

USTAWA O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

KOMENTARZ

Maciej Dercz

Tomasz Rek

2. wydanie

PRAKTYCZNE KOMENTARZE LEX



LEX

a Wolters Kluwer business

USTAWA O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

KOMENTARZ

Maciej Dercz

Tomasz Rek

2. wydanie



LEX

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

Stan prawny na 1 września 2014 r.

Wydawca
Izabella Malecka

Redaktor prowadzący
Ewa Fonkiewicz

Opracowanie redakcyjne
Anna Łubińska-Bujak

Łamanie
JustLuk Łukasz Drzewiecki, Krystyna Szych

Komentarz do poszczególnych artykułów napisali:

M. Dercz: zagadnienia wstępne, art. 1–4, 6–13, 16, 17, 21–24, 26, 27, 33, 36, 37, 40–43, 46–49, 51–55, 59–61, 83–87, 100–113, 117–122, 202–205, 211, 213, 216–218, 220, 221 oraz omówienie do: art. 123–189.

T. Rek: art. 5, 14, 15, 18–20, 25, 28–32, 34, 35, 38, 44, 45, 50, 56–58, 62–69, 70–82, 88–99, 114–116, 190–201, 206–210, 212, 214, 215, 219.

.....
Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących
im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej
w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło.
A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.
.....


prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer SA, 2014

ISBN: 978-83-264-3362-7
2. wydanie

Wydane przez:
Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	7
Zagadnienia wstępne	13
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	21
DZIAŁ I	
Przepisy ogólne	23
DZIAŁ II	
Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych	161
Rozdział 1	
Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	161
Rozdział 2	
Podmioty lecznicze o szczególnej regulacji	203
Rozdział 3	
Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami	212
Oddział 1	
Przepisy ogólne	212
Oddział 2	
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	251
Oddział 3	
Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej	352

Rozdział 4	
Regulacje szczególne dotyczące działalności leczniczej objmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia	362
DZIAŁ III	
Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych	373
DZIAŁ IV	
Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	406
DZIAŁ V	
Zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą	439
DZIAŁ VI	
Kontrola i nadzór	462
DZIAŁ VII	
Zmiany w przepisach obowiązujących	477
DZIAŁ VIII	
Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe	494
Literatura	553
Wykaz orzecznictwa	557

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- | | |
|-------------------------|---|
| dyrektywa
91/533/EWG | – dyrektywa Rady 91/533/EWG z dnia 14 października 1991 r. w sprawie obowiązku pracodawcy dotyczącego informowania pracowników o warunkach stosowanych do umowy lub stosunku pracy (Dz. Urz. WE L 288 z 18.10.1991, s. 32; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 2, s. 3) |
| dyrektywa
2003/88/WE | – dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003, s. 9; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, s. 381) |
| k.c. | – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121) |
| Konstytucja RP | – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) |
| k.p. | – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) |
| k.p.a. | – ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.) |
| k.p.c. | – ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 101 z późn. zm.) |

k.s.h.	– ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1030 z późn. zm.)
k.w.	– ustawa z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 482 z późn. zm.)
nowela z dnia 14 lipca 2006 r.	– ustawa z dnia 14 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 143, poz. 1032)
p.p.s.a.	– ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 270 z późn. zm.)
p.s.w.	– ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 572 z późn. zm.)
p.w.u.r.a.	– ustawa z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872 z późn. zm.)
p.z.p.	– ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.)
u.c.c.z.	– ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.)
u.d.l.	– ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.)
u.d.lab.	– ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 174 z późn. zm.)
u.f.p.	– ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.)
u.o.z.p.	– ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)
u.p.n.	– ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.)

-
- | | |
|--------------|--|
| u.p.p. | – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) |
| u.p.p.p.k. | – ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.) |
| u.p.p.r. | – ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684 z późn. zm.) |
| u.p.s. | – ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.) |
| u.p.t. | – ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.) |
| u.r. | – ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 330 z późn. zm.) |
| u.s.d.g. | – ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm.) |
| u.s.g. | – ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 594 z późn. zm.) |
| u.s.k.ż. | – ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiółowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 333 z późn. zm.) |
| u.s.m.p. | – ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.) |
| u.s.p. | – ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 595 z późn. zm.) |
| ustawa o PRM | – ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.) |
| u.s.w. | – ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 596 z późn. zm.) |

u.ś.o.z.	– ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
u.w.o.k.	– ustawa z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 254 z późn. zm.)
u.z.ch.z.	– ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.)
u.z.l.	– ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)
u.z.o.z.	– ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
u.z.p.	– ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniar-ki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

Czasopisma i oficjalne publikatory

Biul. SN	– Biuletyn Informacyjny Sądu Najwyższego
Dz. U.	– Dziennik Ustaw
Dz. Urz.	– Dziennik Urzędowy
Dz. Urz. Min. Zdrow.	– Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia
Fin. Kom.	– Finanse Komunalne
GSP	– Gdańskie Studia Prawnicze
ONSA	– Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego
OSA	– Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSNC	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNP	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Pracy, Ubez- pieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
OSS	– Orzecznictwo w Sprawach Samorządowych
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego

OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego; zbiór urzędowy, Seria A
PiM	– Prawo i Medycyna
PiP	– Państwo i Prawo
PiZS	– Praca i Zabezpieczenie Społeczne
POP	– Przegląd Orzecznictwa Podatkowego
Pr. Pracy	– Prawo Pracy
Rec.	– zbiór orzeczeń sądów wspólnotowych (przed dniem 1 maja 2004 r.)
Sam. Teryt.	– Samorząd Terytorialny
Zb. Orz.	– zbiór orzeczeń sądów wspólnotowych (po dniu 1 maja 2004 r.)
ZP	– Zdrowie Publiczne

Inne

CMKP	– Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
ETS	– Europejski Trybunał Sprawiedliwości (obecnie: Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej)
j.s.t.	– jednostki/jednostka samorządu terytorialnego
KRS	– Krajowy Rejestr Sądowy
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NSA	– Naczelny Sąd Administracyjny
NZOZ	– Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
PZOZ	– Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SA	– Sąd Apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SPZOZ	– Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
TK	– Trybunał Konstytucyjny
WSA	– Wojewódzki Sąd Administracyjny
ZOZ	– Zakład Opieki Zdrowotnej

ZAGADNIENIA WSTĘPNE

Na początku niniejszej publikacji pozwolę sobie zacząć od nawiązania do oficjalnego uzasadnienia ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.). Treść tego dokumentu znajduje się w internecie pod adresem orka.sejm.gov.pl pod pozycją druku sejmowego nr 3489.

Projektodawca, czyli Minister Zdrowia (a właściwie Rada Ministrów, bo to ona firmowała ten dokument), dokonał w nim bardzo istotnych konstatacji. Na samym jego początku stwierdzono, że: „przepisy ustawy zasadniczej w istotny sposób określają, że do zapewnienia prawa do ochrony zdrowia nie jest wystarczające określenie zakresu świadczeń zdrowotnych, które są finansowane przez władze publiczne. Konieczne jest także ustanowienie ram ustawodawczych dla takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, który pozwoli na rzeczywistą realizację tychże świadczeń zdrowotnych”.

Dalej przedstawiono ocenę funkcjonalności systemu ochrony zdrowia do czasu wprowadzenia w życie ustawy o działalności leczniczej. Wskazano tam główne przyczyny przeżywanych od wielu lat poważnych trudności, takie jak: „1. ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej, 2. niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej, 3. ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielných publicznych zakładów opieki zdrowotnej”. Swoistym remedium na te bolączki ma być, zdaniem projektodawcy: „Przedkładany projekt (...) [który] jest odpowiedzią na niewątpliwą konieczność wprowadzenia zmian, zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochro-

ny zdrowia, jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Stanowi on systemową regulację dotyczącą organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia”.

Zanim przejdę do omawiania uregulowań poszczególnych przepisów komentowanej ustawy, odniosę się pokrótce do powyższych twierdzeń.

Faktyczna realizacja dyspozycji wynikającej z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) będzie możliwa tylko wtedy, gdy władze publiczne będą zdolne do wypełnienia luki kompetencyjnej powstałej w ramach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Nie zostało bowiem do dziś ustalone, które podmioty władzy publicznej ponoszą prawną odpowiedzialność za poszczególne rodzaje i poziomy świadczeń zdrowotnych. Nie jest dalej określone ani w ustawie o działalności leczniczej, ani w innej ustawie, która władza publiczna ponosi w państwie odpowiedzialność za wykonywanie wysokospecjalistycznych świadczeń szpitalnych, kto za podstawowe świadczenia szpitalne, kto za specjalistkę ambulatoryjną i podstawową opiekę zdrowotną. Na jednostki samorządu terytorialnego nałożono w ustawie o działalności leczniczej obowiązek pełnej odpowiedzialności finansowej za ujemny wynik finansowy nowych podmiotów leczniczych, jak i za zobowiązania dotychczasowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZOZ-ów). Nałożenie nowych zadań nastąpiło bez obowiązku zapewnienia im odpowiednich do tego środków finansowych, wynikającego z Konstytucji RP i Europejskiej Karty Samorządu Lokalnego, sporządzonej w Strasburgu dnia 15 października 1985 r. (Dz. U. z 1994 r. Nr 124, poz. 607 z późn. zm.). Obowiązek ten związany jest z ponoszeniem obecnie przez samorząd odpowiedzialności polityczno-finansowej za sprawy, które ze swojej natury są domeną parlamentu i rządu. To przecież te podmioty odpowiadają za politykę zdrowotną państwa. Decyzję o niezbędnej dla utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego państwa liczbie szpitali i personelu medycznego nie należą do władz lokalnych. Samorząd terytorialny ma tylko realizować państwową politykę zdrowotną na odpowiednim szczeblu swojej działalności.

Rzeczywiście od lat są podejmowane próby naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wprowadzenie do obrotu prawnego ustawy o dzia-

łałości leczniczej jest działaniem bardzo spektakularnym, ze względu na objęcie nią niemal całej sfery wykonawczej świadczeń zdrowotnych. Mamy otrzymać do użytku nowe, doskonalsze rozwiązania organizacyjno-prawne, które poprawią dostępność do świadczeń zdrowotnych i doprowadzą do sprawniejszego działania wykonawców świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza szpitali. Jednak zaproponowane rozwiązania odnoszą się w zasadzie do przekształcania szpitali i innych publicznych świadczeniodawców, a nie całego systemu zdrowotnego, który ma szansę lepiej służyć pacjentom tylko wtedy, gdy funkcjonuje jako całość. Ustawodawca bardziej miał na uwadze sytuację wierzycieli obecnych SPZOZ-ów i stan finansów państwa niż los każdego leczzonego pacjenta.

Mimo deklaracji o dążeniu do nieułamności, komentowane przepisy zawierają wiele nieostrych i niezdefiniowanych tu sformułowań (np. „samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej”, „zakład opiekuńczo-leczniczy”, „pojazd przeznaczony do udzielania świadczeń”). Takie „ulepszające” podejście po linii najmniejszego oporu (przez proste przeniesienie do ustawy o działalności leczniczej tylko nazewnictwa, bez znajdujących się w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm., definicji niektórych pojęć) nie ułatwia położenia tych, którzy zmiany te mają wprowadzać w życie. Powodować to będzie istotne problemy interpretacyjne. Najistotniejszym z nich jest (dostrzeżony nawet przez Biuro Analiz Sejmowych) fakt posiadania lub nieposiadania przez SPZOZ-y osobowości prawnej. Zalecono w tym zakresie pilną nowelizację ustawy – zaznaczając, że w pierwotnej rządowej wersji ustawy były wprost zapisy o osobowości prawnej SPZOZ-ów.

