

Wstęp

Dnia 30 sierpnia 1991 r. uchwalono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), która stała się podstawą zmian w państwowym i prywatnym sektorze ochrony zdrowia. Jednak określenie „zakład opieki zdrowotnej”, pomimo że normatywnie funkcjonowało w u.z.o.z., nie było ani znane, ani też używane przez społeczeństwo w celu określenia miejsca, w którym uzyskuje się świadczenie zdrowotne. Pacjent chodził do przychodni, szpitala, spółdzielni lekarskiej. Społeczeństwo korzystało ze służby zdrowia. Tymczasem w środowiskach reformatorskich zaczęto coraz częściej używać pojęcia „ochrona zdrowia”. Przepis art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) nawiązuje do prawa do ochrony zdrowia, a zatem, czy można traktować pojęcia: „służba zdrowia” i „ochrona zdrowia” jako synonimy? Myślę, że nie, albowiem pierwsze z nich określa pewną podległość, obowiązek. Ochrona zdrowia jest zgoła czymś innym. W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1, TK stwierdził między innymi: „z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia. Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny [...]) stan «zdrowia» poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności”. Przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nakłada na władze publiczne, a w szczególności na ustawodawcę, obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – w miarę dostępnych funduszy.

Nie sposób nie podzielić zdania J. Leowskiego, który uważa, że aktualny kierunek reform pociąga za sobą uznanie zdrowia za towar¹. W 1999 r. podjęto próbę urynkowania świadczeń medycznych poprzez zmianę zasad ich finansowania i wprowadzenie do systemu takich kategorii jak cena, popyt i podaż. Polska reforma systemu ochrony zdrowia miała zbliżyć nas do systemów zachodnioeuropejskich. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) wprowadziła ubezpieczeniowy system finansowania świadczeń zdrowotnych. Z uwagi na brak rzeczywistego rynku usług medycznych powołano kasy chorych, które przejęły funkcję płatnika usług medycznych. Publiczny sektor ochrony zdrowia i jego pacjenci nie zostali przygotowani na zmiany. Jak pokazuje doświadczenie, publiczne zakłady opieki zdrowotnej znalazły się w nowej, postrzeganej jako wroga, rzeczywistości, uzależnionej od monopolistycznego płatnika. Nowopowstałym samorządom: powiatowemu i wojewódzkiemu przypięto przysłowiowy kwiatek do kożucha, nakładając na nie obowiązki założycieli SPZOZ. Jakież to nieuzasadnione zachwianie łańcucha zdarzeń, w których „nie zakładam, a staję się podmiotem, który utworzył”. Samorządy nieposiadające własnych struktur zmuszone były nadzorować SPZOZ, nie mając w tym zakresie ani doświadczenia, ani też niezbędnej wiedzy. W słowniku pacjenta pojawiły się pojęcia: „SPZOZ”, „niepubliczny zakład opieki zdrowotnej”, „kasa chorych”, „ubezpieczenie zdrowotne”. Myślę, że wielu obywateli zaczęło gubić się w instytucjach, prawach i obowiązkach w ochronie zdrowia. Pacjent stanął w obliczu niezrozumiałej dla niego sytuacji, w której może uzyskać świadczenie zdrowotne w SPZOZ i niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Wydawać się mogło, że jest lepiej. Tymczasem okazało się, że spotyka się z czymś, czego nie znał wcześniej, a mianowicie z limitem świadczeń zdrowotnych. Kto wie, ile razy personel medyczny usłyszał, że konkretnemu pacjentowi należy się świadczenie zdrowotne, bo przecież tyle lat płaci bądź płacił na ubezpieczenie.

Myślę, iż omawiając status organizacyjno-prawny SPZOZ, należy mieć na względzie, że nie jest on tylko podmiotem administracji publicznej, ale posiada też szereg cech charakterystycznych dla podmiotu prawa prywatnego.

