

Restrukturyzacja finansowa, organizacyjna i własnościowa zakładów opieki zdrowotnej

Małgorzata Winter

Realizowane w Polsce reformy zmieniły w sposób zasadniczy sytuację wielu podmiotów gospodarczych. Wśród nich znalazły się także zakłady opieki zdrowotnej. Sfera usług publicznych, do której zaliczana jest ochrona zdrowia, podlega głębokim i dynamicznym przeobrażeniom zgodnym z trendem zachodzącym w całej gospodarce: system nakazowo-rozdzielczy jest zastępowany systemem rynkowym. Zachodzące zmiany wywołują pilną potrzebę radykalnej przebudowy dotychczasowego systemu zarządzania dostosowanego do warunków gospodarki rynkowej.

W artykule ujęte są zagadnienia związane z planowaną restrukturyzacją finansową i zmianami w zakresie organizacji zakładów opieki zdrowotnej. Głównym celem, jaki autorka sobie postawiła, jest przeprowadzenie krytycznej analizy projektowanych ustaw. W artykule podjęta jest próba wykazania, że przygotowane zmiany nie rozwiązują w sposób kompleksowy analizowanych problemów.

Pierwsza część poświęcona jest dyskusji nad pojęciem zakładu opieki zdrowotnej i jego form organizacyjno-prawnych. W drugiej części omówione są projektowane działania mające na celu poprawę gospodarki finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Artykuł zamyka podsumowanie zawierające wnioski z przeprowadzonych rozważań.

Wprowadzenie

Ochrona zdrowia rozumiana szeroko jako realizacja różnorodnych zadań w zakresie opieki zdrowotnej i promocji zdrowia (Dercz, Izdebski 2001) jest jednym z ważniejszych, spośród przysługujących każdemu człowiekowi w Polsce praw socjalnych. Znajduje to odzwierciedlenie w obowiązującej obecnie Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r., która zapewnia każdemu prawo do ochrony zdrowia oraz w różnorodnych aktach prawa międzynarodowego ratyfikowanych przez Polskę – a więc zgodnie z art. 91 ust. 1 i 2 Konstytucji – stanowiących w naszym państwie źródła prawa polskiego i to o randze wyższej niż ustawy.

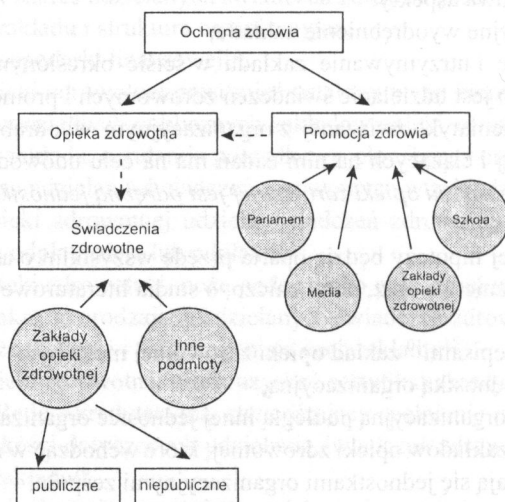
Dokonany przegląd ustawodawstwa dotyczącego kategorii **opieka zdrowotna** i **promocja zdrowia** pozwolił autorce przyjąć, na potrzeby niniejszego artykułu, następujące definicje:

1. Pod pojęciem **opieki zdrowotnej** autorka rozumie ogół działań zmierzających do zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz zapobieganie chorobom.
2. Pod pojęciem **promocji zdrowia** autorka rozumie ogół działań o charakterze prewencyjnym, zmierzających do propagowania zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

Opieka zdrowotna i promocja zdrowia są obszarami wzajemnie powiązаныmi – im bardziej skuteczna jest promocja zdrowia, tym mniej działań jest potrzebnych na opiekę zdrowotną.

To wzajemne uwarunkowanie opieki zdrowotnej i promocji zdrowia znalazło odzwierciedlenie zarówno w aktach prawnych normujących zagadnienia związane z ochroną zdrowia w Polsce, jak i w opracowaniach naukowych². Konkludując, należy stwierdzić, iż ochrona zdrowia wymaga całego pakietu działań kształtujących politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną.

Praktyczna realizacja prawa do ochrony zdrowia wygenerowała powstanie różnorodnych form organizacyjno-prawnych, organów i instytucji, które współdziałając ze sobą oraz z otoczeniem składają się na system ochrony zdrowia w Polsce³. Wybrane elementy tego systemu przedstawia poniższy schemat:



Schemat 1. System ochrony zdrowia w Polsce. Źródło: opracowanie własne.

Wśród elementów ujętych w schemacie 1. na szczególną uwagę zasługują **zakłady opieki zdrowotnej** – podstawowa forma prawna systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dla dokładnego określenia, co to jest zakład opieki zdrowotnej, autorka dokona przeglądu prawodawstwa. Zostanie przy tym podjęta próba weryfikacji następujących hipotez:

Hipoteza 1:

Każdy zakład opieki zdrowotnej jest odrębną jednostką organizacyjną.

Hipoteza 2:

Usytuowanie prawne zakładu opieki zdrowotnej jest niejednoznaczne.

Weryfikacja powyższych hipotez jest kluczową sprawą dla określenia, jak należy postrzegać zakład opieki zdrowotnej.

Analiza pojęcia zakład opieki zdrowotnej w okresie transformacji ustrojowej

Podstawowym elementem systemu ochrony zdrowia w Polsce jest obecnie **zakład opieki zdrowotnej**, określony przez ustawodawcę jako: **wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu:**

- udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia⁴,
- prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia⁵,
- realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia⁶.

Niezależnie od powyższych celów, stawianych przed zakładami opieki zdrowotnej, mogą one uczestniczyć w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny⁷.

W powyższej definicji zakładu opieki zdrowotnej przyjętej przez ustawodawcę należy wyróżnić dwa aspekty:

- organizacyjne wyodrębnienie zakładu,
- utworzenie i utrzymywanie zakładu w ściśle określonym podstawowym celu, jakim jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia⁸.

Analiza problematyki związanej z organizacyjnym wyodrębnieniem zakładu opieki zdrowotnej i ciążących na nim zadań ma na celu udowodnienie pierwszej hipotezy, iż *każdy zakład opieki zdrowotnej jest odrębną jednostką organizacyjną*.

Weryfikacja tej hipotezy będzie oparta przede wszystkim o analizę przepisów prawnych i orzecznictwa oraz, pomocniczo, o studia literaturowe⁹.

Zgodnie z przepisami¹⁰ zakład opieki zdrowotnej może być:

- odrębną jednostką organizacyjną,
- jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej,
- zespołem zakładów opieki zdrowotnej, które wchodząc w skład zespołu zakładów, stają się jednostkami organizacyjnymi zespołu,
- częścią innej jednostki organizacyjnej.

O ile trzy pierwsze sytuacje w odczuciu autorki nie budzą zasadniczych wątpliwości co do odrębności podmiotowej zakładu opieki zdrowotnej jako bytu prawnego, o tyle ostatnia pozycja nie jest już tak oczywista.

Pojęcie *jednostki organizacyjnej* – zarówno posiadającej osobowość prawną, jak i nie posiadającej osobowości prawnej – używane jest w licznych ustawach i innych aktach prawnych, choć żaden z nich nie definiuje tej kategorii.

Zdaniem M. Dercza i H. Izdebskiego z faktu, że każdy zakład opieki zdrowotnej musi być organizacyjnie wyodrębniony, wynika, iż zakład stanowiący część innej jed-

nostki organizacyjnej sam stanowi wyodrębnioną jednostkę organizacyjną (Derecz, Izdebski 2001: 177). Potwierdzenie tego stanowiska można znaleźć w dalszych przepisach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz w innych aktach prawnych.

