

Michał Gornowicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

ORCID: 0000-0002-1391-0623

michal.gornowicz@uwm.edu.pl

O potrzebie zmian ustawowych wymogów kwalifikacyjnych dla kierowników podmiotów leczniczych

Wstęp

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP¹ każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Z kolei na gruncie art. 68 ust. 2 zdanie pierwsze najwyższego aktu prawnego w Polsce obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych². Jednym z instrumentów prawnych, mających na celu realizację wspomnianego zadania, jest wprowadzenie do polskiego systemu prawnego ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³. W uzasadnieniu wymienionej ustawy trafnie wyartykułowano podstawowe problemy systemowe, wskazując wprost, że „polski system ochrony zdrowia od wielu lat przeżywa poważne trudności, a głównymi przyczynami tego stanu są: 1) ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej, 2) niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej, 3) ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej”. W kontekście wskazanego katalogu problemów pominięta została kwestia niewystarczających nakładów finansowych przeznaczanych na system ochrony zdrowia. Niezależnie od wysokości przyznanego określonemu podmiotowi leczniczemu finansowania, to na kierowniku placówki, jako organowi zarządcemu, ciąży obowiązek prawidłowego prowadzenia spraw i reprezentowania jej na zewnątrz. W założeniu ustawodawcy efektem tych

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.).

² Wyroki TK: z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt. K 14/03; z 23 marca 1999 r., sygn. akt. K 2/98.

³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1972), dalej jako u.d.l.

działań powinno być m.in. zapewnienie równego dostępu społeczeństwa do niezbędnych świadczeń medycznych. Tym samym kierownikowi podmiotu leczniczego pozostawiono relatywnie szeroki zakres swobody działania, przejawiającym się m.in. w prawie do zaciągania zobowiązań finansowych niewykraczających poza zakres zwykłych czynności przysługujących właścicielowi. Mimo braku ustawowej regulacji, kierownik danej placówki medycznej prowadzi sprawy i reprezentuje podmiot leczniczy. Tym samym nie pełni on roli pracodawcy w rozumieniu przepisów prawa pracy, którym jest właściciel podmiotu leczniczego⁴.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom społecznym, ustawodawca wprowadza określone przesłanki, warunkujące możliwość pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego⁵. Na gruncie art. 46 ust. 2 u.d.l. konieczność spełnienia wymogów kwalifikacyjnych została przewidziana jedynie wobec kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, pomijając przedmiotową kwestię w odniesieniu do kierowników prywatnych placówek medycznych. Jako tezę badawczą przyjęto, że pominięcie wymagań kwalifikacyjnych względem kierowników podmiotów leczniczych, będących przedsiębiorcami na gruncie u.d.l., stanowi jeden z czynników niesprzyjających sprawności funkcjonowania szeroko rozumianego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Weryfikacji sformułowanej tezy badawczej dokonano w oparciu o metodę dogmatycznoprawną, polegającą na analizie dotychczasowego dorobku doktryny oraz orzecznictwa sądowego, umożliwiających zdefiniowanie problemu badawczego, a następnie przedstawienie propozycji jego rozwiązania. Celem niniejszej publikacji jest wykazanie, że poszerzenie oraz doprecyzowanie wymogów kwalifikacyjnych w odniesieniu zarówno do kierowników prywatnych, jak i publicznych podmiotów leczniczych na gruncie art. 46 ust. 2 u.d.l. jest niezbędne. Wybór przedmiotu publikacji wynika z niedostatecznego – w ocenie autora – zainteresowania analizowaną problematyką ze strony przedstawicieli literatury przedmiotu. Struktura organizacyjna systemu ochrony zdrowia

⁴ P. Bała, M. Załucki, *Prowadzenie działalności leczniczej. Aspekty prawne*, Warszawa 2013, s. 75; K. Rybarczyk, *Status pracowniczy kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez jednostkę samorządu terytorialnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2022, nr 9, s. 36; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 198; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 282; Kierownicy publicznych podmiotów leczniczych ponoszą odpowiedzialność za należyte prowadzenie jej spraw oraz reprezentowanie na zewnątrz. Przyznane mu uprawnienia świadczą o tym, że stanowi on organ osoby prawnej w rozumieniu art. 38 Kodeksu cywilnego.