Mimo zapowiedzi uporządkowania systemowego w ustawie o działalności leczniczej nie zostały precyzyjnie uregulowane podstawowe dla sprawnej i efektywnej interpretacji ustawy pojęcia i terminy w niej zawarte. Nie ustalono (poza lakonicznym stwierdzeniem, że jest on przedsiębiorstwem), czym pod względem merytorycznym jest szpital – nie ma jego definicji funkcjonalnej – ani też nie został sklasyfikowany poziom referencyjny świadczeń szpitalnych. Nie wprowadzono dla wszystkich podmiotów leczniczych prowadzących szpitale obligatoryjnych minimalnych norm i standardów, jakie powinny być zachowane w odniesieniu do

liczby łóżek szpitalnych i personelu medycznego przypadającego na odpowiednią liczbę pacjentów. Nie określono także, jakie prawa ma pacjent leczony w szpitalu i czy ma prawo do pomieszczeń i wyżywienia (z literalnej analizy treści ustawy wynika, że tych praw nie ma). Podobnie jest w lecznictwie ambulatoryjnym, zwłaszcza jeżeli chodzi o specjalistykę ambulatoryjną. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na przeoczenie w ustawie o działalności leczniczej takiego rodzaju świadczeń, jak świadczenia wysokospecjalistyczne. Tak istotne niedopatrzenia skutkują dużymi trudnościami w sferze implementacji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011, s. 45, z późn. zm.) (zob. także M. Dercz, *Wzajemne relacje zachodzące między ustawą o działalności leczniczej a dyrektywą w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (w:) Namyśły nad problemami polityki zdrowotnej: globalnej, europejskiej, krajowej. Księga Jubileuszowa prof. dra hab. Cezarego W. Włodarczyka*, red. I. Kowalska, A. Mokrzycka, Warszawa 2013, s. 259–282).

Miała ona być uzdrowieniem złego zarządzania podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Jest to oczywiście możliwe, gdy będą nimi zarządzać nie ludzie z klucza politycznego, czy też specjaliści z branż wszelakich, ale wykwalifikowani menadżerowie ochrony zdrowia. Te oczywiste prawdy znane są już w większości krajów europejskich i w USA. Zamiast tego, na co czekaliśmy, otrzymaliśmy w nowych podmiotach działających w formie spółek prawa handlowego wieloosobową odpowiedzialność za całość działalności leczniczej ponoszoną przez zarządy spółek. Nie ma tam wymogu, aby zarządy spółek, czyli osoby zarządzające podmiotami leczniczymi, posiadały jakiegokolwiek, nawet minimalne profesjonalne kwalifikacje w dziedzinie, w której mają działać. Nie ma tu prostego przełożenia na umiejętności kierownicze w innych w pełni rynkowych przedsiębiorstwach, bo rynek zdrowia nie jest w pełni wolny, tylko regulowany. Jego prawa i regulacje powinny być znane kierującym podmiotami leczniczymi, bo bez tego ich płynność finansowa będzie zagrożona, nie mówiąc już o sytuacji pacjentów, którzy mają się martwić sami o siebie. Nie wyodrębniono, mimo oczywistego zapotrzebowania, zarządu ekonomiczno-organizacyjnego od zarządu medyczne-

go. Brak w ustawie przepisu ustanawiającego stanowisko oczekiwanego stanowiska naczelnego lekarza szpitala lub kierownika medycznego podmiotu leczniczego. Należy bowiem pamiętać, że dotychczasowe stanowiska kierowników NZOZ zostały zlikwidowane wraz z NZOZ (art. 205).

Tak liberalne, w odniesieniu do kierowania podmiotami leczniczymi, regulacje nie pojawiają się nawet w tak urynkowanym systemie, jak amerykański. Zarządzanie podmiotami leczniczymi związane jest z ważną dla obywateli będących pacjentami sferą życia społecznego, a zdrowie i dostęp do jego ratowania lub poprawy są ważniejsze niż pozyskanie jakiegokolwiek zwykłego towaru konsumpcyjnego. Obecnie przeprowadzana deregulacja nie powinna obejmować dziedziny, w której od właściwych umiejętności kierowniczych zależy nasze życie i zdrowie. Wręcz odwrotnie – wzorem krajów skandynawskich – powinno się dążyć docelowo do stworzenia profesjonalnego korpusu kierowniczego w podmiotach leczniczych. Należy doprowadzić także do jednoznacznego personalnego oddzielenia zarządzania podmiotami leczniczymi od wykonywania w nich świadczeń zdrowotnych.

W ramach „podnoszenia” kwalifikacji osób zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej zaniechano wymogu posiadania profesjonalnej wiedzy z zakresu zarządzania służbą zdrowia przez kierowników SPZOZ-ów (co wynikało z przepisów wykonawczych do art. 10 ust. 2 u.z.o.z.). Wprowadzono dla nich tylko wymóg posiadania ogólnych kwalifikacji zarządczych i skrócono z 6 do 5 lat niezbędne doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym. Takie działanie spowoduje dalsze osłabienie nielicznych w naszym kraju podmiotów naukowo-dydaktycznych prowadzących specjalizację z zarządzania ochroną zdrowia i ze zdrowia publicznego. A więc zamiast oczekiwanego – i jakże potrzebnego – podniesienia profesjonalnej jakości zarządzania, będzie ona obniżona.

Wbrew obietnicy wynikającej z uzasadnienia, a dotyczącej zapewnienia stabilności w dostępności do świadczeń zdrowotnych, nie ma w obecnych przepisach gwarancji – w sytuacji likwidacji podmiotu leczniczego – tego, co było ustalone w art. 43 u.z.o.z., tj. obowiązku określenia sposobu i formy zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanej jednostki dalszego, nieprzerwanego udzielania takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich

dostępności, warunków udzielania i jakości. Właśnie m.in. na podstawie interpretacji tego przepisu Trybunał Konstytucyjny wydał programowy dla systemu ochrony zdrowia wyrok z dnia 27 czerwca 2000 r., K 20/99, OTK 2000, nr 5, poz. 140, który określał konstytucyjne obowiązki władz publicznych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

Zastosowanie w art. 41 ust. 1 u.d.l. kwalifikowanej większości głosów (3/4) w przypadku ewentualnej likwidacji podmiotu leczniczego działającego w formie publicznej spółki prawa handlowego, samo w sobie nie stanowi wystarczającego zabezpieczenia dla utrzymania istnienia danego podmiotu leczniczego i zapewnienia dostępności do świadczeń dla pacjentów ubezpieczonych. W sytuacji osiągnięcia przez taką publiczną spółkę dużych strat finansowych jej władze, tj. zarząd i rada nadzorcza, muszą bowiem zgłosić upadłość. Jeżeli tego nie zrobią, to odpowiadają całym swoim majątkiem. Właściciel, czyli w większości przypadków j.s.t., nie może za pomocą swojego budżetu pokrywać strat z bieżącej działalności leczniczej takiej spółki, ponieważ finansowanie tej działalności (poza zakupami sprzętu i inwestycjami w infrastrukturę oraz programami zdrowotnymi) nie należy do zadań własnych samorządu. To przecież jest, zgodnie z dyspozycją art. 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zadanie Ministra Zdrowia, właściwych ministrów i NFZ. Zła sytuacja finansowa NFZ może doprowadzić w niedalekiej przyszłości do ujemnych wyników finansowych podmiotów leczniczych działających w formie komercyjnych spółek, a wtedy pozostanie tylko ich upadłość lub sprzedaż udziałów albo akcji na otwartym rynku. To rodzi niebezpieczeństwo utraty wystarczającej liczby placówek zdrowotnych i zagrożenie w niedalekiej przyszłości dostępności do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. W tym zatem sensie oparcie się całego systemu ochrony zdrowia w kraju tylko lub w większości na podmiotach czysto prywatnych może zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu państwa. Jest to właśnie dlatego tak niebezpieczne, że podstawowym zadaniem tej ustawy (jak wskazano to w uzasadnieniu) jest wyeliminowanie z regulowanego rynku świadczeń zdrowotnych skompromitowanych SPZOZ-ów i zastąpienie ich docelowo podmiotami leczniczymi działającymi w formie zwykłych spółek komercyjnych.

Mimo że Minister Zdrowia miał mieć, jak wynika to z uzasadnienia ustawy, odpowiednie instrumenty prawne do stworzenia „takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, który pozwoli na rzeczywistą realizację (...) świadczeń zdrowotnych”, to analiza ustawy o działalności leczniczej pod kątem jego kompetencji pokazuje, że w efekcie niemal całkowicie został pozbawiony bezpośredniego wpływu na bezpieczną dla państwa liczbę działających podmiotów leczniczych o publicznym charakterze oraz na jakość udzielanych świadczeń i liczbę fachowego personelu medycznego koniecznego do utrzymania odpowiedniej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Co prawda, dano mu dosyć rozbudowane werbalnie kompetencje kontrolne, jednak nie wskazano, w jakim kierunku i celu mają one być realizowane.

Zatem proponowane rozwiązania mogą nie tylko nie poprawić sprawności zarządzania publicznymi środkami finansowymi przeznaczonymi na zapewnienie przez władze publiczne dostępu do świadczeń zdrowotnych (art. 68 Konstytucji RP), lecz także w sytuacji niewyeliminowania z tej ustawy wielu ewidentnych błędów i nieścisłości mogą wręcz zdestabilizować funkcjonowanie publicznego systemu ochrony zdrowia.

W drugim wydaniu zostały uwzględnione wszystkie nowelizacje ustawy o działalności leczniczej dokonane na dzień 1 kwietnia 2014 r. Ponieważ dokonane po publikacji pierwszego wydania niniejszego komentarza zmiany nastąpiły w odniesieniu do poszczególnych przepisów tej ustawy tylko jednorazowo, nie ma potrzeby przy okazji ich omawiania powoływać się każdorazowo na konkretną nowelizację. Nowelizacje u.d.l. zostały wskazane na początku tekstu ustawy.

