zdrowotnej to mechanizm działania w ramach funkcjonowania państwa mający cechy uporządkowanego, zharmonizowanego i celowościowego. Celem jego istnienia jest gwarancja stabilności i bezpieczeństwa w sferze zdrowia przez zapewnienie obywatelom dostępu do świadczeń leczniczych. Działania profilaktyczne kierowane do grup oraz udzielane świadczenia indywidualne mają służyć nieustannej poprawie zdrowia ogółu społeczeństwa [Tatara, Słoniewski, Dera 2010: 9]. Cezary Włodarczyk zdefiniował system opieki zdrowotnej, uznając go za „konceptyjnie wyodrębnioną całość, której części współprzyczyniają się do powodzenia całości, a powodzenie to jest rozumiane jako powodzenie misji polityki zdrowotnej” [cyt. za: Tatara, Słoniewski, Dera 2010: 9].

Przepis art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej jest podstawą do istnienia systemu opieki zdrowotnej². Prawo do ochrony zdrowia jest przyznane każdemu obywatelowi. Konstytucja RP gwarantuje ponadto, że obywatele mają równy dostęp do świadczeń udzielanych w ramach systemu opieki zdrowotnej, a finansowanych ze środków publicznych. To na władzę publiczną nałożone zostały obowiązki w zakresie zapewnienia obywatelom dostępu do opieki zdrowotnej. Człowiek nie może być pozbawiony prawa do ochrony swojego zdrowia. Dlatego też, na co uwagę zwrócił Marek Safjan, art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wyraża konstytucyjne prawo podmiotowe, wyrażające prawo każdego człowieka do ochrony zdrowia [Safjan, Bosek (red.) 2016a, za Legalis, komentarz do art. 68]. Z kolei, jak słusznie uznał Trybunał Konstytucyjny, bezpośrednimi adresatami art. 68

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm., zwana dalej: „Konstytucja RP”.

Konstytucji RP są: „każdy człowiek” i „władza publiczna”³. Władza publiczna to przede wszystkim organy państwa, a także samorządu terytorialnego. Przez „każdego człowieka” winno się tu rozumieć każdego, kto wymaga opieki zdrowotnej, czyli pomocy w przedmiocie ochrony własnego zdrowia. Człowiekiem natomiast w tym rozumieniu będzie każda osoba od chwili poczęcia (*nasciturus*) do chwili śmierci, a dokładniej do chwili ustania wszelkich funkcji mózgu⁴.

Polski system opieki zdrowotnej działa głównie na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej również u.d.l.)⁵.

³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt: K 14/03, nr 60760, za Legalis.

⁴ Rozbieżności w rozumieniu określenia „człowiek” wywołują w opinii publicznej niejednokrotnie gwałtowne emocje i dyskusje. Mając na celu powstrzymanie potencjalnych sporów w tym zakresie, na potrzeby niniejszego opracowania doprecyzować należałoby, w jaki sposób pojęcie człowieka powinno być rozumiane w znaczeniu, w którym zostało wykorzystane w tej pracy.

Terminem człowiek winno się określać każdego od chwili poczęcia do chwili śmierci. O ile jednak problemy definicyjne tego pojęcia nie są obecne w okresie pomiędzy momentem narodzin człowieka a chwilą, która bezpośrednio poprzedza moment jego śmierci, tak dookreślenia potrzeba dla początkowej i końcowej fazy życia. Dokładniej chodzi o moment „od kiedy” i „do kiedy” można używać terminu człowiek, odnosząc się do konkretnej istoty ludzkiej.

Człowiekiem jest *nasciturus*, a więc dziecko poczęte, ale jeszcze nieurodzone. Można to wnioskować chociażby z przepisu art. 2, ust. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz.U. 2017, poz. 922 z późn. zm.), który mówi, że „dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności”. Podobnie Preambuła do Konwencji o Prawach Dziecka z dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. 1991, nr 120, poz. 526 z późn. zm.) przywołuje fragment Deklaracji Praw Dziecka, gdzie mowa jest, że „dziecko, z uwagi na swoją niedojrzałość fizyczną oraz umysłową, wymaga szczególnej opieki i troski, w tym właściwej ochrony prawnej, zarówno przed, jak i po urodzeniu” (Fragment Preambuły Deklaracji Praw Dziecka uchwalonej przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1959 r., <http://www.un-documents.net/a14r1386.htm>, dostęp: 14.04.2020). Z kolei przepis art. 8 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2019, poz. 1145 z późn. zm.) uznaje, że zdolność prawną ma każdy człowiek od chwili urodzenia. Natomiast w art. 9 k.c. uznaje się, że „w razie urodzenia się dziecka domniemywa się, że przyszło ono na świat żywe”.

Przechodząc do chwili, w której człowiek umiera, należy zauważyć, że toczona są dyskusje na temat ustalenia momentu śmierci, a także definicji śmierci. Zgodnie z istniejącą w naukach medycznych tezą, śmierć następuje w chwili nieodwracalnego ustania wszelkich funkcji mózgu. Prowadzi to do wniosku, że nie powinno się uznawać ustania czynności oddechowej lub ustania funkcji serca z chwilą śmierci.

W kontekście powyższego na potrzeby niniejszego opracowania zasadne wydaje się uznanie za chwilę śmierci momentu, w którym jakiegokolwiek świadczenia zdrowotne (choćby stosowane) nie będą prowadziły do zamierzonych skutków, precyzyjniej nie utrzymają człowieka przy życiu. Podsumowując, człowiek to każdy, „kto wymaga pomocy w zakresie ochrony swojego własnego zdrowia”. Bezsprzecznie zgodzić należy się z tym, że już *nasciturus* może takiej pomocy wymagać, a więc jest człowiekiem. Z kolei zatrzymanie akcji serca czy też ustanie funkcji oddechowych również nie przesądza o śmierci człowieka, który nawet w takiej granicznej sytuacji wymaga jeszcze pomocy w ochronie swojego zdrowia.

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2018, poz. 2190 z późn. zm.).

W uzasadnieniu do projektu ustawy o działalności leczniczej wskazano kluczowe przyczyny złego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Zaliczono do nich brak efektywności prawnych form prowadzenia podmiotów leczniczych, zbyt niskie kwalifikacje podmiotów zarządzających oraz ograniczoną odpowiedzialność za zaciągane przez podmioty systemu opieki zdrowotnej zobowiązania⁶.

Ustawa o działalności leczniczej miała porządkować organizacyjnie system opieki zdrowotnej w Polsce. Chaos organizacyjny potęguje również to, że bardzo szeroki jest katalog podmiotów posiadających kompetencje do inżynierowania w strukturę (także i wewnętrzną) podmiotów leczniczych. Prowadzi to do tego, że w konsekwencji często nie wiadomo, kto i za jakie aspekty jest odpowiedzialny, kto może podejmować decyzje, kto ma wpływ na kształt systemu opieki zdrowotnej. W przytaczanym już opracowaniu-raporcie Najwyższa Izba Kontroli w syntezy wyników kontroli zauważyła, że „jak wskazują wyniki kontroli NIK, nie ma również odpowiedniej koordynacji działań między poszczególnymi samorządami powiatowymi i wojewódzkim, służącej zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, planowaniu udziału poszczególnych uczestników w systemie ochrony zdrowia, jak też racjonalnemu odtworzeniu i rozwojowi bazy materialnej” [Łuczak 2019: 9]. Choć nie wprost, potwierdza to, że polski system opieki zdrowotnej wymaga działań porządkujących w strukturze organizacyjnej.