⁵ Przez pojęcie podmiotu leczniczego rozumie się wykonywanie działalności leczniczej prowadzonej na własny rachunek, świadcząc profesjonalną usługę zdrowotną w sposób ciągły i zorganizowany – J. Zajdel-Calkowska (red.), *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, seria: Meritum, Warszawa 2021, s. 510. Jak wskazuje się wprost w literaturze przedmiotu, „kierownik to termin ustawowy, który w większości przypadków nie jest używany wprost, ponieważ osobę zarządzającą nazywa się dyrektorem (nazwa tej osoby używana w konkretnym przypadku powinna wynikać ze statutu)” – zob. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, 2012, s. 198.

w znacznym stopniu wpływa na sprawność systemu ochrony zdrowia, a przez to na stan zdrowia, a nawet życia społeczeństwa⁶. Wynikiem prowadzonych rozważań prawnych we wskazanym zakresie ma być sformułowanie postulatów *de lege ferenda* poprawiających jakość zarządu prywatnych podmiotów leczniczych⁷.

Kwalifikacje zawodowe kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą

Na gruncie art. 46 ust. 2 u.d.l. określone zostały wymogi formalne, które musi spełnić osoba ubiegająca się o stanowisko kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Zgodnie z brzmieniem wskazanego przepisu kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która: 1) posiada wykształcenie wyższe, 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika, 3) posiada co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy, 4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie⁸.

W rozumieniu art. 46 ust. 2 pkt. 1 u.d.l. wymóg posiadania wyższego wykształcenia rozumiany jest szeroko, ponieważ obejmuje również wykształcenie na poziomie wyższym zawodowym (np. licencjat, inżynier). Zgodnie z definicjami zawartymi w przepisach art. 77 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce⁹ studia wyższe kończą się tytułem zawodowym: licencjata, inżyniera, magistra lub tytułem równorzędnym, co oznacza, że osoby z takimi tytułami należy uznać za posiadające wykształcenie wyższe. Z literalnego brzmienia przepisu wynika, że kandydat do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego nie musi posiadać wykształcenia medycznego. Analizowana regulacja nie zawiera bowiem wskazania kierunku ukończonych studiów. Jedynie w przypadku dopuszczenia krót-

⁶ Na kanwie wspomnianego przepisu uwaga literatury przedmiotu i orzecznictwa sądowego koncentruje się na kwestii związanej z dokonaniem prawidłowej wykładni przewidzianych wymagań, warunkujących możliwość pełnienia przez określoną osobę funkcji kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. W analizowanym kontekście pomijane są propozycje dokonywania zmian legislacyjnych poprzez poszerzenie stosowania art. 46 ust. 2 u.d.l.

⁷ Wyrok WSA w Lublinie z 14 grudnia 2017 r., sygn. akt. II SAB/Lu 147/17, Lex nr 2596149.

⁸ Przepis art. 46 ust. 4 u.d.l. wyłącza zastosowanie wymogu kwalifikacyjnego dotyczącego stażu pracy i kwalifikacji w stosunku do kierownika podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą dla osób pozbawionych wolności. W piśmiennictwie trafnie podnosi się, że wyłączenie to nie ma merytorycznego uzasadnienia – zob. F. Grzegorzczak (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 281; J. Zajdel-Całkowska (red.), op. cit., s. 432; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2022, s. 34–38.

⁹ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 742).

szego wymaganego stażu pracy na stanowisku kierowniczym wskazano, że w takim przypadku kandydat obowiązany jest mieć ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie. Osoba uzyskująca wyższe wykształcenie na terenie jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej spełnia wymóg objęty treścią analizowanego przepisu¹⁰.

Z kolei wymóg dotyczący posiadanej wiedzy i doświadczenia stanowi przykład klauzuli generalnej i uznaniowej, mogącej stanowić wskazówkę interpretacyjną dla podmiotu powołującego kierownika w zakresie jego oceny w obu wskazanych aspektach. Uznaniowy charakter tego kryterium nie może być mylony z dowolnością oceny dokonywanej przez podmiot tworzący¹¹.