Ustawa

z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej

(tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217; zm.: Dz. U. z 2014 r. poz. 24,
poz. 423, poz. 619)

DZIAŁ I

PRZEPISY OGÓLNE

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady wykonywania działalności leczniczej;**
- 2) zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami;**
- 3) zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;**
- 4) normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych;**
- 5) zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.**

1. Intencją ustawodawcy było, aby na początku ustawy został od razu wskazany jej normatywny zakres. Przepis ten ma określić, jakie najważniejsze według ustawodawcy zagadnienia zostały w ustawie unormowane. Ideą takich ogólnych przepisów jest wskazanie adresatom ustawy celu, jaki ma być osiągnięty przez jej wprowadzenie, czyli w tym przypadku – co ma zostać ustawowo określone, aby działalność lecznicza mogła być realizowana z zamierzonym przez ustawodawcę skutkiem w postaci zorganizowanego instytucjonalnie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych. Najważniejszym przesłaniem tego wprowadzającego przepisu jest wskazanie, że istotą ustawy jest prowadzenie przez podmioty lecznicze profesjonalnej działalności leczniczej. Jednak mimo pewnych przesłanek wskazujących, że takie właśnie były założenia, sama treść tego przepisu w odniesieniu do zawartości dalszych przepisów ustawy temu

przeczy. Jest tak dlatego, że wiele zagadnień, które są przedmiotem regulacji przez tę ustawę, nie mieści się w tym ogólnym przepisie, a także zagadnienia w samej treści ustawy są zamieszczone w innej niż w tym przepisie kolejności oraz odnoszą się do zagadnień niemieszczących się w zakresie pojęciowym wskazanym w pkt 1–5. Przecież określenie niejako od podstaw zasad przekazywania środków publicznych oraz wprowadzenie na dotychczas niespotykaną w ochronie zdrowia skalę przepisów przejściowych i dostosowujących jest niezaprzeczalnie istotą tej ustawy. Zatem o tych zagadnieniach, aby nie być posądzonym o bałaganiarstwo, powinno się w ogólnym przepisie porządkowym także wspomnieć. Niestety – jaki początek, taka i dalsza treść. Treść wskazuje na dużą przypadkowość używanych pojęć i sformułowań oraz na brak jednoznacznej wizji celu, do jakiego osiągnięcia ustawodawca dążył, poza może sporym zaangażowaniem w osiągnięcie efektu materializacji i fiskalizacji w działalności podmiotów leczniczych.

2. Za główne zasady mające regulować działalność leczniczą podmiotów profesjonalnie do tego przygotowanych w art. 1 pkt 1 ustawodawca uznał:

- 1) nadanie działalności leczniczej ściśle sformalizowanych i zinstytucjonalizowanych cech – ograniczony został ustawowo zakres podmiotowy udzielania świadczeń zdrowotnych określonych jako prowadzenie działalności leczniczej do podmiotów leczniczych (art. 4) i praktyk zawodowych (art. 5);
- 2) ograniczenie czasowo i funkcjonalnie zakresu publicznej aktywności w odniesieniu do udzielania świadczeń zdrowotnych przez przyjęcie kategorii podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, wraz z przyjęciem, że SPZOZ-y nie mogą być w dalszym ciągu od nowa tworzone;
- 3) dokonanie nowego podziału działalności leczniczej na „rodzaje”, które to pojęcie jest używane w zasadzie tylko w odniesieniu do działalności tu określonej, a niekiedy nawet odmiennie nazywanej i inaczej określanej w innych ustawach, np. specjalistyczna opieka zdrowotna (art. 8–12);
- 4) po raz pierwszy określenie wprost, że działalność lecznicza to działalność regulowana w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r.

o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm.) (art. 16);

- 5) formalizacja warunków progowych niezbędnych do spełnienia, aby zostać dopuszczonym do prowadzenia działalności leczniczej (art. 17);
- 6) wskazanie jako podstawowego, niezbędnego do przyjęcia od początku działalności dokumentu, niejako programowego, w postaci regulaminu organizacyjnego.

3. Ustawodawca do zasad wykonywania działalności leczniczej nie zaliczył już reguł dotyczących samego funkcjonowania podmiotu leczniczego. W art. 1 pkt 2 zostało bowiem ustalone, że są to odrębne zagadnienia, i to odnoszące się do podmiotów niebędących przedsiębiorcami. Jednak już w samej treści ustawy dział II, który w zasadzie ma to zagadnienie regulować, został zatytułowany: „Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych”, choć znajdują się w nim także zagadnienia dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Takie niedoprecyzowanie w treści przepisów niestety jest znamienne dla tej ustawy. Należy więc bardzo uważnie wczytywać się w treść poszczególnych przepisów, ale także patrzeć na tytuły poszczególnych systematycznych części ustawowych, bo nie zawsze są ze sobą koherentne.

Możliwe, że ustawodawcy chodziło o fakt, iż ogólne zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami uregulowane są w ustawach dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej, w ustawie z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1030 z późn. zm.) oraz ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121), a działanie podmiotów w tej ustawie określonych wprost jako „niebędące przedsiębiorcami” na zasadzie *lex specialis* regulują przepisy tylko tu się znajdujące. Należy jednak pamiętać, że w art. 2 ust. 1 pkt 4 jako „podmioty niebędące przedsiębiorcami” wskazano tylko podmioty określone w art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3, a już te wskazane w art. 4 ust. 1 pkt 4–6 takiego określenia nie mają. Czy zatem *a contrario* należałoby przyjąć, że np. kościoły – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą – są przedsiębiorcami? Takie założenie chyba zostało w tej ustawie poczynione, jednak nie jest ono precyzyjne, zwłaszcza na tle przepisów regulujących *sensu stricto* działalność podmiotów wymienionych w art. 4 ust. 1 pkt 4–6.

4. Punkt 3 ma regulować „zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą”, natomiast tytuł działu IV brzmi już „Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą”. Należy zatem uznać materię dotyczącą zasad rejestracji podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych za najistotniejszą dla ustawodawcy.

Do podstawowych zasad prowadzenia rejestru należy zaliczyć:

- 1) obowiązek złożenia przez podmiot wykonujący działalność leczniczą wniosku o wpis wraz ze stosownym niewystępującym w u.z.o.z. pisemnym oświadczeniem (art. 100–102);
- 2) prawo oficjalnego rozpoczęcia działalności dopiero po uzyskaniu stosownego wpisu (art. 103–104);
- 3) obowiązek uiszczenia ustawowo określonej opłaty wpisowej (art. 105) (ale pamiętać należy o art. 16 i jego odpowiednich konsekwencjach fiskalnych);
- 4) właściwość miejscową organów prowadzących rejestr (art. 104 ust. 1);
- 5) obowiązek trwałości i aktualności danych wpisowych, na których straż stoi ewentualna kara pieniężna za jego niedopełnienie (art. 107);
- 6) zasadę podejmowania rozstrzygnięć przez organ rejestrowy w formie decyzji administracyjnej (art. 110);
- 7) zasadę sformalizowania decyzji dotyczących rejestrowych czynności kontrolnych za pomocą protokołu (art. 112).

5. Następny punkt został określony jako „normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych”. Zagadnienia do tego się odnoszące zostały uregulowane w dziale III, który nosi tytuł „Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych” i został umieszczony w przepisach art. 93–99, czyli przed przepisami działu IV, dotyczącego rejestru, zawartymi w art. 100–113. Świadczy to o pewnym bałaganiarstwie regulacyjnym polegającym na nietrzymaniu się wcześniej ustalonej struktury treściowej ustawy. Warto także pamiętać, że ustawodawca określił w tym rozdziale nie tylko normy czasu pracy, lecz także rozkłady czasu pracy (mowa jest o nich w art. 93–94 u.d.l.). Uwagę należy również zwrócić na przepis przejściowy art. 214.

6. W art. 1 pkt 5 zostały wskazane „zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą”, a dział VI nosi tytuł „Kontrola i nadzór”.

Po analizie treści tego działu dochodzimy do wniosku, że ustawodawca w miarę postępu w pracy nad treścią przepisów poszerzył swoje zainteresowanie materią nadzorczą o zagadnienia *stricto* kontrolne, zawarte w art. 118–120, nadzorowi zaś poświęcił jedynie przepis art. 121 ust. 1–3, i to tylko w odniesieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Z treści przepisów wynika, że ustawodawca wprowadza odbiorców przepisów w pewien błąd, nie zawarł bowiem w tym miejscu przepisów odnoszących się do praktyk zawodowych. Czyli zagadnienia „zasad sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą” w tym dziale dotyczą tylko podmiotów leczniczych, a ewentualna kontrola praktyk zawodowych uregulowana jest tylko przy okazji ich rejestracji i jej zmian.

Art. 2. 1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) dokumentacja medyczna – dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742);**
- 2) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;**
- 3) pacjent – pacjenta w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;**
- 4) podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą – podmiot leczniczy wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3;**
- 5) podmiot wykonujący działalność leczniczą – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarza lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5;**
- 6) podmiot tworzący – podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jednostki budżetowej;**

- 7) promocja zdrowia – działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;
- 8) przedsiębiorstwo – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;
- 9) szpital – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;
- 10) świadczenie zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 11) świadczenie szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 12) stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;
- 13) uczelnia medyczna – publiczną uczelnię medyczną albo publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

2. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) kierowniku bez bliższego określenia – rozumie się przez to także zarząd spółki kapitałowej, a w przypadku innych podmiotów wyko-

- nujących działalność leczniczą – osobę uprawnioną do kierowania tymi podmiotami i ich reprezentowania na zewnątrz, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej;**
- 2) działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bez bliższego określenia – rozumie się przez to działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, jak i działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne;**
- 3) pielęgniarce – rozumie się przez to także położną;**
- 4) lekarzu – rozumie się przez to także lekarza dentyście.**

3. Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego jest jednostką lokalną w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24.

1. Komentowany przepis zawiera legalne definicje najistotniejszych według ustawodawcy pojęć występujących w poszczególnych przepisach komentowanej ustawy.

2. Definicję pojęcia dokumentacji medycznej wprowadzono pierwotnie do art. 18d u.z.o.z. w wyniku jej nowelizacji ustawą z dnia 14 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 143, poz. 1032). Wcześniej definicja tego pojęcia znajdowała się w nieobowiązującym już § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966 z późn. zm.), który stanowił, że dokumentacja medyczna to zbiór dokumentów medycznych zawierających dane oraz informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów i udzielanych świadczeń zdrowotnych w ZOZ-ie. Obecne wyjaśnienie tego pojęcia zostało ustalone w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) – w art. 1 i w rozdziale 7 „Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej”. Dokumentacja medyczna jest także, jak się wydaje, elementem zdarzenia medycznego wskazanego w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b u.d.l.

3. Drugie z wymienionych pojęć bardzo często przewija się nie tylko w przepisach komentowanej ustawy, lecz także innych ustaw i rozporządzeń. Ma ono na gruncie komentowanej ustawy istotne, choć nie bezpośrednio ustalone, znaczenie. Widać to zwłaszcza w kontekście art. 5 i 18–19, które wskazują, kto może wykonywać działalność leczniczą, polegającą przecież na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jak zauważa A. Kolosa: „Pojęcie «wykonywanie zawodu medycznego» odnosi się do osób, które fachowo, stale i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje. Przez kwalifikacje należy rozumieć zasób wiedzy i umiejętności wymaganych do udzielania świadczeń zdrowotnych” (zob. A. Kolosa, *Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy*, PiZS 2000, nr 7–8, s. 54). Pojęcie osoby wykonującej zawód medyczny obejmuje osoby wykonujące zawody, których status jest określony ustawowo, jak i zawody, które nie mają na gruncie obowiązującego prawa takiego uregulowania (tamże). Co pewien czas pojawiają się projekty aktów prawnych mające na celu kompleksowe zdefiniowanie i uregulowanie wszystkich zawodów medycznych albo unormowanie kolejnych. Więcej o tym zagadnieniu zob. komentarz do art. 17 ust. 1 pkt 3.