Nie ma już wątpliwości, że system ulega destabilizacji, a skutki tego odczuwają pacjenci, na których powinna być skupiona największa uwaga. System ma działać dla pacjentów potrzebujących pomocy w zakresie ochrony zdrowia. Problemy z dokonywaniem zmian w ustawodawstwie czy dostosowywaniem procedur nie powinny stać ponad dobrem i zdrowiem pacjentów.

Z uwagi na powyższe należy przyjrzeć się ustrojowym kwestiom systemu opieki zdrowotnej na przykładzie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą – samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które tworzone i prowadzone są przez jednostki samorządu terytorialnego i Skarb Państwa.

Teżą pracy jest to, że administracja publiczna ma zbyt dużą rolę w procesie „życia” podmiotu leczniczego. Na każdym z jego etapów, począwszy od tworzenia, przez funkcjonowanie aż do likwidacji zakres jej oddziaływania jest zbyt duży. Powinno nastąpić w tym zakresie stopniowe cedowanie kompetencji na niższe szczeble. W ten sposób naturalnie zwiększyłyby się możliwości zarządcze poszczególnych podmiotów, co się postuluje. Kierownicy bezpośrednio zarządzający podmiotami leczniczymi powinni mieć zwiększany zakres kompetencji zarządczych nad podległymi im jednostkami organizacyjnymi, które razem składają się na system opieki zdrowotnej w Polsce.

⁶ *Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej*, Sejm RP VI kadencji, nr druku: 3489, s. 1, <http://www.sejm.gov.pl> [dostęp: 14.04.2020].

Celem niniejszej pracy jest udowodnienie sformułowanej tezy przez ukazanie, że zbyt szeroki zakres kompetencji administracji publicznej do bezpośredniego ingerowania w wewnętrzne rozwiązania podmiotów leczniczych w sposób negatywny wpływa na funkcjonowanie nie tylko konkretnego podmiotu, lecz przez to i całego systemu opieki zdrowotnej. Naturalną konsekwencją takiego stanu rzeczy jest ogólny spadek jego sprawności, a dalej i poziomu świadczonej opieki zdrowotnej.

Osiągnięcie założonego celu, a tym samym wyniku pracy wymaga uporządkowanego przedstawienia, po pierwsze katalogu podmiotów leczniczych i całej struktury systemu, po drugie analizy wybranych regulacji w odniesieniu do procesu tworzenia, funkcjonowania i likwidacji podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą – samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, po trzecie prezentację praktycznych rozwiązań funkcjonowania tych podmiotów i ukazania relacji pomiędzy uczestnikami procesu zarządzania podmiotem leczniczym i po czwarte skonkretyzowania postulatów *de lege ferenda*. Najważniejszą dla przeprowadzenia rozważań metodą badawczą jest metoda dogmatyczno-teoretyczno-prawna. Z kolei na końcu pracy sformułowano syntetyczne wnioski z przeprowadzonych analiz.

2. Zarys historyczny polskiego systemu opieki zdrowotnej

Systemy opieki zdrowotnej funkcjonujące w poszczególnych państwach, w tym także i w Polsce, opierają się na założeniach charakterystycznych dla konkretnego modelu. Obecnie na świecie stosowane są następujące modele systemów opieki zdrowotnej: Bismarckowski, Beveridge'a, Siemaszkowski, rezydualny, hybrydowy. W pracy uwagę poświęcono przede wszystkim modelowi Siemaszkowskiemu, ponieważ jego założenia zostały zastosowane swego czasu w Polsce i z tego modelu wywodzi się funkcjonujący, aczkolwiek zmodyfikowany system opieki zdrowotnej.

W modelu opracowanym przez Mikołaja Siemaszkę wykluczone w zasadzie było istnienie podmiotów prywatnych, a cały system opieki zdrowotnej był maksymalnie scentralizowany. Państwo poprzez rozbudowany aparat administracji państwowej mogło kontrolować swoich obywateli także w sferze zdrowia. System ten zakładał sprawiedliwy, równy, powszechny i nieograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w całości środkami pochodzącymi z budżetu państwa. Siemaszkowskie rozwiązania chętnie stosowane były w państwach socjalistycznych [Mokrzycka, Kowalska 2012: 14-15]. Po roku 1989 zaczęto w Polsce reformować system opieki zdrowotnej, czerpiąc z rozwiązań stosowanych w państwach zachodnich, w szczególności z modelu niemieckiego, który opierał się na założeniach opracowanych przez Ottona von Bismarcka (model Bismarckowski). Cechy charakterystyczne tego modelu to: decentralizacja,

nadzorcza rola centralnej władzy publicznej, która nie ingeruje w lokalne działania systemu, obowiązkowe ubezpieczenia, partycypacja w finansowaniu leczenia.

Obecnie w Polsce system opieki zdrowotnej opiera się na modelu mieszanym, co jednak nie przynosi pozytywnych efektów. Wprowadzenie w Polsce kas chorych zarządzanych przez województwa poskutkowało tylko wzrostem działań o charakterze konkurencyjnym pomiędzy nimi⁷. W 2003 r. przeprowadzono kolejną reformę, likwidując kasy chorych i tworząc Narodowy Fundusz Zdrowia. Obie reformy, w 1999 oraz w 2003 r., nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Następne tylko pogłębiały kryzys.

3. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, art. 2 ust. 1 pkt 5, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą zalicza się podmioty lecznicze, które zostały wymienione w art. 4 u.d.l. oraz lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę wykonującego zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o czym mowa w art. 5 u.d.l. Podmiotami leczniczymi są zatem m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, stanowiące przedmiot zainteresowania niniejszej pracy. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są zaliczane również do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, na co wskazuje art. 2 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 u.d.l.

Na marginesie wspomnieć warto, że katalog podmiotów leczniczych w rozumieniu art. 4 ustawy o działalności leczniczej przewiduje aż 7 form organizacyjnych, w jakich podmioty te mogą być prowadzone i ma on charakter zamknięty.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są, gdy jest to podyktowane uzasadnioną potrzebą zapewnienia zdrowotnego bezpieczeństwa mieszkańców na określonym terenie. Ustawa o działalności leczniczej wskazuje, że uprawnienia do bycia podmiotem tworzącym dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej mają: jednostki samorządu terytorialnego, ministrowie kierujący właściwymi działami administracji rządowej, centralne organy administracji rządowej, wojewodowie⁸. Przyznanie jednostkom samorządu terytorialnego kompetencji do tworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowot-

⁷ 1 stycznia 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.), ustanawiająca kasy chorych – regionalne dla każdego województwa (16 kas chorych) i Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych (1 kasa chorych).