W odniesieniu do wymogu posiadania 5-letniego stażu pracy na stanowisku kierowniczym, ujętego w art. 46 ust. 2 pkt 3 u.d.l.¹², należy wskazać, że jest on traktowany jako alternatywa dla co najmniej 3-letniego stażu pracy łączonego z ukończeniem studiów podyplomowych na kierunku zarządzanie. Trzeba przyjąć, że nie chodzi tutaj o wąsko rozumiane zarządzanie podmiotem leczniczym, a raczej o ukończenie studiów, które dają wiedzę z zakresu podstawowych reguł zarządzania, które są niezależne od charakteru kierowanej placówki¹³. Słusznie również zauważa się w doktrynie brak zawężenia wymogu odpowiedniego stażu pracy na stanowisku kierowniczym w placówce opieki zdrowotnej (czy chociażby szerzej do ochrony zdrowia). Może to powodować sytuację, w której osoby zarządzające wcześniej innymi podmiotami gospodarczymi, niemające wiedzy na temat tego, jak funkcjonuje opieka zdrowotna, będą przenosić rozwiązania z innych dziedzin na grunt podmiotu leczniczego. Nadto podnosi się, że ukończenie studiów podyplomowych z zarządzania, skutkujące skróceniem wymaganego stażu, nie zostało ograniczone do zarządzania w ochronie zdrowia, co uznaje się za niezrozumiałe. Należy wskazać, że badany przepis ma *character ius cogens*, co oznacza, że brak jest przepisów pozwalających na odstępstwo od tych kryteriów¹⁴.

Ostatnim kryterium warunkującym możliwość ubiegania się kandydata do pełnienia funkcji kierownika publicznego podmiotu leczniczego jest brak prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie. Dokonywanie przedmiotowej oceny następuje w oparciu o informację z Krajowego Rejestru Karnego. W literaturze przedmiotu podnoszony jest fakt, że przyjęty przez ustawodawcę wymóg nie jest uzasadniony, jednakże w ocenie autora pogląd ten należy uznać za nieprawidłowy, ponieważ fakt wcześniejszego skazania kandydata do piastowania funkcji kierownika podmiotu leczniczego, w wyni-

¹⁰ F. Grzegorzcyk (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 172.

¹¹ Ibidem, s. 173.

¹² Art. 46 ust. 5 wyłącza wymóg z art. 46 ust. 2 pkt 3 w odniesieniu do kierownika podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą dla osób pozbawionych wolności. Rozwiązanie to nie wydaje się merytorycznie uzasadnione.

¹³ Wyrok WSA w Poznaniu z 31 stycznia 2018 r., sygn. akt. IV SA/Po 1044/17, Lex nr 2588681.

¹⁴ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, 2019, s. 284.

ku którego został on skazany, nie daje rękojmi w zakresie prawidłowego i rzetelnego wykonywania swoich obowiązków służbowych¹⁵.

Bazując na wskazanych wymaganiach, warunkujących możliwość pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego, nasuwa się następujące pytanie: czy są one ustanowione w sposób proporcjonalny i adekwatny do funkcji, w stosunku do której zgłaszane są szczególnie wysokie oczekiwania¹⁶. Wskazane wymogi kwalifikacyjne kandydatów na stanowisko kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami zostały ustalone z jednoczesnym uwzględnieniem tzw. podwyższonych standardów. W ocenie autora wspomniany cel nie został w pełni realizowany. Szczególne wątpliwości budzi brzmienie art. 46 ust. 2 pkt 2, przewidujący wymóg posiadania przez kandydata na kierownika odpowiedniej wiedzy i doświadczenia mających dawać rękojmię prawidłowego zarządzania placówką medyczną. Nieostrość skonstruowanych przepisów może powodować, że sposób dokonywania ich interpretacji może być często odmienny, pozostający z sobą we wzajemnej sprzeczności. Klauzula generalna zawarta w treści analizowanego przepisu sprzyja swobodnemu rozumieniu jej treści, co w praktyce może oznaczać, że kwalifikacje zawodowe i doświadczenie kierowników poszczególnych podmiotów leczniczych będą zróżnicowane. Analizowany przepis daje członkom komisji konkursowej nieuzasadnione pole do nadużyć w zakresie subiektywnej oceny kryterium doświadczenia i wiedzy kandydata, które – mimo ich niskiego poziomu – może w ich ocenie zostać uznane za satysfakcjonujące i wystarczające.