Każdy podmiot prawny – bez względu na to, czy jest odrębną jednostką organizacyjną, czy też jest w szczególności częścią innej jednostki organizacyjnej – oprócz organizacyjnego wyodrębnienia i zasygnalizowanego powyżej celu, musi spełnić dodatkowe, określone warunki, aby można było stwierdzić, że jest to zakład opieki zdrowotnej. Do tych szczególnych warunków ustawodawca włączył między innymi:

- konieczność uzyskania wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę (lub w szczególnych przypadkach prowadzonego przez ministra zdrowia i opieki społecznej); rozpoczęcie działalności zakładu może nastąpić dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru¹¹,
- zakład opieki zdrowotnej musi mieć resortowy kod identyfikacyjny, nadany przez organ prowadzący rejestr zakładów opieki zdrowotnej,
- zakład opieki zdrowotnej musi mieć nadany statut określający ustroj zakładu oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, przy czym statut nadaje zakładowi opieki zdrowotnej podmiot, który ten zakład utworzył. W statucie muszą być określone:
 - nazwa zakładu (odpowiadająca zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych),
 - cele i zadania zakładu,
 - siedziba i obszar działania,
 - rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - organy zakładu i struktura organizacyjna,
 - forma gospodarki finansowej¹²;
- zakład opieki zdrowotnej musi mieć ustalony przez kierownika, a w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez radę społeczną zakładu, regulamin porządkowy, określający organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie¹³,
- zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie¹⁴,
- zakład opieki zdrowotnej może podawać do publicznej wiadomości informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem, że ich treść i forma nie mają cech reklamy¹⁵,
- zakład opieki zdrowotnej może uzyskać certyfikat akredytacyjny wydawany przez Radę Akredytacyjną, stwierdzający spełnienie przez zakład standardów jakości dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu¹⁶.

Śród wymienionych powyżej warunków, jakim powinny odpowiadać zakłady opieki zdrowotnej, warto zwrócić uwagę na konieczność uzyskania wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz nadanie statutu każdemu zakładowi, nawet wtedy gdy stanowi on część jednostki organizacyjnej.

Ustalony w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych zakres podmiotowy zawiera następujące rozstrzygnięcie: „[...] Przepisy ustawy mają również zastosowanie do jednostek organizacyjnych nie mających osobowości prawnej [...]”¹⁷, jednak samo pojęcie *jednostki organizacyjnej* nie doczekało się definicji w przepisach prawa podatkowego. A. Bryńska i W. Dmoch w komentarzu do przy-

wołanej powyżej ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych piszą, że dla uznania, iż ma się do czynienia z jednostką organizacyjną, należałoby ustalić, czy:

- posiada ona określoną strukturę organizacyjną
- jest reprezentowana i kierowana
- posiada wyodrębnione składniki majątkowe oraz skład osobowy (Bryńska, Dmoch 2001: 2).

W odniesieniu do zakładu opieki zdrowotnej wszystkie powyższe przesłanki muszą być spełnione w każdym przypadku. Struktura organizacyjna i organy zakładu są określane w jego statucie, zaś wyodrębnienie majątkowe i osobowe jest warunkiem *sine qua non* dla zaistnienia zakładu opieki zdrowotnej.

Ze względu na omówione uwarunkowania wydaje się słuszne potraktowanie zakładu opieki zdrowotnej – w każdym przypadku – jako odrębnej jednostki organizacyjnej. Tym samym prawdziwa jest hipoteza 1.

Fakt, iż każdy zakład opieki zdrowotnej stanowi odrębną jednostkę organizacyjną, wydaje się oczywisty i hipoteza 1. wydaje się być zdaniem prawdziwym z założenia. Jednak w praktyce dnia codziennego odrębność podmiotowa zakładów opieki zdrowotnej nie zawsze jest respektowana. Dotyczy to w szczególności niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które bywają zazwyczaj utożsamiane z tworzącymi je podmiotami.

Termin **zakład opieki zdrowotnej** pojawił się w przepisach prawa w 1991 roku w następstwie uchwalenia ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przepisy tej ustawy zostały uchwalone 30 sierpnia 1991 roku i od tego czasu były wielokrotnie zmieniane. W początkowym okresie obowiązywania przepisów powyższej ustawy, wyliczenie kategorii zakładów opieki zdrowotnej miało charakter przykładowy, lista nie była zamknięta i jednocześnie do zakładów opieki zdrowotnej miały wtedy zastosowanie przepisy ustawy o działalności gospodarczej. W związku z powyższym, w ówczesnym stanie prawnym, możliwa była sytuacja, że zakład opieki zdrowotnej był, przykładowo, fundacją czy spółką kapitałową. Takie stanowisko zajął Sąd Najwyższy, który w uchwale z dnia 22 września 1995 roku postawił tezę, że „[...] świadczenia zdrowotne [...] mogą być udzielane także przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością [...]”¹⁸.

W uzasadnieniu do swojego stwierdzenia Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie wykluczają możliwości utworzenia zakładu opieki zdrowotnej w innej formie niż wymienione powyżej kategorie (jednostki organizacyjne). Możliwe więc było utworzenie przez osoby fizyczne zakładu opieki zdrowotnej w formie (postaci) spółki.

Analizując stanowisko Sądu Najwyższego, nie można zapominać o dwóch aspektach:

- ogólnym – Sąd Najwyższy rozstrzygał zagadnienie prawne przedstawione przez Sąd Wojewódzki w Rzeszowie: czy świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.
- szczegółowym – wydana uchwała dotyczyła konkretnej spółki z o.o. i nie w każdym przypadku może mieć zastosowanie.

W aspekcie ogólnym należy zwrócić uwagę na fakt, iż Sąd Najwyższy nie wykluczając możliwości prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej w formie spółki, wyróżnia od niej podmioty ją tworzące, na przykład osoby fizyczne, będące wspólnikami.

W aspekcie szczegółowym konieczne jest przypomnienie, że polska jurysdykcja nie opiera się na prawie precedensowym, choć orzeczenia Sądu Najwyższego i Naczelnego Sądu Administracyjnego mają charakter wskazań ogólnych. Niemniej jednak zawsze trzeba zwracać uwagę, w oparciu o jaki stan faktyczny było wydane dane orzeczenie. W omawianej uchwale Sąd Najwyższy rozstrzygał w sytuacji, gdy przedmiotem działalności spółki z o.o. utworzonej przez osoby fizyczne, miało być prowadzenie działalności leczniczej w zakresie stomatologii. W kontekście ustawy o zakładach opieki zdrowotnej osoby fizyczne – wspólnicy spółki z o.o. – były podmiotem tworzącym zakład opieki zdrowotnej. Oczywiście jest przy tym, że nie można utożsamiać wspólników spółki ze spółką.

Powyższe rozstrzygnięcie wskazuje na brak tożsamości zakładu opieki zdrowotnej z podmiotem go tworzącym.

Przywołana przez autorkę wykładnia Sądu Najwyższego była wydana w oparciu o tekst ustawy o zakładach opieki zdrowotnej sprzed 1997 roku.

Najważniejszą nowelizację, ze względu na analizowany problem oddzielenia zakładu opieki zdrowotnej od podmiotu, który ten zakład utworzył, parlament przyjął właśnie w 1997 roku¹⁹.

W dyskusji, czy można utożsamiać zakład opieki zdrowotnej z podmiotem go tworzącym, ważne do przeanalizowania wydają się być dwie zmiany przyjęte w tej noweli.

Pierwsza z nich dotyczy kategorii zakładów opieki zdrowotnej. W odróżnieniu do wcześniejszych rozwiązań, w aktualnym stanie prawnym wyliczenie przez ustawodawcę kategorii zakładów opieki zdrowotnej ma charakter enumeratywny.

Jak pisze H. Izdebski: „Należy podkreślić, bo wciąż zdarzają się nieprawidłowości w tym zakresie, że w obecnym stanie prawnym²⁰, po nowelizacji ustawy o ZOZ dokonanej w 1997 r., ZOZ nie może być tożsamym z jakimkolwiek założycielem, np. spółką z o.o. czy fundacją – stanowiąc odrębną jednostkę organizacyjną od podmiotu, który go utworzył (organu założycielskiego)” (Izdebski 2001: 54). W uzasadnieniu do swojego stanowiska H. Izdebski przywołuje drugą zmianę wprowadzoną nowelą z 1997 roku, a dotyczącą prowadzenia przez zakład opieki zdrowotnej działalności gospodarczej. Ustawodawca zawarł postanowienie, że: „Do zakładu opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 41, poz. 324[...])”²¹. Jednocześnie, dla szeregu podmiotów, takich jak spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, które posiadają ustawowe umocowanie do tworzenia i *utrzymywania*²² zakładu opieki zdrowotnej, sensem istnienia takiego podmiotu gospodarczego było prowadzenie przedsiębiorstwa zarobkowego²³.