⁸ Art. 6 ust. 1, 2 u.d.l. Minister kierujący właściwym działem administracji rządowej, centralne organy administracji rządowej, wojewoda reprezentują Skarb Państwa, który ustawa o działalności leczniczej wskazuje jako podmiot posiadający kompetencję do utworzenia i prowadzenia podmiotu leczniczego w formie m.in. samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 1 pkt 4 u.d.l.).

nej pozwala stwierdzić, że w ten sposób możliwa jest skuteczniejsza realizacja celów, a także i potrzeb z zakresu funkcjonowania tych podmiotów leczniczych. Organy jednostek samorządu terytorialnego, będące lokalnymi organami władzy, są zdecydowanie lepiej zorientowane w potrzebach zdrowotnych mieszkańców zarządzanego przez siebie obszaru. Bezsprzecznie przy tym należy zgodzić się, że przy podejmowaniu decyzji o utworzeniu podmiotu leczniczego na jakimś terenie to właśnie potrzeby jego mieszkańców są najistotniejszym argumentem, który winien przemawiać za utworzeniem bądź też nie takiego podmiotu.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką organizacyjną określonego podmiotu tworzącego, który aby go utworzyć, musi wydać rozporządzenie, zarządzenie albo uchwałę [por. art. 50a ust. 1 u.d.l.]. Zgodnie z art. 50a ust. 3 u.d.l. do obowiązkowych elementów rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały tworzącej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej należy: wskazanie nazwy, siedziby, rodzaju działalności leczniczej, a także określenie mienia, jakie zostaje przydzielone temu podmiotowi leczniczemu przez podmiot tworzący. Po utworzeniu takiego podmiotu leczniczego, dokładniej z chwilą wpisania go do Krajowego Rejestru Sądowego (wpis jest obowiązkowy), staje się on samodzielną osobą prawną [por. art. 50a ust. 2 u.d.l.].

W zależności od tego, czy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej został utworzony przez jednostki samorządu terytorialnego, czy przez centralne organy administracji, stosuje się w zakresie jego działania, poza przede wszystkim przepisami ustawy o działalności leczniczej, także właściwe przepisy innych ustaw. I tak np. w przypadku podmiotu tworzącego – jednostek samorządu terytorialnego – będą to właściwe przepisy odpowiednio ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym⁹, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym¹⁰, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹¹. Natomiast w przypadku podmiotu tworzącego – centralnych organów administracji, właściwe będą także przepisy m.in. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹² czy ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹³. Przy czym należy zauważyć, że z ostatnich wymienionych aktów prawnych będą korzystać także i te samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które zostały utworzone przez samorządowe jednostki organizacyjne.

⁹ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. 2019, poz. 506 z późn. zm.).

¹⁰ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz.U. 2019, poz. 511 z późn. zm.).

¹¹ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz.U. 2019, poz. 512 z późn. zm.).

¹² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2019, poz. 1373 z późn. zm.).

¹³ Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz.U. 2019, poz. 351 z późn. zm.).

Dodać należy, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podobnie, jak inne podmioty lecznicze, podlegają również wpisowi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby tego podmiotu leczniczego [art. 106 ust. 1 pkt 1 u.d.l. w związku z art. 100 u.d.l.].

Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje, zgodnie z art. 60 ustawy o działalności leczniczej, w drodze rozporządzenia, zarządzenia, uchwały. Podmiotem uprawnionym do zlikwidowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest właściwy organ podmiotu tworzącego. Istotne jest tu, że jeżeli taki podmiot leczniczy utworzono decyzją zawartą w zarządzeniu, to aby zachować jednolitość formy, likwidacja powinna nastąpić również w formie zarządzenia. Do obligatoryjnych elementów rozporządzenia, zarządzenia bądź decyzji o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej należy m.in. pełna nazwa, zgodna z treścią rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę, wyraźne oznaczenie dnia zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych, dzień otwarcia i zakończenia likwidacji.

Tak jak decyzja o utworzeniu podmiotu leczniczego na danym obszarze podyktowana powinna być oceną zapotrzebowania na tego typu świadczenia na danym obszarze, tak samo decyzja podmiotu tworzącego co do jego likwidacji powinna wynikać z autonomicznie dokonanej oceny oraz analizy np. w zakresie rzeczywistych potrzeb mieszkańców, tym razem zmierzających do zredukowania liczby funkcjonujących podmiotów leczniczych na zarządzanym obszarze. Następtwem podjęcia decyzji o likwidacji jest wyznaczenie likwidatora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przez organ podmiotu tworzącego, np. organ wykonawczy właściwej jednostki samorządu terytorialnego). Data wykreślenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z KRS to dzień formalnego zakończenia działalności tego podmiotu leczniczego (inaczej jest to dzień dokonania ostatniej czynności likwidacyjnej).

4. Kompetencje podmiotu tworzącego

Ustawa o działalności leczniczej podaje definicję legalną pojęcia „podmiot tworzący”. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 6 przywołanej ustawy jest to podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej. Dokładne informacje, takie jak choćby nazwa tego podmiotu albo organu będącego podmiotem tworzącym w odniesieniu do konkretnego podmiotu leczniczego, są zapisane w statucie podmiotu leczniczego. Przykładowo podmiotem tworzącym może być Miasto Poznań czy województwo zachodniopomorskie.

Przechodząc do zakresu kompetencji podmiotu tworzącego względem podległego mu podmiotu leczniczego, na wstępie zasadne wydaje się uznać, że zakres ten jest bardzo szeroki. Dla ukazania, jak bardzo podmiot tworzący może wpływać na podległy mu podmiot leczniczy, najlepsze będzie przedstawienie sposobu, w jaki podmiot leczniczy może zostać pozbawiony składników mienia, przydzielonego bądź nabytego [zob. art. 43 u.d.l.]. Uprawnienie to przysługuje w sytuacji, gdy podmiot leczniczy ulega połączeniu albo przekształceniu. Jednak co istotne, przepis nie obejmuje jedynie mienia, które podmiot leczniczy dostał od podmiotu tworzącego. Przywołany przepis ustawy uwzględnia także mienie, które zostało nabyte już w czasie samego funkcjonowania tego podmiotu leczniczego.

W przypadku wystąpienia po stronie podmiotu tworzącego zamiarów doprowadzenia do pozbawienia podmiotu leczniczego mienia, podmiot ten ma możliwość dokonać tego w sposób legalny. Może bowiem spowodować wykształcenie się przyczyny formalnej (jako podmiot tworzący ma taką możliwość), która uzasadni pozbawienie podmiotu leczniczego mienia. I będzie to w zgodzie oraz w granicach uprawnienia wynikającego z art. 43 u.d.l. Taką przyczyną może być na przykład podjęcie przez odpowiednio właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego czy organ administracji rządowej uchwały, rozporządzenia bądź zarządzenia o połączeniu albo też o przekształceniu podmiotu leczniczego. Dokonane zmiany zostaną uwidocznione w rejestrze. Po sfinalizowaniu takiego procesu przesłanki określone w przepisie art. 43 ustawy o działalności leczniczej zostaną spełnione i podmiot tworzący będzie mógł pozbawić podmiot leczniczy składników przydzielonego lub nabytego mienia [Dercz, Rek 2019, komentarz do art. 43]. Ograniczenie przejawiające się w przepisie u.d.l. w słowach „w przypadku jego połączenia albo przekształcenia” jest zatem złudne i nie oddaje rzeczywistości.

