

# I. ARTYKUŁY

KRYSZYNA WOJTCZAK

## **Kompetencje i zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia ludności**

### **Wprowadzenie**

W jednostkach samorządu terytorialnego o bezpieczeństwie i porządku publicznym można mówić w ujęciu prawnym i faktycznym, a w obrębie tego podziału o prawnych determinantach wyznaczonych właściwością jednostek samorządu terytorialnego i ich organów, rzeczowym zakresem powierzonych im zadań oraz formami służącymi ich realizacji.

Dla każdej z jednostek samorządu terytorialnego (stopnia gminnego, powiatowego, wojewódzkiego) ustawodawca wyznacza inną pozycję i zakres spraw im powierzonych. Nie sposób tu dokonać analizy regulacji określających rolę i znaczenie każdej z tych jednostek, nawet w zakresie zawężonym wyłącznie do spraw bezpieczeństwa i porządku publicznego<sup>1</sup>. Z powodzeniem uczynić tego nie można także wtedy, gdy rozważania zawęzi się do najniższej jednostki samorządu terytorialnego. Spośród prawem przypisanych jej zadań własnych i zleconych większość dotyczy bezpieczeństwa i porządku publicznego w różnym stopniu i zakresie. Skłania to do wyboru rozważań nie tyle między bezpieczeństwem publicznym a zapewnieniem porządku publicznego

---

<sup>1</sup> Szeroko na temat znaczenia pojęć „bezpieczeństwo” i „porządek publiczny” zob. S. Pieprzny, *Ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego w prawie administracyjnym*, Rzeszów 2007, s. 13 i n.

w jednostkach samorządu terytorialnego, ile za wyborem spraw dotyczących bezpieczeństwa określonego rodzaju<sup>2</sup>, tu służącego ochronie najwyższej wartości – zdrowia osoby ludzkiej.

Ochrona zdrowia to bez wątpienia pojęcie szerokie, w żadnym razie nieograniczające się do instytucji zajmujących się profesjonalnie zdrowiem, profilaktyką i leczeniem chorób. Dla zapewnienia społeczności lokalnym ochrony zdrowia ważna jest także dbałość o: zachowanie środowiska naturalnego (wód, powietrza czy lasów), właściwą gospodarkę odpadami lub zanieczyszczeniami bądź niepożądanymi skutkami zdarzeń innego rodzaju (powodzie, pożary, katastrofy, w tym budowlane), wzbudzającymi niepokoje ludności podyktowane zagrożeniem jej zdrowia (niekiedy i życia), a przynajmniej o stworzenie instrumentów prawnych niwelujących ujemne skutki tych zagrożeń i ich egzekwowanie.

W węższym ujęciu ochrona zdrowia sprowadza się do zadań innego rodzaju – do zapewnienia obywatelom przez podmioty działalności leczniczej świadczeń zdrowotnych, przy respektowaniu zasady równego do nich dostępu w jednostkach leczniczych: (1) utworzonych, (2) zarządzanych i (3) kontrolowanych zgodnie z prawem obowiązującym oraz do bezpiecznego w nich pobytu przez: (1) zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej, respektującej procedury medyczne oraz wymagania w zakresie pomieszczeń i urządzeń, a także przez (2) ochronę destynatariuszy tych jednostek przed zdarzeniami niemedyicznymi.

Nic więc dziwnego, że problematyka ochrony zdrowia, w tym opieki zdrowotnej, to zagadnienie wielozadaniowe, regulowane na różnych poziomach: międzynarodowym, regionalnym i krajowym. Odwołanie się do standardów międzynarodowych oraz prawa Unii Europejskiej wydaje się zasadne w zakresie służącym podkreśleniu stopnia ich wpływu na kształt rozwiązań krajowych w sprawach dotyczących ochrony zdrowia. Istotne wśród nich znaczenie mają: Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia<sup>3</sup>; Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Paryżu 10 grudnia

<sup>2</sup> O pojęciu bezpieczeństwa i jego rodzajach zob. S. Pieprzny, *Definiowanie podstawowych pojęć*, w: *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa*, pod red. E. Ury, S. Pieprznego, Rzeszów 2015, s. 15 i n.

<sup>3</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Porozumienie między Rządami reprezentowanymi na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Ochrony Publicznej, podpisane w Nowym Jorku w dniu 22 VII 1946 r. (Dz.U. Nr 61, poz. 447 ze zm.) również przez rząd ówczesnej Polski, w preambule nakładające na rządy państw – stron Porozumienia odpowiedzialność za

1948 r. oraz Rezolucja nr 777/III i 778/III Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych<sup>4</sup>; Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, sporządzony w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r. i wraz z nim przyjęty w tym dniu i roku Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych<sup>5</sup>; Konwencja o Prawach Dziecka<sup>6</sup>; Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności; Europejska Karta Społeczna<sup>7</sup>. W porządku prawa krajowego

zdrowie swych obywateli, której mogą sprostać tylko przez „przewidzenie odpowiednich środków zdrowotnych i społecznych”.

<sup>4</sup> Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta dnia 10 XII 1948 r. w Paryżu przez Zgromadzenie Ogólne ONZ (Dz.U. 1991 Nr 120, poz. 526). Deklaracja ta nie ma waloru prawnego, jest dyrektywą legislacyjną o znaczeniu politycznym i moralnym, co znaczy, że nie wynikają z niej prawa i obowiązki dla państw członkowskich ONZ oraz Rezolucja nr 777/III i 778/III Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z dnia 10 XII 1948 r., tekst polski: Zbiór dokumentów, 1958 nr 10–12, s. 1–11.

<sup>5</sup> Obydwa Pakty zostały przyjęte Rezolucją nr 2200 A/XXI Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych 19 XII 1966 r. W Polsce weszły w życie z dniem 18 VI 1977 r.; zob. załączniki do Dz.U. 1977 Nr 38, poz. 167 i 169. Z obu Paktów wynika podjęcie przez Państwa-Strony w zakresie uznanego przez nie prawa każdego do korzystania z najwyższej osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego obowiązku dążenia do pełnego urzeczywistnienia tego prawa poprzez podjęcie środków koniecznych do: zmniejszania wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt, zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka; poprawy higieny środowiska we wszystkich aspektach; zapobiegania i leczenia chorób epidemicznych, endemicznych, zawodowych i innych i ich zwalczania; stworzenia odpowiednich warunków dla zapewnienia wszystkim pomocy i opieki lekarskiej na wypadek choroby.

<sup>6</sup> Konwencja o Prawach Dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku 20 XI 1989 r. wraz z Oświadczeniem rządowym z dnia 30 IX 1991 r. w sprawie ratyfikacji przez Rzeczpospolitą Polską Konwencji o Prawach Dziecka (Dz.U. Nr 120, poz. 526 i 527). Mocą tej Konwencji Polska zobowiązała się do podejmowania kroków niezbędnych dla zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem oraz nad każdym dzieckiem opieki zdrowotnej i profilaktycznej przez udzielanie świadczeń zdrowotnych zapewnianych nie tylko przez zakłady opieki zdrowotnej sektora publicznego.

<sup>7</sup> Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, przyjęta w Rzymie dnia 4 XI 1950 r., którą Polska podpisała z dniem 3 IX 1953 r. (Dz.U. Nr 61, poz. 284). Wprawdzie Konwencja ta służy określeniu praw człowieka, dotyczy jednak pośrednio także pacjentów w takim zakresie, w jakim ustanowiony nią katalog praw i wolności uznawanych za podstawowe pozostaje ze zdrowiem osoby ludzkiej w ścisłym związku. Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie 18 X 1961 r. wraz z Oświadczeniem rządowym z dnia 30 XI 1998 r. w sprawie ratyfikacji przez Rzeczpospolitą Polską Europejskiej Karty Społecznej (Dz.U. 1999 Nr 8, poz. 67 i 68), poprawionej i przyjętej dnia 3 V 1996 r. w Strasburgu przez rządy państw-sygnatariuszy członków Rady Europy, m.in. ustanawiająca każdemu niemającemu wystarczających zasobów prawo do pomocy socjalnej i medycznej, a zarazem zobowiązanie się państw-sygnatariuszy do stosowania środków zmierzających do wyeliminowania tak dalece, jak to jest możliwe,

fundamentalne znaczenie ma Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.<sup>8</sup> nakładająca na władze publiczne (państwo i samorząd) obowiązek stworzenia warunków pozwalających na zapewnienie każdemu prawa do ochrony zdrowia, a obywatelom także, bez względu na ich sytuację materialną, prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2). Określenie warunków i zakresu świadczeń zdrowotnych ustrojodawca pozostawia ustawie. Nie można tu mówić o jednej ustawie, trudno także przyjąć miarkowanie wagi każdej z ustaw w zakresie, w jakim regulują zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. Z pewnością można przyjąć, że podstawowe znaczenie mają co najmniej dwie ustawy: z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>9</sup> oraz z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>10</sup>. Obie ustawy, choć w różnym zakresie, dotyczą podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w obu sektorach zdrowia (publicznym i prywatnym), ustawa druga nadto reguluje zakres zadań organów administracji publicznej (rządowej i samorządowej) w zakresie ochrony (promocji) zdrowia. Czyni to także Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym<sup>11</sup>.

W obowiązujących regulacjach prawnych mowa jest więc o dwóch wzajemnie uzupełniających się zakresach zadań: ochronie zdrowia i promocji zdrowia oraz prowadzeniu jednostek działalności leczniczej. Jednostki samorządu terytorialnego uczestniczą w procesie ich realizacji. Rzeczą do rozstrzygnięcia pozostaje jedynie ustalenie, w jakim stopniu i zakresie ustawodawca powierza obie sfery spraw każdej z tych jednostek, a w szczególności czy ich rozróżnienie ma wpływ na zakres uprawnień władz samorządów gminnych, powiatowych i wojewódzkich

---

przyczyn chorób; stworzenie służb promujących zdrowie oraz rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia; zapobieganie chorobom epidemicznym, endemicznym i innym. Zob. też Oświadczenie Rządowe z dnia 7 IV 1993 r. w sprawie deklaracji o uznaniu kompetencji Europejskiej Komisji Praw Człowieka oraz jurysdykcji Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (Dz.U. Nr 61, poz. 285).

<sup>8</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 IV 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.), dalej „Konstytucja RP”. Nadto, zgodnie z art. 68 ust. 2–3, ustrojodawca zobowiązał władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz zwalczania przez te władze chorób epidemicznych.

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 15 IV 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 160), dalej „u.d.l.”.

<sup>10</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 1938 ze zm.

<sup>11</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 2237 ze zm.

w zakresie: (1) ochrony zdrowia oraz (2) opieki zdrowotnej zapewnianej przez utworzone i prowadzone przez nie zakłady/podmioty działalności leczniczej.

## 1. Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia

Ustawodawca, powierzając jednostkom samorządu terytorialnego (gminom<sup>12</sup>, powiatom<sup>13</sup> i województwom<sup>14</sup>) zadania w zakresie ochrony zdrowia, sformułował je dwojako: (1) ogólnie przez ich odniesienie do zadań przewidzianych ustawami samorządowymi<sup>15</sup> oraz (2) przez uściślenie roli każdej z tych jednostek w procesie realizacji zadań służących zapewnieniu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W obu przypadkach są to z założenia zadania publiczne desygnowane dyrektywą kierowania się dobrem ogólnym, a nie indywidualnym.

W myśl trzech ustaw samorządowych ochrona zdrowia to obowiązkowe zadanie własne gmin (art. 7 ust. 1 pkt 5), o charakterze ponadgminnym powiatów i charakterze wojewódzkim samorządów województw. Podobnie jak inne zadania obowiązkowe powierzone jednostkom samorządowym, tak i to ma służyć zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców każdej z nich, które nie są takie same. Nie bez powodu ustawodawca przyjął tu odmienne rozwiązania w odniesieniu do powiatów oraz regionalnych województw. Powiatom (art. 4 ust. 1 pkt 2) oraz samorządowym województwom (art. 14 ust. 1 pkt 2) poza ochroną zdrowia powierzył także zadania z zakresu promocji zdrowia, traktując je jako obowiązkowe. Ustawy samorządowe wprawdzie nie definiują obu tych pojęć, można założyć, że termin „promocja zdrowia” zawiera się w pojęciu szerszym, jakim jest ochrona zdrowia. Nie są to jednak pojęcia tożsame<sup>16</sup>. Zarezerwowanie wyłącznie dla powiatowych

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 8 III 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 994).

<sup>13</sup> Ustawa z dnia 5 VI 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn. Dz.U.2018, poz. 995).

<sup>14</sup> Ustawa z dnia 5 VI 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 913).

<sup>15</sup> Zob. też art. 163 Konstytucji RP z 1997 r., w myśl którego „[s]amorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych”.

<sup>16</sup> Na rozdzielnosc znaczenia obu pojęć, a w konsekwencji też zadań jednostek samorządowych, zwraca uwagę art. 3 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym, powierzający

i wojewódzkich jednostek samorządowych zadań „ochrony zdrowia i promocji zdrowia” oznacza więc, że ustawa o samorządzie gminnym nie obciąża władz tego samorządu działaniami promującymi zdrowie, a co za tym idzie, także odpowiedzialnością za nie oraz ich finansowaniem z własnych środków (dochodów). Zadań w zakresie promocji zdrowia gminom nie przypisuje także ustawa o zdrowiu publicznym. Ta stwarza im (oraz powiatom) jedynie możliwość monitorowania i oceny stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, i to we współpracy z samorządem województwa. Z kolei samorządowi województwa pozostawia analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa we współdziałaniu z wojewodą.

Powstaje zatem pytanie, czy dla gminnych jednostek samorządowych wyłączenie z ich zadań własnych promocji zdrowia pozostaje, czy nie pozostaje bez znaczenia także wtedy, gdy z mocy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej one utworzą lub nadal prowadzić będą podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą. Zgodnie z tą ustawą działalność ta może bowiem polegać zarówno na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jak i na promocji zdrowia. Przez promocję zdrowia jej art. 2 ust. 1 pkt 7 nakazuje rozumieć „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”. Na gruncie tej ustawy nie można udzielić odpowiedzi twierdzącej. Z drugiej strony trudno tu przyjąć, że jest to zadanie gminnych podmiotów leczniczych. Oczywiście, wyłączenie z zakresu zadań własnych najniższych jednostek samorządu terytorialnego zadań w zakresie promocji zdrowia nie stoi na przeszkodzie, by rady gminne, w drodze uchwały, zdecydowały o podjęciu działań w tym zakresie jako dobrowolnego zadania własnego.