Kolejnym argumentem przemawiającym za koniecznością „oddzielenia” zakładu opieki zdrowotnej od jego założyciela jest zagadnienie kontroli, regulowane ustawowo w ten sposób, że nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej sprawuje podmiot, który utworzył zakład, zwany „podmiotem sprawującym nadzór”.

Podmiot sprawujący nadzór dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu poprzez kontrolę i ocenę, obejmującą w szczególności:

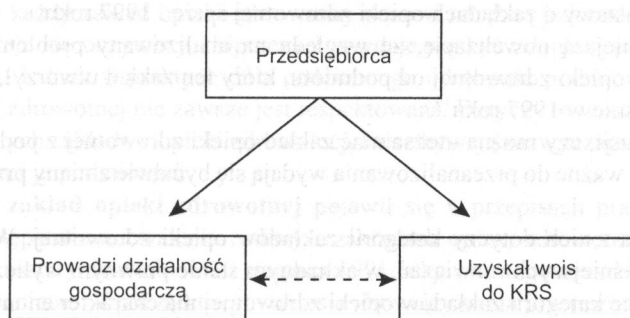
- realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń,
- prawidłowość gospodarowania mieniem,
- gospodarkę finansową²⁴.

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, do końca 2000 roku²⁵ zasadne wydawało się rozróżnianie zakładu opieki zdrowotnej od jego organu założycielskiego.

O wiele bardziej skomplikowana sytuacja prawna ma miejsce od 1 stycznia 2001 roku. Z tym dniem stracił walor prawny przepis art. 8a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, mówiący o niestosowaniu do zakładów opieki zdrowotnej przepisów ustawy o działalności gospodarczej, gdyż ta straciła swą moc.

Wobec tego konieczne jest udzielenie odpowiedzi na pytania, czy zakład opieki zdrowotnej prowadzi działalność gospodarczą, czy też nie, i czy jest przedsiębiorcą, czy też nie?

Szukając odpowiedzi na powyższe pytania autorka dokonała analizy pojęcia **przedsiębiorca** według podejścia zilustrowanego poniższym schematem:



Schemat 2. Pojęcie przedsiębiorca w różnych kontekstach. Źródło: opracowanie własne.

Prawo działalności gospodarczej definiuje pojęcie działalności gospodarczej i przedsiębiorcy w sposób następujący:

1. „Działalnością gospodarczą w rozumieniu ustawy jest zarobkowa działalność wytwórcza, handlowa, budowlana, usługowa [...] wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły.
2. Przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy jest osoba fizyczna, osoba prawna oraz nie mająca osobowości prawnej spółka prawa handlowego, która zawodowo, we własnym imieniu podejmuje i wykonuje działalność gospodarczą, o której mowa w ust. 1.
3. Za przedsiębiorców uznaje się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej, o której mowa w ust. 1”²⁶.

Nie są w związku z powyższym przedsiębiorcami w powyższym znaczeniu, w szczególności, jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej inne niż spółki prawa handlowego, choć mogą być one zakładami opieki zdrowotnej. Przykładem takim może być **spółka cywilna**, której wszyscy wspólnicy (przedsiębiorcy) są lekarzami udzielającymi świadczenia zdrowotne jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej²⁷. W tym przypadku zakład opieki zdrowotnej utworzony przez osoby fizyczne jest prowadzony w postaci spółki cywilnej. Jednak należy odróżnić spółkę – zakład opieki zdrowotnej od jej właścicieli.

W praktyce życia codziennego pojęcie **przedsiębiorca** w rozumieniu Prawa działalności gospodarczej bywa mylnie identyfikowane z taką samą nazwą w rozumieniu ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym.

Krajowy Rejestr Sądowy składa się z:

- rejestru przedsiębiorców,
- rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- rejestru dłużników niewypłacalnych²⁸.

Obowiązek uzyskania wpisu do rejestru przedsiębiorców dotyczy między innymi:

- osób fizycznych wykonujących działalność gospodarczą,
- spółek jawnych,
- spółek partnerskich,
- spółek komandytowych,
- spółek komandytowo-akcyjnych,
- spółek z ograniczoną odpowiedzialnością,
- spółek akcyjnych,
- spółdzielni²⁹.

Poza tym wpis do rejestru przedsiębiorców muszą uzyskać inne osoby prawne, takie jak stowarzyszenia, fundacje, inne organizacje społeczne, jeżeli wykonują działalność gospodarczą. W takim przypadku – przykładowo – prowadząca działalność gospodarczą fundacja, musi uzyskać dwa wpisy:

- pierwszy: do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- drugi: do rejestru przedsiębiorców.

Z obowiązku uzyskania wpisu do rejestru przedsiębiorców zostały zwolnione samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej na mocy ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym, nawet wtedy, gdy podejmują działalność gospodarczą³⁰.

W tym miejscu warto też się zastanowić, czy w każdym przypadku podmiot wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego – rejestru przedsiębiorców, jest przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą.

Wśród podmiotów zobowiązanych do uzyskania wpisu do rejestru przedsiębiorców ustawodawca wymienił – między innymi – spółki handlowe: osobowe i kapitałowe³¹. Jednocześnie, z dniem 1 stycznia 2001 roku, stracił moc obowiązującą Kodeks handlowy. Został on zastąpiony Kodeksem spółek handlowych, na mocy którego: „Przez umowę spółki handlowej wspólnicy albo akcjonariusze zobowiązują się dążyć do osiągnięcia wspólnego celu przez wniesienie wkładów oraz, jeżeli umowa albo statut spółki tak stanowi, przez współdziałanie w inny określony sposób”³². Sformułowanie to wcale nie oznacza, że celem umowy spółki handlowej musi być zawsze cel gospodarczy. Przykładowo, ustawodawca przyjął, że: „spółka z ograniczoną odpowiedzialnością może być utworzona [...] w *każdym*”³³ celu prawnie dopuszczalnym, chyba że ustawa stanowi inaczej”³⁴. W odniesieniu do spółek osobowych jest istotne, że prowadzą one przedsiębiorstwo³⁵ pod własną firmą³⁶. Powyższe zapisy oznaczają, że mogą istnieć przedsiębiorcy w rozumieniu Krajowego Rejestru Sądowego nie prowadzący działalności gospodarczej, choć w praktyce sytuacje takie są marginalne.

Do rozstrzygnięcia pozostaje kwestia, czy zakład opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy nie jest wpisany do rejestru przedsiębiorców, prowadzi działalność gospodarczą, czy też nie. Problem ten zostanie zbadany na przykładzie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który, jak to poprzednio zauważono, nie jest przedsiębiorcą w myśl ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym.

Pomocną wskazówką dla rozwiązania postawionego problemu może być stanowisko Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Tomasza Grottela, wyrażone w piśmie z dnia 13 lutego 2001 roku: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej na zlecenie różnych podmiotów jest, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, w szerokim tego słowa znaczeniu, prowadzeniem przez zakład działalności gospodarczej”³⁷. W uzasadnieniu przywołano między innymi przepis art. 54 ust. 1 pkt. 3) ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie jest mowa, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe z wydzielonej działalności gospodarczej, innej niż odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych. Innymi słowy, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest formą usług wykonywanych w sposób zorganizowany i ciągły, za które zakład otrzymuje zapłatę, czyli spełnione są kryteria zaliczenia tych usług do działalności gospodarczej. Oznaczałoby to, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej **jest przedsiębiorcą** w rozumieniu ustawy *Prawo działalności gospodarczej*, choć **nie jest przedsiębiorcą** w rozumieniu ustawy *o Krajowym Rejestrze Sądowym*.

Rekapitułując, w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej pojęcia: przedsiębiorca, działalność gospodarcza i jednostka organizacyjna mogą mieć różne znaczenia, które dowolnie interpretowane są źródłem wielu nieporozumień i nieprawidłowości. Prawdziwa jest więc hipoteza 2.

Z dokonanych rozważań wynika jednocześnie, że dla wyodrębnienia zakładu opieki zdrowotnej od podmiotu go tworzącego, nie ma znaczenia, czy zakład prowadzi działalność gospodarczą i w jakiej formie oraz czy jest przedsiębiorcą i w jakim rozumieniu.