Odnosząc się bezpośrednio do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, istotnym niedopatrzeniem ustawodawcy jest brak całościowego ustalenia zakresu kompetencji w stosunku do decyzji wydawanych wobec nich przez jednostki samorządu terytorialnego – organy uchwałodawcze i wykonawcze. Zarówno przepisy ustawy o działalności leczniczej, jak i dostępne orzecznictwo nie dają możliwości opracowania spójnej i odpowiedniej wykładni prawa w tym obszarze. Odnieść się można jedynie do ogólnych przepisów ustrojowych odwołujących się do jednostek samorządu terytorialnego. Tak na przykład w ustawach o samorządzie gminnym, powiatowym, województwa wymienione są dwa organy – organ uchwałodawczy, czyli odpowiednio dla samorządu gminy jest to rada gminy, dla samorządu powiatowego rada powiatu, dla samorządu województwa sejmik województwa oraz organ wykonawczy, którym jest zarząd województwa na szczeblu województwa, zarząd powiatu w powiecie albo prezydent miasta, burmistrz lub wójt na poziomie gminy. Oba te organy – uchwałodawczy i wykonawczy – posiadają zdolność wpływania na podmioty lecznicze. Kompetencje

tych organów dokładnie zostały określone w przepisach samorządowych ustaw ustrojowych (gdzie uregulowano ich funkcjonowanie).

Przechodząc do podsumowania tej części, należałoby uznać, że w zakresie podejmowania uchwał co do tworzenia, ewentualnych przekształceń, a także likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, kompetencję tę powinny mieć organy uchwałodawcze właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Uzasadnieniem takiego stanowiska jest potrzeba zachowania ciągłości w obszarze statusu ustrojowego danego podmiotu. Ten sam organ powinien sprawować więc pieczę nad podmiotem leczniczym w zakresie dotyczącym podstaw jego funkcjonowania przez cały czas jego „życia” od utworzenia, przez funkcjonowanie, aż do zakończenia procesu likwidacji. Z kolei, co nie budzi wątpliwości, na organach wykonawczych jednostek samorządu terytorialnego spoczywają obowiązki pracodawcy wobec organu zarządzającego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Co do tego przepisy są jednoznaczne [Dercz, Rek 2019, komentarz do art. 50a; zob. szerzej Dercz 2005].

5. Kompetencje kierownika podmiotu leczniczego

Podmiot leczniczy musi być reprezentowany zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz. Osobą, która reprezentuje podmiot leczniczy, jest kierownik podmiotu leczniczego. Wykonuje on prawa i obowiązki podmiotu leczniczego, o czym mówi art. 4 ust. 2 u.d.l. W przepisie tym skonkretyzowano, że przyznane przez ustawę prawa i obowiązki omawianego podmiotu dotyczą „wyłącznie wykonywanej przez ten podmiot działalności leczniczej”.

Podobnie jak w przypadku podmiotu tworzącego ustawa o działalności leczniczej zawiera definicję legalną pojęcia „kierownik”. Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 1 u.d.l., jeżeli jej przepisy nie stanowią inaczej, to przez kierownika rozumie się zarząd spółki kapitałowej albo osobę mającą uprawnienia do kierowania i reprezentowania na zewnątrz podmiotu wykonującego działalność leczniczą (innego niż podmiot leczniczy działający w formie spółki kapitałowej). W praktyce kierownik jest podmiotem, który administruje podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą i najczęściej w konkretnych podmiotach leczniczych określa go mianem „dyrektora”. Nazwa tego stanowiska powinna zostać określona w statucie danego podmiotu leczniczego.

Kompetencje, których wymaga się od kierownika podmiotu leczniczego, określone zostały w art. 46 ust. 2 u.d.l. Aby móc pełnić funkcję kierownika, należy uzyskać wyższe wykształcenie, odbyć minimum 5 lat stażu pracy na kierowniczym stanowisku albo 3 lata stażu w połączeniu z ukończeniem studiów podyplomowych z zarządzania, przy czym program studiów nie musi obejmować

tematyki z zakresu opieki zdrowotnej. Ustawa w przywołanym przepisie wskazuje również, że kierownikiem nie może być osoba, która została prawomocnie skazana za przestępstwo umyślnie popełnione, a także nieposiadająca wiedzy i doświadczenia gwarantujących prawidłowe wykonywanie swoich obowiązków [zob. art. 46 ust. 2 u.d.l.]. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej kierownika podmiotu leczniczego wyłania się w drodze konkursu ogłaszanego przez podmiot tworzący [zob. art. 49 u.d.l.].

Po nawiązaniu stosunku pracy, na podstawie m.in. powołania, umowy o pracę albo zawarcia umowy cywilnoprawnej, osoba powołana na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego nabywa uprawnienia do zarządzania nim [art. 46 ust. 3 u.d.l.]. Dla kierownika pracodawcą jest podmiot leczniczy, lecz organem reprezentującym ten podmiot względem kierownika jest organ, który jednocześnie jest uprawniony do reprezentowania podmiotu tworzącego. Podmiot tworzący nadzoruje więc kierownika, nawiązuje i rozwiązuje z nim współpracę. Dodatkowo, bez zgody udzielonej na piśmie przez podmiot tworzący, kierownik podmiotu leczniczego nie może zatrudnić się u innego pracodawcy [art. 47 ust. 3 u.d.l.].

Kierownik, świadcząc pracę wobec podmiotu leczniczego, podlega postanowieniom statutu oraz regulaminów organizacyjnych, gdzie opisane powinny być przysługujące mu kompetencje oraz obowiązki. Jak wynika z przepisu art. 46 ust. 1 u.d.l. ponosi on pełną odpowiedzialność – cywilną, karną, karno-skarbową, podatkową – za zarządzanie podmiotem leczniczym [Dercz, Rek 2019, komentarz do art. 46].

Kierownik powinien w szczególności organizować pracę podmiotu leczniczego w taki sposób, aby świadczenia były wykonywane należycie i zgodnie z przepisami oraz umowami, gospodarować mieniem podmiotu oraz sprawować nadzór nad pracownikami, których jest przełożonym. Zakres kompetencji kierownika może ograniczać jedynie wymóg podjęcia współpracy z innymi organami lub sam podmiot tworzący. Odnosząc się do obowiązku współpracy kierownika z innymi organami podmiotu leczniczego, taki obowiązek winien wynikać z przepisów, a podyktowany powinien być zwiększaniem efektów zarządzania podmiotem, przede wszystkim mieć zaś na względzie dobro osób korzystających z jego świadczeń. W samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej takim organem współpracującym jest rada społeczna, występująca niejako obok kierownika [Dercz, Rek 2019, komentarz do art. 46].

Obecne rady społeczne zostały uformowane w pewnej mierze na podstawie przedwojennych rad szpitali, które funkcjonowały na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych¹⁴. Aktualną podstawę prawną stanowi art. 48 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁴ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U. 1928.38.382 z późn. zm.).

Rada społeczna jest kolegialnym organem inicjująco-opiniodawczym w stosunku do podmiotu tworzącego dany podmiot leczniczy. Pełni również funkcję doradcą kierownika podmiotu leczniczego [art. 48 ust. 1 u.d.l.]. Rada społeczna składa się z przedstawicieli podmiotu tworzącego, odpowiednio w radzie pełniących funkcję przewodniczącego oraz jej członków. Przepisy nie określają wymagań formalnych co do kwalifikacji członków rady społecznej. W praktyce w radzie zasiadają na przykład przedstawiciele wojewody, rady gminy, powiatu, uczelni medycznej, organu administracji rządowej, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (odpowiednio uwzględniając, jaki podmiot albo organ jest podmiotem tworzącym) [zob. art. 48 ust. 6 u.d.l.]. Zabronione jest natomiast, aby członkiem rady społecznej była osoba, która jest zatrudniona w podmiocie leczniczym, w którym działa rada. W przypadku, gdy dojdzie do konfliktu pomiędzy kierownikiem podmiotu leczniczego a radą społeczną, jego rozwiązaniem zajmuje się podmiot tworzący. Jest on w pewnym sensie dla kierownika organem odwoławczym od uchwał rady społecznej [art. 48 ust. 7 u.d.l.].