4. Według art. 2 ust. 1 pkt 3 definicję pacjenta mamy rozumieć zgodnie z jej treścią zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.: „pacjent – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”.

5. Pod wskazanymi w art. 2 ust. 1 pkt 4 u.d.l. pozycjami znajdują się tylko SPZOZ-y i jednostki budżetowe. Jest to zbieżne z ustaleniami zawartymi w rozdziale 3 działu II, zatytułowanego „Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami”. Jednak należy pamiętać, że wymienione w tym przepisie w art. 4 ust. 1 pkt 4–6 podmioty także nie są przedsiębiorcami *sensu stricto*. Można tylko do nich odpowiednio stosować przyjętą w ustawie o działalności leczniczej nomenklaturę, ponieważ w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą prowadzą ją w sposób wskazany w art. 2 ust. 1 pkt 8.

6. „Podmiot wykonujący działalność leczniczą” jest kolejnym przykładem nowego nazewnictwa stworzonego na potrzeby komentowanej

ustawy. Należy bardzo uważnie czytać poszczególne przepisy, w których używane są nazwy nowych konstrukcji prawnych, ponieważ stosowane są one zamiennie, a nie zawsze z systematyki tego aktu prawnego można wysnuć prawidłowo zagadnienia normowane w poszczególnych działach, rozdziałach czy oddziałach. Aby uniknąć mylnej interpretacji analizowanego tekstu ustawy, zawsze trzeba sprawdzić, do jakich typów podmiotów leczniczych i do jakich rodzajów działalności leczniczej dany przepis ma mieć zastosowanie. Przez zmianę dokonaną w treści pkt 5 ustawodawca dokładniej zaakcentował, że w odniesieniu do praktyki zawodowej należy uznać ją za jedną z podstawowych form wykonywania zawodu zarówno lekarza, jak i pielęgniarki. Należy jednak zwrócić uwagę, że pielęgniarki mają szczegółowo uregulowane – w art. 19 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) – formy wykonywania swojego zawodu, a lekarze jedyną regulację tego tematu przenieśli do ustawy o działalności leczniczej, nie pozostawiając szczególnych regulacji w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

7.1. W odniesieniu do podmiotów publicznych wymienionych w art. 6 ust. 1, 2, 6 w zw. z art. 7 u.d.l., występujących w stosunku do SPZOZ-ów oraz jednostek budżetowych jako ich faktyczne organy założycielskie, używa się w przepisach komentowanej ustawy sformułowania „podmiot tworzący” (zob. art. 38, 40, 42, 43, 46, 47–50, 54, 59, 66, 70, 72, 73, 75, 82, 115, 120–122, 190, 195–197, 199 u.d.l.). Sens tego sformułowania należy interpretować w znaczeniu funkcjonalnym, a nie historycznym, a więc określenia takie użyte w odniesieniu do np. j.s.t. nie oznaczają, że jednostki te faktycznie musiały utworzyć jakiś SPZOZ (o podmiotach tworzących zob. także uwagi do art. 6; por. *Zakłady opieki zdrowotnej. Stan obecny i proponowane kierunki zmian*, red. M. Dercz, Warszawa 2008, s. 15–16).

7.2. Warto w tym miejscu poświęcić trochę uwagi bardziej, moim zdaniem, adekwatnemu w tym zakresie pojęciu organu założycielskiego. Użyto go już oficjalnie w odniesieniu do SPZOZ-ów w art. 50 ustawy budżetowej na rok 1999 z dnia 17 lutego 1999 r. (Dz. U. Nr 17, poz. 154) oraz w wydanym na jego podstawie rozporządzeniu Rady Ministrów

z dnia 4 sierpnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania i sposobu rozliczania dotacji z rezerwy celowej budżetu państwa na rok 1999 dla organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zadania własne bieżące i inwestycyjne związane z dofinansowaniem kosztów wdrażania reform w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 68, poz. 760). W następstwie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dokonanej ustawą z dnia 14 maja 2004 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 75, poz. 518 z późn. zm.) pojęcie organu założycielskiego znalazło się w przepisie art. 18d ust. 3 u.z.o.z.: „ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o podmiocie, który utworzył zakład, należy przez to rozumieć także podmiot, który przejął uprawnienia podmiotu, który utworzył zakład, oraz organ założycielski”. Jednak w wyniku noweli z dnia 14 lipca 2006 r. ust. 3 wskazanego przepisu został uchylony, na skutek czego pojęcie to miało bezpośrednie odniesienie jedynie do SPZOZ-ów uczelnianych (art. 36a ust. 1 u.z.o.z.) oraz do dawnych kolumn transportu sanitarnego (art. 70a ust. 4 u.z.o.z.; zob. M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001, s. 184–190).

8.1. Następcę z pojęć („promocja zdrowia”) ma szczególne znaczenie w kontekście definicji działalności leczniczej (zob. art. 3). Może to być jedna z dwóch najważniejszych (obok udzielania świadczeń zdrowotnych) sfer aktywności każdego podmiotu leczniczego. Warto zaznaczyć, że aby możliwa była realizacja programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych krajowych lub zagranicznych, podmioty lecznicze powinny mieć możliwość wykonywania zadania związanego z promocją zdrowia. Aby to było możliwe, należy określić to w odniesieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami w statucie, a w pozostałych przypadkach – w regulaminach organizacyjnych.

8.2. Promocja zdrowia ma również szerokie uregulowanie normatywne. Należy jednak pamiętać, że co do zasady jest ona częścią większego zbioru, jakim jest ochrona zdrowia, któremu więcej uwagi zostanie poświęcone przy omawianiu świadczeń zdrowotnych.

8.3. Pojęcie promocji zdrowia należy rozumieć jako działanie umożliwiające poszczególnym osobom (czyli tzw. zdrowie indywidualne) i spo-

łeczności (w ramach zdrowia publicznego) zwiększenie kontroli (własnej, jak i zinstytucjonalizowanej) nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę (ale i utrzymanie w stanie dotychczasowym, czyli nie pogorszoną), a także promowanie zdrowego stylu życia (kultura fizyczna i sport) oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (ochrona środowiska). Definicja ta jest bardzo ogólna, lecz oddaje istotę omawianego pojęcia (zob. J. Nosko, *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. 1, ZP 2000, nr 4, s. 151 i n.). Należy jednak w tym miejscu pamiętać, że promocja zdrowia wraz z profilaktyką zgodnie z niezależnymi badaniami odnoszącymi się do naszego systemu zdrowotnego należą do sfery nie za dużej aktywności zarówno osób indywidualnych, jak i instytucji państwowych i publicznych. Główny nacisk kładzie się na medycynę naprawczą i na świadczenia szpitalne.

8.4. Omawiane pojęcie zostało rozwinięte również w niektórych innych aktach prawnych, np. w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.) określono, iż służba zdrowia realizuje zadania z zakresu inicjowania i realizowania promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących, przy czym realizację tych programów nazywa się inicjatywą prozdrowotną (art. 7 ust. 2 pkt 2 u.s.m.p.), natomiast w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.) promocję zdrowia psychicznego oraz promocję zdrowego stylu życia zaliczono do działalności wychowawczej i zapobiegawczej (zob. M. Dercz, H. Izdebski, *Prywatyzacja w opiece zdrowotnej. Jak prywatyzować samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w świetle obowiązujących przepisów*, Warszawa 2001, s. 4–18).

8.5. Omawiany termin został precyzyjnie uregulowany (choćby jedynie w odniesieniu do zdrowia psychicznego) w akcie wykonawczym wydanym na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności

w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537).

8.6. W świetle obowiązującego prawa przez promocję zdrowia należy rozumieć różnego rodzaju inicjatywy i działania podejmowane przez organy i instytucje powołane do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, jak też przez inne podmioty mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia, pobudzenie troski o środowiskowe i indywidualne czynniki sprzyjające zdrowiu oraz – co nieprzypadkowo podkreślono w Europejskiej Karcie Społecznej, sporządzonej w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 z późn. zm.) – rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie.

8.7. Promocja zdrowia ściśle wiąże się z działalnością edukacyjną, wychowawczą i informacyjną w zakresie zdrowia, stanowiąc podstawowy składnik treści nauczania, wychowania i informowania w tej dziedzinie.

9.1. Zmiana dokonana w odniesieniu do treści pkt 8 niesie za sobą odejście od posługiwania się w odniesieniu do pojęcia przedsiębiorstwa definicją zawartą w kodeksie cywilnym na rzecz spłylenia znaczenia tego pojęcia do samych składników majątkowych. Tak więc cała sfera niemajątkowa, jaka związana jest z uczestnictwem przedsiębiorcy przez przedsiębiorstwo w rozumieniu art. 55¹ k.c. w obrocie gospodarczym i cywilnym obecnie odnosić się będzie do całego podmiotu leczniczego. Należy także zauważyć, że wymienione w tym punkcie składniki majątkowe mają być wyodrębnione tylko wewnątrz tego podmiotu leczniczego w odniesieniu do rodzaju działalności wskazanej w art. 3 u.d.l. To wyodrębnienie dotyczy w zasadzie jego wewnętrznych rozrachunków w ramach całego podmiotu leczniczego i jest istotne jedynie w odniesieniu do realizacji umów z NFZ. Dysponentem podstawowym tych składników majątkowych, mimo przyporządkowania ich dla poszczególnych rodzajów działalności, jest podmiot leczniczy jako główny ich użytkownik. To podmiot leczniczy ma kompetencje władcze wobec tych składników majątkowych i to on, przez kierownika, odnotowuje dysponowanie nimi w odpowiednich rejestrach, a także ma obowiązek zapewnić należyte funkcjonowanie składników majątkowych zarówno pod względem technicznym, jak i prawnym. To kierownik podmiotu leczniczego ponosi odpowiedzialność za stan używalności wszystkich będących w dyspozycji tego pod-

miotu składników majątkowych. W codziennej praktyce funkcjonowania podmiotu leczniczego może dojść do scedowania pewnych czynności technicznych dokonywanych wobec składników majątkowych na rzecz wskazanych w regulaminie organizacyjnym osób kierujących poszczególnymi przedsiębiorstwami, a nawet jednostkami bądź komórkami organizacyjnym działającymi w ramach przedsiębiorstwa. Jednak wszystkie te techniczne i ewentualnie proceduralne kwestie pozostają w odniesieniu do składników majątkowych w gestii kierownika podmiotu leczniczego.