Na inne podejście do spraw ochrony (promocji) zdrowia wskazuje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Po pierwsze, ustawa ta powierzone jednostkom samorządowym zadania wyraźnie określa jako ich zadania własne, po drugie, za podstawę podziału zadań przyjmuje kryterium równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto czyni je komponentem zadań

---

zadania z zakresu zdrowia publicznego jednostkom samorządu terytorialnego realizującym „zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia”.

realizowanych w ramach jednego z rządowych programów – programu polityki zdrowotnej. Podstawę dla ich ustalenia wyprowadza z zadań władz administracji publicznej<sup>17</sup> i jako zadania własne<sup>18</sup> przypisuje je odpowiednio gminom, powiatom i samorządom województw w zakresie:

1. opracowywania i realizacji oraz oceny efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy oraz powiatu (po konsultacji z właściwymi gminami) i województwa (po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami);

2. inicjowania oraz udziału gmin w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajomienia mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami, w powiecie nadto wzmocnionej wspomaganiem i monitorowaniem działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pobudzeniem działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia, a w samorządowych województwach w zakresie opracowywania i wdrażania polityki zdrowotnej rozszerzonej o programy inne niż wynikające z potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, przy inspirującej i promującej ich roli w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;

3. podejmowania innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa, w tym polegających na profilaktyce chorób<sup>19</sup>, jak i tych,

---

<sup>17</sup> W sposób niewyczerpujący wskazuje na nie art. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmując nimi: „1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; 3) promocję i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej”.

<sup>18</sup> W odniesieniu do gmin Ustawa z dnia 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje także zadania zlecone, sprowadzając je do: wydawania przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta) decyzji potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, spełniających kryterium dochodowe określone art. 8 Ustawy z dnia 12 III 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 1583 ze zm.), o ile nie zachodzą przewidziane tą ustawą przeszkody.

<sup>19</sup> Gminne, powiatowe i wojewódzkie jednostki samorządowe w ramach realizacji zadań własnych mogą dofinansowywać (w formie dotacji celowej) programy zdrowotne, a także programy polityki zdrowotnej inne niż przez nie realizowane, polegające na profilaktyce chorób (art. 48c ust. 1 w zw. z art. 48 ust. 1).

które przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych<sup>20</sup> oraz uznanych za priorytetowe dla regionalnej polityki zdrowotnej i stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa mogą być przez nie finansowane<sup>21</sup> jako świadczenia gwarantowane<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Regionalną mapę potrzeb zdrowotnych sporządza raz na 5 lat właściwy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych. Projekt tej mapy przygotowuje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – opierając się na danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dla Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego mapy regionalne stanowią podstawę do sporządzenia Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Zarówno mapy regionalne, jak i mapa ogólnopolska wymagają zatwierdzenia przez ministra zdrowia (art. 95a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Zob. też Rozporządzenie z dnia 26 III 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. 2015, poz. 458).

<sup>21</sup> Rozwiązanie to wprowadzono art. 9a tej ustawy, zgodnie z którym „[w] celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane”.

<sup>22</sup> W obecnie obowiązującym stanie prawnym świadczenia zdrowotne jako gwarantowane są udzielane w czternastu zakresach: 1. podstawowej opieki zdrowotnej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 IX 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 86 ze zm.); 2. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 357); 3. leczenia szpitalnego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – tekst jedn. Dz.U. 2017 r. poz. 2295); 4. rehabilitacji leczniczej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej – tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 465); 5. opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz.U. poz. 1386 ze zm.); 6. świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – tekst jedn. Dz.U. 2015, poz. 1658); 7. leczenia stomatologicznego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego – tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 193 ze zm.); 8. leczenia uzdrowiskowego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 VII 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego – tekst jedn. Dz.U. 2015, poz. 2027 ze zm.); 9. zaopatrzenia w wyroby medyczne (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 V 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – Dz.U. 2017, poz. 1061 ze zm.); 10. ratownictwa medycznego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 IX 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego – Dz.U. 2013, poz. 1176); 11. opieki



(na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządową a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert<sup>23</sup>).

Ustawa z 2004 r. przewiduje realizację trzech podstawowych programów: zdrowotnych, pilotażowych oraz polityki zdrowotnej. Te pierwsze może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować jedynie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), programy pilotażowe opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluuje NFZ. Z kolei programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować: ministrowie (także NFZ w ramach zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia) oraz jednostki samorządu terytorialnego. Widać z tego, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej aktywnie włącza jednostki samorządu terytorialnego wyłącznie do realizacji programów polityki zdrowotnej (choć trudno poza podmiotami realizującymi programy pierwsze i trzecie znaleźć różnicę<sup>24</sup>) i w tym zakresie pozostawia im prawo do ich opracowywania, wdrażania, realizowania oraz finansowania.

---

paliatywnej i hospicyjnej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 X 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 742); 12. świadczeń wysokospecjalistycznych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 XI 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji – Dz.U. 2015, poz. 1958); 13. programów zdrowotnych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych – tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 188); 14. leków i programów lekowych (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 IV 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – Dz.Urz. Min. Zdrowia, 2018, poz. 1505). Na realizację tych zadań jednostki samorządu terytorialnego mogą otrzymywać dotacje celowe z budżetu państwa (art. 9 ust. 4 Ustawy z dnia 11 IX 2015 r. o zdrowiu publicznym).

<sup>23</sup> Zob. art. 9b Ustawy z dnia 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zastrzeżeniem przewidzianym art. 9b ust. 6, zgodnie z którym umowa zawarta między jednostką samorządową a świadczeniodawcą będącym stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

<sup>24</sup> Dla ustalenia istoty programu zdrowotnego oraz programu polityki zdrowotnej art. 5 pkt 29a i 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jednobrzmiąco przyjął, że chodzi tu o „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, realizowany i finansowany” przez NFZ (program zdrowotny), ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (program polityki zdrowotnej).

wania. W żadnym razie przez to nie wyklucza ich udziału w realizacji innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców wspólnot samorządowych, w tym innych programów przez jednostki te realizowanych w ich współdziałaniu z organami administracji rządowej. Tu jedynie zastrzega, że w sytuacji, gdy programy polityki zdrowotnej wspólnot samorządowych dotyczyć będą świadczeń gwarantowanych objętych programami realizowanymi przez ministrów oraz NFZ, programy te zachowają bezwzględną spójność merytoryczną i organizacyjną z analogicznymi programami tychże podmiotów (organów). Ponadto jednostce samorządu terytorialnego (także ministrowi) wytycza granice swobody w procesie opracowania projektu programu polityki zdrowotnej<sup>25</sup>. Wymaga uwzględnienia nim mapy potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych (art. 48a ust. 1)<sup>26</sup>. Jednocześnie ustanawia pewien reżim ich postępowania (poddania programu polityki zdrowotnej przed jego wdrożeniem opinii prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz przekazanie tej Agencji raportu końcowego z realizacji programu).

W opozycji do tych działań i zadań w żadnym razie nie pozostają: (1) zadania jednostek samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia bądź promocji zdrowia oraz (2) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jak i te (3) służące realizacji polityki zdrowia publicznego przyjętej Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016–2020<sup>27</sup>. Ocena tych pierwszych zadań należy do wojewody.

<sup>25</sup> Dane wymagane do sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej określa art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki, jakim powinny odpowiadać projekty programu polityki zdrowotnej oraz raporty końcowe z ich realizacji, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 XII 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2476).

<sup>26</sup> Narodowym Programem Zdrowia, niezależnie od wskazania celu strategicznego, wyznaczono sześć celów operacyjnych: 1. poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa; 2. profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi; 3. profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa; 4. ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki; 5. promocję zdrowego i aktywnego starzenia się; 6. poprawę zdrowia prokreacyjnego.

<sup>27</sup> Zob. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 VIII 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016, poz. 1492).

W ostatnim przypadku mechanizm kontroli osiągniętych przez jednostki samorządu terytorialnego rezultatów (zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadań z zakresu zdrowia publicznego) ma m.in. zapewnić ich ocena oparta na informacjach<sup>28</sup> przedkładanych wojewodzie corocznie do 31 marca. W efekcie tych działań jednostka samorządowa może być przez wojewodę zobowiązana do uzupełnienia przesłanej informacji, a jej organ stanowiący do zapoznania się z opinią wojewody, jeśli ten uzna niezgodność realizowanych przez daną jednostkę zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej<sup>29</sup>. Opinia ze swej natury nie ma charakteru wiążącego. Można jedynie założyć, że organ stanowiący jednostki samorządowej z opinią tą będzie się liczył.

Nie wyczerpując problematyki programów zdrowotnych przewidzianych ustawą z 2004 r., w świetle powyższych ustaleń można odnotować, że państwo podjęło trud monitorowania i ewaluowania na różnych płaszczyznach i przez różne jego organy oraz jednostki samorządu terytorialnego spraw służących ochronie zdrowia obywateli. Nie negując rozwiązań prawnych i przyjętych nimi założeń oraz osiągniętych przez podmioty (organy) z różnym skutkiem efektów podejmowanych przez nie prac w tym przedmiocie, rodzi się pytanie, w jakim stopniu i zakresie rozwiązania te rzeczywiście służą obywatelom w równym im dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, a w jakim są jedynie miarą zaangażowania organów administracji publicznej (rządowej i samorządowej) w ochronę i promowanie zdrowia obywateli. Nie jest to wątpliwość błaha, zważywszy, że obsługa prawem przewidzianych programów i powołanych dla każdego z nich rad eksperckich generuje znaczne środki finansowe pokrywane z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządowych. Jeśli się nadto zważy koszty poniesione w związku z niejednokrotnie nierzetelnie przygotowanymi dokumentami (danymi) stanowiącymi podstawę do podejmowania dalszych ocen i działań<sup>30</sup>, to propozycja zmian w tym zakresie rysuje się wyraźniej. Szczególnie w tej płaszczyźnie zadań należałoby zatem szukać rezerw finansowych na rzecz wzmocnienia i zabezpieczenia zdrowotnego

<sup>28</sup> Sposób przekazywania informacji oraz treści, jakie powinny być nią objęte, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 XII 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz.U. 2016, poz. 2216).

<sup>29</sup> Artykuł 12 ust. 2, 3, 4 i 9 ustawy o zdrowiu publicznym.

<sup>30</sup> Na wyniki kontroli przeprowadzonej w tym zakresie przez Najwyższą Izbę Kontroli wskazuje E. Bonusiak, *Kilka uwag na tle zadań jednostek samorządu terytorialnego na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego*, w: *Zagadnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego w jednostkach samorządu terytorialnego*, pod red. E. Ury, E. Feret, S. Pieprznego, Rzeszów 2018, s. 379.

ludności przez zapewnienie świadczeniobiorcom rzeczywiście kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i pełnego w praktyce respektowania zasady równego do nich dostępu (nie tylko w zakresie sprowadzonym do świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej<sup>31</sup>). Jest to niezmiernie ważne także ze względu na rozwiązania przyjęte ustawą z 2011 r. o działalności leczniczej w jej pierwotnym brzmieniu, zgodnie z intencją ustawodawcy zmierzające do komercjalizacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

## **2. Zabezpieczenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej – wprowadzenie do rozważań**

Bezpieczeństwo zdrowotne ludności to bezsprzecznie wartość nadrzędna. Nic więc dziwnego, że tworzenie warunków dla zachowania tej wartości jest obowiązkiem państwa i samorządu terytorialnego. Poza wdrażaniem i realizowaniem przez nie programów zdrowotnych, jako jednego z instrumentów służących osiągnięciu tego celu, dla państwa i samorządu obowiązek ten oznacza ponadto stworzenie odpowiednich struktur organizacyjnych instytucji udzielających świadczeń zdrowotnych, ich utrzymywanie oraz finansowanie (współfinansowanie) kosztów leczenia. W żadnym razie zobowiązanie to nie oznacza rezerwowania gestii w zakresie zapewniania świadczeń zdrowotnych dla podmiotów leczniczych wyłącznie tych utworzonych przez państwo i jednostki samorządu. Przeciwnie – respektując postanowienia umów międzynarodowych, których Polska jest sygnatariuszem, prawo w tym zakresie zapewniono także podmiotom spoza tej administracji.

Założeniom tym po raz pierwszy odpowiadała ustawa z roku 1991 o zakładach opieki zdrowotnej<sup>32</sup> (zrywająca z monopolem ich

---

<sup>31</sup> Ustawodawca określa warunki dostępu do świadczeń zdrowotnych szpitalnych i specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przez wskazanie przesłanek warunkujących prawidłowość sporządzania listy oczekujących świadczeniobiorców. Lista ta ma odzwierciedlać: poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu kryteriów medycznych, określonych przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia (art. 20 ust. 11 Ustawy z dnia 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

<sup>32</sup> Ustawa z dnia 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.). Ustawą tą uchylono Ustawę z dnia 28 X 1948 r. o zakładach społecznych służby

prowadzenia przez podmioty administracji państwowej<sup>33</sup>) i w określonym zakresie im odpowiada dwadzieścia lat później ją uchylająca ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Obie ustawy prawo do prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej (ustawa pierwsza), podmiotów leczniczych (ustawa druga) rezerwowały/rezerwują zarówno dla podmiotów (organów) publicznych, jak i jednostek niepublicznego sektora zdrowia. Nie są to jednak takie same rozwiązania. Treść obu ustaw dyktowały różne warunki ustrojowe i społeczne państwa zapoczątkowane jego transformacją ustrojową, w dalszych latach prowadzące do szerszych zmian w państwie i przyjmowania rozwiązań prawnych, w tym w zakresie regulacji spraw dotyczących instytucji świadczących usługi zdrowotne i podmiotów je tworzących.