Rada społeczna podlega podmiotowi tworzącemu, nie jest natomiast podległa kierownikowi podmiotu leczniczego. To w gestii organizacyjno-personalnej podmiotu tworzącego jest utworzenie rady społecznej oraz zwołanie pierwszego posiedzenia. Obecnie rada społeczna występuje tylko w strukturze podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą [Dercz, Rek 2019, komentarz do art. 48]. Zadaniem rady społecznej jest wspieranie podmiotów bezpośrednio zarządzających danym podmiotem leczniczym, a także kontrolowanie przebiegu świadczenia usług zdrowotnych. W postanowieniu z dnia 14 czerwca 2012 r. Naczelny Sąd Administracyjny zauważył, że radę społeczną, będącą organem doradczym w ramach struktury podmiotu leczniczego, powołuje się „w celu realizacji obowiązków określonych w ustawie z 2011 r. o działalności leczniczej, a jej członkowie nie podejmują swojej działalności dobrowolnie oraz całkowicie w swoim imieniu, a jedynie jako przedstawiciele wybrani, np. przez radę gminy lub radę powiatu. Nie można stwierdzić, iż rada społeczna spełnia kryteria pozwalające uznać ją za organizację społeczną, tym samym nie może ona zostać dopuszczona do udziału w postępowaniu na podstawie art. 33 § 2 p.p.s.a.”¹⁵. Z przywołanego fragmentu postanowienia Naczelnego Sądu Administracyjnego wynika, że rada społeczna podmiotu leczniczego nie stanowi organizacji społecznej, działa w ramach podmiotu leczniczego i nie przysługuje jej uprawnienie wynikające z przepisu art. 33 § 2 p.p.s.a., który pozwala osobie/podmiotowi wcześniej niebiorącemu udziału w postępowaniu administracyjnym, ale mającemu interes

¹⁵ Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 14 czerwca 2012 r., sygn. akt: II OZ 491/12, LEX nr 1252264.

prawny co do jego wyniku, wziąć udział w charakterze uczestnika postępowania przed sądem administracyjnym. Tymczasem uznaje się, że „uczestniczyć w postępowaniu przed sądem administracyjnym może tylko taki podmiot, który ma prawo uczestniczyć wcześniej w postępowaniu administracyjnym” [Hauser, Wierzbowski (red.) 2019].

Na tę chwilę rada społeczna nie posiada kompetencji arbitralnych względem kierownika. Jej zakres oddziaływania na podmiot leczniczy jest zatem niewielki. Jej opinie, czy zajęte stanowiska w jakiejś sprawie, pomimo że w odniesieniu do kwestii określonych przepisami ustawy o działalności leczniczej muszą zostać obowiązkowo (ustawowy obowiązek) wyrażone i przedstawione kierownikowi lub podmiotowi tworzącemu, mogą nie mieć jakiegokolwiek znaczenia, nie ma bowiem obowiązku zapoznawania się z wydawanymi przez radę opiniami ani też nawet obowiązku zwracania się z prośbą o wydanie opinii [Dercz, Rek 2019, komentarz do art. 48]. Zagadnienia, w których rada społeczna przedstawia swoje opinie i wnioski, zostały określone w art. 48 ust. 2 pkt 1-2 ustawy o działalności leczniczej. Rada społeczna dokonuje też okresowych analiz skarg i wniosków pacjentów, a także opiniuje wniosek w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej [art. 48 ust. 2 pkt 3 i 4 u.d.l.]. Przy tym warto zwrócić uwagę na zdanie wyrażone przez Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 11 lutego 2000 r.: „Wnioski rady społecznej (...) stanowią jej uprawnienie, opinie zaś są jej obowiązkiem, przy czym obowiązek przedstawienia opinii na żądanie właściwego podmiotu nie jest równoznaczny z obowiązkiem zasięgnięcia opinii przez właściwy podmiot. Obowiązek zatem uprzedniej konsultacji rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej o zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej z kierownikiem zakładu z radą ma tylko dorozumiany charakter”¹⁶.

Z uwagi, że przepisy w sposób skromny regulują funkcjonowanie rad społecznych, dookreślenia mogą znajdować się w zapisach statutów poszczególnych podmiotów leczniczych.

Reasumując, rady społeczne w obecnym kształcie prawnym nie biorą czynnego udziału w zarządzaniu podmiotem leczniczym. Wydawane przez radę zalecenia nie muszą zostać w żadnym zakresie uwzględnione. Z podanych informacji można wyprowadzić wniosek, że pozycja rady społecznej w podmiocie leczniczym jest niekorzystna, a przez to, że jest organem obligatoryjnym w strukturze takiego podmiotu, może istotnie wpływać w negatywny sposób na jego ogólną działalność i wydajność. Zmiana tego stanu może nastąpić tylko poprzez zmianę przepisów i jednoznaczne uregulowanie pozycji rady w strukturze podmiotu leczniczego [Dercz, Rek 2019].

¹⁶ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego (do 31.12.2003) w Warszawie z dnia 11 lutego 2000 r., sygn. akt: I SA 1603/99, LEX nr 53750.

6. Postulowane kierunki zmian

W pierwszej kolejności należałoby zastanowić się nad zwiększeniem w pewnym stopniu możliwości „samostanowienia” o sobie podmiotów leczniczych. Obecne regulacje istotnie ograniczają podmiot leczniczy, który niemalże całkowicie podporządkowany jest podmiotowi tworzącemu. Można oczekiwać od ustawodawcy, że zmiany mogłyby zacząć się od wprowadzenia zmian w zakresie pozbawiania mienia podmiotu leczniczego. Gdy podmiot tworzący zechce pozbawić podmiot leczniczy mienia, jak to zostało przedstawione w pracy, przy obecnym brzmieniu przepisów, korzystając ze swoich kompetencji, ma prawną możliwość doprowadzenia do takiej sytuacji. Pozbawienie mienia będzie zgodne z prawem. Ustawodawca *de lege ferenda* mógłby wprowadzić zmiany polegające na istotnym ograniczeniu podmiotom tworzącym możliwości dokonywania, choć formalnie umotywowanego, połączenia, jak też przekształcenia podmiotu leczniczego tylko w celu uzasadnienia i uzyskania legitymacji dla takiego działania. Z pewnością przepis ten w zakresie przyczyn pozbawienia mienia podmiotu leczniczego powinien być precyzyjniej uregulowany.