9.2. Wskazany w powyższej definicji zespół składników majątkowych jest *de facto* nadal zorganizowanym zespołem składników niematerialnych i materialnych przeznaczonym co do zasady do prowadzenia działalności gospodarczej, polegającej w tym wypadku na wykonywaniu działalności leczniczej, która określona została w art. 3. Ze względu na swój specyficzny charakter związany w zasadniczy sposób z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych każdy z ww. składników powinien być tak interpretowany w praktyce, żeby mogły zostać spełnione warunki niezbędne do prawidłowego procesu udzielania tych świadczeń. Zatem te składniki muszą spełniać normy, standardy, prawa – wynikające z przepisów regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

9.3. Pojęcie przedsiębiorstwa w odniesieniu do jego pozostawania w obrocie prawnym, mimo że zostało ono w ustawie o działalności leczniczej spłycone tylko do składników majątkowych, nadal ma w odniesieniu do całego podmiotu leczniczego znaczenie, ponieważ to podmiot leczniczy wypełnia faktycznie znamiona przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 55¹ k.c. w trzech podstawowych znaczeniach: podmiotowym, przedmiotowym i funkcjonalnym. O tym, jakie są ogólne znaczenia tego pojęcia najlepiej napisał W.J. Katner (por. tenże (w:) *Kodeks cywilny. Część ogólna. Komentarz*, red. M. Pyziak-Szafnicka, Warszawa 2009; zob. zwłaszcza komentarz do art. 55¹). Według tego autora: „Pojęcie podmiotowe jest tożsame z przedsiębiorcą, formami prawnymi działalności gospodarczej oraz właścicielem (właścicielami), co zawiera się w art. 43¹ k.c. Pojęcie przedmiotowe kojarzy się z przedsiębiorstwem jako przedmiotem stosunku cywilnoprawnego, zwłaszcza umowy, w której jest ono nabywane, zbywane, dzierżawione, oddawane w leasing, wnoszone do spółki itp. (zob. bliżej W.J. Katner, *Przedmioty stosunku cywilnopraw-*

nego (w:) *System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2007, rozdz. XVII). Pojęcie funkcjonalne dotyczy zorganizowanej działalności gospodarczej opartej na pewnym majątku i umiejętności, jak działalność agenta, komisanta, przewoźnika, przedsiębiorcy składowego, finansującego w umowie leasingu i innych, którzy «w zakresie prowadzonego przedsiębiorstwa» wykonują czynności należące do przedmiotu ich działalności gospodarczej (por. art. 709¹, 758 § 1, art. 765, 853 § 1). Funkcjonalne znaczenie przedsiębiorstwa należy odróżnić od samej działalności gospodarczej, która może mieć postać przedsiębiorstwa albo stanowić tylko na tyle zorganizowaną, że możliwą do podjęcia i wykonywania działalność”.

9.4. Rozumienie nowej definicji pojęcia przedsiębiorstwa w odniesieniu do wykonywanych rodzajów działalności leczniczej powinno jednak, moim zdaniem, dla prawidłowego jego wyjaśnienia być powiązane (w odniesieniu do zakresu przedmiotowego i podmiotowego samej działalności leczniczej) z treścią art. 3, 4, 8 i 16 w zw. z art. 13 pkt 2. To z tych właśnie przepisów wynika bowiem, że działalność lecznicza jest zorganizowanym przedsięwzięciem gospodarczym, w wyniku którego mają być udzielane świadczenia zdrowotne. Prowadzenie działalności leczniczej tylko za pomocą funkcjonowania przedsiębiorstwa nie może jedynie dotyczyć gromadzenia w tym celu niematerialnych i materialnych składników majątkowych, które mają stanowić jego infrastrukturę techniczną (będących częściami składowymi przedsiębiorstwa w znaczeniu przedmiotowym). To jest także działanie mające na celu zapewnienie temu podmiotowi profesjonalnego personelu medycznego mającego prawa do wykonywania zawodów medycznych oraz zapewnienie odpowiednich wyrobów medycznych i podpisanie stosownej umowy ubezpieczeniowej (art. 17). Musi być to spełnione po to, aby ta działalność mogła bezpiecznie służyć do wykonywania świadczeń zdrowotnych. Dopiero spełnienie przesłanek z art. 17 ust. 1 czyni podmiot leczniczy zdolnym do prowadzenia działalności leczniczej przez przedsiębiorstwo, które ma mu do tego służyć. Samo zgromadzenie składników majątkowych i spełnienie warunków, o których mowa w art. 17, nawet wraz z podjęciem stosownych decyzji o prowadzeniu przez te podmioty działalności leczniczej, przez osoby czy organy uprawnione do tego w odniesieniu do

podmiotów leczniczych wskazanych w art. 4 ust. 1, nie jest wystarczająca do jej rozpoczęcia. Zgodnie z art. 103, będzie to możliwe dopiero w momencie zarejestrowania podmiotu leczniczego w rejestrze prowadzonym przez wojewodę.

9.5. Jednak te ustalenia, oczywiste w odniesieniu do podmiotów leczniczych „będących przedsiębiorcami”, nie są już tak oczywiste w stosunku do tych podmiotów, które przedsiębiorcami nie są. Z przepisów dotyczących ustroju tych podmiotów nie wynika bowiem, że muszą one mieć w swoich strukturach organizacyjnych „przedsiębiorstwo” (zob. art. 42 ust. 2 pkt 4). Kwestie te, moim zdaniem, nadal nie zostały jednoznacznie określone w ustawie, a do tego czasu niestety pozostaną istotne wątpliwości, które będą przedmiotem analizy organów rejestrowych i sądów. Co prawda we wszystkich aktach wykonawczych do ustawy o działalności leczniczej wydanych w odniesieniu do zagadnień rejestrowych i ustrojowych zostało zaznaczone, że każdy odrębny rodzaj działalności leczniczej to osobne przedsiębiorstwo, ale wątpliwości w odniesieniu do SPZOZ-ów, jako nieprzedsiębiorców, pozostają. Wątpliwości pozostają także co do art. 205 u.d.l. w sytuacji przekształcenia ustawowego w jedno przedsiębiorstwo NZOZ-ów prowadzących kilka rodzajów działalności.

10. W art. 2 ust. 1 pkt 9 zamieszczono jedyną w tej ustawie definicję terminu „szpital”. W pkt 11 tego przepisu określono co to jest świadczenie szpitalne. Jednak ani w art. 8, ani w następnych po nim przepisach definiujących rodzaje działalności leczniczej, zarówno szerokiej definicji działalności szpitalnej, jak i innej, bardziej „merytorycznej”, definicji szpitala nie zamieszczono. Wynika z tego tylko tyle, że zdaniem ustawodawcy każdy podmiot leczniczy prowadzący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 8 pkt 1 lit. a w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 11) może ją wykonywać tylko przez swoje „przedsiębiorstwo” (zob. wyżej uwagi do pkt 8). Pozostawienie takiej swoistej luki definicyjnej w ustawie, która jest najważniejszym aktem prawnym w zakresie regulacji organizacyjno-prawnej sfery wykonawstwa świadczeń zdrowotnych, budzi uzasadnione wątpliwości. To czym jest sam szpital i jakie są jego rodzaje lub kategorie (może stopnie referencyjne), powinno być tu szeroko opisane. Zdefiniowanie tego terminu należy do ustawodawcy. Ani orzecznictwo, ani doktryna prawnicza nie mogą go w tej kwestii zastąpić.

11.1. Zanim szczegółowo opiszę znaczenie użytego w art. 2 ust. 1 pkt 10 pojęcia świadczenia zdrowotnego, warto przynajmniej skrótowo omówić termin „ochrona zdrowia”, często bowiem osoby stosujące w praktyce przepisy komentowanej ustawy nie pamiętają, że udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w ramach szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Z tego względu należy sobie uświadomić, że nie można interpretować praw pacjentów/świadчениobiorców do uzyskania należitych świadczeń zdrowotnych w oderwaniu od konstytucyjnych praw odnoszących się do obowiązku władz publicznych zapewnienia równego dostępu do szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Trzeba także pamiętać, że obywatelom przysługują konstytucyjne podmiotowe prawa do należytej ochrony zdrowia, a nie do służby zdrowia, oraz że władze publiczne mają obowiązek zorganizowania systemu ochrony zdrowia, a nie – jak się powszechnie mówi – systemu służby zdrowia. Samo zaś pojęcie służby zdrowia nawiązuje do PRL-owskiej państwowej służby zdrowia, na którą składały się takie elementy, jak: finansowanie bezpośrednio z budżetu państwa, ZOZ jako państwowa jednostka organizacyjna, lekarz jako funkcjonariusz publiczny, a także odpowiedzialność państwa (a właściwie monopol) za zaopatrzenie w leki i materiały medyczne. Ówczesna scentralizowana administracja specjalna, z Ministrem Zdrowia na czele, określana była jako „służba zdrowia”. Pojęcie to jest nadal – mimo braku konstytucyjnych podstaw – używane w niektórych aktach prawnych, pochodzi ono jednak z czasów kształtowania naszych rozwiązań organizacyjnych na radzieckim modelu Siemaszki. Samo pojęcie służby wskazuje na element ścisłego podporządkowania hierarchicznego władzy centralnej i niejako zmilitaryzowany charakter sposobu jej pełnienia. Taki stan niedookreślenia pojęciowego doprowadza niekiedy do mylnego wrażenia, że można lekarzy nadal traktować jak funkcjonariuszy i wydawać im wiążące rozkazy.

11.2. W obowiązującym w Polsce porządku prawnym ustawodawca używa terminu „ochrona zdrowia” zarówno w Konstytucji RP, jak i aktach prawa międzynarodowego ratyfikowanych przez Polskę oraz w licznych ustawach (zob. J. Nosko, *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. 2, ZP 2000, nr 5, s. 187 i n.). Żaden jednak akt prawny wpisany w obecnie obowiązujący system le-

gislacyjny nie przedstawia ogólnej (uniwersalnej) definicji tego pojęcia, mimo ewidentnej potrzeby praktycznej (zob. J. Nosko, *Promocja zdrowia...*, cz. 1, s. 149).

11.3. Najważniejszym źródłem prawa do ochrony zdrowia są przepisy Konstytucji RP (zob. M. Dercz (red.), H. Izdebski, T. Rek, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 41–46). W art. 68 ust. 1 Konstytucji RP została wskazana zasada fundamentalna dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia, zgodnie z którą każdemu przysługuje prawo do ochrony zdrowia. W ust. 2 tego przepisu wprowadzono normę określającą w sposób ogólny kwestię dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W świetle tego przepisu dostęp do wskazanych świadczeń ma być równy, niezależnie od sytuacji materialnej obywatela, z tym że warunki i zakres udzielania świadczeń określi odrębna ustawa. Norma konstytucyjna zawierająca prawo do ochrony zdrowia odwołuje się jednocześnie do pojęcia świadczeń opieki zdrowotnej.

Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji RP przysługuje każdemu, niezależnie od jego statusu prawnego, natomiast prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje jedynie obywatelom polskim. Zatem zakres podmiotowy wskazanych norm nie jest tożsamy.

Konstytucja RP przyznaje pewne specjalne uprawnienia (bez bliższego ich rozwinięcia) określonym kategoriom podmiotów. Szczególny akcent położono na niektóre obszary związane z realizacją prawa do ochrony zdrowia, którym nadano specjalne znaczenie. Mianowicie, zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, szczególna opieka zdrowotna ma być zapewniona: dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku. W art. 68 ust. 4 Konstytucji RP wyraźnie wskazano natomiast obowiązek władz publicznych podejmowania działań w kierunku wyeliminowania zjawisk szczególnie niebezpiecznych dla zdrowia; działania te mają dotyczyć zwalczania chorób epidemicznych oraz zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Konstytucja RP określa również obowiązek władz publicznych podejmowania działań, które mają w swojej istocie charakter działań prozdrowotnych.

wotnych – w aspekcie promocji właściwych zachowań ludzi; w ramach tych działań na rzecz ochrony zdrowia powinien być popierany rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Wynika z tego, że ustawodawca w Konstytucji RP potraktował ochronę zdrowia wielokierunkowo i w taki też sposób ustalił zadania dla właściwych władz publicznych, tzn. obejmują one zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej, promocję zdrowego trybu życia (a zwłaszcza popieranie rozwoju kultury fizycznej), a także eliminowanie zagrożeń dla zdrowia (m.in. zwalczanie chorób epidemicznych oraz zapobieganie degradacji środowiska).