Przeprowadzona analiza prawna potwierdza, że nie można utożsamiać zakładu opieki zdrowotnej z jego organem założycielskim.

W opinii autorki, konsekwencją udowodnienia postawionych hipotez jest konieczność traktowania zakładu opieki zdrowotnej jako odrębnego bytu prawnego w każdym przypadku, choć przepisy prawne – jak wykazano – są niejednoznaczne.

Przeprowadzona powyżej analiza pojęcia zakładu opieki zdrowotnej jako formy organizacyjno-prawnej nie wyczerpuje wszystkich aspektów tego zagadnienia. Dla pełnego obrazu konieczne jest jeszcze stworzenie klasyfikacji tych podmiotów z uwzględnieniem różnych kryteriów podziału. Biorąc pod uwagę zarówno dotychczasowe rozważania, jak i inne uwarunkowania, autorka dokonała podstawowego podziału zakładów opieki zdrowotnej w sposób zilustrowany poniższą tabelą:

Kryterium	Podział
Podmiot tworzący	<ul style="list-style-type: none"> Publiczne Niepubliczne
Działalność gospodarcza	<ul style="list-style-type: none"> Wykonujący działalność gospodarczą Nie wykonujący działalności gospodarczej
Sposób organizacji	<ul style="list-style-type: none"> Odrębna jednostka organizacyjna Jednostka organizacyjna podległa innej jednostce organizacyjnej Zespół zakładów opieki zdrowotnej Część innej jednostki organizacyjnej
Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> Lecznictwo zamknięte Lecznictwo otwarte W tym: <ul style="list-style-type: none"> Podstawowa opieka zdrowotna Specjalistyczna opieka zdrowotna
Kategoria zakładu	<ul style="list-style-type: none"> Szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, Przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, Pogotowie ratunkowe, Pracownia diagnostyczna, Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, Zakład rehabilitacji leczniczej, Żłobek, Inny zakład, spełniający warunki określone w ustawie.
Jakość: a) udzielanych świadczeń zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> Posiadające certyfikat akredytacyjny Nie posiadające certyfikatu akredytacyjnego
b) systemu zarządzania	<ul style="list-style-type: none"> Posiadające certyfikat rodziny ISO 9000 nie posiadające certyfikatu rodziny ISO 9000

Tabela 1. Klasyfikacja zakładów opieki zdrowotnej. Źródło: opracowanie własne.

Działalność gospodarcza i sposób organizacji zakładów opieki zdrowotnej oraz wynikający z tych kryteriów ich podział zostały przez autorkę już przedyskutowane. Poniżej będzie dokonana charakterystyka pozostałych kryteriów i wynikającej z ich przyjęcia klasyfikacji zakładów opieki zdrowotnej.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje możliwość ich **utworzenia przez określone podmioty**. Ustawodawca zaliczył do nich:

- ministra lub centralny organ administracji rządowej,
- wojewodę, w przypadkach określonych w ustawie o Inspekcji Sanitarnej,
- jednostkę samorządu terytorialnego,
- kościół lub związek wyznaniowy,
- pracodawcę,
- fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
- inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, za wyjątkiem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- spółkę nie mającą osobowości prawnej³⁸.

Jeśli zakład opieki zdrowotnej został utworzony przez jeden z trzech pierwszych spośród wyżej wymienionych podmiotów, to uzyskuje on – co do zasady³⁹ – status zakładu publicznego. W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej.

Cechami szczególnymi publicznych zakładów opieki zdrowotnej są ich organy i formy prowadzenia.

Publicznym zakładem opieki zdrowotnej kieruje i reprezentuje go na zewnątrz jego kierownik, który ponosi też pełną odpowiedzialność za zarządzanie nim. Pomiedzy kierownikiem publicznego zakładu opieki zdrowotnej a podmiotem, który go utworzył, nawiązywany jest stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę. Podmiot tworzący zakład może także zawrzeć z kierownikiem umowę cywilnoprawną o zarządzanie⁴⁰. Wyłonienie kierownika publicznego zakładu – poza samodzielnym – odbywa się w drodze konkursu. Wymóg powołania kierownika nie dotyczy niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Zasadniczo, przy każdym publicznym zakładzie⁴¹ – w odróżnieniu od zakładu niepublicznego – musi działać rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym dla podmiotu, który ten zakład utworzył, oraz jest organem doradczym kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Sposób powołania, skład i liczebność rady oraz jej szczegółowe zadania są ustalone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej⁴².

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być prowadzone w jednej z trzech form, czyli jako:

- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,
- jednostka budżetowa,
- zakład budżetowy⁴³

i są zaliczane do sektora finansów publicznych⁴⁴.

Jeśli publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką lub zakładem budżetowym, to musi w związku z tym prowadzić gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych. Oznacza to, że taki zakład opieki zdrowotnej gospodaruje przekazaną mu w zarząd częścią mienia społecznego w ściśle określony sposób, z tym, że może pozostawić w swojej dyspozycji 70% środków budżetowych niewykorzystanych w danym roku (jednostka budżetowa) lub 70% wpłaty przeznaczonej dla budżetu (zakład budżetowy).

Odmienne postanowienia dotyczą gospodarki finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, gdyż ich działanie jest oparte na zasadzie samofinansowania. Oznacza to, że publiczny zakład prowadzony w takiej formie pokrywa koszty działalności i zobowiązań (w tym stratę) z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów. Jeśli samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie może pokryć ujemnego wyniku, to organ, który ten zakład utworzył, pokrywa go oraz podejmuje decyzję o likwidacji lub zmianie formy prowadzenia zakładu⁴⁵. Jednak ze względu na fakt, iż publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają w sposób ciągły zapewnić ludności opiekę zdrowotną, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej zawiera ograniczenia dotyczące zaprzestania działalności przez ten zakład i jego likwidacji. Wiąże się to z tym, że publiczny zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wszystkim do tego uprawnionym.

Kolejne kryterium klasyfikacji zakładów opieki zdrowotnej przyjęte w artykule to **sposób udzielania świadczeń zdrowotnych**, który jest częściowo zbieżny z kategoriami zakładów.

Do lecznictwa zamkniętego są zaliczane te zakłady, które udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych. Zakres świadczeń jest uzależniony od kategorii zakładu. Do lecznictwa zamkniętego należą: szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria, prewentoria i inne zakłady⁴⁶ przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim, stałym pomieszczeniu. Wśród wymienionych w tej grupie kategorii należy wyróżnić szpital⁴⁷, będący jedną z podstawowych jednostek funkcjonujących w obszarze opieki zdrowotnej. Każdemu przyjętemu pacjentowi szpital ma obowiązek zapewnić:

- świadczenia zdrowotne,
- środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
- pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej została utworzona krajowa sieć szpitali, zgodnie z którą poszczególne szpitale znajdujące się w sieci przypisano do jednego z trzech poziomów referencyjnych⁴⁸.

Lecznictwo otwarte polega na tym, że udzielanie świadczeń zdrowotnych nie wymaga całodobowego pobytu osoby z nich korzystającej. Do podstawowej opieki zdrowotnej należy zaliczyć: przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie (lekarz pierwszego kontaktu). Obejmują one swoim zakresem świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii. Świadczenia te są udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń. Specjalistyczna opieka zdrowotna obejmuje przychodnie i poradnie specjalistyczne otwarte i przyszpitalne oraz inne zakłady, takie jak: pogotowie ratunkowe, zakłady rehabilitacji leczniczej, pracownie diagnostyczne.

Jakość – to ostatnie kryterium zastosowane przez autorkę dla celów klasyfikacji zakładów opieki zdrowotnej. Jak pisze S. Janusz są trzy powody, dla których koncepcja zapewnienia jakości coraz częściej wytycza drogę działania placówkom ochrony zdrowia. Zdaniem tego autora, wszystkie placówki służby zdrowia muszą dbać o wysoką jakość świadczonych usług, gdyż:

- chcą tego pacjenci.
- jakość usług jest jedyną bronią w walce o konkurencyjną pozycję na rynku,
- jakość w efekcie wpływa na wzrost zysków (Janusz 2001).