## **2.1. Zakres podmiotowy prawa do tworzenia jednostek opieki zdrowotnej**

W nowym modelu organizacyjnym i funkcjonalnym opieki zdrowotnej, wdrożonym w pierwszych latach III Rzeczypospolitej ustawą z 1991 r., zakres podmiotowy prawa do tworzenia zakładów opieki zdrowotnej nie zamykał procesu przemian. W pierwotnym brzmieniu tej ustawy, przyjmującej wyraźny podział na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, grupę pierwszą tworzyły zakłady utworzone przez: naczelne i centralne organy administracji państwowej, wojewodów, gminy i związki międzygminne. Z kolei grupą drugą objęto: zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez: Kościoły i związki wyznaniowe, fundacje i inne osoby prawne, instytucje ubezpieczeniowe, zakłady pracy, stowarzyszenia, podmioty zagraniczne oraz osoby fizyczne. W latach następnych wprawdzie od tego podziału nie odstępiono, zrewidowano jednak zakres podmiotowego prawa do tworzenia zakładów opieki zdrowotnej. Stopniowo wprowadzane w tym zakresie zmiany były uwarunkowane różnymi czynnikami, przede wszystkim: różnie kształtowaną rolą wojewody w publicznym sektorze zdrowia, rozbudową pionu organów administracji samorządowej, nowym ukształtowaniem roli i pozycji

---

zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. Nr 55, poz. 434 ze zm.) oraz wcześniej wydane Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 III 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U. Nr 38, poz. 382 ze zm.).

<sup>33</sup> Z. Leoński, *Komentarz do art. 1–19*, w: Z. Leoński, K. Wojtczak, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, Poznań 1993, s. 7–35.

samorządów zawodowych i związków zawodowych, włączeniem do grupy podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej państwowych uczelni medycznych oraz jednostek badawczo-rozwojowych. W efekcie tych zmian obraz podmiotów (organów) tworzących zakłady opieki zdrowotnej w okresie poprzedzającym uchwalenie ustawy z 2011 r. nie był wartością stałą.

W sektorze publicznym w prawo do ich tworzenia<sup>34</sup> wyposażono: (1) naczelne i centralne organy administracji (od 1999 r. ministra lub centralny organy administracji rządowej<sup>35</sup>); (2) przedsiębiorstwo państwowe „Polskie Koleje Państwowe” (od 1999 r. reprezentowane przez Zarząd PKP<sup>36</sup>, od 2000 r. podlegające odrębnemu reżimowi prawnemu<sup>37</sup>); (3) wojewodę (od 1 stycznia 1999 r. bez prawa do tworzenia zakładów opieki zdrowotnej innych niż przewidzianych Ustawą z dnia 14 III 1985 r. o Inspekcji Sanitarnej<sup>38</sup>, od 1 stycznia 2002 r. na mocy noweli tej ustawy<sup>39</sup> z prawem organu założycielskiego do tworzenia zakładów opieki zdrowotnej, od 2009 r. pozbawionego prawa w tym zakresie<sup>40</sup>); (4) gminy oraz (od 1998 r.) powiaty i jednostki samorządowych województw; (5) państwowe (od 2006 r. publiczne) uczelnie medyczne lub uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą

<sup>34</sup> Artykuł 8 w brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 20 VI 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661). Ustawa ta weszła w życie z dniem 5 XII 1997 r.

<sup>35</sup> Zob. art. 77 Ustawy z dnia 24 VII 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa (Dz.U. Nr 106, poz. 668 ze zm.). Ustawa ta weszła w życie z dniem 1 I 1999 r.

<sup>36</sup> Zgodnie z art. 9 pkt 1 Ustawy z dnia 18 VII 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 117, poz. 756). Ustawa ta weszła w życie z dniem 1 I 1999 r.

<sup>37</sup> Rozwiązanie to uchylono na mocy art. 67 pkt 1 Ustawy z dnia 8 IX 2000 r. o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe” (Dz.U. Nr 84, poz. 948).

<sup>38</sup> Dz.U. 1998 Nr 90, poz. 575 ze zm. Zob. też art. 77 Ustawy z dnia 24 VII 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa.

<sup>39</sup> Zob. art. 3 Ustawy z dnia 24 VIII 2001 r. o zmianie ustawy o Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 128, poz. 1407). Ustawa ta weszła w życie z dniem 1 I 2002 r.

<sup>40</sup> Ustawa z dnia 23 I 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz.U. Nr 31, poz. 206) nie wyposażyła wojewody w prawo prowadzenia samodzielnej działalności ukierunkowanej na zaspokajanie potrzeb w drodze świadczenia usług. O braku sprawczej wówczas kompetencji wojewody w tym zakresie zob. też M. Dercz, *Komentarz do art. 6*, w: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 76. Ustawa z roku 2011 o działalności leczniczej zmieniła prawny stan aktywności wojewody w tym zakresie.

w dziedzinie nauk medycznych (od 1997 r.<sup>41</sup>); (6) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (od 2006 r.<sup>42</sup>)<sup>43</sup>. Zmiany wprowadzane w sektorze niepublicznym zdrowia nie były tak znaczące. Prawo do tworzenia i utrzymywania zakładów opieki zdrowotnej zachowano dla: Kościołów i związków wyznaniowych, zakładu ubezpieczeń (do końca 1998 r.<sup>44</sup>), fundacji, stowarzyszeń, innej krajowej albo zagranicznej osoby prawnej lub osoby fizycznej, spółki niemającej osobowości prawnej oraz dla pracodawców. Jednocześnie krąg ten (od 1999 r.<sup>45</sup>) rozszerzono o związki zawodowe oraz samorządy zawodowe.

<sup>41</sup> Rozwiązania w tym zakresie wprowadzono Ustawą z dnia 20 VI 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661). Rok później mocą ustawy zmieniającej państwowa uczelnia medyczna albo państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych mogła utworzyć szpital kliniczny będący niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej, bez możliwości korzystania ze środków publicznych (art. 3a w brzmieniu nadanym Ustawą z dnia 10 XII 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 162, poz. 1115). Zob. też art. 3a Ustawy z dnia 19 VII 2001 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 111, poz. 1193) w zw. ze zmianą art. 238 pkt 1 Ustawy z dnia 27 VII 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 164, poz. 1365), w brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 1a Ustawy z dnia 14 VII 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 143, poz. 1032). W sprawie dalszych zmian zob. także art. 8 ust. 1 pkt 3a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym art. 1 pkt 1a Ustawy z dnia 14 VII 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw.

<sup>42</sup> Artykuł 1 pkt 4a Ustawy z dnia 14 VII 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw.

<sup>43</sup> Zarazem przewidziano stosowanie ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej do instytutów badawczo-rozwojowych (art. 8a ust. 2 Ustawy z dnia 20 VI 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661). Zob. też art. 1 pkt 5 Ustawy z dnia 14 VII 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw, zgodnie z którym „[d]o publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez jednostkę badawczo-rozwojową stosuje się przepisy niniejszej ustawy, z zachowaniem przepisów o jednostkach badawczo-rozwojowych”.

<sup>44</sup> O ile art. 1 pkt 8 Ustawy z dnia 20 VI 1997 r. w sprawie zmiany ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw nadal zachował dla zakładu ubezpieczeń prawo do utworzenia zakładu opieki zdrowotnej, uprawnienia takiego dla zakładu ubezpieczeń nie przewidywał już art. 77 pkt 1 Ustawy z dnia 24 VII 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa.

<sup>45</sup> Zob. art. 8 ust. 1 pkt 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym art. 77 Ustawy z dnia 24 VII 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa.

Ustawa z 2011 r. o działalności leczniczej wprowadziła zachowała prawo podmiotów obu sektorów zdrowia (publicznego i niepublicznego) do tworzenia (prowadzenia) podmiotów leczniczych, w swych rozwiązaniach poszła jednak w innym kierunku. Na drugim planie pozostawiając klasyfikowanie podmiotów leczniczych na publiczne i niepubliczne, w obrębie ogólnego podziału zaproponowała ich różnicowanie na podstawie nowych kryteriów: podmioty tworzące jednostki lecznicze będące lub niebędące przedsiębiorcami<sup>46</sup>, z jednoczesną reglamentacją formuł organizacyjnych ich prowadzenia. Zarazem zaproponowała oddzielenie świadczenia usług zdrowotnych przez jednostki lecznicze od tych, które prowadzeniem podmiotu leczniczego nie są<sup>47</sup>. W ten sposób wprowadziła rozdzielenie obu sektorów zdrowia, sytuując organy administracji publicznej w grupie podmiotów tworzących (prowadzących) podmioty lecznicze, do których w zakresie węższym niż przyjęty ustawą z 1991 r. zalicza: (1) Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej oraz wojewodę, a także (2) jednostki samorządu terytorialnego, (3) publiczną uczelnię medyczną prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz (4) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. W prywatnym sektorze podmiotów tworzących jednostki lecznicze ustawą tą nieco zmieniono i uaktualniono przyjęty w 1991 r. ich katalog. Tą grupą podmiotów ustawodawca objął: przedsiębiorców w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej<sup>48</sup> (już nieobowiązującej<sup>49</sup>), a także poza Kościołami i związkami wyznaniowymi (tu już wyłącznie działającymi na podstawie ustaw o stosunku Rzeczypospolitej Polskiej do Kościołów i związków wyznaniowych<sup>50</sup>),

<sup>46</sup> Warto tu podkreślić, że ustawa z 1991 r. wyłączała stosowanie do zakładów opieki zdrowotnej Ustawy z dnia 23 XII 1988 r. o działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 41, poz. 324 ze zm.); zob. art. 8a ust. 1 Ustawy z dnia 20 VI 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

<sup>47</sup> Za prowadzenie podmiotu leczniczego ustawa z 2011 r. nie uznaje wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarzy (położnej) w ramach praktyki zawodowej.

<sup>48</sup> Dz.U. 2017, poz. 2168.

<sup>49</sup> Zob. dwie Ustawy z tego samego dnia i roku, tj. 6 III 2018 r.: Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2018, poz. 646) oraz Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz.U. 2018, poz. 650).

<sup>50</sup> Chodzi tu o ustawy z dnia: 17 V 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (Dz.U. Nr 29, poz. 154), w brzmieniu nadanym Ustawą z dnia 11 X 1991 r. o zmianie ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 107, poz. 459); 4 VII 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz.U. Nr 66,



fundacjami<sup>51</sup> i stowarzyszeniami<sup>52</sup> również jednostki organizacyjne stowarzyszeń wyposażone w osobowość prawną<sup>53</sup> – w zakresie, w jakim ich cele statutowe przewidują możliwość wykonywania działalności leczniczej.

## **2.2. Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący zakłady świadczące usługi zdrowotne w obszarze swojej właściwości**

W procesie zapoczątkowanych w 1990 r. reform terenowej administracji publicznej gminny samorząd terytorialny wprowadzono najwcześniej – w marcu 1990 r.<sup>54</sup> Dwa miesiące później Ustawą z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gmin a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw<sup>55</sup> na mocy jej art. 8 przekazano gminom jako zadania zlecone (w odróżnieniu od ochrony zdrowia jako zadania własnego przewidzianego ustawą z dnia 8 marca 1990 r.) prowadzenie zakładów

---

poz. 287); 13 V 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 73, poz. 323); z dnia 30 VI 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 97, poz. 479); 30 VI 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 97, poz. 480); 30 VI 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 97, poz. 481); 30 V 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 97, poz. 482); 20 II 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 41, poz. 254); 20 II 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 41, poz. 252); 20 II 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich (Dz.U. Nr 41, poz. 251), a także z dnia 21 IV 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 30, poz. 240). Zob. też Ustawę z dnia 17 VI 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (Dz.U. Nr 29, poz. 155 ze zm. – art. 24 ust. 1).

<sup>51</sup> Ustawa z dnia 6 IV 1984 r. o fundacjach (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 1491).

<sup>52</sup> Ustawa z dnia 7 IV 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach (tekst. jedn. Dz.U. 2017, poz. 210 ze zm.).

<sup>53</sup> Prawo nadawania przez stowarzyszenia wyposażone w osobowość prawną swym jednostkom terenowym osobowości prawnej, jeżeli statut stowarzyszenia to przewiduje, wprowadzono Ustawą z dnia 23 II 1990 r. o zmianie ustawy Prawo o stowarzyszeniach i ustawy o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 14, poz. 86, art. 1 pkt 3).

<sup>54</sup> O ustroju gmin i związków komunalnych traktowała wówczas Ustawa z dnia 8 III 1990 r. o samorządzie terytorialnym (tekst pierwotny Dz.U. Nr 16, poz. 95).

<sup>55</sup> Dz.U. Nr 43, poz. 198 ze zm.

społecznych służby zdrowia dotychczas podporządkowanych radom narodowym i terenowym organom administracji stopnia podstawowego, tj. gminnym i miejskim. Rok później na mocy Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej gminom i związkom gmin (komunalnym) powierzono tworzenie i utrzymywanie zakładów opieki zdrowotnej<sup>56</sup>. W prawo do tworzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w obszarze właściwości gmin wyposażono rady gmin (związki gmin). Aktem tworzącym te zakłady była uchwała rady gminy podjęta zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy składu rady<sup>57</sup> lub uchwała zgromadzenia związku gmin podjęta bezwzględną większością głosów statutowej liczby członków zgromadzenia<sup>58</sup>. Uchwały te nie były aktami powszechnie obowiązującymi, nie wymagały zatem ich ogłoszenia w dzienniku promulgacyjnym. Wraz z rozbudową samorządu terytorialnego o ponadgminne powiaty i regionalne województwa od 1999 r. podmiotem tworzonych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stały się jednostki samorządowe (gmina, powiat i województwo)<sup>59</sup>. Utworzenie przez nie publicznego zakładu opieki zdrowotnej następowało w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządowej (tu organu stanowiącego i kontrolnego), podjętej zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jego składu<sup>60</sup>. Wprawdzie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprost nie stwierdzała, że uchwała organu stanowiącego danej jednostki samorządowej w sprawie utworzenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dniu 1 stycznia 1999 r. była przepisem prawa miejscowego, zachowania dotychczasowego *status quo* w tym zakresie nie dałoby się jednak obronić. W znaczeniu materialnym uchwały organów stanowiących jednostek samorządowych w sprawie utworzenia zakładów opieki zdrowotnej bezsprzecznie były

<sup>56</sup> Zob. art. 8 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>57</sup> Por. art. 18 ust. 1 pkt 9 lit. i oraz art. 14 ust. 1 Ustawy z dnia 8 III 1990 r. o samorządzie terytorialnym – w jej brzmieniu pierwotnym.

<sup>58</sup> Por. art. 69 ust. 1 i art. 71 Ustawy z dnia 8 III 1990 r. o samorządzie terytorialnym.

<sup>59</sup> Zgodnie z art. 77 pkt 3 oraz art. 36 Ustawy z dnia 24 VII 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa publiczny zakład opieki zdrowotnej mógł być utworzony (także przekształcony i zlikwidowany) przez jednostkę samorządu terytorialnego w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego.