Ze wskazanych norm wynika obowiązek władz publicznych stworzenia rozwiązań umożliwiających należytą realizację prawa do ochrony zdrowia (zob. M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 10–18). Moim zdaniem, głównym konstytucyjnym wymogiem wobec władz publicznych organizujących system ochrony zdrowia jest zapewnienie obywatelowi równego i niezależnego od jego sytuacji materialnej dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dlatego właśnie warunki i zakres udzielania świadczeń, które zostaną określone w odrębnej ustawie, powinny uwzględniać tę zasadę, a także inne normy konstytucyjne. W Konstytucji RP nie ma jednak – tak powszechnie używanego przez niektórych „reformatorów” – hasła o obowiązku zapewnienia w pełni bezpłatnego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

11.4. Warto również wskazać znaczenie pojęcia ochrony zdrowia w systemie prawa międzynarodowego. W preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (zob. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 z późn. zm.) uznano, iż jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej jest prawo do korzystania z możliwie najwyższego poziomu ochrony zdrowia. Sformułowanie podobnej treści zawiera także art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r.

Nr 38, poz. 169). W Europejskiej Karcie Społecznej określono pojęcie ochrony zdrowia dosyć szeroko, wskazując, że państwa sygnatariusze konwencji zobowiązały się podjąć środki zmierzające przede wszystkim do wyeliminowania – na ile to możliwe – przyczyn chorób, zapewnienia ułatwień w zakresie poradnictwa oraz oświaty dla poprawy stanu zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia, a także zapobiegania – na ile to możliwe – chorobom (zwłaszcza epidemicznym i endemicznym).

11.5. Termin „ochrona zdrowia” jest często używany także w polskim ustawodawstwie. Znajduje się on zarówno w ustawach z zakresu prawa ustrojowego, określających podstawy oraz zakres funkcjonowania organów i instytucji publicznych, jak i w ustawach prawa materialnego, określających konkretne kompetencje oraz formy działania tych organów i instytucji.

Przede wszystkim należy wymienić przepisy tzw. samorządowych ustaw ustrojowych, gdyż precyzują one zawarte w Konstytucji RP dyspozycje co do zakresu obowiązków związanych z ochroną zdrowia, które mają być nałożone na poszczególne władze publiczne, a więc:

- 1) art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 594 z późn. zm.), w którym ochronę zdrowia zalicza się do zadań własnych gminy ogólnie określanych jako zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty;
- 2) art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 595 z późn. zm.), który stanowi, że do zadań powiatu należą zadania publiczne w zakresie promocji i ochrony zdrowia;
- 3) art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 596 z późn. zm.), który stanowi, że samorząd województwa wykonuje w szczególności zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

W grupie ustaw ustrojowych należy wskazać ponadto ustawę z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743 z późn. zm.), która w art. 33 ust. 1 określa zadania ministra właściwego do spraw zdrowia jako jednego z organów administracji rządowej.

Wśród ustaw prawa materialnego stanowiących o ochronie zdrowia należy wymienić ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, w której zdefiniowano to pojęcie w odniesieniu do jednego z obszarów zdrowia człowieka, właściwego dla jej zakresu przedmiotowego, tj. ochrony zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 2 ust. 1 u.o.z.p., ochrona zdrowia psychicznego polega w szczególności na:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
- 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 3) kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Próbie określenia zakresu omawianego zagadnienia można również znaleźć w ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.), w której określa się działania w zakresie ochrony zdrowia pod kątem negatywnego wpływu używania tytoniu na zdrowie.

Istotne znaczenie w planowaniu działalności ochrony zdrowia ma zarówno prawidłowe rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, jak i właściwe wykorzystanie wszelkich dostępnych możliwości i środków działania na rzecz zdrowia ludności.

Terminu tego, jednak bez precyzyjnego zdefiniowania, używa się także w innych ustawach: w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) jest mowa o profilaktycznej ochronie zdrowia (art. 226 i n.); w art. 1 u.s.m.p. wskazuje się na ochronę zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, redakcyjnie oddzielając ten cel od sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Jak zatem widać, pojęcie ochrony zdrowia opiera się na kilku aspektach, spośród których szczególne znaczenie mają promocja zdrowia oraz opieka zdrowotna.

Według J. Noski (zob. J. Nosko, *Promocja zdrowia...*, cz. 1, s. 149) ochrona zdrowia oznacza:

- 1) ochronę przed chorobami przez zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych oraz niezakaźnych o dużym wymiarze społecznym, a także innych chorób oraz niesprawności fizycznych i psychicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej;
- 2) ochronę przed zagrożeniami środowiska przyrodniczego, w tym m.in. przed zagrożeniami fizycznymi (np. hałasem, wibracjami, promieniowaniem), chemicznymi (np. zanieczyszczeniem powietrza, wody, gleby, żywności) i biologicznymi (np. bakteriami, wirusami, grzybami, robakami, alergenami), w ramach systemu zdrowia środowiska;
- 3) ochronę przed zagrożeniami wynikającymi z niektórych warunków społecznych, takich jak: ubóstwo, bezrobocie, patologie społeczne;
- 4) wykształcenie w ramach programów polityki społecznej i edukacyjnej systemu opieki zdrowotnej, promocji zdrowia oraz pomocy społecznej.

11.6. Użyte w komentowanym art. 2 ust. 1 pkt 10, a także w dalszych przepisach komentowanej ustawy, pojęcie świadczeń zdrowotnych występuje również w wielu innych ustawach. Definicja tu zawarta jest jednak kluczowa ze względu na to, iż komentowana ustawa ma szczególne znaczenie systemowe. Ustawa ta określa zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych jako instytucji prowadzących działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (zob. art. 3). Należy również pamiętać, że świadczenia zdrowotne mogą być udzielane – na zasadach określonych w odrębnych przepisach – także przez osoby fizyczne wykonujące dany zawód medyczny albo w ramach grupowej praktyki lekarskiej bądź grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych. Istotę świadczeń zdrowotnych zakreślono niejako w dwóch płaszczyznach, tzn. w sposób opisowy (abstrakcyjny) oraz przez wyliczenie podstawowych typów świadczeń. Określenie opisowe, bardziej uniwersalne, wskazuje dwa elementy: cel wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz zawodowy charakter ich wykonywania (por. K. Wojtczak, Z. Leoński, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa–Poznań 1993, s. 7–35. O historycznym tle formowania się i normatywnego zastosowania tego

pojęcia zob. J. Nosko, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego w świetle uregulowań prawnych*, ZP 1999, nr 10, s. 360 i n.).

Dana czynność może być uznana za świadczenie zdrowotne wykonywane przez podmiot leczniczy tylko wtedy, gdy jest ona wykonywana profesjonalnie (zawodowo). Konkluzja ta wynika z łącznej interpretacji art. 3 ust. 1 w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 3, nie można zatem uznać za świadczenie zdrowotne działania odpowiadającego opisowi zawartemu w komentowanym art. 2, lecz wykonywanego przez podmiot nieuprawniony (zob. M. Dercz, *Publiczni świadczeniodawcy w ochronie zdrowia, prawnno-organizacyjne formy działalności – stan obecny i projektowany*, Antidotum 2003, nr 12).

W omawianym przepisie nie zawarto wyliczenia podstawowych typów świadczeń zdrowotnych, jak miało to miejsce w art. 3 u.z.o.z. Mimo że nie było to – ze względu na użycie sformułowania „w szczególności” – wyliczenie wyczerpujące (zawierało 14 typów świadczeń zdrowotnych), pozwalało jednak lepiej zorientować się, jakie są obecnie rodzaje świadczeń zdrowotnych. Niektóre zaś ich typy unormowano w odrębnych przepisach (np. szczepienia ochronne, zwalczanie chorób zakaźnych).

Każda czynność wskazana w art. 3 pkt 1–14 u.z.o.z. musiała realizować jeden z celów określonych w tym przepisie (m.in. zachowanie, ratowanie, przywracanie, poprawianie zdrowia) bądź też miało to być działanie medyczne związane z procesem leczenia lub wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania.

W obecnym brzmieniu definicji tego pojęcia po sformułowaniu „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu” użyto słowa „lub” w odniesieniu do „poprawiania”, co stanowi alternatywę, a nie koniunkcję. Oznacza to, że w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych nie zawsze konieczne jest poprawianie stanu zdrowia, ale konieczne jest jego: zachowanie, ratowanie i przywracanie, natomiast poprawianie tylko wtedy, gdy są do tego odpowiednie możliwości i warunki medyczne.

Posiłkując się poprzednim stanem prawnym, w którym wyliczenie przykładowe zaczerpnięte zostało przeciwieństwie z realnego występowania wskazanych tam czynności i działań w praktyce medycznej, świadczenia zdrowotne można uznać za czynności powiązane z działaniami medycz-

nymi oraz z procesem leczenia i w istocie z nich wynikające (zob. także J. Nosko, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego...*, s. 361).

11.7. Definicję legalną omawianego pojęcia zawiera także art. 5 u.ś.o.z., którego pkt 40 stanowi, że świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Niewątpliwie obie definicje są bardzo zbliżone, niemniej druga z nich (tj. ta z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wyraźniej – w porównaniu z definicją zawartą w komentowanym art. 2 ust. 1 pkt 10 – stawia na pierwszym miejscu działanie służące profilaktyce. Brak elementu profilaktycznego w definicji świadczeń zdrowotnych w ustawie o działalności leczniczej powoduje, moim zdaniem, że podmioty wykonujące działalność leczniczą nie mają formalnej możliwości wpisania takiej działalności do rejestrów działalności leczniczej, a co za tym idzie – nie mają formalnoprawnych podstaw jej wykonywania. Jako działalność regulowana w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej – działalność lecznicza uprawnionych do jej wykonywania podmiotów może być wykonywana w ramach zakresu działań ściśle określonych ustawowo. Należałoby zatem jak najszybciej zunifikować obydwie definicje.

Z takiej regulacji można wysnuć jeszcze jeden wniosek, otóż świadczenia profilaktyczne w ramach świadczeń zdrowotnych rozumianych w sposób określony w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych można wykonywać także w innej formie niż poprzez prowadzenie działalności leczniczej.

Należy dodatkowo zauważyć, że świadczenia zdrowotne w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowią element szerszej kategorii pojęciowej, tj. pojęcia świadczeń opieki zdrowotnej (art. 68 Konstytucji RP). Jeżeli zatem dany przepis stanowi o świadczeniach opieki zdrowotnej bez bliższego ich sprecyzowania, należy zawsze brać pod uwagę również świadczenia zdrowotne.