Trudno zdefiniować jednoznacznie pojęcie jakości. J. Kisielnicki pisze, że w potocznym rozumieniu jest to szczególnie walor obejmujący jego cechy estetyczne, funkcjonalne i użyteczne (Kisielnicki 2000: 211). Natomiast według normy ISO 8402 obowiązującej w państwach Unii Europejskiej, jakość to ogół cech i właściwości wyrobu lub usługi wymaganych do zaspokojenia stwierdzonych lub przewidywanych potrzeb (Kisielnicki 2000: 211). W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej może być ona rozpatrywana w dwóch aspektach: jakość usług medycznych i jakość systemu zarządzania świadczeniami, który wpływa na jakość tych pierwszych⁴⁹. Rola jakości świadczeń zdrowotnych została doceniona przez ustawodawcę. Zakład opieki zdrowotnej może uzyskać certyfikat akredytacyjny wydawany przez Radę Akredytacyjną. Akredytację należy postrzegać jako system

dobrowolnej, zewnętrznej i bezpośredniej oceny, stwierdzający spełnienie przez zakład standardów jakości dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu. Cechą charakterystyczną akredytacji jest to, że oceny dokonują tak zwani „rówieśnicy zawodowi”, czyli osoby aktualnie pracujące w szpitalach⁵⁰ lub mające wieloletnie doświadczenie w takiej pracy.

Niezależnie od certyfikatu akredytacyjnego zakłady opieki zdrowotnej mogą ubiegać się – na równi z innymi podmiotami gospodarczymi – o uzyskanie certyfikatu stwierdzającego wypełnianie normy jakości działalności operacyjnej w zakresie zarządzania systemem ISO 9000.

Przeprowadzona powyżej klasyfikacja zakładów opieki zdrowotnej jest jedną z wielu możliwych⁵¹. Intencją autorki artykułu było określenie kluczowych kryteriów, przede wszystkim z punktu widzenia ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przyjęcie takich kryteriów jak działalność gospodarcza i jakość miało na celu uwzględnienie aspektu rynkowego, o którym będzie mowa poniżej.

Proces transformacji zachodzący w Polsce od 1989 roku nie ominął systemu ochrony zdrowia, który wymagał dostosowania do nowych warunków ustrojowych, gospodarczych i społecznych. Reforma tego systemu ujawniła istnienie rynku usług medycznych, którego korzenie można dostrzec w funkcjonowaniu spółdzielni lekarskich i prywatnych gabinetów (praktyk) lekarskich oraz tak zwanej „szarej strefy służby zdrowia”. Początki „prawdziwego” rynku można wiązać z uchwaleniem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która zrównała – przynajmniej potencjalnie – sektor publiczny i prywatny. Jednak dopiero usamodzielnienie publicznych zakładów opieki zdrowotnej i przyjęcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pozwoliło na rozwinięcie się rynku w ochronie zdrowia⁵².

Jak pisze J. Śliwa, rynek towarów i usług – jako najbardziej rozległy – daje początek pozostałym rynkom i warunkuje ich istnienie i funkcjonowanie, spełniając przy tym trzy funkcje:

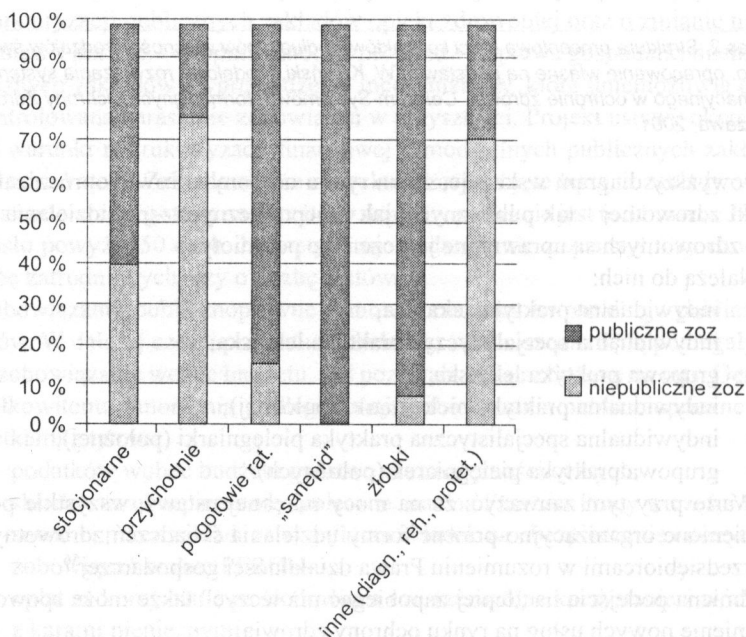
- weryfikacyjną,
- równoważącą,
- adaptacyjną (Śliwa 1998:5).

Proces prywatyzacji, przeprowadzany w innych gałęziach, powoli zaczyna być realizowany w ochronie zdrowia; kolejne placówki są restrukturyzowane. Nie odbywa się to bez problemów – przekształcenia własnościowe są niezbędne, choć niektóre procedury bywają kontrowersyjne⁵³. Zmienia się jednocześnie nastawienie zarządzających zakładami opieki zdrowotnej, czego dobitnym przykładem jest osoba A. Michalskiego, dyrektora krakowskich SP ZOZ-ów „Śródmieście” i „Krowodrze”, który w rozmowie z H. Kleszcz stwierdził, że „samodzielność wyzwala w ludziach niesamowite pokłady energii, pomysłowości, przedsiębiorczości” (Michalski 2001).

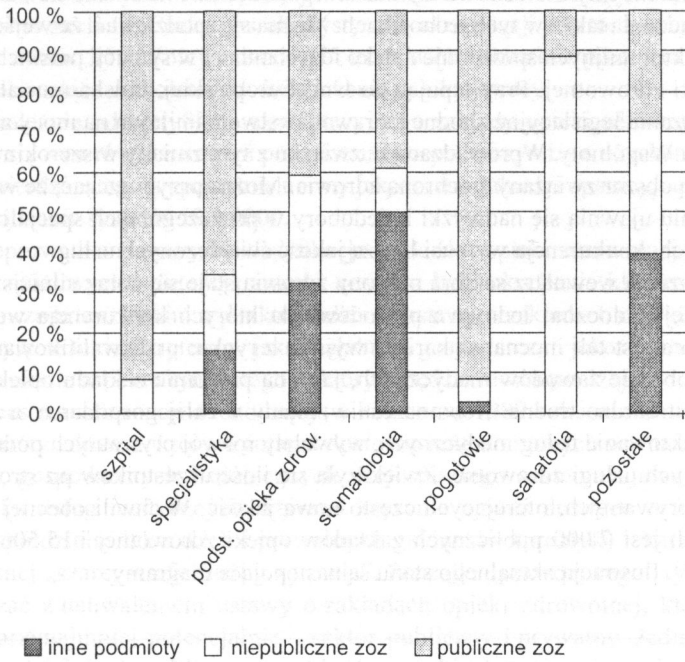
Urynkowanie usług medycznych spowodowało zmianę spojrzenia na publiczny zakład opieki zdrowotnej. Najlepszym tego odzwierciedleniem jest – zdaniem autorki – określenie sformułowane przez Szpital Wojewódzki w Koszalinie: „Misją Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie jest dążenie do tego, aby stać się **nowoczesnym przedsiębiorstwem usługowym z humanitarnym przesłaniem**”⁵⁴.

Postrzeganie zakładu opieki zdrowotnej jako przedsiębiorstwa funkcjonującego w konkurencyjnym otoczeniu wymusza wprowadzenie mechanizmów skutecznego zarządzania także w tych jednostkach. Można się spodziewać, że wejście Polski do struktur unijnych spowoduje daleko idące zmiany w sytuacji polskich zakładów opieki zdrowotnej. Przystępując do Unii Europejskiej, Polska musiała przyjąć rozwiązania legislacyjne zgodne z prawodawstwem unijnym na mocy artykułu 189 Prawa Wspólnoty. Wprowadzane w związku z tym zmiany w szerokim zakresie obejmą obszar związany z ochroną zdrowia. Można przypuszczać, że w znacznym stopniu ujawnią się nadwyżki i niedobory w poszczególnych specjalizacjach medycznych, konkurencja wymusi lepszą jakość świadczonych usług.