Kolejnych zmian ustawodawca powinien dokonać w zakresie sposobu powoływania i odwoływania kierownika podmiotu leczniczego. Zasadne byłoby uregulowanie w ustawie o działalności leczniczej szczegółowych zasad przeprowadzania procedury powoływania i odwoływania kierownika. Idąc dalej, ustawodawca powinien zmienić zakres jego uprawnień, istotnie je rozszerzając. Zarządzanie podmiotem leczniczym opierać powinno się na modelu monokratycznym, w którym władza nad podmiotem leczniczym skupiona jest w rękach jednej osoby, autonomicznie podejmującej decyzje. Jak obecnie ma to miejsce w praktyce, kierownik miałby swoich zastępców, którym delegowałby wybrane zadania, i którzy działaliby w imieniu i na rachunek kierownika – jedyne go ponoszącego odpowiedzialność za decyzje podjęte przez zastępców.

Obecnie zbyt wiele kwestii pozostawiono podmiotom tworzącym do uregulowania w statutach podmiotów leczniczych. Są wśród nich obszary, na tyle istotne, że powinny być jednak regulowane mocą ustawy, pomimo postulowanego w pracy cedowania uprawnień na niższe szczeble.

Następnie kluczowych zmian ustawodawca powinien dokonać w zakresie działania rad społecznych. Przede wszystkim powinny zostać zdefiniowane kwalifikacyjne wymagania jej członków. Z kolei, aby zwiększyć ich efektywność i pozytywne oddziaływanie na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, powinno się wprowadzić przepisy, które zobowiązywałyby kierownika podmiotu leczniczego do zapoznawania się z wydawanymi przez nie opiniami. Skoro ustawa nakłada na radę społeczną obowiązek przygotowywania opinii w określonych kwestiach, dlaczego kierownicy podmiotów nie mogliby mieć obowiązku zapo-

znawania się z ich treścią. Kierownicy, jeżeli posiadaliby postulowaną autonomię, byłiby w stanie, po zapoznaniu się z opinią rady społecznej, podjąć decyzję, czy zastosują się do opinii i wyartykułowanych w niej zaleceń, czy też ją odrzucają. Gdyby kierownik podjął decyzję o odrzuceniu opinii, musiałby ją uzasadnić, nadal pozostając osobą w pełni zarządzającą podmiotem leczniczym, mającą szeroką autonomię. Takie uregulowanie nie stałoby w opozycji do podniesienia rangi rady społecznej ani też obniżenia rangi kierownika podmiotu leczniczego. Relacja pomiędzy kierownikiem a radą społeczną w założeniu oparta ma być na wzajemnej i obustronnej współpracy, co w dalszej perspektywie przełożyłoby się na usprawnienie i uefektywnienie procesu zarządzania podmiotem leczniczym przez jego kierownika. Dokonanie zmian w proponowanym kierunku skutkowało by tym, że pozycja rady społecznej w podmiocie leczniczym uległaby korzystnej poprawie, nie ograniczając przy tym pozycji kierownika. Rada społeczna zaczęłaby faktycznie uczestniczyć w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego, przestając być niejako „martwym organem”, a wręcz usprawniając proces zarządzania całym podmiotem leczniczym.

7. Podsumowanie

W artykule podjęto temat zalecanych kierunków zmian polskiego systemu opieki zdrowotnej. Przeanalizowanie wybranych przepisów, przede wszystkim ustawy o działalności leczniczej, pozwoliło spojrzeć na funkcję, jaką pełni administracja publiczna w zakresie tworzenia, funkcjonowania i likwidacji podmiotów leczniczych, a także na zakres powiązań istniejących pomiędzy np. kierownikiem podmiotu leczniczego a radą społeczną.

Podsumowując, należy zauważyć, że po pierwsze obecne relacje pomiędzy kierownikiem, radą społeczną a podmiotem tworzącym oddziałują negatywnie na ogólne funkcjonowanie podmiotu leczniczego.

Po drugie rola administracji publicznej w procesie funkcjonowania podmiotów leczniczych jest obecnie zbyt duża. Ustawodawca powinien zająć się etapowym przekazywaniem kompetencji na niższe szczeble systemu opieki zdrowotnej w Polsce i w tym kierunku przeprowadzać reformy. Na najwyższych szczeblach administracji powinny być podejmowane jedynie decyzje dotyczące ogólnej i podstawowej struktury całego systemu, określające ramy, w jakich system ten działa.

Reformy powinny możliwie najbardziej zmierzać do przekazywania kompetencji zarządczych podmiotom leczniczym, na najniższe szczeble – w jak najszerszym zakresie na rzecz kierownika tego podmiotu. Nie ulega wątpliwości, że to właśnie kierownicy mają lepszą wiedzę na temat funkcjonującego podmiotu leczniczego. Z uwagi na fakt, że bezpośrednio nim zarządzają, orientują się, ja-

kie są jego najistotniejsze potrzeby, problemy czy potencjalne zagrożenia. Tych informacji z kolei brakuje podmiotom tworzącym, a tym bardziej ustawodawcy.

System opieki zdrowotnej w Polsce potrzebuje dogłębnych zmian. Reforma jest konieczna. Proponowane rozwiązania są jedynie na pierwszy, wstępny etap reformy. Kolejne zmiany powinny dotyczyć wyższych szczebli systemu i doprowadzić do jego reorganizacji.

Literatura

- Dercz M., 2005, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, wyd. 1, Warszawa: Wyd. MINICIPIUM.
- Dercz M., Rek T., 2019, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Hauser R., Wierzbowski M. (red.), 2019, *Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa: C.H. Beck.
- <https://polskatochorykraj.pl/> [dostęp: 14.04.2020].
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Luczak M., 2019, *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (raport)*, Informacja o wynikach kontroli, KZD.034.001.2018, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Mokrzycka A., Kowalska I., 2012, *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych. Przekształcenia, struktura, zasady działania*, wyd. 1, Warszawa: Difin.
- Omyła-Rudzka M. (oprac.), 2018, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Komunikat z badań*, nr 89, Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 14 czerwca 2012 r., sygn. akt: II OZ 491/12, LEX nr 1252264.
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych, Dz.U. 1928.38.382 z późn. zm.
- Safjan M., Bosek L. (red.), 2016a, *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, wyd. 1, Warszawa: C.H. Beck.
- Safjan M., Bosek L. (red.), 2016b, *Konstytucja RP. Tom II. Komentarz do art. 87-243*, wyd. 1, Warszawa: C.H. Beck.
- Tatara T., Słoniewski R., Dera P., 2010, *Systemy opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wyd. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, t.j. Dz.U. 2019, poz. 506 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, t.j. Dz.U. 2019, poz. 351 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, t.j. Dz.U. 2019, poz. 511 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, t.j. Dz.U. 2019, poz. 512 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1302 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. 2019, poz. 1373 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. 2018, poz. 2190 z późn. zm.
- Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej*, Sejm RP VI kadencji, nr druku: 3489, <http://www.sejm.gov.pl> [dostęp: 14.04.2020].

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego (do 31.12.2003 w Warszawie z dnia 11 lutego 2000 r.), sygn. akt: I SA 1603/99, LEX nr 53750.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt: K 14/03, nr 60760, Legalis.

Proposed directions for changes in the Polish healthcare system – remarks on the functioning of independent public healthcare facilities

Abstract. The article presents the excessive centralisation of the Polish healthcare system as the cause of its low efficiency and the relatively low level of health care services. By applying dogmatic, theoretical and legal analysis of the act on therapeutic activities, the author describes the structure of the Polish health care system and the existing catalogue of health facilities, taking into consideration regulations governing the creation, administration and liquidation of independent public healthcare facilities, selected competencies of a creating body and the director of a healthcare facility. The author concludes that in the long term the legislator should undertake a thorough reform of the health care system in Poland.