Status prawny SPZOZ jest zagadnieniem trudnym i złożonym, na co wskazuje choćby orzecznictwo SN i TK. Tytułem przykładu można przy-

¹ J. Leowski, *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, PiM 1999, nr 2, s. 14.

toczyć tezę zawartą w wyroku SN z dnia 22 września 2004 r., I PZP 6/04, OSNP 2005, nr 1, poz. 1, zgodnie z którą: „Spółka z o.o. utworzona przez jednostkę samorządu terytorialnego ma – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia – status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, choćby działalność tę prowadziła przez wewnętrzną jednostkę organizacyjną nazwaną niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej [...]”. Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że „w celu ustalenia charakteru zakładu opieki zdrowotnej (publiczny albo niepubliczny) konieczne jest [...] uwzględnienie nie tylko formy organizacyjno-prawnej podmiotu powołującego zakład, ale również faktycznej pozycji podmiotu dominującego, od którego woli zależy utworzenie zakładu”. Jest to twierdzenie rzeczywiście wskazujące na wymiar osoby prawnej prawa publicznego, lecz – moim zdaniem – nieuprawnione jest nazwanie SPZOZ zakładu, który został powołany przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością ze 100% udziałem gminy w świetle regulacji art. 8 u.z.o.z. J. Jończyk w głosie² aprobującej stanowisko SN przyjął, że system ochrony zdrowia składa się z trzech części: administracyjnej, powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz prywatnej ochrony zdrowia. Zakłady opieki zdrowotnej wchodzą w zakres uregulowań w pierwszej i drugiej materii, a zatem z podmiotu publicznego, jakim jest samorząd, nie można wyłonić podmiotu o innym charakterze niż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Moim zdaniem słuszne jest stanowisko zawarte w uchwale SN z dnia 22 lutego 2006 r., II PZP 10/05, OSNP 2006, nr 21–22, poz. 314, zgodnie z którą „zakład opieki zdrowotnej utworzony przez spółkę, w której większość akcji ma samorząd terytorialny, nie jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej [...]”. Zarówno powstanie, jak i byt prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego w drodze aktu wydanego przez organy administracji publicznej określa u.z.o.z. Zakład ten podlega podwójnej rejestracji, zarówno administracyjnej (związanej z koncepcją zakładu publicznego), jak też sądowej (związanej z atrybutem osobowości prawnej). Zasady działania dla niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego w drodze uchwały organu spółki kapitałowej w niewielkiej mierze zostały opisane w u.z.o.z. Zauważyć należy, że niepubliczny zakład opieki zdrowotnej utworzony przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, wcześniej zarejestrowaną w rejestrze przed-

² J. Jończyk, glosa do wyroku SN z dnia 22 września 2004 r., I PZP 6/04, OSP 2005, z. 5, poz. 67.

siębiorców, na innych zasadach prowadzi rozrachunek swojej działalności, podlega jednej rejestracji administracyjnej, nie posiada osobowości prawnej, a zatem nie może być odrębnym podmiotem prawa cywilnego, jakim jest SPZOZ. Uważam, że zapisy zawarte w ustawie z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 1997 r. Nr 9, poz. 43 z późn. zm.) pozwalają na ich wykorzystanie w sektorze ochrony zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego i dzięki nim mogą powstawać spółki prawa handlowego, które z kolei założą niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na orzecznictwo TK, które przeszło swoistą ewolucję w zakresie określenia statusu prawnego SPZOZ. Do niedawna utrzymywany był pogląd, że SPZOZ jest podmiotem publicznoprawnym, ściśle powiązany z systemem organów administracji publicznej³ i w związku z tym odmawiano mu zdolności bycia podmiotem konstytucyjnej ochrony. Trybunał Konstytucyjny uważał, że SPZOZ mają odmienny charakter niż osoby prawne tworzone w sposób swobodny przez obywateli dla realizacji określonych celów politycznych, gospodarczych czy osobistych, w tym celów związanych z ochroną zdrowia. Wskazał jednocześnie, że osobowość prawna oraz związane z nią prawa podmiotowe SPZOZ mają służyć tylko i wyłącznie do realizacji zadań publicznych. Odmienne stanowisko przyjmuje TK w orzeczeniu z dnia 4 kwietnia 2005 r., SK 7/03, OTK-A 2005, nr 4, poz. 34, uznając, że SPZOZ korzystający ze statusu osoby prawnej jest odrębnym podmiotem własności oraz innych praw majątkowych i może złożyć skargę konstytucyjną. Uznano, że ma on zdolność bycia podmiotem konstytucyjnego prawa do równej dla wszystkich ochrony własności i innych praw majątkowych gwarantowanych w przepisie art. 64 ust. 2 Konstytucji RP, ale w niektórych przypadkach nie korzysta z możliwości ochrony konstytucyjnej swoich praw określonych na płaszczyźnie ustawowej.