<sup>60</sup> Zob. art. 36 Ustawy z dnia 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu nadanym art. 77 pkt 3 Ustawy z dnia 24 VII 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa oraz art. 13 ust. 1 Ustawy z dnia 5 VI 1998 r. o samorządzie powiatowym i art. 19 ust. 1 Ustawy z dnia 5 VI 1998 r. o samorządzie województwa.

aktami prawa miejscowego<sup>61</sup> i jako takie dla swej ważności wymagały opublikowania w wojewódzkim dzienniku urzędowym<sup>62</sup>.

Podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej (do 2011 r.), mógł go prowadzić w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, od 1997 r. także jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej<sup>63</sup>. Jednocześnie z mocy art. 166 ust. 1 ustawy z roku 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>64</sup> organy, które utworzyły i utrzymywały publiczne zakłady opieki zdrowotnej w formie innej niż samodzielny zakład opieki zdrowotnej, zobowiązano do ich

---

<sup>61</sup> Tak samo w wyrokach Naczelnego Sądu Administracyjnego (NSA): z 2 IV 2008 r., sygn. II OSK 1894/07, <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/AB04D7D256> (dostęp: 1 IX 2018) oraz z 27 VII 2010 r., sygn. II OSK1060/10, <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/4DA3CADC75> (dostęp: 1 IX 2018).

<sup>62</sup> Podobnie jak w przypadku tworzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ich przekształcanie i likwidacja (od 1991 r.) następowały wyłącznie w drodze administracyjnoprawnej przez radę gminy lub zgromadzenie związku gmin aktami o takim samym charakterze (uchwałą). Projekty uchwał zarówno o przekształceniu, jak i likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej wymagały opinii wojewody (opinii właściwych organów gminy, których zakład udzielał świadczeń zdrowotnych, wymagał natomiast projekt zarządzenia wojewody o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej), od 1998 r. także opinii właściwych organów gminy i powiatu, których ludności zakład udzielał świadczeń zdrowotnych, a także sejmiku województwa, jeśli zasięg działania zakładu obejmował województwo lub jego znaczną część – art. 43 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przy czym o ile opinia wojewody była konieczna dla każdego projektu uchwały o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o tyle w przypadku projektu uchwały o przekształceniu takiego zakładu opinii tej wymagano tylko wtedy, gdy przekształcenie zakładu pociągało za sobą jego likwidację albo w istotny sposób ograniczało poszczególne rodzaje działalności zakładu i udzielane przez ten zakład świadczenia zdrowotne. Uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej miała wskazywać, co warto podkreślić, sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalsze, nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczania ich dostępności, warunków udzielania i jakości, oraz termin zakończenia działalności, przypadający nie wcześniej niż na trzy miesiące od daty podjęcia uchwały o likwidacji.

<sup>63</sup> Tę formę prowadzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej wprowadzono art. 35b ust. 1 Ustawy z dnia 20 VI 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, zarazem ustanawiając obowiązek wpisania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do rejestru tych zakładów prowadzonych przez sądy rejestrowe (właściwe miejscowo sądy rejonowe), po uprzednim uzyskaniu wpisu do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zob. też art. 1 pkt 6a Ustawy z dnia 10 XII 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładzie opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 162, poz. 1115).

<sup>64</sup> Ustawa z dnia 6 II 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153).

przekształcenia w terminie do dnia wejścia w życie tej ustawy, tj. do dnia 1 stycznia 1999 r., w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej<sup>65</sup>, czyli zakłady pokrywające z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności oraz zaciągnięte zobowiązania<sup>66</sup>. Wraz z wejściem w życie ustaw: o samorządzie powiatowym oraz o samorządzie województwa dla powiatów i samorządowych województw oznaczało to nie tylko przejście funkcjonujących przed tą datą na obszarze ich właściwości publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz dokonanie zmiany formuły organizacyjnej przejmowanych zakładów, ale także prawo do tworzenia nowych zakładów wyłącznie jako samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nie był to proces prostych przemian, nadto budził wiele wątpliwości natury prawnej na długo po dniu 1 stycznia 1999 r. Jasne było wyłącznie to, które z istniejących przed tą datą publicznych zakładów opieki zdrowotnej pozostawiono gminom, a które z nich (wraz z uprawnieniami organów je wcześniej prowadzących), przekazano powiatom oraz samorządowym województwom<sup>67</sup>.

<sup>65</sup> Wykazy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw, ogłoszono rozporządzeniami Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 XI 1998 r. (Dz.U. Nr 145, poz. 941 ze zm.) oraz z dnia 11 VI 1999 r. (Dz.U. Nr 60, poz. 641). Rozporządzenia te nie mają już mocy obowiązującej. Zob. w tym zakresie także wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 27 VI 2000 r., sygn. K 20/99 (Dz.U. Nr 52, poz. 632). Na jego mocy zmieniono art. 47 ust. 2a Ustawy z dnia 13 X 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną i na jego podstawie Prezes Rady Ministrów określił po raz trzeci, w drodze rozporządzenia z dnia 22 VI 2001 r. (Dz.U. Nr 65, poz. 659) nowy wykaz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przejęty przez gminy, powiaty i samorządy województw. Rozporządzenie to weszło w życie z mocą wsteczną z dniem 1 I 1999 r. i jest aktem prawnym nadal obowiązującym. Zob. też art. 47 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 13 X 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną.

<sup>66</sup> Szerzej na ten temat zob. K. Wojtczak, *Zadania (kompetencje) władz samorządu terytorialnego wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – zagadnienia wybrane*, w: *Zagadnienia bezpieczeństwa i porządku...*, s. 382 i n. Zob. też M. Paszkowska, *Perspektywy samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2011, nr 10, s. 28 i n.

<sup>67</sup> Ostatecznie, na podstawie trzeciego z rozporządzeń Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 VI 2001 r. (z mocą obowiązującą od dnia 1 I 1999 r.), gminy, powiaty i samorządowe województwa przejęły 1132 zakłady opieki zdrowotnej, z czego 448 – samorządy województw, 452 – powiaty oraz 232 – gminy. W przekroju jednostek samorządu terytorialnego najwięcej zakładów opieki zdrowotnej przejęły województwa: dolnośląskie (165) i śląskie (134) oraz mazowieckie (105), najmniej zaś województwa: opolskie (30), lubuskie (32) oraz świętokrzyskie (35). Biorąc pod uwagę trójśczebłowość jednostek samorządu terytorialnego, najwięcej zakładów opieki zdrowotnej ogółem przekazano powiatom (452, w tym 52 miastom na prawach powiatu i 2 miastom), samorządom

Rok 2011 przyniósł nowe rozwiązania zarówno w zakresie tworzenia (przekształcania i likwidacji) podmiotów leczniczych, jak i form organizacyjno-prawnych ich prowadzenia (art. 6 ust. 2 u.d.l.). Na gruncie tej ustawy trudno obie te sfery spraw oddzielić. Prawo ich określenia w odrębnych uchwałach (o utworzeniu podmiotu leczniczego oraz o nadaniu mu statutu) ustawa o działalności leczniczej rezerwuje dla jednostek samorządu terytorialnego wyłącznie w odniesieniu do podmiotów leczniczych tworzonych w formie jednostki budżetowej<sup>68</sup>. Poza regulacją pozostawia podjęcie uchwał w sprawie utworzenia podmiotów leczniczych w formie spółki kapitałowej<sup>69</sup>, co nie jest zrozumiałe (mimo że nie są one podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami), ale też wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co jest zrozumiałe. W odniesieniu do nich bowiem zmianę stanu prawnego przyniósł dopiero rok 2016. Mocą znowelizowanej w tymże roku ustawy<sup>70</sup> samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być przez jednostki samorządu terytorialnego także tworzone, niezależnie od ich prowadzenia wcześniej w tej formule organizacyjnej. Odtąd jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w jednej z trzech formuł organizacyjnych. Dla każdej z nich prawne podstawy tworzenia podmiotów leczniczych nie są takie same. Nie dla każdej z nich ustawa z roku 2011 dookreśla znaczenie podmiotu tworzącego i warunki jego tworzenia. Stanowi tylko tyle, że podmiotem tworzącym podmioty lecznicze w obszarze właściwości jednostek samorządowych są one same (jako osoby prawne). Nie dziwi więc, że w tym zakresie stosowanie przepisów ustawy o działalności leczniczej w praktyce rodziło wiele wątpliwości i sporów, w efekcie prowadzących do wydania przez właściwych wojewodów znaczącej liczby rozstrzygnięć nadzorczych oraz rozstrzygania przez sądy administracyjne powstałych w tym przedmiocie sporów. Wątpliwości powstałe na tym tle sprowadzały się głównie do

---

województw (448), a znacznie mniej gminom (232, w tym 4 miastom). Przy czym, co należy podkreślić, na obszarze dwóch województw (lubuskiego i podlaskiego) gminom nie przekazano żadnego z zakładów opieki zdrowotnej.

<sup>68</sup> Zob. art. 84 u.d.l.

<sup>69</sup> Warto tu dodać, że na mocy art. 6 ust. 4 ustawa wyłączyła stosowanie wobec podmiotów leczniczych wspólnot samorządowych prowadzonych w formie spółki kapitałowej przepisów Ustawy z dnia 20 XII 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz.U. 1997 Nr 9, poz. 43 ze zm.). O negatywnej stronie takiego rozwiązania zob. M. Dercz, *Komentarz do art. 6*, s. 75.

<sup>70</sup> Ustawa z dnia 10 VI 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960 – art. 1 pkt 4 lit. a).

pytania i ustalenia, który z organów poszczególnych jednostek samorządowych jest władny do podjęcia uchwały o utworzeniu (przekształceniu i likwidacji) podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Na udzielenie jasnej w tym zakresie odpowiedzi ustawa z 2011 r. w jej brzmieniu pierwotnym pozwala jedynie w odniesieniu do podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostki budżetowej. Właściwy jest tu organ stanowiący danej jednostki samorządu terytorialnego (art. 83 ust. 2). W odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do roku 2016 ustawodawca, nie przewidując prawa ich tworzenia, określał jedynie warunki ich likwidacji. Adresatem tego procesu uczynił „właściwy” organ jednostki samorządowej (art. 60 ust. 1 ustawy z 2011 r. w jej brzmieniu pierwotnym). Wraz ze zmianą tej ustawy w roku 2016<sup>71</sup> tak określonego organowi (jako właściwemu) ustawodawca powierzył także tworzenie i przekształcanie publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej<sup>72</sup>. Z kolei wobec podmiotów leczniczych utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego w formule spółki kapitałowej odstąpił od prawnej ingerencji w ich strukturę właścicielską<sup>73</sup> i organizacyjną<sup>74</sup>.

Uzasadnienia dla nie dość starannie zbudowanego prawa działalności leczniczej w zakresie wskazania właściwych organów jednostek samorządowych w procesie tworzenia i likwidacji podmiotów leczniczych trudno znaleźć. Nie chodzi tu przecież o podważenie treści art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy definiującego podmiot tworzący jako podmiot albo organ,

<sup>71</sup> Zob. art. 50a ustawy z 2011 r. w brzmieniu nadanym art. 1 pkt 26 Ustawy z dnia 10 VI 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

<sup>72</sup> Na mocy art. 50a zd. 2 zarazem zastrzeżono, że tworząc samodzielny zakład opieki zdrowotnej, należy uwzględnić konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej.

<sup>73</sup> Szerzej zob. J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 159 i n.

<sup>74</sup> Stanowi tu jedynie, że w utworzonym i prowadzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego podmiocie wykonującym działalność leczniczą w formie spółki kapitałowej lub do której jednostka samorządowa przystąpiła, wartość nominalna udziałów lub akcji należących do jednostek samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki, ponadto że jednostka samorządu terytorialnego dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu oraz to, że jednostka samorządu terytorialnego może nałożyć na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową, w którym jedynym albo większościovym udziałowcem lub akcjonariuszem jest ona sama, obowiązek wykonania określonego zadania, przy zapewnieniu przez nią środków na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tych zadań (art. 6 ust. 8 i 9 oraz art. 38 ust. 2 Ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 160).

który utworzył podmiot leczniczy. Jest oczywiste, że w świetle tego artykułu, a także art. 6 ust. 2 ustawy, pojęcia organu nie można odnieść do jednostek samorządu terytorialnego (w sektorze publicznym zdrowia są nimi jedynie wyraźnie wskazane organy administracji rządowej reprezentujące Skarb Państwa<sup>75</sup>). Nie oznacza to wszak uzasadnienia dla odstąpienia od wyraźnego wskazania ustawą z 2011 r. organu jednostki samorządu terytorialnego, przy zachowaniu rangi i roli każdej z nich, jako kompetencyjnie właściwego do podejmowania uchwał w sprawie tworzenia, przekształcania i likwidacji podmiotu leczniczego, tym bardziej że niektóre z jej postanowień na właściwe organy wskazują wprost<sup>76</sup>. Nic więc dziwnego, że wokół tego zagadnienia (wskazania organu, przez który podmiot tworzący (lub prowadzący) podmioty lecznicze samorządowej wspólnoty lokalnej działa) w praktyce stosowania ustawy z 2011 r. powstało wiele niejasności. W największym stopniu dotyczyły one samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Te bowiem, choć do 2016 r. nie mogły być tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (do tego roku jako takie zakłady mogły być utworzone wyłącznie w wyniku połączenia co najmniej dwóch publicznych zakładów opieki zdrowotnej), to jednak dla ich dalszego prowadzenia, a od 2016 r. także utworzenia, nie bez znaczenia pozostawało i pozostaje wskazanie organu działającego kompetencyjnie jako właściwego danej jednostki samorządowej.

### **3. Uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego wobec utworzonych (prowadzonych) przez nie podmiotów leczniczych – zagadnienia wybrane**

Obie ustawy dość szeroko określiły uprawnienia podmiotów tworzących jednostki świadczące usługi zdrowotne. Określiły je jednak z różnym

---

<sup>75</sup> Szerzej na temat udziału tych organów w realizacji uprawnień Skarbu Państwa w stosunku do spółek kapitałowych przez nie utworzonych i prowadzonych zob. F. Grzegorzcyk, *Komentarz do art. 6, w: Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, pod red. F. Grzegorzcyka, Warszawa 2013, s. 56 i n.