Rywalizacja wewnątrz sektora ochrony zdrowia staje się coraz silniejsza i coraz bardziej widoczna. Jednym z powodów, dla których konkurencja wewnątrz tego sektora jest tak mocna, są bariery wyjścia z rynku: przekwalifikowanie, zarówno w obrębie zawodów medycznych, jak i na poziomie zakładu opieki zdrowotnej, jest bardzo trudne. Równocześnie zmiany w całej gospodarce, a zwłaszcza kontraktowanie usług medycznych, wywołały rozwój prywatnych podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Zwiększyła się ilość uczestników po stronie dostawców prywatnych, oferujących często nową jakość. W chwili obecnej zarejestrowanych jest 7 000 publicznych zakładów opieki zdrowotnej i 15 506 niepublicznych⁵⁵. Ilustracją aktualnego stanu są następujące diagramy:



Wykres 1. Struktura procentowa ilości zakładów opieki zdrowotnej według typów własności i rodzajów świadczeń. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.rejestroz.gov.pl – stan na dzień 01.06.2004 r.



Wykres 2. Struktura procentowa ilości kontraktów według typów własności i rodzajów świadczeń
 Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Karliński, *Modelowe rozwiązania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2001.

Powyższy diagram wskazuje, że na rynku ochrony zdrowia oprócz zakładów opieki zdrowotnej – tak publicznych, jak i niepublicznych – do udzielania świadczeń zdrowotnych są uprawnione jeszcze inne podmioty.

Należą do nich:

- indywidualna praktyka lekarska,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
- grupowa praktyka lekarska,
- indywidualna praktyka pielęgniarki (położnej),
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki (położnej),
- grupowa praktyka pielęgniarek (położnych).

Warto przy tym zauważyć, że na mocy odrębnej ustawy, wszystkie powyżej wymienione organizacyjno-prawne formy udzielania świadczeń zdrowotnych nie są przedsiębiorcami w rozumieniu Prawa działalności gospodarczej⁵⁶.

Zmiana podejścia na „lepiej zapobiegać niż leczyć” także może spowodować zaistnienie nowych usług na rynku ochrony zdrowia.

Określając siłę przetargową nabywcy, należy dokonać ich wyróżnienia. W warunkach polskich zasadnicza zmiana związana z wprowadzeniem rynku w ochronie zdrowia miała miejsce w 1999 roku. Nastąpiło bowiem wtedy oddzielenie funkcji płatnika i dostarczyciela usług. Jakkolwiek źródłem finansowania pozostały w prze-

ważącej mierze środki publiczne pochodzące z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, to jednak zaistniał rynek, na którym głównym nabywcą były Kasy Chorych: Branżowa i Regionalne, „zastąpione” przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Do grupy nabywców należy zaliczyć także osoby fizyczne finansujące zakup świadczeń zdrowotnych z „własnej kieszeni” oraz przedsiębiorstwa wykupujące usługi medyczne dla swoich pracowników (tzw.: *paraubezpieczenia*).

Analizując zmiany zachodzące na rynku świadczeń medycznych, można zauważyć, że w okresie ostatnich kilku lat gwałtownie wzrosła liczba placówek niepublicznych, które udzielają świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednak są to zazwyczaj świadczenia nie wymagające olbrzymich nakładów, jak w przypadku świadczeń udzielanych przez zakłady publiczne. Równocześnie kondycja finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest oceniana jako katastrofalna – zakłady są zadłużone (zobowiązania zakładów powstałe od stycznia 1999 r. do marca 2003 są szacowane na 7 mld zł, z czego wymagalne wynoszą 4 mld zł), często niewłaściwie zarządzane, a jednocześnie zawierane kontrakty nie zapewniają zwrotu nakładów ponoszonych na leczenie chorych. W tej sytuacji została podjęta inicjatywa ustawodawcza mająca na celu restrukturyzację finansową i organizacyjną publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Projektowana restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Efektom wprowadzenia w życie projektowanej ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw⁵⁷ ma być – w opinii autorów projektu – poprawa gospodarki finansowej publicznych zakładów i wprowadzenie mechanizmów, które uniemożliwią dalsze niekontrolowane narastanie zobowiązań w przyszłości. Projekt ustawy określa zasady i warunki restrukturyzacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłada się, że restrukturyzacją objęte będą te zakłady, w których zatrudnienie wg stanu na określony dzień (w projekcie jest to 31 marca 2003 r.) wyniosło powyżej 50 osób. Niestety, projektodawca nie zaznaczył, czy chodzi tu o liczbę zatrudnionych, czy o liczbę etatów.

Zobowiązania publicznoprawne stanowią znaczącą kwotę długu publicznych ZOZ-ów. W dalszej części projektu zakłada się, że umorzeniu będą podlegały niektóre zobowiązania wobec budżetu, zaś pozostałe będą rozłożone na raty. Generalnie całkowitemu umorzeniu podlegać mają zobowiązania publicznoprawne wraz z odsetkami z tytułu:

- podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych,
- składek na ubezpieczenie społeczne oraz na Fundusz Pracy w części finansowanej przez zakład, za wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne,
- zobowiązań wobec PFRON-u,
- opłat za korzystanie ze środowiska i za szczególne korzystanie z wód wraz z karami pieniężnymi,
- opłat za wieczystą dzierżawę w stosunku do budżetu państwa,
- odsetek od powyższych zaległości.

Warunkiem umorzenia powyższych zobowiązań jest spełnienie przez zakład kilku warunków

- niewystępowanie zaległości z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne w części finansowanej przez pracownika (zleceniobiorcę),
- niewystępowanie zaległości z tytułów podlegających umorzeniu, a powstałych przed 1999 r. lub po określonej w ustawie dacie (w projekcie 31 marca 2003r.),
- zrealizowanie zawartych z wierzycielami uгод w odniesieniu do zobowiązań cywilnoprawnych,
- zaspokojenie roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203”,
- możliwość przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej⁵⁸.

W odniesieniu do zobowiązań cywilnoprawnych restrukturyzacja ma polegać na zawarciu ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami tych zobowiązań. Ugoda będzie zawarta, gdy opowie się za nią ponad 50% wierzycieli, których należności stanowią ponad 50% ogólnej sumy wierzytelności ujawnionych w spisie stanowiącym element dokumentacji restrukturyzacyjnej. Ugoda dotyczy wszystkich kontrahentów wymienionych w powyższym spisie. Ugoda może przewidywać m.in. umorzenie zaległości, przejęcie zobowiązań przez jednostkę samorządu terytorialnego, konwersję na udziały (akcje) lub obligacje po przekształceniu zakładu w spółkę prawa handlowego.

Restrukturyzacja zobowiązań z tytułu indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców (tzw. „ustawa 203”) zgodnie z projektem miała polegać na zawieraniu ugody z każdym pracownikiem. W wyniku tej ugody zobowiązania będą mogły być rozłożone na raty wraz z określeniem terminarza spłat, zamienione na udziały (akcje) lub obligacje zakładu przekształconego w spółkę użyteczności publicznej, zaś odsetki od niewypłaconych w terminie wynagrodzeń mogą być umorzone. Wydane ostatnio orzeczenia sądów, nakazujące sejmowi wypłatę świadczeń z „ustawy 203”, zmieniły sytuację. W projekcie przyszłorocznego budżetu przewidziano rezerwę na zaspokojenie roszczeń pracowniczych, więc omawiany warunek restrukturyzacji finansowej prawdopodobnie będzie bezprzedmiotowy.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, na których nie ciążyą zobowiązania oraz nie podlegające restrukturyzacji finansowej w rozumieniu omawianego projektu, będą mogły ubiegać się o dotację na wsparcie działań, które mają na celu poprawę sytuacji ekonomicznej lub podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Warunkiem koniecznym udzielenia dotacji finansowanej przez budżet państwa miało być przekształcenie zakładu w spółkę użyteczności publicznej.

Postępowanie restrukturyzacyjne będzie możliwe tylko raz w okresie obowiązywania ustawy, o ile wniosek o jego rozpoczęcie zostanie złożony w terminie 2 miesięcy od daty wejścia w życie projektowanej ustawy. Do wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego powinien być dołączony m.in. projekt programu restrukturyzacyjnego. Projekt ten – w zamyśle autorów ustawy – powinien zawierać:

1. Szczegółowy opis sytuacji ekonomicznej zakładu
2. Analizę przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej zakładu
3. Wskazanie zamierzonych działań zakładu, które mają na celu poprawę sytuacji ekonomicznej.
4. Przewidywany termin przekształcenia w spółkę użyteczności publicznej.
5. Określenie sytuacji ekonomicznej zakładu, możliwej do osiągnięcia po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego i przedstawienie prognoz finansowych.