Kolejnym wyrazem dbałości ustawodawcy w zakresie zapewnienia transparentności wyboru kierownika publicznego podmiotu leczniczego jest ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zarządzeniu mieniem państwowym obejmująca swoim zakresem podmioty uprawnione do wykonywania praw z akcji należących do Skarbu Państwa lub państwowe osoby prawne¹⁷. Zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 wskazanego aktu prawnego ustawodawca przewiduje obligatoryjność powołania kierownika państwowej osoby prawnej w trybie postępowania konkursowego mającego na celu sprawdzenie, ocenę kwalifikacji kandydatów oraz wyłonienie najlepszego merytorycznie kandydata na członka organu zarządzającego. Dodatkowym zabezpieczeniem prawnym wprowadzenia komentowanej procedury ma być fakt, że państwowa osoba prawna jest zobowiązana do podejmowania działań mających na celu wprowadzenie do statutu obowiązku powołania kierownika w trybie postępowania konkursowego. Uzasadnieniem wprowadzenia komentowanego przepisu jest konieczność zapewnienia w możliwie najwyższym stopniu profesjonalnych kadr menadżer-

¹⁵ F. Grzegorezyk (red.), *Ustawa o działalności...*, 2013, s. 173.

¹⁶ D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, seria: System Prawa Medycznego, t. 3, Warszawa 2020, s. 802.

¹⁷ Ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zarządzeniu mieniem państwowym (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 125).

skich w państwowych osobach prawnych (art. 18 ust. 2 ustawy o zarządzeniu mieniem państwowym).

W Polsce funkcjonują głównie prywatne podmioty lecznicze (będące przedsiębiorcami). W świetle danych statystycznych przypadających na 2022 r. spośród 22 681 podmiotów leczniczych zarejestrowanych w naszym kraju prywatne podmioty lecznicze obejmują 21 329 placówek, co daje łączny udział 94% we wszystkich placówkach leczniczych. Choć podmioty prywatne podlegają częściowemu dofinansowaniu ze środków publicznych (np. Narodowego Funduszu Zdrowia), to w ocenie autora wskazane podmioty wciąż należy uznawać za prywatne, ponieważ – mimo częściowego finansowania jej działalności ze środków publicznych – są one zakładane przez podmioty prywatne (osoby fizyczne).

Czynnikiem podnoszącym jakość systemu ochrony zdrowia jest fakt, że działalność lecznicza może być prowadzona przez stowarzyszenia, fundacje oraz wyznaniowe osoby prawne, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej. Podstawą prawną ich funkcjonowania jest art. 4 ust. 1 pkt 5 i 6 u.d.l. Choć wskazane podmioty nie należą bezpośrednio do sektora finansów publicznych, to mogą one otrzymywać wsparcie finansowe z budżetu państwa, co powoduje, że ich status dalej ma dalej charakter prywatny, a nie publiczny. W związku z powyższym *de lege lata* art. 46 ust. 2 u.d.l. nie znajduje wykorzystania do tego rodzaju placówek¹⁸.

Dodatkową podstawą prawną przeprowadzenia postępowania konkursowego na kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą¹⁹. Treść wskazanego aktu wykonawczego systematyzuje kwestie związane z organizacją i transparentnością prowadzonego postępowania konkursowego mającego skutkować wyborem odpowiedniego kierownika. W rozumieniu wskazanego rozporządzenia obowiązek przeprowadzenia postępowania konkursowego jest ustanowiony relatywnie szeroko, ponieważ obejmuje nie tylko kierownika, ale również osoby na stanowisku: a) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, b) ordynatora, c) naczelną pielęgniarkę lub przełożoną pielęgniarek, d) pielęgniarki oddziałowej. Głównym celem analizowanego aktu wykonawczego jest wprowadzenie jasnych i zrozumiałych zasad towarzyszących prowadzonemu postępowaniu konkursowemu, co w istocie powinno zmierzać do braku możliwości poddania w wątpliwość rzetelności w zakresie jego przeprowadzenia. Realizacji sformułowanego celu ma również sprzyjać ograniczenie wystąpienia ryzyka nepoty-

¹⁸ F. Grzegorzczak (red.), *Ustawa o działalności...*, 2013, s. 44.

¹⁹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. z 2012 r., poz. 182).

zmu, czego urzeczywistnieniem ma być § 5 wskazanego rozporządzenia, który stanowi, że w skład komisji konkursowej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem lub krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby, której dotyczy postępowanie konkursowe, albo pozostaje wobec niej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności²⁰.