W art. 5 u.ś.o.z. przyjęto także takie unormowania, jak:

- 1) świadczenie opieki zdrowotnej – to świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące (pkt 34);

- 2) świadczenie gwarantowane – to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (pkt 35);
- 3) świadczenie specjalistyczne – to świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (pkt 36);
- 4) świadczenie zdrowotne rzeczowe – to związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne (w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi) i środki pomocnicze (pkt 37);
- 5) świadczenie towarzyszące – to zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodzienniej oraz usługi transportu sanitarnego (pkt 38);
- 6) zgodnie z pkt 39 świadczenie wysokospecjalistyczne – to świadczenie opieki zdrowotnej lub procedura medyczna, które spełniają łącznie następujące kryteria:
 - a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
 - b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

Procedurę, zakres rzeczowy oraz zasady dostępu, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej regulują szczegółowo (lecz – jak się wydaje – nie dość precyzyjnie) działy II i III ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Należy także pamiętać, że zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 1 u.d.l., działalność lecznicza to niejako synonim świadczeń zdrowotnych. Zatem wszelkie inne zakresy świadczeń mieszczące się w zbiorze świadczeń opieki zdrowotnej co do zasady nie są przedmiotem zainteresowania, a co za tym idzie – szczegółowej regulacji w tej ustawie. Warto także zwrócić uwagę na niezdefiniowanie w ustawie o działalności leczniczej, czy świadczenia wysokospecjalistyczne mieszczą się w pojęciu rodzaju działalności leczniczej, czy też w zakresie świadczeń zdrowotnych. Nie ma na nie także miejsca do odnotowania w przepisach odnoszących się do rejestru działalności leczniczej.

11.8. Swoiste definicje pojęcia świadczeń zdrowotnych zawierają także ustawy odnoszące się do podstawowych zawodów medycznych; przyj-

mują one podobne (choć niejednakowe) rozumienie świadczeń zdrowotnych:

- 1) w art. 2 ust. 1 u.z.l. przyjmuje się, że jest to w szczególności badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich, z tym że – zgodnie z art. 2 ust. 3 u.z.l. – za wykonywanie zawodu lekarza uważa się również prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza;
- 2) w art. 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) przyjęto, że są to w szczególności świadczenia pielęgnacyjne, zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, z tym że do obowiązków zawodowych pielęgniarek oraz położnych należy także udzielanie świadczeń z zakresu promocji zdrowia (zob. M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 144 i n.).

11.9. Pojęcia będące co do zasady odpowiednikami świadczeń zdrowotnych w omawianym znaczeniu występują także w przepisach szczególnych. Można zatem wskazać takie terminy, jak:

- 1) udzielanie „świadczeń opieki zdrowotnej” – wynikające z art. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1997 r. o zmianie ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 1998 r. Nr 98, poz. 607 z późn. zm.);
- 2) udzielanie „opieki medycznej” – wynikające z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.);
- 3) udzielanie „pomocy medycznej” – użyte w Europejskiej Karcie Społecznej.

11.10. Zagadnieniem właściwego rozumienia pojęcia świadczenia zdrowotnego zajmował się także Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 czerwca 2006 r., II FSK 1005/05, LEX nr 243005.

11.11. Przy okazji omawiania pojęcia świadczeń zdrowotnych warto wspomnieć o kwestii dotyczącej zgłaszanego przez środowisko lekar-

skie roszczenia związanego z odpłatnością za wystawianie przez lekarzy tzw. zwolnień lekarskich, czyli zaświadczeń o niezdolności do wykonywania pracy. Na podstawie aktualnych przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie można wysnuć tezy dotyczącej zasadności zgłaszanych przez lekarzy roszczeń o uzyskanie dodatkowego wynagrodzenia za wystawianie tzw. L-4. Wydawanie przez lekarzy orzeczeń i opinii o stanie zdrowia mieści się w zakresie wykonywanych przez nich świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Pacjenci korzystający z tych świadczeń uzyskują do nich prawo bądź przez objęcie ich powszechnym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w ramach którego lekarz wykonuje te świadczenia, bądź przez uiszczenie odpowiedniej opłaty za realizację świadczenia w tzw. gabinecie prywatnym. Pacjenci zgłaszający się do lekarza w ramach uzyskanego świadczenia mają nie tylko prawo do uzyskania badania i porady lekarskiej oraz do odpowiedniego leczenia, lecz także do sformalizowania uzyskanych w jego ramach orzeczeń lub opinii o swoim stanie zdrowia. Sformalizowanie polega na wydaniu pacjentowi tych orzeczeń i opinii w taki sposób, że będzie on mógł na ich podstawie uzyskać prawo do takiego procesu leczenia, który umożliwi mu niezwłoczną poprawę stanu zdrowia. Taka poprawa jest niejednokrotnie możliwa dopiero wtedy, gdy pacjent będzie przebywał w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. To orzekanie i opiniowanie dokonywane jest na rzecz pacjenta i w ramach pozyskiwanej przez lekarzy odpłatności za to świadczenie zdrowotne. Oczywiście możliwa jest w tym zakresie odpowiednia zmiana przepisów, jednak do tego czasu roszczenie środowiska lekarskiego jest przedwczesne.

12.1. Definicja zawarta w tym przepisie została sporządzona na podstawie wyliczenia, jakie świadczenia zdrowotne mogą być udzielone kompleksowo pacjentowi podczas jego całodobowego pobytu w szpitalu. Mają one polegać na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji. Ich cechą niejako własną ma być niemożliwość ich realizowania w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Ta definicja jest niestety mało czytelna. Trudno jest bowiem (przez literalną analizę brzmienia tego przepisu)

wskazać, czego w zakresie diagnozowania, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji nie można wykonać w ramach „innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych”. Można to jedynie odróżnić przez odniesienie do warunków technicznych pomieszczeń, w których te świadczenia mają być realizowane. Trudno także, wbrew tezom zawartym w uzasadnieniu ustawy, uznać za „twórcze *novum*” określenie, że świadczenia szpitalne mogą być realizowane „z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin”. Każde bowiem świadczenie, w sposób niejako oczywisty, z takim zamiarem może być wykonywane. Co innego jednak ma wynikać z faktu, że niektóre świadczenia zdrowotne, ze względu na swoją specyfikę, nie muszą od momentu rozpoczęcia do momentu wyjścia pacjenta poza pomieszczenia podmiotu, w którym świadczenia były udzielane – trwać więcej niż 24 godziny. Takie właśnie świadczenia mogą bowiem być wykonywane w pomieszczeniach podmiotu leczniczego, który nie musi spełniać pełnych technicznych warunków odpowiednich dla szpitala. Oznacza to, że takie „świadczenia szpitalne” nie muszą być wykonywane tylko w szpitalu.

12.2. W tym miejscu należy odnieść się do treści tej definicji od strony praw pacjenta. Została ona bowiem w odniesieniu do swojego pierwotnego wzoru z art. 20 ust. 1 u.z.o.z., ewidentnie okrojona. Nie dość, że dawniej w szpitalu można było udzielać nie tylko tego, co jest teraz wyliczone w art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.l., lecz także wszystkiego tego, co rozumiano pod pojęciem świadczenia zdrowotnego, to dodatkowo szpital teraz już nie ma obowiązku zapewnienia pacjentowi „pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia”. O tym znaczącym „postępie” nie wspomniano, nie wiedzieć czemu, w uzasadnieniu. O zapewnieniu pomieszczeń i wyżywienia nie ma także mowy w innych przepisach dotyczących pobytu pacjenta w szpitalu. Niestety może to oznaczać, że za tę oczywistą dogodność pacjent będzie musiał niebawem dodatkowo płacić. Co ciekawe, już w przepisach art. 9 ust. 1 pkt 1 i 2, dotyczących „stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne”, jest mowa o zapewnieniu „pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia” pacjenta. Nie wiadomo, czy to przeoczenie, czy świadome szkoderstwo pacjentom. Brak jest bowiem jakichkolwiek powodów, żeby odmiennie (gorzej!) traktować pacjentów szpitalnych i nieszpital-

nych. Nie można sobie także wyobrazić prawidłowego procesu udzielania świadczeń szpitalnych bez odpowiednio nakarmionego pacjenta. Takie działanie może w konkretnych sytuacjach stanowić dla pacjenta nawet zagrożenie życia. O przypadkach żądania przez kierowników szpitalnych podmiotów leczniczych zapłaty od uprawnionych świadczeniobiorców za zapewnienie „pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia” należy, moim zdaniem, niezwłocznie informować Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta.

Warte odnotowania jest także to, że Rzecznik Praw Obywatelskich pismem nr RPO-710359-V/12/AA zwrócił się w 2012 r. do Ministra Zdrowia o podjęcie działań odnośnie do przygotowania stosownych regulacji ustawowych. W odpowiedzi otrzymanej w piśmie nr MZ-OZZ-073-29589-3/EW/12 zostały m.in. zawarte następujące stwierdzenia: „Ministerstwo Zdrowia podtrzymuje stanowisko przedstawione w piśmie MZ-OZZ-073-29589-I/EW/12 z dnia 9 października br. Faktem jest, iż w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) nie ma przepisu materialnego, stanowiącego o obowiązku szpitala w zakresie zapewnienia pacjentom zakwaterowania i wyżywienia. Jednak z całości obowiązujących przepisów, w szczególności z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) wynika, iż wyżywienie i zakwaterowanie mieszczą się w zakresie pojęcia świadczenia opieki zdrowotnej udzielanego w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i całodobowym, a zatem także w szpitalach. Tym samym podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w szpitalu zobowiązany jest w ramach umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, zapewnić pacjentom wyżywienie i zakwaterowanie. Nieuzasadnione są zatem obawy co do ewentualnych podstaw do pobierania z tego tytułu opłat od pacjentów. Do Ministerstwa Zdrowia nie wpływały również skargi w tym zakresie”. Treść zacytowanej odpowiedzi moim zdaniem nie wymaga komentarza. Lepszej ilustracji poziomu legislacji tego resortu nie potrzeba.

13. Definicja świadczeń innych niż świadczenia szpitalne sporządzona została w zasadzie przez proste wyliczenie wszystkich tych świadczeń,

które nadają się i w zasadzie muszą być udzielane „stacjonarnie i całodobowo” w „odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach”. Rozwinięcie tego tematu nastąpi w komentarzu do art. 9 i 12.