<sup>76</sup> Zob. np. art. 75 pkt 2 u.d.l., zgodnie z którym organem dokonującym przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego – jest organ wykonawczy tej jednostki; art. 83 pkt 1 lit. c stanowiący, że tworzenie, przekształcanie i likwidacja podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej następuje w drodze uchwały organu stanowiącego danej jednostki samorządowej.

stopniem transparentności legislacyjnej<sup>77</sup>. Nie bez uzasadnienia ustaleń poczynionych na gruncie obu ustaw (z roku 1991 i 2011) nie da się sprowadzić do konsensusu, aczkolwiek postanowienia nimi przyjęte w zakresie niezbędnym do prowadzenia i zarządzania zakładami opieki zdrowotnej/podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami są desygnowane jednym, wspólnym celem. Ich prowadzenie i zarządzanie nimi miało i ma służyć świadczeniu usług zdrowotnych społeczności lokalnej. Chodzi tu więc o zapewnienie warunków takiego ich ustroju i należytej staranności w określeniu celów i zadań oraz takie nimi zarządzanie, które by zapewniało sprawne i nieprzerwane funkcjonowanie jednostek świadczących usługi zdrowotne, przy respektowaniu zasad ustawowo w tym zakresie przyjętych. Ograniczenie poniższych rozważań do jednostek samorządu terytorialnego zbyt nie zmienia wyprowadzonego wniosku. Od jednostek samorządu terytorialnego jako podmiotów tworzących jednostki świadczące usługi zdrowotne ustawodawca wymagał i wymaga zapewnienia takiego ich prowadzenia, by potrzeby społeczności lokalnej (od 2016 r. mieszkańców danej jednostki samorządu terytorialnego<sup>78</sup>) w zakresie zdrowia były

---

<sup>77</sup> Odpowiednio określonymi Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 VI 2002 r. w sprawie Zasad techniki prawodawczej (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 283), w szczególności § 2, w myśl którego „[u]stawa powinna wyczerpująco regulować daną dziedzinę spraw, nie pozostawiając poza zakresem swego unormowania istotnych fragmentów tej dziedziny”, oraz § 6, zgodnie z którym „[p]rzepisy ustawy redaguje się tak, aby dokładnie i w sposób zrozumiały dla adresatów zawartych w nich norm wyrażały intencje prawodawcy”.

<sup>78</sup> Zob. art. 9a ustawy z dnia 27 VI 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 584), w brzmieniu nadanym art. 21 pkt 2 Ustawy z dnia 10 VI 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw. Wprowadzenie tej zmiany w żadnym razie nie może prowadzić do wniosku o zawężeniu prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych udzielanych przez konkretny podmiot leczniczy danej jednostki samorządowej – do osób zamieszkujących w obszarze usytuowania tego podmiotu leczniczego i w konsekwencji przyznania im pierwszeństwa przed innymi ubezpieczonymi lub uprawnionymi do tych świadczeń na innej podstawie. Wynika to wprost z art. 15 u.d.l., zgodnie z którym „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”. Zob. też rozporządzenie nadzorcze wojewody dolnośląskiego z 21 XI 2013 r., sygn. NK-N.4131.146.14.2013.SP1, LEX nr 1391745, trafnie stwierdzające naruszenie art. 2 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 44 u.d.l. przez przyjęcie w statucie podmiotu leczniczego zobowiązania „do udzielania nieodpłatnie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym, które dokonały wyboru lekarza zatrudnionego w danym podmiocie leczniczym oraz innym osobom w przypadku nagłego



respektowane. I choć w obu ustawach uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego wychodzące poza prawo w zakresie tworzenia, przekształcania i likwidacji zakładów (podmiotów) leczniczych nie są takie same, to to, co jest dla obu ustaw w tym zakresie wspólne i ważne, można w szczególności sprowadzić do uprawnień w sprawach dotyczących: (1) nadania statutu podmiotowi leczniczemu i wprowadzania w nim zmian, (2) obsady stanowiska kierownika zakładu i jego zastępcy, (3) powoływania rady społecznej zakładu, (4) dokonywania kontroli działalności zakładu/podmiotu leczniczego.

Wprawdzie wyliczenie to nie jest wyczerpujące, a przyjęte pod rządami obu ustaw uprawnienia w tym zakresie są zbliżone, w istocie wyłącznie ustawa pierwsza (z 1991 r.) wskazywała na organ jednostki samorządowej jako legitymowany do realizacji każdego z nich w obszarze właściwości jednostek samorządowych. Tymczasem przyjęty ustawą z 2011 r. zakres uprawnień tych jednostek wobec podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami w sferze ich funkcjonowania cechuje pewna niespójność i niejasność, co w konsekwencji nie najlepiej służy ustaleniu organów właściwych do podejmowania stosownych uchwał, nawet przy odwołaniu się do ustaw ustrojowych normujących status prawny każdej z jednostek samorządu terytorialnego.

**Kompetencja w zakresie nadania (zmiany) statutu**, zgodnie z ustawą z 1991 r., należała do rady społecznej (do 1997 r. rady nadzorczej) zakładu opieki zdrowotnej, przy czym organ, który zakład utworzył, mógł wyrazić zgodę na przyjęcie statutu lub jej odmówić. Wyrażenie zgody lub jej odmowa była wiążąca dla tej rady. Ustawa nie wiązała dnia zatwierdzenia statutu z dniem wejścia w życie uchwały o jej przyjęciu<sup>79</sup>. Przy założeniu, że nie organ tworzący zakład opieki zdrowotnej, lecz jego rada uchwaliała statut, jego wejście w życie nie wymagało opubliko-

---

zachorowania lub pogorszenia się stanu zdrowia, za wyjątkiem świadczeń nie przysługujących w ramach ubezpieczenia. Osobom nieubezpieczonym świadczenia zdrowotne udzielane są odpłatnie”.

<sup>79</sup> Jedynie w orzecznictwie administracyjnym silnie wtedy akcentowano „istnienie bezpośredniego związku pomiędzy ustaleniem zakresu świadczeń zdrowotnych przez dany publiczny z.o.z. a sytuacją prawną osób, którym te świadczenia mają być udzielane”, jednocześnie zaś podkreślano, „że istnienie publicznego z.o.z. o określonym w akcie założycielskim (uchwale organu stanowiącego j.s.t. będącej aktem prawa miejscowego) zakresie świadczeń zdrowotnych, rodzi dla podmiotów, którym świadczenia zdrowotne są udzielane, publiczne prawa podmiotowe”. Tak w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA) w Poznaniu z 6 IV 2016 r., sygn. IV SA/Po 97/16, LEX nr 2027441, z odesłaniem do wyroku NSA z 2 IV 2008 r., sygn. II OSK 1894/07, OwSS 208, nr 97, poz. 97.

wania w dzienniku promulgacyjnym. W tym samym trybie następowała także zmiana statutu.

Ustawa z 2011 r. przyjęte w tym zakresie rozwiązanie oparła na innym założeniu. Nadanie statutu podmiotowi leczniczemu niebędącemu przedsiębiorcą powierzyła podmiotowi tworzącemu (art. 42 ust. 4 u.d.l.). Nawet przy założeniu, że nie organ jednostki samorządu terytorialnego, lecz ona sama wyposażona w osobowość prawną jest podmiotem tworzącym podmiot leczniczy, nie znaczy to, że wspólnota samorządowa jest władna podjąć stosowną uchwałę w tym zakresie. W tym stanie prawnym może to uczynić jedynie jej organ. Ustawa z 2011 r. właściwego organu samorządowej korporacji terytorialnej nie wskazuje. W praktyce i w tym przypadku powstała wątpliwość, który z organów tej wspólnoty lokalnej jest właściwy do podjęcia uchwały w sprawie nadania statutu (także jego zmiany) podmiotowi leczniczemu niebędącemu przedsiębiorcą. Wątpliwości te wzmocniły postanowienia art. 204 ustawy z 2011 r., w jej brzmieniu pierwotnym stanowiąc: „[p]ubliczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami”. Zarazem przepisem tym zobowiązano kierowników tych podmiotów do dostosowania ich działalności oraz statutu i regulaminu organizacyjnego do nowych rozwiązań w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy z 2011 r. Szło tu zatem o nadanie przez podmiot tworzący nowego brzmienia statutu tym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, które z mocy ustawy z 2011 r. stały się podmiotami niebędącymi przedsiębiorcami jednostek samorządu terytorialnego prowadzonymi przez nie przed rokiem 2011 jako publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w tym samodzielne zakłady<sup>80</sup>, a także o nadanie statutu podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami, lecz przez jednostki samorządowe nowo utworzonymi po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej i w latach następnych

<sup>80</sup> Z dniem wejścia w życie Ustawy z dnia 15 VII 2011 r. o działalności leczniczej z mocy art. 220 u.d.l. uchylającej Ustawę z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – samodzielne zakłady opieki zdrowotnej dotąd wyposażone w osobowość prawną wraz z ich rejestracją w Krajowym Rejestrze Sądowym stosownie do art. 35b ust. 4 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, osobowość tę utraciły. Uczestniczyły w obrocie cywilnym i stały się jako jednostki organizacyjne podmiotami praw i obowiązków posiadającymi zdolność prawną, do których odpowiednie zastosowanie znalazły przepisy o osobach prawnych przewidziane Ustawą z dnia 23 IV 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93 ze zm.); zob. też wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 12 VII 2011 r., sygn. I A Ca 569/11 (niepublikowany).

jej obowiązywania. Z jedną wszakże różnicą, przewidzianą ustawą nowelizującą z roku 2016. Artykuł 35 tego aktu nałożył na podmioty tworzące (a więc już nie na kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami – i słusznie) obowiązek dostosowania przez nie statutów tychże podmiotów leczniczych w terminie do dnia 31 grudnia 2017 r. W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego waga tej zmiany korespondowała bezpośrednio z rozszerzeniem ich prawnej możliwości także o tworzenie publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej.

Określone art. 42 ust. 2 u.d.l. elementy, jakie statut powinien zawierać od roku 2011, w istocie nie uległy znacznej zmianie. Mimo to w praktyce ust. 2 tego przepisu budził wiele wątpliwości i sporów wokół jego rozumienia i stosowania w procesie nowelizowanych przepisów ustawy, co w efekcie uzewnętrzniło znacznie szersze problemy. Dotyczyły one zarówno organu właściwego do podjęcia uchwały w tej sprawie, charakteru prawnego uchwały nadającej statut, jak i daty jego wejścia w życie, a także określenia nim zakresu celów i zadań podmiotu leczniczego, w tym tych niezwiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dotyczyły również innych spraw objętych statutem.

Prawo do nadania statutu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą utworzonemu przez jednostkę samorządową ustawa zarezerwowała, jak już wspomniano, dla podmiotu tworzącego. Wprawdzie ustawa o działalności leczniczej nie wskazuje tu organu danej jednostki samorządowej, w ślad za Konstytucją RP oraz przepisami prawa ustrojowego wyznaczającymi status poszczególnych jednostek samorządowych trzeba jednak przyjąć, że **organem właściwym do podjęcia uchwały w sprawie nadania statutu (i jego zmiany)** jest organ stanowiący danej korporacyjnej wspólnoty lokalnej<sup>81</sup>. Praktyka nie zawsze szła w tym kierunku<sup>82</sup>.

Podobnie jak wcześniej (od 1999 r.), tak i na podstawie późniejszych rozwiązań prawnych uchwałę w sprawie przyjęcia statutu rada gminy, rada powiatu czy sejmik województwa mogły i mogą podjąć

<sup>81</sup> Zob. art. 89 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa, art. 40 ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym oraz art. 41 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym.

<sup>82</sup> W Szczecinie, nie negując postanowień ustawy, że uchwalenie (nadanie nowego brzmienia) statutu samodzielnemu zakładowi opieki zdrowotnej jest kompetencją organu tworzącego, uznano, że organem województwa samorządowego właściwym w tej sprawie jest zarząd województwa, a nie sejmik województwa. WSA w Szczecinie nie podzielił (i słusznie) tego stanowiska, zob. wyrok WSA w Szczecinie z 20 VII 2017 r., sygn. II SA/Sz 620/17, LEX nr 2332636.

zwykłą większością głosów i przy określonym kworum – w granicach określonych stosownymi przepisami ustrojowymi dotyczącymi danego stopnia jednostek samorządowych<sup>83</sup>. Od 2011 r. zmienił się jednakże **tryb przyjęcia uchwały nadającej statut** i w konsekwencji jej charakter prawny. Od tego roku uchwała ta jako akt prawa miejscowego<sup>84</sup> wymaga wypełnienia przewidzianych dla niego warunków. Podstawą wejścia w życie uchwały w tym przedmiocie jest jej ogłoszenie, zgodnie z art. 88 ust. 1 Konstytucji RP, w trybie i na warunkach określonych art. 13 pkt 12 Ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, w wojewódzkim dzienniku urzędowym<sup>85</sup>. Zgodnie z art. 4 tej ustawy zachowania trybu promulgacji wymagają także wszelkie zmiany statutu<sup>86</sup> podmiotu leczniczego, podjęte uchwałą organu stanowiącego kompetencyjnie właściwej danej jednostki samorządu terytorialnego. Nie jest prawem dopuszczalną praktyka odbiegająca od tych zasad<sup>87</sup>, jak i od zachowania *vacatio legis*, tj. przynajmniej 14-dniowego terminu wejścia w życie uchwały nadającej (zmieniającej) statut, liczonego od daty jej publikacji, dla

<sup>83</sup> Zob. art. 14 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym, art. 13 ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym, art. 19 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa.

<sup>84</sup> Zob. art. 94 Konstytucji RP, w myśl którego „[o]rgany samorządu terytorialnego [...] na podstawie i w granicach upoważnień zawartych w ustawie, ustanawiają akty prawa miejscowego obowiązujące na obszarze działania tych organów. Zasady i tryb wydawania aktów prawa miejscowego określa ustawa”. Szerzej o kwalifikacji danego aktu jako aktu prawa miejscowego zob. D. Dąbek, *Prawo miejscowe*, Warszawa 2015, s. 66–73. Zob. także G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 115. Z praktyki orzeczniczej dla potwierdzenia tezy, że uchwały jednostek samorządu terytorialnego w sprawie nadania (zmiany) statutu podmiotowi leczniczemu niebędącemu przedsiębiorcą są aktami prawa miejscowego, zob. np. wyroki WSA w Poznaniu: z 8 VII 2015 r., sygn. IV SA/Po 337/15, LEX nr 1808009, dotyczący podjęcia uchwały przez sejmik wojewódzki w sprawie nadania statutu samodzielnemu zakładowi opieki zdrowotnej, oraz z 6 IV 2016 r., sygn. IV SA/Po 97/16, LEX nr 2027441; zob. także rozporządzenia nadzorcze wojewody dolnośląskiego: z 4 XI 2011 r., sygn. NK-N.4131.315.2011.AZ5, LEX nr 1020902; z 25 VI 2012 r., sygn. NK-N7.4131.405.2012.AM5, LEX nr 1168842; z 13 XII 2012 r., sygn. NK-N7.4131.1068.2012.AM5, LEX nr 1241661; z 29 VII 2014 r., sygn. NK-N.4131.87.9.2014.SP1, LEX nr 1490982.