6. Określenie źródeł finansowania działań naprawczych⁵⁹.

Kiedy dokonujemy oceny projektowanego procesu przeprowadzenia restrukturyzacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nasuwa się kilka uwag. Po pierwsze, wydaje się, że termin na złożenie wniosku jest mało realny, gdyż do procedury restrukturyzacyjnej nie są przygotowane ani zakłady, ani wojewodowie, którzy są organem restrukturyzacyjnym dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego. Potwierdzeniem tych obaw może być wypowiedź wojewody mazowieckiego, Leszka Mizielińskiego, który stwierdził, że wojewodowie nie są do tych zdań przygotowani⁶⁰. Drugim spostrzeżeniem jest dość optymistyczne założenie, że wszyscy uczestnicy (kontrahenci, pracownicy) zgodzą się na projektowane w ustawie warunki. Zwłaszcza w odniesieniu do oszczędności pracowniczych zasadna jest wątpliwość, czy zakłady będą w stanie sprostać tym zobowiązaniom bez pomocy państwa. Wnikliwa analiza tekstu projektowanej ustawy pozwoliła na stwierdzenie, że znaczna część przepisów jest niejasna, a kolejność poszczególnych czynności procedury restrukturyzacyjnej finansów publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest niekonsekwentna.

W odniesieniu do restrukturyzacji organizacyjnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej projekt zakłada przekształcenie tych jednostek w spółki użyteczności publicznej, jako szczególnego typu spółki kapitałowe. Taką spółką ma być zakład opieki zdrowotnej będący spółką kapitałową, w której co najmniej 75% udziałów (akcji) należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego lub państwowej uczelni medycznej, lub uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Projekt ustawy określa tryb przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę użyteczności publicznej. Spółka użyteczności publicznej powstała w wyniku takiego przekształcenia wstąpi, z mocy prawa, we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był przekształcony zakład. Projekt przewiduje także przekazanie powstałym w wyniku restrukturyzacji spółkom przekazanie nieruchomości, tj. gruntów, jako przedmiotu użytkowania wieczystego i budynków oraz innych urządzeń na własność spółki. Projektowane przepisy określają także procedurę łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W praktyce zmiany formy prawnej publicznych zakładów już miały miejsce. Przykładem takim są zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez spółki samorządowe (tzw. „dzika prywatyzacja”).

Autorka stoi na stanowisku, że przekształcenie publicznych zakładów w formę „bardziej rynkową”, jaką są spółki kapitałowe, jest zgodne z tendencją do wprowadzenia mechanizmów skutecznego zarządzania tymi podmiotami. Nie mniej jednak, wprowadzane zmiany do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie rozwiązują kilku istotnych problemów, o których była mowa w pierwszej części artykułu. Chociaż formalnie ustawodawca odchodzi od określenia „publiczny” i „niepubliczny”, to jednak w odniesieniu do jednostek, które dotychczas status „publiczny” posiadały ze względu na organ tworzący, ustawa nadal będzie regulować szczegółowo ich zasady działania, bez względu na to, w jakiej formie będą one prowadzone. Jest to uzasadnione faktem, że jednostki te dysponują majątkiem ogólnospołecznym.

Projektodawcy nie wypowiedzieli się jednoznacznie, czy udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi rodzaj działalności gospodarczej, czy też nie.

W odniesieniu do dotychczas określanych jako „niepubliczne” autorzy projektowanej noweli – w ocenie autorki artykułu – nie uniknęły istotnych błędów. Projekt zakłada, że zakłady tworzone m.in. przez kościoły, fundacje, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i akcyjne, osoby fizyczne mogą mieć formę spółki kapitałowej lub inną formę właściwą dla tych podmiotów⁶¹. Nasuwa się pytanie, w jakiej „właściwej” formie jednoosobowa spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ma utworzyć zakład opieki zdrowotnej, skoro przepisy kodeksu spółek handlowych zakazują, aby taka spółka zawiązała inną (nową) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością. Wydaje się, że „niepubliczne” zakłady nadal będą utożsamiane z ich organami tworzącymi ze wszystkimi negatywnymi dla nich konsekwencjami.

Podsumowanie

Podjęta w artykule problematyka zmian zachodzących w polskiej służbie zdrowia w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej wymagała szerokiego podejścia. Dla pełnego zrozumienia wagi dokonujących się przemian i oceny kierunków przyjmowanych rozwiązań niezbędne było omówienie szeregu kwestii związanych z pojęciem zakładu opieki zdrowotnej.

W oparciu o studia literaturowe autorka wykazała, że usytuowanie prawne zakładu opieki zdrowotnej jest niejednoznaczne, choć – co także w artykule udowodniono – każdy zakład opieki zdrowotnej jest odrębną jednostką organizacyjną.

Przeprowadzona klasyfikacja zakładów opieki zdrowotnej miała na celu ukazanie, w jak różnych aspektach mogą być przeprowadzane analizy tego podmiotu. Wprowadzenie mechanizmów rynkowych zmieniło usytuowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej – stały się one podmiotem rynku usług medycznych. W ślad za tym konieczne jest dokonanie przeobrażeń w sposobie funkcjonowania tych jednostek. W artykule scharakteryzowane zostały zasadnicze rozwiązania przewidziane w projektowanych aktach prawnych.

Zapaść systemu ochrony zdrowia wymusza wprowadzenie szybkich i radykalnych zmian. Rozpoczęte w sejmie prace nad ustawami regulującymi funkcjonowanie tej ważnej społecznie sfery są szansą na uporządkowanie fundamentów funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Czy ta szansa będzie wykorzystana?

Informacje o autorce

Dr Małgorzata Winter, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

E-mail: goska@mail.wz.uw.edu.pl.

Przypisy

- ¹ Przykładowo: *Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ z 19 grudnia 1966 r.*, (Dz. U. z 1997 r. nr 38 poz. 169) w art. 12 stanowi o „prawie każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”; *Europejska Karta Społeczna z 18 października 1961 r.*, (Dz. U. z 1999 nr 8 poz. 67) mówi, że „każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia”.
- ² Przykładowo: I. Rydlewska- Liszkowska *Profilaktyka w globalnym rachunku kosztów ochrony zdrowia* [w]: *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia*, praca zb. pod red. K. Krajewskiego i M. Wójtowicza, wyd. IPiS, Warszawa 2001.