Keywords: administration, public administration, units of local government, healthcare facility, a unit performing medical and therapeutic activities, independent public healthcare facilities, Polish healthcare system

Recenzenci „Debiutów Naukowych Studentów Wyższej Szkoły Bankowej” 2019, nr 19

Reviewers of “The WSB University in Poznan Graduate Research Journal” 2019, no. 19

dr Piotr Bober	– <i>Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu</i>
dr Tomasz Gabrusewicz	– <i>Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu</i>
dr hab. Sławomira Kańduła	– <i>Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu</i>
dr Józef Karpiński	– <i>Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu</i>
dr Sylwia Klus	– <i>Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu</i>
dr hab. Janina Kotlińska	– <i>Katolicki Uniwersytet Lubelski</i>
dr hab. Jarosław Kubiak	– <i>Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu</i>
dr Aleksandra Machnik	– <i>Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu</i>
dr Małgorzata Michalik	– <i>Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu</i>
dr Tomasz Olejniczak	– <i>Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu</i>
dr Eryk Pieszak	– <i>Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu</i>
dr Marcin Princ	– <i>Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu</i>
dr Joanna Rachocka	– <i>Wielkopolska Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna w Środzie Wielkopolskiej</i>
dr Agnieszka Rzeńca	– <i>Uniwersytet Łódzki</i>
dr Jarosław Skommer	– <i>Uniwersytet Medyczny w Poznaniu</i>
dr Piotr Wachowski	– <i>Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu</i>
dr Damian Walczak	– <i>Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu</i>
dr Magdalena Zamroczyńska	– <i>Uniwersytet Medyczny w Poznaniu</i>
dr Hanna Żywiecka	– <i>Narodowy Bank Polski</i>

Wymogi edytorskie Wydawnictwa WSB w Poznaniu dla autorów

Tekst

- kompletny, 1 wydruk oraz plik (*.doc lub *.rtf)
- pozbawiony fragmentów pozwalających zidentyfikować autora, np. *Jak wskazałem w pracy...* należy zastąpić formą bezosobową: *Jak wskazano w pracy...*

Układ tekstu

- imię i nazwisko autora, stopień/tytuł naukowy
- afiliacja
- numer ORCID
- telefon, e-mail, adres
- tytuł artykułu po polsku i angielsku
- streszczenie po polsku i angielsku (do 1000 znaków ze spacjami)
- słowa kluczowe po polsku i angielsku (do 8 słów)
- wstęp
- tekst główny podzielony na rozdziały opatrzone tytułami
- zakończenie (wniosek)
- bibliografia

Objętość – do 1 arkusza wydawniczego wraz z rysunkami i tabelami (ok. 22 stron)

Marginesy – 2,5 cm z każdej strony

Numeracja stron – ciągła, u dołu strony

Tekst główny

- czcionka Times New Roman z polskimi znakami, 12 pkt
- odstęp między wierszami – 1,5 wiersza
- wyróżnienia – pismem półgrubym
- słowa obcojęzyczne – kursywą
- nazwiska użyte po raz pierwszy – pełne imię i nazwisko, kolejne przywołanie – samo nazwisko
- skróty – za pierwszym razem pełny termin, a skrót w nawiasie; dalej – tylko skrót, np. *jednostki samorządu terytorialnego (JST)*
- liczby do 4 cyfr – bez spacji i kropek (5000, a nie: 5.000 czy 5 000), liczby powyżej 5 cyfr – ze spacjami co 3 cyfry, licząc od prawej (5 000 000, a nie: 5.000.000)
- w liczbach dziesiętnych – przecinek, nie kropka (z wyjątkiem tekstów angielskich)

Przypisy bibliograficzne

- umieszczone w tekście w nawiasach kwadratowych: nazwisko autora/redaktora, rok, strony:
[Meyer 2010: 31-40] lub [Dubisz (red.) 2003: t. 3, 104]
- jeśli autorów jest więcej niż trzech, należy podać tylko nazwisko pierwszego z nich, a po nim: i in.:
[Kaczmarek i in. 2005: 56-67]
- jeśli brak nazwiska autora/redaktora, należy podać kilka pierwszych słów tytułu książki/dokumentu:
[Zmiana studium uwarunkowań 2008]
- jeśli przywoływane są raporty, analizy itp., to należy podać nazwę instytucji i rok:
[Eurostat 2014] lub: [GUS 2015]
- w przypisie można zawrzeć dodatkowe informacje, np.:
[por. Hadzik 2009: 38] lub: [cyt. za Szromek 2010: 52]
- jeśli odwołanie dotyczy więcej niż jednej publikacji, należy je wymienić w kolejności chronologicznej:
[Mansfeld 1987: 101-123; Jagusiewicz 2001: 40-73; Meyer 2010: 89-101]
- jeśli autor wydał w danym roku więcej niż jedną publikację, to po dacie należy dodać kolejne litery alfabetu, np.
[Nowak 2014a, 2014b]

Przypisy objaśniające, polemiczne, uzupełniające tekst główny oraz **przywołujące akty prawne, wyroki i orzeczenia sądów i adresy stron WWW** – numerowane kolejno i **umieszczone u dołu strony**, czcionka 10 pkt, interlinia pojedyncza.

Bibliografia

- pozbawiona numeracji
- uporządkowana alfabetycznie według nazwisk autorów/redaktorów i tytułów prac niemających autora/redaktora, a jeśli jest więcej prac jednego autora, to należy je zestawić chronologicznie wg dat wydania
- **artykuł w czasopiśmie** – nazwisko autora, inicjał imienia, rok, tytuł artykułu (prosto), *tytuł czasopisma* (kursywą), nr czasopisma, zakres stron:
Borek M., 2000, Rola technik sekurytyzacyjnych, *Bank*, nr 12: 53-55.
- **pozycja książkowa** – nazwisko autora/redaktora, inicjał imienia, tytuł książki (*kursywą*), miejsce wydania: wydawnictwo:
Janowska Z., 2002, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Warszawa: PWE.
- **rozdział pracy zbiorowej** – nazwisko autora rozdziału, inicjał imienia, rok, tytuł rozdziału (prosto), w:, inicjał imienia, nazwisko redaktora + (red.), *tytuł pracy zbiorowej* (kursywą), miejsce wydania: wydawnictwo, zakres stron:
Michalewicz A., 2001, Systemy informacyjne wspomagające logistykę dystrybucji, w: K. Rutkowski (red.), *Logistyka dystrybucji*, Warszawa: Difin, 102-123.

• akt prawny

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, t.j. Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1591.

Ustawa z dnia 19 listopada 1999 r. Prawo działalności gospodarczej, Dz.U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.

Dyrektywa Rady 2004/67/WE z dnia 26 kwietnia 2004 r. dotycząca środków zapewnających bezpieczeństwo dostaw gazu ziemnego, Dz. Urz. UE L 127 z 29.04.2004.

• raporty, analizy

GUS, 2015, *Pomorskie w liczbach 2014*, Gdańsk.

• źródło z Internetu

(w nawiasie pełna data korzystania ze strony WWW):

www.manpowergroup.com [dostęp: 28.05.2015].