<sup>85</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2011 Nr 197, poz. 1172 ze zm.).

<sup>86</sup> W tym także statuty podjęte na podstawie przepisów wcześniej obowiązującej ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zob. rozporządzenie nadzorcze wojewody dolnośląskiego z 29 VI 2012 r., sygn. NK-N4.4131.610.2012.MG, LEX nr 1169107.

<sup>87</sup> W tej sprawie zob. rozporządzenia nadzorcze wojewody dolnośląskiego z: 26 I 2012 r., sygn. NK-N12.4131.6.2012.BSZ2, LEX nr 112682, z 25 VI 2012 r., sygn. N7.4131.405.2012.AM5, LEX nr 1168842, oraz z 25 VI 2012 r., sygn. NK-N18.4131.32.2012.KT3, LEX nr 1168212.

zapewnienia obywatelom, zgodnie z zamierzeniem ustawodawcy, możliwości zapoznania się z jej regulacjami. Tym samym uchwała nadająca (zmieniająca) statut, podjęta na podstawie i w granicach upoważnienia ustawowego zawartego w przepisach art. 42 u.d.l. nie może wyznaczyć terminu jego wejścia w życie innego, aniżeli wynika to z przepisów dotyczących ich promulgacji. Praktyka nie zawsze szła w tym kierunku, co znalazło odzwierciedlenie zarówno w rozporządzeniach nadzorczych wojewody<sup>88</sup>, jak i orzecznictwie sądów administracyjnych<sup>89</sup>, stwierdza-

<sup>88</sup> Zob. rozporządzenia nadzorcze wojewody dolnośląskiego z 26 I 2012 r., sygn. NK-N12.4131.6.2012.BSZ2, LEX nr 1112682; z 13 VII 2012 r., sygn. NK-N13.4131.495.2012.JT1, LEX nr 1185697; z 31 VII 2012 r., sygn. NK-N9.4131.473.2012.SS1, LEX nr 1212882; oraz z 4 II 2013 r., sygn. NK-N.4131.140.18.2013.SP1, LEX nr 1286302 trafnie kwestionujące wprowadzenie w życie uchwały organu stanowiącego w sprawie nadania (zmiany) statutu podmiotowi leczniczemu niebędącemu przedsiębiorcą „z dniem jego nadania przez podmiot tworzący”; „z dniem jej podjęcia”, jak też obowiązywania „od dnia zatwierdzenia przez Radę Gminy”; rozporządzenie nadzorcze wojewody dolnośląskiego z 21 XI 2013 r., sygn. NK-N.4131.146.14.2013.SP1. Tak też rozporządzenie nadzorcze wojewody warmińsko-mazurskiego z 1 VII 2016 r., sygn. PN.4131.208.2016, LEX nr 2071077. Nietrafność sformułowania „uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i podlega ogłoszeniu w sposób zwyczajowo przyjęty” podniósł także wojewoda poznański w rozporządzeniu nadzorczym z 30 VI 2017 r., sygn. KN-L.4131.1.367.2017.22, LEX nr 2321905., z kolei postanowienie uchwały rady w brzmieniu przez nią przyjętym: „Niniejszy statut obowiązuje od dnia zatwierdzenia przez Radę Gminy” wojewoda dolnośląski słusznie uznał za istotne naruszenie przepisów prawa w swym rozporządzeniu nadzorczym z 21 XI 2013 r., sygn. NK-N.4131.14614.2013.SP1, LEX nr 1391745.

<sup>89</sup> Zob. np. wyrok NSA z 11 IX 2012 r., sygn. II OSK 1818/12, ONSA /WSA 2013, nr 4, poz. 63, oraz wyrok WSA w Poznaniu z 8 VII 2015 r., sygn. IV SA/Po 337/15, LEX nr 1808009, słusznie zarzucający sejmikowi województwa bezzasadne zaniechanie opublikowania uchwały w sprawie nadania statutu samodzielnemu zakładowi opieki zdrowotnej i w konsekwencji niewłaściwe określenie jej wejścia w życie (z dniem jej podjęcia). Tak samo w wyrokach WSA w Poznaniu z 8 VII 2015 r., sygn. IV SA/Po 338/15, LEX 1808010, oraz w wyroku tegoż sądu z tej samej daty, sygn. SA/Po 339/15, LEX 1808011. Zob. też wyroki WSA w Poznaniu: z 26 XI 2015 r., sygn. IV SA/Po 684/15, LEX nr 1947149, z 26 XI 2015 r., sygn. IV SA/Po 685/15, LEX nr 193310; z 10 XII 2015 r., sygn. IV SA/Po 686/15, LEX nr 1947150; z 17 XII 2015 r., sygn. SA/Po 687/15, LEX nr 1977408; z 17 XII 2015 r., sygn. IV SA/Po 689/15, LEX nr 1977410; z 13 I 2016, sygn. IV SA/Po 905/15, LEX nr 1991801; z 3 III 2016 r., sygn. IV SA/Po 901/15, LEX nr 2021539; z 6 IV 2016 r., sygn. IV SA/Po 96/16, LEX nr 2027440; z 6 IV 2016 r., sygn. IV SA/Po 97/16, LEX nr 2027441; z 13 VII 2016 r., sygn. IV SA/Po 303/16, LEX nr 2087598; z 13 VII 2016 r., sygn. IV SA/Po 304/16, LEX nr 2087599; z 28 IX 2016 r., sygn. IV SA/Po 371/16, LEX nr 2317517; z 20 X 2016 r., sygn. IV SA/Po 444/16, LEX nr 2181951; z 4 XI 2016 r., sygn. IV SA/Po 381/16, LEX nr 2181928; z 15 XII 2016 r., sygn. IV SA/Po 399/16, LEX nr 2230383. Zob. też postanowienia WSA w Poznaniu: z 20 X 2016, sygn. SA/Po 444/16, LEX nr 2181951, oraz z 27 X 2016 r., sygn. IV SA/Po 469/16, LEX nr 2181964.

jącym nieważność podjętych uchwał lub istotne naruszenie niektórych postanowień statutu.

Przedmiotowy zakres statutu określają unormowania zawarte w art. 42 ust. 1–3 u.d.l. Zgodnie z ich brzmieniem statut ma określać: nazwę podmiotu leczniczego wraz z innymi sprawami dotyczącymi jego funkcjonowania nieuregulowanymi w ustawie, siedzibę tego podmiotu oraz jego cele i zadania, a także jego organy i strukturę organizacyjną<sup>90</sup>, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej przed upływem kadencji oraz formę gospodarki finansowej. W ten sposób ustawa wyraźnie stanowi, że przekroczenie delegacji ustawowej w tym zakresie w konsekwencji prowadzi do istotnego naruszenia prawa. O tym, że przekroczenia takie miały miejsce, świadczą rozporządzenia organów nadzoru<sup>91</sup> oraz orzecznictwo sądów administracyjnych. Nie wyczerpując tej problematyki (ze względu na ramy opracowania), w szczególności można je odnieść do postanowień statutów określających:

– **cele i zadania podmiotu leczniczego** (czynność obligatoryjna), **w tym te niezwiązane z prowadzeniem działalności leczniczej** (czynność fakultatywna). Z pozoru oczywiste postanowienie art. 42 ust. 2 pkt 3 i ust. 3 w praktyce było różnie rozumiane. W efekcie błędnie statutami przyjmowano jako zasadne postanowienia będące: zmodyfikowaniem bądź powtórzeniem ustawowo określonych elementów statutu, regulujące tym samym raz jeszcze to, co zostało zawarte w ustawie, a zarazem prowadzące do niebezpieczeństwa zmiany intencji ustawodawcy<sup>92</sup>; wyliczeniem statutowych celów i zadań danego pod-

---

<sup>90</sup> Określenie w statucie struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w żadnym razie nie oznacza prawa do określenia w nim komórek organizacyjnych, mogą być one bowiem wyszczególnione w regulaminie organizacyjnym danego podmiotu leczniczego. Na temat przyjętego statutem wykroczenia poza delegację wskazaną art. 42 u.d.l. zob. rozporządzenia nadzorcze wojewody podlaskiego: z 17 XII 2014 r., sygn. NK-II.4131.184.2014.AK, LEX nr 1564934; z 7 V 2015 r., sygn. NK-II.4131.52.2015.AK, LEX nr 1682945; z 24 VII 2015 r., sygn. NK-II.4131.94.2015.DM, LEX nr 1770982; z 29 VII 2015 r., sygn. NK-II.4131.95.2015.MA, LEX nr 1771071.

<sup>91</sup> Zob. np. rozporządzenie nadzorcze wojewody świętokrzyskiego z 3 X 2011 r., sygn. PNK.I.4131.106.2011, LEX nr 970059; rozporządzenie nadzorcze wojewody śląskiego z 10 IV 2012 r., sygn. NP.II.4131.1.107.2012, LEX nr 1148252; rozporządzenie nadzorcze wojewody warmińsko-mazurskiego z 21 II 2017 r., sygn. PN.4131.89.2018, LEX nr 2481064.

<sup>92</sup> Por. wyrok NSA z 30 I 2003 r., sygn. IISA/Ka 1831/02 (niepublikowany), wyrok NSA z 19 VIII 2002 r., sygn. II SA/Ka 508/02 (niepublikowany). Zob. też rozporządzenie nadzorcze wojewody śląskiego z 2 III 2016 r., sygn. NP.II.4131.1.76.2016, LEX nr 2008731.

miotu leczniczego opartego na otwartym, a nie na ich enumeratywnie podanym katalogu<sup>93</sup>; odstąpieniem od określenia działalności innej niż działalność lecznicza bądź ustaleniem dowolnie jej zakresu<sup>94</sup>, jeśli zdecydowano o prowadzeniu takiej działalności;

– **organy podmiotu leczniczego**. Obie ustawy strukturą organizacyjną jednostek świadczących usługi zdrowotnej objęły dwa organy: **kierownika zakładu** (organ monokratyczny) oraz **radę społeczną** (organ kolegialny)<sup>95</sup>. W zakresie, w jakim do organów tych stosuje się art. 42 ust. 2 pkt 4 u.d.l., wątpliwości nie budzi wskazanie statutem

---

Por. także § 118 w zw. z § 143 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 VI 2002 r. w sprawie Zasad techniki prawodawczej, zgodnie z którym w aktach organów samorządu terytorialnego nie powtarza się przepisów ustawy upoważniającej i przepisów innych aktów normatywnych, oraz w tej sprawie wcześniejsze wyroki NSA: z 16 VI 1992 r., „Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego” 1993, nr 2/44 i z 6 VI 1996 r., sygn. SA/Wr 2761/95 (niepublikowany).

<sup>93</sup> Zgodnie z art. 42 ust. 2 pkt 3 u.d.l. organ nadający statut (także go zmieniający) powinien określić wszystkie cele i zadania, jakie realizuje podmiot leczniczy. Wszelkie odstępstwa od enumeratywnego ich wyliczenia, bądź wyczerpującego ich wyliczenia, lecz poprzedzonego słowami „w szczególności” w ocenie organów nadzoru prowadziły do stwierdzenia nieważności uchwały w tej części, zob. np. rozporządzenia nadzorcze wojewody dolnośląskiego: z 8 VI 2012 r., sygn. NK-N3.4131.250.2012.DC, LEX nr 1166439; z 26 VII 2012 r., sygn. NK-N12.4131.464.2012.BSZ2, LEX nr 1211636; z 31 VII 2012 r. NK-N12.4131.525.2012.BSZ2, LEX nr 1211778; z 25 VI 2012 r., NK-N7.4131.436.2012.ZM5, LEX nr 1168843; z 13 VII 2012 r., sygn. NK-N 11.4131.769.2012.AS2, LEX nr 1171181 i z tej samej daty sygn. NK-N13.4131.495.2012.JT1, LEX nr 1185697; z 19 VII 2012 r., sygn. NK-N 11.4131.714.2012.AS2, LEX nr 1212504 i z tej samej daty sygn. NK-N17.4131.194.2012.RJ1, LEX nr 1191014; oraz z 13 XII 2012 r., sygn. NK-N7.4131.1068.2012.AM5, LEX nr 1241661 i z 31 VII 2012 r., sygn. NK-N2.4131.592.2012.JB6, LEX nr 1212299.

<sup>94</sup> Wprawdzie, zgodnie z art. 42 ust. 3 u.d.l. statut może przewidywać prowadzenie określonej, wyodrębnionej organizacyjnie działalności innej niż działalność lecznicza, nie oznacza to, że w przypadku zamiaru jej prowadzenia przez podmiot leczniczy podmiot tworzący może odstąpić od jej określenia. Wówczas działalność ta musi być w statucie określona ściśle i wyczerpująco w sposób niepozwalający na dookreślenie dziedzin tej działalności poza statutem, a nadto musi być organizacyjnie wyodrębniona. Że niekiedy praktyka poszła w tym zakresie w innym kierunku, zob. np. rozporządzenia wojewody dolnośląskiego z: 27 VI 2012 r., sygn. NK-N 11.4131.627.2012.AS2, LEX nr 1168568; z 13 VII 2012 r., sygn. NK-N11.4131.744.2012.AS2, LEX nr 1213234 i z tej samej daty sygn. NK-N12.4131.517.2012.BSZ2, LEX nr 1211777; z 31 VII 2012 r., sygn. NK-N 11.4131.773.2012.AS2, LEX nr 1213400; rozporządzenie nadzorcze wojewody warmińsko-mazurskiego z 28 V 2014 r., sygn. PN.4131.123.2014, LEX nr 1466618, a także rozporządzenie nadzorcze tegoż wojewody z 21 III 2017 r., sygn. PN.4131.61.17, LEX nr 2275683.