14. W art. 2 ust. 1 pkt 27 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 572 z późn. zm.) zostało już wyraźnie zaznaczone: „uczelnia medyczna – uczelnia publiczna nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia”. Na podstawie tej ustawy trudno byłoby uznać Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) za uczelnię medyczną. Warto tu poświęcić trochę miejsca właśnie samemu CMKP. Po zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nowelą z dnia 14 lipca 2006 r. na listę publicznych organów założycielskich wciągnięto również CMKP. Oznacza to, że dotychczasowa praktyka prowadzenia ZOZ-ów przez tę specyficzną jednostkę naukowo-dydaktyczną została oficjalnie usankcjonowana. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie nie jest, zgodnie z literalną wykładnią przepisów o szkolnictwie wyższym, typową szkołą wyższą (uczelnią). Jednak było i jest jednostką o strukturze, zadaniach i statusie kadry właściwych uczelniom wyższym w obrębie szkolnictwa wyższego, podlegającą w rezultacie co do zasady przepisom o szkolnictwie wyższym. Zostało ono utworzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 9 października 1970 r. w sprawie utworzenia samodzielnej placówki naukowo-dydaktycznej pod nazwą „Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego” (Dz. U. Nr 29, poz. 247) jako samodzielna placówka naukowo-dydaktyczna posiadająca osobowość prawną. Powyższy akt prawny został wydany na podstawie art. 8 ust. 7 obowiązującej wówczas ustawy z dnia 5 listopada 1958 r. o szkolnictwie wyższym (w dacie wydania rozporządzenia – tekst jedn.: Dz. U. z 1969 r. Nr 4, poz. 31). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego było zatem samodzielną jednostką naukowo-dydaktyczną w ramach organizacji szkolnictwa wyższego. Centrum zachowało nabyte prawa także na mocy kolejnych przepisów o szkolnictwie wyższym: najpierw jednobrzmiących ogólnych przepisów art. 214 ust. 3 ustawy z dnia 4 maja 1982 r. o szkolnictwie wyższym (tekst jedn.: Dz. U. z 1985 r. Nr 42, poz. 201 z późn. zm.) i art. 203 ust. 1 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 65, poz. 385 z późn. zm.), a obecnie art. 253 p.s.w. Ten ostatni prze-

pis po raz pierwszy dotyczy CMKP *de nomine*. Dzięki temu nie ma potrzeby odnoszenia do niego archaicznego już określenia „samodzielna placówka typu naukowo-dydaktycznego”.

Powołane rozporządzenie w sprawie utworzenia samodzielnej placówki naukowo-dydaktycznej pod nazwą „Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego” nie tylko stanowi nadal – utrzymaną w mocy w tym zakresie przez kolejne przepisy o szkolnictwie wyższym – prawną podstawę istnienia CMKP, lecz także jest zawsze podstawą prawną ustalania jego statutu. Statut CMKP ustalony został pierwotnie nieobowiązującym już zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2005 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 16, poz. 82). Za najważniejszy akt prawny dotyczący CMKP uznano w statucie ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym.

Mając jednak na uwadze pojawiające się istotne wątpliwości dotyczące jednoznacznego określenia pozycji prawnej CMKP, należy dążyć w przyszłości do precyzyjnego ustalenia tego w odpowiednim akcie prawnym.

15.1. W przepisie art. 2 ust. 2 pkt 1 pierwszy raz mamy do czynienia z sytuacją, że do kierowania zorganizowaną jednostką udzielającą świadczeń zdrowotnych uprawniony jest nie jeden człowiek, ale zespół osób, czyli wieloosobowy zarząd spółki. Dziwi takie postępowanie w odniesieniu do specyficznego rodzaju aktywności, jakim jest działanie na rzecz życia i zdrowia pacjenta. Należy bowiem pamiętać, że ostateczne decyzje dotyczące zarządzania takim podmiotem (zwłaszcza w odniesieniu do sfery udzielania świadczeń) powinny być możliwe do podjęcia szybko i ich wiążący charakter powinien być oczywisty. A tu nie tylko nie ustalono podziału kierowania na zarządczo-ekonomiczny i medyczny, lecz także pozwolono, aby w skład takiego wieloosobowego kierownictwa wchodziły osoby, które nie muszą mieć nawet ukończonej szkoły podstawowej. Trudno tu odnaleźć cel, jaki tym działaniom ustawodawcy przyświecał. Nie do przyjęcia są moim zdaniem występujące tłumaczenia tego swoistego postępowania deregulacyjnego w ten sposób, że żaden racjonalny właściciel niepublicznego podmiotu leczniczego nie będzie na tyle nieracjonalny, żeby powierzyć kierowanie tym podmiotem osobom niekompetentnym (zob. U. Walasek-Walczak (w:) *Ustawa o działalności*

lecniczej. Komentarz, red. F. Grzegorczyk, Warszawa 2013, komentarz do art. 2 teza 22). Należy bowiem pamiętać, że zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa należy do racjonalnego ustawodawcy, który nie może liczyć na naprawę swojej nieracjonalności przez potencjalną racjonalność przedsiębiorców.

15.2. Inne podmioty lecznicze niż spółki kapitałowe to te pozostałe wymienione w art. 4 ust. 1. Osobami uprawnionym do kierowania są odpowiednio:

- 1) w przedsiębiorstwie innym niż spółka kapitałowa – jego właściciel lub osoba do tego przez niego pisemnie wskazana i upoważniona;
- 2) w SPZOZ-ie – jego kierownik;
- 3) w podmiocie leczniczym w formie jednostki budżetowej – jej kierownik;
- 4) w instytucie badawczym – jego dyrektor lub osoba przez niego pisemnie wskazana i upoważniona;
- 5) w fundacji i stowarzyszeniu – osoba wskazana w statucie;
- 6) w podmiocie leczniczym prowadzonym przez jednostki organizacyjne bądź osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych – osoby nimi kierujące lub te, którym takie osoby udzieliły pisemnego upoważnienia.

15.3. Zgodnie z zasadniczą normatywną treścią tego przepisu, kierownik, kierujący podmiotem leczniczym i reprezentujący go na zewnątrz, powinien w zasadzie być organem monokratycznym. Niestety w odniesieniu do kolegiałności zarządzania podmiotami leczniczymi w formie spółek kapitałowych ta zasada została zachwiana. Podejmowane przez kierowników decyzje powinny być samodzielne. Ta samodzielność może być ograniczona tylko w sytuacji, gdy inne przepisy nakazują kierownikom współdziałanie z innymi organami (np. w SPZOZ-ie – z radą społeczną) bądź są one uzależnione od akceptacji właścicielskiej wyrażanej na podstawie przepisów kodeksu spółek handlowych lub innych przepisów dotyczących form, w jakich podmiot ten może działać (art. 4). Kierowanie podmiotem powinno zawsze być odnoszone do wypełniania postanowień regulaminu organizacyjnego, a w stosunku do podmiotów niebędących przedsiębiorcami – także statutu.

15.4. O kierowniku jest także mowa w art. 17, 23, 25, 30, 32, 34, 45–47 i 53 u.d.l.

16. Wyjaśnienie treści przepisu art. 2 ust. 2 pkt 2 w zasadzie jest zbędne, bo w oczywisty sposób wynika to z samej treści zawartych wyżej sformułowań.

17. Artykuł 2 ust. 2 pkt 3 zawiera w zasadzie powtórzenie ustaleń zawartych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

18. Artykuł 2 ust. 2 pkt 4 jest w dużej mierze powtórzeniem przepisów z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

19. Wprowadzenie nowego brzmienia ust. 3 ma – zdaniem ustawodawcy – spowodować, że sam podmiot leczniczy będzie podejmował decyzję co do tego, czy poszczególne przedsiębiorstwa będą sporządzały samodzielne bilanse, czy też rachunkowość będzie wspólna dla całego podmiotu leczniczego. Informacja w tym zakresie będzie musiała być zamieszczona w regulaminie organizacyjnym. Zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 591 z późn. zm.): „Jednostką lokalną jest zorganizowana całość (zakład, oddział, filia) położona w miejscu zidentyfikowanym odrębnym adresem, pod którym lub z którego prowadzona jest działalność co najmniej przez jedną osobę pracującą”.

20. Zgodnie z wyrokiem NSA z dnia 22 października 2013 r., I FSK 1682/12, LEX nr 1386054:

- 1) zawód psychoanalityka, posiadającego fachowe kwalifikacje, czyli stosowny zasób wiedzy i umiejętności, wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych, zweryfikowane w ramach członkowskiej procedury kwalifikacyjnej Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, jest zawodem medycznym, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., a tym samym w zakresie, w jakim służy on profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, korzysta ze zwolnienia od podatku na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 19 lit. c u.p.t.u.;
- 2) tylko w sytuacji, gdy usługi świadczone przez psychoanalityka, nieposiadającego wykształcenia medycznego lub psychologicznego, nie mają – z uwagi na jego kwalifikacje zawodowe – takiej samej jakości jak realizowane w tym zakresie świadczenia psychiatrów czy psychologów lub osób wykonujących inne zawody medyczne, nie korzystają one ze zwolnienia od podatku na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 19 lit. c u.p.t.u.;

- 3) świadczone przez Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne usługi, polegające na organizowaniu i prowadzeniu szkoleń, wykładów oraz konferencji naukowych na rzecz jego członków, korzystających ze zwolnienia od podatku na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 19 lit. c u.p.t.u., są zwolnione od podatku na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 21 tej ustawy.

Zaś w wyroku WSA w Lublinie z dnia 30 listopada 2011 r., I SA/Lu 533/11, LEX nr 1150296, stwierdzono, że:

- 1) absolwenci Akademii Wychowania Fizycznego ze specjalnością gimnastyka korekcyjna, świadczący usługi w zakresie prowadzenia tych zajęć, mogą być uznani za osoby wykonujące inny zawód medyczny, zgodnie z art. 18d ust. 1 pkt 1 u.z.o.z. czy art. 2 ust. 1 pkt 1 u.d.l.;
- 2) uznać należy, że osoba mająca odpowiednie kwalifikacje (a taką jest absolwent AWF ze specjalnością w zakresie gimnastyki korekcyjnej) do wykonywania świadczeń z zakresu opieki medycznej jak osoba, która także je wykonuje, a której zawód jest uznany na podstawie przepisów za zawód medyczny (w tym przypadku fizjoterapeuta na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia) – powinna podlegać analogicznie do niej zwolnieniu od podatku VAT na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 19 u.p.t.u.

Art. 3. 1. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Działalność lecznicza może również polegać na:

- 1) **promocji zdrowia lub**
- 2) **realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.**

3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może uczestniczyć, a podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.

4. W ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej, wychowankom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych lub interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych, zlokalizowana na terenie tych podmiotów.

1. W art. 3 została zawarta legalna definicja pojęcia działalności leczniczej. Jest ono wyjaśnieniem, jakiego rodzaju działalność mają prowadzić podmioty lecznicze (art. 4) i praktyki zawodowe (art. 5). Po to, żeby taką działalność wykonywać, należy najpierw zgromadzić niezbędny do tego, a składający się na materialną istotę działalności leczniczej, zasób osób mających prawo do wykonywania zawodów medycznych oraz środki majątkowe, które spełniają określone w art. 22 wymagania i zostały specjalnie wyodrębnione organizacyjnie do tego, aby służyły wykonywaniu przez uprawniony podmiot działalności leczniczej. Organizacyjne wyodrębnienie osób i majątku dokonane zostało w pewnym – określonym przez ustawodawcę – celu, tj. udzielania świadczeń zdrowotnych. Prowadzenie działalności leczniczej może polegać także na promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może również uczestniczyć, a podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia (w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia) – uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób. Takie określenie powoduje powstanie sytuacji, w której zarówno promocja zdrowia, jak i kształcenie osób do wykonywania zawodów medycznych jest zadaniem fakultatywnym podmiotów leczniczych. Pozostawienie swobody w kwestii podejmowania się obowiązku kształcenia przyszłych kadr medycznych można zaliczyć do działań racjonalnego ustawodawcy, jednak promocja zdrowia powinna być obligatoryjnie wykonywana