Ilustracje

- edytowalne, wyłącznie czarno-białe,
- rysunki, wykresy i schematy – w plikach źródłowych (*.xls lub *.cdr)
- zdjęcia – w plikach źródłowych (najlepiej *.tif), rozdzielczość min. 300 dpi
- opatrzone numerem oraz źródłem (np. *opracowanie własne*)
- pozbawione napisów: półgrubych, wersalikami, białych na czarnym tle, czarnych wypełnień, dodatkowych ramek
- z odwołaniem w tekście (np. *zob. rys. 1*, a nie: *zob. rysunek poniżej/powyżej*)
- z objaśnieniem użytych skrótów

Tabele

- ponumerowane, opatrzone tytułem oraz źródłem (np. *opracowanie własne*)
- z odwołaniem w tekście (np. *zob. tab. 1*, a nie: *zob. tabela poniżej/powyżej*)
- każda rubryka wypełniona treścią
- skróty użyte w tabeli – objaśnione pod nią

Wzory matematyczne

- przygotowane w programie Microsoft Equation 3.0
- poprawnie zapisane potęgi i indeksy
- zmienne – kursywą, liczby i cyfry – pismem prostym
- znak mnożenia to: · lub × (nie gwiazdka czy „iks”)
- pisownia jednostek – według układu SI
- symbole objaśnione pod wzorem

The WSB University Press Instructions for Authors Submitting Contributions in English

General requirements

- only complete submissions are accepted – single printed copy and electronic source file (*.doc or *.rtf format)
- ensure your text contains no phrases by which your authorship could be identified, e.g. *In my 2008 book I pointed out...* is not allowed and should be replaced with e.g. *In his 2008 book John Smith pointed out...*

Text layout

- author's first and last name, academic degree/title
- organization/institution (if applicable)
- phone number, e-mail address, mailing address
- title of book/paper in English and Polish
- summary in English and Polish (up to 1000 words including spaces)
- keywords in English and Polish (up to 8 words)
- introduction
- body text – organized into chapters, each with unique title
- conclusion (findings, recommendations)
- bibliography – complete list of sources referenced

Size limit – up to 40 000 characters (roughly 22 pages, 1800 characters per page) including tables and figures

Margins – 2.5 cm each

Page numbering – continuous throughout the text, using Arabic numerals, placed at the bottom of page (footer)

Body text

- typeface: Times New Roman, 12 pts
- line spacing: 1.5 line
- highlights or emphasis: apply **bold** print
- foreign (non-vernacular) words and expressions: *italicized*
- people's names: give full name (including all given names and last name) at first mention; for any further references – quote last name only
- abbreviations and acronyms: when first used, give complete phrase (name), including its abbreviation in brackets, e.g. *Information and Communication Technology (ICT)*; onwards – use abbreviation only
- numbers consisting of up to 4 digits: use no thousands separator (5000 rather than 5,000 or 5 000); numbers composed of 5 or more digits – insert space every three digits starting from right (5 000 000 rather than 5,000,000)
- decimal fractions should be separated by points (2.25)

In-text citations

- placed within the text and enclosed in square brackets: author's/ editor's last name, publication year [colon], page or page range, e.g. [Meyer 2010: 31-40] or [Dubisz (ed.) 2003: vol. 3, 104]
- when there are more than three authors, give name of first (primary) author only, followed by the phrase *et al.*: [Kaczmarek et al. 2005: 56-67]
- in case no author/editor is indicated, three to five initial words from title (of published work) should be quoted instead: [The Norton Anthology 2012]
- if reports or studies are referenced, name of sponsoring institution and year of publication should be given: [Eurostat 2014] or [GUS 2015]
- additional information may be included if deemed necessary or appropriate, e.g.: [cf. Hadzik 2009: 38] or [as cited in Szromek 2010: 52]
- when simultaneously referencing more than single source, quote these in chronological order, separating them with semicolons: [Mansfeld 1987: 101-123; Jagusiewicz 2001: 40-73; Meyer 2010: 89-101]
- if citing multiple works published by same author in same year, subsequent letters of alphabet should be appended to publication year to disambiguate the references, e.g.: [Nowak 2014a, 2014b]

Other references and footnotes

- any additional **comments or explanations**, references to **legislation, court rulings and decisions**, as well as links to **Websites** that are provided outside body text must be numbered consecutively and placed at the **bottom of page (footnote)**
- footnotes should be typeset in 10 pt font with single line spacing

Bibliography

- apply no numbering
- order all items alphabetically by last name of author/editor, or by title of cited work in case authorship is not indicated; if more than single work by same author is referenced, order these chronologically by publication date
- **journal articles** – author's last name and first name initial, publication year, title of article [no italics], *name of periodical [italicized]*, volume/ issue [colon], page range:
Spenner P., Freeman K., 2012, To keep your customers, keep it simple, *Harvard Business Review*, 90(5): 108-114.
- **books** – last name and first name initial of author/editor, publication year, *title of book [italicized]*, place of publication [colon], publisher:
Lane W.R., King K.W., Reichert T., 2011, *Kleppner's Advertising Procedure*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- **chapters in edited books** – last name and first name initial of chapter author, publication year, title of chapter [not italicized], in: first name initial(s) and last name(s) of editor(s) (ed. or eds.), *title of edited book [italicized]*, place of publication [colon], publisher, page range:
Cornwall W., 1991, The Rise and Fall of Productivity Growth, in: J. Cornwall (ed.), *The Capitalist Economies: Prospects for the 1990s*, Cheltenham, UK: Edward Elgar, 40-62.
- **legislation**
Council Directive 90/365/EEC of 28 June 1990 on the right of residence for employees and self-employed persons who have ceased their occupational activity.
Act of 4 February 1994 on Copyright and Related Rights, Journal of Laws No. 24, item 83, as later amended.
- **studies and reports**
World Energy Council, 2013, *World Energy Resources: 2013 Survey*, London.
- **online sources** [in square brackets, indicate when website was last accessed]
www.manpowergroup.com [accessed May 28, 2015]

Artwork and graphics

- editable, in black and white only, with no shading
- drawings, graphs and diagrams must be supplied in their native electronic formats (*.xls or *.cdr)
- photographs – supply source files (preferably *.tif); minimum resolution: 300 dpi
- number all graphical components consecutively using Arabic numerals
- for any artwork that has already been published elsewhere, indicate original source (or otherwise state *Source: own*)
- apply no lettering in white against black background, whether in bold or italics, and no black fills or excess frames
- if figure is referenced in the text, use its number rather than expressions such as "above" or "below" (e.g. *cf. Fig. 1*, not: *see figure above/below*)
- provide explanation of any abbreviations used

Tables

- numbered consecutively and consistently using Arabic numerals
- including caption and reference to data source (e.g. *Author's own research*)
- use its number to refer to table in the text rather than expressions such as "above" or "below" (e.g. *cf. Table 1*, not: *see table above/below*)
- with no blank cells
- any abbreviations used must be expanded below table

Mathematical formulas

- processed using Microsoft Equation 3.0
- special attention should be given to correct placement of any sub- or super-scripts
- variables – in *italics*; numbers and digits – in normal font style
- use "•" or "x" only as the multiplication sign (rather than e.g. asterisk or letter X)
- quantities should be represented in SI units only
- any symbols must be explained below formula