- 3 System ochrony zdrowia bywa różnie nazywany, między innymi - „systemem opieki zdrowotnej”, „systemem zdrowotnym”, „służbą zdrowia”; szerzej na temat problemów teoretycznych systemu ochrony zdrowia w: C. Włodarczyk, S. Poździej, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki.*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- 4 *Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw*, Dz. U. Nr 104, poz. 661.
- 5 *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej*,... op. cit. art. 1 ust. 1 pkt. 1.
- 6 *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej*,... op. cit. art. 1 ust. 1 pkt. 2.
- 7 *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej*,... op. cit. art. 1 ust. 3.
- 8 Udzielanie świadczeń zdrowotnych i/lub promocja zdrowia nie muszą być jedynymi celami realizowanymi przez zakład opieki zdrowotnej; to zagadnienie będzie przedmiotem analizy w dalszej części artykułu.
- 9 Piśmiennictwo związane z analizowanym zagadnieniem jest bardzo ubogie.
- 10 *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej*, ... op. cit. art. 2 ust. 2 i 3.
- 11 *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej*,... op. cit. art. 12.
- 12 *Ibidem* art. 11.
- 13 *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej*,...op. cit. art. 18a ust. 1 i 3 oraz art. 46 pkt 4.
- 14 *Ibidem* art. 6 ust. 1.
- 15 *Ibidem* art. 18b.
- 16 *Ibidem* art. 18c.
- 17 *Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych*, Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm. art. 1 ust. 2.
- 18 *Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 września 1995 r.*, sygn. III CZP 115/95.
- 19 *Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw*, Dz. U. Nr 104, poz. 661.
- 20 Stan na 15 grudnia 2000 roku.
- 21 *Ustawa [...] o zmianie ustawy* ...op. cit. art. 1 ust. 1 pkt. 9.
- 22 Podkr. autorki.
- 23 W rozumieniu *Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 czerwca 1934 r. Kodeks handlowy*, Dz. U. Nr 57 poz. 502 z późn. zm.
- 24 *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej*,...op. cit. art. 67 ust.1.
- 25 01.01.2001 r. jest datą graniczną, ze względu na to, że z tą datą straciła moc *Ustawa o działalności gospodarczej z 23 grudnia 1988 r.*, zastąpiona *Ustawą z dnia 19 listopada 1999 r. Prawo działalności gospodarczej*, Dz. U. Nr 101, poz. 1178 z późn. zm.
- 26 *Prawo działalności gospodarczej*, Dz. U. Nr 101, poz. 1178 z późn. zm. art. 2.
- 27 *Por. Uchwała Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 września 2000r.* sygn. OPK 13/01, w: *Prawo Gospodarcze*, 2001/12/34.
- 28 *Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym*, Dz. U. z 2001 r. Nr 94 poz. 209 art.1 ust. 1 i 2.
- 29 *Por.:Ustawa [...] o Krajowym Rejestrze Sądowym*..., op. cit. art. 36.
- 30 *Ustawa [...] o Krajowym Rejestrze Sądowym*..., op. cit. art.50.
- 31 *Ibidem* art. 36.
- 32 *Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych*, Dz. U. Nr 94 poz. 1037.
- 33 Podkr. autorki.
- 34 *Ustawa [...] Kodeks spółek handlowych*,... op. cit. art. 151 § 1.
- 35 W rozumieniu art. 551. *Ustawy [...] Kodeks Cywilny*. ...op. cit.
- 36 *Por. Ustawa [...] Kodeks spółek handlowych*,... op. cit. art. 8 § 2.

- ³⁷ Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 13 lutego 2001 roku (PR-023-AK-341/01), niepublikowane.
- ³⁸ *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej...*, op. cit. art. 8 ust. 1 i 1a.
- ³⁹ Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej jest utworzony przez te podmioty dla udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom.
- ⁴⁰ Por.: *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej...*, op. cit. art. 44.
- ⁴¹ Oprócz wojewódzkich i terenowych stacji sanitarno-epidemiologicznych i krwiodawstwa oraz żłobków.
- ⁴² *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej...*, op. cit. art. 44b – 48a.
- ⁴³ *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej...*, op. cit. art. 35b i c.
- ⁴⁴ *Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych*, Dz. U. Nr 155, poz. 1014 z późn. zm, art. 5.
- ⁴⁵ *Ustawa [...] o zakładach opieki zdrowotnej...*, op. cit. art. 35b ust. 1 i art. 60.
- ⁴⁶ Na przykład hospicja.
- ⁴⁷ Tej kategorii jest poświęcony cały rozdział 2 pt. Szpitale, zawarty w Dziale I – Przepisy wspólne ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.
- ⁴⁸ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych*, Dz. U. Nr 164 poz. 1193.
- ⁴⁹ Por.: M. Ajewski, *Zarządzanie jakością usługi i obsługi w placówkach medycznych. ISO 9002 w służbie zdrowia*, [w]: *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia*, pr. zbiorowa pod red. K. Krajewskiego i M. Wójtowicza, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa, 2001.
- ⁵⁰ Jakkolwiek certyfikat akredytacyjny może uzyskać każdy zakład opieki zdrowotnej, a nie tylko szpital, to na obecnym etapie wdrażania systemu akredytacji placówek medycznych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opracowało standardy i procedury dotyczące jedynie szpitali; zostały one podane do publicznej wiadomości w 1998 roku w *Programie Akredytacji Szpitali*.
- ⁵¹ Przykładowo: klasyfikacja OECD zawarta w koncepcji „National Health Accounts”.
- ⁵² Szerzej na ten temat por. np: M. Kautsch, *Rozważania o rynku, „Służba Zdrowia”*, Nr 59-62/2001; K. Tymowska, *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 1999.
- ⁵³ Por. W. Misiński, *Prywatyzacja szpizów - tylko dla znajomych, czy równa szansa dla przedsiębiorczych? „Służba Zdrowia”*, Nr 23-25/2001.
- ⁵⁴ Misja sformułowana przy ubieganiu się szpitala o akredytację; <http://www/swk/med.pl>.
- ⁵⁵ Zgodnie ze stanem na dzień 01.06.2004 r. podanym przez Centralny System Informacyjny Ochrony Zdrowia, www.rejestrzoz.gov.pl
- ⁵⁶ *Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej oraz ustawy o zawodzie lekarza*, Dz. U. Nr 89 poz. 969.
- ⁵⁷ Druk sejmowy nr 2278
- ⁵⁸ Autopoprawką rząd wycofał się z konieczności spełnienia tego ostatniego warunku, pozostawiając decyzję o przekształceniu w spółkę kapitałową samym zainteresowanym.
- ⁵⁹ Autorka artykułu opracowała wzorcowy układ takiego projektu oraz innych załączników związanych z aspektem finansowym procesu restrukturyzacyjnego na potrzeby programu pilotażowego realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.
- ⁶⁰ Gazeta Prawna nr 120 (1229) z 2.06.2004 r.
- ⁶¹ Art. 38 pkt 3 projektu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw, druk sejmowy nr 2278.

Bibliografia

- Ajewski, M. 2001. Zarządzanie jakością usługi i obsługi w placówkach medycznych. ISO 9002 w służbie zdrowia. w: Krajewski, K., Wójtowicz, M. (red.) *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia*, Warszawa: Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności.
- Bryńska, A., Dmoch W. 2001. *Podatek dochodowy od osób prawnych*. Warszawa: C.H. Beck.
- Centralny System Informacyjny Służby Zdrowia: www.rejestrzoz.gov.pl.
- Dercz, M., Izdebski, H. 2001. *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa, Poznań: Polskie Wydawnictwo Prawnicze IURIS.
- Gazeta Prawna. 2004. nr 120 (1229).
- Izdebski, H. 2001. Formy prawne prowadzenia działalności w służbie zdrowia. w: Krajewski, K., Wójtowicz, M. (red.) *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia*, Warszawa: Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności.
- Janusz. S. 2001. Jakość czy bylejakość. *Służba Zdrowia*, nr 23-25.
- Kautsch, M. 2001. Rozważania o rynku. *Służba Zdrowia*, nr 59-62.
- Kisielnicki, J. 2000. *Zarządzanie organizacją. Zarządzanie nie musi być trudne*, Warszawa: Wyższa Szkoła Handlu i Prawa im. R. Łazarskiego.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz. U. Nr 78, poz. 483, art. 68 ust. 1.
- Michalski, A. (wywiad) 2001. Ekonomia uczy pokory. *Służba Zdrowia*, nr 38-41.
- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ z 19 grudnia 1966 r.*, (Dz. U. z 1997 r. nr 38 poz. 169).
- Misiński, W. 2001. Prywatyzacja spozów – tylko dla znajomych, czy równa szansa dla przedsiębiorczych? *Służba Zdrowia*, nr 23-25.
- Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 13 lutego 2001 roku (PR-023-AK-341/01), niepublikowane.
- Póździej, S., Włodarczyk, C. 2001. *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Prawo działalności gospodarczej*, Dz. U. Nr 101, poz. 1178 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych*, Dz. U. Nr 164 poz. 1193.
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 czerwca 1934 r. Kodeks handlowy*, Dz. U. Nr 57 poz. 502 z późn. zm.
- Rydlewska-Liszkowska, I. 2001. Profilaktyka w globalnym rachunku kosztów ochrony zdrowia. w: Krajewski, K., Wójtowicz, M. (red.) *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia*, Warszawa: Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności.
- Śliwa, J. 1998. *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa. Od diagnozy do projekcji*. Warszawa: Fundacja Rozwoju Rachunkowości.
- Tymowska, T. 1999. *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 września 1995 r.*, sygn. III CZP 115/95.
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw*, Dz. U. Nr 104, poz. 661.
- Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych*, Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym*, Dz. U. z 2001 r. Nr 94 poz. 209.
- Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych*, Dz. U. Nr 155, poz. 1014 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz ustawy o zawodzie lekarza*, Dz. U. Nr 89 poz. 969.