Przedstawione przykładowo problemy sporne i wątpliwe, odnoszące się do statusu prawnego SPZOZ, uzasadniają potrzebę podjęcia kompleksowych badań dotyczących SPZOZ jako złożonej konstrukcji prawnej regulowanej przepisami wielu dyscyplin prawnych. Uważam, że łączy ona w sobie elementy charakterystyczne zarówno dla prawa publicznego, jak i prywatnego. Myślę, że hybrydalna (publiczno-prywatnoprawna) konstrukcja SPZOZ jest w stanie sprostać różnym strategiom finansowania

³ Postanowienie TK z dnia 6 lutego 2001 r., Ts 148/00, OTK 2001, nr 3, poz. 72; wyrok TK z dnia 27 czerwca 2000 r., K 20/99, OTK 2000, nr 5, poz. 140; postanowienie TK z dnia 12 października 2004 r., Ts 35/04, OTK-B 2005, nr 1, poz. 25.

świadczeń zdrowotnych. Jednakże wyraźne zaniechanie ustawodawcy, który nie dokonuje podstawowych zmian w celu dostosowania zakładu do ubezpieczeniowej koncepcji ochrony zdrowia, niekorzystnie wpływa na sytuację prawną SPZOZ i jego pacjentów.

Określając status prawny zakładu opieki zdrowotnej, należy odnieść się do uwarunkowań organizacyjno-prawnych w układzie instytucjonalnym, który czerpie swe źródło albo z prawa prywatnego (w przypadku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej), albo też – kumulatywnie z tym pierwszym – publicznego (w przypadku SPZOZ). Przyjęte regulacje prawne obligują do stosowania określonych procedur kreowania, likwidacji, a nawet uzyskiwania źródeł finansowania, które okazują się być niekorzystnie ograniczone w sektorze publicznym. Myślę, że od kilku lat władza publiczna stoi przed dylematem związanym z obowiązkiem powszechnej partycypacji pacjenta w koszcie świadczeń zdrowotnych. Warto w tym miejscu zauważyć, że obowiązujące zakazy powodują marnotrawstwo oraz szarą strefę usług medycznych świadczoną przez personel medyczny w ramach swego zatrudnienia w SPZOZ. Prywatny sektor ochrony zdrowia czyni oszczędności kosztem SPZOZ. Pracownicy, za których publiczne zakłady opieki zdrowotnej ponoszą koszty związane z ich zatrudnieniem, np. składki na ZUS, wykonują swoje usługi w prywatnych klinikach, które są wolne od wskazywanych obciążeń. W związku z wolą utrzymania *status quo*, która leży w interesie wielu podmiotów propagandowo wskazuje się, że SPZOZ jako osoba prawna prawa publicznego nie może pobierać opłat od ubezpieczonych. Bezspornie brak innych ubezpieczycieli zdrowotnych, poza NFZ, powoduje niedobory finansowe w systemie publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Uważam, że ceny i stawki świadczeń ustalone są uznaniowo i nie mają nic wspólnego ani z poziomem kosztów, ani też z jakością usług świadczonych przez SPZOZ.

Moim zdaniem nierówny status publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej opierający się na zakazie pobierania opłat od pacjentów przez SPZOZ, który po wyczerpaniu limitu określonego przez NFZ (np. dziennego w liczbie ośmiu osób do lekarza reumatologa zatrudnionego na cały etat przez SPZOZ) nie może odpłatnie udzielać świadczeń zdrowotnych, pogłębia zadłużenie publicznego sektora ochrony zdrowia i rodzi pozytywne skutki finansowe w bilansach podmiotów prywatnych. Uważam, że dopiero wówczas, gdy SPZOZ w pełni wykorzysta własny potencjał osobowy i rzeczowy, pozwoli to na zrównoważenie przychodów i wydatków. Nie podzielam powszechnego poglądu, że SPZOZ to jednost-

ka non profit. Jedyną ucieczką od hipokryzji bezpłatnej służby zdrowia i dalszego zadłużania się zakładów wydaje się być komercjalizacja przy utrzymaniu 100% udziałów lub akcji przez samorząd albo partycypacja pacjenta w kosztach świadczeń (osobiście lub za pośrednictwem swego ubezpieczyciela).