Zgodnie z § 3 ust. 2 rozporządzenia komisję konkursową powołuje się w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem. Z kolei w świetle § 4 ust. 1 pkt 3 ogłoszenie o konkursie powinno nastąpić w terminie 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego. W ocenie autora przepisy analizowanego rozporządzenia nie sprzyjają szybkiemu i sprawnemu wyborowi nowego kierownika podmiotu leczniczego. Długość terminu objętego brakiem nowego dyrektora placówki medycznej może powodować trudności w podejmowaniu wiążących z punktu widzenia podmiotu leczniczego decyzji, co wynika z tymczasowego charakteru funkcjonowania osoby prowadzącej tymczasowy zarząd danego podmiotu leczniczego²¹.

Dokonując prognozy w zakresie sposobu kształtowania się ustawowych wymogów stawianych kandydatom na kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, należy przypuszczać, że będą one zaostrzane. Zgodnie z projektem ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa²² kierownikiem placówki medycznej może zostać wyłącznie osoba podlegająca wpisowi na listę menadżerów prowadzoną przez prezesa Agencji Rozwoju Szpitali. W celu uzyskania wpisu na przedmiotową listę należy zdać egzamin państwowy organizowany przez Agencję Rozwoju Szpitali lub ukończyć studia podyplomowe na kierunku MBA w zakresie ochrony zdrowia. W ocenie autora projekt komentowanej ustawy dąży do rozwiązania problemu w zakresie nieostrości ustawowych wymagań w odniesieniu do kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W treści uzasadnienia przedmiotowego projektu ustawy wskazano wprost, że chęć wprowadzenia procedowanych przepisów w życie wynika z braku jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami szpitalnymi, przez co pojawiają się sytuacje, w których poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający. Z uwagi na fakt, że analizowany akt prawny znajduje się dopiero na etapie konsultacji publicznych, szczegółowe komentowanie przyjętych w jego treści rozwiązań prawnych należy uznać za przedwczesne²³.

²⁰ D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), op. cit., s. 803.

²¹ K. Rybarczyk, op. cit., s. 36.

²² Nr projektu ustawy: UD321.

²³ Projekt ustawy o Funduszu Wsparcia Szpitali POPRZEDNI TYTUŁ: Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-modernizacji-i-poprawie-efektywnosci-szpitalnictwa2> (data dostępu: 20.04.2024) [wydrużenie w oryginale].

Kwalifikacje zawodowe kierowników podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami – propozycje zmian legislacyjnych

Choć art. 46 ust. 2 u.d.l. szeroko odnosi się do wymogów warunkujących możliwość pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, to analizowana kwestia została pominięta w odniesieniu do dyrektorów podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców obejmujących osoby fizyczne, osoby prawne lub jednostki organizacyjne niebędące osobami prawnymi, którym odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, a także wspólnicy spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej. W praktyce prywatna działalność lecznicza może być prowadzona w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej, a także spółek osobowych (spółki jawnej, spółki partnerskiej, spółki komandytowej, spółki komandytowo-akcyjnej) czy też spółki kapitałowej (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością). Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, ponieważ po spełnieniu szeregu warunków, m.in. w zakresie posiadania odpowiednich pomieszczeń, urządzeń, czy wyrobów medycznych, wymaga ona uprzedniego uzyskania wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą²⁴.

Niewprowadzenie przez ustawodawcę wymogów kwalifikacyjnych w stosunku do dyrektorów prywatnych podmiotów leczniczych może stanowić jego intencjonalny zamiar związany z chęcią ograniczenia nadmiernej ingerencji w swobodę prowadzenia działalności gospodarczej finansowanej z funduszy jednostki prywatnej. W ocenie autora system opieki zdrowotnej jest na tyle istotny społecznie i gospodarczo, że powinien znajdować się pod szczególną ochroną polskiego ustawodawstwa²⁵. Powyższy stan rzeczy wymaga podjęcia

²⁴ J. Zajdel-Calkowska (red.), op. cit., s. 512.