<sup>95</sup> Na temat statusu prawnego kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz rady nadzorczej zob. K. Wojtczak, *Zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, w: Z. Leoński, K. Wojtczak, *Komentarz do ustawy...*, s. 69 i n.

pierwszego z tych organów, nawet wtedy, gdy w statutach przyjmie się inną nazwę dla jego oznaczenia, np. dyrektor zakładu. Nie zwalnia to jednak podmiotu tworzącego od określenia statutem innych stanowisk kierowniczych przewidzianych strukturą kierowniczą i organizacyjną danej jednostki leczniczej. Inaczej jest natomiast w przypadku rady społecznej. Ustawa wymaga określenia jej zadań, czasu trwania jej kadencji oraz okoliczności odwołania jej członków przed upływem kadencji. Podobnie jak pod rządami ustawy pierwszej (z 1991 r.), tak i zgodnie z ustawą obowiązującą – rada społeczna była i jest elementem struktury organizacyjnej: publicznego zakładu opieki zdrowotnej (zgodnie z ustawą pierwszą przy nim działającej) i podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą (zgodnie z ustawą drugą w nim działającej), tj. organem inicjującym i opiniodawczym – podmiotu tworzącego oraz doradczym – kierownika jednostki leczniczej<sup>96</sup>. I w tym zakresie różnice przyjęte w obu ustawach nie są znaczące. Te, które taki charakter mają i wymagają ich określenia w statucie, dotyczą zadań rady społecznej, czasu trwania jej kadencji oraz okoliczności odwołania członków tejże rady przed upływem kadencji. Odnośnie do sytuacji pierwszej kluczowe znaczenie ma art. 48 ust. 2 u.d.l. Każde odstępstwo od określenia zadań rady społecznej (przez ich wybiórcze podanie bądź przez ich powtórzenie za ustawą) nie jest prawem dozwolone, zadania rady społecznej powinny zarówno korespondować ze statusem prawnym rady społecznej, określonym art. 48 ust. 1 u.d.l., jak i mieć związek ze specyfiką i charakterem danego podmiotu leczniczego. W żadnym razie działania tej rady nie mogą być też przez podmiot tworzący modyfikowane po upływie kadencji<sup>97</sup>. Odnośnie do sytuacji drugiej zasadą jest, że rada społeczna w składzie powołanym przez podmiot tworzący, była i jest organem kadencyjnym. Nie jest zatem możliwe pominięcie w statucie określenia czasu trwania kadencji tego organu. Zwykle jest ona określona liczbą lat. W żadnym natomiast razie nie jest możliwe ani odstępianie od określenia kadencji rady społecznej ani jej określenie w sposób niejasny bądź niezgodny z prawem<sup>98</sup>, np. przez jej odniesienie do kadencji

<sup>96</sup> Na obie sfery obowiązków rady społecznej enumeratywnie wskazuje art. 48 ust. 2 u.d.l.

<sup>97</sup> Tak w rozporządzeniach nadzorczych wojewody dolnośląskiego: z 29 III 2012 r., LEX nr 1135939; z 31 VII 2012 r., sygn. NK-N17.4131.226.2012.RJ1, LEX nr 1212881; z 10 IV 2013 r., sygn. NK-N.4131.168.23.2013 r.MG, LEX nr 1314593.

<sup>98</sup> Zob. rozporządzenie nadzorcze wojewody świętokrzyskiego z 3 X 2011 r., sygn. PNK.I.4131.106.2011, LEX nr 970059; rozporządzenie nadzorcze wojewody dolnośląskiego z 27 VII 2012 r., sygn. NK-9.4131.473.2012.SS1, LEX nr 1212992; rozporządzenie



samorządu terytorialnego<sup>99</sup>. Samorząd terytorialny, jako wspólnota społeczności lokalnej, nie jest bowiem kadencyjny. Z kolei kadencyjny charakter pracy rady społecznej nie wyklucza zmiany jej składu przed upływem kadencji. Wprawdzie ustawa o działalności leczniczej nie wskazuje na okoliczności odwołania członków rady społecznej przed upływem kadencji, nie znaczy to jednak, że w statucie przyczyny odwołania członków tej rady mogą zostać pominięte. Przeciwnie, skoro obowiązek taki wynika wprost z art. 42 ust. 2 pkt 4 u.d.l., to milczenie podmiotu nadającego statut jest w tym przypadku niezgodne z wolą ustawodawcy<sup>100</sup>. Z pewnością za taką przyczynę należałoby uznać np. rezygnację członka rady społecznej z jego inicjatywy w dalszych pracach rady, nie wspominając tu o śmierci członka rady społecznej czy innych okolicznościach (przyczynach) podyktowanych względami nieuregulowanymi ustawą, a dającymi się przewidzieć. Wymuszać to jednak będzie wszczęcie procedury prowadzącej do uzupełnienia składu rady, a w tej kwestii ustawa się nie wypowiada. Z kolei funkcjonowanie rady społecznej w niepełnym jej składzie prowadzi wprost do działania niezgodnego z ustawą o działalności leczniczej.

Poza statutową materią obsada stanowiska kierownika zakładu oraz powołanie rady społecznej to kolejne, istotne uprawnienia jednostki samorządu terytorialnego jako podmiotu tworzącego, przy zachowaniu odmiennych statusów prawnych przewidzianych dla każdego z tych organów w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą.

Status prawny pierwszego z organów określiły obie ustawy: nieobowiązująca (1991 r.) i obowiązująca (2011 r.). Rozwiązaniem przez nie przyjętymi kierownika zakładu obciążono odpowiedzialnością za zarządzanie zakładem świadczącym usługi zdrowotne. Przy tym ustawa pierwsza (z 1991 r.) jednocześnie wprost uprawniała kierownika ówczesnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do jego reprezentowania.

---

nadzorcze wojewody warmińsko-mazurskiego z 22 VII 2016 r., LEX nr 2090963; rozporządzenie nadzorcze wojewody lubelskiego z 29 XI 2016 r., sygn. PN-II.4131.415.2016, LEX nr 2160785.

<sup>99</sup> Za niewłaściwe określenie kadencji rady społecznej podmiotu leczniczego bez wątplenia uznać należy przyjęcie przez organ tworzący podmiot leczniczy w statucie postanowienia, że „kadencja Rady Społecznej jest zgodna z kadencją Samorządu Terytorialnego, a ustępująca Rada spełnia swoje obowiązki do dnia powołania nowej Rady Społecznej”, zob. rozporządzenie nadzorcze wojewody warmińsko-mazurskiego z 22 VII 2016 r., sygn. PN.4131.284.2016, LEX nr 2090963.

<sup>100</sup> Zob. rozporządzenia nadzorcze wojewody dolnośląskiego: z 29 III 2012 r., LEX nr 1135939; z 4 I 2013 r., sygn. NK-N4.4131.1736.2012.MG, LEX nr 1265633; z 4 II 2016 r., sygn. NK-N.4131.146.1.2016.NB, LEX nr 1999040.

Ustawa druga (z 2011 r.) z kolei rozwiązania tego nie powtórzyła. W odróżnieniu od ustawy z 1991 r. określiła natomiast rygory selekcyjne stawiane kandydatom na kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą<sup>101</sup>. Różnice sprowadzają się także do trybu obsady stanowiska kierownika zakładu. Zgodnie z ustawą pierwszą kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej powoływał organ, który zakład utworzył<sup>102</sup>, od 2000 r. rozszerzono formy jego zatrudnienia o zawarcie umowy o pracę lub umowę cywilnoprawną<sup>103</sup>. I na tym rozwiązaniu oparła się także ustawa druga (z 2011 r.) stanowiąca, że obsada stanowiska kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą jest możliwa w drodze nawiązania przez podmiot tworzący stosunku pracy (na podstawie powołania lub umowy o pracę) albo umowy cywilnoprawnej<sup>104</sup>. Pod rządami żadnej z tych ustaw i wydanych na ich podstawie rozporządzeń<sup>105</sup> obsada stanowiska kierownika publicznego zakładu/podmiotu leczniczego nie była możliwa bez zachowania drogi

<sup>101</sup> W myśl art. 46 ust. 1 u.d.l. kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może zostać osoba posiadająca: wykształcenie wyższe, wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika, co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy, która nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

<sup>102</sup> Zob. art. 44 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz § 7 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 III 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzenie następuje w drodze konkursu oraz trybu przeprowadzania konkursu (Dz.U. Nr 22, poz. 96 ze zm.). Zob. też Rozporządzenie z dnia 19 VIII 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. Nr 115, poz. 749 ze zm.).

<sup>103</sup> Zob. art. 24 pkt 1 Ustawy z dnia 21 I 2000 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji publicznej (Dz.U. Nr 12, poz. 136).

<sup>104</sup> Artykuł 46 ust. 3 u.d.l. Podmiot tworzący nawiązuje z kandydatem wyłonionym w drodze konkursu lub przez ten podmiot wskazanym stosunek pracy lub zawiera umowę cywilnoprawną na sześć lat, z możliwością jej przedłużenia do lat ośmiu, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego nie brakuje więcej niż dwa lata (art. 49 ust. 6 u.d.l.).

<sup>105</sup> Zarówno w myśl Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 III 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzenie następuje w drodze konkursu oraz trybu przeprowadzania konkursu, jak i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 II 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą (Dz.U. poz. 182 ze zm.) na stanowisko kierownika zakładu mogła i może być zatrudniona osoba wyłoniona w drodze konkursu, przeprowadzanego zgodnie z trybem i na warunkach odpowiednio przewidzianych tymi aktami. Niedokonanie wyboru kandydata na stanowisko kierownika zakładu wymagało ogłoszenia

konkursowej. W równej mierze postanowienia te dotyczyły i dotyczą nadal gminnych, powiatowych i wojewódzkich podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W odniesieniu do nich spory, jakie powstały wokół obsady stanowiska kierownika zakładu (zastępcy niebędącego lekarzem), dotyczą ustalenia, który z organów jednostek samorządowych jest właściwy do ogłoszenia konkursu na stanowisko kierownika, a który do powołania komisji konkursowej wyłaniającej w drodze przeprowadzonego konkursu osobę, z którą możliwe będzie nawiązanie stosunku pracy.

Ustawa z 2011 r. wątpliwości tych nie rozwiewa, wydane zaś na jej podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. stanowi tylko tyle, że **konkurs na stanowisko kierownika** w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza komisja konkursowa powołana przez „właściwy podmiot”<sup>106</sup>. Nic więc dziwnego, że w praktyce stosowania przepisów powierzających podmiotowi tworzącemu ogłoszenie konkursu na stanowisko kierownika zakładu oraz dokonanie jego obsady narosło wiele sporów i wątpliwości. Orzecznictwo sądów administracyjnych nie jest w tym zakresie jednolite, choć przeważają przyjęte przez nie tezy, że właściwy do ogłoszenia konkursu na stanowisko kierownika zakładu jest organ stanowiący lokalnej wspólnoty samorządowej, natomiast w przedmiocie przeprowadzenia postępowania konkursowego (zgodnie z przyjętym przez komisję konkursową regulaminem) i w jego wyniku wyłonienia kandydata oraz z dniem jej (komisji) rozwiązania zatrudnienia kierownika zakładu – właściwy jest organ wykonawczy danej jednostki samorządowej<sup>107</sup>.

---

kolejnych postępowań konkursowych, ostatecznie wskazania kandydata przez podmiot tworzący w trybie art. 49 ust. 4 u.d.l. po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej.

<sup>106</sup> Zob. § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 II 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą.

<sup>107</sup> Zob. wyrok NSA z 24 VI 2014 r., sygn. II OSK 59/14, LEX nr 1485615. Odwołując się do wykładni językowej ustawowego terminu „podmiot tworzący”, NSA słusznie za prawidłowe przyjął, że organem wszczynającym postępowanie konkursowe na stanowisko kierownika powinien być organ stanowiący tej jednostki samorządowej, który dany podmiot leczniczy utworzył. Przy czym kompetencje tego organu kończyć się powinny na etapie wstępnym, dalsze czynności prowadzące do wyboru kierownika leżą w gestii niezależnej komisji konkursowej; tak też w wyroku NSA z 24 VI 2014 r., sygn. II OSK 58/14, LEX nr 1519410; tak samo w wyrokach WSA w Warszawie: z 5 IX 2013 r., sygn. VII SA/Wa 835/13, LEX nr 1806826, oraz z dnia 5 IX 2013 r., sygn. VII SA/Wa 836/13, LEX nr 1806827; zob. także wyrok WSA w Opolu z 19 I 2012 r., sygn. VII SA/Op 791/11, LEX nr 1121475, zgodnie z którym wypełnienie upoważnienia ustawowego (art. 49

Do podmiotu tworzącego należy także powoływanie i odwoływanie rady społecznej oraz zwoływanie jej pierwszego posiedzenia<sup>108</sup>. I od tego obowiązku podmiot tworzący (tu organ stanowiący) nie może się uchylić. Jego wypełnienie wymaga jednak wcześniejszego ukonstytuowania składu rady społecznej w trybie przewidzianym art. 48 ust. 6 pkt 2 lit. b. I w tym zakresie praktyka nie jest także wolna od wątpliwości. W głównej mierze dotyczą one funkcji przewodniczącego rady społecznej oraz jej składu<sup>109</sup>. Z mocy ustawy przewodniczącym rady społecznej konkretnego podmiotu leczniczego danej jednostki samorządu terytorialnego jest wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa lub wyznaczona przez niego osoba. Nie jest zatem możliwe przyjęcie przez podmiot tworzący uchwałą rozwiązania, że przewodniczącym rady jest osoba wyznaczona przez organ wykonawczy. Jest to kompetencja

---

ust. 1 pkt 1 u.d.l.) w sprawie ogłoszenia konkursu na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego należy do organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego jako podmiotu tworzącego i na tym podmiocie spoczywa też odpowiedzialność za dokonanie obsady stanowiska kierownika zakładu. Do organu wykonawczego tejże jednostki należy wykonanie podjętej przez radę uchwały. W żadnym razie nie jest prawnie dopuszczalna sytuacja prowadząca do podjęcia przez organ wykonawczy jednostki samorządowej uchwały powierzającej pełnienie obowiązków kierownika podmiotu leczniczego przed wyłonieniem kandydata przez komisję konkursową. Zarówno w sytuacji wyłonienia kandydata w drodze konkursu (w pierwszym bądź w kolejnym zarządzonym konkursie) lub w razie braku wyłonienia kandydata podmiot tworzący nawiązuje stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną z osobą przez siebie wskazaną – w obu przypadkach po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej. Zob. też wyrok WSA w Warszawie z 5 IX 2013 r., sygn. akt VII SA/Wa 837/13, LEX nr 1424808, przyjmujący, że „podmiot tworzący zarówno ogłasza konkurs na kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego zastępcy, jak również nawiązuje z nim stosunek pracy”. W rezultacie sąd ten przyjął, że organem właściwym do ogłoszenia konkursu będzie ten organ, który posiada kompetencje do nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej. Nie ulega wątpliwości, że takimi kompetencjami nie dysponuje rada gminy”. Tak samo w wyroku WSA w Warszawie z 5 IX 2013 r., sygn. VII SA/Wa 838/13, LEX nr 1806828 – organem właściwym do przeprowadzenia konkursu na stanowisko kierownika (oraz jego zastępcy niebędącego lekarzem) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest w gminie wójt (burmistrz, prezydent miasta), a nie rada gminy; ta jest właściwa do ogłoszenia konkursu i zatrudnienia wyłonionego w konkursie kandydata.