²⁵ Ustawodawca podejmuje działania zmierzające do zapewnienia prawidłowego prowadzenia nie tylko podmiotów leczniczych, ale również m.in. organizacji pomocy społecznej. Zgodnie z treścią art. 122 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r., poz. 901) osoby kierujące jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej są obowiązane posiadać co najmniej 3-letni staż pracy w pomocy społecznej oraz specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej. Zakres kursu jaki należy zrealizować, aby spełnić to wymagania określone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 września 2012 r. w sprawie specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej. Analizując zakres wymaganych uprawnień, zauważenia wymaga brak ustawowego obowiązku ukończenia studiów wyższych dla osób kierujących jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. W porównaniu do art. 46 ust. 2 u.d.l. nasuwa się wniosek, że art. 122 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej jest mniej rozbudowany, co nie zmienia faktu, że w kontekście zapewnienia wysokich standardów kwalifikacyjnych zasługuje on na uwagę, bowiem ogranicza krąg kandydatów mogących ubiegać się o stanowisko określonej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Za uzasadnione należałoby również uznać postulat dotyczący wymogu nieustannego podnoszenia kwalifikacji, który obowiązuje pracowników socjalnych poprzez

przez ustawodawcę natychmiastowych zmian legislacyjnych mających dawać rękojmię prawidłowego funkcjonowania nie tylko publicznych podmiotów leczniczych, ale również prywatnych. Podstawą prawną stanowiącą płaszczyznę do wprowadzenia postulowanych zmian legislacyjnych mógłby być art. 22 Konstytucji RP, stanowiący że ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Ułomność publicznego systemu ochrony zdrowia powoduje bowiem, że pacjenci nierzadko zmuszeni są do korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej, ponieważ nie mają oni możliwości uzyskania odpowiednio szybkiego świadczenia medycznego w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Wskazany stan rzeczy powoduje, że kierownicy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami nie mają prawnego obowiązku posiadania odpowiedniego przygotowania merytorycznego do pełnionej funkcji, co niesie za sobą negatywne konsekwencje nie tylko prawne, ale również społeczne. W obecnym stanie prawnym na czele prywatnej placówki medycznej może stać osoba nieposiadająca jakiegokolwiek doświadczenia, wiedzy oraz niezbędnego stażu pracy niezbędnych do prawidłowego zarządzania placówką medyczną. Jak wspomniano, w praktyce prywatne placówki medyczne relatywnie często są miejscem, w którym pacjenci zmuszeni są szukać pomocy, co również wymaga zabezpieczenia ustawowego w postaci gwarancji, że również prywatne będą zarządzane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe i doświadczenie. Wymagania te mogą zostać wprowadzone na mocy statutu prywatnej placówki medycznej, jednakże wspomniane rozwiązanie nie ma charakteru obligatoryjnego.

Z drugiej jednak strony w interesie przedsiębiorcy prowadzącego podmiot leczniczy leży powołanie na stanowisko kierownika jednostki osoby posiadającej możliwie jak najwyższe kwalifikacje zawodowe i doświadczenie niezbędne do prawidłowego pełnienia powierzonej mu funkcji. Realizacja wskazanego celu sprzyjałaby generowaniu przez prywatną placówkę leczniczą wyższych zysków z tytułu prowadzonej przez nią działalności gospodarczej. Co prawda wskazana okoliczność może podawać w wątpliwość zasadność postulowanych zmian, jednakże w ocenie autora – w trosce o dobro i interes pacjentów nierzadko korzystających z prywatnej opieki medycznej – niezbędne jest ustawowe wprowadzenie ściśle określonych wymagań kwalifikacyjnych warunkujących możliwość pełnienia funkcji kierowniczej prywatnego podmiotu leczniczego. W konsekwencji wprowadzony przepis zwiększałby prawdopodobieństwo, że prowadzona prywatna placówka lecznicza jest właściwie zarządzana, czyli w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjentów.

Wnioski

Formułując postulaty *de lege ferenda*, należy wskazać, że zarówno art. 46 ust. 2 u.d.l., jak i rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą powinny obejmować nie tylko kierowników publicznych podmiotów leczniczych, ale również prywatnych bez żadnych ograniczeń. Postulowana zmiana legislacyjna miałaby na celu nie tylko dbałość ustawodawcy o możliwie jak najlepszy zarząd prywatną placówką leczniczą, ale również poprawę jakości świadczonych względem pacjentów świadczeń medycznych. Co więcej, art. 46 ust. 2 u.d.l. wymaga doprecyzowania w sposób niebudzący wątpliwości interpretacyjnych co do sposobu rozumienia doświadczenia i wiedzy kandydatów na kierowników podmiotów leczniczych. Przejawem rozwiązania zasygnalizowanego problemu mogłoby być wprowadzenie przez ustawodawcę obowiązku udokumentowania przez kandydata posiadania odpowiedniej w jego ocenie wiedzy i doświadczenia, dających gwarancję prawidłowego wykonywania swoich obowiązków, co w dalszej kolejności byłoby poddawane weryfikacji przez komisję konkursową.