<sup>108</sup> Na przyjęcie statutem podmiotu leczniczego innego w tym zakresie rozwiązania („Radę Społeczną powołuje i odwołuje, a także zwołuje jej pierwsze posiedzenie Wójt Gminy [...]”) i uznania go przez organ nadzoru słusznie za niezgodny z art. 48 ust. 5 u.d.l. oraz art. 18 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym zob. rozporządzenie nadzorcze wojewody dolnośląskiego z 2 VIII 2012 r., sygn. NK-N17.4131.219.2012.RJ1, LEX nr 1212315.

<sup>109</sup> Zob. też art. 49 ust. 11 u.d.l. pozostawiający określenie sposobu zwoływania posiedzeń rady społecznej, trybu pracy i podejmowania uchwał regulaminowi uchwalonemu przez radę społeczną i zatwierdzonemu przez podmiot tworzący.

organu wykonawczego gminy – wójta (burmistrza, prezydenta miasta), jak i organów mających taki status – starosty, marszałka województwa, co trafnie podniesiono w orzeczeniach sądów administracyjnych<sup>110</sup>. Odpowiednio do przyjętego rozwiązania na przewodniczącym rady społecznej lub osobie przez niego wyznaczonej spoczywa obowiązek złożenia organowi tworzącemu wniosku o powołanie rady społecznej. Organ wykonawczy może to jednak uczynić dopiero po wyznaczeniu reprezentantów przez właściwe organy, o których mowa w art. 48 ust. 6 pkt 2 lit. b. I choć ta ustawa przyjmuje stosowanie tego przepisu odpowiednio, co jest zrozumiałe i uzasadnione zasięgiem działania i rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcą na różnych poziomach referencyjnych, może powstać wątpliwość dotycząca prawidłowego doboru składu rady społecznej zarówno w zakresie jej liczby, jak i reprezentatywności. Pomijając członkostwo w składzie rady przedstawiciela wojewody, co nie pozostaje bez znaczenia ze względu na pełnioną przez wojewodę funkcję nadzorczą-kontrolną nad podmiotem leczniczym, nie byłoby bowiem zasadne ani tworzenie składu rady społecznej opieszalej, ani takiej, która mogłaby prowadzić do konfliktu interesów. Znamienne jest to, że ustawa dostrzega (trafnie) potrzebę wyłączenia ze składu rady społecznej podmiotu leczniczego pracownika w nim zatrudnionego, w żaden sposób nie ogranicza natomiast desygnowania tej samej osoby do rad społecznych różnych podmiotów leczniczych.

Dla podmiotu tworzącego rada społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym w sferach zadań szeroko ustawą zakreślonych. Nie jest zatem wykluczone, że między kierownikiem zakładu a radą społeczną mogą powstać spory. Nie bez racji więc obie ustawy (zarówno obowiązująca, jak i z roku 1991) przyjęły, że od uchwały rady społecznej kierownikowi zakładu służy prawo odwołania do podmiotu tworzącego (organu stanowiącego danej jednostki samorządowej).

Dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych powagę znaczącą ustawodawca słusznie przywiązywał

---

<sup>110</sup> Na temat niedopuszczalnego prawem odstępstwa od tej zasady przez przyjęcie postanowienia, że przewodniczącym rady społecznej jest „osoba wyznaczona przez prezydenta miasta” zob. rozporządzenia nadzorcze wojewody łódzkiego: z 21 XII 2017 r., sygn. PNIK-1.4131.968.2017, LEX nr 2447650, oraz z 22 XII 2017 r., sygn. PNIK-1.4131.972.2017, LEX nr 2447669 – słusznie podnoszące, że w ten sposób pozbawiono niezgodnie z art. 48 ust. 6 lit. a u.d.l. organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego prawa wyboru między pełnieniem funkcji przewodniczącego rady społecznej osobiście bądź przez wyznaczoną przez niego osobę.

i przywiązuje do **kontroli zakładów/podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą**. Podobnie jak pod rządami ustawy z 1991 r., tak i na mocy obowiązującej ustawy podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych poddano kontroli ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewody (zgodnie z ustawą z 1991 r.), kontroli tegoż ministra oraz działających w jego imieniu i z jego upoważnienia wojewodów, konsultantów krajowych, jednostek organizacyjnych podległych lub przez niego nadzorowanych (zgodnie z ustawą z 2011 r.) oraz nadzorowi jednostek samorządu terytorialnego. W sytuacji pierwszej przepisy prawa materialnego stworzyły organom kontrolnym podstawę do ingerencji w działalność każdego zakładu/podmiotu prowadzącego działalność leczniczą niewyłączonego wyrażnie prawem. Minister właściwy do spraw zdrowia miał i ma prawo do kontrolowania podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem (zarówno powszechnie, jak i wewnątrznie obowiązującym) oraz medycznym (standardami organizacyjnymi opieki zdrowotnej przyjętymi w danych dziedzinach medycyny). W przypadku pierwszym także przez zlecenie przeprowadzenia czynności kontrolnych wojewodzie, w przypadku drugim przez zlecenie, odpłatne, jednorazowej kontroli organom samorządów zawodów medycznych, uczelniom medycznym, medycznym towarzystwom naukowym i instytutom badawczym (wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny). Kontrolę przeprowadzoną w tym trybie oraz na warunkach określonych art. 119 u.d.l. i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r.<sup>111</sup> kończą zalecenia pokontrolne, co wobec odstąpienia przez ustawodawcę od możliwości podjęcia decyzji w razie niewykonania zaleceń pokontrolnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości budzić musi wątpliwości.

W odniesieniu do podmiotów leczniczych lokalnych wspólnot samorządowych ustawa przewiduje nad nimi nadzór przez ich podmioty tworzące zarówno pod względem zgodności ich działania z prawem<sup>112</sup> (przepisami powszechnie obowiązującymi, statutem i regulaminem

<sup>111</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 XII 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U. poz. 1509).

<sup>112</sup> Tu kontrolą objęte będą także wymagania dotyczące pomieszczeń podmiotu leczniczego w zakresie spełnienia warunków: ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych – określonych art. 22 u.d.l. oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 VI 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 739), oraz wymagań kwalifikacyjnych kadry medycznej, zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 VII 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych

organizacyjnym), jak i pod względem celowości, gospodarności i rzetelności (art. 121 u.d.l.<sup>113</sup>). Przy tym kontrolą obejmuje się, poza oceną zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym, także dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, gospodarowanie mieniem i środkami publicznymi oraz gospodarkę finansową. W razie stwierdzenia niezgodności z prawem działań kierownika sięga się po środki władczej ingerencji – wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika zakładu do ich zmiany lub cofnięcia w określonym terminie, pod rygorem rozwiązania z nim stosunku pracy albo umowy cywilnoprawnej (art. 121 ust. 5). Z mocy zaś art. 122 ust. 5 u.d.l. „[n]a podstawie ustaleń kontroli podmiot tworzący albo minister właściwy do spraw zdrowia mogą przedstawić kierownikowi w wystąpieniu pokontrolnym zalecenia pokontrolne, nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości”.

Powierzenie podmiotowi tworzącemu utworzenie jednostki udzielającej świadczeń zdrowotnych społeczności lokalnej przy jednoczesnym ustawowym założeniu, że jest nim gmina, powiat, samorządowe województwo – pozostawia otwarte pytanie, który z jej organów jest władny do zarządzenia kontroli podmiotu leczniczego na podstawie art. 121 u.d.l. oraz jej przeprowadzenia zgodnie z wcześniej ustalonym i zatwierdzonym programem. Tego, że odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa, dowodzą orzeczenia sądów administracyjnych rozstrzygających tę kwestię niejednolicie – opowiadające się zarówno za tezą, że organem kompetencyjnie właściwym jest tu organ wykonawczy jednostki samorządowej<sup>114</sup>, jak i przyjmujące stanowisko przeciwne, że organem właściwym jest organ stanowiący danej jednostki samorządowej<sup>115</sup>.

## Podsumowanie

Jednostki samorządu terytorialnego to jedne z tych podmiotów administracji publicznej, którym ustawodawca powierzył w obszarze ich zadań dbałość o ochronę zdrowia społeczności lokalnej. Przy szerokim rozumieniu terminu „ochrona zdrowia” oznacza to nie tylko udział tych

---

rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896), jak i z mocy przepisów szczególnych.

<sup>113</sup> W brzmieniu nadanym art. 1 pkt 43 lit. a Ustawy z dnia 10 VI 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

<sup>114</sup> Wyrok WSA w Warszawie z 9 III 2015 r., sygn. VII SA/Wa 2996/14, LEX nr 1817498.

<sup>115</sup> Wyrok NSA z 30 III 2017 r., sygn. II OSK 1906/15, LEX nr 2275231.

jednostek w realizacji przewidzianych prawem programów polityki zdrowotnej oraz polityki zdrowia publicznej przyjętej Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016–2020. Oznacza także uformowanie samoistnej podstawy prawnej do tworzenia przez nie podmiotów leczniczych udzielających społeczności lokalnej świadczeń zdrowotnych. Obie te sfery aktywności jednostek samorządowych wprawdzie przyświecają temu samemu celowi – zabezpieczeniu zdrowotności ludności, drogi prowadzące do osiągnięcia każdego z tych celów nie są jednak tożsame. W sferze pierwszej są to przede wszystkim działania jednostek samorządu terytorialnego o charakterze planistycznym i informacyjnym, podejmowane głównie we współdziałaniu z organami administracji rządowej, mające na celu ocenę różnych aspektów zdrowia społeczności danego obszaru.

Z kolei w sferze drugiej problem jest innego rodzaju. Dotyczy ustroju podmiotów leczniczych i warunków ich działania dla ustalenia, w jakim stopniu i zakresie ustawowe rozwiązania w istocie służą zapewnieniu społeczności lokalnej prawa do publicznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i informacji o ich zakresie i dostępie do nich. Bez wątpienia służą też ustaleniu, na ile dla zabezpieczenia realizacji tych celów i zadań uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego jako podmiotów tworzących jednostki lecznicze są wystarczające i jasno przez ustawę z 2011 r. zdefiniowane. Ocena prawnej legitymacji jednostek samorządowych w obu sferach ich aktywności nie wypada najlepiej. Przyczyny tego stanu rzeczy są różne, poczynając od: (1) intencji ustawodawcy podyktowanej prywatyzowaniem publicznego sektora zdrowia w rozmiarze przekraczającym i tak już nadszarpnięty zakres proporcji komercjalizacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych do takich podmiotów w sektorze publicznym, (2) przez stworzenie prawnej możliwości (wyłącznie) tworzenia i prowadzenia przez jednostki samorządowych wspólnot lokalnych podmiotów leczniczych, bez oceny skutków prawnych ich nieutworzenia w danej jednostce podziału terytorialnego, a tam, gdzie są one prowadzone, z przyjęciem limitu oferty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a kończąc (3) na nie najlepiej przygotowanej ustawie o działalności leczniczej w jej brzmieniu pierwotnym, wymuszającej dokonywanie egzegezy tekstu ustawy w drodze rozporządzeń nadzorczych wojewodów oraz orzeczeń sądów administracyjnych i w konsekwencji nowelizowania ustawy. Bez wątpienia, dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowia ludności reforma opieki zdrowotnej



wdrożona w 2011 r. w żadnym razie nie przyniosła oczekiwanych przez społeczności lokalne efektów, a przynajmniej nie wpłynęła na poprawę kondycji publicznego sektora zdrowia.

## COMPETENCES AND TASKS OF LOCAL SELF-GOVERNMENT UNITS WITH REGARD TO THE SAFETY OF THE HEALTH OF THE POPULATION

### Summary

The creation of conditions aimed at ensuring the health of the population is a supreme value. Polish legal solutions make it a constitutional obligation of the State and local self-government. The current Constitution of the Republic of Poland of 2 April 1997 does not define the limits of this obligation; it only states that the conditions for ensuring everyone's right to health protection and the scope of health services that are financed from public funds are to be specified by statute. In fact, the system leaves almost complete freedom in this area to the legislator. In the article the solutions adopted by local self-government units in 1991–2018 are evaluated.

In order to fulfil certain competences and tasks imposed by law on the commune, *powiat* and self-governing regional bodies, the legislator has determined two spheres of their activity: (i) implementation of their own tasks in the field of health protection and health promotion, and (ii) establishment and running of entities which before 2011 were termed public health care facilities and after 2011 changed their name into medical entities which are not entrepreneurs. In neither of these spheres of activity is the participation of local government units identical. In the first sphere, the differences result from both the constitutional acts shaping their own tasks in the field of health protection, as well as health programmes which they adopt for their implementation. In the second sphere, however, the differences are a result of statutory solutions that base the model of health care on values that are not uniformly understood. Before 2011, they were conducted and maintained fully, or to a limited extent, from public funds, whereas after 2011 they were maintained from public funds only, when a budgetary unit was selected as an organisational formula of a self-government medical entity. The solutions of the Act of 2011 in its original wording pointed tended to favour commercialisation of the public health sector. The negative side of the solutions adopted is the extraordinary lack of diligence in exercising legislative diligence, especially in the scope of defining the competences and tasks of local self-government units in relation to the medical entities created/run by these units.

**Keywords:** local self-government – health protection and promotion – medical entities