Wprowadzenie proponowanych zmian legislacyjnych poprawiłoby transparentność funkcjonowania oraz poziom zarządzania w szeroko rozumianym systemem ochrony zdrowia niezależnie od charakteru określonej placówki. Chodzi w praktyce o podejmowanie działań zmierzających do pozostawienia komisjom konkursowym możliwie jak najmniejszej swobody interpretacyjnej przepisów wynikających z art. 46 ust. 2 u.d.l., skutkującego maksymalnym ograniczeniem ryzyka związanego z nadużyciami po stronie członków tej komisji. Treść aktualnych przepisów nie gwarantuje bowiem, że w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego zostanie wybrany najlepszy kandydat. *De lege lata* treść przepisów w większym stopniu świadczy o dbałości ustawodawcy o prawidłowość funkcjonowania publicznych podmiotów leczniczych, przy jednoczesnym braku zainteresowania jakością zarządzania przez jednostki prywatne. Według autora postulowane przepisy nie ingerowałyby nadmiernie w jedną z konstytucyjnych swobód dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej, ponieważ, jak wcześniej podkreślono, dbałość ustawodawcy o zapewnienie możliwie jak najlepszej jakości zarządzania podmiotami leczniczymi, których działalność adresowana jest w szczególności do obywateli powinna być nadrzędnym celem władz każdego państwa oraz motywowana jest interesem publicznym. Proponowane zmiany legislacyjne niewątpliwie wpisują się w szeroko rozumiane reformy systemu ochrony zdrowia, stanowiąc jeden z wielu elementów wpływających na poprawę jakości jego funkcjonowania w praktyce.

Wykaz literatury

- Bach-Golecka D., Stankiewicz R. (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, seria: System Prawa Medycznego, t. 3, C.H. Beck, Warszawa 2020.
- Bała P., Załucki M., *Prowadzenie działalności leczniczej. Aspekty prawne*, Difin, Warszawa 2013.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Grzegorzczak F. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, LexisNexis, Warszawa 2013.
- Grzegorzczak F. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2022.
- Projekt ustawy o Funduszu Wsparcia Szpitali POPRZEDNI TYTUŁ: Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-modernizacji-i-poprawie-efektywnosci-szpitalnictwa2>.
- Rybarczyk K., *Status pracowniczy kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez jednostkę samorządu terytorialnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2022, nr 9.
- Sierpowska I., *Pomoc społeczna. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2023.
- Zajdel-Całkowska Z. (red.), *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, seria: Meritum, Wolters Kluwer, Warszawa 2021.

Summary

On the need for changes in the statutory requirements qualification requirements for directors of medical entities

Keywords: medical law, head of a healthcare provider, professional qualifications.

Under Article 46(2) of the Medical Activities Act, the formal requirements to be fulfilled by a person applying for the position of head of a non-business therapeutic entity are specified. According to the wording of the indicated provision, a manager of a non-business therapeutic entity may be a person who: 1) has a university degree, 2) has the knowledge and experience that the guarantee of proper performance of the manager's duties, 3) has at least five years of work experience in a managerial position or a postgraduate degree in management and at least three years of work experience, 4) has not been validly convicted of an intentional crime. The purpose of this publication is to prove that broadening and clarifying the qualification requirements for ma-

nagers of private medical entities based on Article 46(2) of the Medical Activities Act is necessary. Formulating *de lege ferenda* postulates, it should be indicated that both article 46(2) of the mentioned Act and the Regulation of the Minister of Health on the manner of conducting a competition for certain managerial positions in a medical entity that is not an entrepreneur should be extended to include managers of medical entities that are entrepreneurs. Moreover, article 46(2) of the Act on medical activity needs to be clarified in a way that does not raise interpretation doubts as to the understanding of the experience and knowledge of candidates for managers of medical entities. The implementation of the proposed legislative changes would improve the transparency of functioning and the level of management in the broadly understood healthcare system regardless of the nature of a particular institution.